

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DISERTAČNÍ PRÁCE

2021

Mgr. Eva Puhlová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU
S PORODNÍ BOLESTÍ**

Autor: Mgr. Eva Puhlová

Školitel: doc. MUDr. Tomáš Binder, CSc.

Konzultant: Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

Disertační práce

2021

ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE

Název práce: Péče porodní asistentky o ženu s porodní bolestí

Název práce v AJ: Caring midwife for a woman with labor pain

Datum zadání: 14. 9. 2016

Datum odevzdání: 10. 9. 2021

Vysoká škola: Fakulta zdravotnických studií, Univerzita v Pardubicích

Autor práce: Mgr. Eva Puhlová

Školitel práce:

Doc. MUDr. Tomáš Binder, CS.c.

Katedra porodní asistence a specifických studií, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Ústí nad Labem.

Gynekologicko – porodnická klinika, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Konzultantka práce:

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce, Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice, Pardubice

Oponenti:

doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.

Katedra antropologie a zdravotní vědy, Pedagogická fakulta Univerzita Palackého, Olomouc

doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství. Fakulta veřejných politik. Slezská univerzita. Opava

Rozsah práce: 202 stran

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji, že disertační práci na téma: „Péče porodní asistentky o ženu s porodní bolestí“ jsem vypracovala zcela samostatně pod vedením školitele práce Doc. MUDr. Tomášem Binderem, CSc. a konzultantkou práce Mgr. Markétou Moravcovou, Ph.D.

Veškeré literární zdroje a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že na práci se vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o použití práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), v platném znění pozdějších předpisů, a směrnici Univerzity Pardubice č. 9/2012, souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to ve zkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Fakultou zdravotnických studií, Univerzity Pardubice na jejich internetových stránkách, a to se zachováním autorského práva k odevzdanému textu kvalifikační práce.

V Pardubicích dne:

.....

Mgr. Puhlová Eva

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala všem za přímou i nepřímou pomoc při studiu a tvorbě disertační práce, kteří mi byli nápomocni. Velká část poděkování patří školiteli práce Doc. MUDr. Tomášovi Binderovi, CSc. a především konzultantce práce Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D., za vřelý přístup, cenné rady, velmi příjemnou spolupráci, odborné konzultace, motivaci i kritiku, kterou mi poskytli během celé doby tvorby disertační práce a v první řadě za jejich čas, jež mi věnovali.

Zároveň děkuji zdravotnickým zařízením v České republice, která se zapojila do výzkumného procesu za umožnění samotného výzkumu a za pomoc při sběru dat. Děkuji také všem respondentkám, porodním asistentkám a rodičkám za zpětnou vazbu, neboť bez jejich spolupráce by nebylo možné výzkum realizovat.

A v neposlední řadě bych ráda poděkovala mé rodině a přátelům, kteří mě celý život podporují, věří mi a díky nim jsem tam, kde jsem.

SOUHRN:

Úvod: Porodní bolest je součástí porodního procesu, z toho důvodu by tak měla být zohledňována i péče o ženu. Hodnocení, měření a léčba porodní bolesti je problematická, neboť není součástí patologického stavu organismu. V průběhu porodního procesu zastává porodní asistentka důležitou roli v problematice monitorace, hodnocení porodní bolesti a následně poskytuje rodičce vhodné intervence ke snížení porodní bolesti a k adaptaci ženy na porodní bolest (Mander, 2014). Copingové strategie při poskytování péče porodní asistentkou rodícím ženám pozitivně ovlivňují zvládnání porodních bolestí, z čehož vychází nový hodnotící nástroj Labor Coping Scale (Childbirth Professionals International, 2018).

Cíl: Hlavním cílem práce bylo vytvoření české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale určeného pro porodní asistentky při péči o ženu s porodní bolestí. Dílčími cíli bylo zjistit přístup porodních asistentek k hodnocení, dokumentaci a k péči o rodící ženy s porodní bolestí k argumentaci vzniku nové verze hodnotícího nástroje. Dalším dílčím cílem bylo zhodnocení uživatelské přívětivosti a využitelnosti nového hodnotícího nástroje v české klinické praxi.

Design práce: Kvantitativní a kvalitativní výzkumné šetření.

Metodika a vzorek: Výzkumné šetření probíhalo v období září 2017 – leden 2021 ve čtyřech fázích. V designu práce byla použita kombinace metod. V první fázi výzkumu byla provedena literární review, na podkladě čeho, bylo realizováno v druhé fázi dotazníkové šetření zjišťující přístup porodních asistentek k porodní bolesti. Posouzení přístupu porodních asistentek ($n = 419$) k ženám s porodní bolestí proběhlo formou metody nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce ve 42 porodnických zařízeních v České republice, která souhlasila se zapojením do výzkumu. Dotazníkové šetření bylo jako podklad k překladu a vzniku nového hodnotícího nástroje pro porodní bolest v české klinické praxi. K realizaci hlavního cíle ve třetí fázi byla zvolena metoda opakovaného zpětného překladu (forward-backward translation) anglického verze Labor Coping Scale. Součástí bylo i posouzení indexu obsahové validity nástroje. V poslední fázi bylo provedeno zhodnocení uživatelské přívětivosti a využitelnosti nové přeložené verze hodnotícího nástroje v české klinické praxi metodou focus group ve dvou zdravotnických zařízeních ($n = 16$). Data získaná na základě dotazníkového šetření byla analyzována pomocí prvků popisné a deskriptivní statistiky, kvalitativní data získaná v kvalitativní fázi šetření byla analyzována a zpracována programem Atlas.ti a interpretovány.

Výsledky: Literární review poukázala na pozitivní využití copingových strategií při porodu (Karlsdottir et al., 2014; Roberts, 2010). Díky tomu byl vyhledán nový hodnotící nástroj Labor Coping Scale a získán souhlas autorů k překladu hodnotícího nástroje Labor Coping Scale z anglického do českého jazyka. Což bylo hlavním cílem práce. Součástí překladu bylo i posouzení obsahové validity, které potvrdilo samotný překlad. Předklad a tvorba české verze hodnotícího nástroje pro českou klinickou praxi byly podpořeny posouzením přístupu porodních asistentek k porodní bolesti dotazníkovým průzkumem. Jeho výsledky poukázaly na to, že dle porodních asistentek pro hodnocení porodní bolesti chybí v ČR adekvátní hodnotící nástroj pro porodní bolest, není využíváno dost copingových strategií a nefarmakologických metod pramenící i z jejich neznalosti a není jednotný přístup v péči o rodičí ženu. V posledním kroku byla posouzena uživatelská přívětivost nové verze hodnotícího nástroje v klinické praxi metodou focus group. Na základě výsledků a doporučení respondentek z focus group 1 a 2 byla vytvořena finální česká verze hodnotícího nástroje pro porodní bolest Labor Coping Scale (LCS) pro porodní asistentky v české klinické praxi k péči o rodičky s porodní bolestí.

Závěr: Porodní asistentka by v rámci své práce měla umět adekvátně posoudit zvládání porodní bolesti ženou, za využití vhodného nástroje, odhalit faktory, které ovlivňují rozvoj a prožívání porodní bolesti, následně zvolit vhodnou strategii v péči o ženu s porodní bolestí. K tomu by v českém prostředí mohla pomoci česká verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale. Popsaná zjištění mají pomoci změnit přístup a kvalitu péče poskytované rodičím ženám s porodní bolestí.

Klíčová slova: copingové strategie, nefarmakologické metody, porodní asistentka, porodní bolest, porod.

SUMMARY

Introduction: Labor pain is a part of the labor process, therefore the care of a woman should be taken into account. Evaluation, measurement and treatment of labor pain is problematic because it is not part of the pathological condition of the organism. During the birth process, the midwife plays an important role in monitoring, assessing labor pain and then provides the mother with appropriate interventions to reduce labor pain and to adapt the woman to labor pain (Mander, 2014). Coping strategies in the provision of midwifery care to parturient women have a positive effect on the management of labor pains, which is the basis for the new assessment tool Labor Coping Scale (Childbirth Professionals International, 2018).

Aims: The main aim of the work was to create a Czech version of the evaluation tool Labor Coping Scale intended for midwives in the care of women with labor pains. The partial goals were to find out the approach of midwives to evaluation, documentation and care of women with labor pains to argue the creation of a new version of the evaluation tool. Another partial goal was to evaluate the user-friendliness and usability of the new evaluation tool in Czech clinical practice.

Thesis design: Quantitative and qualitative research survey.

Methodology and sample: The research survey took place in the period September 2017 - January 2021 in four phases. A combination of methods was used to design the work. In the first phase of the research, a literature review was carried out, on the basis of which a questionnaire survey was conducted in the second phase to determine the approach of midwives to labor pain. Assessment of the approach of midwives (n = 419) for women with labor pain took place in the form of a non-standardized questionnaire of their own design in 42 obstetric facilities in the Czech Republic, which agreed with involvement in research. The questionnaire survey was used as a basis for the translation and creation of a new assessment tool for labor pain in Czech clinical practice. To realize the main goal in the third phase, the method of repeated back translation (the forward-backward translation) of the English version of the Labor Coping Scale. An assessment of the content validity index of the tool was also included. In the last phase, the evaluation of user friendliness and usability of the new translated version of the evaluation tool in the Czech clinical practice using the focus group method in two medical facilities (n = 16).

The data obtained on the basis of the questionnaire survey were analyzed using elements of descriptive and descriptive statistics, the qualitative data obtained in the qualitative phase of the survey were analyzed and processed by the Atlas.ti program and interpreted.

Results: The literature review pointed to the positive use of coping strategies in childbirth (Karlsdottir et al., 2014; Roberts, 2010). Thanks to this, a new Labor Coping Scale evaluation tool was sought and the authors' consent to the translation of the Labor Coping Scale evaluation tool from English into Czech was obtained. Which was the main goal of the work. The translation also included an assessment of the content validity, which confirmed the translation itself. The presentation and creation of the Czech version of the evaluation tool for Czech clinical practice was supported by the assessment of the approach of midwives to labor pain by a questionnaire survey. His results showed that according to midwives for the assessment of labor pain, the Czech Republic lacks an adequate assessment tool for labor pain, not enough coping strategies and non-pharmacological methods are used, stemming from their ignorance, and there is no uniform approach to caring for a woman in labor. In the last step, the user-friendliness of the new version of the evaluation tool in clinical practice was assessed using the focus group method. Based on the results and recommendations of the respondents from focus groups 1 and 2, the final Czech version of the evaluation tool was created for labor pain Labor Coping Scale (LCS) for midwives in Czech clinical practice for the care of mothers with labor pain.

Conclusion: In her work, the midwife should be able to adequately assess the management of labor pain by a woman, using an appropriate tool, reveal the factors that affect the development and experience of labor pain, then choose an appropriate strategy in the care of a woman with labor pain. In the Czech environment, the Czech version of the Labor Coping Scale evaluation tool could help. The findings described are intended to help change the approach and quality of care provided to women with labor in childbirth.

Key words: coping strategies, non-pharmacological methods, midwife, labor pain, childbirth.

OBSAH

ÚVOD.....	13
VYMEZENÍ PROBLÉMU, CÍLE A PŘEDMĚTU PRÁCE	17
I TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE	19
1 VÝZNAM PORODNÍ BOLESTI V PRŮBĚHU VÝVOJE	22
2 PORODNÍ BOLEST	27
2.1 Etiologie a mechanismus porodní bolesti	29
2.1.1 Spouštěcí mechanismus porodu.....	29
2.1.2 Porodní síly	30
2.1.3 Porodní mechanismus plodu.....	30
2.1.4 Porodní proces.....	31
2.2 Přenos a projev porodní bolesti	34
2.3 Modely porodní bolesti	37
2.4 Faktory ovlivňující porodní bolest.....	40
2.4.1 Somatické (biologické) faktory	40
2.4.2 Psychické (duševní) faktory	42
2.4.3 Psychosociální (sociální) faktory.....	45
2.4.4 Kulturní faktory	52
3 HODNOCENÍ, DIAGNOSTIKA A DOKUMENTACE PORODNÍ BOLESTI	53
3.1 Hodnotící techniky.....	55
3.2 Labor Coping Scale	59
3.3 Dokumentace porodní bolesti	60
4 METODY POMÁHAJÍCÍ ŽENÁM OD PORODNÍ BOLESTI.....	65
4.1 Nefarmakologické metody.....	66
4.2 Nefarmakologický přístup v péči o rodící ženy	75
4.3 Farmakologické metody	76
5 MANAGEMENT PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S PORODNÍ BOLESTÍ	78
6 SHRUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK PRÁCE	83
II METODIKA VÝZKUMU	85
7 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY	85
8 OPERACIONALIZACE POJMŮ	87
9 VÝZKUMNÝ DESIGN A METODIKA.....	88
9.1 I. fáze výzkumného šetření - Analýza literárních zdrojů	89
9.2 II. fáze výzkumného šetření - Dotazníkové šetření.....	90
9.2.1 Metodika, výzkumný nástroj – Nestandardizovaný dotazník.....	90
9.2.2 Výzkumný soubor	92
9.2.3 Analýza a vyhodnocení výsledků	96
9.3 III. fáze výzkumného šetření – fáze překladu	96
9.3.1 Metodika.....	96
9.3.2 Labor Coping Scale	98
9.3.3 Metoda zpětného překladu (Forward – backward – translation)	98
9.3.4 Fáze zpětného překladu (Forward – backward – translation).....	99
9.3.5 Zhodnocení indexu obsahové validity hodnotícího nástroje	102

9.3.6 Analýza výsledků	103
9.4 IV. fáze výzkumného šetření – tvorba české verze Labor Coping Scale	103
9.4.1 Metodika.....	103
9.4.2 Výzkumný soubor	105
9.4.3 Analýza výsledků	107
10 VÝSLEDKY	108
10.1 Výsledky I. fáze výzkumu – Analýza literárních zdrojů.....	108
10.2 Výsledky II. fáze výzkumu – dotazníkové šetření	108
10.3 Výsledky II. Fáze výzkumu – Překlad hodnotícího nástroje	138
10.4 Výsledky IV. fáze výzkumu – Ověření uživatelské přívětivosti LCS v české klinické praxi.....	144
10.4.1 Výsledky focus groups	144
10.4.2 Zpětná vazba o uživatelské přívětivosti nástroje porodními asistentkami.....	147
11 DISKUSE.....	150
11.1 Diskuse - Literární přehled	150
11.2 Diskuse - dotazníkové šetření	153
11.3 Diskuse – Labor Coping Scale.....	158
11.4 Diskuse – Ověření uživatelské přívětivosti a využití hodnotícího nástroje LCS v české klinické praxi	160
12 LIMITY VÝZKUMU	162
13 ETICKÉ ASPEKTY A KONFLIKT ZÁJMU.....	163
14 ZÁVĚR	164
15 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	166
SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ	168
SEZNAM TABULEK.....	182
SEZNAM PŘÍLOH.....	184

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACOG	The American College of Obstetricians and Gynecologists
AND	a
APODAC	Asociace pro porodní domy a centra
CALM	The Labor Copign Scale
α	Cronbachovo alfa
CNS	Centrální nervová soustava
CTG	Kardio-tokograf (Cardio-tokograf)
ČGPS ČLSJEP	Česká gynekologicko-porodnická společnost, Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
E2	Estradiol
EU	Evropská unie
FACEM	The Faces of Child Birth
FRS	Faces Rating Scale
f_i	Relativní četnost – Relative frequency
IASP	International Association for the Study of Pain (Mezinárodní asociace pro studium bolesti)
ICM	International Council of Midwifery (Mezinárodní asociace porodních asistentek)
m	Aritmetický průměr
Max	Maximální hodnota
Min	Minimální hodnota
MPQ	McGill Pain Questionnaire
MS Excel	Microsoft Excel
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	American Nursing Diagnosis Association (Severoamerická asociace pro sestřerské diagnózy)
NHS	Národní zdravotnické služby, Ministerstva zdravotnictví
NIC	Nursing Interventions Classification (Sestřerská klasifikace ošetrovatelských intervencí)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Mezinárodní institut pro zdraví a péči)
NOC	Nursing Outcomes Classification (Sestřerská klasifikace ošetrovatelských výsledků)
NRS	Numeric Rasing Scale (Numerická škála bolesti)
N	Rozsah souboru
n_i	Absolutní četnost – Absolute frequency
OR	nebo
PA	Porodní asistentka
PCS	Pain Catastrophizing Scale
R	Respondent/ka
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SD	Směrodatná odchylka
SF-MPQ	Short form McGill Pain Questinnaire
SŠ	Střední škola
TENS	Transkutánní elektronická nervová stimulace
USA	United States of America (Spojené státy Americké)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VAS	Vizuální analogová škála
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
Σ	Suma

ÚVOD

„Za vším, co je na světě neobyčejné, vězí něco tragického. Vesmír musí mít porodní bolesti, aby mohl vykvést nejnepatrnější kvítek.“

(Oscar Wilde)

Porodní bolest je specifický fenomén, lišící se od klasických bolestí, jež je ovlivněna mnoha faktory, kdy je velmi obtížné posoudit individualitu tohoto fenoménu (Mander, 2014). K pochopení porodní bolesti je důležité znát komplexně fyziologické a psychologické aspekty jejího vzniku, management bolesti, do kterého patří samotná definice porodní bolesti, ale i dělení, charakter porodní bolesti, její diagnostika, hodnocení, určení intenzity a související strategie při péči o rodící ženy. Mander (2014) udává, že do managementu porodní bolesti patří kromě znalosti zmiňovaného také správná metoda psychoprofylaxe k porodu, edukace v oblasti strategií pomáhajících ženám adaptovat se a zvládat porodní bolest, přítomnost blízké osoby u porodu a důležitost role péče porodní asistentky v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. Málek (2009) považuje za cíl managementu porodní bolesti zajištění maximální pohody a soběstačnosti, individuality jedince s možností volby.

Samotná bolest je klasifikována v jednotlivých publikacích odlišně, přesto je pro bolest používána všeobecně uznávaná definice podle International Association for the Study of Pain (IASP), která charakterizuje bolest: „jako nepříjemný sensorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či potencionálním poškozením tkání a je vždy subjektivní“ (IASP, 2019). Porodní bolest představuje zvláštní kategorii akutní bolesti, kde se prolíná její fyziologický význam s patofyziologickými mechanismy. Porodní bolest je přirozený stav, který provází téměř každý porod. Bývá vnímána jako bolest vyšší až vysoké intenzity. Jedná se o akutní bolest, do které se prolíná celá řada patofyziologických jevů (viscerální, nonciceptivní a neuropatické). V dnešní době se snažíme co nejméně zasahovat do porodního procesu s využitím různých nefarmakologických strategií porodní asistentkou pomáhajících ženě od porodní bolesti. Zdrojem porodní bolesti je pravděpodobně rozpínání měkkých tkání porodních cest, tlak naléhající části plodu na měkké porodní cesty a hormonální vliv. Porodní bolest je společnou zkušeností pro převážnou většinu žen. Během porodu žena vnímá porodní bolesti, ale zároveň prožívá pozitivní pocity. Porodní bolest má napomáhat ženám hledat různé úlevové polohy, které napomáhají sestupu plodu a urychlení samotného porodu, což je naopak vnímáno jako pozitivní význam pro průběh porodu (Ratislavová, 2008).

Porodní bolest je fyziologická a není známkou nebezpečí, orgánového poškození. Pozitivním vlivem porodní bolesti je nejen navázání pevného kontaktu mezi matkou a dítětem, změna sebehodnocení ženy, změna její role v životě ženy, ale i další psychosociální benefity v životě ženy a dítěte (Pařízek, 2018; Ratislavová, 2008).

Proto je důležité pohlížet na porodní bolest komplexně, abychom dokázali ženám pomoci, pracovat s porodní bolestí a lépe zvládnout samotný porod. Výzkumy z Velké Británie (Escott et al., 2004; Leap et al., 2010; Slade et al., 2000), Ameriky (Gibson, 2014; Roberts et al., 2010), Austrálie (Whitburn et al., 2014), Švédska (Lundgren, Dahlbert, 2002) prokázaly, pozitivní vliv porodní bolesti při porodu. Poukázaly na to, že informované ženy, spolupracující s porodní asistentkou, které jsou dostatečně edukované v oblasti porodu, jak před porodem, tak v průběhu porodu, lépe přijímají to, že porod bolí, lépe se adaptují na porodní proces a dokážou prožívat porodní bolest pouze za využití nefarmakologických, dnes nově používaného termínu, copingových strategií, jako jsou relaxace, dýchání, hydroterapie, samotný porod a mateřství komplexně (Raudenská, 2016).

Již Odent (1992) poukazoval na kladný efekt porodní bolesti při porodu. Byl toho názoru, že pokud je porodní bolest tlumena farmakologickými metodami využívanými hlavně při porodech vedených lékaři, nedochází přirozeně k vyplavování hormonu oxytocinu, který vyvolává děložní stahy a zároveň je po porodu zodpovědný za vymazání prožitku porodní bolesti z paměti. Při porodu, kde jsou porodní bolesti tlumeny farmakologicky, se přirozeně nevyplavují endorfiny, které jsou stimulovány v průběhu celého porodu a po porodu v těle. Stejného názoru je i Roberts (2010), jež se zabývá studiem porodní bolesti v Americe a další autoři mezinárodních studií (Escott et al., 2004; Leap et al., 2010; Gibson, 2014; Ratislavová, 2008). Tito zastánci pozitivního vlivu porodní bolesti tvrdí, že zvládnutí porodního procesu s porodní bolestí má vliv na pevné navázání kontaktu mezi matkou a novorozencem a posléze navozují pocit blaha. Z toho důvodu je nutné se zaměřit na management porodní bolesti, pomoci ženám přijmout porodní bolest jako součást přirozeného porodního procesu, zvládat porodní bolest za pomoci různých copingových strategií bez neopodstatněného využití farmakologických metod tlášení bolesti. Samozřejmostí je kromě správné diagnostiky poskytnout ženě i odpovídající individualizovanou péči v porodní asistenci. Výběr způsobu úlevy od porodní bolesti by měl být založen mimo jiné na preferencích a individualitě rodící ženy (Ratislavová, 2008; Mander, 2014).

Neposkytnutí adekvátní péče v porodní asistenci v souvislosti s porodní bolestí může způsobit duševní a fyzické vyčerpání rodičky, zvyšovat riziko poškození zdraví ženy i dítěte. Nezvládnutí porodní bolesti může způsobit po porodu poškození funkce děložního a pánevního svalstva a závěsného aparátu dělohy, stres plodu, negativní zkušenosti z porodu, které mohou navodit i dlouhodobé duševní trauma ženy (Pařízek, 2018).

Málek udává (2009), že hlavním krokem k přístupu k bolesti je její hodnocení a posléze výběr vhodné intervence. Bolest lze hodnotit pomocí standardizovaných nástrojů pro hodnocení bolesti, jako je např. Melzackova škála, McGill Pain Questionary - McGillský dotazník bolesti, VAS - Visual Analogue Scale, vizuální analogová stupnice, NRS - Numeric Rating Scale, numerická škála bolesti, Faces Rating Scale - obličejová škála (Benaim et al., 2017) a jiné. Avšak nesmíme zapomínat, že předem stanovená kritéria však zcela nemusí dostatečně popsat samotný fenomén porodní bolesti v průběhu porodu (Raudenská, 2016; Roberts, 2010).

V českém zdravotnictví se nejčastěji využívá metoda analogové stupnice intenzity bolesti VAS (Visual Analogue Scale) díky které se zjišťuje momentální stav, dynamické změny v čase. Ve světě se k hodnocení porodních bolestí nejvíce využívá Melzackův dotazník, který se využívá na základě multidimenzionálního pojetí bolesti (Mander, 2014). Hodnotící nástroje pomáhají k lepší objektivizaci porodní bolesti. Hodnocení intenzity porodní bolesti je však velmi individuální, subjektivní a je ovlivňováno řadou faktorů. Především je důležité zvolit pro zhodnocení porodní bolesti správný postup, strategie a poskytovat adekvátní péči ženě v průběhu porodu. S tímto faktem pracuje nový nástroj na hodnocení porodní bolesti a posléze využití různých copingových strategií pomáhajících ženám zvládat porodní bolest – The Labor Coping Scale (Childbirth Professionals International, 2018).

Monitorace, hodnocení a pravidelné zaznamenávání údajů o bolesti v průběhu porodu je právě úkol pro porodní asistentku. K získání údajů vede celá řada dílčích činností a předpokládá značné znalosti o porodní bolesti a jejím hodnocení (Mander, 2014).

Po své zkušenosti z praxe se zacílím na komplexní management porodní bolesti a využití nefarmakologických copingových strategií k úlevě od porodní bolesti a podporu porodní asistentkou.

V České republice se v roce 2018 narodilo 114 tisíc dětí, v roce 2019 to bylo 112 tisíc o 1,8 tisíc méně (ÚZIS, 2019). V současnosti nebyly dohledány z dostupných zdrojů žádné studie zabývající se touto problematikou v českém prostředí. Základní myšlenkou péče v porodní asistenci má být komplexní, kontinuální péče porodní asistentky o ženu s porodní bolestí, což vede k lepšímu navázání kontaktu mezi ženou a porodní asistentkou, která rodičku zná důvěrně, dokáže hodnotit základní potřeby a problémy ženy a podporovat ji v průběhu celého porodního procesu.

Hlavní výhodou poskytování individualizované péče je lepší spolupráce, komunikace mezi ženou a porodní asistentkou, což vede k eliminaci možných porodnických komplikací, nižšímu užití analgezie, epiziotomií, operativních vaginálních porodů (Escott et al, 2004; Leap et al, 2010; Lundgren a Dahlberg, 2002). To vše má vést k lepšímu prožití a vnímání porodu, zvládnutí porodních bolestí. Kontinuální, profesionální péče porodní asistentky s pochopením a akceptováním přirozenosti porodního děje, pomáhá zajišťovat kvalitní péči v porodní asistenci, zefektivnění reakcí na potřeby jednotlivých žen a nezasahování do přirozeného porodního procesu ženy (Pavlíková, 2015).

Práce přináší v teoretických východiscích komplexní poznatky o managementu porodní bolesti, etiologii, diagnostice, hodnocení, dokumentaci a intervencích zdravotnického personálu a péči porodní asistentky o ženu s porodní bolestí. Ve výzkumné části se práce věnuje vytvoření a testování české verze hodnotícího nástroje - Labor Coping Scale, hodnotícího ne intenzitu bolesti, ale subjektivní hodnocení porodní bolesti porodní asistentkou, adaptaci ženy na porodní bolest a následně možnost copingových strategií které lze využít při péči o rodící (Childbirth Professionals International, 2018).

Vymezení problému, cíle a předmětu práce

Výzkumným záměrem práce je problematika hodnocení porodní bolesti a péče porodní asistentky o ženu s porodní bolestí. Porodní bolest představuje zvláštní kategorii akutní bolesti. V českém zdravotnictví se nejčastěji využívá metoda analogové stupnice intenzity bolesti VAS - Visual Analogue Scale, díky které se zjišťuje momentální stav, dynamické změny v čase, avšak pro porodní bolest není vhodná z důvodu subjektivity porodní bolesti (Mander, 2014). Základním záměrem práce bylo najít a vytvořit českou verzi takového nástroje, který by lépe korespondoval se specifičností porodní bolesti a byl využitelný pro české prostředí. Hodnotící nástroj - Labor Coping Scale slouží k subjektivnímu hodnocení adaptace žen na porodní bolest. Následně pomáhá porodním asistentkám zvolit vhodnou copingovou strategii pomáhající ženám v adaptaci na porodní bolest (Childbirth Professionals International, 2018).

Předmětem výzkumu je tvorba české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale hodnotícího adaptaci žen na porodní bolesti a využití copingových strategií pomáhajících ženám v adaptaci na porodní bolest.

Cíle disertační práce vznikly na základě rešerše odborné literatury a praktických zkušeností souvisejících s výkonem profese porodní asistentky na porodním sále.

Cíle disertační práce v teoretické rovině:

- 1. cíl:** Popsat komplexně problematiku porodní bolesti, její vznik, faktory ji ovlivňující, změny v průběhu porodního procesu a vliv na samotný proces porodu.
- 2. cíl:** Charakterizovat péči porodní asistentky o ženy s porodní bolestí a strategií pomáhající adaptovat se na porodní bolest.
- 3. cíl:** Popsat možnosti hodnocení a dokumentaci porodní bolesti v závislosti na využitých copingových strategiích porodní asistentkou.

Cíle disertační práce v empirické rovině:

- 1. cíl:** Zhodnotit přístup porodních asistentek k hodnocení a dokumentaci porodní bolesti.
- 2. cíl:** Vytvořit českou verzi hodnotícího nástroje Labor Coping Scale k péči porodní asistentky o ženu s porodní bolestí za využití copingových strategií.
- 3. cíl:** Zjistit uživatelskou přívětivost navrženého hodnotícího nástroje Labor Coping Scale v české klinické praxi v porodní asistenci.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

I TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

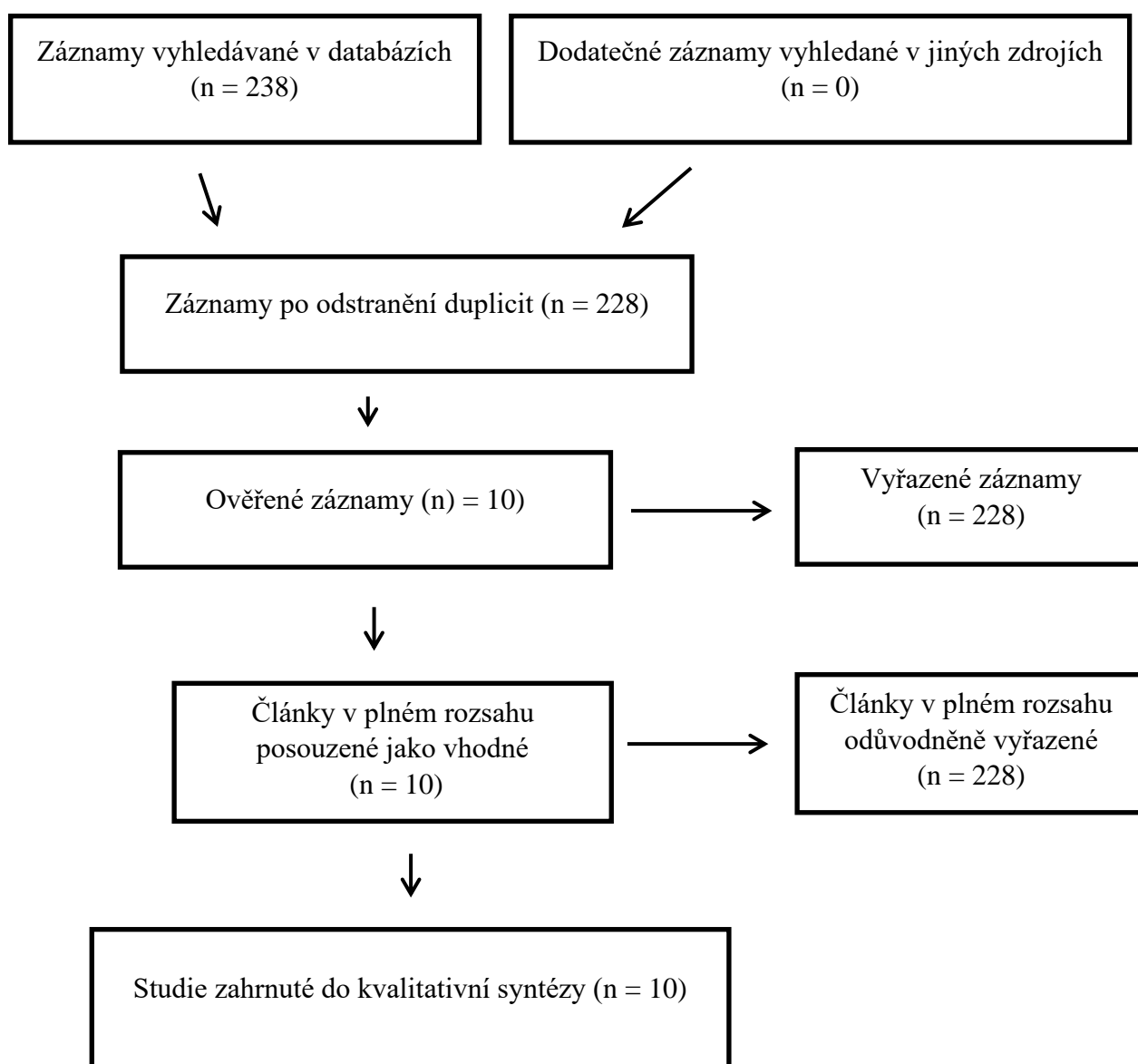
„Porodní asistence je filozofie. Jsme jediný živočišný druh, který pochybuje o vlastní schopnosti porodit. Věříme, že porod je fyziologický proces, který je potřeba znovu objevit.“

(APODAC, 2018)

Porodní bolest je specifickým jevem lidského organismu, který je často popisován, jako nejhorší bolest v životě ženy, avšak zkušenost žen je velmi variabilní a individuální. Porodní bolest je ovlivňována mnoha faktory, proto je velmi obtížné posoudit individualitu tohoto fenoménu (Jessamyn et al., 2008).

Kapitola uvádí přehled týkající se publikovaných poznatků odborníků zabývajících se porodní bolestí, managementem porodní bolesti, hodnocením a následně užitím intervenčních strategií pomáhajících ženám adaptovat se na porodní bolest a proces porodu. Pro účely vyhledání teoretických poznatků a jejich adekvátního nasycení k tématu disertační práce byla provedena teoreticko-kritická analýza dat, studium literatury a dalších zdrojů. Získávání literárních zdrojů probíhalo za pomoci vyhledávacích licencovaných a volně přístupných elektronických databází – PubMed, Medline, ProQuest, Cochrane, Scholar, Springer, EBSCO, Web of Science, Nursing Ovid, včetně konkrétních elektronických verzí odborných časopisů (Profese on-line, Kontakt, Česká Gynekologie, e-psychologie). Dále byla provedena rozsáhlá literární rešerše tištěných odborných publikací a odborných periodik zaměřených na problematiku porodní bolesti. Pro účely vyhledání teoretických poznatků k tématu disertační práce byla zvolena vyhledávací strategie, podle doporučení PRISMA (Moher et al., 2009, s. 1009) viz Obrázek 1. Pro analýzu literárních zdrojů, článků byla provedena obsahová analýza dat. Literární zdroje byly vyhledávány za pomoci klíčových slov akutní bolest; copingové strategie, nefarmakologické metody, porodní bolest. Kritériem pro vyhledávání bylo: datum vyhledávání; jazyk – anglický, český, slovenský, francouzský. Časové rozpětí pro vyhledávání článků bylo stanoveno na roky 1970 až 2018, vycházející z relevantnosti zdrojů. Analýza dat probíhala za období listopad 2017 – září 2018. K vyhledávání literatury byly využity booleovské operátory „OR” a „AND”, a dále ohraničení klíčových slov uvozovkami „labour pain in coping strategy“, které zajistí vyhledávání tohoto konkrétního slovního spojení. Posléze se provedlo postupné vyřazování studií podle doporučení PRISMA (Moher et al., 2009, s. 1009).

Do literárního přehledu bylo vyhledáno ve vybraných databázích celkem 238 studií. Pomocí softwaru EndNote bylo odstraněno 228 duplicit. Na základě analýzy nalezených článků byly vyřazeny ty, které nesouvisely s danou tématikou a které nesplňovaly výběrová kritéria. Pro obsahovou analýzu bylo vyhovujících pouze 10 plnotextových studií z Velké Británie, Irsko, USA, které se zabývaly problematikou porodní bolesti a strategiemi zvládnání bolesti. Na základě analýzy vyhledaných českých i zahraničních literárních zdrojů a odborných periodik byl vytvořen literární přehled zabývající se porodní bolestí, její charakteristikou, hodnocením a celkovým managementem bolesti s využitím různých copingových strategií.



Obrázek 1 Proces výběru a třídění literárních zdrojů (Zdroj: Vlastní, 2017)

V literárním přehledu (viz Příloha 5) bylo porovnáno 10 studií z Velké Británie, Irska, Iránu, USA, Islandu. Osm studií používalo fenomenologický pohled se zbývajícími dvěma bez specifické kvalitativní metodologické perspektivy. Analýza byla použita pro syntézu dat v této zprávě. Ze studií (Escott et al., 2004; Gibson, 2014; Karlsdottir et al., 2014; Leap et al., 2010; Rachmawati et al., 2012; Roberts et al. 2010; Slade et al., 2000; Whitburn et al., 2014) vyplývá, že ženy vnímají porodní bolest v průběhu porodu jako pozitivní pro potřebu narození dítěte hlavně díky pomoci a podpoře porodní asistentky s využitím copingových nefarmakologických strategií, což jim pomáhá lépe zvládnout porod. S tím, že porodní bolest hodnotí jako snesitelnou, oproti ženám, které využili v průběhu porodu farmakologických metody, pomáhající, od bolesti. Všechny výsledky studií poukázaly na pozitivní vliv porodní asistentky, která se chovala empaticky, snažila se ženu zapojit do porodního procesu a nechala ženu rozhodovat o jeho průběhu a využívala při poskytování péče o rodičku copingové strategie. Výsledky literární review byly publikovány v časopisu Kontakt v roce 2018 (Šalanská, Moravcová, 2018) a byly podkladem pro následující kroky našeho výzkumu.

1 Význam porodní bolesti v průběhu vývoje

Porod je velmi složitý proces, během kterého plod opouští tělo matky. Dítě po celou dobu porodu spolupracuje s dělohou a hledá si tak nejlepší a nejjednodušší polohu pro cestu porodními cestami. Samotný proces porodu je provázen známým fenoménem – porodní bolest. Porodní bolest je označována za přirozený psychosociální prožitek v životě ženy (Flink et al., 2009; Pařízek et al., 2012). Řada autorů (Binder, 2006; Mander, 2014; Pařízek, 2012; Roberts et al., 2010) charakterizují ve svých publikacích porodní bolest jako součást fyziologie při přirozeném průběhu porodu. Fenomén porodní bolesti je klíčový i pro samotný následující psychosociální vývoj jedince a život ženy (Fishman et al., 2010; Tomáš, 2000).

Ženy očekávají porodní bolest, snaží se na ni připravit, avšak samotný prožitek a vnímání je velmi objektivní a individuální. Zkušenosti s porodem a porodní bolestí jsou předávány mezi ženami z generace na generaci. Porodní proces a porodní bolest jsou staří jako lidstvo samo. Historie existence porodnictví, péče o rodičku v souvislosti s porodním procesem tak sahá až ke kořenům samotného člověka. První zmínky o porodech sahají do období starověkého Řecka a Říma, kde byly již sledovány ženy při porodech. V tomto období docházelo k prvnímu formování filozofie ošetrovatelské péče, medicíny, ale i porodní asistence, kdy docházelo k rozvoji jednotlivých odvětví na podkladě zkoumání lidského těla a přírody. Lidstvo muselo projít dlouhým a složitým vývojem, a to dalo porodnictví a porodní asistenci následně racionální a vědecký základ (Tomáš, 2000).

U porodů z počátku asistovaly a porody vedly ženy, které již měly zkušenost s vlastním porodem, což si následně předávaly mezigeneračně. Co se týkalo nemocných jedinců, bylo snahou prvních léčitelů, filozofů, kteří se zabývali lidským tělem, prvními pitvami zaměřit se na nemoci a jejich léčbu. Nemoci, choroby, ale i právě porodní proces byly nezdárka provázeny ukrutnými bolestmi. Léčitelé a filozofové té doby již věděly, že porodní bolest je přirozený proces spojen s bolestí, což odlišovalo porodní bolest od dalších typů bolesti. Z toho důvodu byla porodní bolest cílem mnoha filozofů v tomto období (Tomáš, 2000). Cílem bylo i pomoci ženám od porodní bolesti. Důkazy o tlumení bolesti byly dochovány již na babylonských hliněných destičkách, egyptských papyrech, nálezích z Persie. K tlumení bolesti se využívaly jednoduché nefarmakologické techniky, masírování postiženého místa, využití vody, tepla, později se začala využívat mystika, využívání amuletů, talismanů, vyhánění démonů, kteří měli způsobovat bolest jedinci (Fishman et al., 2010).

Nové medicínské postupy a nové léky významně přispěly ke zmírnění, nebo odstranění bolesti hlavně v období nemoci a umírání, ale i v oblasti porodní bolesti. Je však žádoucí tento pokrok v porodnictví a porodní asistenci? Je žádoucí položit si otázku, zda je vůbec možné zmírnit porodní bolest, a tak odstranit prožitek z tak naopak krásného okamžiku v životě ženy, přirozeně bez vedlejších účinků na plod, porodní proces a následně poporodní období? Odpověď může být opět otázkou, je porod skutečně bolestivý? Jak rodily naše matky? Je potřebné zasahovat do přirozeného procesu porodu? Nemělo by naopak být myšlenkou porodnictví a porodní asistence zaměřit se ne na somatickou stránku vzniku porodní bolesti, ale psychosomatickou a sociokulturní složku prožívání a vnímání porodní bolesti?

Celá řada studií dokládá, že porodní bolest a porod k sobě nerozlučně patří. Většina žen pokládá bolestivý prožitek porodu za samozřejmost, potřebu pro vypuzení plodu a plodových obalů z jejího těla a následně pro vlastní přijetí intuitivního mateřství (Escott et al., 2004; Gibson, 2014; Ingela et al., 2002; Karlsdottir et al., 2014; Leap et al., 2010; Roberts et al. 2010; Slade et al., 2000; Tomáš, 2000; Whitburn et al., 2014; Rachmawati et al., 2012;). Avšak stále mnoho žen má strach z porodu a porodní bolesti. Na podkladě nedostatku informací se tak klaní k tomu, aby jim bylo při porodu uleveno farmakologickou cestou, což kolikrát může naopak více uškodit jak ženě, tak plodu (Roberts et al., 2010).

Je normální, že ženy mají od pradávna strach z porodní bolesti. Představa porodu spojeného s utrpením pramení z několika skutečností: nezkušenosti s porodem, negativních zážitků žen, které již rodily, ale i fámy o porodech jiných žen. Další skutečností je křesťanské náboženství, které udává, že sám Bůh poslal na ženy porod v bolesti, za prvotní hřích ženy, což bylo popisováno ve Starém Zákoně. Teorii křesťanství můžeme vidět i na anglickém slově pain, jež je odvozeno z latinského slova poena, znamenající trest a následnou únavu od bolesti (Vrba, Strouhalová, 2004). Nejzávažnější skutečností je, že v minulosti se při nedostatečné péči rodícím ženám při komplikovaných porodech vznikaly poškození porodních cest, plodů, ženy umíraly vyčerpané v bolestech, což přirozeně vyvolává u žen strach, úzkost a hrůzu z porodu. S popisem porodu jako události plné utrpení a bolesti se setkáváme v literatuře s mnoha názory. I ve staré literatuře jsou zmínky, že ženy rodily bezbolestně. V dnešním porodnictví však porod bez využití farmakologických metod tlumících porodní bolest a přitom „bez bolesti“ vyvolává údiv.

V dřívějších dobách, ženy braly více přirozeně proces těhotenství a porodu. Do konce těhotenství pracovaly, nijak si nepřipouštěly možnost komplikací až úmrtí, což bylo až do začátku minulého století běžné, že byla vysoká mateřská a novorozenecká mortalita a morbidita. Ženy byly víceméně zdravé, rodily mladé a vitální, strava žen byla racionální.

Organismus žen byl utužen do takové míry, že ženy mohly vykonávat běžné povinnosti bez komplikací v průběhu celého těhotenství. Krátce po porodu se ženy vracely ke svým každodenním povinnostem. Pomoc lékaře byla jen v případech výskytu komplikací, což bylo ve výjimečných případech, při kolizních polohách plodu, malformacích plodu a případných patologiích pohlavního systému žen. Ženy jinak rodily doma, ve svém prostředí, s blízkou osobou, porodní bábou bez větší pomoci a komplikací, bez potřeb tlumení bolesti (Tomáš, 2000).

Důkazem toho jsou tvrzení historiků, kteří popisují zvyklosti a praktiky některých domorodých kmenů, které žijí do dnes velmi primitivním způsobem v odlišných částech světa. Ženy zde rodí samy bez nevelké pomoci rodiny, bez metod tlumících porodní bolest a bez komplikací, v lese, na pobřeží, například na ostrově Buru a Seram, Babarském souostroví. V Tanimbare rodí ženy do moře. Negritky a Montesky na Filipínách rodí taktéž bez pomoci, využívají pouze nefarmakologické metody polohování k tlumení porodní bolesti za výpomoci užití bambusového kmene, o který se opírají. Na Havaji rodí domorodé ženy bez bolesti v tichosti v domácím obydlí. Ženy z těchto kmenů, pokud vidí bělošky rodit křičící, diví se a myslí si, že křičí ze zvyku. Takto nekomplikované porody prožívají i ženy afrických a amerických kmenů žijících v přírodě.

Důkazy o komplikovaných porodech žen z těchto komunit jsou zřídka. Jsou však i doklady, že kmeny Abiponiek z Paraquaje rodí velmi bolestivě, ale přesné příčiny tohoto jevu neznáme. Ne vždy jsou ženy u porodu samy. U některých primitivních národů se setkáváme s veřejnými porody. Ženy Kamčadtech rodí v přítomnosti lidu z vesnice bez rozdílu stavu a pohlaví. Ženám těchto přírodních národů pomáhají při porodu různí pomocníci (Tomáš, 2000). U některých kmenů pomáhá ženě vlastní muž, žena sedí v polosedě na patách, muž zepředu nebo zezadu přidrží tělo ženy. Ve více případech asistuje u porodu nejstarší žena z rodu, případně jiná žena, muži u porodů neasistují, neboť porod je v některých kulturách brán za něco posvátného a má být mužům skryté. U Orang-Belendov na Malace, rodičku silně tahají šátkem ve výšce žeber. Porodní bába stahuje břicho šátkem, čímž pomáhá plodu v prostupu do porodních cest, což je známá metoda v dnešní době jako Reboozo, nefarmakologická technika pomáhající ženám od porodní bolesti a sestupu plodu porodními cestami. V některých částech světa se používají na zmírnění porodní bolesti různé bylinné přípravky, které jsou však brány v některé literatuře jako možnosti farmakologické cesty.

Bylinné přípravky se používají jak před porodem, tak v průběhu porodu. Používají se ve střední Africe, na Kanárských ostrovech. V našem světě se ale bylinné přípravky využívají i dnes, jako metoda aromaterapie, fytoaterapie, což může být bráno jako možnosti nefarmakologické, tak ale i farmakologické. Některé národy využívají při porodu amulety, kameny, obrázky a jiné předměty je uklidňující (Pařízek, 2018).

V průběhu vývoje lidstva, kultury, vědy v jednotlivých historických obdobích byly rozvíjeny teorie o vzniku bolesti a metody pomáhající od bolesti, ale i porodní bolesti (Vrba, Strouhalová, 2004). Samotný porod byl však provázen i kulturními hledisky, kdy byl popisován jako nové zrození jedince, kdy naopak bylo žádoucí, aby si žena porodní bolestí prošla. (Vránová, 2007). Některé již zmiňované kmeny spojují porod s rituálem změny v životě ženy (Tomáš, 2000).

Existuje celá škála způsobů, kterými si primitivní národy pokoušeli a dodnes pokouší pomoci rodičkám zvládnout porodní proces spolu s porodní bolestí. Jednoznačně však můžeme říci, že v porovnání s ženami v moderní společnosti je jen malá část žen, které se porodu nebojí a rodí bezbolestně (Roberts et al., 2010; Tomáš, 2000). Z literárních zdrojů a výzkumů (Roberts et al., 2010; Tomáš 2000; Vrba, Strouhalová, 2004) můžeme vidět rozdíl ve vývoji a přístupu k porodu a porodní bolesti. Výrazné změny přinesla právě moderní doba spojená s vývojem vědy a techniky, které pomáhají na jedné straně život jedinci zachraňovat, ale na druhé straně ho zbavují přirozených aktivit a vedou k pohodlnosti jedince, což se odrazilo právě i v přístupu k porodnímu procesu a zasahováním do jeho přirozených mechanismů. Vliv na přístup k porodnímu procesu a porodní bolesti má i socioekonomický vývoj jednotlivých zemí, států, což se odrazilo i ve zdravotnických systémech, na vývoji porodnictví a porodní asistence, vzdělávání lékařů a porodních asistentek.

Ke změnám a usměrnění péče o rodící ženy docházelo formováním vzdělávání porodních asistentek na počátku 18. století. Následně byly upraveny i sociální podmínky porodních asistentek a rodiček v domácí péči (Vránová, 2007). V období 19. století však péči začali přebírat lékaři, porodníci a anesteziologové, čímž se začalo více zasahovat do porodního procesu a jeho přirozenosti. Ženy se začaly situovat z domácího prostředí do nemocničního prostředí a porodní asistentky pouze asistovaly lékařům v průběhu porodu (Tomáš, 2000). U porodů se začaly více využívat analgetické prostředky pomáhající porodnímu procesu, tak i tlumících porodní bolest.

Za průlomové je bráno využití chloroformu v polovině 19. století, profesorem Simpsonem, který však jeho užívání komentoval slovy: „Pokud není porod ovlivňován vůlí ženy, probíhá plynuleji a přirozeně“, čímž vyvolal vlnu různorodých názorů na tuto metodu v laické ale i odborné společnosti. Počátkem 20. století začala v Německu používat při porodu analgetika, rodičkám byl podáván morfin společně s chloroformem. Metoda se rychle rozšířila a byla převzata i do Velké Británie a USA a je považována za začátek moderní porodnické analgezie (Pařízek, 2018).

Využíváním farmak došlo k zasahování do procesu těhotenství a porodu, odhalování nemocí a patologií spojených s těhotenstvím a porodem, ženy následně byly více a více sledovány (Roberts et al., 2010).

Pozitivem je dodnes eliminace mateřské a novorozenecké mortality a morbidity, avšak stále je zde spousta otázek jak společenských, tak etických, do jaké míry je vhodné zasahovat do tak přirozeného a křehkého období v životě ženy a plodu, novorozence (Karlsdottir et al., 2014; Leap et al., 2010).

Zapomíná se na fakt, že porod a porodní proces patřil, patří a bude patřit do života žen beze změn. Mění se pouze moderní filozofické přístupy společnosti a medicíny, porodnictví a porodní asistence. Lehké a rychlé porody přírodních žen poukazují oproti porodům žen v moderním vyspělém světě na sociální a biologické nedostatky a jsou důsledkem nezdravé civilizace, nevhodné životosprávy, sociálního rozdělení mezi rodičkami. Zmírňování a pomoc ženám od porodní bolesti se stalo postupem času klíčové pro moderní porodnictví a porodní asistenci.

Moderní porodnictví se stalo neodmyslitelně multidisciplinárním oborem, ve kterém spolupracují odborníci z porodnictví, porodní asistence, anestezie, neonatologie, farmakologie, fyziologie, patologie, interní medicíny a další zdravotničtí pracovníci. Dnešní moderní porodnictví je zaměřeno na zmírnění porodní bolesti, urychlení porodního procesu, což je však často spojováno s vyšším výskytem porodnických komplikací, zásahu do porodního procesu, ukončení těhotenství císařským řezem, vaginálními extrakčními porody, a hlavně traumaty spojenými s průběhem porodu. Tato fakta se objevují v celé řadě studií (Escott et al., 2004; Gibson, 2014; Karlsdottir et al., 2014; Leap et al., 2010; Rachmawati et al., 2012; Whitburn et al., 2014). Na podkladě studií ukazujících na pozitivní vliv a efekt porodní bolesti je žádoucí změnit přístup k filozofii porodnictví a porodní asistenci k rodícím ženám s porodní bolestí.

2 Porodní bolest

Samotná bolest je klasifikována v jednotlivých publikacích odlišně, přesto je pro bolest používána všeobecně uznávaná definice podle Světové zdravotnické organizace (WHO - World Health Organisation) a Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP - International Association for the Study of Pain), které charakterizují bolest jako nepříjemný sensorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či potencionálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy orgánového poškození. Bolest má mnoho kategorizací, je rozdělována podle doby a délky trvání, na akutní a chronickou, nebo podle charakteru, intenzity (IASP, 2019; WHO, 2018).

McCaffery (2008) charakterizuje bolest jako cokoliv, co jedinec označí jako bolestivé a vnímá ji jako subjektivní, multidimenzionální zkušenost, na kterou má vliv pohlaví, věk, předchozí zkušenosti, osobnost, emoce (strach, smutek, radost), víra, kultura, ale i vztah k bolesti a situace, ve které se jedinec nachází. Bolest je vždy subjektivní pocit a záleží na mnoha faktorech, díky kterým je individuálně prožívána, což je stejné pro všechny typy bolesti (Dahl, Kehlet, 2006).

V porodnictví je fenomén bolesti spjat mimo jiné patologické stavy právě s fyziologickým procesem – s porodem. Porodní bolest je definována jako bolest podle WHO, IASP avšak je ovlivněna i individuálními psychosociálními vlivy ženy (Pařízek, 2018; Leifer, 2004). Porodní bolest je z psychologického hlediska definována jako složitý bio-psycho-sociální jev a již dříve byla soustavně pozorována v různých průzkumech a experimentech. Celý tento komplex mechanismů v organismu ženy se podílí na úrovni bolesti žen u porodu (Pařízek, 2006).

Porodní bolest představuje zvláštní kategorii akutní bolesti, kde se prolíná její fyziologický význam s patofyziologickými mechanismy. Porodní bolest je přirozený stav, který provází téměř každý porod. Je časově omezena. Mění se v jednotlivých dobách porodních. Obvykle je vnímána jako bolest vysoké intenzity, pro některé ženy někdy bývá až nesnesitelná. Porodní bolesti jsou společnou zkušeností pro všechny ženy. Během porodu žena vnímá porodní bolesti, ale zároveň prožívá pocity radosti. Porodní bolest je často popisována, jako nejhorší bolest v životě ženy (Mander, 2014; Rokyta 2009).

K pochopení bolesti a porodní bolesti je žádoucí znát nejen fyziologické, ale i psychologické aspekty a komplexně management porodní bolesti, do které je zahrnována znalost strategií pomáhající ženě zvládat porodní bolest, edukace a přítomnost osoby blízké u porodu.

Velký podíl na managementu péče o rodící ženu má porodní asistentka v oblasti přípravy ženy na porod, ale hlavně v průběhu porodu (Mander, 2014). Jedině v tomto případě, při celkovém přístupu k ženě, může porodní asistentka správně a kvalitně poskytnout adekvátní péči v porodní asistenci formou strategií, které pomohou ženě uspokojit potřeby v průběhu těhotenství a porodu (Iliadu, 2009).

V dnešní době si ne všechny ženy uvědomují, že porodní bolest je fyziologický proces, který není známkou nebezpečí. Zkušenost s porodní bolestí během porodu není však pouhým odrazem fyziologických procesů porodu. Porodní bolest je komplex složitých subjektivních interakcí fyziologických a psychosociálních faktorů v interakci s individualitou ženy. Porodní bolest a její zvládnutí ovlivňuje i poporodní období, kdy dochází k uvolnění hormonů, což podporuje tvorbu pouta mezi ženou a novorozencem a ovlivňuje i další jejich psychický a sociální vývoj a vztahy (Ratislavová, 2008; Roberts et al., 2010). Z toho důvodu, zde vzrůstá opět mnoho otázek, bezbolestný porod, ano či ne? Proto se zaměříme na porodní bolest komplexně, abychom dokázali subjektivizovat porodní bolest a pomoci ženám adaptovat se na porodní bolest, pracovat s porodní bolestí, jak tomu bylo dříve, ne ji eliminovat za pomoci různých farmakologických metod, tak jak to je v současném porodnictví.

Celá řada výzkumů (Escott et al., 2004; Gibson, 2014; Roberts et al. 2010; Slade et al., 2000) ukázala, že informované ženy, které přijmuly to, že porod bolí, dokážou prožívat porodní bolest, samotný porod a mateřství komplexně. Již Odent (Odent, 2004) poukázal na to, že při fyziologickém porodu je vyplavován hormon oxytocin, který vyvolává děložní stahy, ale zároveň je zodpovědný za vymazání porodní bolesti z paměti po porodu. Při porodu se dále vyplavují tzv. hormony štěstí, endorfiny, které se jinak vyplavují v průběhu celého porodu a po porodu. Výsledkem působení hormonů a endorfinů je pocit vzájemné náklonosti mezi matkou a plodem a posléze navozují pocit blaha. Při porodech ovlivňovaných farmakologicky z důvodu tlumení porodní bolesti dochází narušení těchto fyziologických procesů porodu (Mander; 2014; Ratislavová, 2008). Díky naprosto individuálnímu vnímání bolesti, je velmi obtížné rozpoznat a tlumit bolest. Žádná farmakologická nebo nefarmakologická úlevová metoda nesmí ohrozit dítě ani matku na zdraví. Stejně tak by neměla být ovlivněna děložní činnost, aby mohla být dostatečně účinná. (Pařízek, 2018; Roberts et al., 2010).

2.1 Etiologie a mechanismus porodní bolesti

„Porodní bolest je v posledních letech čím dál tím více diskutovaným fenoménem, neboť se velmi liší od jiných bolestí, je dočasná, má smysl a končí krásným životním zážitkem – porodem nové milované bytosti.“ (Mander, 2014, str. 268)

Porod je univerzálně bolestivá subjektivní individuální zkušenost a ženy očekávají, že bude bolestivým zážitkem. Bolest při porodu je pro každou ženu jedinečná a liší se od jakékoli jiné bolesti (Karlsdottir et al., 2015). Z toho důvodu je důležité si uvědomit, že porodní bolest by měla být i tak vnímána, jako něco, co může ženu posílit a posunout dál na cestě životem (Fillingim, 2005). Jak již bylo zmíněno, k pochopení porodní bolesti je důležité znát její etiologii, mechanismus porodní bolesti, což popisuje tato kapitola.

Porod a porodní bolest jsou definovány jako proces, kdy dochází k dokončení období těhotenství, vypuzením plodu z dělohy ženy. Na mechanismu porodní bolesti se podílí: spouštěcí mechanismus porodu (endokrinní funkce); doby porodní, závislé na děložní činnosti; porodní mechanismus plodu; konstituce ženy a stavba pánve a pánevním dnu (měkké a tvrdé cesty porodní); psychosociální faktory jako jsou osobnost ženy, psychický stav ženy, prostředí, kultura, víra (Mander, 2014).

2.1.1 Spouštěcí mechanismus porodu

Spouštěcí mechanismus porodu (endokrinní funkce) je proces závislý především na fungování samotného centrálně nervového systému (CNS) v interakci s endokrinním systémem (Chmel, 2005; Chapman, 1997; Odent, 2004). Na hormonálním řízení porodního procesu se podílí hormony: progesteron, estrogen, prostaglandin, fetální kortizon, oxytocin, jež mají každý svoji nezastupitelnou funkci. *Progesteronu* je hormon steroidní povahy. V první polovině těhotenství má především relaxační účinky a podílí se na udržení těhotenství. V závěru těhotenství se jeho účinnost snižuje. Pokles produkce progesteronu zvyšuje aktivitu myometria, hladké svaloviny děložní, čímž snižuje blokaci děložních kontrakcí, což se podílí primárně právě na podnětu k vyvolání porodu (Buckley, 2016). Dalším důležitým hormonem je *oxytocin* nazýván též hormon lásky, je dělen podle původu na fetální nebo mateřský. Na podkladě endokrinní funkce je vyplavováním hormonu oxytocinu z neurohypofýzy vyvolána kontrakční činnost děložní svaloviny, která se podílí na vypuzení plodu skrze porodní cesty tzv. mechanismem porodu. Významně ovlivňuje délku a sílu děložních kontrakcí a po porodu nástup laktace. V průběhu porodu hladina oxytocinu prudce stoupá (Čech, 2014).

Estrogeny mají na starosti stimulaci myometrální aktivity díky syntéze prostaglandinů v plodových obalech a decidue. Jejich hladina stoupá několik týdnů před porodem a podílí se na nastavení podmínek vhodných pro porod. Jsou velice zásadní pro začátek porodu. Pro stimulaci estrogenů v placentě je pak důležitý hormon *fetální kortizol*. Poslední skupinou potřebných hormonů v porodním procesu jsou *Prostaglandiny E2*, jež mají úlohu v aktivaci myometria. Hladina Prostaglandinů E2 v plodové vodě před porodem výrazně stoupá (Čech, 2014).

2.1.2 Porodní síly

Porodní síly (děložní kontrakce) se podílí na prostupu plodu porodními cestami. Porodní síly napomáhají k otevírání porodních cest tak, že tlačí plod do porodních cest. *Děložní kontrakce* jsou individuálně prožívané mimovolné stahy hladkého svalstva dělohy, vyvolané endokrinní činností hormonu oxytocinu, které způsobují ztenčování a otevírání děložního čípku, a tím umožňují sestup plodu do porodního kanálu (Bašková, 2015). Děložní činnost, rozpínání a tlak naléhající velké části plodu působí na svaly a nervová zakončení hlavně v místě dolního segmentu dělohy, vnitřní branky, kdy dochází k otevírání porodních cest při vypuzování plodu, což ženy vnímají nejbolestivěji (Binder a kol., 2011). Kontrakce jsou primární porodní silou během první doby porodní. U děložních kontrakcí se určuje frekvence, bazální tonus, délka kontrakce a její intenzita, pravidelnost, délka mezikontrakčního období (resting phase), lokalizace, charakter bolesti a subjektivní vnímání rodičky. Frekvence je doba od začátku jedné kontrakce do začátku další. Pokud je kontrakce častěji než jednou za dvě minuty, je možné, že způsobí zhoršení zásobování plodu kyslíkem a následnou asfyxii plodu. Ze stejného důvodu by neměly trvat déle než 90 sekund (Roztočil a kol., 2008).

2.1.3 Porodní mechanismus plodu

Porodní mechanismus plodu je způsob, kterým jednotlivé části plodu procházejí porodním kanálem, který je tvořen z tvrdých a měkkých porodních cest. Porodní cesty jsou prostory, kterými při porodu prochází plod. Tyto prostory jsou v době porodu velmi zatěžovány a rodička cítí tlaky a velké bolesti především v podbřišku, v kříži a poté tlak na konečník. Mechanismus porodu ovlivňuje i jeho velikost, vedoucí bod plodu a celkové uložení plodu. Plod se přizpůsobuje díky tomu tvarům jednotlivých pánevních rovin.

Za fyziologických podmínek sleduje mechanismus určitá pravidla. Samotný prostup plodu porodními cestami je vnímán jako bolestivý, neboť dochází k dilataci a rozestupu měkkých cest porodních, skládající se ze svalových, nervových a tkáňových struktur (Čech, 2014). Tlakem plodu na měkké a tvrdé cesty porodní může navíc docházet v porodním kanále k vzniku drobných mikrotraumat. Na porodní bolest má vliv i tvar ženské pánve a velikosti hlavičky plodu, jako objektu porodu. V živočišné říši je porod člověka považován za něco unikátního. V rámci fylogenetického vývoje docházelo při vzpřimování těla ke změně ženské pánve. Na rozdíl od ostatních savců nastalo u člověka vlivem chůze její předozadní zúžení, čímž se utvořilo pánevní dno (Lowe, 2002).

2.1.4 Porodní proces

Porodní proces, doby porodní se odlišují charakterem bolesti v jednotlivých dobách porodních. Záleží na závislosti fyziologických a anatomických vlivů, endokrinní a CNS činnosti, mechanismu porodu plodu při průchodu porodními cestami. V průběhu porodu se mění lokalizace, intenzita, charakter porodní bolesti v závislosti právě na mechanismu, etiologii porodu. V první části porodu bolí hlavně kontrakce dělohy, její stahování. V dalších fázích porodu má vliv na vznik porodních bolestí otevírání děložní branky. Na závěr porodu se mezi faktory podílející se na bolestech řadí i bolestivé vjemy, které jsou způsobeny rozpínáním, mikrotraumatizací tkání pánevního dna, pochvy a perinea vlivem postupu hlavičky plodu. Pro každou fázi porodu je typická určitá bolest, která pomáhá zdravotnímu personálu odhadnout dle změn chování ženy, jak porod pokračuje a jak bychom mohli ženě pomoci. Velký vliv na bolest mají i další faktory, které jsou popsány v Kapitole 2.4, velký význam má hlavně porodnické prostředí a příprava ženy k porodu (Ratislavová, 2008). Porodní bolesti jsou proto lokalizovány a vnímány individuálně. U fyziologického porodu probíhají celkem 4 doby porodní a v každé době matka vnímá intenzitu bolesti odlišně, jak popsal Bonica ve své studii (Bonica, 1986).

Bolest v přípravném období se začínají projevovat ke konci těhotenství a značí známky blížícího se porodu, kdy dochází k zahájení biologické přípravy rodičky a plodu. V období začínajícího porodu může žena pociťovat mírné bolesti v podbříšku i kříži a mylně si myslet, že se jedná o začátek porodu. Tyto stahy nazýváme různě, ale nejčastěji jako „poslíčky, stahy předzvěstné“, odborně se jedná Dolores praesagitale nebo též Braxton - Hicksovy kontrakce.

Jsou to nepravidelné a nekoordinované stahy děložní svaloviny, které se vyskytují většinou ve večerních hodinách, neboť děložní svalovina reaguje na únavu matky a pohyby plodu v průběhu dne. Tyto přípravné kontrakce jsou často zaměňovány za vlastní děložní kontrakce, mohou být vnímány ženami bolestivě. Jejich činnost se nijak nemění, tedy intenzita a frekvence nestoupá, tím pádem tedy nemůže docházet k otevírání dolního děložního segmentu, jako tomu je v I. době porodní (Roztočil a kol., 2008).

Bolest v I. době porodní je popisována jako viscerální, tupá bolest. Šíří se aferentními nervovými vlákny z dělohy do míšních segmentů Th10-L1, přenáší se do bederní oblasti, okolí pupku a vystřeluje do slabin (Bonica, 1986; Tomáš, 2000). První doba porodní je nejdelší část celého porodu, je definována jako nástup pravidelných kontrakcí hladké svaloviny. Kontrakce děložní mají již efekt na plod a jeho posun do porodních cest a dilataci měkkých cest porodních, hlavně porodnické branky, která se dostává do Headových zón v podbřišku a v oblasti beder. Maximální dosah má při kontrakcích a vzniká z důvodu natahování svalových vláken dělohy, hlavně v oblasti dolního děložního segmentu, ve kterém je nejvyšší počet sensorických nervových zakončení. První bolesti, kterou žena zaznamená, jsou takzvané otevírací bolesti. Ty se projevují v oblasti dolní části dělohy, kde se otevírá porodní kanál k umožnění průchodu plodu. Tyto bolesti nejsou stále, ale jsou periodické. Na konci I. doby porodní rodička cítí silný tlak na konečník. V této fázi porodu se doporučuje mezi kontrakcemi klidně dýchat, relaxovat a najít pohodlnou úlevovou polohu, což má napomáhat ženám zvládat porodní bolest a posléze i pomoci urychlení prostupu plodu porodními cestami (Bašková, 2015; Pařízek et al., 2012). Porodní bolest v první době porodní je pro ženy vnímána intenzivně a velmi dlouho, pro některé ženy může být až vyčerpávající. V tomto období je žena nejvíce ohrožena zevními faktory jako je vliv prostředí, zdravotnického personálu, ale i osobnostními a charakterovými vlastnostmi, které se mohou promítnout do průběhu porodu a zvládání a vnímání porodní bolesti (Tomagová et al., 2008).

Bolest v II. době porodní je ostrá, somatická, dobře lokalizovaná v oblasti pochvy a perinea, je přenášena pudendálními nervy do segmentů S2–S4, která je vyvolána díky traumatizaci pochvy a hráze při porodu plodu (Bonica, 1986; Tomáš, 2000). Druhá doba je definována zánikem porodní branky a končí porodem plodu. V průběhu II. doby porodní je porodní bolest a její vnímání, prožívání ovlivněno hlavně fyzickou a psychickou kondicí. Žena může být vyčerpaná, avšak toto období trvá krátkou dobu. Bolest v II. době porodní vzniká především tlakem a tahem na peritneum, děložní vazy, močový měchýř, močovou trubici, konečník (Bašková; 2015; Pařízek et al., 2012).

Bolest ve III. době porodní začíná ihned po ukončení II. doby porodní, končí do 30 minut, končí porodem placenty. V tomto období jsou kontrakce slabší, napomáhají placentě k jejímu odloučení, stahováním obsahu dělohy. Někdy může být pro ženy bolestivý i porod placenty, z důvodu podráždění a citlivosti pochvy, hráze, konečníků a okolní inervace. Po porodu placenty se rodiče většinou velice uleví i přes to, že jí s největší pravděpodobností čeká ještě ošetřování případných poranění (Bašková, 2015).

Poporodní IV. doba porodní nastává po ukončení III. doby porodní. V této době by měla být matka sledována po dobu dvou hodin kvůli možnému zvýšenému krvácení a sleduje se také zavínování dělohy, kdy dochází ke zmenšování obsahu dělohy a ischemizaci cév, což mohou ženy pociťovat taktéž bolestivě. Na retrakci dělohy se podílí také brzká podpora laktace, kdy dochází k vyplavování hormonu oxytocinu, který se podílí na činnosti hladké svaloviny děložní. Toto období je pro ženu velmi citlivé, žena začíná vnímat okolí, proto je důležitá psychická pohoda matky a novorozence a jejich komfort, společný kontakt podporou bondingu (Bašková, 2015).

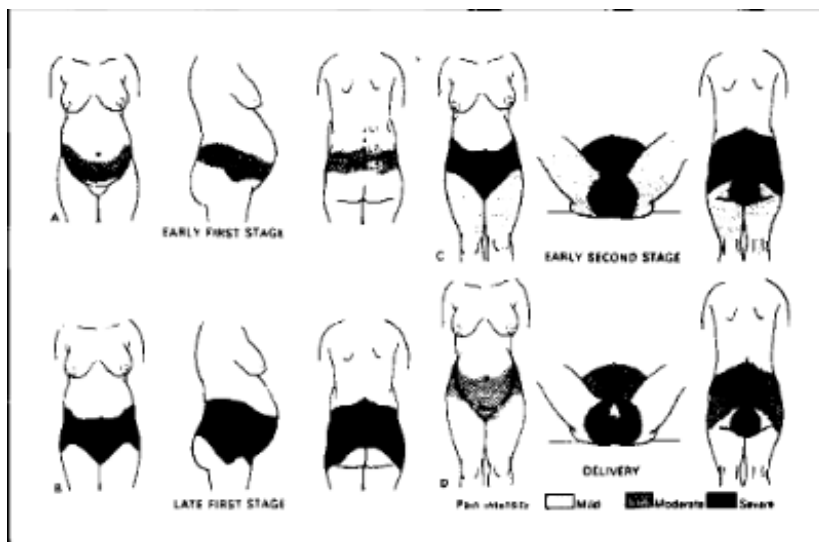
Podrobnější princip neurofyziologické etiologie porodní bolesti popisuje Mareš (1997), jako komplex fyziologických a psychologických aspektů organismu ženy. Fyziologické aspekty charakterizuje jako nocicepce: vnímání, či vjem porodní bolesti, kdy dochází k stimulaci receptorů tzv. nociceptorů, které jsou uloženy v kůži, podkoží, tkáních, periostu, kloubech, svalech a vnitřních orgánech. Nociceptory jsou rozděleny na dva typy: unimodální receptory a polymodální receptory. Unimodální receptory přenášejí podněty primárními aferentními neurony, které jsou téměř vždy myelinovanými vlákny A-delta, jsou odpovědné za ostrou a píchavou bolest. Polymodální receptory jsou nemyelinovaná C vlákna, která vedou do hřbetního rohu míchy, vedou dlouhodobou a tupou bolest. Nociceptory můžeme dále rozdělit i podle umístění: povrchové – reagují na tepelné a mechanické podněty; hluboké, somatické – reagují na chemické látky nebo nadměrnou sílu, tlak; viscerální – reagují v případě ohrožení a poškození tkáně. Psychologické aspekty jsou charakterizovány podněty z vnitřního a vnějšího prostředí: vliv psychosociálních, kulturních a etnických podnětů podílejících se na reakci na bolest. Následně jsou podněty zpracovány v několika fázích CNS; především v substantia gelatinosa hřbetního rohu a přenášeny interneurony spinothalamického oblasti na thalamus a mozkovou kůru, kde dochází k prostorové a časové analýze. Dále jsou přenášeny do hypothalamické a limbické oblasti, kde vznikají emocionální a autonomní reakce (Mareš, 1997).

2.2 Přenos a projev porodní bolesti

Mourhouse (2001) popisuje etiologii vzniku a reakci organismu ženy na porodní bolest ve čtyřech fázích.

1. fáze - Transdukce: mechanická, chemická, tepelná informace v centrální nervové soustavě se mění na elektrickou aktivitu nervového systému. Během této fáze dochází k působení podnětů na molekuly nociceptorů na koncích primárně aferentních neuronů, sodíkové kanály (Na⁺) se otevřou a extracelulární sodík vstupuje do buňky a depolarizuje molekulu receptoru, čímž vzniká akční elektrický potenciál.

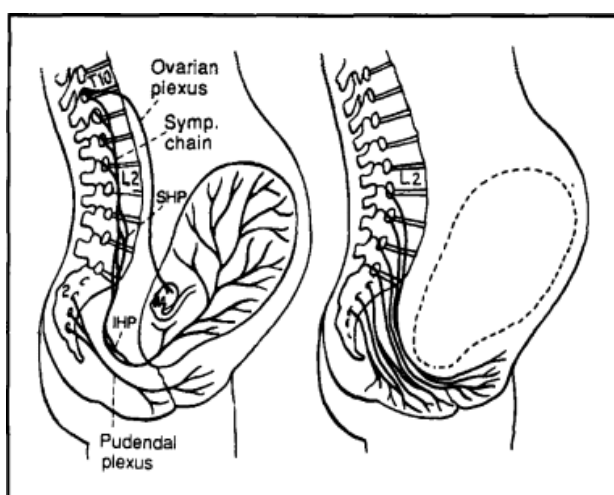
2. fáze - Transmise: v této fázi dochází k přemístění akčního potenciálu z místa vzruchu do míchy, konkrétně do zadních rohů v centrální šedé hmotě. Neurotransmitery převedou impulz do spinotalamických a spinoretikulotalamických drah vedoucích do talamu a do středního mozku, odkud dochází ke zpracování signálu do kůry mozkové. Při porodu jsou stimulovány kožní a svalové struktury zejména v rozsahu dermatomů S2–S4 a Th10–L1 a je drážděno příčně pruhované i hladké svalstvo dělohy (Mourhouse, 2001; Pařízek et al., 2012). V jednotlivých dobách porodních dochází při prostupu plodu porodními cestami k rozdílné stimulaci kožních dermatomů a svalových struktur viz Obrázek 2, čímž se mění intenzita bolesti v jednotlivých dobách porodních, a lokalizace bolesti na těle ženy. Jednotlivé oblasti, kde je pocíťována bolest ženami znázorňuje Obrázek 3, oblasti břišní stěny, iliakálních hřebenů, gluteální oblasti, stehen a lumbo-sakrálních oblastí díky stimulaci neuronů z těchto oblastí aferentními stimuly z pánevních orgánů podle dermatomálního pravidla. Primárně jsou přenášeny impulzy prostřednictvím sympatických vláken do zadních nervových kořenových ganglií v T10 až L1. Při prostupu plodu v průběhu I. a II. doby porodní a tahu v pánevních strukturách obklopujících vaginální klenbu se stává převládajícím zdrojem škodlivého sensorického vzruchu vedoucí plod. V průběhu II. doby porodní jsou více ovládány podněty, vycházejí z oblasti perineálních struktur viz Obrázek 3. Tyto podněty jsou v II. době porodní přenášeny primárně pudendálními nervy skrze sakrální plexus do kořenových ganglií nervů kořene v úrovni páteře S2 až S4. V průběhu porodního procesu mohou být přenášeny další škodlivé podněty z důvodu trakce a tlaku na adnexa a parietální pobřišnici, na tlak na močový měchýř, močovou trubici a konečník. Přenosy jsou z více kořenů lumbosakrálního plexu; a spasmus reflexního kosterního svalstva ve strukturách dodávaných stejnými segmenty spinální šňůry (Bonica, 1986; Lowe, 2002; Mourhouse, 2001).



Obrázek 2 Intenzita a rozdílnost porodní bolesti v jednotlivých dobách porodních (Zdroj: Bonica, 1986)

3. fáze - *Percepce*: po samotném fyziologickém přenosu bolesti pomocí CNS dochází k vlastnímu vnímání bolesti, které je závislé na mnoha vnějších i vnitřních faktorech (fyziologické, psychosociální, kulturní, jako jsou věk, prostředí, nemoc, situace, kultura, popsány v následující kapitole) a je charakterizováno časovým údajem – od krátkých sekundových, minutových až hodinových vjemů.

4. fáze - *Modulace*: v této fázi dochází k přizpůsobení, neboť podněty z mozku pokračují descendentně do míchy a spouštějí uvolňování enzymů – endorfinů (serotonin, endogenní opioidy), které se váží na opioidní receptory a zabraňují uvolnění neurotransmiteru a tím se potlačí přenos bolesti, čímž může docházet ke snížení nebo naopak zvýšení bolesti.



Obrázek 3 Nociceptivní cesty podílející se na potlačení porodní bolesti v oblasti pánve (Zdroj: Bonica, 1986)

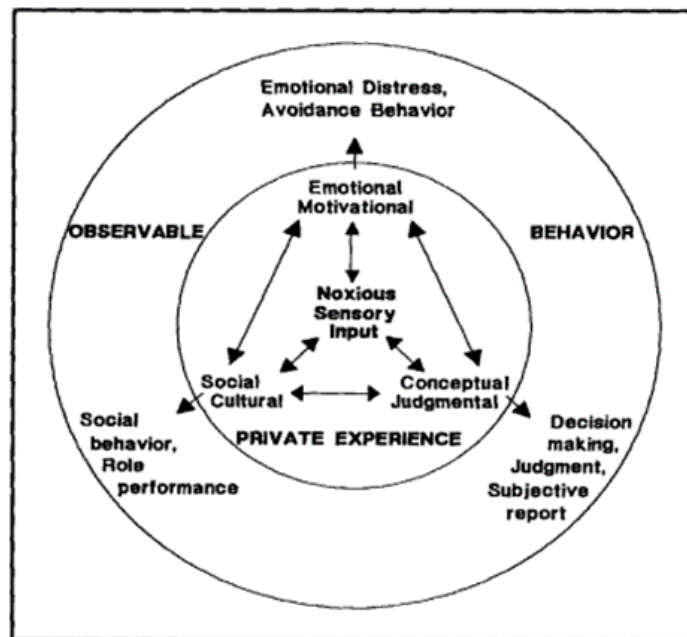
Samotné vnímání porodní bolesti aktivuje také mimovolní (autonomní a reflexní) reakci organismu, jež se může projevovat vegetativními změnami u ženy, nazývanými se jako „stresová reakce ženy na porodní bolest“. Mezi typické příznaky patří mimo jiné hypertenze, tachykardie, tachypnoe, hypoventilace či, hyperventilace, zvýšení spotřeby kyslíku, snížení gastrointestinální motility, zvýšený tonus sympatiku, dušnost, flexe svalů, což může vést až k uvolnění adrenalinu a stresových hormonů. To se může odrazit výsledně v poklesu děložní aktivity a zpomalení porodního procesu (Moorhouse, Doenges et al., 2001; Leifer, 2004; Pařízek et al., 2012). Dochází i ke zvýšenému vylučování hormonů, endorfinů „endogenní opiáty“, které zodpovídají za reakci organismu na stres (katecholaminy, kortizol a hypothalamické hormony). Endorfiny byly objeveny v roce 1975 Hughesem a Duignanem (1975). Jsou to přirozené chemické látky podobné složením morfinu nebo heroinu. Endorfiny naše tělo produkuje při reakci na bolest a fungují jako přirozená analgetika. Existují výsledky výzkumů, které poukazují na to, že organismus těhotné ženy produkuje více endorfinů těsně před začátkem kontrakce (Iverson, 1979; Mander, 2014). Výzkum Iversona (1979) potvrdil, že endorfiny mají analgetický účinek a snižují stres z porodu. Endorfiny se dále podílí i na vzpomínkách a prožitku z porodu, v poporodním období jejich vyplavením nastává tzv. poporodní amnézie, která pomáhá zapomenout na porodní bolest a posilují psychiku ženy (Mander, 2014). Bonica (1986) navíc zjistil, že na potlačování a afektivitě na porodní bolesti se podílí i nociceptory produkované vaječníky, dělohou a širokým vazem děložním, jelikož v těchto orgánech jsou vysokofrekvenční mechanoreceptory, které jsou stimulovány tlakem plodu a kontrakcemi a dochází tak k jejich vyplavování (viz Obrázek 3). Kromě toho jsou uvolňovány látky, při buněčném rozkladu myometria během opakovaných kontrakcí dělohy, vedoucí ke stimulaci jeho chemoreceptorů. Mezi tyto uvolněné látky vyvolávající bolest patří bradykinin, histamin, serotonin, acetylcholin a draselné ionty. Produkci těchto látek může dojít opět ke zvýšení vnímání bolesti a reakci ženy na porodní bolest (Bonica, 1986).

Negativní reakce organismu ženy na porodní bolest může ovlivnit průběh porodu a porodní bolest v průběhu porodního procesu, neboť vegetativní změny mohou vést k nedostatečnému zásobení plodu kyslíkem, z důvodu zhoršení uteroplacentárních průtoků z důvodu ischemie, která vede v hypoxii plodu (Mander, 2014; Pařízek et al., 2012; Tomáš, 2000). Nesmíme však zapomenout, že vnímaná bolest nemusí nutně souviset s pocitem ženy se spokojeností s porodem a porodní zkušeností. Na porodní zkušenosti a samotném prožitku porodu a porodní bolesti se odráží již zmiňované psychosociální a kulturní faktory (Abushaikha et al., 2005).

2.3 Modely porodní bolesti

Princip etiologie porodní bolesti popisuje i několik autorů ve svých modelech (Chapman, 1997; Bonica, 1986; Lowe 2002) jež se zabývají charakterem vzniku, vjemu a reakce organismu ženy na porodní bolest.

Koncepční model zkušenosti s porodem navržený Chapmanem (1977) viz Obrázek 4 je nápomocný při porozumění vnímání, zvládnání bolesti a individualitě jejího vyjádření. Primární zdroj vzniku porodní bolesti je fyziologického původu, je výsledkem endokrinní činnosti a následně stimulace a reakce sensorických receptorů CNS. Posléze dochází na podkladě interakce hormonální a CNS funkce k spouštěcím mechanismům porodu a fyziologickým procesům mechanismu porodu plodu porodními cestami. Následně nastupuje sekundární zdroj, rozpoznávání, zpracování a kognitivní reakce na pocit z bolesti. Do mechanismu bolesti však zasahují další vnější a vnitřní fyziologické, psychosociální a fenomény, které jsou vzájemně v interakci a mohou ovlivnit samotný prožitek a reakci na porodní bolest (Abushaikha et al., 2005; Lowe, 2002). Což je představováno vnitřním kruhem modelu. Celá řada jedinečných emocionálních, motivačních, sociálních, kulturních a koncepčních faktorů ovlivňuje, jak žena interpretuje škodlivé smyslové podněty přenášené do jejího centrálního nervového systému během porodu (Chapman, 1997; Lowe, 2002).



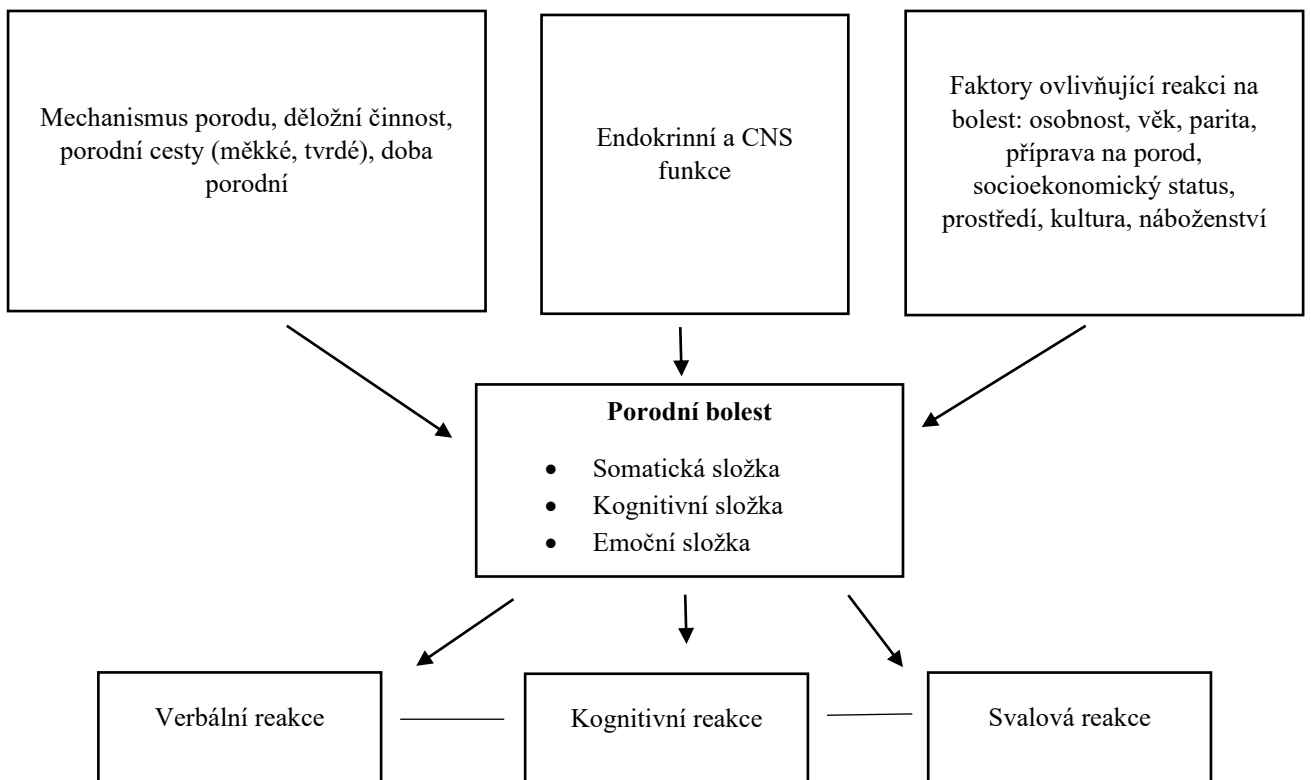
Obrázek 4 Koncepční model zkušenosti s porodní bolestí (Zdroj: Chapman, 1977)

Chapmanův model je v souladu s definicí akutní bolesti podle Bonicy (1986), který definoval akutní bolest, jako komplex nepříjemných smyslových, percepčních a emocionálních zážitků, přidávají určité související autonomické, psychologické, emocionální a behaviorální reakce. Konceptní model Chapmana (1997) popisuje komplex faktorů fyziologických, psychosociálních, emočních a kognitivních, jež se ve vzájemné interakci podílí na výsledků bolestivého prožitku porodu ženy.

Senzorický model charakterizuje porodní bolest jako výsledek pouze tělesných faktorů (př. hypoxie svalů, poškození inervace tkání). *Psychogenní model* – udává, že původ bolesti vychází z mentální či emocionální stránky ženy (př. emocionálně zaměřená rodička obvykle vnímá porodní bolest velmi silně a intenzivně). *Motivační model* – charakterizuje problém porodní bolesti v sociální nebo kulturní složce jedince, vycházející na podkladě chování, nápodoby, simulaci a zveličování problémů, nebo naopak bagatelizaci a podceňování bolesti, vycházející z výchovy, kultury a etnika. *Respondentně podmiňovací model* – udává, že pokud je nociceptivní podnět spojován s neurálním podnětem, začne tento podnět vyvolávat reakci v organismu ženy na bolest, s čímž se často můžeme setkat u senzitivních rodiček.

Model sociálního učení – filozofií modelu je, že jedinec získává názor, přístup ke zdraví, nemoci a bolesti v průběhu života, pomocí socializací ve společnosti (rodině, škole, přátelě), čímž je následně ovlivňován buď pozitivně nebo negativně, což se může odrazit v přístupu k porodní bolesti, vyvolávajícím faktorem je zde strach. *Kognitivně behaviorální model* – přístup k porodní bolesti je, že vnímání a prožívání bolesti se vyvíjí na podkladě osobních postojů, názorů, senzorických zážitků, emocí, sociálním prostředím a behaviorálními reakcemi. Tento model je v kladném smyslu cílem informací o bolesti za porodu, důležitý v rámci psychoprolaxe žen k porodu (Mander, 2014).

Všechny tyto modely se víceméně shodují, avšak zastávají jednotlivé složky, které se podílí na prožívání a zvládání porodní bolesti, jak již bylo na začátku kapitoly zmíněno. Právě Chapman (1997) popsal svůj model, který propojuje jednotlivé složky, podílející se na porodní bolesti, jejím vzniku, zvládání, prožívání a zkušenosti – fyziologické, psychosociální a kulturní, které by měly být při péči o ženu s porodní bolestí zohledňovány.



Obrázek 5 Etiologie fenoménu porodní bolesti
 (Zdroj: Modifikováno podle Cardin et al., 1986 in Takáčz et al., 2015)

Z vyplývajících poznatků, by porodní bolest by měla být přesně definována, jako komplex integrací několika vlivů, fyziologických, psychologických, sociálních, kulturních a situačních momentů (Chapman, 1997; Zwelling et al., 2006). Komplex všech těchto charakterizovaných etiologických faktorů a vlivů podílejících se na vzniku, reakci a vnímání porodní bolesti popisuje Obrázek 5.

2.4 Faktory ovlivňující porodní bolest

Porodní bolest je specifický subjektivní psychologický vjem. Jinak prožívá porod prvorodička, jinak ženy, které již rodily. Na intenzitu porodních bolestí má vliv komplex fyzických, psychických, sociálních a kulturních vlivů. Záleží na osobnosti a genetické predispozici ženy, ale i partnera, což se projeví na velikosti plodu, jeho uložení a s největší pravděpodobností i na hormonální aktivitě plodu. Obecně vliv na prožívání porodní bolesti má i pohlaví. Wiessenfeld (2005) popsal ve svém výzkumu ve Švédsku vliv pohlaví na prožívání bolesti, kde charakterizoval rozdíly CNS, které poukazovaly na vyšší citlivost žen na bolest. Vedle uvedených faktorů může mít na prožívání a zvládnutí porodní bolesti i životní prostředí, jako je teplo, chlad, hluk (Tomagová et al., 2008).

Faktorů ovlivňujících porodní proces a porodní bolest je mnoho. Při práci o ženu s porodní bolestí je důležité umět pracovat a predikovat faktory ovlivňující vnímání a zvládnutí porodní bolesti, což může napomoci lepší zkušenosti s porodem a zvládnutí porodního děje. Pokud je žena zatížena faktory, které ji mohou negativně ovlivnit v prožívání a zvládnutí porodní bolesti, dochází k vyplavování stresových hormonů, což může negativně zhoršit prožívání porodní bolesti, posléze i samotný výsledek procesu porodu a poporodního období (Čermáková, 2017; Mander 2014; Ratislavová 2008).

2.4.1 Somatické (biologické) faktory

Mezi tyto faktory patří somatotyp ženy, anatomie a zvláštnosti porodních cest, velikost pánve a plodu, připravenost děložního hrdla a svalů, hmotnost a uložení plodu, tolerance bolesti, práh bolesti (Vardanjani et al, 2012). *Somatotyp ženy* se může odrazit na průběhu porodu a porodní bolesti. Na somatotypu se podílí celkový habitus ženy, velikost pánve, kostra ženy, následně i somatický stav ženy, onemocnění pohybového aparátu (Bonica, 1986). Každá rodička má rozdílnou velikost pánve, což je dáno i genetickými vlivy, a to je významným faktorem ovlivňujícím bolest. Ženy menšího věku mají zpravidla menší pánev, a pokud je naopak odhadována vyšší hmotnost plodu, celý porod se tomu také přizpůsobuje (Pařízek, 2006). *Fyzický stav ženy* je podle Leifera (2004) též přiřazován k biologickým faktorům podílejícím se na charakteru porodní bolesti i zdravotní stav ženy, endokrinní činnost, připravenost hrdla děložního, onemocnění pánevního dna, ale i onemocnění ženy. Krátký, překotný porod popisuje Leifer (2004) jako více bolestivý než porod pozvolnější. Nemusí to být vždy pravidlem. Toleranci k porodní bolesti vymezuje i vyčerpanost žen.

Porody trvající delší dobu vnímají ženy jako bolestivější. Jak žena bude následně zvládat intenzitu bolesti je spojeno i s předchozí zkušeností s porodem (Čermáková, 2017; Tomagová et al., 2008). Hlavní podíl na činnosti, intenzitě porodní bolesti má *endokrinní a CNS funkce*, která se podílí na vzniku a etiologii porodní bolesti (Chmel, 2005). V případě nedostatečné hormonální a CNS funkce, může docházet buď k vyšší děložní činnosti (hyperfunkci děložní), která může být vnímána bolestivěji, nebo nižší děložní činnosti (hypofunkci, hypotonii děložní), což může vést následně k prodlouženému porodu. V tomto případě žena vnímá porodní bolest, jež jí může vyčerpávat, u ženy se prohlubuje tenze a zvyšuje se hladina stresu, což může vést následně i k porodním komplikacím (Lewis et al., 2015; Lundgren et al., 2002; Gibson, 2014). Na intenzitě porodní bolesti, se odráží i zda porodní činnost začala spontánně nebo na podkladě medikamentózní lékařské intervence. Na skutečnosti, zda by, porod indukován, kdy je porodní bolest vnímána intenzivněji (Pařízek et al., 2012). Na porodní bolest může mít efekt i *váha ženy*, tak že se bolest projevuje více lokalizací v oblasti zad. Je potvrzeno, že obézní ženy trpí častěji zádonými bolestmi v průběhu těhotenství, které následně často přetrvávají i při porodu, čímž tyto ženy cítí intenzivněji porodní bolesti (Whitcome et al., 2007). Na porodní bolesti se může podílet i *stavba pánve, kostra pánve* a její spojení. V průběhu těhotenství dochází k posunu a rozvolnění vazů stydké spony hormonálním vlivem. V některých případech má symfýza menší stupeň posunu nebo naopak, kdy může dojít až k ruptuře spony stydké.

Samotný posun a tlak hlavičky plodu v průběhu porodu na symfýzu bývá ženami popisován jako bolestivý (Mander, 2006). Nejbolestivější oblastí bývá *pánevní dno a vazy děložní a dolní děložní segment*, kdy v průběhu porodu tlakem hlavičky a progresí plodu porodními cestami dochází k otevírání porodních cest. V případě, že ženy mívají zpevněnější vazy a svaly pánevního dna může být samotný porod pro ženy bolestivější (Mander, 2006). Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, na porodní činnosti a její etiologii se podílí endokrinní a CNS funkce, porodní cesty, ale i síly. *Porodní síly* vedou k otevírání porodních cest a k vypuzení plodu, z toho důvodu je důležité připomenout, že děložní činnost spojená s porodní bolestí je pozitivní a nutná pro samotný progres porodního procesu. V některých případech však může dojít k narušení děložní činnosti, nebo nepřipravenosti děložní činnosti, což se může odrazit v neefektivitě porodního procesu (Pařízek, 2006). Dále bylo zjištěno, že *velikost plodu a jeho uložení* má vliv na porodní bolest. V případě, že je velikost plodu vyšší a vyskytuje se atypické uložení plodu, kdy mluvíme tzv o porodním asynklitismu, doba porodu se prodlužuje.

Asynklitismus je spojen s rizikem výskytu únavy a stresu u rodičky, což se odráží více v negativním vnímání porodní bolesti. Je i popisováno, že pokud bývají plody uloženy v dutině děložní v II. postavení, porodní proces je bolestivější, z důvodu tlaku plodu na svaly pánevního dna (Binder, 2006).

Vše výše uvedené je spojeno s *intenzitou, tolerancí a s prahem bolesti* a následně prožíváním porodní bolesti u konkrétní ženy. Intenzita, tolerance a práh bolesti jsou různé u prvorodiček a vícerodiček. Záleží na intenzitě bolesti a kontrakcích. Intenzita bolesti je dále ovlivněna vznikem porodní bolesti, který je charakterizován endokrinní činností organismu ženy. Na intenzitu, vznímání a prožívání bolesti má vliv i předchozí zkušenost ženy, příprava těhotné, enviromentální vlivy, jako jsou porodní prostředí, přístup zdravotnického personálu, fyzický a psychický stav, únava, vyčerpání ženy (Čermáková, 2017; Pařízek, 2006; Šalanská, 2011).

V posledním je vnímání porodní bolesti ovlivněno *zdravotní stavem ženy a gynekologickými výkony*, které žena podstoupila, jako jsou epiziotomie nebo jizva po předchozím císařském řezu. Vliv na porodní bolest mají i předchozí zákroky na děloze, hrdle děložním. Podstatný efekt může mít i charakter menstruace, neboť pokud měla žena v průběhu života zkušenost s bolestivou menstruací (dysmenorrhea), obvykle lépe snáží bolest při porodu než ženy s nebolestivou menstruací (Pařízek, 2006). Opomíjeny bývají i komplikace spojené s těhotenstvím, jako jsou neplodnost, nebo riziková těhotenství, které se podílí na emoční stránce ženy a tím, i na prožívání porodní bolesti.

Ženy, které trpěly neplodností, nebo došlo k otěhotnění metodou asistované reprodukce, mohou hůře zvládat porodní bolest, neboť se u nich vyskytuje vyšší výskyt negativních emocí a strach z porodu a porodních komplikací (Lukse et al., 1999; Singer et al., 1992 in Mander, 2006). Vliv na vnímání porodní bolesti může mít i předchozí ukončení těhotenství císařským řezem a další komplikace u předchozích porodů, spojené s negativní zkušeností (Pařízek, 2008).

2.4.2 Psychické (duševní) faktory

Psychické faktory mají důležitou roli na samotné reakci ženy na porodní bolest a jejím prožívání. Mezi psychocké faktory jsou řazeny osobnost ženy, její charakter, temperament, emoční ladění, zvládání krizových situací, schopnost adaptace a reakce na krizové situace, jak negativní, tak pozitivní (Čermáková, 2017).

Osobnost rodičí ženy je velmi důležitým faktorem pro vnímání a prožívání porodní bolesti. Každá žena má jiný práh a intenzitu porodní bolesti, kterou vnímají individuálně (Štomerová, 2010). Na osobnosti ženy se podílí osobnostní rysy, charakter a temperament. Dále se na prožitku z porodní bolesti podílí emoční stránka ženy. Pokud jsou ženy vyrovnanější a spíše extrovertnější, více se zapojují do porodního procesu, což vede k tomu, že žena lépe zvládá porodní proces a porodní bolest, oproti ženám introvertního charakteru osobnosti (Čermáková, 2017). Všechny osobnostní charakteristiky se následně participují i na sebepojetí a sebevědomí ženy. Úroveň sebevědomí může mít velký vliv na zvládání porodní bolesti a porodního procesu. Sebevědomí ženy může být ovlivněno sociálními vztahy, výchova, kulturou, etnikem, ale i situací v životě ženy, patologií osobnosti, duševním onemocněním (Vardanjani et al., 2012). Osobnost ženy je formována i *v průběhu věku*. Výzkumy poukazují, že hůře porodní bolest mohou zvládat příliš mladé rodičky, které nejsou ještě zcela psychicky, ale i sociálně připraveny na těhotenství, mateřství. Druhým rizikem jsou spatřovány ženy starší, ve věku 40 let, které si těhotenství přejí, vyskytují se u nich rizika potratů (Svensson et al, 2007). Osobnost ženy je formována celý život a je ovlivněna i životními situacemi, traumaty. Osobnost ženy může být ovlivněna i výchovou a prostředím, v kterém žena vyrůstala, a v kterém se nachází. Nevhodné a negativní prostředí může ovlivnit i schopnost ženy „naslouchat vlastnímu tělu“ (Roberts, 2010).

Na prožívání porodu a porodních bolestí, jak bylo již zmíněno, má *emoční ladění ženy*. Emoce jsou ovlivňovány endokrinní činností organismu v situaci, v které se žena vyskytuje, případně zkušenosti ženy s danou situací, stavem. Emoce se liší na negativní a pozitivní. V případě negativního výskytu emocí, dochází k vyplavování stresových faktorů, které ovlivňují danou reakci na krizovou situaci. Čím vyšší stádium těhotenství a čím bližší termín porodu, tím více žena pociťuje strach, úzkost nebo obavy. Úzkost se dá definovat jako emoční stav, který vzniká v určitých situacích spojených s předpokládaným nebezpečím. Úzkost u rodičky ještě zvyšuje obava o dítě a schopnost zvládnutí role matky. *Strach a úzkost z porodu (tokofobie)* je pecifická fobie, která je definována jako fobický strach a vyhýbání se těhotenství navzdory silné touze mít dítě. Ve 30. letech 19. století britský porodník Grantly Dick- Read, zakladatel teorie psychoprolaxe žen k porodu, popsal hlavní fenomény ve vzájemné interakci – strach-napětí-porodní bolest a kritizoval lékařské zásady do porodního děje (Roztočil et al., 2008). Příčina strachu může být rozdělena na tři kategorie: primární, sekundární a terciární.

Primární tokofobie – vyvíjí se již od raného dospívání, příčiny mohou být různé, například znásilnění nebo vyprávění o drastickém porodu. Sekundární tokofobie – nastává u matek, které mají negativní předchozí zkušenost s porodem a porodní bolestí. Nastává ale i u žen, které potratily plod ve vysokém stádiu těhotenství, či porodily mrtvé dítě. Sekundární tokofobie bývá příznak nebo příčina depresivního onemocnění ženy. Ženy trpící tímto typem tokofobie se vyznačuje například velmi pečlivým užíváním antikoncepce, kolikrát kombinují více antikoncepčních prostředků dohromady. Odmítají otěhotnění, ale jsou schopné povolit ve chvíli, kdy jim lékař slíbí porod císařským řezem (Hofberg, 2003). Samotný strach je odraz reakce organismu ženy na aktuální situaci, podnět nebo právě porodní bolest, nevědomost, čímž dochází k vyplavování stresových hormonů, tenzi v děloze viz Kapitola 2.1, což se může odrazit na prodloužení porodu, intenzivnějšímu prožitku z porodní bolesti, nebo výskytu porodnických komplikací (Monganová, 2010; Pařízek, 2018; Slade et al., 2000) a následně k negativní zkušenosti s porodem (Gunasheela et al., 2004; Ratislavová, 2008; Vardjani et al., 2012). Předcházení strachu a úzkosti může vést psychoprofylaktická příprava žen, ale i jejich rodiny, partnera na těhotenství, mateřství, což následně může pomoci i ženě lépe se vyrovnat s porodní bolestí (Mander, 2004; Lundgren, 2006). Poslední opomíjenou oblastí jsou *psychická onemocnění ženy*. Ženy, u kterých se vyskytují psychická onemocnění, jak vrozené nebo získané, jako jsou depresivní stavy, úzkosti, utrpení v těhotenství, psychiatrická onemocnění mohou hůře zvládat porodní bolest a jejich intenzitu.

Je dokázáno, že ženy, které prožily v průběhu těhotenství utrpení, znásilnění, odchod partnera, se komplexně hůře vyrovnávají s těhotenstvím, což se odráží i v následném porodním procesu. Výsledky podkládá Leeners ve své studii, kterého se však zúčastnil malý vzorek respondentů. Ženy, které byly znásilněny, nebo prožily emoční zážitek v průběhu těhotenství, ale i před těhotenstvím mají větší pravděpodobnost, že se u nich projeví duševní problémy v průběhu těhotenství, hůře zvládnou porod a porodní bolesti a během porodních kontrakcí se mohou u nich vynořovat náhlé reminiscence zasunutých vzpomínek. *Charakteristickou skupinou jsou ženy, u kterých se projevuje rizikové chování pro zdraví, jako jsou ženy užívající drogy, alkohol, nikotin*. Tyto ženy mohou být vlivem omamné látky ovlivněny, v rámci jejich CNS a následně i vyskytující se změny chování a prožívání porodní bolesti (Leeners et al., 2006).

2.4.3 Psychosociální (sociální) faktory

Mezi tyto faktory patří předchozí zkušenosti s porodem, názory na porod, psychoprofylaxe žen a příprava k porodu, osoba blízká u porodu, porodní prostředí, ale i věk, vzdělání a zaměstnání žen (Čermáková, 2017).

Předporodní období

Významný psychosociální podíl na zvládnání porodu a porodní bolesti má již *předporodní období a zda žena absolvovala psychoprofylaxi k porodu*. Předporodní příprava ženy na porod, na porodní bolest a její zvládnání probíhá od pradávna prostřednictvím předávání informací hlavně z generace na generaci již několik století v rodině ženami, které již rodily, anebo edukací porodních bab, babiček, které se o ženy staraly (Nolan, 1997; Ratislavová, 2008). Až vývojem oborů porodní asistence a porodnictví docházelo na počátku 20. století k vývoji psychoprofylaxe žen k porodu, formou předporodních kurzů (Moscucci, 2003). Následně docházelo k rozvoji psychoprofylaxe žen k porodu, kdy mezi nejznámější představitele přípravy žen k porodu byl Grandly Dick-Read, který napsal knihu „Porod beze strachu“ (1954) in Hudáková (2017). V knize popisoval důležitost přípravy ženy na porod, vliv prostředí na ženu při porodu, důležitost dýchání a polohování ženy při porodu a empatický a klidný přístup. Jeho metody „přirozeného porodu“ byly vřele přijaty v Severní Americe, avšak kritizovány v Evropě, následně však byly terčem výzkumného zaměření v oboru porodní asistence a porodnictví a docházelo k rozvoji mnoha přístupů v psychoprofylaxi žen k porodu (Bašková, 2015; Mander, 2004).

Roztočil (2008) udává, že cílem psychoprofylaxe žen k porodu není odstranit bolest nebo porodnické komplikace, ale naučit ženy, jak se adaptovat a zvládnout porodní bolest a danou situaci spojenou s porodem a obdobím po porodu. Důležitost je spatřována i v individualitě žen v přípravě žen na porod a různá variabilita mezi učiteli, lektorkami, porodními asistentkami, kteří poskytují psychoprofylaxi ženám (Perkins, 1980). Studie Diane Escott (2004) popisuje, že v psychoprofylaxi žen je důležitý individuální přístup ve strategii k ženám a snaha povzbudit ženy k pozitivnímu přístupu k porodu, porodní bolesti, ale i mateřství. Efektivní není jen příprava žen k porodu, ale i jejich doprovodu k porodu. Samotnou důležitost a efektivitu předporodních kurzů potvrdil výzkum př. Sandalla (2007). Z výzkumů dále vyplývá, že porodní bolest a její zvládnání může být vázáno i *na vzdělání a socioekonomickém statusu, zaměstnání žen*.

Hůře porodní bolest zvládají ženy nižšího socioekonomického statusu, se vzděláním bez maturity. Naopak druhou rizikovou skupinou jsou ženy s vyšším socioekonomickým statusem, s vysokoškolským vzděláním. Nejlépe zvládají porodní bolest a samotný proces porodu ženy se středoškolským vzděláním (Svensson et al, 2017). Je zajímavé a méně známé, že i ženy, které mají sedavější zaměstnání mohou mít vyšší sklon k výskytu lumbosakrální bolesti v průběhu těhotenství a následně i při porodu, čímž se zvyšuje i intenzita vnímání porodní bolesti. Stav může být zhoršen i stavbou páteře do lordózy, tj. konkávnosti lumbálních obratlů (Mander, 2006; Whitcome et al., 2007). Studie Garshasbi (2005) poukazuje, že na to, že *zaměstnání, životní styl, cvičení* v těhotenství žen může mít vliv na zádové bolesti a předcházení zádoových bolestí a porodní bolesti v průběhu in Mander (2014). Autor provedl randomizovanou studii, kde zkoumal ženy v druhé polovině těhotenství, které cvičily třikrát týdně po dobu jedné hodiny. Bylo zjištěno, že cvičení má prospěšný efekt na snížení intenzity bolesti a následně i bolesti zad při porodu. Výzkum Kristianssona (1996) in Mander (2014) ukázal, že pokud se u žen vyskytují bolesti zad již před těhotenstvím a v průběhu těhotenství, zádové bolesti přetrvávají i při porodu a ženy vnímají porodní bolesti intenzivněji. Stejně výsledky potvrdil Wu ve své studii (Wu et al., 2004). S blížícím se porodem je vhodné znát i předchozí zkušenost ženy s porodem a porodní bolestí. Neboť předchozí negativní zkušenost s porodem mohou u ženy vyvolat zvýšení hladiny stresu již v předporodním období, což se odráží v aktuálním vnímání porodu a porodní bolesti.

Na zkušenostech s porodem se podílí i přístup zdravotnického personálu, porodních asistentek a lékařů k ženě a vliv porodního prostředí. To vše může ovlivnit negativně samotný průběh porodu, prožívání porodní bolesti a následně ukončení porodu a výskyt poporodních komplikací, popsáno více dále (Escott et al., 2004; Gunasheela et al., 2004; Roberts et al.; Slade et al., 2000).

Porodní období – porodní prostředí

Již několik let se diskutuje o *vlivu porodního prostředí a atmosféry při porodu* na porodní proces. Ženy se již před porodem rozhodují, kde budou rodit, zda ve zdravotnickém zařízení, v porodním centru nebo v domácím prostředí. Porod v domácím prostředí je však v České republice non lege artis. Rozhodnutí žen, kde budou rodit, závisí na tom, aby jim prostředí zajišťovalo pocit bezpečí, intimity a připomínalo domácí prostředí. Do porodního prostředí spadá nejen prostředí, vybavení porodního sálu, ale i fyzikální faktory, hluk, světlo, teplota (Kitzinger et al., 1978, Mander, 2004).

Pro ženy je také důležité, aby do místnosti nevstupovaly osoby, které nemusí a dále ženy očekávají důvěrný vztah mezi nimi a porodní asistentkou, pečujícím personálem (Newburn, 2012). Velký vliv ve volbě zdravotnického zařízení hrály komunikační schopnosti a přístup zdravotnického personálu. Ženy v domácím prostředí pocítovaly pozitivnější vliv prostředí a méně se u nich vyskytovala hladina stresu, oproti ženám rodícím ve zdravotnickém zařízení. Stres vyvolaný negativním porodnickým prostředím může vést k patofyziologickým kognitivním poruchám v chování rodičky a výskytu patologií a porodnických komplikací (Foureur, 2010). V roce 2007 byla provedena randomizovaná studie, která potvrdila velký význam vlivu prostředí v různých státech světa, Belgie, Francie, Řecko, Finsko, Kanada na rodící ženu a průběh porodu. Výsledky ukázaly, že hůře hodnotily prostředí ženy a přístup zdravotnického personálu ve velkých porodnických centrech, zdravotnických zařízeních, oproti malým porodnickým centrům, domům, nebo dokonce u porodů žen v domácím prostředí. Ženy udávaly, že v menších zdravotnických zařízeních nebo dokonce v domácím prostředí se cítily více bezpečněji, bez rozdílu na vybavení, avšak dostávalo se jim lepšího přístupu ze strany zdravotnického personálu a následně pro ně byla důležitá intimita a soukromí (Hodnett et al., 2012). Podobnou studii se stejnými závěry publikoval Simkin (Simkin, 2002).

Další důležitost je spatřována v možnosti pohybu žen v průběhu porodu. Polohování pomáhá ženám od porodní bolesti, avšak ženy většinou nemají možnost volny polohy v průběhu I. doby porodní, ale následně ani v II. fázi porodní. Newburn (2012) popisuje ve své studii, že pro rodičky není ani tak důležité vybavení prostředí porodních sálů, ale samotná atmosféra (vzduch, světlo, teplota, hluk, okna, pocit soukromí a pocit bezpečí). Výsledky dále ukázaly, že neútné, hektické, negativní porodnické prostředí vyvolává u žen více stresu a strachu a následně negativní porodnické výsledky. Ženy si nejvíce přály mít v průběhu porodu soukromí, možnost zachování intimity, vlastní sociální zařízení, dostatek prostoru, možnost volby pohybu a aby je nikdo neviděl a neslyšel. Hlavní však je, aby ženy dostávaly empatický a individuální přístup a dostatek informací ze strany zdravotnického personálu. Stejně výsledky popisují studie Odenta (2004) a Lothiana (2005).

Zdravotnický personál, porodní asistentka

Symon et al. (2008) zjistil svým výzkumem, že jedním z nejdůležitějších faktorů, podílejícím se na porodním prostředí a celkově klimatu porodnického prostředí je *zdravotnický personál, porodní asistentky*, pečující o ženy, což je důležitější než samotné prostředí.

Stejné výsledky udávaly Hodnettová et al. (2012), jež vytyčili měřítko porodního prostředí, kde mezi jedno patří přístup personálu porodního sálu a jeho přístup k rodící ženě. Právě zdravotnický personál vytváří celkové klima při porodu, zasluhuje se právě na redukci rušivých elementů (Newburn, 2012; Hodnett et al., 2012; Simkin, 2002).

Výzkumy z Velké Británie, Anglie, USA, Austrálie, Iránu popisují, že lépe vnímají ženy, pokud je porod veden porodní asistentkou než porodníkem. Data navíc poukázala na fakt, že u porodů vedenými porodními asistentkami se vyskytují méně porodnické komplikace a porody trvají kratší dobu, oproti porodům vedeným lékaři. Výsledky studií byly popsány v literární rešerši (Escott et al., 2004; Leap et al., 2010; Lundgren et al., 2002; Roberts et al.; Slade et al., 2000; Whitburn et al., 2014). Studie poukazují, že porodní asistentky poskytují ženám více informací v průběhu porodu, více naslouchají ženám, což u žen vytváří větší pocit bezpečí, oproti péči lékařů.

U porodní asistentky je důležité poukázat na osobnost porodní asistentky, jako faktor, jež ovlivňuje porodní proces, stejně jako osobnost ostatního zdravotnického personálu. Porodní asistentka má u porodu několik rolí, edukátorka, poskytovatelka informací ženě o průběhu porodu, o porodní bolesti, mentorka, psychologka, poskytuje ženě emoční podporu, ošetrovatelska a další. Vhodný osobnostní přístup porodní asistentky k ženě má vést ke snížení strachu a obav z porodu a následně lepší komunikaci s ženou a zvládnutí celého porodu (Leap et al., 2010). V případě, že porodní asistentka, zdravotnický personál nenavážou s rodičkou vhodný kontakt, může docházet ke konfliktu, nebo až k tzv. iatropatogenii, poškození rodičky a vyvolání stresové reakce na bolest. Nevhodný přístup zdravotnického personálu, porodní asistentky vyvolává taktéž strach, úzkost, popsáno v předchozí kapitole 2.2 (Zborowski, 1952). Na přístupu zdravotnického personálu k rodičkám se prolíná i jejich kulturní profese, etnocentrismus, vzdělání a výchova, délka praxe, neboť na podkladě toho dochází k stereotypizaci žen a očekávání, jak budou reagovat na bolest. Takový případ popsala studie v severoamerické porodnici, kde výsledky poukázaly, že zdravotnický personál zaujal postoj k rodičkám jejich etnika, že dělají hluk, stěžující na porodní bolest zbytečně, na rozdíl od rodiček vietnamského etnika, které v průběhu porodu jsou tiché. Problematická je i délka praxe porodních asistentek a zdravotnického personálu a jejich pracovní vytížení, neboť u některých porodních asistentek dochází k výstkytu tzv. Syndromu vyhoření. Což se může odrazit v jejich přístupu k ženám (Mander, 2014).

Posledním aspektem podílejícím se na zdravotnickém prostředí je způsob poskytované péče zdravotnickým personálem, porodní asistentkou. Z výzkumu (Roberts, 2010) vyplývá, že péče o ženy by měla být poskytována tzv. kontinuálně, individualizovaně, od začátku těhotenství, až po samotný porod, ale i poporodní období. Z výsledků Royal College of Midwifery (RCOG) ve Velké Británii v roce 2008 vyplývá, že pokud je ženám poskytována kontinuální, individuální péče, lépe zvládají porodní proces, porodní bolest, následně se u nich vyskytuje méně porodnických komplikací, porodu ukončených operační cestou a v poporodním období se u žen vyskytuje méně psychických komplikací a lépe se zahajuje laktace (Royal College of Midwifery, 2012). Výsledky mezinárodních organizací v rámci světa RCOG tvrdí, že individualizovaná a kontinuální péče v mnoha zemích není v ústavních zařízeních běžnou praxí, jelikož tento způsob péče je organizačně a ekonomicky náročný. S individualizovanou a kontinuální péčí se setkáváme hlavně v domácím prostředí.

Avšak v některých zdravotnických zařízeních ve světě se individualizovaná péče začíná používat především u porodů žen s nízkým rizikem, kterých však není příliš, se zvyšujícím se anamnestickým zatížením žen. Výhodou individualizované a kontinuální péče porodní asistentky je znalost osobnosti ženy, rodiny, ale i její celé historie. Porodní asistentka provází ženu celým těhotenstvím a následně i k porodu. Žena porodní asistentku zná a mají společné pouto a důvěru (RCOG, 2012). Z toho důvodu je ve Velké Británii podporována kontinuální individualizovaná péče prostřednictvím jedné porodní asistentky politickým cílem Národní zdravotnické služby, Ministerstva zdravotnictví (NHS, 2012). Je škoda, že podobný prioritní cíl nemá Ministerstvo Zdravotnictví v České republice. Myslím si, že spousta žen by tento systém péče uvítala a vedlo by to k eliminaci nelegálních domácích porodů a snížení tak rizik pro matku a dítě.

Můžeme tedy konstatovat, že na zvládnutí porodu, porodní bolesti, zkušenosti s porodem se ve velké míře podílí právě přístup zdravotnického personálu, systém péče, poskytované intervence při porodu, což se dále odráží na výskytu a rozvoji poporodní psychózy a traumatu. Výzkumy (Gibson, 2014; Lewis et al., 2015; Lundgren., 2002; Ratislavová, 2008), jak národní, tak mezinárodní navíc poukazují na to, že samotným porodem to nekončí. Nezvládnutí porodního procesu, špatné zkušenosti s porodní bolestí, traumata při porodu se mohou odrazit následně v poporodním období. Ovlivnit vztah mezi matkou a dítětem, který je velmi důležitý pro následný psychický, sociální vývoj v životě ženy. Narušením vazby mezi matkou a dítětem může vést k horší poporodní adaptaci u matky a dítěte.

Žena je ohrožena problémy s laktací a poporodními psychickými problémy (Gunasheela et al., 2004; Ratislavová, 2008; Vardjani et al., 2012). Nespolutpráce mezi rodičkou a zdravotnickým pečujícím personálem mívá za následek nesplnění očekávání žen z porodu. V případě, že nedojde k naplnění žen z očekávání fyziologického porodu, porod bývá komplikovaný, traumatický nebo ukončen operačním porodem. Výsledky popsal ve své studii Green (Green et al., 2003). Nenaplnění žen vede k negativní zkušenosti žen s porodem a vyššímu výskytu poporodních traumat, psychických komplikací. Tyto poznatky prokazuje i mnoho dalších mezinárodních studií (Gibson, 2014; Lewis et al., 2015; Lundgren et al., 2002; Ratislavová, 2008).

Mander (2010) doporučuje ze svých výsledků výzkumů, že nejideálnějším stavem je, když zdravotnický personál, porodní asistentka, lékař pochopí ženu, její individualitu vycházející ze všech psychických, fyzických, sociálních a kulturních fenoménů a následně. Dále je vhodné, aby všichni, kdo se porodu účastní, přistupovali k porodu vždy s respektem a uznávaly individualitu, názor a přání rodičky, což podporuje u ženy důvěru a schopnost zvládnout porodní proces, porodní bolest a stát se matkou (Štomerová 2010; Vague, 2003).

Porodní prostředí – osoba blízká u porodu

Porod probíhá lépe, pokud je v přítomnosti ženy někdo jí blízký. Již i z historického vývoje vychází, že ženy by měly být v průběhu porodu podporovány a doprovázeny blízkou osobou (Hodnett et al., 2012). *Osoba blízká* má pro ženu při porodu převážně psychologickou a emoční funkci, následně napomáhá ženě komunikovat se zdravotnickým personálem. U porodu může mít žena v dnešní době již kohokoli, hlavně volí partnera, porodní asistentku, případně blízkou osobou, kamarádku, matku, tchýni, anebo speciálně školenou osobou tzv. dulu. Ženy si v některých zařízeních mohou vzít k porodu jednu až více osob, pokud není dáno zdravotnickým zařízením jinak (Mander, 2014).

V posledních letech se velmi podporuje *přítomnost partnera u porodu* (Rooks, 2002). V dnešní době k porodu chodí téměř každý otec, nyní je uváděno přibližně 90 %. Tento odhad byl zjištěn v zemích západní Evropy (Roztočil a kol. 2008). Účast partnera u porodu může rodičku ovlivňovat pozitivně i negativně. Jako fyzická opora může sledovat a pomáhat rodičce se změnou polohy, podávat vodu, otírat obličej, podporovat ke správnému dýchání. Některé studie zmiňují důležitost otce u porodu pro předávání informací mezi ženou a zdravotnickým personálem.

Dále partner pomáhá k psychické pohodě a podpoře povzbuzováním, svou vlastní přítomností, díky které se žena necítí osamělá a cítí se naopak v bezpečí. Pohlazení, objetí či držení za ruku většině žen tak. Ovšem někdy může být přítomnost partnera negativně vnímána, a to například při vykonávání odborných zdravotnických výkonů, nebo při jakýchkoliv neočekávaných porodních událostech. Zřídka se stává, že byl partner k doprovodu donucen a hrozí tedy, že porod nezvládne absolvovat bez potíží, ať už díky fyzickým aspektům – mdlobám, nauze, nebo psychickým aspektům – stresu, strachu. Jeho negativní a nechtěný zážitek se může projevit v budoucnosti, například změnou chování k partnerce, nejčastěji v sexuální oblasti (Bašková, 2015). V roce 2009 se uskutečnila studie ve Švédsku, jejíž výsledky ukázaly, že stát se poprvé otcem je přelomová situace, která ovlivňuje nejen ženy, ale i muže. Předpokladem je, že přítomnost partnerů u porodu zjednodušuje přechod do rodičovské role a upevňuje vztah mezi partnery a k novorozenému dítěti. Na druhé straně, ale partner vyvolává i negativní emoce, jako je například nervozita, nejistota, podrážděnost nebo frustrace, které se snaží skrýt za klidným obličejem, jen aby ženu přesvědčili a vydrželi jako emocionální podpora nadále. Studie Premberga (2012) popsala vlivy partnera u porodu. Partner může být ženě emoční podporou, je informátorem mezi ženou a zdravotnickým personálem, což je bráno jako pozitivní. Na druhou může mít negativní vliv, vyvolávat v ženě stres, napětí, což může zpomalit ve výsledku samotný porodní proces a zvýšit intenzitu porodní bolesti. (Premberg, 2012). To, jestli bude partner u porodu, by mělo být především jeho rozhodnutí. Díky jeho přesvědčení se může kvalita vnímání porodu a porodních bolestí velice zvýšit. V případě, že žena partnerovu přítomnost odmítá, nebo partner naopak nechce ženu doprovodit k porodu, žena si může zvolit jinou osobu blízkou, kamarádku, matku. Tyto osoby zastávají stejnou funkci jako partner. Problematické může být, pokud ženu doprovází její matka, důležitý je vztah mezi ženou a matkou. Další možností je volba tzv. duly. Duly jsou speciálně vyškolené ženy, které doprovázejí ženy po celou dobu porodu a jsou jim psychickou podporou. Dula se snaží o maximální komfort rodičky, jak po fyzické, tak i psychické stránce, a snaží se hledat prostředky, jak ženě co nejlépe pomoci a ulevit jí od bolestí. Péče duly se může zaměřovat i na pomoc partnera, pokud je přítomen také. Dula neposkytuje zdravotnickou péči a nezasahuje do kompetencí zdravotnického personálu. Dula přispívá k fyzické i psychické pohodě matek, otců i novorozenců. Stejně jako u zdravotnického personálu, porodní asistentky může být role osoby blízké u porodu žádoucí, anebo naopak, což se opět může negativně projevit na průběhu porodu a vnímání porodní bolesti (Bašková, 2015).

2.4.4 Kulturní faktory

Mezi kulturní vlivy ovlivňující prožívání porodní bolesti patří jednak *etnická příslušnost ženy, rodičky, ale i kulturní zvyky, etnicita, tradice, návyky, výchova* (Čermáková, 2017). Odlišnosti jsou spatřovány v pojetí zdraví, nemoci a přístupu k mateřství. Následně u žen se může vyskytovat rozdíl ve vnímání, prožívání těhotenství, porodu, porodních bolestí a samotnému rituálu porodu, jak již bylo zmiňováno v kapitole pojetí porodu a porodní bolesti. Příprava k porodu může mít také velmi pozitivní vliv na prožívání porodní bolesti (Čermáková, 2017). V rámci péče o ženy s porodní bolestí jiného etnika je důležitá kulturně citlivá péče, pokud má být dosaženo uspokojivého zážitku z porodu (Adewuya et al., 2006). Důležitost je spatřována i ve znalosti jednotlivých kultur, etnik, charakteristik zdravotnickým personálem pečujícím o rodičky. Zborowski (1952) na základě svých výsledků výzkumu poukazuje na to, že určité etnické skupiny kladou větší důraz právě na význam, implikaci porodní bolesti než na úlevu od ní. Tomagová (2008) udává, že na vliv přístupu k mateřství, porodu může mít i *víra* spatřuje mezi vlivy porodní bolesti i vnímání porodní bolesti ženami, smysl porodní bolesti, sociálně kulturní a duchovní faktory, mezi které patří výchova, kultura, etnická příslušnost.

Mander (2014) udává, že při péči o rodící ženu by porodní asistentka a další zdravotnický personál měl pracovat a zohlednit veškeré faktory, které se podílí na zvládnání porodní bolesti a následně samotné zkušenosti s porodem. Jednotlivé faktory mohou pomoci porodní asistentce ke správné diagnostice rizik již v předporodním období a následně pomoci ženě zvládnout a adaptovat se na porodní proces s porodní bolestí. Důležitost v péči o rodící ženu s porodní bolestí je tedy spatřována hlavně v pochopení fyziologie, etiologie porodu a faktorů ovlivňujících, podílejících se na reakci ženy na porodní proces a porodní bolest a následně vliv porodního prostředí, přístupu zdravotnického personálu o rodící ženu. Pokud porodnické prostředí a poskytovaná péče poskytuje ženám porozumění a respekt k jejich potřebám během porodu, může to být cílové k motivaci pro zdravotnický personál v přístupu k rodícím ženám (Newburn, 2012). Limity jsou však spatřovány stále v individualitě a jedinečnosti každé ženy, ale i poskytovatele péče rodícím ženám (Young, 2002).

3 Hodnocení, diagnostika a dokumentace porodní bolesti

Porodní asistentka může při své práci s ženami rozeznávat různé typy bolesti, akutní, chronickou, fantomovou, myofasciální, neuropatickou, nádorovou a další, jež jsou typické různými projevy a určujícími faktory (Pařízek et al., 2012).

Porodní bolest je typ akutní bolesti, je však charakteristická tím, že začíná nástupem pravidelných kontrakcí a končí právě porodem plodu, má přesné časové vymezení. Porodní bolest vzniká obdobně jako jiné typy bolesti, stimulací nocicezorů a reakcí na chemické látky, působením hormonů, dráždicích nociceptory, podílející se na začátku porodu, následně dochází k reakci organismu na porodní bolest. Porodní bolest a její prožívání, vnímání a odpověď organismu ženy na porodní bolest je ovlivněna již zmiňovanými fyziologickými, psychosociálními, kulturními vlivy (Lowe, 2002; Mander, 2014).

Při péči o rodící ženu je důležité mít na paměti, že porodní bolest není patologický stav organismu, ale naopak je prospěšná pro zdárný průběh porodu a další období v životě ženy a novorozence (Pařízek et al., 2012; Mander, 2014). Avšak Porodní bolest je jednou z nejčastějších příčin, které narušují pohodu a potřeby ženy, rodičky a její well-being při porodu. Well-being, stav fyzické pohody bez bolesti, patří mezi základní potřebu jedince. Zjišťování narušení potřeb a případně odhalování příčin, stavů, které se podílí na vzniku nepohody rodičky při porodním procesu a následně jejich odstranění, pomoc ženě se adaptovat, vyrovnat a uspokojit své potřeby je kompetencí a cílem péče porodní asistentky neustále. Posuzování a hodnocení zvládání a adaptaci na porodní bolesti v průběhu hlavně I. doby porodní je tedy důležité z toho hlediska, že pohoda ženy s pocitem zvládání bolesti se následně odráží na celkovém prožitku a zkušenosti s porodem (Tóthová, 2014).

Porodní bolest lze hodnotit v dnešní době za využití mnoha standardizovaných technik, níže zmíněných, pro hodnocení bolesti, hodnotící verbální i neverbální projevy. Nesmíme ale zapomínat na to, že předem stanovená kritéria u zvolené hodnotící techniky nemusí zcela dostatečně popsat samotný fenomén porodní bolesti (Čech et al., 2014; IASP, 2012; Mander, 2014).

Je tedy vhodné posuzovat porodní bolest více možnostmi a komplexně. Důležité je u porodní bolesti posuzovat i celkový stav, jednotlivé faktory (viz Kapitola 2.4), ovlivňující zvládání a prožívání porodní bolesti, jež jsou zjišťovány pomocí anamnestických údajů ženy.

Porodnická anamnéza je prvotním zdrojem informací v rámci péče o rodičku s porodní bolestí. Porodní asistentka by měla u ženy zjišťovat nejen osobní údaje ženy v oblastech fyziologických, psychologických, sociálních, ale i informace týkající se vnímání a zvládnání porodní bolesti, její charakter, intenzitu, začátek kontrakce v čase, lokalizaci, frekvenci, pravidelnost, zkušenost žen, subjektivní hodnocení rodičkou, reakce ženy na bolest, zda byly ženy připravovány na porodní bolest, zda navštěvovaly předporodní kurzy. Součástí porodnické anamnézy má nemalou důležitost fyzikální vyšetření, při kterém porodní asistentka sleduje reakci ženy na porodní bolest pomocí změn v oblasti fyziologických funkcí, jak bylo popsáno v Kapitole 2.1.4, kde pozoruje behaviorální (změny v krevním tlaku, dechu, tepu) a kognitivní reakce ženy na porodní bolest, jakou jsou pláč, bolestivé nářky, které žena verbalizuje, následně součástí vyšetření je *neverbální projev ženy, výraz tváře, mimika*, následně celkové zhodnocení držení těla, poloha ženy, pohyby ženy (Pařízek et al., 2012; Lowe, 2002).

Military Obstetric and Gynecology (2014) vydalo Doporučený postup při péči o rodící ženu s porodní bolestí, kdy udává, že je důležité zhodnotit celkový stav, anamnestické údaje ženy a plodu, odhalit tak rizikové faktory (věk, parita, psychický stav ženy, předchozí zkušenost s porodem, fyzický stav ženy, stav plodu, uložení plodu, vzdělání a další), které mohou ovlivnit management o rodící ženu s porodní bolestí, což se může následně odrazit na stavu ženy a plodu. Důležité je začít rozhovorem ženy, při odběru ošetřovatelské anamnézy, kde by se porodní asistentka měla ptát: Jak žena zvládá porodní bolest; Jak hodnotí porodní bolest; (intenzita, frekvence, lokalizace, kdy bolest žena cítí, při kontrakci, mimo kontrakci a další); Zda žena cítí děložní činnost, kontrakce, jejich začátek, dobu; Zda žena krvácí; Zda žena cítí pohyby plodu. Důležité je zhodnotit i oblasti potřeb v oblasti výživy, vyprázdnění, mobility, psychického stavu. Kdy žena naposledy jedla a pila; Kdy byla žena naposledy na toaletě; Zda žena zvládá porodní bolest a průběh porodu; Zda ženě pomáhá nějaká úlevová poloha, nebo metoda od porodní bolesti (sprcha, voda, vokalizace, a další); Zda byla žena někdy hospitalizovaná a jak zvládá hospitalizaci.

Ke komplexnímu posouzení porodní bolesti by měla porodní asistentka využít kromě anamnestických údajů komunikační techniky (verbální a neverbální), přístrojové techniky (CTG, painmetr), nebo již zmíněné palpační vyšetření, ale i vaginální vyšetření jakožto součást fyzikálního vyšetření. *CTG (kardiotokograf)* je v dnešní době známá a hojně užívaná metoda, jež hodnotí celkový prenatální stav plodu, srdeční akci, ale i právě děložní aktivitu (Denipote, 2009; Rosén, 2000).

Komunikace s ženou (verbální a neverbální) je jednoduchou metodou, jak zjistit aktuální stav ženy, vnímání a zvládání porodní bolesti. Enkin (2000) udává, že komunikace je jednou z nejlepších metod k posuzování porodní bolesti u žen. Porodní asistentky by měly využívat jak verbální hodnocení, rozhovor s ženou, ale i nonverbální hodnocení ženy, polohu ženy, psychický stav ženy a její reakce na porodní proces (Burvill 2002; Mazoni, 2013; Gross et al., 2003; Stuart, 2000;).

Vaginální vyšetření může být pro ženy bolestivé a stresující, z toho důvodu by mělo být využíváno k hodnocení průběhu porodu jako poslední, ačkoli je to metoda hodnotící progresi porodu (NICE, 2007; Lewin et al., 2005). Avšak ve Velké Británii se vaginální vyšetření podílí na komplexním managementu o ženu s porodní bolestí, což popisuje Doporučený postup o ženu s porodní bolestí RCOG (The Royal College of Midwives; 2012).

V posledním, k hodnocení porodní bolesti může využít porodní asistentka hodnotící a měřící techniky, jež slouží k objektivizaci posouzení porodní bolesti a následně plánování intervencí a kvalitní péče o rodící ženu.

3.1 Hodnotící techniky

Věda o měření bolesti se nazývá dolorometrie (Rollman, 1983) a zahrnuje široké spektrum složitých přístupů. V průběhu porodního procesu zastává porodní asistentka důležitou roli v problematice monitorace, hodnocení porodní bolesti a následně poskytuje rodičce vhodně zvolené intervence ke snížení porodní bolesti a k adaptaci ženy na porodní bolest. Při péči o rodící ženu s porodní bolestí je důležité, aby byla zvolena taková hodnotící technika, škála, která je jednoduchá, dostatečně subjektivní a citlivá na bolest rodičky. Porodní bolest, reakce ženy na bolest a adaptace ženy na bolest by měly být hodnoceny v pravidelných intervalech a veškeré záznamy dokumentovány v porodnické dokumentaci (Šamánková et al., 2011).

Hodnocení, měření a léčba porodní bolesti je problematické, neboť porodní bolest není součástí patologického stavu organismu, jak je často k porodní bolest charakterizována. Porodní bolest by měla být chápána jako individuální, subjektivní přirozený fyziologický stav provázející porodní děj, z toho důvodu by tak měl být zohledňována péče o ženu s porodní bolestí (Baker et al., 2001; Lowe, 2002).

První zmínky o hodnocení porodní bolesti sahají již do období Antiky a následně dalších období. Avšak první pokusy zabývající se hodnocením porodní bolesti vyšly na veřejnost na konci 20. století. Při hodnocení porodní bolesti docházelo k porovnání s uměle experimentálně vyvolávanou bolestí a skutečnou porodní bolestí. Na počátku se využívalo hodnocení porodní bolesti numerickými hodnotícími škálami a verbálním popisem bolesti. Přelomový byl dotazník používaný i pro další typy bolesti, který sestavil v roce 1975 Ronald Melzack s profesorem Tolgersonem z McGillovy univerzity (Mander, 2014).

V dnešní době existuje několik hodnotících technik užívaných k hodnocení porodní bolesti viz Tabulka 1 zobrazující přehled nejužívanějších technik pro hodnocení porodní bolesti (viz dále). Drtivá většina hodnotících technik pro porodní bolest hodnotí intenzitu porodní bolesti a jsou na principu numerických hodnot.

Hodnotící techniky jsou v České republice součástí zdravotnické dokumentace a pomáhají dokumentovat úroveň poskytované péče v porodní asistenci u rodičky v daném čase. Porodní asistentka by měla umět pracovat s hodnotícími technikami (Staňková, 2005).

Vizuální analogová škála bolesti (VAS) je nejčastěji používaná metoda v České republice k hodnocení porodní bolesti je Vizuální analogová škála (VAS), která zjišťuje momentální intenzitu bolesti. Při této metodě je prakticky využívána vodorovná úsečka, na které je možnost výběru čísel 0 – 10. Na levé straně s číslem 0 je udávána naprostá bezbolestnost.

Zatímco na pravé straně, kde je číslo 10 se zobrazuje nejvyšší možná bolest pro každou jednu ženu. Při této metodě je nutné se optat, zda žena rozumí a chápe, jak škálu správně popsat, vyplnit, použít (Mander, 2014; Vaňásek, 2014).

Na podobném principu jako vizuální analogová škála je využívána Numerologická škála bolesti (NRS), s tím rozdílem, že pacient určuje intenzitu bolesti na číslicí 0 - 100 (Hawker et al., 2011). Zde lze využít i pomocnou metodu, kterou je mapa bolesti podle Margolese, do které lze vypsát i několik typů bolesti, které se nemusí nutně týkat přímo porodu (Opavský, 2011).

Tyto dvě techniky využívány i v dalších medicínských oborech a jsou velmi účinné, pokud je bolest relativně stabilní v časovém období 24 hodin nebo během posledního týdne (Wickboldt et al., 2005).

Tabulka 1 Přehled hodnotících technik porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020)

Hodnotící technika, autor	Zjišťované domény, hodnocení, položky
Vizuální analogová škála (VAS) Huskisson (1974)	Intenzita bolesti 0 – 10 0 žádná bolest; 1 – 4 mírná bolest; 5 – 6 střední mírná bolest; 7 – 10 silná bolest
Numerická škála bolesti (NRS) McCaffery (1989)	Intenzita bolesti 0 – 100 0 – 10 žádná bolest; 10 – 40 mírná bolest; 40 – 60 středně silná bolest; 60 – 100 nesnesitelná bolest
Mapa bolesti Margoles (1983)	Intenzita bolesti 0 – 5 barevné zakreslení pocíťování bolesti do obrysů figuríny, modrá – bolest obecně; červená – pálivá; žlutá – tupá; zelená – svíravá
McGills dotazník bolesti (SF-MPQ) Melzack, Tolgeron (1975)	Informace o časovém průběhu bolesti a její intenzitě, vlivu bolesti na život a funkční zdatnost
Melzackova škála bolesti Melzack (1983)	Intenzita bolesti 0 – 5 0 žádná; 1 mírná; 2 nepříjemná; 3 intenzivní; 4 krutá; 5 nesnesitelná bolest
Obličejová škála bolesti (FCM) Wong, Baker (1988)	6 podob obličejů 0 žádná; 1 mírná; 2 nepříjemná; 3 intenzivní; 4 krutá; 5 nesnesitelná bolest
Labor Coping Scale (LCS) Donyale (2018)	Adaptace a zvládnání bolesti 0 – 3 „Not coping well“ (žádný coping); 4 - 5 „Coping“ (střední coping); 6 – 10 „Coping well“ (vysoký coping)
Coping labor assesment (CALM) Robert (2018)	Adaptace a zvládnání bolesti 0 – 3 „Not coping well“ (žádný coping); 4 - 5 „Coping“ (střední coping); 6 – 10 „Coping well“ (vysoký coping)

K hodnocení intenzity, druhu a kvality bolesti je vhodný *Dotazník McGillovy Univerzity*. Jeho součástí je Vizuální analogová škála (VAS) a verbální posouzení současně prožívané intenzity bolesti. Všechny části této hodnotící metody lze skórovat. Celý obsah tohoto dokumentu je rozdělen do 20 tříd (Melzack, 1993; Opavský, 2011).

Nejčastěji využívaná metoda v zahraničí k hodnocení porodní bolesti je *Melzackova škála bolesti*. Pacient v tomto případě slovně popisuje a hodnotí intenzitu bolesti. Určují mezi 6 předem určenými stupni: 0 – 5, kdy nula znamená žádnou bolest a 5 je nesnesitelná. Princip je opět dost podobný hodnotícím škálám VAS a NRS (Vorlíček, 2012). Ve světě jsou k hodnocení porodní bolesti využívány spíše Melzackův dotazník nebo McGillův dotazník, než VAS, NRS (Goer, 2002; Mander, 2014).

V případě, že má některý z pacientů nějaké omezení v komunikaci, ať už z důvodu jazykové bariéry, nebo jakékoliv jiné linguistické patologie, je využívána tzv. *Obličejová škála bolesti*. U této metody je namalovaných 6 podob obličejů. Od usmívajícího se, po nesnesitelnou bolest. Žena tedy vybere obličej jejímu aktuálnímu stavu nejbližší. Podobně vypadající byly vytvořeny techniky *FACEM - The Faces of Child Birth* hodnotící mimiku žen při porodu v závislosti na porodní bolesti (Baker at al., 2001), a *FRS – Faces Rating Scales* (Fadaizadeh et al., 2009).

Ve světě jsou využívány i další hodnotící techniky bolesti jako takové, jako jsou *Krátký inventář bolesti (BPI – Brief Pain Inventory)* využíván při hodnocení chronické bolesti během 24 hodin u onkologický nemocný; *Dotazník globální kvality bolesti (MPQ - Mc Gill Pain Questionnaire)*, hodnotící bolest u chronicky nenádorových onemocnění; *Průvodce k hodnocení bolesti (Pain Assessment Guide)*, hodnotící technika využívána při příjmu pacienta s chronickým onemocněním, kdy jedinec kreslí postavy a lokalizaci bolesti, kvalitu bolesti a vztah bolesti k denním aktivitám.

Tyto techniky jsou využívány spíše u rodičích žen s chronickým onemocněním, nebo v oblasti gynekologie. V psychologii je využívána technika přirovnávající bolest *katastrofickému myšlení*, hodnotící mentální stav ženy (Flink, Sullivan, 2009).

V některých zemích jsou využívány záznamového archy, které vyplňuje pacient sám. *Záznam sebemonitorace bolesti* je využíván na podkladě toho, že žena do předem připraveného formuláře popisuje charakter, intenzitu, frekvenci porodní bolesti a postup. Tato hodnotící technika se využívá spíše u chronické bolesti. Avšak v porodní asistenci se příliš nevyužívá (Opavský, 2011).

Modifikovaným hodnotícím záznamem je tzv. *Průběžný záznam managementu bolesti a monitorace účinnosti analgetik*. Záznamový arch sloužící k přehledné monitoraci bolesti v časovém intervalu a využití léků a intervencí pomáhající od bolesti, hodnotí se zde i úroveň sedace, medikace (Opavský, 2011). Záznamový arch je využíván v klinických oborech, avšak v porodní asistenci žádný hodnotící a zároveň záznamový arch hodnotící komplexně porodní bolest ve světě neexistuje, což je podkladem pro naši disertační práci, tvorbu nového archu hodnotící nástroje pro porodní bolest vycházející z komplexní charakteristiky porodní bolesti. Avšak údaje o relativní účinnosti nefarmakologických technik jsou omezené, neboť až donedávna se hodnocení bolesti při porodu provádělo za využití standardizované numerické stupnice bolesti NRS 1–10, o níž někteří argumentovali, že není dostatečná k posouzení komplexních a multifaktoriálních zkušeností s prací. Na podkladě výzkumů, které poukazují na nízké využití numerické hodnotící škály (Lowe, 2002).

V průběhu vývoje bylo zjištěno, že je důležité k bolesti přistupovat komplexně z biologického, psychologického, sociokulturního hlediska. Následně došlo k rozvoji Multidimenzionálních technik hodnotící bolest (2011; Loeser, 2000; Opavský), dotazníky (PBPI – Dotazník názorů na bolest a percepci bolesti; DCB – Dotazník copingu bolesti; DSCCB – Dotazník sociálního copingu bolesti; SCL-90 – dotazník hodnotící psychosomatické obtíže bolesti). V porodní asistenci byl na podkladě toho pro hodnocení porodní bolesti z multidimenzionálního hlediska v roce 2016 vytvořen nový hodnotící nástroj *CALM – Labor Coping Scale* (Roberts, 2010; ACOG, 2018; Childbirth Professionals international, 2018). Samotný hodnotící nástroj je podkladem pro disertační práci. Více o samotném hodnotícím nástroji popsáno v následující kapitole.

3.2 Labor Coping Scale

Labor Coping Scale – CALM je nová metoda hodnotící porodní bolest v průběhu porodu z multidimenzionálního hlediska, sledující adaptaci ženy na porodní bolest v 5 oblastech, emoční stav ženy, zvládání porodní bolest, změnu kognitivních funkcí, změnu sociálních funkcí, komunikace s porodní asistentkou, zdravotnickým personálem, zvládání porodní bolest, využití copingových strategií pomáhající ženě od porodní bolest. Byla vytvořena americkou porodní asistentkou Roberts (2010) a následně modifikována k využití v komunitní porodní asistenci i ve Velké Británii (Childbirth Professionals international, 2018). Jedná se o aktuální monitorování psychického stavu souběžně s bolestivým stavem při porodu. Ženy hodnotí adaptaci u pěti oblastí na stupnici 0 – 10.

V případě, že ženy hodnotí adaptaci číslem 10, zvládají dobře porodní bolest, v horším případě při hodnocení 0 nezvládají porodní bolest, vyskytuje se u nich pocit strachu (Zemanová, 2012). Metoda se dá využívat dle Roberts (2010) k hodnocení strachu, adaptace ženy na těhotenství a blížící se porod již v předporodním období, což může pomoci připravit ženy lépe na samotný porod a porodní bolest.

ACOG (2018) vydala zprávu o pozitivním využití této techniky v klinické praxi v porodní asistenci oproti ostatním technikám a její standardizaci vycházející z výzkumu Roberts (ACOG, 2018; Roberts, 2010). Skupina porodníků, gynekologů a porodních asistentek z ACOG doporučuje od roku 2018 používat spíše stupnice Labor Coping Scale hodnotící zvládání porodní bolesti než stupnice hodnotící intenzitu porodní bolesti.

Pozitivní přístup copingových strategií potvrzují i další zahraniční studie oproti jiným technikám jako jsou VAS, NRS, FSR. Labor coping scale hodnotí porodní bolest komplexně, subjektivně, jak ženy zvládají a adaptují se na porodní bolest. Z toho důvodu jsou tyto techniky nahrazovány technikou CALM – Labor Coping Scale (Lewis; 2015; Roberts, 2010; Sawyer, 2013). Roberts (2010), udává, že tato hodnotící technika může ve spojení s různými nefarmakologickými a farmakologickými intervencemi pomoci porodním asistentkám, porodníkům a jiným poskytovatelům porodnické péče přizpůsobit intervence, které nejlépe vyhovují potřebám každé ženy.

3.3 Dokumentace porodní bolesti

Péče v porodní asistenci klade důraz na požadavky přesného vedení zdravotnické dokumentace při péči o rodící ženu s porodní bolestí, jež jsou žádoucí pro zlepšení komunikace, ke snížení počtu chyb a omylů i jejich zbytečnému opakování (Staňková, 2005).

Zdravotnická dokumentace v porodní asistenci je neodmyslitelnou a nepostradatelnou součástí poskytování ošetrovatelské péče, a to nejen s ohledem na legislativní povinnost jejího vedení vyplývající ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, ale hlavně z důvodu zásadní informační hodnoty, kterou poskytuje lékařům, porodním asistentkám a dalším oprávněným osobám poskytující péči v porodní asistenci (Buriánek, 2013). Veškeré intervence poskytované zdravotnickým personálem by měly být dokumentovány.

Z vedení zdravotnické dokumentace vyplývá řada právních povinností a funkcí, které by měly porodní asistentky a lékaři řádně plnit, neboť jsou rozhodující, zda se postupovalo při poskytování péče lége artis a zda byla dodržována práva pacienta (Stolínová, Mach, 2010).

Zdravotnická dokumentace v porodní asistenci slouží jako systematický soubor informací, zdroj informací o individuálních potřebách jedince – ženy, rodičky. Je výsledkem poskytované péče v porodní asistenci, která je tak regulována. Slouží jako záznam informací o průběhu vedení ošetrovatelského procesu, obsahuje veškeré anamnestické údaje, skládající se z biologické, psychické, sociální, kulturní a spirituální složky rodičky a odhaluje případné faktory, které mohou zasahovat do porodního procesu (Kudlová, 2016). Dále poskytuje informace o monitoraci, vedení a realizaci veškerých intervencí poskytované porodní asistentkou a jejich hodnocení. Slouží ke kontrole kvality péče v porodní asistenci. Navíc je využíván jako nástroj pro vzdělávání, edukační materiál pro studentky oboru porodní asistence a zdroj forezních, statistických informací a pro výzkum v porodní asistenci. Komplexně zabezpečuje zdravotnická dokumentace v porodní asistenci kontinuitu péče a poskytuje chronologický přehled o poskytované péči. Vedení zdravotnické dokumentace je zákonnou povinností všech zdravotnických zařízení. Zdravotnická dokumentace může být vedena formou textovou, grafickou nebo audiovizuální. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci musí být vedeny v listinné nebo elektronické podobě (Dušová, 2019; Stolínková, Mach, 2010).

Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM – International Confederation of Midwifery) klade důraz na samostatnou práci zdravotnického personálu, porodních asistentek metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou a porodnickou dokumentací při práci s rodičkou, jeho rodinou a sociálním prostředím. Zdůrazňuje také využití porodnických norem, vědecky zdůvodněných porodnických metod, technik, intervencí, hodnotících škál, postupů při péči o rodící ženu (ICM, 2019).

Zdravotnická dokumentace v porodní asistenci dodržuje pravidla a zásady, postupuje se podle vyhlášky MZ ČR č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci, v platném znění. Podmínkou pro vedení zdravotnické dokumentace je i dodržování zásad mlčenlivosti na podkladě práv a povinností vycházejících ze zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění.

Vedení zdravotnické a porodnické dokumentace spadá mezi základní kompetence porodní asistentky ¹ (Plevová, 2011). Dále je to základní pravidlo, které je součástí Mezinárodního etického kodexu porodních asistentek, kde je uvedeno: „*Porodní asistentky respektují důvěrný charakter informací o svých klientkách za účelem ochrany jejich práva a na soukromí a ke sdílení těchto informací přistupují s rozvahou; výjimku tvoří situace, kdy je sdílení informací nařízeno zákonem*“ (ICM, 2019).

Při vedení dokumentace o rodící ženu s porodní bolestí, porodní asistentka postupuje podle ošetrovatelského procesu v porodní asistenci. V první fázi posuzuje celkový stav ženy a dokumentuje zjištěné anamnestické údaje o ženě, následně o charakteru porodní bolesti, lokalizaci, intenzitě, charakteru, časovém průběhu porodní bolesti. Dále se porodní asistentka zaměřuje na možnosti ovlivnění porodní bolesti možnými intervencemi, polohováním, nácvikem správného dýchání. Zároveň také sleduje faktory, které mohou pozitivně či negativně vnímání porodní bolesti rodičkou ovlivňovat, jako jsou strach, parita, osoba blízká u porodu a další. Porodní bolest by měla porodní asistentka hodnotit s ženou, nikoli na ženě a měla by vždy zohlednit výsledky subjektivního hodnocení ženou a výsledky vlastního vyšetření palpací a pozorováním. Pro hodnocení subjektivního vnímání a prožívání porodní bolesti byly vytvořeny hodnotící škály k posouzení porodní bolesti, které mohou pomoci v celkovém posouzení porodní bolesti. Další součástí dokumentace jsou záznamy o rodičce, podepsané formuláře v souvislosti s jejím přijetím, informované souhlasy s péčí, s edukací, seznámením s potřebnými informacemi, dále záznamy, které zaznamenávají objektivní hodnocení porodní asistentkou pomocí hodnotících a měřících technik.

Techniky hodnotící porodní bolest by měla porodní asistentka využívat nejen při přijetí k hodnocení anamnestických údajů a stavu rodičky, ale v průběhu celé hospitalizace, u rodící ženy s porodní bolestí tedy v průběhu celého porodu, kdy mohou být i součástí překladové nebo propouštěcí zprávy.

¹ Mimo jiné porodní asistentka na základě svých kompetencí stanovených v § 4 a 5 vyhlášky může provádět tyto činnosti:

- Vyhodnocovat potřeby žen, rizikových faktorů, a to za použití měřících, hodnotících technik, škál (př. měření intenzity, zvládání bolesti, adaptaci na bolest)
- Sledovat fyziologické funkce, a jiné tělesné parametry žen
- Posuzovat, hodnotit a zaznamenávat celkový stav žen
- Edukovat ženy o ošetrovatelských postupech, metodách, intervencích
- Poskytovat psychickou podporu

Součástí zdravotnické dokumentace rodičky v průběhu porodu je také záznam o hodnocení a plánování péče v celém průběhu porodu, tzv. dekurz, denní záznam o průběhu porodu, který se souhrnně označuje jako porodopis (Dušová, 2019). Součástí porodopisu mimo již výše uvedených údajů a dokumentů by měly být z hlediska poskytované péče porodní asistentkou především údaje o průběhu I. doby porodní, vnímání porodní bolesti, stavu ženy a plodu, o komplexní péči o rodičku, poskytnutých intervencích pomáhajících ženě zvládat proces porodu (Simkin, 2002).

Všechny tyto aspekty jsou běžně sledovány porodními asistentkami v Severní Americe a Velké Británii, což charakterizovala The American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG (2018) a The Royal College of Midwives ve zprávě *Assesing Progress in Labour* (2018), Nice (2007). ACOG (2018) vydala zprávu z roku 2017 vycházející z výsledků výzkumu Roberts (2010), že je důležité nezasahovat do přirozeného procesu porodu jakoukoliv cestou a ženy by měly být monitorovány v průběhu I. doby porodní a hodnoceny komplexně jejich bio-psycho-sociální potřeby, mezi které se řadí právě porodní bolest. Ta by měla být monitorována a porodní asistentky a zdravotnický personál by měl ženám pomoci uspokojovat potřeby a adaptovat se na porodní bolest. Podle Roberts (2010) by porodní bolest měla být diagnostikována ne pomocích hodnocena nástrojů jako je VAS, NRS, a další, které hodnotí spíše intenzitu porodní bolesti, ale naopak by se porodní asistentka měla zaměřit především na psychický stav a adaptaci ženy na porodní bolest. Výsledky porodnické komunitní organizace Childbirth Professionals International poukázaly na využití nové hodnotící copingové techniky porodní bolesti v klinické praxi. Na podkladě toho byla vytvořena nová technika Assessment Tool for the Laboring women with coping, hodnotící adaptaci žen na porodní proces a využití copingových strategií, které ženám pomáhají v samotné adaptaci a práci s porodní bolestí (Roberts, 2010). Na podkladě dalších mezinárodních výsledků poukazujících na efektivitu využití Assessment Tool for the Laboring women with coping, byla vytvořena ve Velké Británii podobná hodnotící technika Labour Coping Scale (Childbirth Professionals International, 2018), ze které vychází i výzkumné šetření v rámci této disertační práce.

Předpokládáme, že Labour Coping Scale se stane podkladem pro sjednocení a zpřehlednění zdravotnické dokumentace na porodních sálech v České republice, zkvalitnění, monitoraci, hodnocení adaptace žen na porodní proces a zvládání porodní bolesti ženami.

Vedení porodnické dokumentace a monitorace porodní bolesti je důležité provádět v průběhu porodního procesu. V dnešní době se porodní asistentky bohužel zaměřují na porodní bolest hlavně při příjmu k porodu, využívají hlavně měřicí techniky VAS a CTG monitor, jež nejsou zcela vypovídající o porodní bolesti ve všech jejích sledovaných parametrech. Melzack et al. (1984) také v jeho době tvrdil, že intenzita porodní bolesti by měla být kontrolována od začátku pravidelných kontrakcí. Výzkum v Austrálii (Barek, 2001) tvrdil, že porodní bolest by měla být hodnocena každou čtvrt hodinu, což bylo však vyhodnoceno jako náročné při využívání VAS nebo MPQ pro ženy, které se soustředily na zvládnání porodní bolesti.

V Německu (Gross et al., 2003) hodnotili ve své studii porodní bolest pomocí VAS každých 45 min, což bylo hodnoceno jako méně náročné, avšak mnoho účastnic hodnocení odmítalo spolupráci z důvodu snížení intimity a soukromí. Ženy udávaly, že měření v tak krátkém intervalu pro ně bylo obtěžující a nepříjemné. Z toho důvodu byly vyhodnocovány mezinárodní studie, z kterých ACOG (2018) definovala na základě souvisejících výzkumů (Roberts et al., 2010), že porodní bolest by měla být monitorována buď minimálně každé dvě hodiny porodní asistentkou ve spolupráci s ženou, nebo podle potřeby, na podkladě individuálního stavu ženy a aktuální situace.

Z toho všeho vyplývá, že porodní bolest by měla být hodnocena komplexně ve spolupráci s rodičkou a multidisciplinárním týmem zdravotníků, nejen porodní asistentkou. Do evaluace porodní bolesti by měly být zahrnuty anamnestické údaje ženy, týkající se i informací, zda se ženy připravovala na porod, navštěvovala psychoprophylaxi k porodu, celkový fyzický stav ženy, vyšetření fyziologických funkcí, stavu plodu a psychický stav ženy, předchozí zkušenosti s porodní bolestí a následně využít nejlepší hodnotící techniku pro porodní bolest (ACOG, 2018; Roberts, 2010), což popsala ACOG (2018), Muralidhar et al. (2006).

4 Metody pomáhající ženám od porodní bolesti

Hlavním cílem péče porodní asistentky o ženu v průběhu I. doby porodní, je pomoc ženám se adaptovat, zvládnout, naučit se pracovat a zmírnit porodní bolest. Porodní asistentky mají možnost nabídnout ženám při porodu velmi širokou škálu nefarmakologických a farmakologických intervencí pomáhajících od porodní bolesti. Žena by měla mít možnost výběru metody tišení porodní bolesti, která jí navíc v danou situaci bude vyhovovat co nejvíce, od nefarmakologických metod po farmakologické. Zvolená metoda by neměla ovlivňovat fyzický, psychický, emoční stav ženy, ohrozit plod a narušit zážitek a zkušenost s porodem (ACOG, 2018).

Pařízek (2012) udává, že v moderním porodnictví by samotný porod neměl již bolet. Avšak jak poukazuje literatura a studie (ACOG, 2018) porodní bolest tu byla a je a od pradávna patří k porodnímu procesu. Cílem moderního porodnictví, respektive péče porodní asistentky, by tak mělo být naučit ženy přijmout porod a porodní bolest jako přirozený proces v životě ženy a naučit ženy adaptovat se a pracovat s porodní bolestí (ACOG, 2018) a odstranit u žen strach z porodu a vyhnout se negativní zkušenosti s porodem (Bašková, 2015).

Metody pomáhající ženám od porodní bolesti můžeme dělit na nefarmakologické a farmakologické. Tyto techniky mohou být následně použity postupně nebo v kombinaci. Zdá se, že některé nefarmakologické metody pomáhají ženám spíše vyrovnat se s bolestí při porodu, adaptovat se na ni, než aby ji přímo zmírnily. Farmakologické metody naopak zmírňují bolest, ale nemusí zmírňovat úzkost nebo negativní prožívání ženy. Navíc jak bylo popsáno v předchozích kapitolách, farmakologické metody mohou ovlivnit fyziologický průběh porodu a jeho výsledek (Bašková, 2015). Při tišení porodní bolesti se jednotlivé strategie liší efektivitou, ale i bezpečností (Raudenská, 2016). Je mnoho studií popisující efektivitou farmakologických a nefarmakologických metod a jejich využitím v klinické praxi (Henry, 2004). V dnešní době však mnoho výsledků studií poukazuje na vyšší efektivitu spíše nefarmakologických intervencí (např. ACOG, 2018; Lowe et al., 2002; Raudenská et al., 2016; Roberts, 2010). Z toho důvodu při péči o ženu s porodní bolestí, by měla porodní asistentka postupovat nejprve od nefarmakologických metod po farmakologické, což popsal kolektiv autorů ACOG ve svém Doporučeném postupu (ACOG, 2018). Proto se na jednotlivé nefarmakologické metody zaměříme v následujícím textu.

4.1 Nefarmakologické metody

Nefarmakologické metody jsou v porodnictví čím dál více využívány a žádány (Roberts, 2010). Tyto metody ženě napomáhají lépe zvládat kontrakce především v I. době porodní a adaptovat se na porodní proces. Výhodou je to, že nevyvolávají žádné alergické reakce, nepředstavují žádné riziko pro matku ani plod, nemají škodlivé účinky, nezasahují do porodního procesu na rozdíl od některých farmakologických metod (Mander, 2014). Ke zvýšení účinnosti nefarmakologických metod u rodiček přispívá jejich znalost, seznámení se s nimi již v období před porodem, v předporodních kurzech, na což poukazují studie Sandall (2007) hodnotící efektivitu předporodní přípravy. Těchto metod už je celá řada a možnosti se stále hledají a přibývají. Mezi známé nefarmakologické metody patří hydroterapie, aromaterapie, muzikoterapie, využití polohování při porodu, nácvik dýchání při porodu, masáže. Řadí se sem i již psychoprofylaxe žen k porodu, což bývá opomíjeno, dále edukace a informovanost žen. Méně známé metody jsou jóga při porodu, akupunktura, akupresura, relaxace, elektroanalgezie, biofeedback, využití virtuální reality v porodní asistenci, vliv prostředí na psychiku ženy, rebozo a další (Mander, 2014).

Psychoprofylaxe žen k porodu je řazena mezi nefarmakologické metody. Příprava žen k porodu má ženu seznámit s průběhem porodu, fyzicky ji připravit na porod, edukovat ji o nácviku dýchání při porodu, vizualizaci, pozitivním zaměřením pozornosti, využití poloh pomáhajících ke zvládnutí porodní bolesti, a hlavně odstranit u žen strach z porodu a porodní bolesti. Podstatou je vytvoření reflexů, které jsou vázány na porod, nevedou k žádným bolestivým prožitkům, ale vedou k aktivnímu soustředění na jiné podněty (Ratislavová, 2008), především na dýchání a relaxaci svalů. Psychoprofylaxe žen před porodem zahrnuje i získání informací ohledně porodního prostředí, seznámení s porodní asistentkou, zdravotnickým personálem a komplexně vede k navození důvěry a psychického uvolnění spojeného s blížícím se porodem (Bašková, 2015; Mander, 2014). Stejně tak Roztočil (2008) uvádí, že cílem předporodní přípravy není odstranění porodní bolesti při porodu, porodnických komplikací, ale naučit ženu se vypořádat s bolestí a adaptaci na porodní proces. Ačkoli analgetická účinnost je u psychoprofylaxe uváděna kolem 30 %, pozitivní vliv psychoprofylaxe žen k porodu potvrdili studie Sandall (2007) a Mardorossiane (2003). V dnešní době mnoho studií poukazující na skutečnost, že ženy, které navštěvovaly předporodní kurz před porodem, zvládly porod lépe, bez porodnických komplikací a více bez využití farmakologických metod určených k tišení porodní bolesti o 30 % (např. Ip et al., 2009; Mander, 2014).

Specifickou oblastí psychoprofylaxe je příprava ženy na porod za využití metody *Bonapace* (*BM*), která zahrnuje zapojení otce nebo jiné osoby blízké do porodu s cílem pomoci ženě adaptovat se na porodní proces a zvládat porodní bolest. Je běžné, že psychoprofylaxe je doporučována nejen ženám, ale i jejich doprovodu k porodu (Bonapace et al., 2013).

Mezi nejznámější metody pomáhající ženám od porodní bolesti podle Mandera (2014) patří nácvik dýchání, využití polohování při porodu, či hydroterapie. Nejčastější využití těchto metod potvrzuje i studie Henrigue (2018).

Správný *nácvik dýchání* při porodu může ženám pomoci následně v uvolnění a lepším zvládnutí porodní bolesti. Studie Zohre (2017), že ženy, které se soustředí při porodu na dýchání, kdy mimo kontrakční období je dýchání hluboké, pomalé, nádech nosem a výdech ústy; při kontrakci je dýchání povrchové, rychlé, zvládají lépe porodní bolest. Pravidelné a správné dýchání rozděluje kontrakci na několik menších částí, a tak může být pro ženy lépe zvládnutelná. V případě, že ženy nesprávně dýchají, může dojít k již zmiňované stresové reakci na bolest, která se v potřebě dechu může projevit hyperventilací, která se může projevit rychlým dýcháním ženě se točí hlava, má mžitky před očima, může cítit brnění končetin, hlavně konečků prstů, křeče končetin, což může vést ke snížení přívodu kyslíku plodu. Samotné správné dýchání je důležité i pro okysličení svalu děložního. Zvládnutí dýchání v průběhu porodu může vést k lepšímu zvládnutí porodu (Zohre, 2017). Navíc pravidelné dýchání zmírňuje stres, snižuje produkci hormonů – například adrenalinu, který brzdí postup porodu (Hudáková et al., 2017; Pařízek et al., 2012).

Hydroterapie patří mezi nejstarší metody pomáhající ženám od porodní bolesti. Již v dřívějších dobách některé ženy domorodých kmenů rodily do vody, do potoka stranou od komunity nebo do moře, popsáno v Kapitole 1.1 (Tomášek, 2000). V moderním porodnictví došlo k rozvoji využití hydroterapie díky zastánci přirozených porodů Odentovi, za využití této techniky v 70. letech 20. století (Henrigue et al., 2018; Odent, 2004). Využití hydroterapie při porodu má několik pozitivních vlivů na ženu. Hydroterapii můžeme rozdělit ve využití, podle toho, zda využíváme teplou vodu, studenou vodu, lokální horké obklady tzv. suché teplo, nebo celkovou koupel či sprchu. Nejvíce je využívána teplá voda v kombinaci užití sprchy či vany. Využití hydroterapie se podílí nejen na tlumení porodní bolesti, ale právě teplá voda má relaxační účinky.

Pro zvýšení efektu je využívána hydroterapie v kombinaci s dalšími nefarmakologickými metodami, např. polohování, míč, edukace, jež jsou popsány dále (Barbieri et al., 2013; Mander, 2014). Mander (2014) píše ve své publikaci, že voda napomáhá ženám odlehčovat tělo, voda snižuje tlak na pánev a další orgány, hlavička plodu lépe flektuje, což vede k odlehčení tlaku plodu na pánevní dno a snížení bolesti. Navíc teplota vody ulevuje od křečí svalů. Některé studie popisují, že hydroterapie je spojena se změnami neuroendokrinního stresu s uvolňováním kortizolu, katecholaminů a endorfinů, hormonů eliminujících reakci organismu na bolest (př. Alehagen et al., 2005; Bodnar, 2014). Je i dokázáno, že hydroterapie, teplé obklady, porodní napářky mají vliv na rozpínání svalových struktur a dilataci cervixu, což obvykle vede k urychlení porodního procesu (Lenstrup et al., 1987). Cluett a Burns (2009) uvádí, že využití teplé vody v I. době porodní vede rovněž ke snížení výskytu poškození perinea (Cluett, Burns, 2009). Což potvrzuje Zohre (2017), společně s využitím správného dýchání při porodu. Využití metody porodu do vody má výhody pro ženu a plod, avšak nevýhodou je nízká analgetická účinnost.

Samostnou kapitolou je pak využití vany v I. a II. době porodní. V I. době porodní má vliv vany a teplé vody právě na urychlení porodního procesu (Lenstrup et al., 1987). V II. době porodní lze využívat porod do vody, kdy vypuzování plodu probíhá pod úrovní vodní hladiny (Pařízek et al., 2012). Mallamhmutoglu (2012) prokázal ve své studii celkový efekt využití hydroterapie při porodu. Jeho výsledky poukazují na pozitivní vliv a snížení požadavků farmakologických metod v I. době porodní a snížení skóre hodnocení porodní bolesti technikou VAS.

Další z nejčastějších a nejjednodušších metod, které jsou využívány při porodu ke zvládnutí porodní bolesti je *metoda polohování*. Znalost metody polohování žen při porodu sahá až do 18. století, ale nevědomě byly užívány již ve Starověku a Středověku. Polohování při porodu má vést k úlevě od porodní bolesti, ale i k urychlení porodu, pomoci prostupu a podpoře správného uložení plodu při průchodu porodními cestami. Ženy mohou využívat polohy ve stoje, v polosedě, na všech čtyřech, na boku, na zádech, což bývá rozdělené jako vertikální a horizontální polohy (Mander, 2014; Simkin, 2002). První výzkumy zkoumající polohování žen při porodu byly provedeny v polovině 20. století. Jednotlivé možnosti polohování jsou popisovány podle Simkin (2002) v Příloze 7.

Studie ukázaly, že pokud ženy volí spíše vertikální polohy, pohybují se v I. době porodní zvládají porodní bolest lépe, měly menší spotřebu analgetik a porody trvaly kratší dobu než u žen, které zaujímaly horizontální polohy, jako jsou polohy na zádech, na boku (př. Goer, 2002). Navíc ženy udávaly větší komfort, cítily lepší well-being, pokud mohly při porodu stát, nebo být v polosedu (Flynn et al., 1978; Mander, 2014). Jedna z vertikálních poloh „tzv. poloha žáby“ je též podle Monganové (2010) vhodná k uvolnění pánevního dna, což usnadňuje opět k lepšímu prostupu hlavičky porodním kanálem. K polohování žen mohou být používány doplňující pomůcky napomáhající polohování, jako jsou - relaxační balon, podložka, porodnické lůžko, židle, porodnická stolička a další (Simkin, 2002). V dnešní době dochází k rozvoji nové techniky polohování za využití šátku, tzv. *rebozo*. Metoda pocházející z Mexika se využívá k uvolnění napětí, zmírnění stresu a tlumení porodní bolesti, ale i k pomoci polohování plodu v děloze (Mander, 2014). Samotnou efektivitu využití polohování, hlavně vertikálních poloh potvrdilo několik studií (př. Lawrence et al., 2009). Z toho důvodu dochází v současnosti k návratu k využití polohování v průběhu celého porodního děje. Ženy jsou edukovány již v předporodních kurzech, které polohy jsou vhodné a pomáhají ženám zvládat porodní bolest, ale i samotnému porodu. Někteří autoři doporučují měnit polohy ženy každých 20 – 30 minut, jiní 30 – 60 minut, aby docházelo ke snížení tlaku na stejnou část těla. Studie Stadelmana (2009) ukázala, že ženy by měly mít možnost svobody pohybu při porodu, možnost přizpůsobovat si polohu instinktivně (Stadelman, 2009). Na co stále však nesmíme zapomínat je, že volba polohy při porodu by měla být promyšlená, v závislosti na průběhu porodního děje, ale i na podkladě potřeb ženy, co je jí příjemné.

Zmíněné metody jsou využívány běžně na porodních sálech v našich klinických podmínkách. Další metody jsou řazeny spíše jako „alternativní“ a tak je k nim i přistupováno, jsou používány relativně, nebo méně často (Pařízek et al., 2018). Mezi tyto metody řadíme např. *Aromaterapie, homeopatie, muzikoterapie, audioterapie, akupunktura, taping a další*. Jsou metody spadající mezi alternativní léčebné metody, jejichž cílem je za využití éterických olejů, extraktů navodit relaxaci, snížení stresu, úzkosti, pocit uvolnění (Tournaire et al., 2007). Využití *aromaterapie (fytoterapie)* může být buď inhalací, vdechováním bylinných extraktů, aplikací na kůži, do zažívacího systému ve formě kapek, tablet. Dále může být používána aromaterapie ve formě koupelí, částí nebo celého těla, obkladů, nebo využití aromaterapeutické lampy. Studie Burnse (2000) potvrdily analgetický účinek aromaterapie a fytoaromaterapie, ženy udávaly nižší úzkostnost a lepší pohodu.

Tyto metody mají však i tak nízkou analgetickou účinnost. Naopak výhodou je, že tuto metodu může provádět sama rodička, partner u porodu či porodní asistentka. Aromaterapie může být využívána jak v průběhu porodu, v I. době porodní, ale i již v předporodním období, ale i po porodu (Mander, 2014; Noe, 2014; Stadelman, 2009). Worwood (1995) píše, že využití aromaterapie v I. době porodní je nejlepší ve formě éterických olejů, kapek, které se aplikují a masírují do kůže v oblastech břicha, zad v kombinaci s metodou masáže a následně je ženy mohou i vdechovat formou inhalace pomocí aromalampy. Tournaire et al. (2007) poukázaly, že vybrané esence rostlin (jalovec, jasmín, meduňka, levandule, růže, šalvěj) pomáhají snižovat stres a porodní bolest u žen v I. době porodní. Další formou využití přírodních látek je *metoda homeopatie*, jejímž zakladatelem je německý lékař Samuel Hahnemann, který popsal efekt homeopatie. Jejich cílem je stimulace organismu k samovyléčení. Někdy bývají používány jako placebo, neboť podporují psychiku jedince, žen s představou, že jsou léčeny. Homeopatie a fototerapie by měla být konzultována se specialistou nebo porodníkem, porodní asistentkou, neboť některé přírodní látky ve větší míře mohou naopak ženě a plodu uškodit, vyvolat předčasný porod a jiné (Mander, 2014).

Metody zmírňující nebo plně potlačující porodní bolest za využití hudby nebo zvuků nazýváme *muzikoterapií* nebo též *audioanalgezií*. Jsou to metody, jež navozují pocit pohody, rozptylují pozornost od bolesti, snižují stres změnou aktivity kůry mozkové. Navíc mohou při porodu ženy do rytmu hudby tančit, čímž se kombinují s metodou polohování (Mander, 2014). Princip účinku je podráždění sluchového centra pomocí zvuku během kontrakcí přístrojově vytvořeným šumem. Další možností audioanalgezie je přehrávání relaxační hudby, kterou si žena sama vybere (Pařízek et al., 2012). Někteří autoři udávají nízkou analgetickou účinnost této metody (Stadelman, 2009). Studie Gooda et al. (2003) a Liu et al. (2010) však potvrdila pozitivní efekt muzikoterapie v aktivní fázi porodu, ženy udávaly snížení pocitu úzkosti. Navíc výsledky studie Simavliho et al. (2014) ukázaly, že u žen při využití muzikoterapie při porodu se vyskytlo menší riziko poporodní deprese.

Ve 20. století došlo k rozvoji využití i dalších alternativních technik, jakou jsou např. *akupunktura*, *akupresura*, *taping*. Jedná se o metody vycházející z tradiční čínské medicíny. Akupresura se provádí za využití nejen tlaků špičkami prstů, loktem na akupunkturální body po celém těle, nejčastěji v porodní asistenci oblasti těla Che-gu L4, oblast periena, pochvy, rekta, zad a bod sleziny SP6 (Mander, 2014; Simkin 2002).

Tournaire et al. (2007) popisuje efekt akupresury jako stimulaci bodů k vyplavení endorfinů, enkefalinů, přirozených opioidů těla, pro zlepšení krevního oběhu a harmonie principů jing a jang, kterými akupresura udržuje vyžáženou homeostázu lidského těla (Chung et al., 2003). Výzkumy zkoumaly efektivitu využití akupresury v I. době porodní, s tím, že Hamidzadeh et al. (2012) ve své studii potvrdili, že akupresura bodu L4 je účinná ke snížení porodní bolesti a doby porodu. K podobným výsledkům došel i výzkum Can a Saruhan (2015), kteří stimulovali bod L4 ledovým obkladem. Výhodou akupresury je, že nedochází k poškození kožní integrity, za využití jehel (Górnická, 2011; Mander, 2014). Analgetická účinnost je však charakterizována jen pouze okolo 5 % (Mander, 2014). Oproti tomu akupunktura je metoda, kterou provádí školený terapeut za využití jehel, jež stimulují akupunkturní body, v porodní asistenci nejčastěji body BL 67, CV2, GB 34, SP6. Stimulace bodů podporuje vyplavení hormonů podporující indukci porodu, tlumení porodních bolestí v I. době porodní, při nadměrných pohybech dítěte (Amaro, 2000; Vondřich, 2012).

Taping, kinesiotaping patří mezi moderní fyzioterapeutické alternativní metody. Objevena byla v 80. letech, 20. století. Na přelomu 21. století začala být tato metoda používána i v porodní asistenci k relaxaci svalstva, podporu držení těla těhotné ženy, ale následně i k prevenci bolestí pohybového aparátu při porodu. Využití tapingu patří do kompetencí fyzioterapeuta, nebo porodní asistentky se speciálním kurzem (Mander, 2014).

Jednoduché techniky, které může využívat při své práci porodní asistentka za využití pouze svých rukou, jsou *masáže, efloráž, doteky rukou*. Techniky využívají taktilní činnosti rukou, krouživých pohybů dlaní a konečků prstů v oblasti břicha, zad, kostrče, ale i dalších částí těla ženy, za účelem uvolnění, snížení bolesti, zlepšení krevního oběhu, snížení stresu, což by mělo vést k příjemnému pocitu a uvolnění ženy (Evans et al., 2001; Pařízek et al., 2012). Efleráž může být rozdělena podle forem pohybu, směru pohybu rukou, tlaku (jemný tlak – eflourage), hnětení (petrissage), hrubé tření (friction), anebo poklep a vibrace (Mander, 2014; Storck, 2010). Dále může být masáž rozdělena podle toho, kdo ji provádí, jako automasáž, kdy masáž provádí žena sama nebo ženě poskytuje masáž těla osoba blízká u porodu. Při samotném doteku žena cítí příjemný tlak, přenos energie, což může být někdy nazýváno jako terapeutický dotek (Grabowska, 2001; Krieger, 2004).

Nefarmakologické metody mají pomáhat ženám zvládat porodní bolest, ale i navozovat psychickou pohodu. Proto jsou v porodní asistenci využívány k adaptaci na porodní bolest používány metody jako jsou *jóga, relaxace, hypnoporod, imaginace, sugesce, vizualizace*, ale i další psychoterapeutické metody. *Jóga* patří mezi relaxační indické techniky, které pomáhají eliminovat stres, ale i případně bolest, jak somatickou, tak psychickou, díky kontrole těla a mysli (Mander, 2014; Ratislavová, 2008; Yonneau, 2007). *Jóga* je obvykle kombinována právě s dalšími technikami, právě jako je relaxace, sugesce, vizualizace, nácvik dechu, odpočinku a využití biofeedbacku. Cílem využití *jógy* a relaxace v porodní asistenci je, aby ženy měly pocit kontroly nad porodní bolestí a svým tělem, že ženy zvládají dýchání při porodu, relaxaci při kontrakci a eliminují stres a úzkost. Makedová (1991) udává pozitivní vliv *jógového* cvičení před porodem, ale právě i v průběhu porodu, za využití i polohování a dechového cvičení, což u žen vede k lepšímu prokrvení mozku, vyplavení katecholaminů, přirozených analgetik a celkově k odstranění napětí a obav. Chuntharapat et al. (2008) zjistili ve svém výzkumu, že *jóga* a relaxace má vliv i na délku trvání porodu, neboť zkracuje I. dobu porodní.

Hypnóza vychází z řeckého slova *hypnos* = spát, což nepředstavuje stav spánku, ale stav soustředěné koncentrace, při níž žena orientuje své vědomí na určitý objekt, stav, situaci, příjemný zážitek (Gentz, 2001). *Hypnóza* je časově omezená metoda s účinností cca 25 % podle individuální sugestibility ženy (Young et al., 2002). Má vést ke snížení strachu, úzkosti (Pařízek, 2008; Simkinová, 2002; Tournaire et al., 2007). Ratislavová (2008) doporučuje edukaci a přípravu na *hypnózu* již v období před porodem. V české klinické praxi jsou i speciální kurzy na tzv. *hypnoporod*. Simkinové (2002) jež tvrdí, že do sníženého stavu vědomí se může žena dostat i sama. *Hypnóza* se dá kombinovat s dalšími metodami pomáhajícími k adaptaci ženy na porodní bolest, jako jsou zmíněné *relaxace, vizualizace, tichá recitace* a dalších jiných, což jsou techniky pomáhající ženě lépe pracovat s vlastním tělem, soustředit se na dýchání, porodní proces a porodní bolest eliminovat pomocí pozitivního myšlení a ladění s tělem, myslí a plodem. *Vizualizace, meditace*, patří mezi relaxační techniky využívané nejen v psychoterapii. Tyto metody jsou využívány v klinické praxi spíše nezáměrně a nevědomě neustále (Mander, 2014; Monganová, 2010).

Méně známými technikami v našich podmínkách jsou metody *elektroanalgezie a biofeedback*. *Biofeedback* je metoda poprvé popsána autory Blanchard a Ahles v roce 1970. Cílem biofeedbacku je regulace fyziologických autonomních funkcí, fyzikálních procesů, v našem případě porodní bolesti při reakci organismu ženy na porodní situaci, stres a zátěž (Barragán et al., 2011; Yonneau et al., 2007). Yonneau (2007) provedl studii zkoumající biofeedback u rodících žen a potvrdil, že ženy měly stabilizované fyziologické funkce, avšak u porodní bolesti se změny při hodnocení VAS neprojeví. Stejných výsledků dosáhl výzkum Barragána (Barragán et al., 2011).

Elektroanalgezie, TENS (transkutánní elektrická nervová stimulace) je metoda založena na využití elektronických impulsů, za pomoci přístroje, skládajícího se ze čtyř elektrod a generátorů. Elektrické impulsy jsou aplikovány pomocí přístroje na obou stranách páteře v oblasti dolní hrudní a bederní páteře, dochází k nepřímé stimulaci periferního nervového systému. Při stimulaci TENS rodička pociťuje příjemné brnění. Simulaci si může žena ovládat sama bolusově. Nevýhodou může být opožděný analgetický účinek do 40 minut. Metoda je absolutně neškodná pro matku i dítě. Využívána je však spíše v Americe a Velké Británii. Účinnost této metody analgezie se odhaduje okolo 20 % (Mander, 2014; Pařízek et al., 2018).

Díky vývoji moderní technologie, zažívá boom v 21. století alternativní metoda *VR (Virtuální realita)* v porodní asistenci. Využití propojení počítačové a zobrazovací technologie virtuální reality, promítání příjemného simulovaného prostředí, např. přírody má podle studie Freye (2019) pozitivní vliv na prožívání porodní bolesti. Výsledky poukázaly na snížení intenzity porodní bolesti hodnocené ženami pomocí hodnotící škály VAS a NRS. Autor udává, že virtuální technologie si za pár let získá samotné místo v péči o rodící ženy s porodní bolestí (Frey et al., 2019).

K posledním využívaným metodám, patří *edukace, informovanost, ale i vliv prostředí* na psychiku a zvládnutí porodní bolesti ženou. Často tato oblast bývá podhodnocována a opomíjena. Avšak jak bylo popsáno v Kapitole 1.2.4 faktory ovlivňující vnímání a zvládnutí porodní bolesti, má velký vliv a nezastupitelné místo a efekt v péči o rodící ženu s porodní bolestí. Pod pojmem edukace si každý představí schopnost předávání vědomostí, znalostí, informací, spojené s edukačním, vzdělávacím prostředím. Edukace je využívána od nepaměti v porodní asistenci. *Edukace – Lamazova technika*, byla jako metoda popsána v Americe, v 19. století, autorem, po němž byla pojmenována (Mander, 2014).

Podstatou Lamazovy filozofie bylo, že ženy, které dostávají dostatek informací, jsou edukovány o těhotenství, porodu, mateřství již před porodem, ale i dostatečně v průběhu porodu (jak zvládat těhotenství, porod, jak dýchat při porodu, jak zvládat porodní bolest a jiné), zvládají porodní proces lépe, rychleji a bez komplikací. Metoda je využívána právě již v průběhu přípravy ženy k porodu, součástí zmíněné psychoprofylaxe. Je důležité, aby ženy v průběhu porodu byly informovány a edukovány o průběhu porodu, možnostech metod pomáhající od porodní bolesti, ale i psychické pohodě ženy (Mander, 2014).

Vliv porodního prostředí byl pospán již v Kapitole 2.4. Vliv prostředí na porodní proces zmiňuje již Florence Nightingale, ve své práci *Dates of Notes* v roce 1860 (Mander, 2014; Plevová, 2011). Následně na pozitivní vliv porodního prostředí navázal Odent, jež se zabýval normálním porodem v přirozeném prostředí. Mander (2014) udává, že porodní prostředí je vnímáno jako fyzické místo porodu a emocionální prostředí, kde se žena setkává se všemi účastníky porodu, kteří v tu chvíli vstupují do velmi intimního okamžiku v životě ženy. Dalke ve své studii popisuje, že porodní pokoj by měl vést ke snížení úzkosti u žen. Ženy by se měly cítit bezpečně, mít dostatek soukromí a intimity. Porodní místnost by měla být dostatečně prostorná, lůžko by nemělo být umístěno klasicky uprostřed, s okny, vybavením jako v domácím prostředí, barvy by měly být tlumené, světlé, růžové, purpurové, zelené (Dalke et al., 2006). V dnešní době jsou ve světě vybaveny specializované místnosti, ale i porodní sály, pokoje sloužící k relaxaci svalů a celkově těla *tzv. Snoezelen místnosti*, které podporují efektivní pohodlí, relaxaci, uvolňování endorfinů a lépe umožní zvládat porodní bolest (Schofield et al., 1998). Efektem Snoezelen místností v porodní asistenci se zabýval Manesh (2015), který ve své studii potvrdil pozitivní vliv pobytu v této místnosti, na zkrácení I. doby porodní při porodu (Manesh et al., 2015).

Správná edukace, informovanost žen, pozitivní prostředí při porodu vede k psychické pohodě ženy, což se odráží v lepší spolupráci ženy se zdravotnickým týmem a prevenci porodnických komplikací, což bylo popsáno právě v Kapitole 2.4. Z toho důvodu je v dnešní době čím dál tím více diskutován pojem v péči o rodičky *tzv. coping, copingové techniky*.

4.2 Nefarmakologický přístup v péči o rodící ženy

Coping je komplex multidimenzionálních technik, zaměřující se na kognitivní, emoční, behaviorální oblasti potřeb a péče o jedince nacházejícího se ve stresové situaci v životě, za kterou je považován i porodní proces. Copingové techniky mají pomáhat ženám se vyrovnat se stresovou reakcí.

Coping je definován jako technika pomáhající adaptovat se na danou stresovou reakci organismu jedince, rodící ženy na porodní proces (Abushaikha, 2005). Reakce organismu mohou mít buď pozitivní nebo negativní efekt, neboť lidské chování je odlišné v různých situacích na základě kognitivních procesů, zejména hodnocení, očekávání a motivaci. Při hledání vzorců a typů reakcí rodičky musí porodní asistentka a další zdravotnický personál uvážit i individuální hodnocení významu reakcí ženy a pojetí porodní bolesti.

Porozumění, zvládnání dané situace, porodu, porodní bolesti záleží i na osobním pochopení významu bolesti vycházející z anamnestické historie ženy (Raudenská, 2016; Winterowd et al., 2003). Coping neboli tzv. zvládnání, jsou psychické procesy organismu jedince, ženy, udržující psychickou rovnováhu a její adaptaci v náročných podmínkách. Podporuje u ženy, rodičky pocit lepší zdatnosti, soběstačnosti a zvládnání porodního procesu s porodní bolestí (Niven, 1996; Raudenská, 2016). Zvládnání akutní bolesti rozlišujeme jako aktivní a pasivní coping, tj. aktivní nebo pasivní způsob reakcí (Ramirez-Maestre et al., 2008). Pokud má žena možnost odstranit příčinu bolesti, nebo se podílí na jejím tišení, adaptaci na ni, objevuje se tzv. pozitivní coping. V případě, že žena zvládá pozitivně coping porodní bolesti, tzv. adaptivní coping využívá dostatečně kognitivně, behaviorálně, sociálně komunikační techniky. To vede u ženy k lepšímu zvládnání porodní bolesti. U žen se vyskytuje menší hladina stresu a úzkosti tzv. self-efficacy (Stevens et al., 2003). Naopak, když žena neadekvátně využívá copingové strategie, nebo je nedostává ze strany porodní asistentky, zdravotnického personálu, cítí více porodní bolest, více se u ní vyskytuje míra stresu a emočních potíží, tento stav se vyznačuje jako tzv. pasivní, maloadaptivní coping (Stevens et al., 2003).

Ženy mají možnost využívat při porodu řadu nefarmakologických technik ke zvládnání porodní bolesti. Všechny tyto strategie využívané samostatně nebo v kombinaci se nazývají komplexně copingové strategie, zahrnují již předporodní přípravu žen a následně využití psychosociálních, kognitivních a behaviorálních technik (Niven, 1996; Raudenská, 2016).

Zvládání copingu lze měřit sebepercepčními nástroji, dotazníky. V roce 2010 provedla profesorka Roberts, v USA výzkum hodnotící copingové strategie, kdy potvrdila pozitivní vliv této techniky na rodící ženu. Ukázalo se, že u žen za využití copingových strategií došlo ke zkrácení I. doby porodní, menšímu výskytu porodnických komplikací a v poporodním období lepšímu hodnocení v podobě pozitivní zkušenosti s porodem (Roberts, 2010). Na podkladě toho byla sepsána zpráva a vytvořen záznamový arch CALM, pomáhající porodním asistentkám při péči o rodící ženu monitorovat a využívat copingové strategie v klinické praxi. Autorka dále popsala využití copingového záznamu v praxi a péči porodní asistentky o ženy s porodní bolestí ve svém modelu – Models of pain in care in labour, jež je popsán v poslední Kapitole 5 (Roberts, 2010). Na podkladě výzkumu Roberts (2010) byla ve Velké Británii vytvořena podobná technika Labor Coping Scale (Childbirth Professionals International, 2018), která je nyní předmětem předkládané disertační práce a zkoumání pro využití v české klinické praxi v porodní asistenci.

4.3 Farmakologické metody

Farmakologické metody zahrnují použití přírodních nebo synteticky připravených léčebných přípravků, jež pomáhají tlumit porodní bolest, avšak také ji ne zcela odstraňují. Zároveň ale také pomáhají regulovat stresovou zátěž matky a dítěte (Hudáková et al., 2017).

V první zmínky o tlumení porodní bolesti sahají již do období Starověku a Středověku, kdy se při porodech využívaly bylinné odvary, které ženy pily (Mander, 2014; Tomášek, 2000). První zmínky o využití analgezie a anestezie u porodu sahají do období 19. století, kde v roce 1806 německý lékárník Friedrich Serurner začal využívat látku opia, pod názvem morfin, pojmenovanou podle Morphea, řeckého boha snů a použil ji u ženy s deformovanou pánví (Gaskin, 2008). Avšak tato metoda se příliš nevyužívala z důvodu náboženských důvodů a v souvislosti z obav škodlivých účinků farmak na ženu a plod. K rozvoji farmakologických metod došlo v polovině 19. století, a pak v období I. a II. světové války při chirurgických výkonech a následně i v období porodu (Tomášek, 2000). *V dnešní době je farmakologických metod celá řada. Dělí se na dva hlavní druhy. Prvním je systémová analgezie a druhým regionální analgezie.* Mezi nejvíce využívané farmakologické techniky v České republice patří epidurální analgezie (směs Sufenty – opiát a Marcain – anestetikum), Dolsin (opiát), Nalbuphin (analgetikum), inhalační analgezie (směs oxidu dusného a kyslíku) a často používaný Plegomazin (neuroleptikum).

Nevýhodou farmakologických metod jsou negativní účinky na matku, ale i plod, jako jsou útlum dechu matky a plodu, snížená sebekontrola matky, změny vědomí, kognitivních funkcí a jiné (Pařízek et al., 2012). Metody porodnické analgezie se liší podle svého účinku, délky analgetického působení a technické náročnosti. Důležité je, aby analgetická metoda zvolená ženou byla podána správně a ve správný čas. Pokud vše proběhne v pořádku, může analgezie přispět i ke snížení porodnických komplikací u matky i dítěte. Mělo by se postupovat podle doporučených kritérií, kdy by porodnická analgezie neměla ovlivnit zdraví matky ani dítěte, ovlivnit děložní činnost a měla by být dostatečně účinná (Pařízek, 2014).

Podávání analgezie v České republice je možné pouze na základě rozhodnutí lékaře. V České republice je v kompetenci porodní asistentky asistovat při fyziologickém těhotenství, porodu a šestinedělí. Porodní asistentka v České republice však nesmí podávání jakýkoliv lék v tomto období, ani při péči o ženu při porodu s porodní bolestí. Což je rozdíl oproti zahraničním zdravotnickým systémům, kdy ve Velké Británii nebo Americe mohou porodní asistentky samy podle svého uvážení podávat ženám léky, případně indikovat epidurální analgezi, a to včetně podání opiátů.

Porodní asistentka však hraje nezastupitelnou roli při péči o rodící ženu s porodní bolestí. Již v předporodním období by měla porodní asistentka ženě poskytnout informace týkající se porodu, porodní bolesti a samotných metod a možností zvládnutí porodní bolesti, buď v prenatální ambulanci, v předporodním kurzu, nebo v domácím prostředí. Následně pomáhá ženě utvářet si vizi o samotném porodu (Raudenská, 2016; Roberts, 2010). Při samotném porodu by měla porodní asistentka postupovat od nefarmakologických metod po farmakologické, ve spolupráci již s porodníkem a multidisciplinárním týmem, což definoval i Pařízek (2018) v doporučeném postupu České gynekologicko – porodnické společnosti ČGPG JEP, v případě že předešlé techniky nebyly efektivní. K tomu je nutné, aby porodní asistentka dobře znala možnosti nefarmakologických metod. Jednotlivé metody by měly být kombinovány. Umět správně hodnotit a diagnostikovat celkový stav, adaptaci ženy, zvládnutí porodní bolesti a její charakter. Veškeré intervence by měly být individuálně vyhodnoceny a dokumentovány v průběhu porodního procesu do ošetrovatelské dokumentace (ACOG, 2018; Pařízek et al., 2012). Porodní asistentka by měla k ženě přistupovat z holistického hlediska, spolupracovat s ženou při volbě vhodné metody. V případě, že porodní asistentka vyčerpala veškeré své možnosti, nebo dochází k ohrožení ženy a plodu, měla by informovat lékaře.

5 Management péče porodní asistentky o ženu s porodní bolestí

Při práci s porodní bolestí by měla porodní asistentka postupovat komplexně, podle vytyčených pravidel. Prevence porodní bolesti a nepohodlí během porodu je hlavní součástí moderní porodnické péče při péči o rodící ženu. Na konci 19. a začátkem 20. století cíl úlevy od bolesti při porodu a zvýšené bezpečnosti matek přiměly mnoho žen hledat služby lékařů při porodu. Postupem času přicházeli porodníci a porodní asistentky zpět s filosofií, že porod, porodní bolest je nedílnou součástí fyziologického procesu porodu a je potřebná pro samotný fyziologický, ale i psychologický a sociální dopad na ženu a plod (Leap, 2010). Bylo to dáno tím, že porodní bolest byla více centrem zkoumání. Díky tomu byly prováděny výzkumy (Escott et al., 2004; Gibson, 2014; Slade et al., 2000), které posuzovaly využití farmakologických a nefarmakologických metody pomáhající ženám se adaptovat na porodní bolest. Výsledky studií poukázaly sice na pozitivní vliv farmakologických technik. Avšak negativní stránkou farmakologických metod bylo, že tím dochází k narušení přirozeného průběhu porodu, což se odrazilo ve vyšším výskytu porodů ukončených operační cestou, výskytu porodnických komplikací a poporodních traumat. Naopak je potvrzeno, že užívání nefarmakologických metod má vliv na větší procento žen, které zvládly porod a porodní bolest přirozeně, bez zásahu, ženy více spolupracovaly s porodními asistentkami a zdravotnickým personálem a v poporodním období se u nich vyskytovalo nižší procento porodnických komplikací a traumat. Dále bylo zkoumáno hodnocení porodní bolesti, jakožto patologického stavu, jak může být porodní bolest klasifikována. Bylo zjištěno, že porodní bolest není právě patologický stav. A na samotném prožitku a adaptaci ženy na porodní bolest se podílí mnoho faktorů (osobnost ženy, zkušenost s porodem, fyzický a psycho-sociální status ženy, porodní prostředí viz kapitola 2.4).

Na podkladě výsledků těchto studií došly odborníci v porodní asistenci, porodní asistentky k názoru, že je důležité znát k pochopení porodní bolesti komplexně její management. Málek (2009) považuje za cíl managementu porodní bolesti zajištění maximální pohody a soběstačnosti jedince s možností volby. Mander (2014) charakterizuje management bolesti, jako znalost etiologie; faktorů, jež mohou ovlivnit prožívání a adaptaci na porodní bolest; možností hodnocení a klasifikace porodní bolesti; metod, které pomáhají v adaptaci a zvládnutí porodní bolesti a následně dokumentaci péče. V České republice byl vydán Doporučený postup Českou gynekologicko-porodnickou společností ČGPS JEP, jež však popisuje pouze rozdělení jednotlivých farmakologických a nefarmakologických metod.

Ale dále už nepopisuje, jak by měl přímo zdravotnický personál, porodní asistentky postupovat a klasifikovat či hodnotit porodní bolest a v posledním dokumentovat (Pařízek et al., 2018). V České republice chybí požadavky, koncepce na poskytování péče rodícím ženám s porodní bolestí, oproti zemím jako jsou USA, Velká Británie (Roberts, 2010).

K pochopení managementu porodní bolesti byl v USA v roce 2002 popsán jako první Chapmanův model Konceptuální péče o pacienty s akutní bolestí (Chapmann, 1997), který byl následně modifikován na péči o rodící ženy s porodní bolestí (Lowe, 2002). Model popisoval péči o rodící ženy s porodní bolestí, charakterizoval samotnou porodní bolest, fenomény, které ji ovlivňují (fyziologické, emoční, sociální a kulturní), reakci ženy na porodní bolest (viz Kapitola 2.3). Zdůrazňoval, že porodní bolest je vysoce individuální, subjektivní oblast bolesti (Lowe, 2002). Na to reagovalo mnoho autorů, kteří se shodli, že porodní bolest nelze přesně definovat či hodnotit (př. Caton et al., 2002; McCool et al., 2004). Z toho důvodu je porodní bolest v dnešní době aktuálně zájmem výzkumů v porodní asistenci, kde se zkoumá stále jak její etiologie, charakter, veškeré faktory jí ovlivňující a následně možnosti diagnostiky, ale hlavně možnosti péče o ženy s porodní bolestí (Lowe, 2002; Roberts, 2010).

V roce 2010 popsala americká porodní asistentka Roberts nový model pro management porodní bolesti a novou hodnotící technikou posuzující adaptaci ženy na porodní bolest – Labor Coping Scale (CALM), popsáno v Kapitole 3.3., jež zkoumala od roku 2001. Nová hodnotící technika se zaměřuje na všechny fyzikální, psychosociální a emoční aspekty, které do porodního procesu zasahují a podílí se na zvládnání porodní bolesti a následně nabízí možnosti copingových nefarmakologických metod pomáhající ženám od porodní bolesti. CALM jako technika byla zkoumaná následně v klinické praxi společně za využití VAS, NRS. Roberts (2010), potvrdila vyšší efektivitu využití copingové techniky oproti předešlým užívaným technikám. Využití techniky CALM popsala dále Roberts v modelu managementu péče o rodící ženu s porodní bolestí. Na podkladě studie Roberts (2010) byl její výstup vydán ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists (Americká Vysoká škola Porodníků a gynekologů jako Doporučený postup managementu péči o rodící ženu s porodní bolestí (ACOG, 2018). Roberts zastává teorii, že fyziologické porody by měly být vedeny porodní asistentkou, neboť následně dochází ke snižování porodnických komplikací, zkrácení I. doby porodní a využití farmakologických metod pomáhající ženám od porodní bolesti a negativní zkušenosti s porodem (ACOG, 2018; Roberts, 2010).

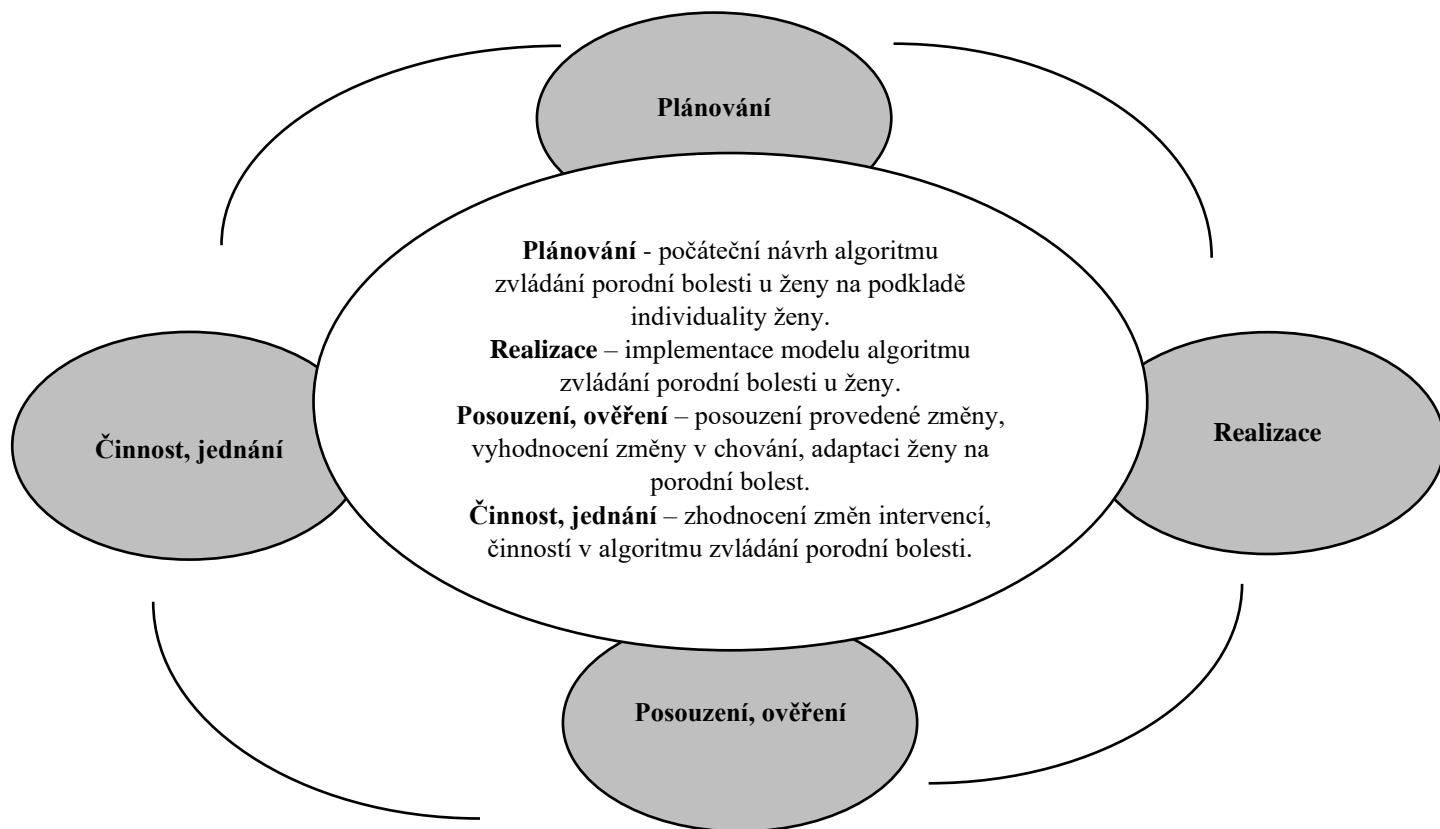
Již v předchozích kapitolách byly popsány studie, které zkoumaly porody vedené porodními asistentkami, oproti porodům vedenými lékaři a byl potvrzen vyšší efekt fyziologických porodů vedených porodními asistentkami (Escott et al., 2004; Gibson, 2014; Karlsdottir et al., 2014; Rachmawati et al., 2012; Slade et al., 2000; Whitburn et al., 2014). V Anglii byla na podkladě výzkumů Roberts (2010) vytvořena podobná technika Labor Coping Scale (Childbirth Professionals International, 2018), která je nyní předmětem naší disertační práce a zkoumání pro využití v české klinické praxi v porodní asistenci a pro zlepšení lepšího přístupu k rodícím ženám v české porodní asistenci.

Model managementu péče porodní asistentky o ženu s porodní bolestí (Roberts, 2010)

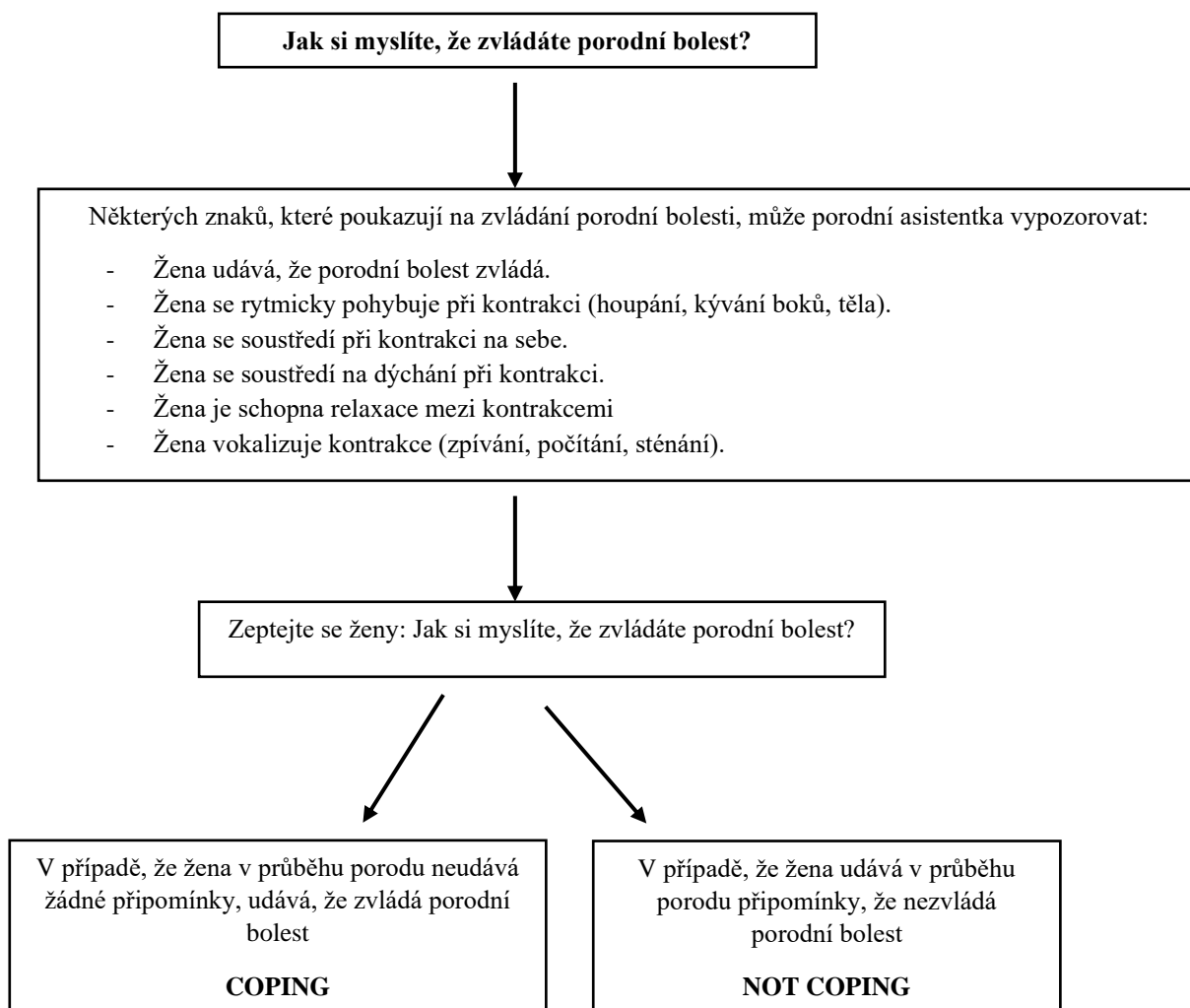
Roberts (2010) ve svém modelu popisuje nový alternativní nástroj pro hodnocení porodní bolesti CALM, dále možnosti posuzování, plánování intervencí pomáhající ženám zvládat a adaptovat se na porodní bolest pro porodní asistentky. Roberts (2010) použila formát FOCUS a Demingův Plán, Do, Check a Act k vytvoření formalizovaného hodnotícího nástroje pro rodící ženy, algoritmus zvládnání porodní bolesti a porodu viz Obrázek 6. Roberts (2010) vychází z Demingova modelu péče o pacienty s bolestí. Roberts popisuje, že porodní asistentka v péči o rodící ženy s porodní bolestí by měla vycházet z historie, anamnestických údajů, informací o ženě již z předporodního období, kde zjišťuje komplexně její fyzický, psychosociální a emoční stav, hodnotí její schopnosti, reakce na stresovou situaci, jakou samotný porod je, reakce na bolest, zkušenosti s porodem, porodní bolestí, zdravotnickým zařízením. Na podkladě toho porodní asistentka predikuje situaci a model reakce ženy na porodní bolest a možnosti, intervence, které ženě mohou pomoci zvládnout danou situaci. Porodní asistentka by ženu s tímto modelem péče, intervencemi měla seznámit ve spolupráci již v předporodním období. Při samotném příjmu k porodu by tedy měla porodní asistentka opět z hodnotit celkově stav ženy, jak žena zvládá porodní bolest pomocí adekvátní techniky, podle Roberts (2010) nový hodnotící nástroj zaměřující se na adaptaci žen – The Labor Coping Scale (1 – 10; 1 – 3 žena se necítí adaptovaná na porodní bolest; 4 – 6 žena si není jista, zda se cítí adaptovaná; 7 – 10 žena se cítí být adaptovaná na bolest). V průběhu celého procesu porodu by si porodní asistentka měla všimnout negativních a pozitivních fenoménů (využitím verbální a neverbální komunikace), které vstupují do porodního procesu a jež jsou pro ženu typické.

Podle reakce ženy na porod a porodní bolest zvolit adekvátní intervenci pomocí metody FOCUS, která bude ženě vyhovovat, uspořádat ošetrovatelský tým, jež bude o ženu při celém porodu pečovat. *Metoda FOCUS: F – Find and improvement: Volba správné techniky hodnocení porodní bolesti u rodící ženy; O – organize a team: Uspořádání ošetrovatelského týmu a vyhledání vhodných možností na změnu, pomocí lépe rodící ženě zvládat porodní bolest; C – clarity the current knowledge: Objasnění znalostí v oblasti hodnocení porodní bolesti a intervencích, péči o ženu s porodní bolestí; U – understand causes of process variation: Pochopení příčiny procesu, etiologie porodní bolesti a faktorů, které mohou ovlivňovat porodní bolest a podílí se na adaptaci žen na porodní bolest; S – select the process improvement: Volba vhodných alternativních možností, intervencí, které mohou ženě pomoci od porodní bolesti.*

Roberts (2010) využívá algoritmus poskytované péče metodou ošetrovatelského procesu: v prvním kroku porodní asistentka posuzuje jednotlivé informace od ženy, anamnestické údaje, posoudí pomocí CALM adaptaci ženy na porodní bolest; následně plánuje jednotlivé intervence, metody, možnosti pomoci ženě zvládat, adaptovat se na porodní bolest; v dalším kroku poskytuje samotnou intervenci, metodu a v posledním zhodnotí efekt samotné intervence. Porodní asistentka by měla umět reagovat na aktuální stav ženy a plodu, danou situaci při průběhu porodu a po celou (ACOG, 2018; Roberts, 2010).



Obrázek 6 Edward Demingův model "Plan, Do, Check, Act" (Zdroj: Deming, 1990 podle Roberts, 2010)



Obrázek 7 Zvládání porodní bolesti pomocí copingových strategií CALM
(Zdroj: Vlastní, 2020, podle Roberts, 2010)

K hodnocení adaptace a zvládání porodu a porodní bolesti vytvořila Roberts (2010) záznamový arch pomáhající porodním asistentkám při péči o rodící ženu monitorovat a využívat copingové strategie v klinické praxi. Obrázek 7 popisuje jednotlivé kroky, jak by se porodní asistentka měla ptát (jaké otázky), aby adekvátně posoudila adaptaci ženy na porodní bolesti a využít hodnotící nástroj Labor Coping Scale (Roberts, 2010). ACOG (2018) na podkladě modelu Roberts vytvořila pro praxi hodnotící protokol za využití hodnotící techniky Labor Coping Scale pro porodní asistentky v praxi (originální verze viz Příloha 6). Model Managementu péče o rodící ženu s porodní bolestí (Roberts, 2010) a následně hodnotící protokol (ACOG, 2018), může být podkladem pro péči porodních asistentek i v České republice. A na závěr, na co stále nesmíme zapomínat a mít na mysli, že porodní bolest nesouvisí s patologickým stavem organismu, avšak je spojena s nejkrásnější životní zkušeností v životě ženy v souvislosti se vznikem nového života (Roberts, 2010).

6 Shrnutí teoretických východisek práce

Teoretická část práce shrnuje problematiku porodní bolesti a péče porodní asistentky o ženu s porodní bolestí. V úvodu popisuje autorka přístup k porodní bolesti v průběhu vývoje lidstva, následuje etiologie porodní bolesti, faktory, které se podílí na prožívání, vnímání a adaptaci na porodní bolesti ženy. V práci jsou vyjádřeny hlavní možnosti diagnostiky, hodnocení porodní bolesti, metody pomáhající ženě zvládat a adaptovat se na porodní bolest. V závěru je charakterizován koncept filozofie a management péče o ženu s porodní bolestí podle modelu Roberts (2010) – Model péče o ženu s porodní bolestí.

Práce vychází z charakteristik a výsledků aktuálních a významných vědeckých publikací z klinické praxe (Evidence Based Midwifery), jež pracují s poznatky v problematice porodní bolesti. Celá práce tak popisuje především péči porodní asistentky o ženu s porodní bolestí za podpory normálního porodu.

Na podkladě dostupných zdrojů není doposud v české klinické praxi v porodní asistenci využíván žádný adekvátní hodnotící nástroj hodnotící porodní bolest, zvládání porodní bolesti a adaptaci ženy na porodní bolest komplexně. V odborných zdrojích taktéž nebyly dohledány zmínky o českých výzkumech zabývajících se hodnocením porodní bolesti z našeho pohledu. Hodnocení porodní bolesti a poskytování péče za využití metod, které pomáhají ženám zvládat a adaptovat se na porodní bolest patří do kompetencí porodní asistentky. Samotné zvládání a pozitivní adaptace žen na porodní bolest se odráží na samotném výsledku porodu, na zkušenosti žen s porodní bolestí a poporodním obdobím, což bylo již popsáno v samotné teoretické části práce.

Pro naši práci byl vyhledán hodnotící nástroj Labor Coping Scale, jež je užíván v klinické praxi v USA a Velké Británii (popsáno v Kapitole 3.2 a 5). Na základě poznatků v teoretické části práce se dále ve výzkumné části zabýváme právě metodikou překlada a tvorbou nového hodnotícího nástroje Labor Coping Scale pro českou klinickou praxi.

VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE

II METODIKA VÝZKUMU

Kapitola představuje komplexní design a předmět výzkumu, cíle výzkumu, včetně dílčích cílů charakterizujících výzkum jako celek, výzkumné otázky, hypotézy, tvorbu české verze nového hodnotícího nástroje pro porodní bolest, charakteristiku výzkumného souboru a popis jednotlivých fází výzkumu.

7 Výzkumné cíle a otázky

Pro výzkumnou část disertační práce byly stanoveny následující cíle:

- 1. cíl:** Zhodnotit přístup porodních asistentek k hodnocení, dokumentaci porodní bolesti a poskytování péče rodícím ženám.
- 2. cíl:** Vytvořit českou verzi hodnotícího nástroje Labor Coping Scale pro českou klinickou praxi k péči porodní asistentky o ženu s porodní bolestí za využití copingových strategií.
- 3. cíl:** Zjistit uživatelskou přívětivost české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale v české klinické praxi v porodní asistenci.

Výzkumné cíle byly podkladem pro stanovení tří výzkumných otázek disertační práce vztahujících se k prvnímu cíli práce:

- 1. otázka:** Jak hodnotí porodní asistentky porodní bolest v české klinické praxi?
- 2. otázka:** Jak hodnotí porodní asistentky adaptaci rodících žen na porodní bolest?
- 3. otázka:** Jak ženám s porodní bolestí pomáhají porodní asistentky v české klinické praxi, jaké metody nejčastěji využívají?
- 4. otázka:** Je v české klinické praxi vhodný hodnotící nástroj pro porodní bolest?

K prvnímu cíli byly stanoveny výzkumné hypotézy:

H₁: Porodní asistentky, jež mají delší dobu praxe v oboru, využívají více hodnotící techniky při péči o rodící ženu (VAS, NRS), oproti porodním asistentkám s kratší dobou praxe.

H₂: Porodní asistentky, jež mají vysokoškolské vzdělání (VŠ) v oboru využívají více hodnotících technik při péči o rodící ženu (VAS, NRS), oproti porodním asistentkám se středoškolským vzděláním (SŠ) nebo vzděláním jako diplomovaná porodní asistentka (VOŠ).

H₃: Porodní asistentky, jež jsou starší a mají delší dobu praxe v oboru využívají více kombinací intervencí pomáhajících ženám od porodní bolesti, oproti mladším porodním asistentkám s kratší dobou praxe.

H₄: Porodní asistentky, jež mají vysokoškolské vzdělání v oboru využívají více kombinací intervencí pomáhajících ženám od porodní bolesti, oproti porodním asistentkám se středoškolským vzděláním nebo vzděláním jako diplomovaná porodní asistentka.

8 Operacionalizace pojmů

Pro samotný výzkum byly vytyčeny hlavní metaparadigmatické pojmy:

Bolest je klasifikována v jednotlivých publikacích odlišně, přesto je pro bolest používána všeobecně uznávaná definice podle International Association for the Study of Pain (IASP), která charakterizuje bolest jako nepříjemný sensorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či potencionálním poškozením tkání a je vždy subjektivní (IASP, 2019).

Porodní bolest je specifický porodnický fenomén, který představuje zvláštní kategorii akutní bolesti. Porodní bolest je fyziologický proces, jež není známkou nebezpečí, orgánového poškození. Porodní bolest je časově omezena, začíná nástupem pravidelných kontrakcí a končí narozením dítěte. Porodní bolest je ovlivněna mnoha faktory (Pařízek, 2018). Porodní bolest slouží k navázání pevného kontaktu mezi matkou a dítětem (Jessamyn et al., 2008).

Diagnostika, hodnocení porodní bolesti Málek udává (2009), že porodní bolest lze hodnotit pomocí standardizovaných nástrojů pro hodnocení intenzity bolesti, jako jsou Melzackova škála (Present Pain Intesity), McGillský dotazník bolesti (McGill Pain Questionary), vizuální analogová stupnice (Visual Analogue Scale), verbální škála bolesti (Verbal Rating Scale) a numerická škála bolesti (Numeric Rating Scale), obličejová škála (Faces Rating Scale) a jiné. Samotné hodnocení a zkušenost s porodní bolestí je velmi objektivní, variabilní a individuální (Mander, 2014; Dušová, 2019). Z toho důvodu je důležité hodnotit subjektivní zvládnání porodní bolesti a adaptaci žen na porodní proces (Childbirth Professionals international, 2018).

Metody, intervence mají pomáhat regulovat stresovou zátěž matky a dítěte. Jsou rozdělovány na farmakologické a nefarmakologické (Mander, 2014; Ratislavová, 2008).

Coping je pojem, obecně psychické procesy, které udržují psychickou rovnováhu a adaptaci v náročných podmínkách, tedy i při zvládnání porodní bolesti. Coping se zaměřuje na aktivní a adaptivní coping s využitím kognitivních, behaviorálních a sociálně komunikačních technik, které podporují u jedince pocit lepší zdatnosti, soběstačnosti a zvládat náročné situace (Raudenská, 2016; Roberts, 2010).

Jednotlivé pojmy byly popsány v teoretických východiscích práce, čímž byla komplexně popsána problematika porodní bolesti od etiologie po management péče o rodící ženu s porodní bolestí.

9 Výzkumný design a metodika

Předmětem výzkumu je tvorba nového hodnotícího nástroje Labor Coping Scale pro českou klinickou praxi, hodnotícího zvládnutí, adaptaci žen na porodní bolest a využití copingových strategií pomáhající ženám v adaptaci na porodní bolest. Metodika práce vychází z předem stanovených cílů práce. Ke splnění stanovených cílů byly v empirické části práce ke sběru a k analýze dat zvoleny kombinace kvantitativních metod (Bártlová et al., 2005).

Hlavní kvantitativní metodou výzkumu je opakovaný zpětný překlad – forward-backward translation (Koller, 2004; WHO 2018; Wild et al., 2005) a tvorba české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale a jeho ověření v klinické praxi. Pro doplnění, případná vyjasnění zjištěné reality v dané problematice byly použity další kvantitativní a kvalitativní metody (dotazníkové šetření, focus group). Výzkumné šetření bylo zahájeno v roce 2016, vlastní sběr dat probíhal od září 2018 do září 2021. Analýza výsledků probíhala pro vlastní charakter použitých metod v několika sekvencích v průběhu výzkumného šetření. Přehled jednotlivých fází výzkumu a výzkumný desing popisuje Tabulka 2.

Práce byla rozdělena do 4 fází výzkumu, které na sebe navazují:

I. fáze - analýza literárních zdrojů: tvorba literární rešerše, která byla podkladem pro teoretická východiska práce a operacionalizaci předmětu práce.

II. fáze – dotazníkové šetření: nestandardizované dotazníkové šetření, hodnocení přístupu porodních asistentek k porodní bolesti u rodičích žen v české klinické praxi.

III. fáze – fáze překladu: Výběr hodnotícího nástroje Labor Coping Scale, zpětný překlad, tvorba pilotní české jazykové verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale.

IV. fáze – tvorba české verze: ověření využití a uživatelské přívětivosti záznamového archu Labor Coping Scale pro českou klinickou praxi, tvorba finální verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale pro českou klinickou praxi.

Tabulka 2 Přehled výzkumného designu (Zdroj: Vlastní, 2019)

DESIGN VÝZKUMU			
I. fáze	II. fáze	III. fáze	IV. fáze
Studium aktuální, české a zahraniční literatury, odborných periodik <hr/> Analýza zdrojů <hr/> Zpracování teoretických východisek práce	Kvantitativní dotazníkový průzkum, hodnocení a přístupu porodních asistentek k hodnocení, dokumentaci porodní bolesti v české klinické praxi <hr/> Polostrukturovaný nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce	Příprava hodnotícího nástroje Labor Coping Scale v anglickém jazyce (původní verze) <hr/> Souhlas s překladem z aj do čj <hr/> Opakovaný zpětný překlad Posouzení indexu obsahové validity	Hodnocení využití české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale v české klinické praxi (uživatelská přívětivost – User Friendly) <hr/> Focus group Vytvoření finální české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale
Výstup	Výstup	Výstup	Výstup
Literární review Cíle, metodika (hodnotící nástroj Labor Coping Scale)	Výsledky o přístupu porodních asistentek k porodní bolesti v ČR	Pilotní česká verze hodnotícího nástroje Labor Scale	Výsledky focus group Finální česká verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale

9.1 I. fáze výzkumného šetření - Analýza literárních zdrojů

V I. fázi práce na podkladě analýzy a studie literatury bylo cílem zhodnotit a porovnat literární zdroje zabývající se problematikou porodní bolesti u rodičích žen a vliv porodní asistentky a její pomoc při zvládnání porodní bolesti a využití copingových strategií. Byla provedena teoreticko-kritická analýza dat, studium literatury a zdrojů. Získávání literárních zdrojů probíhalo za pomoci vyhledávacích databází za pomoci klíčových slov akutní bolest; copingové strategie, nefarmakologické metody, porodní bolest. K analýze dat byly vyhledávány kvalitativní a kvantitativní studie a periodika zabývající se problematikou porodní bolesti, copingovými strategiemi. Do literárního přehledu bylo vyhledáno 32 studií, avšak porovnáno pouze 10 studií z Velké Británie, Irska, Ameriky.

Pro literární přehled byla stanovena výběrová kritéria: anglický jazyk, plný text článku, recenzované články nebo odborné studie. Časové rozpětí pro vyhledávání článků bylo stanoveno na roky 1970 až 2018. U publikací, které obsahovaly uvedená klíčová slova, byla provedena obsahová analýza. Byly vyřazeny články nesplňující uvedená kritéria, vyloučeny byly dále abstrakta, články nerecenzovaných časopisů a dokumenty (systematické přehledy, recenze knih, články), které se nezabývaly objasněním pojmu. K analýze literatury byly využity booleovské operátory „OR” a „AND” a dále ohraničení klíčových slov uvozovkami „labour pain in coping strategy“, které zajistí vyhledávání tohoto konkrétního slovního spojení. Posléze se provedlo postupné vyřazování studií podle doporučení PRISMA (Moher et al., 2009). Na podkladě získaných výsledků byla vytvořena literární studie (Šalanská, Moravcová, 2018), zabývající se porodní bolestí, jejím hodnocením a využitím nefarmakologických metod. Zjištěné údaje byly zapracovány do přehledu (viz Teoretická východiska práce, Obrázek 1, Příloha 5).

Analýza dat byla použita jako přístup pro syntézu dat v empirické části disertační práce a přípravu metodologie a designu práce. Na podkladě analýzy dat a studia literatury k teoretickým východiskům práce byla zvolena metodika, kvantitativní výzkumné šetření, následně byly vytyčeny hlavní problém, cíle práce. Analýza literárních zdrojů poukazovala na přístup porodních asistentek k porodní bolesti v zahraničí. V České republice chybí podobné studie, proto jsme následně chtěli posoudit přístup porodních asistentek ke sledování a hodnocení porodní bolesti v české klinické praxi. Z toho důvodu bylo v následující fázi studie realizováno dotazníkové šetření zaměřeno na tuto problematiku.

9.2 II. fáze výzkumného šetření - Dotazníkové šetření

V této kapitole byl posuzován přístup porodních asistentek ke sledování a hodnocení porodní bolesti v české klinické praxi v oblasti péče rodících žen s porodní bolestí. Což bylo i cílem této fáze. Ke zjištění dat byl použit hodnotící nástroj – nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Součástí fáze byla tvorba a výběr reprezentativního souboru respondentů.

9.2.1 Metodika, výzkumný nástroj – Nestandardizovaný dotazník

Pro posouzení přístupu porodních asistentek ke sledování a hodnocení porodní bolesti, jaké využívají hodnotící techniky, copingové strategie pomáhající rodícím ženám od porodní bolesti v klinické praxi, byl vytvořen výzkumný nestandardizovaný dotazníkový nástroj pro sběr dat (viz Příloha 3).

Nástroj byl zvolen pro svoji jednoduchou a rychlou interpretaci dat. Koncepce nástroje byla sestavena na podkladě zkušeností autora práce, společně s konzultantkou práce a porodními asistentkami v klinické praxi na základě diskusí. Nástroj se skládá z 19 otázek. Dotazník se skládá z úvodní části, oslovení, vysvětlení účelu dotazníku, instrukcí k vyplnění a následující hlavní části dotazníku. Otázky v dotazníku jsou v počátku demografické, zaměřené na věk, vzdělání porodních asistentek. Následně jsou otázky strukturovány otevřeně i uzavřeně, tzv. polytomické, směřované na znalosti a přístup porodních asistentek v oblasti péče o rodící ženy s porodní bolestí, jak hodnotí porodní bolest, jaké využívají strategie v péči o ženy v české klinické praxi. V některém případě otázek mohou respondentky zaznamenávat více odpovědí tzv. multiple response questions.

Dotazník prošel před samotnou distribucí pilotní předvýzkumnou částí v období červenec – srpen 2019 v porodnici ve zdravotnickém zařízení v Severočeském kraji. Porodní asistentky praktikující na porodním sále zde byly osloveny k posouzení srozumitelnosti otázek a pomohly tak k úpravě některých otázek a jejich vhodné formulaci. Na podkladě pilotního průzkumu byl realizován vlastní průzkum v období září 2019 až duben 2020 ve zdravotnických zařízeních, porodnicích v ČR, které souhlasily se samotným průzkumem.

K dotazníkovému průzkumu bylo osloveno 92 porodnic z celé České republiky (ÚZIS, 2019). Ze všech oslovených porodnic souhlasilo se zapojením do průzkumu 46 porodnic. Management porodnic, který souhlasil se zapojením do výzkumu poskytl k průzkumu počty porodních asistentek pracujících na porodních sálech, abychom mohli zhodnotit návratnost dotazníkového průzkumu. Následně vedení nemocnic předalo nástroj přes elektronický odkaz porodním asistentkám pracujícím na porodním sále.

Celkově se do dotazníkového šetření zapojilo $n = 419$ respondentek. Vyplněním dotazníku respondentky souhlasily s účastí na průzkumném šetření, byly písemně informovány o pravidlech a možnosti odstoupení z šetření. Dotazník byl distribuován porodním asistentkám elektronickou formou v databázi survio.cz. Časová náročnost na vyplnění dotazníku byla 10 – 15 minut.

9.2.2 Výzkumný soubor

Ke zhodnocení přístupu porodních asistentek k hodnocení a sledování porodní bolesti byly osloveny porodní asistentky z klinické praxe z ČR. Výběr respondentek byl záměrný na základě dobrovolnosti podle kvótního výběru (Plevová, 2011). Porodní asistentky, jež byly osloveny k zapojení do dotazníkového průzkumu musely splňovat předem zvolená kritéria:

- Porodní asistentky, které jsou způsobilé k výkonu povolání Porodní asistentky, podle zákona č. 96/ 2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění a vyhlášky č. 55/ 2011 Sb., v platném znění, § 6 způsobilost povolání porodní asistentky bez odborného dohledu;
- Porodní asistentky pracující na porodních sálech vybraných zdravotnických pracovišť;
- Porodní asistentky s praxí na porodních sálech;
- Porodní asistentky, které souhlasily s anonymním průzkumným dotazníkovým šetřením.

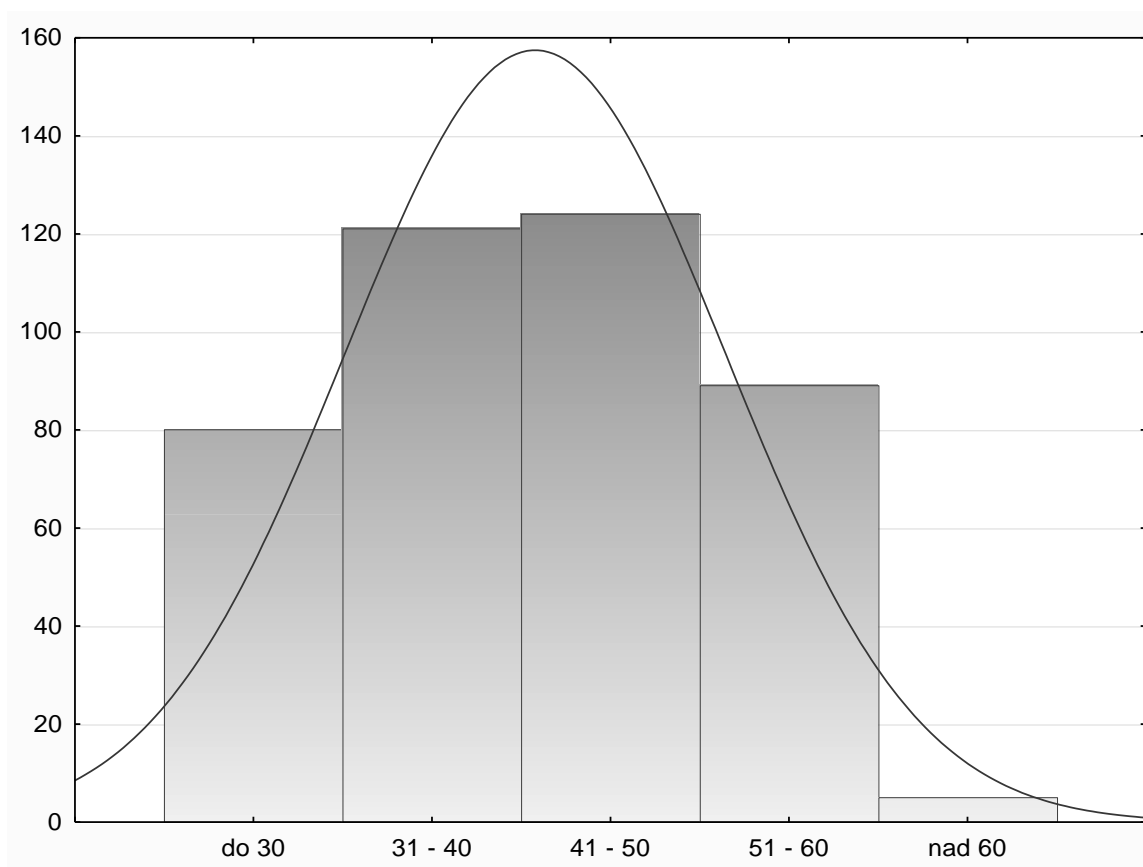
Jak již bylo zmíněno, dotazníkového průzkumu se zúčastnilo celkem $n = 419$ porodních asistentek ze 46 porodnic z České republiky. Z hlediska věkového rozložení se soubor respondentek, jež se zapojily do dotazníkového šetření, skládal z porodních asistentek v 5 věkových kategoriích (viz Tabulka 3, Obrázek 8). Ve věkové kategorii 20 – 30 let bylo $n = 80$ respondentek (19 %). Ve věkové kategorii 31 - 40 let se vyskytovalo $n = 121$ (29 %) respondentek. Věková kategorie 41 – 50 let byla nejvíce zastoupena, 30 % porodních asistentek tj., $n = 124$. Ve věkové kategorii $n = 89$ byly porodní asistentky ve věku 51 – 60 let (21 %). Pouze $n = 5$ porodních asistentek bylo starších věku 60 let, jež se zapojily do dotazníkového průzkumu. Střední věk respondentek byl z celkového počtu byl 41 let. Nejmladší respondentce bylo 22 let, naopak nejstarší porodní asistentka byla žena ve věku 67 let. Průměrný věk respondentek byl 41 let.

Následně byly respondentky rozděleny do 3 skupin, podle délky praxe (do 5 let; 5 – 10 let; déle než 10 let) viz Tabulka 3. Nejčastěji byly respondentky ze skupiny porodních asistentek, jež měly praxi na porodních sálech delší než 10 let ($n = 251$ respondentek, 60 %). Druhou největší skupinou byly respondentky s délkou praxe do 5 let ($n = 91$, 22 %). Třetí skupinou byly porodní asistentky s délkou praxe 5 – 10 let ($n = 77$, 18 %).

Tabulka 3 Věk a délka praxe respondentek (Zdroj: Vlastní, 2020)

Kategorie	Délka praxe			Σn_i	f_i (%)
	Do 5 let	5 – 10 let	Více než 10 let		
1 (20 – 30)	30	13	37	80	19
2 (31 – 40)	24	29	68	121	29
3 (41 – 50)	22	19	83	124	30
4 (51 – 60)	15	16	58	89	21
5 (61 – 70)	0	0	5	5	1
Σn_i	77	251	91	419	
f_i (%)	18	60	22	100	
Medián = 41	Průměr = 41,112	SD = 9,942	Min = 22	Max = 67	

* n_i (f_i %) – soubor respondentek v II. fázi výzkumu



Obrazek 8 Histogram rozložení počtu věkových kategorií včetně Gaussovského rozložení (Zdroj: Vlastní, 2020)

Posledním kritériem bylo vzdělání porodních asistentek (Tabulka 4). Nejvíce respondentek (n = 163) bylo vzdělání vysokoškolského s titulem bakalář (39 %), jak je tomu v dnešní době podle požadavků na vzdělávání v oboru Porodní asistence podle Evropské Unie a Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM, 2019).

Do druhé největší skupiny patří porodní asistentky se vzděláním středoškolským a s kvalifikací ženská sestra nebo porodní asistentka (n = 144, 34 %), další skupinou jsou respondentky s vyšším odborným vzděláním v oboru Porodní asistentka (n = 80, 19 %). Jen 8 % (n = 32) respondentek měly magisterské postgraduální vzdělání v oboru Ošetrovatelství, Porodní asistence a v souvisejících oborech.

Tabulka 4 Vzdělání respondentek v oboru PA (Zdroj: Vlastní, 2020)

Vzdělání v oboru PA	n _i	f _i (%)
SŠ s maturitou - ženská sestra/porodní asistentka	144	34
VOŠ diplomovaná porodní asistentka	80	19
VŠ bakalářské vzdělání - studijní obor Porodní asistentka	163	39
VŠ magisterské vzdělání v oboru	32	8
Σ	419	100

Jak již bylo zmíněno, do výzkumného šetření se zapojilo z 92 oslovených porodnic v České republice (ÚZIS, 2019) 46 porodnic.

Tabulka 5 znázorňuje jednotlivé porodnice a počty porodních asistentek, které se zapojily do dotazníkového průzkumu. Z výsledků můžeme vidět, že z celkového počtu 419 porodních asistentek praktikují v nemocnicích všech krajů ČR.

Tabulka 5 Porodnice a počty PA (Zdroj: Vlastní, 2020)

Kraj	Počet porodnic, které se zúčastnily šetření	Typ porodnice	n_i	Počet porodních asistentek n_i	f_i (%)
Středočeský	11	Fakultní	1	98	23
		Krajská	10		
Jihočeský	5	Fakultní	0	41	10
		Krajská	5		
Jihomoravský	5	Fakultní	0	55	13
		Krajská	5		
Východočeský	6	Fakultní	0	76	18
		Krajská	6		
Západočeský	2	Fakultní	0	13	3
		Krajská	2		
Severomoravský	9	Fakultní	2	82	20
		Krajská	7		
Severočeský	8	Fakultní	0	54	13
		Krajská	8		
Σ	46			419	100

9.2.3 Analýza a vyhodnocení výsledků

Analýza získaných dat z dotazníkového průzkumu byla provedena metodami deskriptivní statistiky. Data byla zpracována v programu Windows, Microsoft Excel a Statistica, verze 11. Výsledky byly interpretovány pomocí výsečových a sloupcových grafů. Otevřené odpovědi byly vyhodnoceny v programu Atlas.ti pomocí otevřeného kódování. Interpretace výsledků je uvedena v Kapitole 10. Pro statistické vyhodnocení stanovených hypotéz byl použit neparametrický Chí-test dobré shody.

Cílem prvních dvou fází výzkumu bylo zhodnocení péče porodních asistentek o ženy s porodní bolestí, jak hodnotí porodní bolest, jaké hodnotící techniky jsou pro ně efektivní, jaké využívají následně intervence pomáhající ženám s porodní bolestí.

9.3 III. fáze výzkumného šetření – fáze překladu

Výsledky z dotazníkového průzkumu v II. fázi výzkumu, jež vypovídají o přístupu oslovených porodních asistentek, jak hodnotí porodní bolest a poskytují péči ženám s porodní bolestí, přispěly k vyhledání nového adekvátního hodnotícího nástroje pro porodní bolest. Současně při analýze literárních zdrojů v I. fázi výzkumu byl nalezen právě hodnotící nástroj pro porodní bolest Labor Coping Scale (Childbirth Professionals international, 2018), jež se stal předmětem výzkumu.

Cílem III. fáze výzkumu byla tvorba pilotní české verze nového hodnotícího nástroje Labor Coping Scale (Childbirth Professionals international, 2018). Součástí překladu bylo posouzení indexu obsahové validity pilotní verze hodnotícího nástroje. Metodika popisuje proces tvorby právě české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale a posouzení obsahové validity nástroje.

9.3.1 Metodika

Hodnotící nástroj Labor Coping Scale (Childbirth Professionals international, 2018) byl překládán pomocí zvolené metodiky opakovaného zpětného překladu (forward-backward-translation) a proběhla jeho linguistická validizace pro využití porodními asistentkami v české klinické praxi (Koller, 2004; WHO, 2019; Wild et al., 2005).

Většina hodnotících nástrojů v porodní asistenci je publikována v anglickém jazyce. Což je náročné pro porodní asistentky a zdravotnické pracovníky, jež pracují v dané problematice s klienty a pro svoji praxi musí případně přeložit vhodně zvolený nástroj před uvedením do praxe. Samotný překlad hodnotících nástrojů není zcela jednoduchý z důvodu lingvistických a případných kulturních odchylek. Pro přesnost překladu hodnotících nástrojů musí být zvolena vhodná metodika. V našem případě pro přesnost překladu byly využity pokyny Mezinárodní Společnosti pro farmakoekonomii (ISPOR, 2019), k lingvistickému ověření nástroje postupy Mezinárodní Linguistické organizace (Koller, 2004; Wild et al., 2005; WHO, 2019). Tyto pokyny jsou používány v mnoha zemích u překladů různých hodnotících technik jako např. v Německu (Brammen et al., 2018), Jižní Africe (Goggin et al., 2010); v České republice (Mandysová et al., 2018). Světová zdravotnická organizace (WHO) zdůrazňuje, aby přeložená verze hodnotícího nástroje do místního jazyka byla co nejvíce kulturně ekvivalentní s původní jazykovou verzí nástroje, tzn. každý hodnotící nástroj by měl být zaměřen na oblast nebo teorii, pro kterou je konstruován (WHO, 2019).

Při procesu překladu se doporučuje ověření pilotní, předběžné přeložené verze nástroje u cílové skupiny – uživatelů nástroje a získání zpětné vazby, což je v souladu s požadavky ISPOR (ISPOR, 2019; Wild et al., 2005). K posouzení uživatelské přívětivosti a využitelnosti přeloženého nástroje mohou být využity různé kvalitativní a kvantitativní výzkumné metody (Wild et al., 2009). U kvalitativního přístupu mohou být zvoleny metody jako jsou pozorování, diskuse, kognitivní rozhovory, dotazníková šetření, kde jsou získávány názory, pohledy k přístupu užití hodnotícího nástroje. Kvantitativní metody mohou zahrnovat různé hodnotící stupnice, index platnosti obsahu položky (I-CVI), kappa index modifikované statistiky, což je náš případ pro přesnější posouzení překladu hodnotícího nástroje. Platnost obsahu indexováním se využívá ke kvantifikaci relevantnosti potenciálních položek pro vývoj nástroje (Polit et al., 2014 in Mandysová et al., 2019) a zhodnocení mezikulturního významu a přesnosti překladu nástrojů (Squires et al., 2013; Hsiung et al., 2016; Liu et al., 2011 in Mandysová et al., 2019). Posouzené výsledky z těchto přístupů umožní na podkladě zpětné vazby uživatelů vyřešit nesrovnalosti mezi jednotlivými průběžnými překlady (Brammen et al., 2018; Goggin et al., 2010; Wild et al., 2009). V České republice je metoda zpětného překladu běžná, nicméně je podporována pouze omezeným počtem metod, převážně kvalitativní přístupy (diskuse, interview; dotazník), což může vyvolávat rozpory mezi jednotlivými verzemi překladů.

9.3.2 Labor Coping Scale

Labor Coping Scale (Childbirth Professionals International, 2018), je hodnotící technika a adekvátní individualizovaná podpora pro porodní asistentky pomoci ženám se lépe s porodní bolestí vypořádat a využívat nefarmakologických copingových strategií pomáhajících ženám zvládat porodní bolest v průběhu porodního procesu. Hodnotící nástroj byl popsán již v Kapitole 3, 3.2 a jeho užití v Kapitole 5. Hodnotící nástroj Labor Coping Scale byl vytvořen v roce 2017 (Roberts, 2010). Využíván je od roku 2018 ve Velké Británii (Childbirth Professionals International, 2018)³ porodními asistentkami v ústavní a komunitní péči (ACOG, 2018; Roberts, 2010). Dostupný je pouze v anglickém jazyce. Nástroj slouží k podpoře adekvátně se vypořádat s porodní bolestí a využívat nefarmakologické copingové strategie, pomáhající ženám zvládat porodní bolest v průběhu porodního procesu.

Nástroj Labor Coping Scale (viz Příloha 2 – Originální verze) je sestaven na základě pěti oblastí, které je nutné u ženy sledovat a řešit při péči o rodičku. První oblastí je hodnocení úrovně vyrovnání se s bolestí, jež se hodnocena stupnicí 0 – 10. Hodnocení stavu adaptace na bolest hodnotí porodní asistentky numericky v oblastech: 0 – 3 „Not coping well“ (žádný coping); 4 - 5 „Coping“ (střední coping); 6 – 10 „Coping well“ (vysoký coping). Porodní asistentka společně s ženou hodnotí úroveň vyrovnání se s porodní bolestí a zda žena potřebuje pomoci, jakým způsobem a v jakém rozsahu a pomocí jakých doporučených copingových strategií. Další oblasti hodnotí emoční stav ženy, metody pomáhající od porodní bolesti, využití změn poloh v průběhu porodu. Jak autoři uvádí, Labor Coping Scale je jedna z vhodných metodických vizuálních pomůcek pro porodní asistentky a další zdravotnický personál, aby mohli prakticky vidět, že čím více adekvátní pomoci je nabízeno ženě, tím se zvyšuje úroveň schopnosti, se vyrovnat s porodní bolestí a porodem (ACOG, 2018; Roberts, 2010)

9.3.3 Metoda zpětného překladu (Forward – backward – translation)

Přestože se metodika zpětného překladu a následné validace hodnotících a měřících nástrojů v posledních letech zlepšila, stále se jedná o časově a statisticky náročný postup, který je závislý na komplikovanosti zvoleného nástroje. V porodní asistenci situaci stěžuje fakt, že pro jednu z nejpoblárnějších metod zpětného překladu, existuje celá řada variant. Navíc samotný překlad nástrojů, které hodnotí více oblastí v porodní asistenci – položky fyzické, psychosociální jsou omezeny faktory a proměnnými, jež nám do samotného procesu překladu vstupují.

Mezi tyto faktory patří například kulturní vlivy, osobnostní rysy, vliv prostředí a jiné. Z toho důvodu je samotná metoda zpětného překladu náročná a zdlouhavá (Linguistic Validation, 2004; WHO, 2019; Wild et al., 2005). Pro naše potřeby, k tvorbě české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale (Childbirth Professionals international, 2018) byla zvolena metodika opakovaného zpětného překladu a linguistické validace, forward-backward-translation, skládající se z deseti doporučených postupů podle kritérií Světové zdravotnické organizace WHO a Mezinárodní společnosti pro farmakoekonomii ISPOR, The International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research guidelines (Linguistic Validation, 2004; WHO, 2019; Wild et al., 2005).

Pro naše účely bylo vytyčeno osm kroků překladu. Překlad hodnotícího nástroje probíhal v období září 2018 – září 2019. Tabulka 6 popisuje samotný proces, fáze metodiky zpětného překladu nového hodnotícího nástroje Labor Coping Scale. Proces překladu hodnotícího nástroje byl podpořen kvalitativními a kvantitativními metodami.

Překlad hodnotícího nástroje Labor Coping Scale byl podpořen právě již ve II. fázi studie, kvantitativní metodou (nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce), posuzující přístup porodních asistentek k hodnocení porodní bolesti a poskytování péče rodičím ženám.

9.3.4 Fáze zpětného překladu (Forward – backward – translation)

Proces překladu byl realizován v 8 krocích (viz Tabulka 6) podle doporučených postupů WHO, ISPOR (WHO, 2019; Wild et al., 2005). Proces byl podpořen následně kvalitativními a kvantitativními metodami viz výše. Při tvorbě české jazykové verze Labor Coping Scale byl kladen důraz na jasnost, srozumitelnost pro cílové uživatele, zdravotnické pracovníky v oblasti poskytování zdravotní péče ženám s porodní bolestí v průběhu porodu, jak v ústavní péči, tak komunitní péči (porodní asistentky, akademické pracovníky, studenty vysokých škol studijní programu Porodní asistence. Bylo důležité, aby výsledná terminologie byla zároveň co nejvíce totožná s originální verzí Labor Coping Scale. Prvním krokem k vytvoření české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale bylo tedy získání souhlasu s možností překladu (viz Příloha 1) od autora hodnotícího nástroje Labor Coping Scale. Autorka souhlasila³ s překladem hodnotícího nástroje a zároveň se podílela na samotném překladu jako porodní asistentka z klinické praxe (Childbirth Professionals international, 2018).

³ Autorem hodnotícího nástroje pro porodní bolest Labor Coping Scale (LCS) je komunitní porodní asistentka Donyale Abe, působící ve Velké Británii (Childbirth Professionals International, 2018). Byl modifikován podle CALM (Roberts, 2010).

Tabulka 6 Fáze zpětného překladu a jazyková validizace podle doporučeného postupu Mezinárodní farmakoekonomické společnosti a WHO (Zdroj: Vlastní, 2020, podle Wild et al., 2005; WHO, 2019)

Fáze	Překladu	Popis
1.fáze	Analýza zdrojů	Analýza literárních zdrojů, příprava hodnotícího nástroje k překladu Souhlas autora hodnotícího nástroje porodní bolesti Labor Coping.
2.fáze	Zpětný překlad (Forward translation)	Dvojitý překlad (překladatel A a B), provedení dvou paralelních překladů Labor Coping Scale do českého jazyka (Labor Coping Scale-1 a Labor Coping Scale-2).
3.fáze	Smíření	Coping Scale 1 a 2 byly hodnoceny odborníky pomocí stupnice přesnosti 3 bodů, expertní skóre bylo následně analyzováno pomocí modifikovaných statistik kappa. Získané výsledky byly shrnuty a odborník a překladatel B se shodli na konečném znění předběžné české verze nástroje Labor Coping Scale-3.
4.fáze	Opakovaný zpětný překlad (Back translation)	Překladatel C splňující kritéria pro zařazení do výzkumného překladu přeložil předběžné české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale zpět do anglického jazyka.
5.fáze	Kontrola zpětného překladu (Back translation review)	Překladatel B přezkoumal zpětný překlad oproti původní verzi, přičemž vzal v úvahu připomínky zpětného překladatele a autora hodnotícího nástroje.
6.fáze	Harmonizace, závěr, konečná verze LCS	Předběžná pilotní verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale byla diskutována odborníky – experty z oboru (2 porodními asistentkami, 1 lékařem), překladatelem B a autorem hodnotícího nástroje Labor Coping Scale. Byly odsouhlaseny nesrovnalosti v překladu, které vznikly v průběhu překladů jednotlivých verzí.
7.fáze	Zpětná vazba	Pilotní verze Labor Coping Scale byla upravena na základě diskuze s experty v oboru porodní asistence z klinické praxe (focus group) a podloženo zmapováním prostředí dotazníkovým šetřením, posouzení přístupu porodních asistentek k porodní bolesti v české klinické praxi.
8.fáze	Závěrečná zpráva	Finální verze byla zahrnuta do závěrečné zprávy v českém jazyce.

Poté proběhl samotný překlad originální verze (Příloha 2) z anglického jazyka do českého jazyka podle předem zvolené metody. Překlad byl realizován třemi nezávislými odborníky v oboru porodní asistence. Dva překladatelé byli lingvisté a translátolog. Překladatelé a metodologové A a B provedli nezávisle na sobě překlad záznamového archu Labor Coping Scale z anglického jazyka do českého jazyka (*forward translation*) a zhodnotili kontrolu jednotlivých položek a jejich obsahovou správnost. Vznikla tak 1. pracovní verze záznamového archu. Překlad byl zajištěn dvěma překladateli A a B z důvodu eliminace možných nepřesností, kterých by se mohl dopustit jediný překladatel.

Následně byl osloven překladatel C, který provedl zpětnou vazbu překladu z českého jazyka zpět do anglického jazyka (*back translation*), kdy došlo k sjednocení překladu a vznikla tak 2. pracovní verze záznamového archu. Překlad z anglického jazyka do českého přeložil rodilý mluvčí z Velké Británie, žijící 10 let v České republice. Následně po jeho překladu byly obě přeložené verze záznamového archu hodnoceny a porovnány. Překlad byl zadán s požadavkem, aby překlad z originálního jazyka do cílového nebyl doslovný, což by mohlo vést ke značným nejasnostem. Středem pozornosti je absolutní zachování významu položek. Následně došlo k závěrečné gramatické a syntaktické kontrole cílového jazyka. Je nezbytné dodržet zásadu utajení při překladu u překladatelů, aby nemohlo dojít k nežádoucímu ovlivnění.

Všichni tři překladatelé splnili specifikační kritéria (viz Tabulka 7) pro zařazení do překladu podle doporučení WHO (2019) a ISPOR (Wild et al., 2005). Překladatel A byla porodní asistentka byla s 10letou zkušeností v oboru porodní asistence. Překladatel B byl profesionální překladatel. Oba překladatelé A, B měli zkušenosti s překladem hodnotících nástrojů, jejich mateřským jazykem byla čeština a bydleli v ČR. Znali terminologii bolesti a jejich angličtina byla na požadované úrovni. Překladatel C byla profesionální překladatelka s odbornou angličtinou Level C2, rodilá mluvčí americké angličtiny, která hovoří plynně česky, žije v České republice 10 let.

Tabulka 7 Kritéria pro překladatele (Zdroj: Vlastní, 2020, podle Wild et al., 2005)

Zpětný překlad (Forward translation)				
	Překladatel A	Překladatel B	Zařazovací kritéria	Překladatel C
Zařazovací kritéria				
Profesionální překladatel	NE	ANO	Profesionální překladatel	ANO
Zdravotník	ANO	NE	Zdravotník	ANO
Rodilý mluvčí (cz)	ANO	ANO	Rodilý mluvčí (cz)	ANO
Rodilý mluvčí (aj)	ANO	ANO	Rodilý mluvčí (aj)	NE
Mluvčí žijící v cílové zemi (CR)	ANO	ANO	Mluvčí žijící v cílové zemi	ANO
Zkušenost s překladem	ANO	ANO	Zkušenost s překladem	ANO

9.3.5 Zhodnocení indexu obsahové validity hodnotícího nástroje

Proces překladu hodnotícího nástroje byl podpořen kvantitativní metodou podporující překlad hodnotícího nástroje – konzultace se specialistkami v oboru, porodními asistentkami, které posuzovaly expertní panel hodnotící přesnost překladu, posouzením tzv. scóre expertů. Jež bylo analyzováno pomocí I-CVI a modifikované podle kappa indexu (*) na základě metod popsanych v Liu a kol. (2011) a Polit a kol. (2007).

Do konzultace překladu bylo zapojeno 10 respondentek, porodní asistentky pracující jako odborné asistentky na vysoké škole; porodní asistentky z praxe, pracující na porodních sálech v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem; autorka hodnotícího nástroje Labor Coping Scale; lékař – porodník. Mezi zařazovací kritéria do souboru bylo vzdělání, specializace v oboru, zaměstnání v oboru porodní asistence, délka praxe, zkušenost s anglickým jazykem, zkušenost s porodní bolestí (viz Tabulka 8). Odborníci byly osloveni na podkladě metody snow-ball, účast byla dobrovolná a výpovědi anonymní. Odborníci, experti z klinické praxe posuzovali přesnost překladu u všech položek 3 oblastí hodnotícího nástroje (název, copingová škála, copingové intervence) pomocí expertního panelu – třibodová stupnice překladu (1 = ANO - přesné; 2 = MOŽNÁ - dobré, ale ne zcela přesné; 3 = NE - nepřesné). Konzultace vedla k získání zpětné vazby, názoru na přeloženou verzi záznamového nástroje. To pomohlo zajistit, že různí odborníci správně harmonizovali a vytvořili adekvátní předběžnou verzi záznamového nástroje.

Tabulka 8 Kritéria pro zařazení, charakteristika expertů v oboru Porodní asistence (Zdroj: Vlastní, 2019 podle Wild et al., 2005)

Kritéria pro zařazení expertů v oboru PA (n = 10)	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9	N10
Postgraduální vzdělání NEBO Studenti doktorského studia, kteří splnili zkoušku z aj jazyka, zaměstnanci univerzity	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO
Vyučující aj v PA	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE	ANO	ANO	NE
Zkušenosti s hodnocením porodní bolesti	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Délka praxe v porodní asistenci	5	10	3	4	20	7	5	9	8	15
Specializace v porodní asistenci	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO	NE	NE

*N1 1 – 10 počet expertů v oboru PA

9.3.6 Analýza výsledků

Na zpětném překladu předběžné české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale se podíleli 3 překladatelé (A, B, C). Je zcela logické, že nebylo možné dospět k doslovné shodě zpětného překladu s původní verzí, rozhodující byl význam přeložených položek, aby původní tvrzení byla zcela ve shodě. Výrazy, které se významově lišily, byly opět oslovenými specialisty diskutovány a následně zapracovány do finální verze nově nazvaného záznamového archu Labor Coping Scale. Interpretace jednotlivých výsledků překladu je popsána v Kapitole 10.3.

Součástí této fáze bylo posouzení indexu obsahové validity hodnotícího nástroje. **Hodnocená specifika:** I-CVI = poměr hodnocení správnosti překladu k celkovému počtu překladů; kappa index = $(I-CVI - P_c) / 1 - P_c$ (P_c = pravděpodobnost náhodné shody, přesnost překladu = 1); $P_c = [10! / A! \times (10 - A)!] \times 0,510$ (Liu et al., 2011; Polit et al., 2007 et al.). Jako minimální přijatá hodnota I - ICV score pro zařazení překládané položky do hodnotícího nástroje byla v souladu s doporučením hodnota $\geq 0,78$, čímž každá položka byla považována za ideální. Kappa index K^* byl interpretován jako uspokojivý při hodnotách $K^* 0,40-0,59$, dobrý = $0,60 - 0,74$; výborný = $K^* \geq 0,74$ (Polit et al., 2007). Na základě posouzení indexu platnosti a upravených hodnot kappa zpětné vazby odborníků u položek hodnotícího nástroje byla připravena pilotní česká verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale (Kapitola 10.3).

9.4 IV. fáze výzkumného šetření – tvorba české verze Labor Coping Scale

Po samotném překladu bylo cílem IV. fáze zhodnotit uživatelskou přívětivost a využitelnost předběžné české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale v české klinické praxi. Posouzení probíhalo ve dvou krocích. Vytvořený hodnotící nástroj pro péči porodní asistentky o ženu s porodní bolestí Labor Coping Scale byl v prvním kroku ověřen pomocí ohniskové skupiny (focus group) ve vybraných zdravotnických zařízeních. Následně v druhém kroku proběhlo posouzení využitelnosti a srozumitelnosti hodnotícího nástroje u focus group.

9.4.1 Metodika

Hodnocení uživatelské přívětivosti bylo provedeno pomocí ohniskové skupiny, tzv. focus group u dvou skupin respondentek, porodních asistentek v klinické praxi ve vybraných zdravotnických zařízeních. Focus group je popisována jako výzkumná kvalitativní metoda, díky které jsou získávána data za využití skupinových interakcí (ohniskové skupiny), jež vznikají spontánně při skupinové diskusi na předem určené téma.

Metoda je charakterizována polostrukturovanou diskusí respondentů na předem zvolené téma tzv. ohnisko zájmu, jež jsou ve vzájemné interakci. Díky vzájemné interakci dochází k interpretaci výsledků. Tzv. ohnisko je definováno jako tematická oblast, problém zájmu výzkumu, řešení, v našem případě se jedná o problematiku posouzení uživatelské přívětivosti české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale v české klinické praxi (Krchová, Morgan, 2001).

Metoda Focus group je využívána při posuzování takových témat, u kterých se vyskytují různé bariéry, determinanty, stimuly, které vyplývají z příslušnosti k určité skupině (Patton, 2002). Pro naše účely byla metoda zvolena k efektivnímu získání dat, různých interpretací, názorů a postojů k hodnocení uživatelské přívětivosti české verze v klinické praxi. Metodika byla zvolena dle Miovského (2016), kdy metoda focus group byla realizována ve 4 fázích viz Tabulka 9.

Tabulka 9 Fáze focus group (Zdroj: Vlastní, 2020, podle Miovského, 2016)

Fáze	Focus group	Popis
1.fáze	Úvod, zahájení	Seznámení s respondentkami, expertkami.
2.fáze	Úvodní diskuze	Obeznamení respondentek s hodnotícím nástrojem, jeho použitím. Diskuze zaměřená na uživatelskou přívětivost hodnotícího nástroje.
3.fáze	Motivační práce	Hodnocení jednotlivých vytyčených oblastí posuzujících využitelnost a uživatelskou přívětivost hodnotícího nástroje v klinické praxi.
4.fáze	Závěr, závěrečná diskuse, ukončení	Závěr, shrnutí diskuse, doporučení pro praxi, změny využití hodnotícího nástroje.

Do posouzení uživatelské přívětivosti a využití hodnotícího nástroje v klinické praxi se zapojila dvě zdravotnická zařízení - focus group 1 a 2 (viz Kapitola 9.4.2). Týden před plánovaným šetřením byl zaslán navržený pilotní hodnotící nástroj Labor Coping Scale porodním asistentkám do zdravotnického zařízení k prostudování. Respondentky byly osloveny, aby se zaměřily na hlavní oblasti, které byly posuzovány: plusy a mínusy hodnotícího nástroje; orientace, přehlednost; srozumitelnost jednotlivých položek a oblastí; zda hodnotící nástroj dle nich hodnotí adekvátně porodní bolest; specifčnost pro danou problematiku a cílovou skupinu; vhodnost využití hodnotícího nástroje v klinické praxi. Vlastní posouzení probíhalo formou online diskuze přes program Big Blue Button vzhledem k pandemické situaci Covid 19.

Diskuze se zúčastnilo vždy 8 porodních asistentek (focus group 1, focus group 2) a autorka disertační práce, jež zaujala roli jako moderátorka. Focus groups byly koncipovány dle fází uvedených Miovským (2010) viz Tabulka 9. V první fázi autorka seznámila porodní asistentky s obsahem, cílem a programem sezení a znovu představila hodnotící nástroj. Zeptala se, zda respondentky pochopily hodnotící nástroj, jež jim byl zaslán, aby mohly hodnotit jednotlivé oblasti problémů. Posléze se všechny zúčastněné navzájem představily a potvrdily ústně souhlas s videozáznamem online focus group. Všechny respondentky, jež se zúčastnily sezení, souhlasily tak i se zapojením do výzkumu a zveřejněním anonymizovaných výsledků. Respondentky byly obeznámeny, že mohou svou účast na sezení kdykoliv ukončit, bez udání důvodu. Byly také seznámeny s pravidly focus group, která měly dodržovat (vždy hovoří pouze jedna osoba, neskákat si do řeči, ostatní osoby by měly mlčet, každá má právo říct svůj názor a žádný názor není špatný, každý se k němu může vyjádřit, ale nemá právo jej devalvovat či bagatelizovat). Respondentky byly poučeny o dodržení zásad mlčenlivosti. V další fázi výzkumu byly respondentky obeznámeny s cílem výzkumu, s hodnotícím nástrojem a následně motivovány k jeho rozboru, využití v klinické praxi, posouzení kladů a záporů, a dalšího, co bylo zjišťováno (popsáno výše). Porodní asistentky byly motivovány, aby vyjádřily svůj osobní názor, kritiku. Na konci sezení měly respondentky možnost doplnit své výpovědi.

V poslední části byly porodní asistentky tázány na využití hodnotícího nástroje v klinické praxi a jeho srozumitelnost. Respondentky odpovídaly na možnosti: 1 = ANO; 2 = MOŽNÁ; 3 = NE – nepřesné. Jednotlivé výpovědi byly zapisovány a posloužily k celkové zpětné vazbě a přípravě finální verze nového hodnotícího nástroje ve IV. fázi výzkumu. V závěru autorka práce zhodnotila průběh sezení a poděkovala porodním asistentkám v jednotlivých focus group za jejich účast.

9.4.2 Výzkumný soubor

Vytvořená česká verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale byla poskytnuta respondentkám, porodním asistentkám focus group 1 a 2 pracujícím na porodních sálech z oslovených pracovišť. Kritéria pro respondentky jsou shodná se specifiky ze III. fáze výzkumu (viz Kapitola 9.3.5). Metoda volby respondentek byla záměrná, avšak porodní asistentky, musely souhlasit s šetřením. Součástí šetření uživatelské přívětivosti byl vždy Informovaný souhlas s účastí ve studii (viz Příloha 4).

K posouzení uživatelské přívětivosti a přípravy hodnotícího nástroje Labor Coping Scale do české verze posloužila online diskuze s odborníky (porodními asistentkami) z klinické praxe.

K diskusi a ke kvantitativnímu posouzení překladu hodnotícího nástroje bylo do focus groups zapojeny odbornice z oboru Porodní asistence (n = 16), porodní asistentky z praxe, které pracující na porodních sálech – focus group 1 (n = 8) a focus group 2 (n = 8). Zúčastněné splňovaly kritéria pro zapojení do výzkumu jako v kapitole 9.2, 9.2.2. Tabulka 10 popisuje soubor respondentek zapojených do focus group 1 a 2, věk, délku praxe, vzdělání v oboru porodní asistence.

Tabulka 10 Kritéria pro zařazení, charakteristika PA (Zdroj: Vlastní, 2020)

Kritéria pro zařazení PA v oboru (n = 16)		N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8
Ochota se zúčastnit		ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Focus group 1 (n = 8)	Porodní asistentky	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE
	Věk	28	35	29	35	36	58	49	53
	Vzdělání v oboru PA	Bc.	Bc.	Mgr.	Mgr.	Bc.	SŠ	SŠ	SŠ
	Zkušenost s hodnocením porodní bolesti	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	Délka praxe	2	8	8	8	9	15	11	14
Focus group 2 (n = 8)	Porodní asistentky	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	Věk	36	28	47	45	35	26	44	51
	Vzdělání v oboru PA	SŠ	Bc.	SŠ	SŠ	Bc.	Bc.	Dis.	SŠ
	Zkušenost s hodnocením porodní bolesti	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	Délka praxe	10	5	15	12	8	3	13	20

* N1 1 – 8 počet porodních asistentek ve focus group 1 a 2; SŠ – středoškolské vzdělání, Bc. – vysokoškolské bakalářské vzdělání, Dis. – Diplomovaný asistent, vyšší odborné vzdělání

9.4.3 Analýza výsledků

Porodní asistentky z klinické praxe posuzovaly uživatelskou přívětivost a následně přesnost překladu pomocí hodnocení hlavních oblastí, jež byly předem vytyčeny: plusy, mínusy, klady a zápory překládaného hodnotícího nástroje a jeho užití v klinické praxi; přehlednost hodnotícího nástroje; srozumitelnost jednotlivých položek; výtěžnost získaných informací; specifčnost hodnotícího nástroje pro porodní bolest a cílovou skupinu rodících žen; doporučení úprav; vhodnost začlenění do zdravotnické dokumentace v porodní asistenci. Diskuze v rámci focus group 1, 2 byly nahrávány online videozáznamem a následně metodou tužka papír přepisovány v podobě doslovné transkripce (viz Kapitola 10.4). Diskuze ve focus group vedla k získání zpětné vazby, názoru na přeloženou verzi záznamového nástroje. Výsledky posloužily k úpravě a tvorbě finální české verze Labor Coping Scale, což bylo cílem poslední IV. fáze výzkumu.

10 VÝSLEDKY

V této kapitole jsou interpretovány a popsány výsledky získané uvedenými metodami v jednotlivých fázích výzkumu.

10.1 Výsledky I. fáze výzkumu – Analýza literárních zdrojů

V I. fázi výzkumu byla provedena literární rešerše, jež byla podkladem pro samotný výzkum. Byly zmapovány zdroje z hlediska dostupných studií zaměřujících se na studovanou problematiku a byl nalezen záznamový arch Labor Coping Scale (Childbirth Professionals international, 2018). Následně byla oslovena autorka záznamového archu a získán souhlas k jeho překladu a možnosti použití v české klinické praxi.

Tvorba literární rešerše je popsána v Metodice práce, v Kapitole 9.1. Postup byl popsán v úvodní kapitole, při seznámení s teoretickými východisky práce viz Obrázek 1 Proces výběru a třídění literárních zdrojů a samotné výsledky popsány v Příloze 5. Literární rešerže byla publikována v časopise Kontakt (Šalanská, Moravcová 2018).

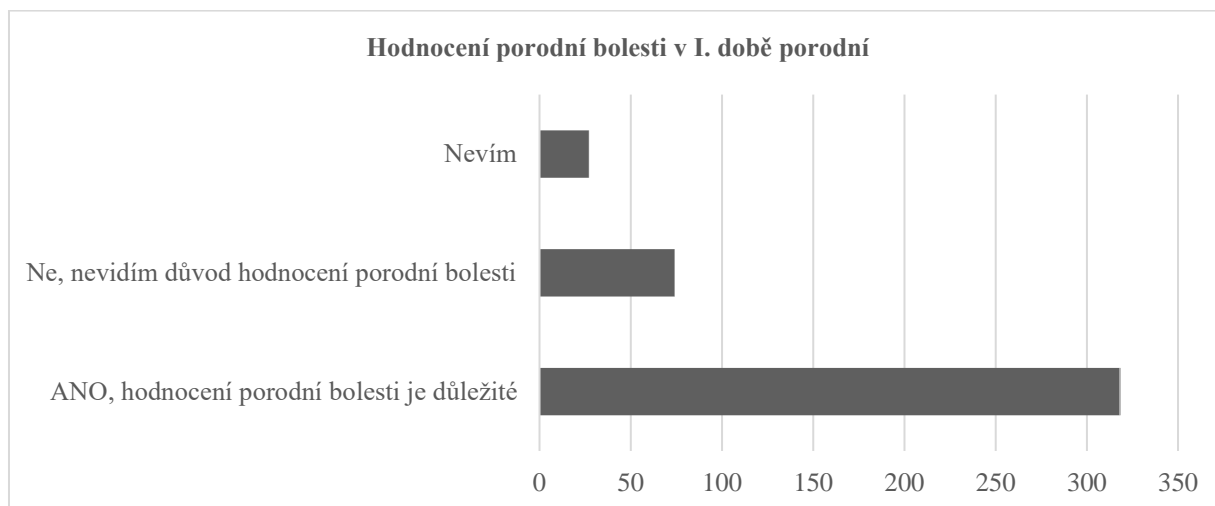
10.2 Výsledky II. fáze výzkumu – dotazníkové šetření

V kapitole jsou charakterizovány výsledky dotazníkového průzkumu (viz Kapitola 9.2). Cílem bylo posoudit přístup porodních asistentek k hodnocení a práci s porodní bolestí, poskytování péče ženám s porodní bolestí.

K šetření bylo osloveno 92 porodnic z České republiky, zda budou ochotni se zapojit do výzkumného průzkumu (ÚZIS, 2019). Do průzkumu se zapojilo výsledně 46 porodnic. Celkově v těchto porodnicích praktikuje $n = 510$ (100 %) porodních asistentek na porodních sálech, což pro nás bylo důležité pro zhodnocení návratnosti dotazníků. Dotazník vyplnilo elektronickou formou výsledně $n = 419$ porodních asistentek, návratnost byla tedy 82% z celkového počtu. Interpretace výsledků je obsahem této kapitoly.

Položky 1 – 4 z dotazníku byly zaměřeny na *věk, vzdělání, délku a místo praxe* respondentek. Jejich výsledky jsou popsány v Kapitole 9 Metodika práce, 9.2 II. fáze výzkumného šetření – Dotazníkové šetření, 9.2.2 Výzkumný soubor.

Položka 5: *Je pro Vás důležité hodnotit porodní bolest u žen v průběhu I. doby porodní?*



Obrázek 9 Důležitost hodnocení porodní bolesti v I. době porodní (Zdroj: Vlastní, 2020)

Obrázek 9 popisuje výsledky otázky 5 v dotazníkovém průzkumu, kde jsme se ptali respondentek, zda je pro ně při své praxi důležité hodnocení porodní bolesti u rodících žen v I. době porodní. Z celkového počtu $n = 419$ respondentek v $n = 318$ případech (76 %) udávaly, že ANO, hodnocení bolesti je důležité. Pro $n = 74$ porodních asistentek (18 %) si myslí, že hodnocení porodní bolesti NENÍ důležité v průběhu porodu. Zbýlých $n = 27$ respondentek (6 %) zapojených do průzkumu si není jisto, jak se k této otázce postaví.

Položka 6.1: *Hodnotíte porodní bolest v I. době porodní?*

V 6.1 otázce, která navazovala na předchozí otázku, jsme se ptali, zda hodnotí respondentky porodní bolest v průběhu I. doby porodní v klinické praxi.

(82 %) $n = 342$ respondentek z 419 hodnotí porodní bolest v klinické praxi, naopak $n = 77$ (18 %) porodních asistentek nehodnotí v klinické praxi porodní bolest.

Z dat je patrné, že porodní asistentky v klinické praxi pozitivně přistupují k porodní bolesti a její hodnocení v I. době porodní je pro ně ve většině případů důležité. Což můžeme považovat za kladné výsledky.

Položka 6.2: Proč nehodnotíte porodní bolest v I. době porodní?

Porodních asistentek v klinické praxi, jsme se dotazovali tedy dále v navazující otázce 6.1, jaký je jejich důvod, proč nehodnotí porodní bolest. Jednotlivé výpovědi popisuje Tabulka 11.

V tabulce 11 jsou interpretovány odpovědi NE, respondentek $n = 77$ (18 %), které nehodnotí porodní bolest a z jakého důvodu. ANO jsou odpovědi $n = 342$ (82 %) porodních asistentek, jež hodnotí porodní bolest, což bylo zjišťováno v předchozí otázce. Respondentky mohly volit i více odpovědí, tzv. multiple response questions, avšak odpovídaly vždy jednou odpovědí.

Tabulka 11 (Ne)hodnocení porodní bolesti a příčina (Zdroj: Vlastní, 2020)

Hodnocení bolesti	Pouze v případě ordinace lékaře	Nedostatek času	Nedostatek personálu	Nejsou vhodné hodnotící techniky	Není požadováno hodnotit bolest	Subjektivita ženy	Žena udává různé údaje	Jiné	n_i	f_i (%)
NE n_i	1	11	4	23	9	19	6	4	77	18
f_i (%)	1	17	5	30	28,5	12	6	5		
ANO	0	2	0	0	0	0	0	0	342	82
Σ									419	100

Po analýze dat, bylo zjištěno, že hlavními důvody, proč porodní asistentky nehodnotí porodní bolest v klinické praxi je, že nemají dostatek času $n = 11$ (17 %), nedostatek personálu $n = 4$ (5 %), nemají k hodnocení porodní bolesti adekvátní hodnotící škály, nástroje $n = 23$ (30 %), nemusí hodnotit porodní bolest $n = 9$ (28,5 %). Další respondentky hodnotí porodní bolest pouze v případě ordinace lékaře $n = 1$ (1 %), jinak nepovažují hodnocení bolesti za nutnost. Poslední skupina porodních asistentek udávala za důvod individualitu, jedinečnost, subjektivitu porodní bolesti $n = 19$ (12 %) a z toho důvodu je pro ně těžké a nevhodné hodnotit porodní bolesti.

Poslední možností byla volná odpověď, kde mohly respondentky napsat jejich „jiný“ důvod. Většina výpovědí se shodovala. (5 %) $n = 4$ respondentky udávaly odpověď „jiný“ a popsalo více své vyjádření.

R1 udávala, že samotné hodnocení porodní bolesti neprovádí, v dokumentaci zapisují údaje o porodní bolesti do průběhu porodu, zapisují charakter bolesti, frekvenci, lokalizaci (v podbříšku), následně zhodnotí děložní činnost CTG monitorem.

R2 s porodní bolestí pracují individuálně, dle osobnosti ženy a situace.

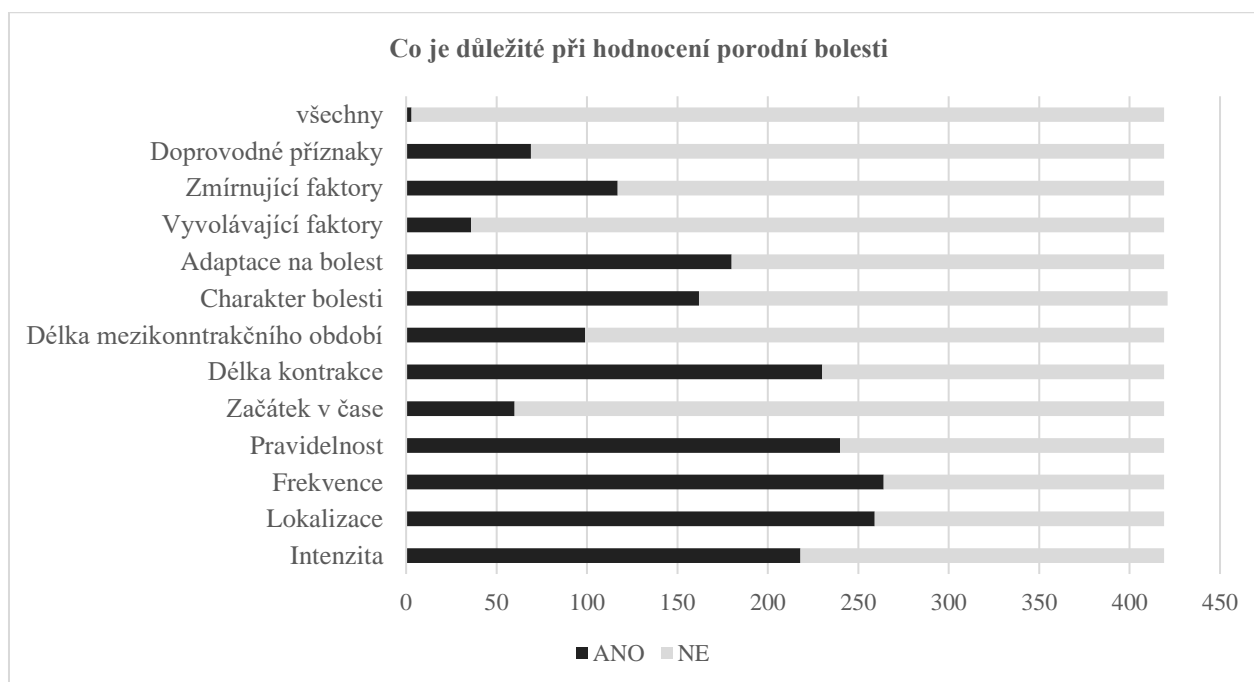
R3 napsala, že porodní bolest hodnotí v průběhu celého porodu po konzultaci s rodičkou a jejím subjektivním hodnocením současně objektivně sledují verbální a neverbální projevy žen.

R4 nesouhlasí s hodnocením porodní bolesti pomocí hodnotících škál, tabulek, jelikož dle ní je porodní bolest velmi specifický fenomén.

Z výše uvedených výsledků vyplývají nejčastější důvody nehodnocení porodní bolesti ze strany zdravotnického personálu, porodních asistentek v klinické praxi. Další může být fakt, že neexistuje v klinické praxi v České republice adekvátní hodnotící škála, která by se hodila k hodnocení porodní bolesti.

Položka 7: Co je pro Vás důležité při hodnocení porodní bolesti?

V otázce 7. jsme se ptali respondentek, co je pro ně důležité při hodnocení porodní bolesti?



Obrázek 10 Co je důležité při hodnocení porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020)

* ANO – položka jež PA hodnotí u porodní bolesti; NE – položka PA nehodnocena

Následující otázka 7 se ptala respondentek, které hodnotí porodní bolest, na to, co hodnotí u porodní bolesti, co je pro ně nejdůležitější, což popisuje Obrázek 10. Otázka byla typu multiple response questions, porodní asistentky mohly odpovídat na více možností.

Nejčastěji respondentky udávaly, že hodnotí hlavně frekvenci (n = 264), lokalizaci (n = 259), pravidelnost kontrakcí (n = 240), délku kontrakce (n = 230). Pro respondentky při své praxi je důležité hodnotit lokalizaci porodní bolesti, aby věděly, jaké strategie v péči o rodičku mohou použít nebo aby dokázaly vyhodnotit podle toho progres porodního procesu.

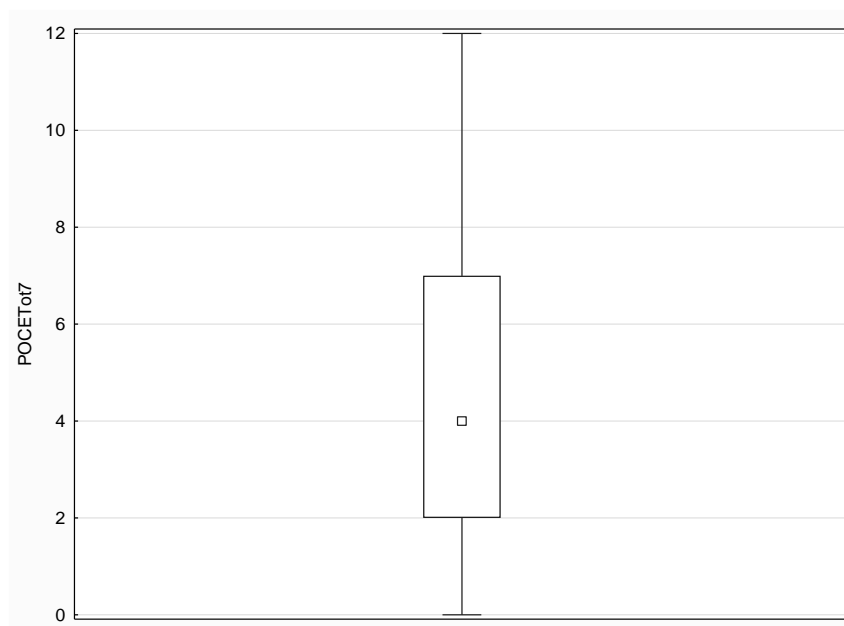
(43 %) n = 180 oslovených porodních asistentek zjišťuje při své praxi, zda se žena adaptuje na porodní proces. Pouze n = 117 porodních asistentek (28 %) zohledňuje při práci s rodičkou zmírňující faktory, metody, které ženám pomáhají při porodní bolesti. (16 %) n = 69 porodních asistentek využívá ke zhodnocení porodní bolesti u ženy doprovodné příznaky a jen n = 36 (8,5 %) vyvolávající faktory porodní bolesti! Tyto údaje jsou však pro ně podle výpovědí náročné hodnotit, jelikož neexistují adekvátní stupnice, hodnotící škály, jež by specifikovaly fenomén porodní bolesti.

3 respondentky odpověděly na možnost „jiné“ ve všech výpovědích stejně. **R1, R2, R3** hodnotí porodní bolest za využití všech zmíněných možností v jejich kombinaci.

Následně byly posuzovány kombinace nejčastějších odpovědí viz Tabulka 12 a Obrázek 11.

Tabulka 12 Počty kombinací oblastí hodnocených u porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020)

Počet označených možností odpovědí	n _i					f _i (%)
0	4					1
1	56					12,6
2	69					16,5
3	53					12,6
4	39					9,3
5	46					11
6	41					9,8
7	44					10,5
8	24					5,7
9	10					2,4
10	13					3,1
11	13					3,1
12	10					2,4
Σ	419					100
N	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	SD	
419	4,690	4	0	12	2,957	



Obrázek 11 Počty kombinací faktorů hodnocených u porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020)

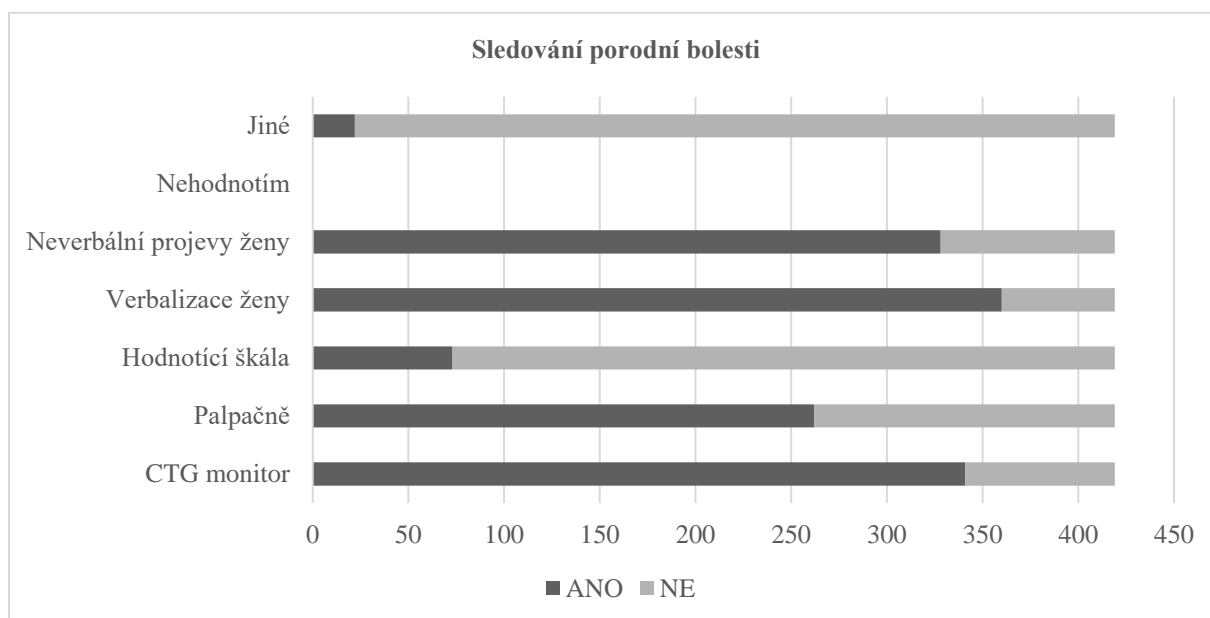
Při posuzování počtů kombinací hodnocených faktorů bylo maximálně hodnoceno 12 již zmíněných fenoménů (viz Obrázek 11), minimem bylo, že respondenty hodnotí pouze 1 fenomén u porodní bolesti nebo žádný.

Nejvíce respondenty průměrně hodnotí 4 – 5 fenoménů u porodní bolesti (nejčastěji posuzované fenomény jsou frekvence, lokalizace, pravidelnost kontrakcí, délka kontrakcí). Jednotlivé rozložení hodnocených fenoménů u porodní bolesti znázorňuje Obrázek 11.

Z výsledků je vidět, že nejsou jednotné výpovědi respondentek. Je poměrně rozdíl v tom, co porodní asistentky hodnotí u porodní bolesti a kombinace jednotlivých fenoménů. Je pro ně důležité hodnotit jako u ostatních typů bolesti intenzitu, charakter, lokalizaci. Navíc podle výpovědí, hodnotí vše intuitivně, individuálně podle situace a stavu rodičky. Avšak $n = 180$ (43 %) respondentek v klinické praxi hodnotí fenomény, které se podílí na vzniku, adaptaci na porodní bolest, zkušenosti s porodní bolestí, což může být kolikrát určující, jak žena zvládá průběh porodního procesu a spolupracuje se zdravotnickým personálem. Následně samotné faktory mohou ovlivnit i zkušenost s porodem, porodní bolestí a adaptaci na mateřství.

Položka 8: *Jak sledujete porodní bolest ve své práci (pomocí jakých metod, ukazatelů)?*

Obrázek 12 popisuje výsledky otázky 8, jaké metody porodní asistentky využívají k hodnocení porodní bolesti v klinické praxi. Respondentky mohly opět volit více možností odpovědí.



Obrázek 12 Sledování porodní bolesti (Zdroj: 2020)

Data ukazují, že nejvíce využívají k hodnocení porodní bolesti porodní asistentky $n = 360$ (85 %) sledování verbálních a $n = 328$ (78 %) neverbálních projevů ženy. Dále nejvíce využívají respondentky k hodnocení porodní bolesti CTG monitor $n = 341$ respondentek (81 %). Následně využívá $n = 262$ (62 %) respondentek k diagnostice porodní bolesti palpační vyšetření fundu děložního.

Až na posledním místě $n = 73$ (17 %) respondentek používá při péči o ženu s porodní bolestí k jejímu posouzení hodnotící techniky, a ne právě verbální a neverbální projevy rodičící ženy ke zhodnocení porodní bolesti a její zvládnání rodičkou.

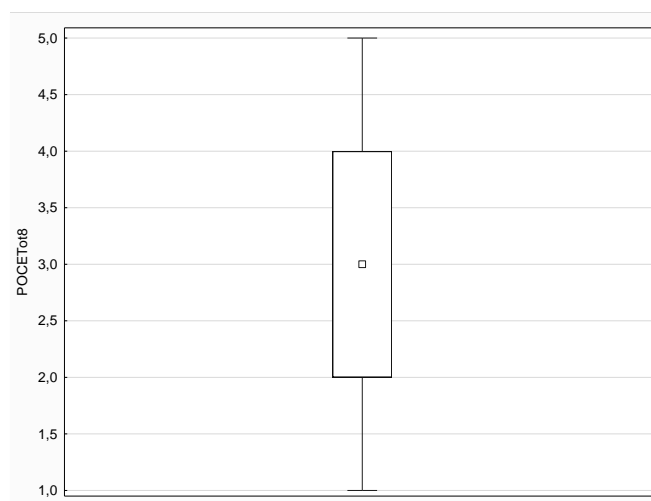
U výpovědi „jiné“ (1 %) odpovědělo **R 1 – R 22:** respondentek, že hodnotí porodní bolest: pohledem, jakou zaujme žena polohu, s ženou hovoří a všímají si její neverbality. Je pro ně nejdůležitější verbální, neverbální složka, využití pozorování kognitivních funkcí ženy, jejich reakce než hodnocení činnosti děložní svaloviny k detekci porodní bolesti.

Po jednotlivém posouzení možností sledování porodní bolesti v klinické praxi byly analyzovány možnosti kombinací využívaných hodnotících technik viz Tabulka 13, Obrázek 13. Porodní asistentky mohly z vybraných možností označit, že hodnotí porodní bolest max. 5 technikami (n = 35 respondentek, 8,4 %), případně napsat v otevřené odpovědi svoji možnost. Minimálně mohly respondentky označit, že hodnotí porodní bolest 1 technikou (n = 20 respondentek, 4,8 %).

Nejvíce využívají porodní asistentky k hodnocení porodní bolesti kombinací 4 možností, což udávalo n = 164 respondentek (39 %), kde využívají posouzení CTG, palpační vyšetření a dále sledování verbálního hodnocení ženou, neverbálních projevů ženy. V druhém případě n = 114 (27 %) respondentek využívá 3 techniky, již zmíněné kombinace (bez palpačního vyšetření). Je patrné, že porodní asistentky ke sledování porodní bolesti využívají hlavně verbálních a neverbálních projevů ženy, následně děložní činnost pomocí CTG a palpačním vyšetřením. Další techniky nejsou příliš respondentkami využívány. Je opět rozdíl ve využívaných hodnotících technikách a jejich kombinacích porodními asistentkami.

Tabulka 13 Počty kombinací užívaných metod hodnotících porodní bolest (Zdroj: Vlastní, 2020)

Počet možností	f_i	n_i (%)			
1	20	4,8			
2	86	20,5			
3	114	27,2			
4	164	39,1			
5	35	8,4			
Σ	419	100			
N	Průměr	Medián	Min	Max	SD
419	3,257	3	1	5	1,027

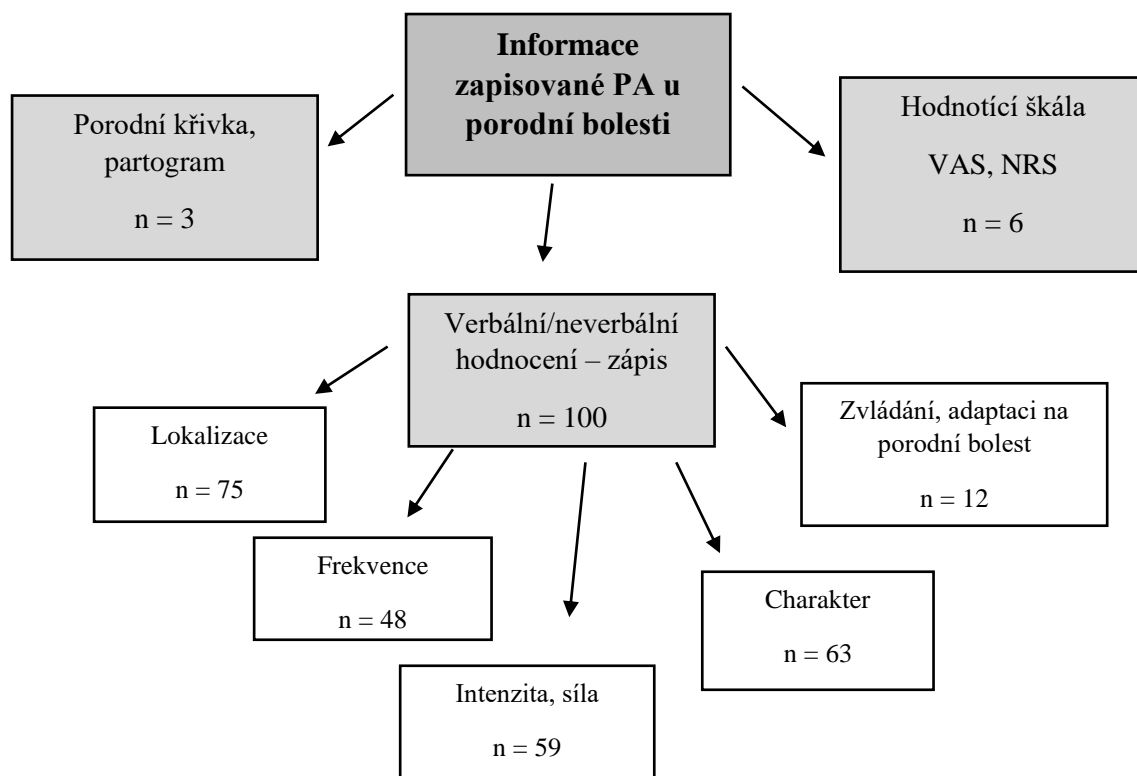


Obrázek 13 Počty kombinací oblastí hodnocených u porodní bolesti 2 (Zdroj: Vlastní, 2020)

Položka 9: *Jak zapisujete údaje o porodní bolesti do porodnické dokumentace (jaké údaje, jakým způsobem)?*

V otevřené otázce 9 byly respondentky osloveny, aby popsaly, jak dokumentují porodní bolest u rodících žen, jaké údaje o porodní bolesti zapisují a jakým způsobem. Celkem u této otevřené otázky odpovědělo **R n = 100 (23 %)** porodních asistentek z celkového počtu 419.

Výsledky vyplynuly z analýzy dat z otevřené otázky 9. Data byla kódována v programu Atlas.ti, kde 100 porodních asistentek udalo, co hodnotí u porodní bolesti viz Obrázek 14.



Obrázek 14 Hodnocení a dokumentace porodní bolesti v klinické praxi (Zdroj: Vlastní, 2020 z © Atlas.ti)

Z výpovědí 100 respondentek vyplývá, že hodnotí u porodní bolesti:

Intenzitu kontrakcí (n = 59), jaký mají kontrakce charakter (počínající, zesilující, stejné, (ne) pravidelné, slabé, silné, krátké, intenzivní, střední, mírné) v průběhu I. doby porodní, některé porodní asistentky hodnotí intenzitu porodní bolesti právě využitím hodnotících škál (VAS 1 – 10). Informace byly od klientek získány buď verbálně, klientka, ohodnotí intenzitu, charakter bolesti, nebo za využití hodnotících škál, nejčastěji za užití VAS, NRS.

Příklad: „Rodička udává porodní bolest VAS 7, žádá analgetika, kontrakce hodnotí jako zesilující, nesnesitelné.“

Frekvenci (n = 48), za jak dlouhou dobu se kontrakce u ženy vyskytují (po kolika minutách), tím, že tuto informaci získávají od rodičích žen buď verbálně, nebo zhodnocení grafickým zhodnocením CTG monitoru, palpačním vyšetřením fundu děložního, porodní křivka. **Příklad:** „Rodička udává, že má kontrakce po 5 minutách.“

Četnost, charakter kontrakcí (n = 63), *Lokalizaci* (n = 75), kde žena pociťuje nejvíce bolesti (oblast, místo, kdy, za kontrakce, mimo kontrakci), údaje hodnoceny verbálně, žena popíše, kde bolest cítí nejvíce. **Příklad:** „Rodička subjektivně udává, že má kontrakce po 3 minutách, v podbřišku, v zádech, oblasti celého břicha, bolest jí vystřeluje až do oblasti stehen.“

Následně projevy rodičky jak verbální, tak neverbální (n = 100) a až v posledním (n = 12) *zvládnání porodní bolesti. Zvládnání porodní bolesti*, jak, za jaké situace, informace získávají porodní asistentky verbálně, nebo neverbálně pozorováním ženy, objektivním zhodnocením porodní asistentkou. **Příklad:** „Rodička udává, že má kontrakce po 3 minutách, bolest zvládá ve vaně velice dobře, pokud je polohována na lůžku, bolest je pro ni nezvladatelná, bolest je pro ni v této poloze intenzivnější.“

Méně využívají *partogramu* (n = 3) a *hodnotících technik* (n= 6), maximálně udávaly, že využívají VAS, NRS.

Všechny zmíněné údaje zjišťují převážně subjektivním verbálním hodnocením ženy. Co se týče frekvence děložních kontrakcí, využívají k diagnostice a hodnocení CTG monitor, případně záznam z porodní křivky. K detekci kontrakcí využívají případně i palpační vyšetření děložního fundu, což se shoduje s výpověďmi Otázky 8.

Respondentky udávaly, že zápis zhodnocení výpovědí rodičky s porodní bolestí zapisují do standardní porodnické dokumentace – dekurzu, denního záznamu péče. Některé porodní asistentky zapisují údaje o porodní bolesti, kontrakcích do porodní křivky (partogramu).

Příklad celého zápisu jedné z porodních asistentek do denního záznamu péče:
„Klientka subjektivně udává velmi intenzivní bolesti v oblasti křížové cca po 3 minutách, VAS 7, žádá prostředky proti bolesti, nabídnuty úlevové pozice, ev. farmakologické možnosti, nyní využívá nefarmakologické metody (sprcha, pozice na všech čtyřech, kdy cítí úlevu).“

Je zřejmé, že v klinické praxi oslovené porodní asistentky nevyžívají hodnotící techniky v celém rozsahu.

Položka 10: *Jaké hodnotící techniky používáte při práci s porodní bolestí s ženou?*

Výsledky otázky 10 jsou popsány v Tabulce 14, kde jsme zjišťovali, jaké hodnotící škály využívají respondenty v klinické praxi.

Tabulka 14 Hodnotící škály, nástroje pro hodnocení porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020)

Hodnotící škály, nástroje pro hodnocení porodní bolesti	n _i	f _i (%)
VAS (Vizuální hodnotící škála)	121	28
NRS (Numerická hodnotící škála)	11	3
Mcquillský dotazník	0	0
Nepoužíváme	272	65
Jiné	15	4
Σ	419	100

Oslovené porodní asistentky v klinické praxi k hodnocení porodní bolesti nejvíce využívají Vizuální analogovou škálu n = 121 (28 %), dále Numerickou hodnotící škálu n = 3 (11 %) respondentek. Naopak n = 272 (65 %) porodních asistentek nevyužívá v klinické praxi žádné hodnotící škály, jak bylo zjištěno již dříve, důvodem je zřejmě nevhodnost hodnotících škál v české klinické praxi k hodnocení porodní bolesti. (4 %) n = 15 porodních asistentek udalo, že k hodnocení porodní bolesti využívají Obličejovou hodnotící škálu podobnou smajlíkové hodnotící škále. Následně jsme si položili v našem průzkumu dvě statistické hypotézy 1 a 2 (Tabulka 15 a 16), jež posuzovaly, zda závisí na věku, délce praxe a vzdělání respondentek využívání hodnotících technik (VAS, NRS) v klinické praxi při péči o rodící ženy s porodní bolestí.

První hypotéza se ptala **H₁**: Porodní asistentky, jež mají delší dobu praxe v oboru využívají více hodnotících technik při péči o rodící ženu (VAS, NRS), oproti porodním asistentkám s kratší dobou praxe.

Tabulka 15 Využití hodnotících technik v závislosti na věku a délce praxe (Zdroj: Vlastní, 2020)

Závislost využití hodnotících technik na délce praxe	Používá	Nepoužívá	Celkem
Délka praxe méně než 10 let	101	172	273
Délka praxe 10 let a více	46	100	146
Celkem	147	272	419

* respondentka jež využívají hodnotící techniky více mají délku praxe 10 let

Aplikací testu chí-kvadrát nezávislosti ($p = 0,261906$, zaokrouhleně $p = 0,262$) nebyla z výsledků u respondentek prokázána závislost používání či nepoužívání hodnotících technik na délce praxe. Musíme však podotknout, že tato fakta mohou být ovlivněna i standardy a zvyklostmi oddělení. Mezi respondentkami s kratší délkou praxe pod 10 let tyto techniky používá 37,0 % (101 z 273), mezi porodními asistentkami s praxí 10 let je to zhruba srovnatelných 31,5 % (46 ze 146).

Druhá hypotéza se ptala **H₂**: Porodní asistentky, jež mají vysokoškolské vzdělání (VŠ) v oboru využívají více hodnotících technik při péči o rodící ženu (VAS, NRS), oproti porodním asistentkám se středoškolským vzděláním (SŠ) nebo vzděláním jako diplomovaná porodní asistentka (VOŠ).

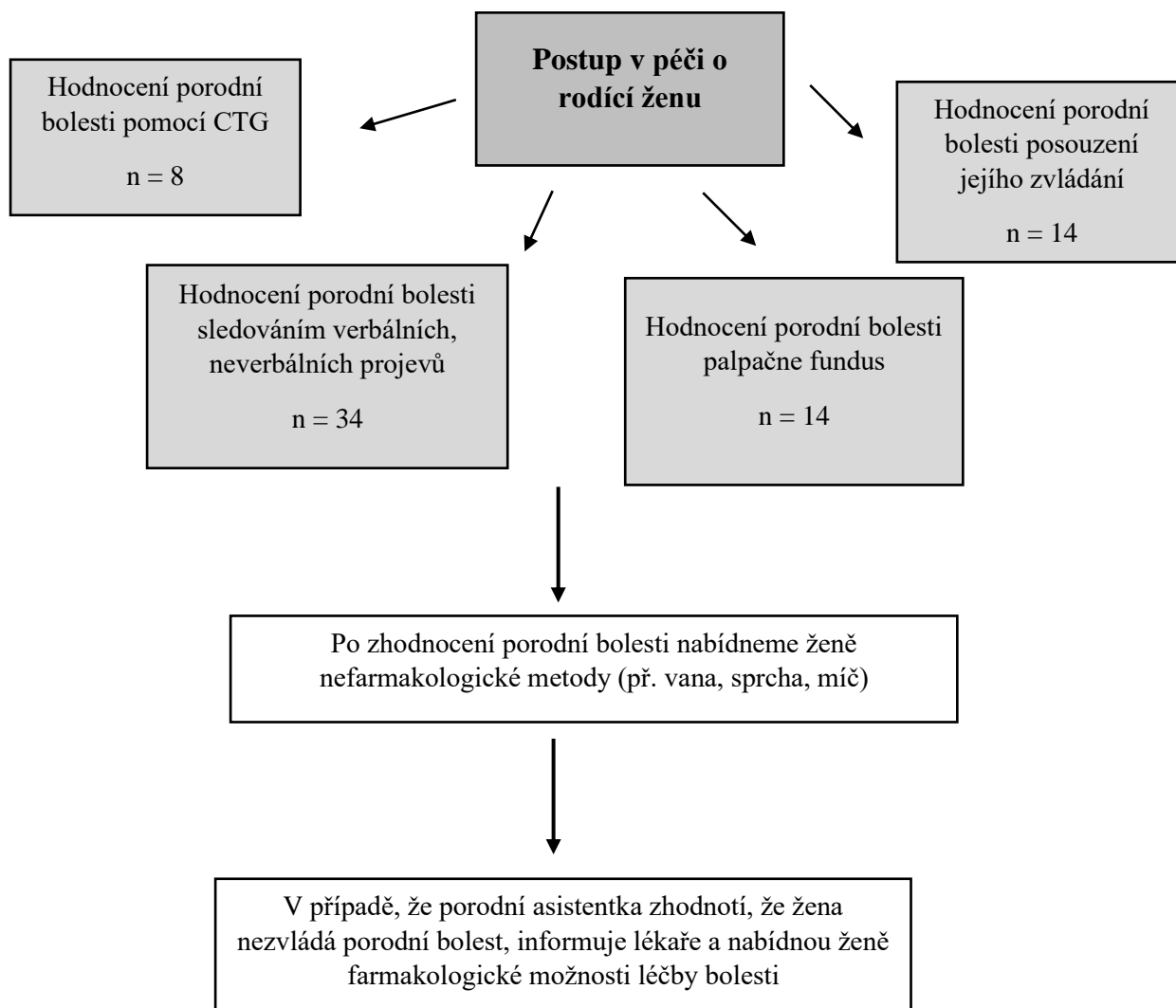
Tabulka 16 Využití hodnotících technik v závislosti na vzdělání (Zdroj: Vlastní, 2020)

Závislost využití hodnotících technik na vzdělání	Používá	Nepoužívá	Celkem
SŠ, VOŠ	72	152	224
VŠ	75	120	195
Celkem	147	272	419

Aplikací testu chí-kvadrát nezávislosti ($p = 0,176420$, zaokrouhleně $p = 0,176$) nebyla opět z výsledků u respondentek prokázána závislost používání či nepoužívání hodnotících technik na dosaženém vzdělání (neboli nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi středoškolačkami a vysokoškolačkami v používání či nepoužívání těchto technik). Mezi středoškolačkami tyto techniky používá 32,1 % (72 z 224), mezi vysokoškolačkami jde o zhruba srovnatelných 38,5 % (75 ze 195).

Položka 11: *Jak postupujete při péči o rodící ženy s porodní bolestí?*

V otázce 11. jsme se ptali respondentek, jak postupují při péči o rodící ženy s porodní bolestí. Porodní asistentky měly možnost odpovídat v otevřené otázce, kde jsou nyní formulovány jednotlivé odpovědi **R n = 36** (9 %) z celkového počtu 419. Výsledky vyplynuly z analýzy dat z otevřené otázky. Data byla kódována v programu Atlas.ti viz Obrázek 14.



Obrázek 15 Postup při péči o rodící ženu s porodní bolestí (Zdroj: Vlastní, 2020 z © Atlas.ti)

Na otázku 11, jak postupují porodní asistentky při péči o rodící ženu s porodní bolestí odpovídaly, že zprvu zhodnocení její stav, kontrakce pomocí CTG (n = 8), palpačního vyšetření (n = 14), zhodnotí verbálně, neverbálně (n = 34) její stav a zvládnání porodní bolesti (n = 16). Následně ženě nabídnout buď zprvu nefarmakologické metody (např. vana, sprcha, míč, aromaterapie, a jiné) nebo případně podle individuálního zhodnocení ženy osloví lékaře k využití farmakologických metod.

Příklad: „Pacientce nabídnu metody na tlumení bolesti, nejprve nefarmakologické (vana, sprcha, míč, aromaterapie) poté farmakologické (epidurální analgezie, Nalbuphin...). Po aplikaci hodnotím účinnost. Nabídnu ji konkrétní metodu, jak zmírnit porodní bolesti, buď alternativní nebo farmakologické.“

Výsledky poukazují, jak porodní asistentky postupují při péči o rodící ženy, zprvu posoudí porodní bolest u ženy (verbálně, neverbálně, pomocí CTG monitoru, palpačním vyšetřením) a následně volí farmakologické metody, které by pomohly ženě zvládat porodní bolest. Z výpovědí porodních asistentek vyplývá, že při hodnocení porodní bolesti a volbě nefarmakologické metody záleží na rodičce a na pozorování jejich reakcí a jak snáší bolest, jaký má práh bolesti. Na každou ženu platí něco jiného.

Pokud i přesto všechno, žena nezvládá porodní bolest, buď po její verbalizaci nebo zhodnocením porodní asistentkou, je ženě nabídnuta farmakologická léčba. Někdy primárně ženy žádají o farmakologické metody před nefarmakologickými.

Pokud žena vyžaduje farmakologickou metodu, nebo porodní asistentka zhodnotí, že by ženě mohla pomoci oproti nefarmakologickým možnostem, kontaktuje vždy lékaře, který dále rozhodne. Dle ordinace lékaře se dále postupuje s event. předepsanými medikamenty.

Je vidět, že v klinické praxi postupují dle Doporučeného postupu ČGPS ČLSJEP Analgezie u vaginálního porodu (2018). Postup je podobný i modelu péče Roberts (2010) viz Kapitola 5 Obrázek 7. Můžeme však z výsledků říci, že stále chybí jednotná pravidla, jak by přesně porodní asistentky měly hodnotit porodní bolest, verbálně, či neverbálně, v jakých intervalech a jak porodní bolest dokumentovat.

Položka 12: *Jak často hodnotíte porodní bolesti v I. době porodní (v jakém intervalu, po jak dlouhé době)?*

V otázce 12. jsme se ptali respondentek, jak často hodnotí porodní bolest v I. době porodní (v jakém intervalu, po jak dlouhé době)? Jednotlivé výsledky popisuje Tabulka 17.

Tabulka 17 Doba hodnocení porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020)

Doba hodnocení porodní bolesti	n _i	f _i (%)
Pouze při příjmu ženy na porodní sál	21	5
Při každé kontrole vitality plodu	115	27
Podle potřeby v průběhu I. doby porodní	232	55
Pouze v případě, že žena porodní bolest nezvládá	6	1
Hodnotím porodní bolest každé 2 hodiny	8	2
Nehodnotím porodní bolest	28	7
Jiné	9	2
Σ	419	100

Respondentky $n = 232$ (55 %) nejčastěji odpovídaly, že hodnotí porodní bolest podle potřeby v průběhu I. doby porodní. (27 %) $n = 115$ porodní asistentek hodnotí porodní bolest při každé kontrole vitality plodu, což je standardně v České republice každých 15 minut podle Doporučeného postupu péče o ženu v I. době porodní (Pařízek a kol., 2018). 21 respondentek (5 %) hodnotí porodní bolest u ženy pouze při příjmu ženy na porodní sál. Pouze $n = 8$ (2 %) respondentek hodnotí porodní bolest každé dvě hodiny a $n = 6$ (1 %) pouze v případě, že žena porodní bolest nezvládá. Následně $n = 9$ (2 %) se vyjádřilo v odpovědi „jiné“.

U odpovědi „jiné“ udávaly **R1 – R9** respondentky různé výpovědi. **R1:** Hodnotí porodní bolesti při každém kontaktu s ženou, ale nepoužívá při své práci hodnotící škály, čísla. **R2:** Posuzuje porodní bolest u ženy podle situace a potřeby ženy v I. a někdy v II. době porodní, jak si myslí, že porod postupuje a žena zvládá porodní bolest. **R3 a R9:** Hodnotí porodní bolest při každém kontaktu s ženou. **R4:** Hodnotí porodní bolest u ženy minimálně 1 za hodinu. **R5 a R8:** Hodnotí porodní bolest každých 30 minut. **R6:** Si myslí, že je vhodné hodnotit porodní bolest individuálně. **R7:** Hodnotí a dokumentuje porodní bolest u ženy a její zvládání každých 15 minut jako při hodnocení ozev a vitality plodu.

Zbýlých $n = 28$ (7 %) zapojených do průzkumu nehodnotí porodní bolest v I. době porodní.

Z výsledků můžeme vidět, že porodní asistentky hodnotí porodní bolest dle potřeby ženy, když si myslí, že je to důležité. Dále při každé kontrole vitality plodu, podle Doporučeného postupu v ČR (Pařízek a kol., 2018). Je důležité, aby opravdu porodní bolest byla hodnocena podle potřeby, podle situace v průběhu porodu. Avšak některé porodní asistentky samotné hodnocení podceňují a opomíjejí individuální stav a prožívání porodní bolesti.

Položka 13: *Jaké metody preferujete v případě péče o rodící ženu s porodní bolestí?*

V otázce 13. jsme se ptali respondentek, jaké metody preferují v případě péče o rodící ženu s porodní bolestí? Jednotlivé výpovědi jsou interpretovány v Tabulce 18.

Tabulka 18 Preference metod pomáhajících od porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020)

Preference metod pomáhajících od porodní bolesti	n _i	f _i (%)
Nefarmakologické metody	110	26
Farmakologické metody	9	2
Kombinace metod	300	72
Σ	419	100

Můžeme vidět, že porodní asistentky v klinické praxi preferují při péči o ženu s porodní bolestí n = 300 kombinované metody (72 %). 26 % porodních asistentek (n = 110) upřednostňuje nefarmakologické metody ve své praxi. Pouze 2 % (n = 9) respondentek věří spíše farmakologickým metodám v péči o porodní bolest. Jak již zaznělo u otázky 12, respondentky se snaží postupovat od nefarmakologických metod po farmakologické metody ve spolupráci s porodníky.

Avšak bylo řečeno, chybí management postupu volby jednotlivých po sobě jdoucích strategií při péči o rodící ženu s porodní bolestí. Jediným doporučením je aktuálně v České republice Doporučený postup Analgezie u vaginálního porodu (Pařízek a kol., 2018).

Položka 14: *Jaké nefarmakologické metody využíváte při své práci s porodní bolestí u rodící ženy?*

V předchozí otázce bylo zjištěno, že porodní asistentky v klinické praxi v České republice při své práci o ženu s porodní bolestí preferují kombinace nebo samostatně nefarmakologické metody. Z toho důvodu v otázce 14, bylo zjišťováno, jaké nefarmakologické metody využívají při své práci s porodní bolestí u rodící ženy. Jednalo se o multiple response question.

Tabulka 19 Využití nefarmakologických metod v klinické praxi (Zdroj: Vlastní, 2020)

Technika	NE		ANO		Σ
	n _i	n _i (%)	n _i	n _i (%)	
Nácvik dýchání	347	82	72	18	419
Polohování	390	93	29	7	
Psychoprofylaxe	183	44	236	56	
Vizualizace	65	15	354	85	
Edukace	146	35	273	65	
Porodní míč	382	91	37	9	
Rebozo	41	9	378	91	
Antistresový míč	88	21	331	79	
Využití vany	325	77	94	23	
Využití sprchy	398	94	21	6	
Muzikoterapie	207	49	212	51	
Aromaterapie	299	71	120	29	
Homeopatie	59	14	360	86	
Akupunktura	1	0,5	418	99,5	
Taping	28	7	391	93	
Masáž částí těla	231	55	188	45	
Olejová masáž	147	35	272	65	
Využití svíček	90	21	329	79	
Využití vlhkého tepla	186	44	233	56	
Využití suchého tepla	139	33	280	67	
Relaxace	159	38	260	62	
Hypnoza	0	0	419	100	
Osoba blízká	361	86	59	14	
Dula	121	28	298	72	
Jiné	7	1,5	412	98,5	

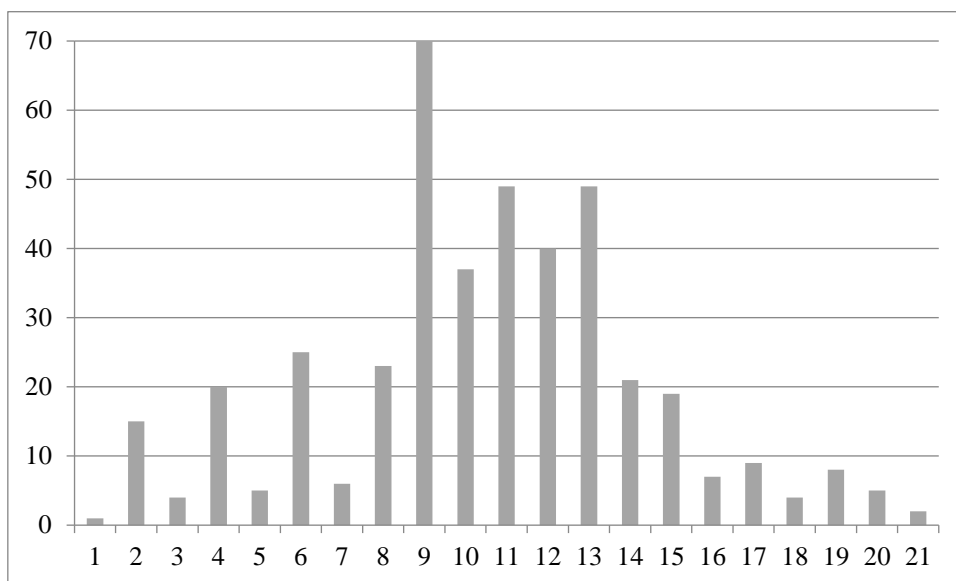
* ANO/NE vyjadřují četnost – počet kombinací využití nefarmakologických metod

Tabulka 19 popisuje možnosti odpovědí u nefarmakologických metod, které porodní asistentky zapojené do průzkumu využívají ve své klinické praxi v I. době porodní při péči o ženy s porodní bolestí. ANO udává počet porodních asistentek z našeho celku 419 (100 %) zapojených do průzkumu užívají tuto techniku v klinické praxi.

Nejčastěji využívané metody v klinické praxi jsou využití sprchy $n = 395$ (94 %), využití vany $n = 325$ (77 %), nácvik dýchání $n = 348$ (82 %), polohování ženy $n = 390$ (93 %), využití porodního míče při porodu $n = 382$ (91 %). Jako efektivní metoda je spatřována i využívána blízká osoba u porodu $n = 361$ (86 %). K méně užívaným metodám patří muzikoterapie $n = 207$ (49 %), aromaterapie $n = 299$ (71 %), využití vlhkého a suchého tepla $n = 186$ (44 %), $n = 139$ (33 %), masáže $n = 231$ (55 %), relaxace $n = 159$ (38 %). Užívaná je i v rámci nefarmakologických metod psychoprolaxe žen k porodu $n = 183$ (44 %) a přítomnost doly při porodu $n = 121$ (28 %). Nejméně využívané techniky jsou homeopatie $n = 59$ (14 %), vizualizace $n = 65$ (15 %), využití svíček při porodu $n = 90$ (21 %), rebozo šátku při porodu $n = 41$ (9 %), taping $n = 28$ (7 %). A pouze v jednom případě $n = 1$ (0,5 %) se porodní asistentka setkala s akupunkturou v klinické praxi.

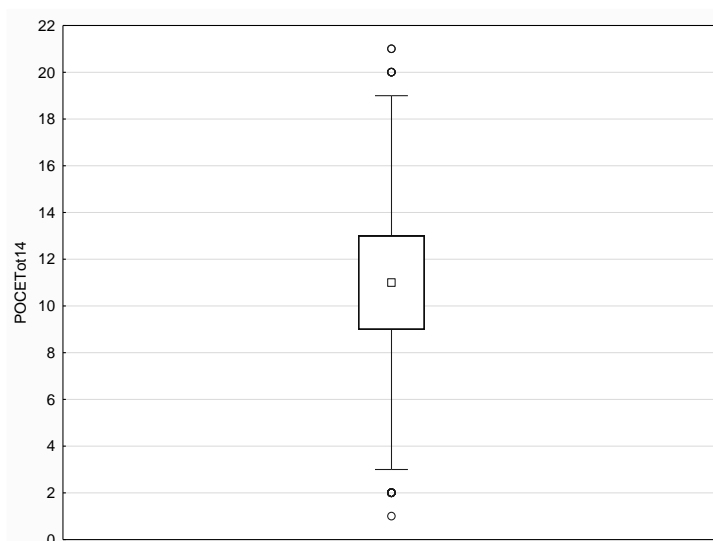
Mezi nevyužívané techniky patří hypnóza, se kterou se žádná z respondentek v klinické praxi zatím nesetkala. Možnost odpovědi jiné uváděly respondentky $n = 7$ (1,5 %) metodu akupresury. Ačkoli známých nefarmakologických metod je více (viz Teoretická východiska práce, Kapitola 4) a respondentky měly možnost je uvést, žádné jiné v klinické praxi neuvádějí a nemají s nimi zkušenost.

Z výsledků vyplývá, že porodní asistentky v české klinické praxi využívají prakticky jen metody polohování, sed na míči v I. době porodní, hydroterapii za využití sprchy nebo vany a osobu blízkou při porodu. S dalšími metodami se příliš nesetkávají nebo se používají jako doplňkové metody k těmto hlavním zmíněným. Následně byly posuzovány možnosti kombinací využívaných intervencí porodními asistentkami při péči o rodící ženu s porodní bolestí (Obrázek 15, 16). Maximum možností odpovědí byla kombinace 21 nefarmakologických intervencí ($n = 2$). Minimum byla 1 metoda ($n = 1$). Ve většině případů volí porodní asistentky několik intervencí při péči o rodící ženy. Nejvíce využívají 9 variant $n = 70$, využití sprchy, vany, nácvik dýchání, polohování ženy, využití porodního míče, využití vlhkého a suchého tepla, masáž, aromaterapie. Následně využívají nejvíce 11 a 13 variant $n = 49$, 12 variant $n = 40$, metody se liší bez využití aromaterapie, masáže nebo suchého tepla. Dále porodní asistentky využívají 8, 6, 10, 14 kombinací, v různých kombinacích intervencí, což znázorňuje jednotlivá interpretace nejvyužívanějších metod (Obrázek 16 a 17).



N	Průměr	Medián	Min	Max	SD
419	10,744	11	1	21	3,909

Obrázek 16 Počty kombinací využití nefarmakologických metod 1 (Zdroj: Vlastní, 2020)



Obrázek 17 Počty kombinací využití nefarmakologických metod 2 (Zdroj: Vlastní, 2020)

Na podkladě dat byly vytyčeny dvě hypotézy H_3 a H_4 jež zjišťovaly, zda existuje závislost věku, délky praxe, vzdělání porodních asistentek na znalosti a na počtu využívání právě nefarmakologických metod při péči o rodící ženu s porodní bolestí.

Třetí hypotéze se tedy ptala H_3 : Porodní asistentky, jež jsou starší a mají delší dobu praxe v oboru využívají více kombinací intervencí pomáhajících ženám od porodní bolesti, oproti mladším porodním asistentkám s kratší dobou praxe.

Tabulka 20 Využití kombinací intervencí v závislosti na věku a délce praxe (Zdroj: Vlastní, 2020)

Závislost využití hodnotících technik na věku a délce praxe	Používá
Méně zkušené	273
Zkušené	146
Celkem	419

Abychom posoudili závislost věku a délky praxe porodních asistentek, byly porodní asistentky rozděleny na dvě skupiny méně zkušené ve věku do 40 let, s délkou praxe do 10 let ($n = 273$), zkušené ve věku nad 40 let, s délkou praxe nad 10 let ($n = 146$) viz Tabulka 20. Porovnání zkušených a méně zkušených bylo realizováno formou dvouvýběrového testu. Data vykazují chování odpovídající normálnímu modelu, byl tedy realizován dvouvýběrový t-test za předpokladu shody rozptylů.

Mezi skupinami nebyl prokázán statisticky významný rozdíl ve středním počtu prováděných typů intervenčních technik (p -hodnota = 0,972667, nebo po dalším zaokrouhlení 0,973). Výsledek je ve shodě se zjištěním patrným už z Tabulky 20 deskriptivní charakteristiky obou skupin (průměry, odchylky i mediány) vyšly velice podobně.

Čtvrtá hypotéza se ptala **H4**: Porodní asistentky, jež mají vysokoškolské vzdělání v oboru využívají více kombinací intervencí pomáhajících ženám od porodní bolesti, oproti porodním asistentkám se středoškolským vzděláním nebo vzděláním jako diplomovaná porodní asistentka.

Tabulka 21 Využití intervencí v závislosti na vzdělání (Zdroj: Vlastní, 2020)

Závislost využití intervencí na vzdělání	Používá
SŠ, VOŠ	224
VŠ	195
Celkem	419

* Průměr \pm směrodatná odchylka: SŠ, VOŠ = 10,500 \pm 3,706; VOŠ = 10,451 \pm 4,130; všechny 10,477 \pm 3,909

* Min – medián – maximum: SŠ, VOŠ = 2 – 11 – 20; VŠ = 1 – 10 – 21; všechny = 1 – 11 – 21

Porovnání dvou úrovní vzdělání kategorií bylo realizováno formou dvouvýběrového testu. Data (Tabulka 21) vykazují chování odpovídající normálnímu modelu, byl tedy realizován dvouvýběrový t-test za předpokladu shody rozptylů. Mezi skupinami nebyl prokázán statisticky významný rozdíl ve středním počtu prováděných typů intervenčních technik (p -hodnota = 0,899043, nebo po dalším zaokrouhlení 0,899). Výsledek je ve shodě se zjištěním patrným už z tabulky – deskriptivní charakteristiky obou skupin (průměry, odchylky i mediány) vyšly velice podobně. Intervenční techniky využívá 224 respondentek s SŠ, VOŠ vzděláním a 195 porodních asistentek s VŠ vzděláním.

Položka 15: *S jakými nefarmakologickými metodami jste se nesetkali při své praxi?*

Naopak v otázce 15. jsme se respondentek ptali, s jakými nefarmakologickými metodami se nesetkali při své praxi? Z výsledků jsme mohli posoudit opět rozšířenost některých metod na pracovištích v ČR. Otázky byly opět s možností více odpovědí.

Tabulka 22 ukazuje na metody, které porodní asistentky v klinické praxi neznají a nevyužívají. Výpověď NE znamená, že z našeho celku 419 se porodní asistentky se zmíněnou metodou nesetkaly ve své praxi. Naopak ANO znamená, že se s metodou porodní asistentky setkaly. Otázka navazuje na předchozí otázku. K metodám, se kterými se porodní asistentky nesetkaly ve své klinické praxi, patřily nejvíce zmíněné již v předchozí otázce hypnóza $n = 338$ (81 %), akupunktura $n = 289$ (69 %), taping $n = 264$ (69 %), homeopatie $n = 66$ (16 %), vizualizace $n = 79$ (19 %). Dalšími metodami, se kterými se též příliš nesetkávají při své praxi respondentky jsou muzikoterapie $n = 30$ (7 %), aromaterapie $n = 14$ (3,5 %). S ostatními zmíněnými metodami se většina našich respondentek většinou setkala. Mezi metody, se kterými se porodní asistentky nesetkaly při své praxi patří i využití suchého tepla $n = 46$ (11 %), vlhkého tepla $n = 37$ (9 %), využití svíček při porodu $n = 61$ (15 %), s masáží při porodu $n = 5$ (1,5), s relaxací $n = 3$ (0,7 %). Překvapivé je, že $n = 12$ (3 %) porodních asistentek se nesetkalo jak s nácvikem dýchání, $n = 20$ (4,5 %) s využitím vany při své praxi, tak s polohováním, následně v $n = 7$ (1,5 %) případech s využitím míče při porodu. 9 (2 %) porodních asistentek se nesetkalo s metodou psychoprofylaxe žen, jako nefarmakologickou metodou k tlumení porodní bolesti. Psychoprofylaxe žen je brána porodními asistentkami pouze jako forma edukace, jejich příprava na porod. Stejně tak přistupují porodní asistentky k edukaci, jež se s ní v $n = 7$ (1,5 %) případech nesetkaly v péči o ženu s porodní bolestí. Nakonec byly opět posuzovány kombinace nefarmakologických intervencí viz Tabulka 23, Obrázek 18, 19, s nimiž se porodní asistentky ve své praxi nesetkaly.

Nejčastěji porodní asistentky udávaly, že se nesetkaly s kombinací tří metod $n = 133$ (hypnóza, akupunktura, taping). Naopak všechny intervence znalo $n = 14$ respondentek. Maximální počet metod byl 10 a minimum bylo žádná metoda. Průměrný počet metod byl 3. Výsledek považujeme za nedostatečný, porodní asistentky by mohly využívat více metod a jejich kombinace při péči o ženu s porodní bolestí.

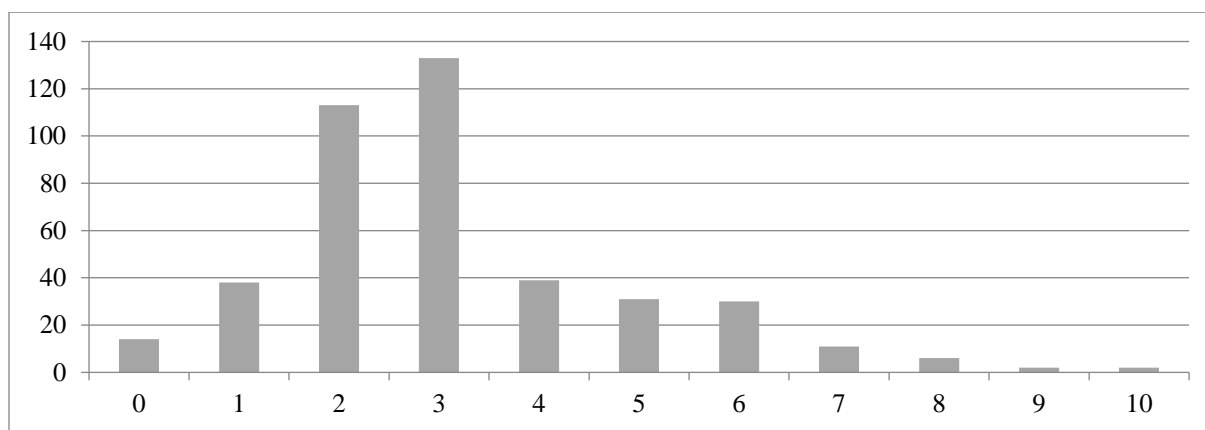
Tabulka 22 S jakými metodami se PA nesetkají v praxi (Zdroj: Vlastní, 2020)

Technika	NE		ANO		Σ
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	
Nácvik dýchání	12	3	407	97	419
Polohování	12	3	407	97	
Psychoprofylaxe	9	2	410	98	
Vizualizace	79	19	340	81	
Edukace	7	1,5	412	98,5	
Porodní míč	7	1,5	412	98,5	
Rebozo	16	9	403	91	
Antistresový míč	0	0	0	0	
Využití vany	20	4,5	399	95,5	
Využití sprchy	2	0,5	417	99,5	
Muzikoterapie	30	7	389	93	
Aromaterapie	14	3,5	405	96,5	
Homeopatie	66	16	353	84	
Akupunktura	289	69	130	31	
Taping	264	63	155	37	
Masáž částí těla	5	1,5	414	98,5	
Olejová masáž	10	24	409	76	
Využití svíček	61	15	358	85	
Využití vlhkého tepla	37	9	382	91	
Využití suchého tepla	46	11	373	89	
Relaxace	3	0,7	416	99,3	
Hypnoza	338	81	81	19	
Osoba blízká	2	0,5	417	99,5	
Dula	14	3,5	405	96,5	
Jiné	0	0	0	0	

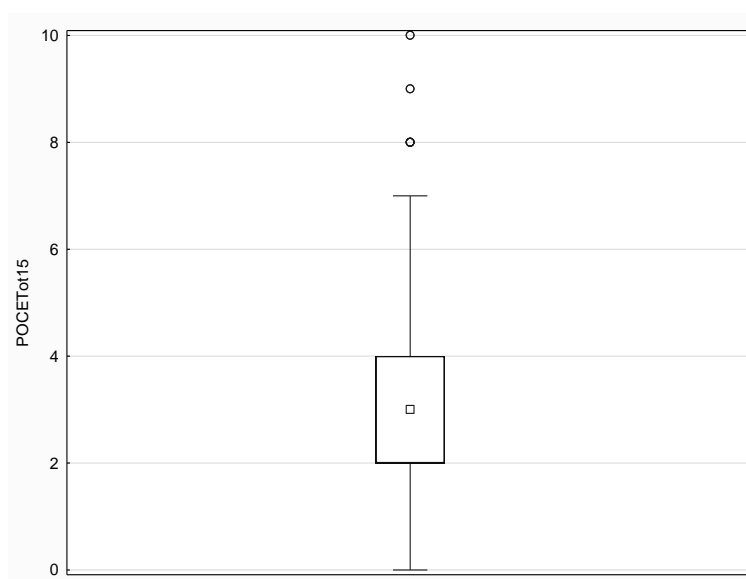
* ANO/NE vyjadřují četnost – počet kombinací využití nefarmakologických metod

Tabulka 23 Počty kombinací neznámých nefarmakologických metod (Zdroj: Vlastní, 2020)

Počet možností	Počet respondentek n_i	f_i (%)
0	14	3,3
1	38	9,1
2	113	27
3	133	31,7
4	39	9,3
5	31	7,4
6	30	7,2
7	11	2,6
8	6	1,4
9	2	0,5
10	2	0,5
Σ	419	100
N	Průměr Medián Min Max SD	
419	3,143 3 0 10 1,769	



Obrázek 18 Počty kombinací neznalosti nefarmakologických metod 1 (Zdroj: Vlastní, 2020)

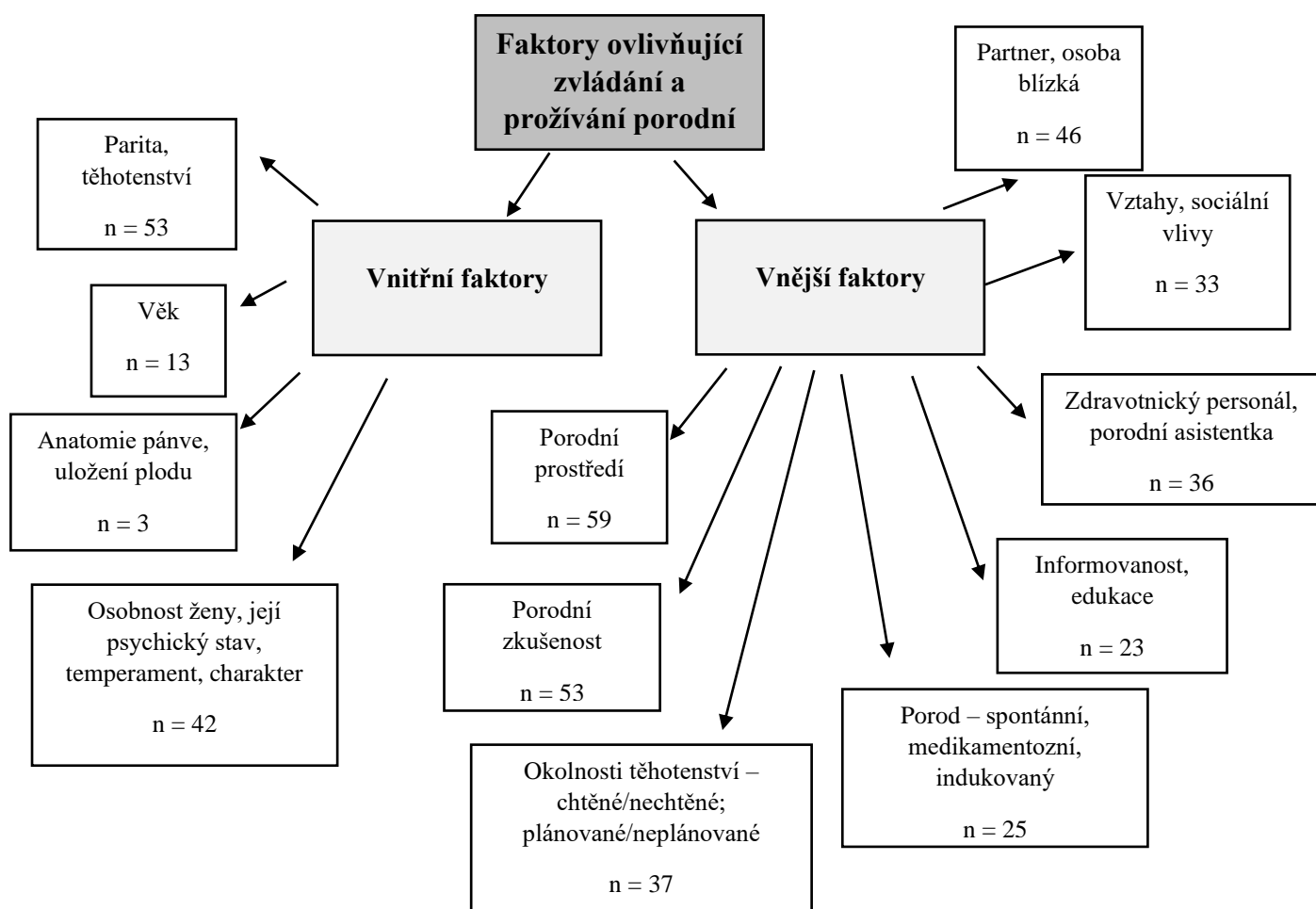


Obrázek 19 Počty kombinací neznalosti nefarmakologických metod 2 (Zdroj: Vlastní, 2020)

Položka 16: Jaké faktory ovlivňují porodní bolest u rodících žen?

V otázce 16. jsme se respondentek ptali, zda znají faktory, které ovlivňují porodní bolest u rodících žen? 86 respondentek odpovídaly v otevřené otázce přímou interpretací.

Porodní asistentky většinou odpovídaly, že mezi hlavní faktory patří partner u porodu, předchozí zkušenost s porodem. Respondentky vůbec nezmínily jako faktor ovlivňující porodní bolest její anamnestické údaje, strach z porodu, porodní bolesti, osobní sociální vztahy ženy, životní situace, ve které se žena nachází, zda žena navštěvovala psychoprofylaxi k porodu a další zmiňované (viz popsáno v Podkapitole 1.2.4 v Tabulce 1). Jednotlivé výpovědi byly kódovány a interpretovány v programu Atlas.ti, viz Obrázek 20.



Obrázek 20 Faktory ovlivňující zvládnání a prožívání porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020 z © Atlas.ti)

Respondentky udávaly, že mezi faktory, které nejvíce ovlivňují přístup ženy a její zvládnání porodní bolesti, ovlivňuje porodní prostředí. *Porodní prostředí* (n = 59), má vliv jak pozitivně, ale i negativně právě na psychický stav ženy a následně tedy i zvládnání a prožívání porodní bolesti. Což udávaly i studie v teoretických východiscích práce, ale i naše respondentky. **Příklad:** „*Strach, naopak pocit jistoty, přítomnost blízké osoby, přístup personálu.*“

Do porodního prostředí patří, i kdo se na porodním sále vyskytuje. Respondentky udávaly, že vliv na porodní proces má i *Osoba blízká u porodu* (n = 46), *zdravotnický personál a jeho přístup* (n = 36), *sociální vztahy ženy* (n = 33),

Porodní zkušenost, parita (n = 59), což má vliv na to, zda se vyskytuje u ženy strach z porodu. Následně, zda žena prodělala potraty, v jakém týdnu těhotenství, úmrtí plodu. Jak k těhotenství došlo, zda spontánně, nebo za pomoci umělého ukončení těhotenství.

Mezi další faktory respondentky udávaly *okolnosti těhotenství* (n = 37). Jsou toho názoru, že záleží, zda bylo těhotenství (ne)plánované/(ne)chtěné, což se odráží následně v tom, jak žena přijala těhotenství a porod.

Za důležitý faktor udávaly *osobnost ženy, její psychický stav* (n = 42). Osobnost ženy, její psychický stav, temperament, charakter ovlivňuje podle porodních asistentek do velké míry přístup k mateřství, těhotenství, a právě k samotnému porodu. Ženy, které jsou úzkostnější, vyskytují se u nich psychické problémy, mohou být senzitivnější k porodní bolesti a jejímu zvládnání. Naopak ženy, které jsou psychicky vyrovnané zvládají porodní bolest lépe, jak udávají ve výpovědích porodní asistentky. **Příklad:** „*Samotná osobnost ženy, její volní a charakterové vlastnosti.*“

Mezi méně zmiňované faktory patří typ *porodu* (n = 37), *informovanost, edukace žen* (n = 23), *uložení plodu, anatomie pánve* (n = 3), *věk žen* (n = 13).

Z výsledků je patrné, že hlavní faktory, jež mohou ovlivňovat zvládnání, prožívání porodní bolesti u žen jsou podle porodních asistentek parita, porodní zkušenost, osobnost ženy, porodní prostředí a osoby, které se vyskytují při porodním procesu, ať už osoba blízká, tak hlavně zdravotnický personál, porodní asistentka. Všechny tyto faktory by měla mít porodní asistentka na paměti a vědět, do jaké míry mohou ovlivnit porodní proces, a umět s nimi pracovat.

Položka 17.1 *Sledujete efekt použitých nefarmakologických metod v klinické praxi?*

V otázce 17, jsme sledovali u respondentek, zda hodnotí efekt nefarmakologických metod v klinické praxi. Jednotlivé výsledky popisuje Tabulka 24.

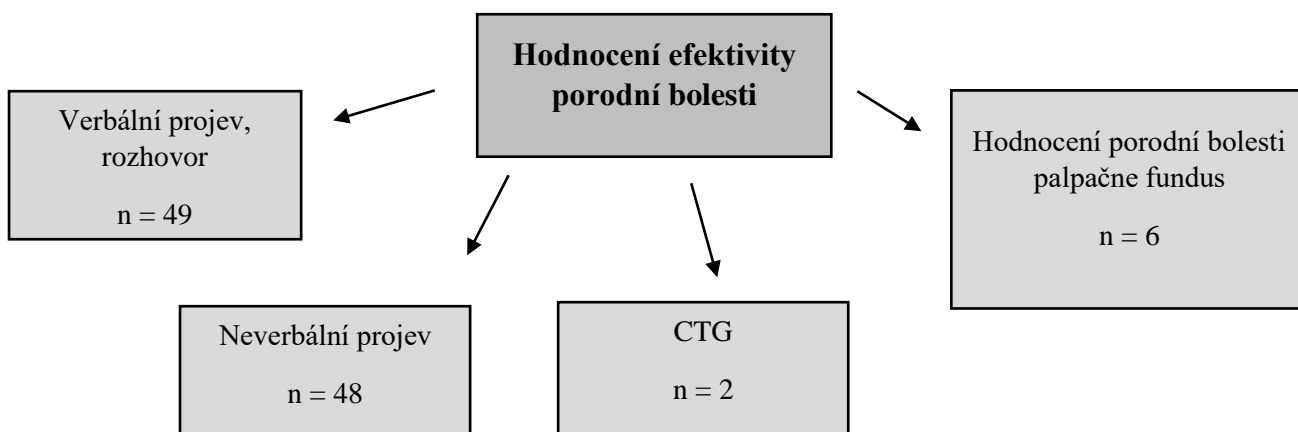
Tabulka 24 Hodnocení efektu použitých nefarmakologických metod při porodu (Zdroj: Vlastní, 2020)

Hodnocení efektu nefarmakologických metod	n _i	f _i (%)
NE	20	5
Někdy	92	22
ANO	308	74
Celkem	419	100

Výpovědi respondentek ukazují, že n = 308 (74 %) porodních asistentek odpovědělo, že ANO, hodnotí efektivitu nefarmakologických metod v I. době porodní. 92 (22 %) porodních asistentek zadalo odpověď někdy. A naopak pouze n = 20 (5 %), respondentek udávalo, že NE, nehodnotí efektivitu nefarmakologických metod. Výsledky hodnotíme kladně, že porodní asistentky po využití nefarmakologické metody posuzují zpětnou vazbu od ženy a efekt metod.

Položka 17.2 *Jak hodnotíte efekt využitých nefarmakologických metod?*

Následně jsme se doptávali, jak hodnotí respondentky efekt využitých nefarmakologických metod při práci s ženou v I. době porodní. Na otázku odpovědělo **R = 50** (12 %) z celkového počtu 419. Jednotlivé výpovědi byly kódovány a interpretovány v programu Atlas.ti, viz Obrázek 21.



Obrázek 21 Hodnocení efektivity nefarmakologických metod (Zdroj: Vlastní, 2020 z © Atlas.ti)

Z výsledků je patrné, že porodní asistentky hodnotí efektivitu použitých metod stejně jako při samotném hodnocení porodní bolesti. K posuzování efektivity nefarmakologických metod volí hlavně verbální sdělení ženy, rozhovorem (n = 49), neverbální projevy (n = 48), projevy mimiky, chování, kognitivních reakcí ženy. **Příklad** „Komunikuji s rodičkou, sama subjektivně posoudím podle výrazu v obličeji, úlevové polohy, změny v chování, jestli to má efekt či ne. Zeptám se, zda pacientce daná metoda vyhovuje a je s ní spokojená.“

2 respondentky udaly, že hodnotí efekt metod pomocí CTG, zda má žena děložní činnost a následně 6 palpačním vyšetřením fundu. Což se shoduje v nejčastějších výpovědích v otázce 8, jak porodní asistentky obecně hodnotí porodní bolest u rodící ženy. Za využití stejných metod zpětně využívají porodní asistentky stejné možnosti.

Překvapivě žádná z respondentek neudala, že by hodnotila efektivitu nefarmakologických metod za využití hodnotících škál, posouzením adaptace ženy na bolest, jako tomu bylo u hodnocení porodní bolesti v počátku porodu před využitím metod. Lze zde vidět, že porodní asistentky opomíjí hodnotící techniky v klinické praxi a raději hodnotí porodní bolest subjektivně, dle své intuice a verbalizací a neverbalizací ženy.

Položka 18.1 *Jak edukujete ženy o porodní bolesti?*

V předposlední otázce 18 bylo zjišťováno, zda porodní asistentky v klinické praxi edukují ženy o porodní bolesti. Odpovědi můžeme vidět v Tabulce 25.

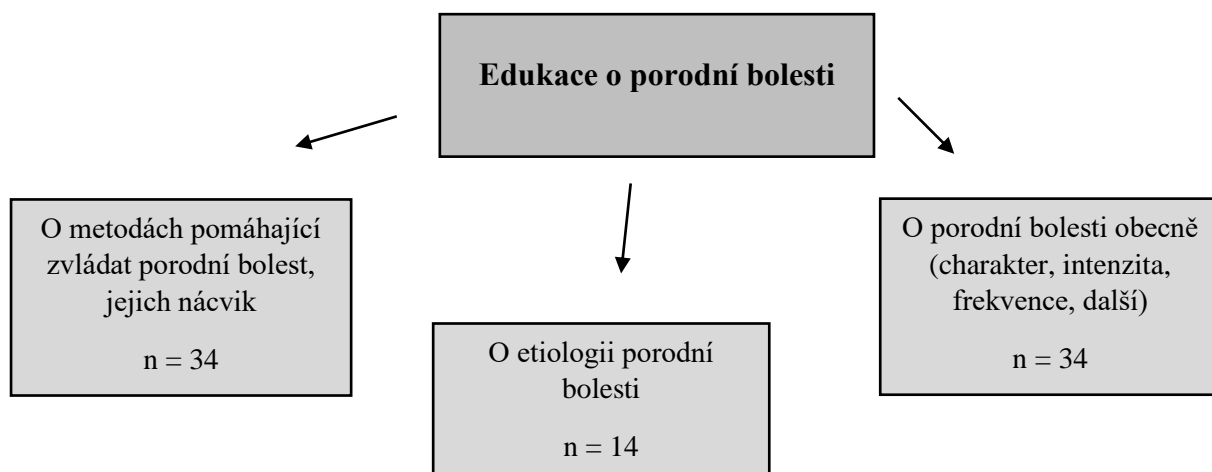
Tabulka 25 Edukace o porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020)

Edukace o porodní bolesti	n_i	f_i (%)
ANO	234	56
NE	129	31
Někdy	57	13
Celkem	419	100

Z celkového počtu 419 porodních asistentek, n = 234 (56 %) odpovědělo, že ANO, edukují ženy v dané problematice. Naopak, n = 129 (31 %) respondentek udávalo, že NE, needukují ženy o porodní bolesti. Zbýlých n = 57 (13 %) zaškrtnulo, že někdy edukují ženy o bolesti. Výsledky jsou kladné, většina porodních asistentek v klinické praxi poskytují informace, formou edukace o porodní bolesti. V následující otázce, jsme se ptali, o čem edukují ženy.

Položka 18.2 O čem edukujete ženy o porodní bolesti?

Pokud respondenty odpověděly, že ANO, edukují ženy o porodní bolesti, bylo dále zjišťováno o čem v dané problematice edukují ženy. **R1** = 51 (12 %) z celkového počtu 419 odpovídaly:



Obrázek 22 Postup při péči o rodící ženu s porodní bolestí (Zdroj: Vlastní, 2020 z © Atlas.ti)

Výsledky (viz Obrázek 22) ukazují, že porodní asistentky edukují ženy hlavně o samotné porodní bolesti (n = 34), o jejím vzniku (n = 14). Porodní asistentky vysvětlují ženám, že porodní bolest je fyziologický proces, hybná síla, potřebná k porodu. Je důležité vědět, jak s porodní bolestí pracovat, vnímat ji jako pomocníka, jaké jsou možnosti zvládnutí a léčby porodní bolesti (nefarmakologické a farmakologické). **Příklad:** „Povídáme si. Musí vědět, že existují metody, které jí mohou pomoci, ale zároveň musí vědět, že bez bolesti neporodí. Bolest přibližuje okamžik narození.“

Následně edukují ženy o metodách (n = 34), které pomáhají ženám zvládat porodní bolest. Hlavně se zaměřují na nefarmakologické metody jako jsou polohování, hydroterapie, nácvik dýchání a další. Porodní asistentky, jež odpověděly na tuto otázku, zmínily, že je důležité edukovat ženy již v předporodním období, buď v ambulancích nebo v předporodních kurzech a následně v průběhu porodu podle situace. Na podkladě dat je zřejmé, že porodní asistentky příliš needukují ženy o porodní bolesti, vycházíme z toho, že nám odpovědělo pouze 12 % respondentek z celkového počtu. Těhotné ženy by měly být edukovány a připravovány na porodní bolest již v průběhu těhotenství v rámci prenatální péče a psychoprofylaxe žen k porodu. Do edukace je vhodné zapojit i osobu blízkou, která bude u porodu. Ženy by měly být taktéž již seznámeny s možnými strategiemi pomáhajícími adaptovat se na porodní bolest (Roberts, 2010)

Položka 19.1 *Jste spokojeny s hodnocením porodní bolesti na Vašem pracovišti?*

V poslední otázce 19 byla posuzována spokojenost respondentek s hodnocením porodní bolesti na jejich pracovištích viz Tabulka 26.

Tabulka 26 Spokojenost s hodnocením porodní bolesti na pracovišti (Zdroj: Vlastní, 2020)

Spokojenost s hodnocením porodní bolesti na pracovišti	n_i	f_i (%)
ANO	231	55
NE	21	5
Nevím	167	40
Celkem	419	100

Na závěr dotazníkového průzkumu jsme se respondentek ptali v otázce 19, zda jsou spokojeny s hodnocením porodní bolesti na pracovištích. Z celkového počtu 419, více jak polovina respondentek $n = 231$ (55 %) odpovědělo, že ANO. Naopak $n = 21$ (5 %) odpověděla, že NE, není spokojena s hodnocením porodní bolesti na pracovištích. Zbýlých $n = 167$ (40) porodních asistentek udaly, že NEVÍM, hodnotily neutrálně, což byla skoro jedna třetina z celkového počtu. Porodních asistentek, jež udaly, že NE, nejsou spokojeny s hodnocením porodní bolesti na jejich pracovištích, jsme se dále zeptali, jaký je jejich důvod.

Položka 19.2 *Jaký je důvod, proč nejste spokojeny s hodnocením porodní bolesti na Vašem pracovišti?*

Pokud respondentky nebyly spokojeny s hodnocením porodní bolesti na jejich zdravotnickém zařízení, byly tázány proč. Odpovědělo 5 respondentek, zbylé se zdržely odpovědi.

R1 odpověděla, že pro porod je porodní bolest žádoucí, nemyslí si, že je třeba ji hodnotit dle předepsaných směrnic, pokynů, škál, u každé rodičky individuální.

R2 napsala k odpovědi, že, by bylo vhodné více využívat nefarmakologické metody, ženy více edukovat a podpořit je, aby byly léky podávány u co nejméně případů.

R3 si myslí, že lékaři nevnímají péči porodní asistentky jako účinnou, postupují rutinními způsoby bez ohledu na to, jak žena vnímá porodní bolest.

Porodní asistentky dle jejích slov musí poslouchat lékaře bez závislosti na svých kompetencích a autonomii k vedení fyziologického porodu, tedy poskytovat ženě pomoc právě zvládat porodní bolest, hodnotit ji, dokumentovat.

Stejného názoru byla **R4**, která napsala, že lékaři by mohli dávat více na názor porodních asistentek a naslouchat jim, jelikož jsou s ženami více oproti lékařům.

Poslední respondentka **R5** napsala, že k hodnocení porodní bolesti nejsou vhodné hodnotící škály, jako je VAS. Na jejím pracovišti musí používat tento nástroj a není s tím spokojena, neboť není žádoucí pro hodnocení porodní bolesti. Uvítala by jiný hodnotící nástroj nebo využívat pouze intuici a sledování projevů ženy, jak verbálních, tak neverbálních, psychosomatických.

Z výsledků dotazníkového průzkumu, je patrné, že dle porodních asistentek pro hodnocení porodní bolesti chybí adekvátní hodnotící škála, nástroj, není jednotný přístup v péči o rodící ženu. Porodní asistentky hodnotí porodní bolest jako přirozený jev, který by neměl být hodnocen jako jiné typy bolesti a měl by mít vlastní hodnotící nástroj. Porodní bolest hodnotí porodní asistentky v klinické praxi hlavně za pomoci verbálních, neverbálních projevů ženy, následně za pomoci CTG, občas za využití hodnotícího nástroje VAS, NRS. Tyto techniky však využívají, jelikož musí dodržovat pravidla daného zdravotnického zařízení. Z výpovědi dále plyne, že není jednotná forma zápisu zhodnocení porodní bolesti. Některé porodní asistentky sice porodní bolest zhodnotí, ale již posouzení nezdokumentují. K péči o rodící ženu s porodní bolestí se snaží využívat zprvu nefarmakologické metody a posléze ve spolupráci s lékařem farmakologické metody. Jako nefarmakologické metody využívají hlavně polohování, využití tepla, ať už studeného nebo teplého, nácvik dýchání. Další metody jsou méně užívané, což si myslím, že je škoda a porodní asistentky by měly mít větší povědomí o jednotlivých metodách. V posledním porodní asistentky chtějí více možnosti autonomie a samostatnosti při péči o rodící ženy s porodní bolestí, nejen pod vedením lékařů. Výsledky průzkumu pomohly k argumentaci překladu a přípravě nového hodnotícího nástroje pro porodní bolesti pro českou klinickou praxi.

10.3 Výsledky II. Fáze výzkumu – Překlad hodnotícího nástroje

V druhé fázi výzkumu byl proveden překlad anglické verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale pomocí metody zpětného překlada do českého jazyka (popsáno v Metodice práce, v Kapitole 9.3). Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, porodní bolest je hodnocena v české klinické praxi obvykle pomocí hodnotících nástrojů VAS, NRS. Na podkladě zaměřených studií na porodní bolest byl však vytvořen v USA nový hodnotící nástroj Labor Coping Scale - LCS, hodnotící ne intenzitu porodní bolesti, avšak adaptaci žen na porodní bolest (ACOG, 2018; Roberts, 2010). Studie Roberts potvrdila v americké klinické praxi platnost a spolehlivost tohoto nástroje (ACOG, 2018; Roberts, 2010). Následně byl podobný nástroj vytvořen právě komunitními porodními asistentkami ve Velké Británii (Childbirth Professionals International, 2018). Nicméně hodnotící nástroj Labor Coping Scale je k dispozici momentálně pouze v anglické verzi, bez posouzení validity autory. Tím, že neexistuje žádný jiný nástroj srovnatelně využitelný pro hodnocení porodní bolesti, není možné následně zcela zhodnotit validitu ani psychometrické vlastnosti české verze Labor Coping Scale. Tento hodnotící nástroj byl využit pro naše potřeby po získání souhlasu autora (viz Příloha 1). Poté mohl být proveden samotný překlad hodnotícího nástroje. Na tvorbě pilotní české verze nástroje Labor Coping Scale se podíleli 3 překladatelé (A, B, C). Celkem bylo překládáno 146 výrazů. Naprostá shoda nastala u všech překladatelů u 120 (82 %) výrazů.

Ve 26 případech (18 %) se lišily překládané verze, ale následně došlo k domluvě mezi specialisty podílejícími se na překladu za pomoci česko-anglického výkladového slovníku. V žádném případě nebyl problém při samotném překladu výrazů. Většinou se jednalo o dva výrazy, které byly vybrány i na podkladě jazykové správnosti, ale i intuice překladatelů. Diskutované výrazy, kde nedošlo hned ke shodě při překladu znázorňuje Tabulka 27.

Diskutovaných výrazů mezi překladateli A a B při překladu bylo 8 (5 %) výrazů (Mother alone, Worried, Conscious, LED – candles, Clothes, Increase Food, Counter Pressure, Swaying). První výraz „Mother Alone“ měl překlady „matka sama × samotná matka, kde byl specialisty zvolen výraz „matka sama“. Druhý výraz „Worried“ byl překládán jako „zvýšená pomoc × zvýšení pomoci“. Překladatelé zvolili druhou variantu.

Překlad slova „Conscious“ zněl „sebejistota × sebevědomí“. Specialisté se shodli, pro první variantu překladu, jež jim přišla pro užití v hodnotícím záznamu vhodnější. Anglický výraz „LED – candles“ byl přeložen jako „studené svíčky × studené světlo“, kdy byl použit doslovný překlad, tedy „studené svíčky“. „Clothes“ pojem byl přeložen jako „oblečení × prádlo“. Specialisté na překlad zvolili opět doslovnější překlad „oblečení“ ve spojení s porodem se změnou oblečení. Anglický termín „Increase Food“ byl linguisty přeložen jako „příjem jídla × příjem stravy“. Překladatelé po diskusi zvolili termín příjem jídla. „Counter Pressure“ v překladu „měření krevního tlaku × měření tlaku“. Obě varianty byly hodnoceny jako vhodné, avšak následně byl použit výraz delší. Poslední překládaný výraz „Swaying“ neboli „kývání × pohupování“ byl zvolen druhý výraz. Všechny tyto diskutované výrazy byly vyhodnoceny specialisty na překlad jako vhodnými k použití do nového hodnotícího záznamu.

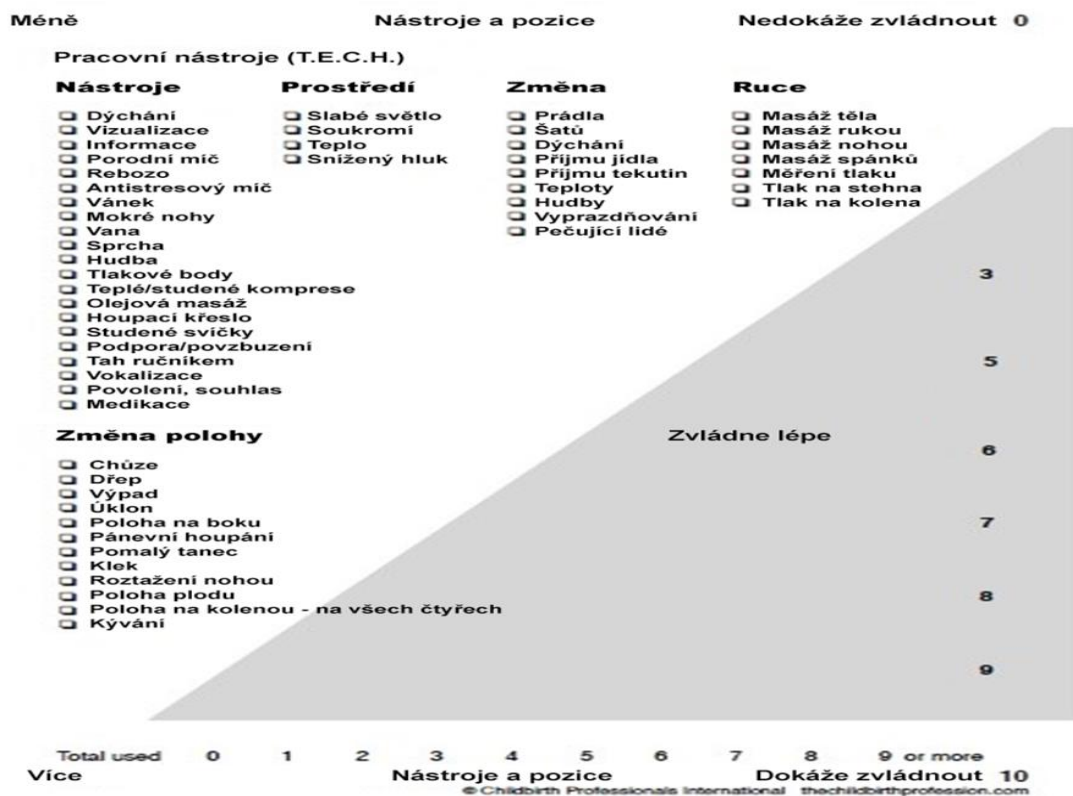
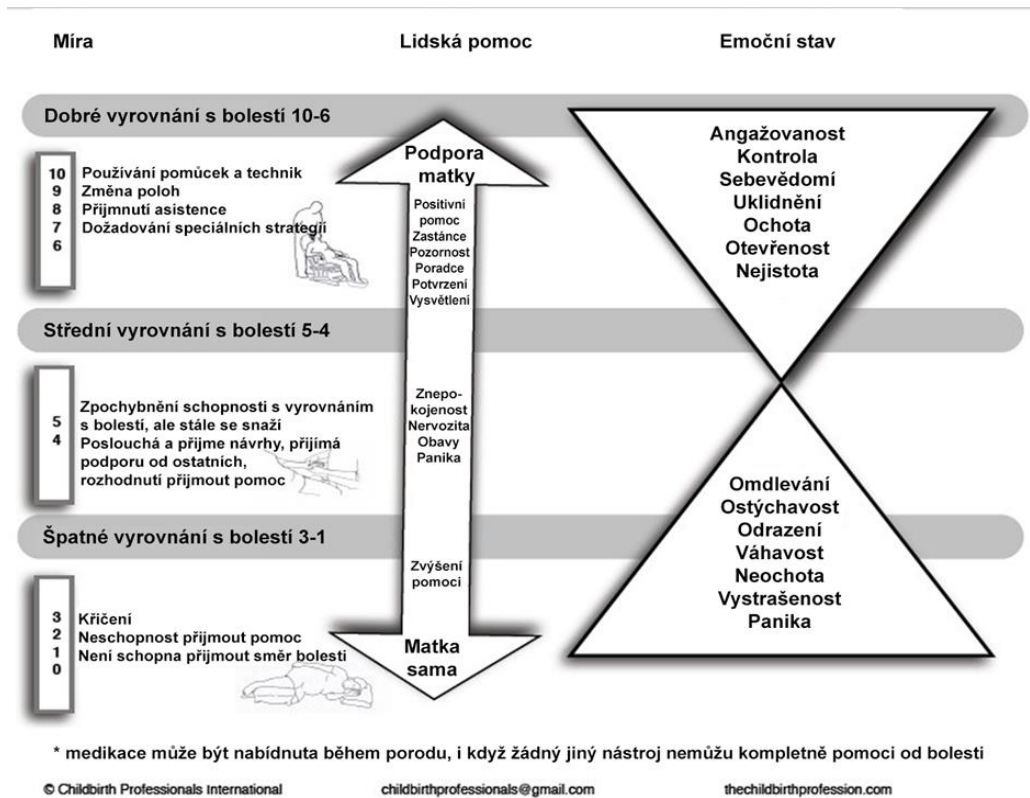
U překládaných výrazů (Coping Well; Human Assistance; Tools and Position; Not Coping Well; Information; Support People), které byly diskutovány s linguisty a překladateli se vyskytoval největší problém ve volbě překladu. V 7 případech (5 %) překládaných výrazech (Emotional State; Position Changes; Labor Tools; Massage Temples; Worried; Tools; Hot/Cold Compresses) se jednalo o synonyma, rozdíly v singuláru a plurálu. (4 %) výrazů (Screaming; Diffidence; Terrified; Support; Accept) se jednalo o synonyma. U všech těchto výrazů došlo ke shodě při domluvě specialistů, překladatelů ve volbě vhodného finálního výrazu, jež bude použit do překládané verze nového hodnotícího nástroje. Název Labor Coping Scale byl přeložen do české verze jako Copingová škála porodní bolesti.

Všechny jednotlivé rozdíly, jež se v průběhu překladů objevovaly pravděpodobně vyplynuly z rozdílnosti slovní zásoby všech překladatelů. V takovém případě byla provedena vždy diskuse linguistů a vybrána ta varianta, která nejvíce odpovídala originálnímu významu. Také bylo zohledněno, aby zvolený překlad byl nejvíce přijatelný po stylistické a významové stránce do českého jazyka. V překladu specialisté nevyužívali pouze odborné překládané výrazy, ale v některých případech byla použita intuice v překladu.

Po překladu odborníků A a B, rodilý mluvčí, překladatel C obdržel finální českou verzi, u které provedl zpětný překlad české verze hodnotícího záznamu zpět do anglického jazyka. Originální text překladu překladatel C neznal. Výsledná pilotní česká verze nového nástroje pro porodní bolest Labor Coping Scale je uvedena na Obrázku 23.

Tabulka 27 Překládané verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale – u kterých nedošlo ke shodě (Zdroj: Vlastní, 2020)

Diskutované výrazy	Anglická verze	Překladatel 1	Překladatel 2	Překladatel 3	Finální verze výrazů
	Mother Alone	Matka sama	Samotná matka	Osamělá matka	Matka sama
	Worried	Zvýšení pomoci	Zvýšená pomoc	Zvýšení pomoci	Zvýšení pomoci
	Conscious (Confident)	Sebevědomí	Sebejistota	Sebevědomí	Sebejistota
	LED Candles	Studené světlo	Studené svíčky	Studené světlo	Studené svíčky
	Clothes	Oblečení	Prádlo	Oblečení	Oblečení
	Increase Food	Příjem jídla	Příjem stravy	Příjem jídla	Příjem jídla
	Counter Pressure	Měření tlaku	Měření krevního tlaku	Měření tlaku	Měření krevního tlaku
	Swaying	Kývání	Pohupování	Kývání	Pohupování
	Coping Well	Stav vyrovnání s bolestí	Míra vyrovnání s bolestí	Stav vyrovnání s bolestí	Vyrovnání se s bolestí
	Human Assistance	Lidská pomoc	Pomoc porodní asistentky	Lidská pomoc	Lidská pomoc
	Tools and Position	Nástroj pro porod	Nástroje a pozice	Nástroj pro porod	Nástroje a pozice
	Not Coping Well	Neschopnost přijmout pomoc	Není schopna přijmout pomoc	Neschopnost přijmout pomoc	Není schopnost přijmout pomoc
	Information	Informovanost	Informace	Edukace	Informovanost
	Support People	Pečující lidé	Porodní asistentka	Porodní asistentka	Pečující lidé
	Emotional State	Emoční stav	Emoční stavy	Emoční stav	Emoční stavy
	Position Changes	Změna polohy	Změna polohy	Změna polohy	Změna polohy
	Labor Tools	Pracovní nástroj	Pracovní nástroje	Pracovní nástroj	Pracovní nástroje
	Massage Temples	Masáž spánku	Masáž spánků	Masáž spánku	Masáž spánků
	Worried	Obava	Obavy	Obava	Obavy
	Tools	Nástroj	Nástroje	Nástroj	Nástroje
	Hot/Cold Compresses	Teplé/studené komprese	Teplá/studená komprese	Teplé/studené komprese	Teplá/studená komprese
	Screaming	Křik	Křičení	Křik	Křik
	Diffidence	Ostýchavost	Stud	Ostýchavost	Stud
	Terrified	Vystrašenost	Strach	Vystrašenost	Strach
	Support	Podpora	Povzbuzení	Podpora	Povzbuzení
	Accept	Povolení	Souhlas	Povolení	Souhlas



Obrázek 23 Přeložená verze Labor Coping Scale část A a B (Zdroj: Vlastní, 2019)

Obrázek 23 znázorňuje překlad české pilotní verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale. Lze vidět, že hodnotící nástroj se skládá ze dvou částí. První část je oblast hodnotící škála, posuzující adaptaci žen na porodní bolest. Druhá část poukazuje na možné copingové strategie, které by mohla porodní asistentka využít při práci s rodící ženou s porodní bolestí, jež by vyznačovala nedostatečnou adaptaci na porodní bolest.

První část se dále skládá z 5 oblastí, jež jsou sledovány a pomáhají porodní asistentce posoudit závěrečnou adaptaci ženy a coping na porodní bolest. Sledované oblasti jsou emoční stav ženy, zvládání porodní bolesti na stupnici (10 – 7 coping; 6 – 3 střední coping; 3 – 0 žádný coping), změnu kognitivních funkcí, změnu sociálních funkcí, komunikace s porodní asistentkou, zdravotnickým personálem, zvládání porodní bolesti. Při překladu byly zachovány všechny oblasti a položky nástroje. Hodnotící nástroj je obsahově shodný s anglickou verzí. V další fázi byla realizována diskuse s 10 odborníky z klinické praxe k získání zpětné vazby-debriefing (popsáno viz Metodika 9.3, 9.3.5). Experti splňující kritéria, hodnotili vhodnost překladu verze 1, 2, 3 a finální verze 4 (viz Tabulka 28) a jejich oblasti překladu (1 - přesné; 2 = dobré, ale ne zcela přesné; 3 = nepřesné; třibodová stupnice překladu, která hodnotila přesnost překladu). U všech oblastí překladů byly hodnoceny I-CVI a kappa index (Polit et al., 2007; Liu et al., 2011). Jako minimální přijatá hodnota I - ICV score pro zařazení překládané položky do hodnotícího nástroje byla v souladu s doporučením hodnota $\geq 0,78$, čímž každá položka byla považována za ideální. Kappa index K^* byl interpretován jako uspokojivý při hodnotách $K^* 0,40-0,59$, dobrý = $0,60 - 0,74$; výborný = $K^* \geq 0,74$. Index obsahové validity u zvolených položek se pohyboval v rozmezí $0,4 - 1,0$. U hodnot Kappa bylo rozmezí $0,337 - 1,00$. Minimální hodnoty indexu obsahové validity a kappa nedosahovalo 6 oblastí u překladů 2 a 3. Získané hodnoty pomohly k posouzení indexu obsahové validity a kappa verzí překladů a následně volby 1 překladu k vytvoření předběžné české verze nového hodnotícího nástroje. Na základě výsledků z této a předchozí fáze výzkumu byla upravena pilotní česká verze hodnotícího nástroje pro porodní bolest Labor Coping Scale (LCS) pro porodní asistentky v české klinické praxi k péči o rodičky s porodní bolestí (viz Příloha 3). V této fázi výzkumu proběhl překlad Labor Coping Scale do českého jazyka za pomoci adekvátní metodiky viz výše. V dalším kroku bylo třeba posoudit uživatelskou přívětivost hodnotícího nástroje (pomoci focus groups 1 a 2), srozumitelnost, praktičnost pro českou klinickou praxi. Zda bylo třeba upravit hodnotící nástroj pro porodní asistentky pro jejich užití při péči o rodící ženy s porodní bolestí, na podkladě jejich výpovědí.

Tabulka 28 Kvantitativní analýza překladu - panel expertů, porodních asistentek N_{PA} (Zdroj: Vlastní, 2020)

Analýza překladu	Verze 1			Verze 2			Verze 3			Final verze		
	NZ	CS	CI	NZ	CS	CI	NZ	CS	CI	NZ	CS	CI
PA1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1
PA2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PA3	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
PA4	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1
PA5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PA6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PA7	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1
PA8	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1
PA9	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	1	1
PA10	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1
A	9	5	4	9	6	5	10	5	4	10	10	10
I-CVI	0,9	0,5	0,4	0,9	0,6	0,5	1,1	0,5	0,4	1,0	1,0	1,0
PC	0,010	0,246	,205	0,010	0,205	0,246	0,001	0,246	0,205	0,001	0,001	0,001
Kappa*	0,899	0,337	0,245	0,899	0,497	0,337	1,000	0,337	0,245	1,000	1,000	1,000

* PA 1 – 10 počet expertek, porodních asistentek (N = 1 – 10); Využití třibodové stupnice hodnocení překladu expertkami (1 - přesné; 2 = dobré, ale ne zcela přesné; 3 = nepřesné; třibodová stupnice překladu, která hodnotila přesnost překladu); Nz = název; CS = copingová stupnice; CI = Copingové intervence; *A = ; I-CVI = index obsahové validity; PC = ; Kappa* = kappa index

10.4 Výsledky IV. fáze výzkumu – Ověření uživatelské přívětivosti LCS v české klinické praxi

Cílem IV. fáze výzkumu byla úprava finální verze nové české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale Labor Coping Scale a zhodnocení uživatelské přívětivosti a využitelnosti nástroje v české klinické praxi. Tato fáze navazuje na III. fázi výzkumu, kde byl popsán samotný překlad hodnotícího nástroje.

Posouzení uživatelské přívětivosti a využitelnosti nástroje Labor Coping Scale probíhalo ve dvou krocích (metodika popsána podrobně v Kapitole 9.4).

10.4.1 Výsledky focus groups

V prvním kroku byla realizována diskuze s porodními asistentkami za pomoci metody focus groups 1 a 2. Diskuze focus groups probíhala formou online přes program Big Blue Butten z důvodu pandemické situace spojené s Covid19, čímž mohly být rozhovory nahrávány a následně provedena doslovná transkripce videonahrávky. Jednotlivé výpovědi porodních asistentek hodnotících uživatelskou přívětivost a využitelnost předloženého nového hodnotícího nástroje popisuje Tabulka 29.

Výpovědi jsou rozděleny do kategorií dle oblastí, které byly u respondentek zjišťovány: Plusy (výhody), Mínusy (nevýhody), Návrhy na změnu (využití v klinické praxi, orientace). Oblasti kategorií byly posuzovány na podkladě zájmu a subjektivity autorky práce, co považovala za adekvátní pro zpětnou vazbu k úpravě hodnotícího nástroje a tvorbě jeho finální verze. Celkově se do focus group zapojilo 16 porodních asistentek, vždy focus group 1 (n = 8), focus group 2 (n =8).

Výsledky v Tabulce 29 popisují výpovědi respondentek zapojených do focus groups 1 a 2. Diskuze v obou focus group byla velmi konstruktivní a přinesla řadu možností a zpětnou vazbu k úpravě finální verze nového hodnotícího nástroje pro porodní bolest. Porodní asistentky z praxe v obou focus group se mohly vyjádřit svými názory, posoudit klady a zápory hodnotícího nástroje a následně možnosti pro zlepšení a změnu, úpravu.

Tabulka 29 Odpovědi focus group (Zdroj: Vlastní, 2020)

Výsledky focus group 1, 2 (n = 16)	
Focus group 1 (n = 8)	Focus group 2 (n = 8)
Plusy, výhody	Plusy, výhody
PA1F1: Kladně hodnotím nástroj pro přehlednost intervencí pro porodní bolest, kdy některé ani neznám.	PA1F2: Hodnotím nástroj vypadá velmi zajímavě, na první pohled bych řekla skoro podobně jako př. VAS.
PA2F1: Význam hodnotícího nástroje více odpovídá hodnocení porodní bolesti (zvládnání porodní bolesti).	PA2F2: Na nástroji se mi líbí vypsání jednotlivé intervence, metody, které mohu využít při péči s rodičí ženou, některé ani neznám.
PA3F1: Nástroj popisuje mnoho intervencí, které mohu nabídnout ženě při péči s ní s porodní bolestí.	PA3F2: Kontext nástroje se mi líbí, asi více odpovídá pro hodnocení porodní bolesti – hodnocení adaptace, zvládnání porodu, porodní bolesti, než když bych měla hodnotit intenzitu porodní bolesti.
PA4F1: Jednotlivé oblasti popisují zvládnání porodní bolesti ženy a následně rozdělení do kategorie, škály, což si myslím více odpovídá individualitě porodní bolesti.	PA4F2: Souhlasím s kolegyní, nelíbí se mi nyní, že musíme hodnotit porodní bolest VAS škálou. Tato technika se mi zdá více odpovídající pro bolest v porodnictví. Myslím si, že tato škála by se dala využít i při hodnocení porodní bolesti u indukovaných porodů, po porodu císařským řezem, poporodní bolest.
PA5F1: Hodnotím kladně, nikdy jsem se s podobnou hodnotící technikou nesetkala.	PA5F2: Přesně tak, nikdy předtím jsem se s podobným nástrojem nesetkala a také si myslím, že bude vhodnější pro hodnocení porodní bolesti.
PA6F1: Jsem stejného názoru, co kolegyně, také jsem se nikdy s podobným hodnotícím nástrojem nesetkala. Považuji jej určitě za zajímavý, lepší než VAS, NRS.	PA6F2: Nástroj vypadá podobně jako VAS, líbí se mi možnosti metod k péči o ženu s porodní bolestí, některé ani neznám, nesetkala jsem se s nimi v praxi.
PA7F1: Nikdy jsem se s podobným nástrojem taktéž nesetkala. Líbí se mi přehled hodnotících intervencí, které mohu použít při péči s ženou.	PA7F2: Zajímavá nová hodnotící technika, myslím si, že je dost podobná VAS.
PA8F1: Zajímavý nový hodnotící nástroj, dle mého bude lepší než VAS, NRS, nehodnotí „intenzitu“ porodní bolesti, ale spíše „zvládnání“ bolesti, což by mne však i tak nenapadlo hodnotit.	PA8F2: Určitě si myslím, že je využitelnější než jiné techniky.
Mínusy, nevýhody	Mínusy, nevýhody
PA1F1: Myslím si, že i přesto je nástroj dosti podobný VAS, NRS, což není v praxi vítáno pro hodnocení porodní bolesti.	PA1F2: Hodnotící nástroj je podobný jako VAS, obávám se, jak bude přijat v klinické praxi u dalších porodních asistentek. Sama si myslím, že je systém zahlcen hodnotícími technikami, škálami, které z mého pohledu nejsou příliš vítány.
PA2F1: Nástroj by mohl být jednodušší, jedna stránka, klidně bez oblastí, které udávají kam ženu zařadit, jak zvládá porodní bolesti.	PA2F2: Nástroj by dle mého názoru mohl být jednodušší. Stačilo by, kdyby se skládal z hodnotící škály a vypsání možných metod pro porodní bolest, které mi budou nápomocné při péči o ženu.
PA3F1: Souhlasím s kolegyní, nástroj by mohl být jednodušší. Jen se bojím s ohlasem dalších porodních asistentek, že by měly využívat hodnotící škálu, nástroj, už i tak se k tomu staví negativně.	PA3F2: Tato technika je více odpovídající pro porodní bolest, ale zdá se mi podobná jako př. VAS. V úvodu postrádám popis, jak techniku využít, aby ji porodní asistentky nevyužívaly jako VAS.
PA4F1: Nástroj by mohl být jednodušší. Co bych považovala za vhodné, k nástroji dát úvod, co má nástroj popisovat, jak se využívá – návod? (hodnotit 0 až 10 nebo naopak 10 až 0).	PA4F2: Nejsem příliš zastánkyně hodnotících škál, technik. Trochu se obávám, jak bude technika přijata v praxi. Ale i přesto si myslím, že se více hodí pro bolest v porodnictví
PA5F1: Nástroj je podobný VAS, NRS, jen bych ocenila upřesnit, jak jej využít (pokud bych nástroj dostala poprvé do ruky).	PA5F2: Technika by mohla být jednodušší, kratší verze.

PA6F1: Jak říká kolegyně, nástroj vypadá jako VAS, NRS, jen bych upřesnila, že funguje na opačné stupnici.	PA6F2: Jsem stejného názoru, ale nemyslím si, že by to jinak celkově zhoršovalo orientaci, smysluplnost, srozumitelnost. I této verzi jsem rozuměla. Technika se mi zdá jednoduchá, odpovídající porodní bolesti. Dokážu si představit ji používat.
PA7F1: Také bych hodnotící nástroj zjednodušila, přijde mi zbytečné oblasti popisující, jak zařadit ženu do skóre, jak zvládá porodní bolesti.	PA7F2: Technika je, jak tu zaznělo podobná hodnotící škále pro bolest VAS, kterou nerada používám při hodnocení porodní bolesti. Porodní bolest tak příliš nehodnotím. Hodnotím bolest pouze na podkladě své intuice a subjektivity ženy.
PA8F1: Jsem stejného názoru jako PA7F1.	PA8F2: Nová technika je podobná jiným škálám pro bolest, ale zdá se bý více odpovídající pro porodní bolest. Zjednodušila bych formu, zkrátila bych ji. Jinak se mi zdá být srozumitelná, využitelná, jednoduchá metoda.
Návrhy na změnu	Návrhy na změnu
PA1F1: Asi bych nic neměnila.	PA1F2: Pro snadnější využití a přijetí do praxe bych hodnotící techniku zjednodušila, čím kratší verze, tím lepší pro praxi – stačila bych hodnotící škála s popisem, jak ji využít a případně intervence, metody, které porodní asistentka následně může použít.
PA2F1: Jak jsem již říkala, nástroj by mohl být jednodušší. Stačilo by kdyby obsahoval hodnotící škálu pro zhodnocení zvládnání porodní bolesti (bez oblastí popisu ke kategorizaci ženy do skóre). Poté druhá část, která by popisovala jednotlivé možné intervence k využití. Ocenila bych v úvodu návod, jak nástroj využít při péči s ženou.	PA2F2: Souhlasím s kolegyní, jsem téhož názoru.
PA3F1: Jsem stejného názoru jako kolegyně, upřímně, když se na hodnotící škálu podívám je zbytečně rozsáhlá.	PA3F2: Nijak bych hodnotící techniku neupravovala, přijme mi vhodná pro praxi, jen do úvodu bych doplnila informace týkající, jak techniku využít.
PA4F1: Souhlasím s kolegyněmi, také bych doporučila v úvodu napsat, že hodnotící nástroj posuzuje zvládnání porodní bolesti na škále od 10 – 0 (10 žena zvládá bolest/ 0 žena nezvládá porodní bolest) a následně v jedné části aby byla škála a v druhé vypsané jednotlivé intervence.	PA4F2: Jednotlivé oblasti mi přijdou vypovídající, srozumitelné, chybí mi v úvodu popis užití techniky, jinak není úplně třeba úprav, změn.
PA5F1: Mě osobně jednotlivé části pro kategorizaci, volbu škály u žen nevadí, jen bych v úvodu napsala, jak se nástroj využívá.	PA5F2: Uvítala bych kratší variantu, jinak se mi zdá být v pořádku. Dále by bylo vhodné doplnit doporučení, jak techniku používat, kdy, jak často, jak dokumentovat porodní bolest, jako součást techniky.
PA6F1: Já jsem názoru, že bych stejně jako kolegyně hodnotící nástroj rozdělila taktéž na dvě části, škálu a intervence. Více si myslím pro svoji praxi nepotřebujeme.	PA6F2: Technika se mi zdá užitečná, dle mě není třeba úprav, možná jak říkají ostatní, taktéž by bylo dobré popsat, jak ji využít a jak poté zapisovat porodní bolest, nějaké doporučení.
PA7F1: Souhlasím s kolegyněmi.	PA7F2: Nijak bych techniku eventuálně neměnila, možná bych uvítala v úvodu doporučení, informace, jak ji používat.
PA8F1: Taktéž souhlasím, ale jinak si zcela nemyslím, že by mi ostatní oblasti nějak vadili v přehlednosti a využití nástroje.	PA8F2: Upravila bych délku, formu, zjednodušila bych na jednu stránku (pouze škálu a intervence).

* PA 1 - 8 porodních asistentek (N = 1 - 8), F1 - focus group 1; F1 - focus group 2

Z výpovědí porodních asistentek z obou focus group 1 a 2 je patrné po posouzení oblasti kladů, plusů, že považují nový hodnotící nástroj za originální, nikdy předtím se s podobným nástrojem nesetkaly. Nástroj Labor Coping Scale považují za více adekvátní pro hodnocení porodní bolesti, dle nich odpovídá více tomu, co porodní bolest vyjadřuje.

Kladně hodnotí, že nástroj neposuzuje intenzitu porodní bolesti, ale spíše subjektivní prožitek, zvládání porodní bolesti u žen. Respondentkám z focus group se líbil i přehled intervencí, jež následně mohou využít při péči o ženu s porodní bolestí. Některé intervence sami ani neznaly.

Když jsme se ptali na nedostatky nástroje a mínusy odpovídaly nejčastěji porodní asistentky, že by uvítaly v úvodu doporučení, návod, jak nástroj použít, jak posuzovat dle nástroje porodní bolest u žen. V druhém případě jim přišly zbytečné oblasti pro posuzování žen k zařazení do skóre při adaptaci na porodní bolesti. Považují nástroj za obsáhlý, dle nich by mohl být jednodušší, avšak nepovažují to nijak za negativní, co by mělo zhoršovat orientaci nebo využití nástroje v praxi. Jako doporučení udávaly rozdělit nástroj na úvod, kde by bylo popsán návod, jak nástroj využít, následně hodnotící škála a třetí oblast intervence, které mohou v závěru využít při péči o ženu. Celkově hodnotily porodní asistentky focus group 1 i 2 nástroj za užitečný, využitelný a srozumitelný. Dle nich po zjednodušení by mohl nahradit stávající škály jako jsou VAS a NRS.

Jediné, co podotýkají je, že se obávají, jak budou reagovat na nový hodnotící nástroj ostatní porodní asistentky z klinické praxe. Je totiž všeobecně známo, že administrativní zátěž zdravotnických pracovníků vzrůstá, jak v požadavcích na hodnocení pacientů, tak na dokumentaci poskytnuté péče. Záležet samozřejmě bude i na přijetí hodnotícího nástroje managementem zdravotnických zařízení. Jinak si však myslí, že by s využitím v klinické praxi neměl být problém, což bude dalším podnětem pro náš další možný výzkum. Dvě respondentky navíc zmínily, že by uvítaly i doporučení, jak hodnotící techniku používat, v jaké situaci, jak často, jak následně dokumentovat porodní bolest. Výpovědi respondentek z focus group 1 a 2 posloužily k úpravě finální verze hodnotícího nástroje.

10.4.2 Zpětná vazba o uživatelské přívětivosti nástroje porodními asistentkami

V dalším kroku v této fázi výzkumu byla posuzována uživatelská přívětivost nástroje porodními asistentkami z focus group 1 a 2 k získání celkové zpětné vazby.

V druhé části byly porodní asistentky tázány na využití hodnotícího nástroje viz Tabulka 30. Výpovědi jsou popisovány v panelech, kde porodní asistentky odpovídaly na možnosti zhodnocení využití hodnotícího nástroje v klinické praxi a srozumitelnosti nástroji: 1 = ANO; 2 = MOŽNÁ; 3 = NE – nepřesné. Ve většině případů zúčastněné porodní asistentky odpovídaly v odpovědích ANO nebo MOŽNÁ. Žádná respondentka neudala odpověď NE.

Tabulka 30 Kvantitativní zhodnocení využití nástroje focus group (Zdroj: Vlastní, 2020)

Focus group 1 a 2 (n = 16)	1 – ANO	2 – MOŽNÁ	3 – NE
Metoda je jednoduchá	PA1F1, PA5F1, PA6F1, PA8F1	PA2F1, PA3F1, PA4F1, PA7F1	0
	PA2F2, PA3F2, PA5F2, PA7F2	PA1F2, PA4F2, PA6F2, PA8F2	0
Metoda je rychlá	PA1F1, PA5F1, PA6F1, PA8F1	PA2F1, PA3F1, PA4F1, PA7F1	0
	PA2F2, PA3F2, PA4F2, PA7F2	PA1F2, PA5F2, PA6F2, PA8F2	0
Metoda je jasná	PA1F1, PA5F1, PA6F1, PA8F1	PA2F1, PA3F1, PA4F1, PA7F1	0
	PA2F2, PA3F2, PA4F2, PA7F2	PA1F2, PA5F2, PA6F2, PA8F2	0
Metoda je odpovídající	PA1F1, PA5F1, PA6F1, PA7F1	PA2F1, PA3F1, PA4F1, PA8F1	0
	PA2F2, PA3F2, PA4F2, PA7F2	PA1F2, PA5F2, PA6F2, PA8F2	0
Všechny části nástroje jsou Vhodné	PA2F1, PA5F1, PA6F1, PA8F1	PA1F1, PA3F1, PA4F1, PA7	0
	PA2F2, PA3F2, PA4F2, PA7F2	PA1F2, PA5F2, PA6F2, PA8F2	0
Nástroje je vhodný k hodnocení porodní bolesti	PA3F1, PA5F1, PA6F1, PA8F1	PA2F1, PA1F1, PA4F1, PA7F1	0
	PA2F2, PA3F2, PA4F2, PA7F2	PA1F2, PA5F2, PA6F2, PA8F2	0

*PA 1 - 8 porodních asistentek (N = 1 - 8), F1 - focus group 1; F1 - focus group 2

Při posuzování uživatelské přívětivosti, ve většině případů hodnotí porodní asistentky nový nástroj jako metodu jednoduchou, rychlou, jasnou a vhodnou k využití v klinické praxi pro hodnocení porodní bolesti u rodičích žen. Nástroj jim přijde po formální stránce, srozumitelný, relativně přehledný, jednoduchý, svým použitím podobný jako nástrojům pro hodnocení porodní bolesti jako jsou VAS a NRS.

Z výsledků je patrné, že porodní asistentky z klinické praxe hodnotí překlad nástroje bez větších připomínek. Na základě výsledků a doporučení respondentek z focus group 1 a 2 z této a předchozí fáze výzkumu byla upravena česká finální verze Labor Coping Scale pro porodní asistentky v české klinické praxi k péči o rodičky s porodní bolestí (viz Obrázek 24). Finální česká verze Labor Coping Scale – Copingová škála porodní bolesti byla zjednodušena. Upraven byl úvod, který obsahuje seznámení a návod práce s hodnotícím nástrojem. Následuje samotná hodnotící škála, její klasifikace a popis. Druhou částí jsou možné intervence k péči o ženu s porodní bolestí. Nový hodnotící nástroj pro porodní bolest Labor Coping Scale – Copingová škála bolesti byl navržen tak, aby byl jednoduchý, rychlý, vhodný pro hodnocení porodní bolesti a následně pomohl porodním asistentkám poskytnout vhodnou intervenci k zvládnutí porodní bolesti. Všechny tyto aspekty byly cílem našeho výzkumu.

COPINGOVÁ ŠKÁLA PORODNÍ BOLESTI

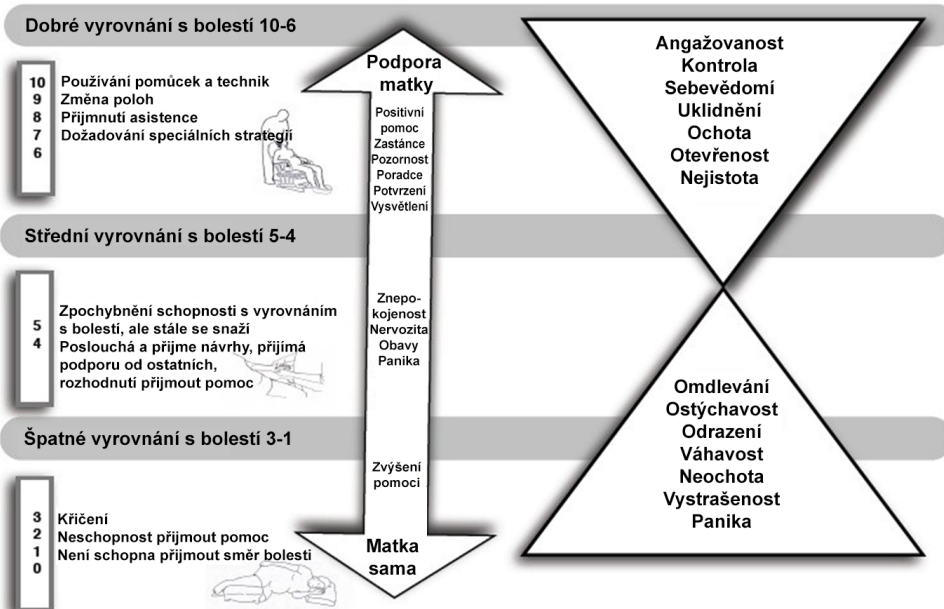
Hodnotící nástroj posuzuje na stupnici 0 - 10 zvládnání a adaptaci rodící ženy na porodní bolest a poukazuje na potřebu a možnosti pomoci ženě s porodní bolestí.

- 0 - 3 Žádný coping - potřeba vysoké míry pomoci
- 4 - 5 Střední coping - potřeba střední míry pomoci
- 6 - 10 Vysoký coping - potřeba nízké míry pomoci

Míra

Lidská pomoc

Emoční stav



* medikace může být nabídnuta během porodu, i když žádný jiný nástroj nemůžeme kompletně pomoci od bolesti

Méně	Nástroje a pozice	Nedokáže zvládnout 0
Pracovní nástroje (T.E.C.H.)		
Nástroje	Prostředí	Změna
<input type="checkbox"/> Dýchání <input type="checkbox"/> Vizualizace <input type="checkbox"/> Informace <input type="checkbox"/> Porodní míč <input type="checkbox"/> Rebozo <input type="checkbox"/> Antistresový míč <input type="checkbox"/> Vánek <input type="checkbox"/> Mokrý nohy <input type="checkbox"/> Vana <input type="checkbox"/> Sprcha <input type="checkbox"/> Hudba <input type="checkbox"/> Tlakové body <input type="checkbox"/> Teplé/studené komprese <input type="checkbox"/> Olejová masáž <input type="checkbox"/> Houpací křeslo <input type="checkbox"/> Studené svíčky <input type="checkbox"/> Podpora/povzbuzení <input type="checkbox"/> Tah ručníkem <input type="checkbox"/> Vokalizace <input type="checkbox"/> Povolení, souhlas <input type="checkbox"/> Medikace	<input type="checkbox"/> Slabé světlo <input type="checkbox"/> Soukromí <input type="checkbox"/> Teplý <input type="checkbox"/> Snížený hluk	<input type="checkbox"/> Prádla <input type="checkbox"/> Šatů <input type="checkbox"/> Dýchání <input type="checkbox"/> Příjmu jídla <input type="checkbox"/> Příjmu tekutin <input type="checkbox"/> Teploty <input type="checkbox"/> Hudby <input type="checkbox"/> Vyprazdňování <input type="checkbox"/> Pečující lidé
Ruce		
<input type="checkbox"/> Masáž těla <input type="checkbox"/> Masáž rukou <input type="checkbox"/> Masáž nohou <input type="checkbox"/> Masáž spánků <input type="checkbox"/> Měření tlaku <input type="checkbox"/> Tlak na stehna <input type="checkbox"/> Tlak na kolena		
Změna polohy		
<input type="checkbox"/> Chůze <input type="checkbox"/> Dřep <input type="checkbox"/> Výpad <input type="checkbox"/> Úkton <input type="checkbox"/> Poloha na boku <input type="checkbox"/> Pánevní houpání <input type="checkbox"/> Pomalý tanec <input type="checkbox"/> Klek <input type="checkbox"/> Roztažení nohou <input type="checkbox"/> Poloha plodu <input type="checkbox"/> Poloha na kolenou - na všech čtyřech <input type="checkbox"/> Kývání		
	Zvládne lépe	
		3
		5
		6
		7
		8
		9

Obrázek 24 Finální česká verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale - Copingová škála porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2021)

11 DISKUSE

Porodní bolest je označována za přirozený psychosociální prožitek v životě ženy. Řada autorů (Mander, 2014; Pařízek, 2018; Roberts et al., 2010) charakterizuje ve svých publikacích porodní bolest jako součást fyziologie při přirozeném průběhu porodu. Disertační práce byla věnovaná změně přístupu v péči o ženu s porodní bolestí, hodnocení porodní bolesti. Hlavním cílem práce byl překlad nového hodnotícího nástroje Labor Coping Scale. Práce přichází s českou verzí nového hodnotícího nástroje pro porodní bolest Labor Coping Scale. V průběhu práce byl zjišťován přístup porodních asistentek v české klinické praxi k argumentaci překladu a tvorbě nového nástroje.

11.1 Diskuse - Literární přehled

Analýza literárních zdrojů popsaná v Kapitole 1 a samotné výsledky v Příloze 5 vedly ke komplexnímu posouzení situace v péči o rodičky s porodní bolestí.

Studii, zabývajících se copingovými strategiemi využívanými při péči o ženu s porodní bolestí, není příliš, proto je důležité se podívat na porodní bolest z vícerozměrného aspektu, aby se zvýšilo porozumění tomu, jak ženy interpretují schopnost zvládat porodní bolest bez ohledu na individuální nebo kontextové rozdíly, které jsou v rámci zjištění zdůrazněny. To vše má vést ke změně v pochopení poskytované péče při porodu o rodící ženu.

Z dat je patrné, že dnešní porodnictví ve 21. století je zaměřeno na zmírnění porodní bolesti, urychlení porodního procesu, což je však často spojováno s vyšším výskytem porodnických komplikací, zásahu do porodního procesu, a hlavně traumaty spojenými s porodem (Escott et al., 2004; Gibson, 2014; Roberts et al. 2010; Slade et al., 2000; Whitburn et al., 2014). K porodní bolesti je přistupováno jako k patologickému stavu, s potřebou odstranit porodní bolest, což je dle dokladů mylné. Výsledky zmiňovaných studií dokládají pozitivní vliv a efekt porodní bolesti na průběh porodu. Dále poukazují na efektivitu nefarmakologických metod, jež se podílí právě na zvládnutí porodní bolesti bez nutnosti farmakologického zásahu.

Porodní bolest a porod k sobě nerozlučně patří, je tedy žádoucí změnit přístup k filozofii péče o ženu v průběhu porodu. Největší podíl na zvládnutí porodu, prožívání a vnímání porodní bolesti je připravenost ženy, prostředí, porodní asistentka a její přístup k rodící ženě s porodní bolestí, jak diagnostikuje, poskytuje vhodné, nefarmakologické copingové intervence.

Pokud je ženám poskytnuta adekvátní copingová nefarmakologická metoda při porodu, lépe zvládají porodní bolest a následně udávají i méně strachu, úzkosti při porodu, není potřeba farmakologických intervencí, ženy mají nižší procento komplikací při porodu a v poporodním období, což potvrzují již zmiňované zahraniční studie (Karlsdottir et al., 2014; Rachmawati et al., 2012).

Ve studii Roberts (2010) rodičky hodnotily pozitivně kontinuální péči porodní asistentky a možnost volby copingových technik, s tím, že byly spokojené s vlastním porodem a zvládáním porodní bolesti. Ženy ve většině případů navštěvovaly psychoprophylaxi k porodu a byly seznámeny s copingovými strategiemi ještě před porodem. Zde je patrná důležitost seznámit ženy s porodní bolestí, možnostmi jejího zvládnutí, využitím nefarmakologických copingových strategií již v předporodním období a následně v průběhu porodu na podkladě individuální potřeby ženy v průběhu porodu (Karlsdottir et al., 2014; Slade et al., 2000). Je tu patrný velký důraz, aby porodní asistentky znaly copingové a komunikační strategie (Escott, 2004). Neboť z dat vyplývá, že porodní asistentky mají spíše nedostatečné povědomí o nefarmakologických copingových metodách. Je zřejmé, že porodní asistentky by měly mít větší znalost v metodách a jejich možnostech užití (Beige et al., 2010).

Další, na co studie poukazovaly v péči o rodičky s porodní bolestí, byl pozitivní vliv kontinuální péče porodní asistentky (Karlsdottir et al. 2014; Leap et al, 2010). Výsledky potvrdily, že při kontinuálním, komplexním poskytování péče těhotné ženě v průběhu těhotenství, při a po porodu jednou porodní asistentkou nebo skupinou porodních asistentek, ženy lépe zvládaly nejen těhotenství, ale hlavně porod, porodní bolest a výrazně méně užívaly u porodu farmakologické metody pomáhající od bolesti v porovnání s nefarmakologickými metodami. Ženy hodnotily pozitivně zvládnutí samotného porodu, porodní bolesti a byly více spokojeny s péčí porodní asistentky. Ženy se zdály být více povzbuzovány a podporovány v průběhu porodu, více se snažily spolupracovat s porodní asistentkou, využít různých nefarmakologických metod ke zvládnutí porodní bolesti (Gibson, 2014; Ingela et al., 2002; Roberts et al., 2010; Slade et al., 2000; Whitburn et al., 2014). V dnešní době ve světě existují v zásadě dva přístupy k poskytování péče těhotným a rodícím ženám s porodní bolestí. Nelze říci, že jsou vždy poskytovány zcela samostatně, v převážné většině se jedná v péči o rodičky o jejich kombinaci. První model je spojen s poskytováním péče lékaři, s využitím farmakologických metod tlumících porodní bolest. Filozofií tohoto modelu je lékařské přesvědčení, že porodní bolest musí být maximálně snížena či zcela odstraněna. Ženám by měla být nabízena možnost bolest odstranit.

Druhý model je zaměřen na využívání nefarmakologických metod pomáhající ženám pracovat s porodní bolestí, péči porodní asistentkou s využitím nefarmakologických copingových strategií. Tento model hodnotí jako více efektivní, neboť pomáhá ženám lépe v oblasti psychologické, ke snížení stresu již v průběhu těhotenství, strachu z vlastního porodu a posléze v průběhu porodu, zlepšení sebepojetí žen, lepší adaptaci na porodu a porodní bolest, za pomoci využití copingových strategií, což vede ke snížení využití farmakologických technik tlumících porodní bolest a snížení různých komplikací v průběhu porodu (Roberts et al., 2010). Gibson (2014) udává ve své studii, že péče porodní asistentky a seznámení ženy s copingovými strategiemi a jejich volba na podkladě individuálních preferencí ženy a spolupráce s ženou, vedou k lepšímu zvládnutí těhotenství a posléze porodního procesu. Zatímco ženy, které rodily pod vedením porodníka, mluvily o bolestivějším porodu, měly negativní zkušenosti, byly zklamány, že jim byla nabídnuta volba pouze farmakologických metod pomoci od porodní bolesti a častěji se u nich vyskytly komplikace na závěr porodu.

V dnešní době mnohé ženy čelí problému, že při lékařsky vedených porodech se zřídka využívají nefarmakologické metody ulevující od bolesti, což samozřejmě vede k dalším problémům, narušování porodního mechanismu porodu a jiné. Trendem je vyšší požadavek na alternativní techniky pomáhající od bolesti, což potvrzuje Karlsdottir et al. (2014), kteří rekapituluji, že porodní asistentka by měla být na prvním místě při poskytování péče rodičce, neboť lépe odhadne individuální potřeby ženy v závislosti na porodním procesu oproti lékaři. Porodní asistentky hrají důležitou roli při práci se ženami při přípravě na těhotenství, na samotný porod a posléze zvládnutí porodu s porodní bolestí s využitím právě copingových strategií (Escotta (2004; Ingela; 2002; Roberts, 2010). Literární přehled v této práci sloužil k tomu, aby poukázal na důležitost komplexního pochopení porodní bolesti a posléze poskytnutí adekvátní péče porodní asistentkou při adaptaci a zvládnutí tohoto jevu ženou v průběhu péče o ženu při porodu. Všechny vybrané studie poukazují na to, že podpora porodní asistentky a péče s využitím nefarmakologických copingových strategií, kterou ženy dostávaly v průběhu porodu ze strany porodní asistentky, včetně jejich vztahu k nim, byly nejdůležitějším faktorem, podílejícím se na vnímání porodu a zvládnutí porodní bolesti bez užívání farmak. To by se mohlo odrazit i v argumentech, že akceptace bolesti v průběhu porodu ženou dále snižuje nutnost poskytovaných služeb, které jsou spjaty s komplikacemi a tím zkrácením doby hospitalizace v poporodním období. Hlavním přínosem práce by mohla a měla být změna a posun společenských norem při poskytování péče ženám při porodu.

11.2 Diskuse - dotazníkové šetření

V průběhu porodního procesu zastává porodní asistentka důležitou roli v problematice monitorace, hodnocení a v dokumentaci porodní bolesti a následně poskytuje rodičce vhodné zvolené intervence ke snížení porodní bolesti a k adaptaci ženy na porodní bolest.

V porodní asistenci se k hodnocení porodní bolesti používají v dnešní době standardizované hodnotící techniky, jež posuzují objektivizaci hodnocení porodní bolesti a následně se podílí na plánování zásahů a kvalitní péči o ženu s porodní bolestí. Porodní asistentka by měla být schopna pracovat s technikami hodnocení (Staňková, 2005). Na světě je vizuální analogová stupnice (VAS) nejpoužívanější pro hodnocení porodní bolesti a číselná stupnice hodnocení (NRS). V české klinické praxi využívají porodní asistentky ve zdravotnických zařízeních především techniku VAS k hodnocení porodní bolesti (Mander, 2014), což potvrzuje i naše dotazníkové průzkumné šetření. V průběhu vývoje bylo zjištěno, že je důležité přistupovat k bolesti komplexně z biologického, psychologického a společensko-kulturního hlediska. Proto byla vyvinuta vícerozměrná technika pro hodnocení porodní bolesti - Labor Coping Scale. ACOG (2018) zveřejnil zprávu o jejím pozitivní využití oproti jiným hodnotícím technikám (ACOG, 2018; Roberts, 2010).

V disertační práci byla vytvořena česká verze právě tohoto hodnotícího nástroje (viz Kapitoly 9.3, 10.3). Dílčím cílem výzkumu bylo posouzení přístupu oslovených českých porodních asisterek k hodnocení, dokumentaci a péči o ženy s porodní bolestí v české klinické praxi. Průzkumnou metodou byl nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, který byl proveden pro argumentaci překladu a k zmapování situace v oblasti znalostí a běžné praxe českých porodních asisterek v průběhu péče o ženu při porodu. K oslovení porodních asisterek nás vedl i fakt, že v tuzemských dosud prezentovaných výzkumech nebyl pohled profesionálů na danou problematiku sledován.

K tématu porodní bolesti jsou dostupné studie týkající se hodnocení intenzity porodní bolesti pomocí hodnotících technik VAS, NRS. Případně posuzování psychického stavu ženy po porodu. Domníváme se však, že přístup odborníků může být při posouzení metod, které mají být součástí běžného vyšetření ženy v klinické praxi, v mnoha ohledech rovněž důležitý a přínosný. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 419 respondentek, porodních asisterek z 42 porodnic v České republice ze všech krajů ČR (ÚZIS, 2019).

Byl zjišťován přístup porodních asistentek k porodní bolesti, jak hodnotí porodní bolest, zda ji hodnotí. Případně proč nehodnotí porodní bolest. Jak porodní asistentky dokumentují porodní bolest a v posledním jaké využívají nefarmakologické intervence.

V úvodu byly tázány oslovené porodní asistentky na to, zda je pro ně důležité hodnotit porodní bolest a zda ji hodnotí. Z celkového počtu 419 respondentek v 318 případech udávaly, že ANO, hodnocení bolesti je důležité. Oproti tomu však pro $n = 74$ porodních asistentek není hodnocení porodní bolesti důležité v průběhu porodu. Mezi důvody nehodnocení porodní bolesti patřilo, že porodní asistentky nemají dostatek času $n = 11$ (17 %), je nedostatek personálu $n = 4$ (5 %), není v klinické praxi podle nich adekvátní hodnotící škála pro hodnocení porodní bolesti 23 (30 %), nebo hodnotí porodní bolest pouze v případě ordinace lékaře $n = 1$ (1 %). Poslední skupina porodních asistentek udávala za nehodnocení bolesti důvod individualitu, jedinečnost, subjektivitu porodní bolesti $n = 19$ (12 %) a z toho důvodu je pro ně těžké a nevhodné hodnotit porodní bolesti. Výsledek, že porodní asistentky hodnotí ve většině případů porodní bolest, považujeme za kladný. Je zřejmé, že porodní bolest je pro porodní asistentky při péči o rodící ženy důležitá. Z našich výsledků je vidět, že porodní asistentky, které hodnotí porodní bolest, přistupují k porodní bolesti jakožto k ostatním bolestem. Je pro ně důležité hodnotit jako u ostatních typů bolesti intenzitu, charakter, lokalizaci. Navíc podle výpovědí, hodnotí vše intuitivně, individuálně podle situace a stavu rodičky. Avšak 180 (43 %) respondentek v klinické praxi hodnotí fenomény, které se podílí na vzniku, adaptaci na porodní bolest, zkušenosti s porodní bolestí, což může být kolikrát určující, jak žena zvládá průběh porodního procesu a spolupracuje se zdravotnickým personálem.

Porodní asistentky hodnotí porodní bolest nejvíce sledováním verbálních projevů ženy (85 %), pomocí CTG (81 %), palpačním vyšetřením (62 %). Hodnotící techniky pro porodní bolest nejsou příliš oblíbené (pouze 17 %) pro hodnocení porodní bolesti, ačkoli jsou využívány i v zahraničí nejvíce. To potvrdily i studie v literárním přehledu (Kapitola 1, Příloha 5). Pokud jsou užívány (často dáno využitím v daném zdravotnickém zařízení), volí respondentky již zmíněné techniky VAS a NRS, o kterých si však myslí, že nejsou adekvátní pro hodnocení porodní bolesti. Po zhodnocení porodní bolesti zapisují respondentky získané informace do standardní porodnické dokumentace – dekurzu, denního záznamu péče. Některé zapisují údaje o porodní bolesti, kontrakcích do porodní křivky (partogramu). Stejně tak postupují i porodní asistentky v USA podle výsledků Roberts (2010).

Porodní bolest hodnotí a dokumentují nejvíce dle potřeby rodičky, někdy jen na začátku porodu při příjmu ženy na porodní sál. Roberts (2010) doporučuje, aby porodní bolest byla hodnocena minimálně jednou za 2 hodiny, případně podle potřeby ženy a jejího stavu.

Po posouzení porodní bolesti porodní asistentky volí zprvu nefarmakologické metody. Co se nefarmakologických metod týká, porodní asistentky volí nejvíce polohování, hydroterapii, eventuelně jejich kombinací. Další techniky volí spíše zřídka. Pokud i přesto, žena nezvládá porodní bolest, je ženě nabídnuta farmakologická léčba. Někdy i rovnou ženy žádají o farmakologické metody, před nefarmakologickými. Pokud žena vyžaduje farmakologickou metodu, nebo porodní asistentka zhodnotí, že by ženě mohla pomoci oproti nefarmakologickým možnostem, kontaktuje vždy lékaře, který dále rozhodne. Farmakologická volba by měla být vždy až tak poslední. Je vidět, že v klinické praxi postupují dle Doporučené postupu Analgezie u vaginální porodu dle Pařízka (2018). Postup je podobný i modelu péče Roberts (2010) viz Kapitola 5.

Jako nefarmakologické metody v české klinické praxi při péči o ženu s porodní bolestí využívají porodní asistentky dle výsledků hlavně metody v I. době porodní, hydroterapii (94 %) za využití sprchy nebo vany, polohování (93 %), nácvik dýchání (82 %), a osobu blízkou při porodu (86 %). S dalšími metodami se příliš nesetkávají, neznají je (př. aromaterapie, taping, a další) nebo se používají jako doplňkové metody k těmto hlavním zmíněným. Součástí copingových strategií je i metoda edukace. Data ukázala, že porodní asistentky v našem průzkumu ne vždy edukují rodičí ženy, někdy pouze při příjmu k porodu. Stejného názoru je i Karsldottir (2014). Pokud edukují, ženy dostávají základní informace týkající se porodní bolesti, metod, které mohou používat (hlavně výše zmíněné).

V další části průzkumu jsme se zaměřili právě na skupinu respondentek a důvody, proč nehodnotí porodní bolest. Po analýze dat, bylo zjištěno, že hlavními důvody, proč porodní asistentky nehodnotí porodní bolest v klinické praxi je, že nemají dostatek času $n = 11$ (17 %), nedostatek personálu $n = 4$ (5 %), nemají k hodnocení porodní bolesti adekvátní hodnotící škály, nástroje $n = 23$ (30 %), nemusí hodnotit porodní bolest $n = 9$ (28,5 %). Další může být fakt, že neexistuje v klinické praxi v České republice adekvátní hodnotící škála, která by se hodila k hodnocení porodní bolesti a doporučený postup při péči o ženy s porodní bolestí. V České republice je platný Doporučeného postupu ČGPS ČLSJEP Analgezie u vaginálního porodu (2018), který vychází pouze z literárních rešerší a zahraničních doporučení autorů, jako jsou právě Roberts (2010).

Podobné validní studie zabývající se přístupem porodních asistentek k porodní bolesti nebyly dohledány, avšak názory, že porodní bolest je individuální a velmi specifický fenomén pro hodnocení zastávají i autoři Roberts (2010) a Enkin (2000).

Výsledky autorů (Leaop, 2010; Rachmawati, 2012; Roberts, 2010) a našeho průzkumu ukazují, že porodní asistentky mají navíc nedostatečné povědomí o strategiích zvládnání porodní bolesti a nedostatečné znalosti v oblasti etiologie porodní bolesti, při hodnocení, v intervencích, metodách a následné nefarmakologické péči o ženy s porodní bolestí.

Jak již zaznělo v teoretických východiscích práce, využití spíše nefarmakologického přístupu v péči o ženy s porodní bolestí, je více efektivní oproti farmakologické léčbě, méně ovlivňuje přirozený porod a samotnou porodní bolest, což vede ke snížení porodnických komplikací. Z toho důvodu na dostatečné znalosti nefarmakologických copingových intervencí u porodních asistentek apelují Karlsdottir (2014) a Slade (2000). Navíc Hodnett (2002) ve své studii zjistil, že ženy, které využívají při porodu nefarmakologické metody jsou více spokojeny s výsledkem porodu a mají méně traumat z porodu a porodní bolesti.

Když celou problematiku shrneme, z výsledků dotazníkového průzkumu je patrné, že dle porodních asistentek pro hodnocení porodní bolesti chybí adekvátní hodnotící nástroj a v klinické praxi není jednotný přístup v péči o rodící ženu. Porodní asistentky hodnotí porodní bolest jako přirozený jev, který by neměl být hodnocen jako jiné typy bolesti a měl by mít vlastní hodnotící nástroj. Porodní bolest hodnotí porodní asistentky v klinické praxi hlavně za pomoci verbálních, neverbálních projevů ženy, následně za pomoci CTG, občas za využití hodnotícího nástroje VAS, NRS. Tyto techniky však využívají, jelikož musí dodržovat pravidla daného zdravotnického zařízení. Z výpovědí dále plyne, že není jednotná forma zápisu zhodnocení porodní bolesti. Některé porodní asistentky sice porodní bolest zhodnotí, ale již posouzení nezdokumentují. K péči o rodící ženu s porodní bolestí se snaží využívat zprvu nefarmakologické metody a posléze ve spolupráci s lékařem farmakologické metody. Jako nefarmakologické metody využívají hlavně polohování, využití tepla, ať už studeného nebo teplého, nácvik dýchání. Další metody jsou méně užívané, což si myslím, že je škoda a porodní asistentky by měly mít větší povědomí o jednotlivých metodách. V posledním porodní asistentky chtějí více možnosti autonomie, samostatnosti při péči o rodící ženy s porodní bolestí, nejen pod vedením lékařů. Navíc ženy mají více zájem zapojovat se do porodního procesu a volit více nefarmakologické metody a rodit přirozeným způsobem, bez zásahu lékaře.

Výsledky průzkumu pomohly k argumentaci překladu a přípravě nové české verze hodnotícího nástroje pro porodní bolesti pro českou klinickou praxi. Dále posloužily k zamyšlení se a ke změně přístupu k rodícím ženám. Je důležité, aby porodní asistentky pochopily porodní bolest komplexně a jako přirozený jev porodu a následně, aby dokázaly vyhodnotit porodní bolest a zvolit takovou copingovou intervenci, která bude vycházet ze subjektivity ženy. Toho názoru jsou i autoři literatury o porodní bolesti Málek (2009) a Mander (2014).

Nesmíme také zapomenout, že do komplexní péče o porodní bolest zasahuje již předporodní příprava, která je brána také jako copingová strategie, metoda v péči o ženu s porodní bolestí. Jak udává Roberts (2010), nová copingová technika Labor Coping Scale je využitelná i v předporodním období, kdy pomáhá zjistit adaptaci ženy na těhotenství a přístup k porodu, k porodní bolesti ještě před porodem, což by mohlo snížit strach z porodu, porodní bolesti a lépe tak pracovat s ženami. Jedině v tomto případě, při celkovém přístupu k ženě, může porodní asistentka správně a kvalitně poskytnout adekvátní péči v porodní asistenci formou strategií, které pomohou ženě uspokojit potřeby v průběhu těhotenství a porodu (Iliadu, 2009).

Na podkladě dotazníkového průzkumu byla následně přeložena česká pilotní verze nového hodnotící nástroje, jež by mohl nahradit stávající hodnotící techniky a pomoci porodním asistentkám lépe pracovat právě s porodní bolestí v klinické praxi. Nový hodnotící nástroj pro porodní bolest v české klinické praxi by měl pomoci zlepšit spolupráci mezi porodními asistentkami a rodícími ženami, odstranit rizika a komplikace během porodu a po porodu a snížit negativní zkušenosti se samotnou porodní bolestí (Roberts et al., 2010). Porodní bolest by měla být díky němu více chápána jako subjektivní, individuální, fyziologický stav provázející porodní děj (Enkin et al., 2000).

Disertační práce poukazuje na zahraniční studie potvrzující pozitivní využití copingové hodnotící techniky Labor Coping Scale ve srovnání s jinými technikami, jako jsou VAS, NRS, které nejsou uživatelsky přívětivé v porodní asistenci. Z tohoto důvodu jsou tyto techniky nahrazovány v zahraničí právě novou technikou Labor Coping Scale (Roberts et al., 2010). To bude i našim cílem dalšího zájmu výzkumu, aby porodní asistentky v české klinické praxi změnily názor a přístup k hodnocení porodní bolesti a přijaly nový hodnotící nástroj pro porodní bolest Labor Coping Scale – Copingová škála porodní bolesti.

11.3 Diskuse – Labor Coping Scale

Labor Coping Scale (Childbirth Professionals International, 2018) je vhodná hodnotící technika a adekvátní individualizovaná podpora pro porodní asistentky při péči o ženy, aby byly schopny se adekvátně vypořádat s porodní bolestí a využívat nefarmakologické copingové strategie pomáhající ženám zvládat porodní bolest v průběhu porodního procesu.

Labor Coping Scale (LCS) je nástroj jež vznikl v USA (Roberts, 2010) jako Coping Analogue Scale (CALM) a následně byl modifikován ve Velké Británii právě jako LCS (Childbirth Professionals International, 2018).

Podle dostupné literatury existují zatím pouze tyto dvě původní anglické verze nástroje. Využití Labor Coping Scale se stalo již předmětem výzkumu a bylo potvrzeno jeho pozitivní využití v klinické praxi (ACOG, 2018; Roberts, 2010).

Pozitivní přístup copingových hodnotících technik za využití copingových strategií potvrzují zahraniční studie (Lewis; 2015; Muralidhar et al., 2006; Roberts, 2010; Sawyer, 2013) oproti jiným technikám jako jsou VAS, NRS, jež nejsou uživatelsky přívětivé v porodní asistenci. Více bylo popsáno v samotných teoretických východiscích práce (Kapitola 3 a 4). Z toho důvodu jsou hodnotící techniky pro porodní bolest jako VAS, NRS právě v Americe a UK nahrazovány technikou Labor Coping Scale (ACOG, 2018; Roberts et al., 2010). Avšak jinak stále v klinické praxi nenalezl dosud širšího uplatnění v dalších zemích. Validita anglické původní verze nebyla autory prokázána, čemuž přispívá fakt, že neexistuje právě jiný hodnotící nástroj, s kterým by mohla být hodnota posouzena. Autoři původních verzí doporučují v těchto oblastech LCS dále ověřovat. Zároveň doporučují využití LCS a CALM v rámci klinických studií společně s dalšími specifickými nástroji pro hodnocení porodní bolesti doteď používanými (ACOG, 2018; Roberts, 2010).

Roberts (2010) vytvořila k Labor Coping Scale též Model poskytování péče ženám s porodní bolestí za využití právě hodnotícího nástroje LCS. ACOG (2018) na podkladě modelu Roberts vytvořila pro praxi hodnotící protokol za využití hodnotící techniky Labor Coping Scale pro porodní asistentky v praxi (originální verze viz Příloha 6). Model Managementu péče o rodící ženu s porodní bolestí (Roberts, 2010) a následně hodnotící protokol (ACOG, 2018), může být podkladem pro péči porodních asistentek i v české republice za využití české verze nového hodnotícího nástroje Labor Coping Scale – LCS.

V české klinické praxi neexistuje aktuálně žádná podobná hodnotící technika. Cílem naší studie byl tedy překlad a tvorba české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale pro českou klinickou praxi.

Před samotným překladem proběhl dotazníkový průzkum, zjišťující přístup porodních asistentek k hodnocení porodní bolesti a poskytování péče rodícím ženám. Čím byl podpořen samotný překlad a vytvořena pilotní verze hodnotícího nástroje. Z výpovědí porodních asistentek z předchozí kapitoly Diskuse 11.2 vyplývá a z výsledků v Kapitole 10.2, že v české klinické praxi v současné době neexistuje vhodný hodnotící nástroj pro porodní bolest, až na stávající techniky hodnocení porodní bolesti obecně, a proto se domníváme, že česká verze nového nástroje vznikla na základě jasných pravidel překladu, může obohatit českou klinickou praxi a přispět k neoptimálnější individualizované péči o ženy v průběhu porodu.

Pro samotný proces překladu se doporučuje ověření pilotní, předběžné přeložené verze nástroje u cílové skupiny – uživatelů nástroje a získání zpětné vazby, což je v souladu s požadavky ISPOR (ISPOR, 2018; Wild et al., 2005). K našemu překladu byli osloveni 3 překladatelé, specialisté, translátologové, jež splnily. Dva na sobě nezávislí překladatelé (překladatel A a B) byly osloveni k překladu hodnotícího nástroje Labor Coping Scale z anglického do českého jazyka; Překladatel C provedl zpětný překlad sladila předběžnou českou verzí s angličtinou. Samotný překlad proběhl bez potíží. U překladů byly následně hodnoceny index obsahové validity I – ICV a kappa index k podpoře tvorbě pilotní verze nového hodnotícího nástroje viz kapitola výsledky 10.3 (Polit et al., 2007; Liu et al., 2011). Podle dat minimální hodnoty indexu obsahové validity a kappa nedosahovalo 6 oblastí u překladů 2 a 3, díky čemuž k úpravě předběžné české pilotní verze hodnotícího nástroje LCS byl zvolen překlad 1. Ověření indexu obsahové validity je jedním z důležitých kroků při tvorbě nového hodnotícího nástroje.

Z našich výsledků vyplývá, že pro praktické využití české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale je vhodné zachovat všechny oblasti a položky nástroje. Hodnotící nástroj se skládá z 5 oblastí, jež jsou sledovány emoční stav ženy, zvládnutí porodní bolesti na stupnici (10 – 7 coping; 6 – 3 střední coping; 3 – 0 žádný coping), změnu kognitivních funkcí, změnu sociálních funkcí, komunikace s porodní asistentkou, zdravotnickým personálem, zvládnutí porodní bolesti, využití copingových strategií pomáhající ženě od porodní bolesti. Hodnotící nástroj je totožný po překladu jako anglická verze, obsahuje všechny položky.

Navíc z dosažených dat je patrné, že přeložená česká verze má vysokou obsahovou validitu pro využití v klinické praxi. Po překladu hodnotícího nástroje byla posuzována uživatelská přívětivost v české klinické praxi v IV. fázi výzkumu.

Pilotní a finální česká verze nové hodnotící techniky Labor Coping Scale – Copingová škála porodní bolesti byla upravena na základě odborných zdrojů a zjištěných specifíků ve II. a IV. fázi výzkumu, stává se tak využitelnou pro českou klinickou praxi.

11.4 Diskuse – Ověření uživatelské přívětivosti a využití hodnotícího nástroje Labor Coping Scale v české klinické praxi

V disertační práci byla přeložena nová hodnotící technika pro porodní bolest Labor Coping Scale (Childbirth Professionals International, 2018) podle doporučené metodiky (Kapitola 9.3 a 10.3). Na podkladě překladu byla vytvořena pilotní verze hodnotícího nástroje.

U přeložené pilotní verze nového hodnotícího nástroje Labor Coping Scale byla posuzována uživatelská přívětivost u porodních asistentek, uživatelek ve dvou vybraných zdravotnických zařízeních metodou focus group.

Poznatky z obou focus group 1 a 2 přinesly kvalitní zpětnou vazbu, na jejímž základě mohla být upravena finální česká verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale pro českou klinickou praxi, český překlad Copingová škála porodní bolesti. Respondentky se vyjadřovaly jak k formální, tak obsahové stránce nástroje a následně k využitelnosti v klinické praxi.

Kladně byl hodnocen nástroj jako takový, jelikož respondentky focus group 1 a 2 se dosud neseptkaly s takovýmto hodnotícím nástrojem. Což hodnotím pro samotný překlad a následné využití v klinické praxi pozitivně. I přesto si porodní asistentky, jež se zapojily do focus group 1 i 2 nejsou jisté, jak se bude dále začleňovat nový hodnotícího nástroje do české klinické praxe. Je tak patrná negativita porodních asistentek vůči hodnotícím technikám v praxi. Navíc si porodní asistentky z klinické praxe stále myslí, že hodnocení porodní bolesti je náročné z důvodu individuality každé ženy a jejího subjektivního prožívání porodní bolesti. Dále si myslí, že na zvládnání porodní bolesti do jisté míry má vliv i psychický stav a osobnost ženy, její míra schopnosti zvládat stresové situace, bolest a následně i v jejím přístupu ke zdravotnickému personálu.

V posledním respondentky udávaly, že se můžou ve své praxi setkat i s různými typy žen, úzkostnými, jež zveličují své problémy, i samotnou intenzitu a zvládání porodní bolesti, což celkové hodnocení porodní bolesti zkresluje. Naopak však mohou být ženy, které bagatelizují, zatajují, negují své problémy spojené s porodní bolestí z důvodu strachu, ale i z jiné příčiny. To vše je důležité mít na paměti při péči porodní asistentky o ženu s porodní bolestí. Což vše náš hodnotící nástroj nehodnotí, ale všechny tyto zmíněné faktory se mohou odrážet v adaptaci a zvládání porodní bolesti ženou. Stejně výsledky popisují autoři výzkumů v zjištěních v literárním přehledu (Escott et al., 2004; Gibson, 2014; Roberts et al. 2010; Slade et al., 2000; Whitburn et al., 2014).

I přesto, že si ženy v zahraničí přejí využívat nefarmakologické copingové strategie pro zvládání porodní bolesti, strachu z bolesti a porodu, zájem je stále nízký, respektive ženy, a hlavně porodní asistentky, nemají dostatek informací týkající se copingových intervencí (ACOG, 2018, Slade et al., 2000; Tobin, 1989). Podobně se znalostmi copingových intervencí jsou na tom porodní asistentky v České republice, na což poukazují výsledky našeho průzkumu v druhé fázi výzkumu.

Na podkladě výpovědí byl hodnotící nástroj posouzen jako využitelný v české klinické praxi bez nutnosti úprav. Naším výzkumem vznikla finální česká verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale. Je však i nadále nutné v následných výzkumech ověřit jeho další využití přímo u žen s porodní bolestí a uživatelskou přívětivost v české klinické praxi v dalších zdravotnických zařízeních. Využití hodnotícího nástroje může být směrodatné jak pro porodní asistentky při hodnocení porodní bolesti, tak i pro další zdravotnický personál, ale i pro samotné rodičky. Vytvořená česká verze není samospásným nástrojem pro zlepšení péče poskytované českým rodičkám, ale považujeme ji za nástroj, který může přispět i k rozvoji dovedností a kompetentní, autonomní péče poskytované českými porodními asistentkami. Nový hodnotící nástroj Labor Coping Scale by měl pomoci k lepší spolupráci mezi porodními asistentkami a ženami s porodní bolestí, k eliminaci rizik a komplikací v průběhu porodu a v poporodním období a snižování negativních zkušeností se samotným porodem. Hodnotící nástroj navíc poukazuje na změnu filosofie v porodní asistenci a podpoře přirozeného porodu (Roberts et al., 2010).

12 LIMITY VÝZKUMU

Mezi limity výzkumu patří vzorek respondentů ve II. a IV. fázi výzkumu. Dílčím cílem II. fáze výzkumu práce bylo zjistit přístup porodních asistentek k hodnocení porodní bolesti a péči o rodící ženy s porodní bolestí. Do našeho vzorku byly zahrnuty porodní asistentky pracující na porodních sálech v České republice, v porodnicích, jež se zapojily do průzkumného šetření. K průzkumu bylo osloveno 92 porodnic v České republice. Do výzkumu se zapojilo 46 porodnic ($n = 419$), které souhlasily s průzkumným šetřením a přeposláním k distribuci dotazníku porodním asistentkám k vyplnění. Sběr dat probíhal 7 měsíců. Limitem výzkumu bylo omezení vzorku respondentů z důvodu návratnosti, ačkoli zdravotnická zařízení zajistila distribuci dotazníků, ne všechny porodní asistentky souhlasily s jeho vyplněním.

Domníváme se však, že však doba sběru dat a počet respondentek je dostačující k zjištění přístupu porodních asistentek ve zdravotnických zařízeních v České republice. Navíc se do průzkumu zapojily porodnice z každého kraje v České republice. Z toho důvodu byla v empirické části II. fáze výzkumu práce zvolena metoda průzkumu. Mezi limity výzkumu ve IV. fázi výzkumu patří opět vzorek porodnických zařízení v rámci focus group.

Dílčím cílem IV. fáze bylo zjistit využití přeloženého a upraveného záznamového archu Labor Coping Scale v klinické praxi, pomocí metody focus group ve vybraných zdravotnických zařízeních v ČR. Byly osloveny pouze 2 zdravotnická zařízení. Pro tento cíl se domníváme, že výzkumný soubor byl dostačující pro potřeby disertační práce. Hlavní limit práce autorka spatřuje v samotném překladu nového hodnotícího nástroje a je k diskusi jeho validita a posouzení psychometrických vlastností. Labor Coping Scale je nová hodnotící technika pro porodní bolest od roku 2018, dostupná pouze v anglickém jazyce. Jeho využití v klinické praxi, jak ze strany zdravotníků a porodních asistentek, tak i rodících žen je stále středem zájmu výzkumů. Navíc hodnotící nástroj posuzuje zvládání porodní bolesti, adaptaci na porodní proces, oproti jiným technikám hodnotící bolest. Z toho důvodu neexistuje nástroj, k němuž by mohl být Labor Coping Scale posuzován. Autorka doporučuje pro lepší využití záznamového archu v klinické praxi jeho další ověření i v ostatních zdravotnických zařízeních, na porodnických sálech v České republice z pohledu porodních asistentek, ale i rodících žen.

13 ETICKÉ ASPEKTY A KONFLIKT ZÁJMU

Výzkumný průzkum a šetření nemá žádný konflikt zájmu a při jeho realizaci byly dodrženy veškeré etické aspekty výzkumu. Realizaci výzkumu předcházelo schválení sběru dat a souhlas managementu nemocnic a respondentů se zařazením do výzkumu.

14 ZÁVĚR

Předkládaná disertační práce v teoretické rovině představila současnou situaci v přístupu k porodní bolesti a rodícím ženám. Nemalá část práce je věnována diagnostice porodní bolesti, využití hodnotících technik. Následně využití strategií pomáhajících ženám se adaptovat na porodní bolest a dokumentace celého porodního procesu. Poslední kapitola popisuje komplexně management péče porodních asistentek o ženy s porodní bolestí za využití copingových strategií a Labor Coping Scale podle Copingového algoritmu (ACOG, 2018; Roberts, 2010).

Hlavním cílem disertační práce byla tvorba české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale, pro hodnocení a péči porodní asistentky o rodící ženy s porodní bolestí. Pro účely disertační práce byl vyhledán tento nový hodnotící nástroj pro porodní bolest. Pomocí metody opakovaného zpětného překladu bylo tohoto cíle dosaženo.

Prvním dílčím cílem bylo provést literární analýzu studií zabývajících se problematikou hodnocení porodní bolesti, přístupu porodních asistentek k ženám s porodní bolestí a využití nefarmakologických metod klinické praxi na mezinárodní úrovni. Druhým dílčím cílem práce bylo zjistit přístup porodních asistentek k hodnocení porodní bolesti a k péči o rodící ženy s porodní bolestí. Do výzkumného průzkumu bylo zahrnuto 46 porodnic v České republice. K dosažení tohoto cíle byla zvolena metoda nestandardizovaného dotazníkového průzkumu. Na základě výsledků dotazníkového průzkumu byl připraven nový hodnotící nástroj LCS k překladu do českého jazyka. Třetím dílčím cílem práce byl samotný překlad a příprava pilotní české verze hodnotícího nástroje. Hodnotící nástroj byl podroben zpětné vazbě, aby mohl být splněn poslední dílčí cíl výzkumné části. Čtvrtým dílčím cílem práce bylo zjistit uživatelskou přívětivost přeložené pilotní české verze hodnotícího nástroje Labor Coping ve vybraných zdravotnických zařízeních v české klinické praxi. K dosažení tohoto cíle byl osloven nelékařský zdravotnický personál, porodní asistentky ve vybraných porodnických zařízeních v České republice. Uživatelská přívětivost byla posuzována metodou focus group.

Následně byla vytvořena finální česká verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale (po překladu Copingová škála porodní bolesti). Všechny cíle práce byly tedy splněny. Přínos nově vytvořené české verze hodnotícího nástroje Labor coping Scale je spatřován v tom, že se s podobnou technikou pro hodnocení porodní bolesti a dokumentací porodní asistentky neseťkaly.

Výsledky poukázaly na změnu v hodnocení porodní bolesti a její dokumentace, zrušení technik hodnotící bolest akutní a chronickou. Porodní asistentky nejsou v české klinické praxi zvyklé hodnotit adaptaci žen na porodní bolest, u porodní bolesti dokumentovat intervence, které by ženám pomáhají se adaptovat na porodní bolest. Jednou ze zásadních připomínek účastnic focus group bylo využití hodnotícího nástroje v české klinické praxi, neboť porodní asistentky nejsou zvyklé hodnotit porodní bolest z psychosociálního hlediska a dokumentovat poskytované copingové strategie do porodnické dokumentace. Další připomínkou bylo, že hodnotící nástroje Labor Coping Scale jako součást dokumentace by byl, jako další část porodnické dokumentace, která je nad rámec časových možností v péči o ženy. Avšak některé porodní asistentky naopak hodnotící nástroje vítaly a dokázaly by si představit jeho využití v klinické praxi. Z toho důvodu předpokládáme v dohledné době začlenění vytvořeného hodnotícího nástroje Labor Coping Scale do porodnické dokumentace ve smluveném zdravotnickém zařízení.

Z disertační práce plyne několik zásadních výstupů: vytvoření české verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale (LCS) – Copingová škála porodní bolesti, pomocí standardizované metodiky, který by mohl být využíván ve zdravotnických zařízeních v rámci péče o rodící ženy s porodní bolestí v ústavní i komunitní péči porodních asistentek. V práci je charakterizován komplexně management péče porodní asistentky o ženy s porodní bolestí podle přeloženého modelu Algoritmu Copingu (ACOG, 2018; Roberts, 2010), jež poukazují na práci hodnotícího nástroje Labor Coping Scale (LCS) v klinické praxi. Samotný popisovaný management péče za využití nového hodnotícího nástroje Labor Coping Scale (LCS) navíc podporuje přirozený porod v porodnicích, což je cílem Moderního porodnictví 21. století (ICM, 2019). Tato nová technika je již využívána k hodnocení porodní bolesti v zahraničí, v Anglii a Americe (ACOG, 2018; Roberts, 2010). Autorka práce věří, že výsledky mohou být nápomocné, při navyšování kompetencí, autonomie profese porodních asistentek, při vzdělávání porodních asistentek, a hlavně při jejich samotné práci, jak v ústavní, tak komunitní péči o rodící ženy. Práce může změnit celkově pohled a přístup porodních asistentek a zdravotnického personálu k rodícím ženám.

15 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na podkladě výsledků vznikajících v jednotlivých fázích výzkumu bychom doporučili změnu v přístupu k rodícím ženám s porodní bolestí. Zdravotnický personál, porodní asistentky poskytující péči těhotným a rodícím ženám by se měl zajímat o problematiku těhotenství, porodu, porodní bolesti, mateřství ale nejen z pohledu medicínského, ale naopak komplexního.

Porodní bolest je specifický porodnický fenomén, jež je součástí celého zlomového porodního procesu, vyústění období těhotenství a počátku nového období v životě ženy. Prožitek, zvládnutí porodního procesu, společně s porodní bolestí může negativně ovlivnit další životní etapy ženy. Zdravotničtí pracovníci, porodní asistentky by z toho důvodu měli znát nejen fyziologii, etiologii porodní bolesti, ale i psychosociální vlivy, které se podílí na jejím vzniku, prožitku a zvládnutí. Dále je důležité znát možnosti, jak ženu připravit na porodní proces, porodní bolest, diagnostikovat u žen strach z porodu, rizikové skupiny žen, které mohou být náchylnější k horší adaptaci na porodní proces, porodní bolest. Podstatné je umět diagnostikovat včas maloadaptaci žen na porodní bolest, za pomoci vhodných hodnotících technik. Znat copingové nefarmakologické až farmakologické strategie, možnosti využívané k adaptaci žen na porodní proces, jež pomáhají zvládnout porodní bolesti v průběhu porodu. Dokumentovat adekvátně porodní proces a veškeré strategie při poskytování péče.

Téma porodní bolesti jako součást porodního procesu je 21. století v moderním porodnictví čím dál více diskutované téma, na které je mnoho odborné literatury, objevují se dále nové poznatky o diagnostice, etiologii, fenoménech ovlivňujících porodní bolest, efektivitě porodní bolesti při porodu, oproti jejímu tlumení, nové strategie pomáhající ženám adaptovat se a zvládnout porodní bolest. Na téma porodní bolest jsou různé příspěvky na odborných mezinárodních konferencích, v odborných periodikách. Negativem je rozdíl v přístupu zdravotnických pracovníků, porodních asistentek ve světě a jazyková bariéra, která znemožňuje možnost vzdělávání se v mezinárodní odborné literatuře.

Navíc je ve zdravotnických zařízeních důležité, nastavit jednoznačná pravidla a systém při poskytování péče rodícím ženám s porodní bolestí, což napomůže k řešení situací a poskytování intervencí porodní asistentkou. Další doporučení se týká chování zdravotnického personálu, jež bývá bráno za jednu z nejvíce efektivních copingových strategií.

Právě empatický přístup, vhodná komunikace, vědomí existence psychosociálních fenoménů rodící ženy, které mohou zasahovat do života, vnímání těhotenství, mateřství je základním předpokladem poskytování kvalitní péče v porodní asistenci. I zde spatřujeme velký potenciál ve vzdělávání zdravotnických pracovníků. Z toho důvodu předpokládáme využití vytvořeného záznamového archu v přímé péči v porodní asistenci.

Doporučením pro praxi je v prvním vzdělávání zdravotnického personálu v porodní asistenci v oblasti metod pomáhajících ženám od porodní bolesti a sledování požadavků společnosti v poskytování péče. **Námi vytvořený nový hodnotící nástroj může pomoci změnit přístup v poskytování péče rodícím ženám s porodní bolestí a podpořit přirozený porod ve zdravotnických zařízeních. Z toho důvodu doporučujeme širší ověření využití hodnotícího nástroje v klinické praxi.**

Na naši studii by bylo vhodné navázat dalším výzkumem, jež by posoudil využití nástroje porodními asistentkami v české klinické praxi u rodících žen. Myšlenkou bude i využití hodnotícího nástroje Labor Coping Scale – Copingová škála porodní bolesti v další oblasti péče o rodící ženu – hodnocení bolesti u ženu v období před porodem, v přípravném období, jak při spontánním, přirozeném porodu, ale i indukovaném, medikamentózním porodu, v poporodním období. Dále využití Modelu péče o ženu s porodní bolestí podle Roberts (2010) a vytvoření hodnotícího protokolu pro hodnocení porodní bolesti za využití Labor Coping Scale – Copingové škály porodní bolesti podle ACOG (2018).

Dalším cílem osobního zájmu bude pokračovat ve výzkumu v dané oblasti, jelikož pro mne samotnou je téma spojené s porodem, porodní bolestí a psychikou rodící ženy velmi osobní.

Porodní bolest, pro mě, jakožto porodní asistentku je hnací silou při mé práci...

SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ

- ABUSHAIKHA, L., OWEIS, A. (2005). *Labour pain experience and intensity: A Jordanian perspective*. Int J Nurs Prac. 11(1), 33–8, doi:10.1111/j.1440-172X.2005.00496.x.
- ADEWUYA, AO., OLOGUN, YA., IBIGBAMI, OS. (2006). *Postrauematická stresová porucha po porodu u nigerijských žen: prevalence a rizikové faktory*. BJOG. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. DOI: .org/10.1111/j.1471-0528.2006.00861.x.
- ALEHAGEN, S., ET AL. (2005). *Fear, pain and stress hormones during childbirth*. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 26(3), 153–65, DOI:10.1080/01443610400023072.
- AMARO, J. (2000). *The “forbidden points” of acupuncture*. [online] Dynamic Chiropractic 18(10) [cit.2018-05-06] dostupné z: <http://www.dynamicchiropractic.com/mpacms/dc/article.php?id=31656>
- ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2018). *Approach to Limit Intervention During Labor and Birth*. [online].[cit. 2019 – 12 - 12]. Dostupné z: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>.
- BAKER, A. A., ET AL. (2001). *Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives*. Journal of Advanced Nursing. 35(2), 171-9, ISSN 0309-2402.
- BARRAGÁN LOAYZA, I. M., ET AL. (2011). *Biofeedback for pain management during labour*. Cochrane Database Syst Rev. 15(6). DOI: 10.1002/14651858.CD006168.pub2.
- BARBIERI, M., ET AL. (2013). *Warm shower aspersion, perineal exercises with Swiss ball and pain in labor*. Acta Paulista de Enfermagem. 26(5), 478–84, DOI:10.1590/S0103- 21002013000500012.
- BÁRTLOVÁ, S. (2005). *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 1. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- BAŠKOVÁ, M. (2015). *Metodika psychofyzické přípravy ženy na porod*. Praha. Grada. 112s. ISBN 978-80-2475-361-4.
- BEIGE, N., ET AL. (2010). *Women’s experience of pain during childbirth*. Iran J Nurs Midwifery Res 15(2): 77–82.
- BINDER, T., ET AL. (2006). *Porodnictví*. I. vyd. Praha. Karolinum. 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
- BINDER, T. ET AL. (2011). *Porodnictví*. Praha: Karolinum. 298 s. ISBN 978-80-246-1907- 1.
- BODNAR, R. J. (2014). *Endogenous opiates and behavior: 2013*. Peptides. 62, 67–136, DOI: 10.1016/j.peptides.2014.09.013.

BONAPACE, J., ET AL. (2013). *Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth*. Journal of Pain Research. 2013(6), 653-61, doi: 10.2147/JPR.S46693.

BONICA, J. J., (1986). *Principles and practice of obstetric analgesia and anesthesia*. Philadelphia: FA Davies.

BONICA, J. J., LOESER, J. D. (2001). *History of Pain Concepts and Therapies*. In: LOESER J.D., BUTLER, S., H., CHAPMAN, C., R., TURK, D., C. Bonica's Management of Pain. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 3-15. ISBN 0683304623.

BRAMENN D, ET AL. (2018). *Lessons learned in applying the. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes*. Research methodology to translating Canadian Emergency Department Information System Presenting Complaints List into German. Eur J Emerg Med 25: 295 – 299. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000450.

BUCKLEY N.D., ET AL. (2016). *Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain* – NCBI. doi: 10,1503 / cmaj.170363.

BURIÁNEK, J. (2005). *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha: Linde. ISBN 80-7201-544-3.

BURNS, E. E., ET AL. (2000a). *An Investigation into the Use of Aromatherapy in Intrapartum Midwifery Practice*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 6 (2), 141- 7, DOI: 10.1089/acm.2000.6.141.

BURNS, E. E., ET AL. (2000b). *Aromatherapy in childbirth: an efective approach to care*. British Journal of Midwifery. 33(2), 67-73, DOI: 10.12968/bjom.2000.8.10.8065

BURVILL, S. (2002). *Midwifery diagnosis of labour onset*. British Journal of Midwifery. DOI:.org/10.12968/bjom.2002.10.10.10619.

CAN, H. O., SARUHAN, A. (2015). *Evaluation of the effects of ice massage applied to large intestine 4 (hegu) on postpartum pain during the aktive phase of labor*. Iran J Nurs Midwifery Res. 20(1), 129-38, ISSN 1735-9066.

CARDIN, (1997) in TAKÁČ L. ET AL. (2015). *Psychologie v perinatální péči*. Praha. Grada. 208s. ISBN 978-80-247-5127-6.

CATON D., ET AL. (2002). *The nature and management of labor pain*. AJOG. DOI: org/10.1016/S0002-9378(02)70178-6.

CLUETT, E. R., ET AL. (2018). *Immersion in water during labour and birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 5. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub4.

CLUETT, E., BURNS, E. (2009). *Využití vody při porodu*. Cochrane Library. DOI: org/10.1002/14651858.CD000111.pub3.

- ČECH, E., ET AL. (2006). *Porodnictví*. Praha. Grada Publishing. 550 s. ISBN 8024713039.
- ČECH, E. ET AL. (2014). *Porodnictví*. Praha. Grada. Publishing. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. 580s. ISBN 978-80-247-4529-9.
- ČERMÁKOVÁ, B., (2017). *K porodu bez obav*. 2. vydání. Brno: Cpress. 144 s. ISBN 9788026505792.
- DAHL, J., KEHLET, H., (2006). *Postoperative pain and its management*. In: McMAHON, S. B., Koltzenburg, M., (edit) Wall and Melzack's Textbook of Pain (5th ed). Churchill Livingstone. ISBN 0-433-07287-6.
- DALKE, H., ET AL. (2006). *Colour and lighting in hospital design*. Optics & Laser Technology. 38(4), 343-65. DOI: 10.1016/j.optlastek.2005.06.040.
- DENIPOTE, A. G. M. (2009). *Combinacao entre termos da cipe para compor diagnosticos de enfermagem relacionados ao foco processo do aparelho reprodutor*. Dissertacao (Mestrado em Tecnologia em Saude) – Pontificia Universidade Catolica do Parana – PUCPR.
- DIXON, L., FOUREUR, M. (2010). *The vaginal examination during labour: i tis benefit or harm?* NZCOM. J. 42 (May), 21-26.
- DOLEŽAL, T., ET AL. (2008) *Bolest. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všechny praktické lékaře*. 2008. Praha. Vyd. CDP-PL. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 28s. ISBN 978-80-86998-23-7.
- DUIGNAN, M.N., HUGHES, O., ET AL (1975). *Characteristics of normal labor in different racial groups*. British Journal. Of Obstetrics and Psychiatry. 82, 593-601.
- DUŠOVÁ B. ET AL. (2019). *Potřeby žen v porodní asistenci*. Grada. Praha. 144s. ISBN 978-80-271-0837-4.
- ENKIN, M., ET AL. (2000). *Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxfordd. Oxford University Press. ISBN – 13: 9780192631732. DOI. 10.1093/med9780192631732,001.0001.
- ESCOTT, D., ET AL. (2004). *The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour*. Midwifery 20(2): 144–156. DOI: 10.1016/j.midw.2003.11.001.
- EVANS, M., ET AL. (2001). *Masáže – masáže, aromaterapie, shiatsu, reflexologie*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 80-247-0108-1
- FADAIZADEH, L. EMAMI, H., SAMII, K. (2009). *Porovnání stupnice vizuální analogové a hodnot obličejů při měření akutní pooperační bolesti*. Iranian Medicine. 12 (1): 73-5. PMID: 19111034.
- FILLINGIM, RB. (2005) *Individual referrences in pain response*. NCBI – NIH. (5): 342-7.DOI: 10.1007 / s11926-005-0018-7.
- FISHMAN S., ET AL. (2010) *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia. Copyrigh. ISBN 978-0-7817-6827-6.

- FLINK, I. A., ET AL. (2009) *Pain in Childbirth and postpartum recovery – the role of catastrophizing*. European Journal of Pain. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.04.010>.
- FLINK, I. K. ET al., (2009). *Pain in childbirth and postpartum recovery – The role or catastrophizing*. Eur J pain. 13(3),312-6, doi: 10.1016/j.ejpain.2008.04.010. FLYNN, A., et al., 1978. Ambulation in labour. Br Med J. 2(6137), 591-93, ISSN 0007- 1447.
- FLYNN, A., et al., (1978). *Ambulation in labour*. Br Med J. 2(6137), 591-93, ISSN 0007- 1447.
- FREY, D., ET AL. (2019). *Analgezie virtuální reality v práci: pilotní studie VRAIL – předběžná randomizovaná kontrolní pilotní studie*. Anesthesia, analgesia. DOI: 10,1213 / ANE.0000000000003649.
- GASKIN, I. M., (2008). *Ina May's guide to childbirth: updated with new material*. Random House Publishing Group. 368 p. ISBN 9780553381153.
- GENTZ, B. A. (2001). *Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery*. Clinical Obstet Gynecol. 44,704–35, ISSN 0009-9201.
- GIBSON, E. (2014). *Women's expectation and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States*. Women Birth 27(3): 185–189. DOI: 10.1016/j.wombi.2014.05.002.
- GOER, H. (2002). *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. One women press. 549s. ISBN 8086356132.
- GOGGIN K. ET AL. (2010). *e translation and cultural adaptation of patient-reported outcome measures for a clinical study involving traditional health providers and bio-medically trained practitioners*. Alternation (Durb) 17(1): 273–294.
- GOOD, M., PHUMDOUNG, S. (2003). *Hudba snižuje pocit a trápení porodní bolesti*. Pain Management Nursing. DOI: org/10.1016/S1524-9042(02)54202-8.
- GÓRNICKA, J. (2011). *Léčivá moc dotyků*. Praha: Jan Vašut s.r.o., 159 s. ISBN 978-80- 7236-751-1.
- GRABOWSKA, C. (2001). *Alternative therapies for pain relief*. In M. Yerby (Ed.), Pain in Childbearing: Key issues in management. London: Bailliere Tindall. p. 93 - 109.
- GREEN, J., BASTON, H., EASTON, E. ET AL. (2003). *Greater expectations? Inter-relationships between women's expectations and experiences od decision making, continuity, choice and control in labour, and psychological outcomes: Summary Report*. Leeds: Mother and Infant Research Unit. Online. Available: www.leeds.ac.uk/miru/.
- GROSS RM., ET AL. (2003). *Women's Recognition of the Spontaneous Onset of Labour*. Birth issues in perinatal care. DOI:org/10.1046/j.1523-536X.2003.00257.x.
- GUNASHEELA, S., BILIANGADY, R. (2004). *Practical Management of obstetric problems*. 1st ed. Jaypee Brothers Medical Publishers. 268 s. ISBN 9788180612824.

- HAMIDZADEH, A., ET AL. (2012). *Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor*. Journal of Midwifery & Women's Health. 57, 133–138. DOI:10.1111/j.1542-2011.2011.00138.x.
- HARRISON, J. (2008) *Cultural perspectives on pain management* Journal of Perioperative Practice, 2008,18, č. 11, s. 468-471.
- HAWKER, GA., MILAN S., ET AL. (2011). *Měření bolesti dospělých: vizuální analogová stupnice bolesti (VAS), numerická stupnice bolesti (NRS), dotazník bolesti (Mcgill), krátká forma bolesti 36 (SF -36 BPS) a měření intermitentní a konstantní bolesti při osteoartróze (ICOAP)*.ACR open rheumatology. DOI:org/10.1002/acr.20543.
- HENRY, A., NAND S. L., (2004). *Women's antenatal knowledge and plans regarding intrapartum pain management at the Royal Hospital for Women*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 44(4),314-17, doi: 10.1111/j.1479-828X.2004.00230.x.
- HENRIQUE, A. J, ET AL. (2018). *Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial*. International Journal Of Nursing Practice. 24(3), 393-96, doi:10.1111/ijn.12642.
- HODNETT, E., D., ET AL. (2012). *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database Syst Rev 16(2), CD003766). DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3
- HOFBERG, K. (2003). *Strach z těhotenství a porodu*. Postgrad. Med. DOI: .org/10.1136/pmj.79.935.505.
- HSIUNG N. ET AL. (2016). *Translation, adaptation, and validation of the behavioural pain scale and the critical-care pain observational tools in Taiwan*. J Pain Res 2016(9): 661–669. DOI: 10.2147/JPR.S91036.
- HUDÁKOVÁ Z. ET AL. (2017). *Příprava na porod*. Grada. Praha. 136s. ISBN 978802702747.
- CHAPMAN CR. (1997). *Senzorické metody teorie rozhodnutí ve výzkumu bolesti: odpověď na Rollmana*. DOI:org/10.1016/0304-3959(77)90062-8.
- CHMEL, R. (2005). *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.. 116 s. ISBN 80-247-1124-9.
- Childbirth Professionals International. (2018). [online],[cit. 2018 – 06 - 06]. Dostupné z: <https://thechildbirthprofession.com/>.
- CHUNG U. L., ET AL. (2003). *Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor*. J Nurs Res. 11(4), 251-60, ISSN 1682-3141.
- CHUNTHARAPAT, S., ET AL. (2008). *Yoga during pregnancy: effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes*. Complementary therapies in clinical practice. 14(2),105– 15. DOI: 10.1016/j.ctcp.2007.12.007.

IASP – Mezinárodní asociace pro studium bolesti; 2012. [online] [cit. 2016-07-18]. Dostupné z:
<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>

International association pain – IASP (2019) Classification chronic pain. DOI: 10.1097 /
j.pain.0000000000001390 [online].[cit. 2018 – 06 - 06]. Dostupné z:
https://journals.lww.com/pain/Abstract/2019/01000/The_IASP_classification_of_chronic_pain_for.4.aspx

International Confederation of Midwife - ICM (2019) [online].[cit. 2019 – 12 - 12]. Dostupné z:
<https://www.internationalmidwives.org/>.

IP, Y.W., TANG, C., GOGGINS, BW. (2009). *Vzdělávací intervence ke zlepšení schopnosti žen vyrovnat se s porodem*. Clinical Nursing. DOI: org/10.1111/j.1365-2702.2008.02720.x.

ISPOR (2019). *Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient* [online].[cit. 2019 – 12 - 12]. Dostupné z: [https://www.ispor.org/heor-resources/good-practices-for-outcomes-research/article/principles-of-good-practice-for-the-translation-and-cultural-adaptation-process-for-patient-reported-outcomes-\(pro\)-measures](https://www.ispor.org/heor-resources/good-practices-for-outcomes-research/article/principles-of-good-practice-for-the-translation-and-cultural-adaptation-process-for-patient-reported-outcomes-(pro)-measures)

ILIADU, M. (2009) *Labour pain and pharmacological pain relief practice point*. Volume 3. Issue 4. Health Science Journal. pp:197-201 E-ISSN:1791-809X.

IVERSON, L. (1979). *The Brain: Scientific American Book*. McGraw Hill Publishing, New York.

JESSAMYN C. ET AL. (2008). *The Development and Validation of a Dynamic Model to Account for the Progress of Labor in the Assessment of Pain*. Anesthesia & Analgesia. May 2008 - Volume 106 - Issue 5 - p 1509-1515. DOI: 10.1213/ane.0b013e31816d14f3.

KARLSDOTTIR, S., LUNDGREN, I. (2014). *The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm*. Scand J Caring Sci 28(2): 315–327. DOI: 10.1111/scs.12061.

KITZINGER, S. (1978). *Pain in childbirth*. Journal of Medical Ethic. 4(3), 119-21, ISSN 1473-4257.

KOLLER M, ET AL. (2004). *Lingvistická validační příručka pro nástroje vykazované*. Springer. Francie, 184s, ISBN: 2-9522021-0- 9.

KLOMP, T. ET AL. (2013) *Duch women in midwife-led care at the onset of labour: which pain relief do they prefer and what do they use?* BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Dec 10;13:230. DOI: 10.1186/1471-2393-13-230.

KOYVALAMUDI, V. ET AL. (2016) *New Labor Pain Treatment Options*. Curr Pain Headache Rep. 2016 Jan;20(2):11. DOI: 10.1007/s11916-016-0543-2.

KOZÁK, J., ČERNÝ, R., VRBA I. (2004) *Neuropatická bolest z pohledu anesteziologa*. Neurologie pro praxi. 2004. Roč. 5, č. 5, s. 271 - 273.

KRIEGER, D., KUNZ, D. (2004). *The Spiritual Dimension of Therapeutic Touch*. Vermont: Bear&Co. p. 304 ISBN 1-59143-025-9.

KUDLOVÁ, P. (2016). *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-600-6.

KULIUKAS, L., ET AL. (2016) *Women's experience of intrapartum transfer from a Western Australian birth centre co-located to a tertiary maternity hospital*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Feb 8;16(1):33. DOI: 10.1186/s12884-016-0817-z.

LAWRENCE, A., ET AL. (2009). *Maternal positions and mobility during first stage labour*. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.

LEAP, N ET AL. (2010). *Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relation continuity of care*. *J Midwifery Womens Health* 55(3): 234–242. DOI: 10.1016/j.jmwh.2010.02.001.

LEENERS, B., ET AL. (2006). *Vliv sexuálního zneužívání děti na těhotenství, porod a časné poporodní období u dospělých žen*. *J. Psychosomatic Research*. DOI: .org/10.1016/j.jpsychores.2005.11.006.

LEIFER, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Kap. Ošetrovatelský management bolesti při porodu*. 2004. Praha. Grada. 998s. ISBN 80-247-0668-7.

LENSTRUP, S. A., ET AL. (1987). *Warm tub bath during delivery*. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 66(8), 709–12, ISSN 0001-6349.

LEWIN, D. ET AL. (2005). *Women's experiences of vaginal examination in labour*. *Midwifery*. DOI: 10,016 / j.midw.2004.10.003.

LEWIS, K. ET AL. (2015). *Zkušenosti žen s vypořádáním se s bolestí při porodu: Kritický přehled kvalitativního výzkumu*. *Midwifery*. DOI: .org/10.1016/j.midw.2014.12.005.

LIPPICOTT, W. ET AL. (2003) *Vše o léčbě bolesti. Příručka pro sestry*. 2003. Praha. Vyd. Grada. 356s. ISBN 80-247-1720-4.

LIU K, ET AL. (2011). *A pilot study of a systematic method for translating patient satisfaction questionnaires*. *J Adv Nurs* 67(5): 1012–1021. DOI: 10.1111/j.1365-

2648.2010.05569.x.

LIU, Y. H., ET AL. (2010). *Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers*. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1065–72. DOI: 10.1111/j.1365- 2702.2009.03028.x.

LOESER J. ET AL. (2000). *Pain and suffering*. *The Clinical Journal of Pain*. 16 (2): S2 – S6, DOI: 10.1097 / 00002508-200006001-00002.

- LOTHIAN, J. (2005). *Birth plans: The good, the bad, and the future*. Journal of Obstetric and Neonatal Nurses. 35, 295-303. DOI: 10.1111/J.1552-6909.2006.00042.x.
- LOWE, N. (2002). *Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women*. Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology. DOI:.org/10.3109/01674820009085591.
- LUNDGREN I, DAHLBERG K (2002). *Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth*. Midwifery 18(2): 155–164. DOI: 10.1054/midw.2002.0302.
- MAKEDONOVÁ, N. (1991). *Gravidjoga. Porod bez bolesti*. Bratislava: NATAJOGA. 119 s. ISBN 80-900557-3-7.
- MÁLEK J., ET AL. (2009). *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá Fronta. 143 s. ISBN 978-80-204-1981-1.
- MANDER, R. (2014). *Těhotenství, porod a bolest*. Praha. Triton. 312 s. ISBN 978-80-7387-810-8.
- MANESH, M. J., ET AL. (2015). *Snoezelen Room and Childbirth Outcome: A Randomized Clinical Trial*. Iran Red Crescent Med J. 17(5), 1-6. DOI: 10.5812/ircmj.17(5)2015.18373.
- MANDYSOVÁ P. ET AL. (2019). *The translation and linguistic validation of the Revised Iowa Pain Thermometer into Czech for a clinical study involving Czech stroke patients*. Pardubice, Czech Republic. Kontakt/Journal of nursing and social sciences related to health and illness. DOI: 10. 32725/kont.2019.015.
- MAREŠ, J. (1997). *Dítě a bolest*. Vyd.1. Praha: Grada. 317s. ISBN 80-7169-267-0
- MASTILIAKOVA D. ET AL. (2002) *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 2002. Ostrava: Ostravská univerzita, 124 s.
- MAZONI, SE. ET AL. (2013). *Clinical validation of the nursing diagnosis labor pain*. NCBI. DOI: 10,1590 / s0104-11692013000700012.
- MELZACK, E., ET AL. (1984). *Severity of labour pain: influence of physical as well as psychologic variables*. Can Med Assoc J. 130(5), 579-84, ISSN 0008-4409.
- MELZACK, R. (1993). *Labour pain as a model of acute pain*. Pain. 53(2), 117–20. ISSN 0304-3959.
- MCCOOL WF. (2004). *Pains in womens health – Multi Faceted approach toward understanding*. Journal of midwifery and Womens health. DOI: .org/10.1016/j.jmwh.2004.09.001.
- MCCAFFERY, M. (2008) *Nursing Management of the Patient with Pain*. 2. Vyd. Lippincott.
- MCCAFFERY, M. (1979). *Nursing management of the patient with pain*. 2. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott CO. 264 p. ISBN 978-0397541218.

- MCCARTNEY, P. R. (1998). *The birth ball- are you using it in your practise setting?* MCN Am J Matern Child Nurs. 23(4), 218, ISSN 0361-929X. Michiganská univerzita. 338s. ISBN 9780397543243.
- MILITARY OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. (2014). [online]. [cit. 2019 – 12 - 12]. Dostupné z: https://brooksidepress.org/Products/Military_OBGYN/Home.htm.
- MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- MOHER D. ET AL. (2007). *Preferované položky hlášení pro systematické kontroly a metaanalýzy: Prohlášení PRISMA*. *Plos medicine*. DOI: [org/10.1371/journal.pmed.1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097).
- MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG. PRISMA (2009). *Preferované položky hlášení pro systematické kontroly a metaanalýzy: Prohlášení PRISMA*. *BMJ* 2009; 339: b2535, doi: 10.1316 / bmj.b2535.
- MOLLAMAHMUTOĞLU, L., ET AL. (2012). *The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery*. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 13(1), 45–49, DOI:10.5152/jtgga.2012.03.
- MONGANOVÁ, M. F. (2010). *Hypnoporod*. Praha: Triton. 243 s. ISBN 978-80-7387-364- 6.
- MOORHOUSE, M.F., DOENGES, M. (2001). *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada. 565 s. ISBN 80-247- 0242-8.
- MORGAN, D., KRCHOVÁ, J. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-77-4.
- MURALIDHAR, J. (2006). *Evaluation of pain*. *J Indian Anaestet*. 50 (5): 335 – 339.
- NEWBURN, M., JONES, L. ET AL. (2012). *Management bolesti u žen s porodní bolestí: Přehledové systematické hodnocení*. *Cochrane Library*. DOI: [10,1002/14651858.CD009234.pub](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub).
- NICE (2007). *Intrapartum Guedelines*. [online]. [cit. 2016 – 08 - 06]. Dostupné z: <https://www.sth.nhs.uk/clientfiles/File/Home%20birth%20evidence%20-%20NICE%20Intrapartum%20Guidelines%202007.pdf>.
- NIVEN, C.A., GIJSBERS, K. (1996). *Perinatal pain*. In: Niven, C.A., Walker, A., Conception, Pregnancy and Birth. Boston: Butterworth Heinemann. 163 s. ISBN 0750622504.
- NOE, M. (2014). *Aromaterapie do kapsy. Malá encyklopedie éterických olejů*. Příbram: Marie Noe One Woman Press. 299 s. ISBN 9788086356495.
- NOLAN, M. (1997). *Antenatal Education – Where next?* *Journal of Advance Nursing*, 25, 1198-1204.
- ODENT, M. (1992). *Znovuzrozený porod*. Orig. Birth Reborn. Praha: Argo. 154 s. ISBN 80-85794-69-1.

- ODENT, M., (2004). *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo. 152 s. ISBN 80-85794-69-1.
- OPAVSKÝ, J. (2011). *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2011. 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6.
- PAŘÍZEK, A., (2006). *Porodní bolest*. In: ROKYTA, R. et al. *Bolest monografie algeziologie*. Praha: Tigis spol. s.r.o., s. 453-460. ISBN 80-903750-0-6.
- PAŘÍZEK, A., (2015). *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím]-Porod, kniha druhá*. 5. vydání. Praha: Galén. 397 s. ISBN 9788074922152.
- PAŘÍZEK, A., (2008). *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén. 683 s. ISBN 978- 80-7262-594-9.
- PAŘÍZEK, A ET AL. (2012). *Analgezie a anestezie u porodu*. Praha: Galén. 427 s. ISBN 978- 80-7262-893-3.
- PAŘÍZEK, A. ET AL. (2018). *Analgezie u vaginálního porodu. Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP*. Praha. Česká gynekologicko-porodnická společnost, Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. 2018. 83, č. 2. s 140-144.
- PATTON, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. London: Sage. ISBN 0761919716.
- PAVLÍKOVÁ, M. (2015). *Analýza dat o rodičkách z registru národního referenčního centra* [online].[cit. 2016 – 08 - 06]. Dostupné z: <https://www.biostatisticka.cz/analyza-dat-nrc-0/>.
- PERKINS, E. R. (1980). *Education for childbirth and parenthood*. Croom Helm, London.
- PLEVOVÁ I. ET AL. (2011). *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- POLIT D. Et AL. (2007). *Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations*. Res Nurs Health 30(4): 459–467. DOI: 10.1002/nur.20199.
- POWE, S. ET AL. (2015) *Birth in Two Languages: An applied Cultural and Linquistic Study of Birthing Women's Pain Narratives in England and Spanish*. The School of Nursing and Midwifery merged with the School of Social Work & Human Services on January 1, 2015. The University of Queensland. Nursing and Midwifery.
- PREMBERT, A., TAFT, CH., ET AL. (2012). *Father for the first time – development and validation of a questionnaire to asses father's experiences of first childbirth (FTFQ)*. In BMC Pregnancy and Childbirth. ISSN 1471-2393.
- PUDAS T. ET AL. (2014). Translation and cultural adaptation of an objective pain assessment tool for Finnish ICU patients. Scand J Caring Science. 28(4): 885–894. DOI: 10.1111/scs.12103.
- RACHMAWATI, I. (2012). *Maternal reflection on labour pain management and influencing factors*. BJM 20(4): 263–270. DOI: 10.12968/bjom.2012.20.4.263.

- RAMIREZ-MAESTRE, C., ET AL. (2008). *Kognitivní hodnocení a zvládání bolesti u pacientů s chronickou bolestí*. European Journal of pain. DOI: .org/10.1016/j.ejpain.2007.11.004
- RATISLAVOVÁ, K. (2008). *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- RAUDENSKÁ, K. ET AL. (2014). *Strach související s porodní bolestí*. 2014. Praha. UK. Bolest. Roč.17. číslo 3.
- RIEDLOVÁ, O. (2007). *Porod a bolest*. Diagnóza v ošetrovatelství. 2007. Praha: Promediamotion. roč. 3, č. 1, s. 13–15. ISSN 1801-1349.
- ROBERTS L., GULLIVER B., FISHER J., CLOYES KG. (2010). *The coping with labor algorithm: an alternate pain assessment tool for the laboring woman*. J Midwifery Women's Health 55(2): 107–116. DOI: 10.1016/j.jmwh.2009.11.002.
- ROKYTA, R., ET AL. (2012). *Bolest*. 2. vyd. Praha: Tigis. 684 s. ISBN 978-80-97323-02-1.
- ROKYTA, R., ET AL. (2009). *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
- ROLLMAN, GB., HARRIS, G. (1983). *The validity of experimental pain measures*. NCBI. doi: 10,016 / 0304-3959 (83) 90168-9.
- ROOKS, J. P. (2007). *Nitrous oxide for pain in labor – why not in the United States?* Birth 34(1), 3-5. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2006.00150.x
- ROSÉN, MA., ET AL. (2000). *Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review*. Am Obstet. Gynecol. DOI: 10.1067 / mob.2002.121259.
- The Royal College of Midwives – RCOG (2012). *Evidence Based Midwifery*. Vol.10. NO. 3. ISSN: 1479-4489.
- ROZTOČIL, A., ET AL. (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. 408 s. ISBN 978-80-247- 1941-2.
- SANDALL, J., GAGNON, AJ., (2007). *Individuální nebo skupinové předběžné vzdělávání při porodu nebo rodičovství, nebo obojí*. Cochrane library. DOI: 10,1002 / 14651858.CD002869.pub2.
- SAWYER, A., ET AL. (2013). *Míra spokojenosti při porodu a po porodu: srovnávací přehled*. BMC Pregnancy and midwifery. DOI: 10.1186 / 1471-2393-13-108.
- SCHOFIELD, P. A., ET AL. (1998). *Snoezelen and chronic pain: developing a study to evaluate its use (Part I)*. Complement The Nurs Midwifery. 4(3), 66-72, ISSN 1353-6117.
- SIMAVLI, S., ET AL. (2014). *Vliv muzikoterapie při vaginálním porodu na úlevu od bolesti po porodu a duševní zdraví*. Affective disorders. DOI: .org/10.1016/j.jad.2013.12.027.

- SIMKIN P., (2002). *Non-pharmacological methods of pain relief during labour*. Am J Obstet Gynecol. 2002;186 (5 Suppl Nature):S131–S159. DOI:10.1067/mob.2002.122382
- SLADE P., ESCOTT D., ET AL. (2000). *Antenatal predictors and use of coping strategies in labour*. Psychol Health 15(4): 555–569. DOI: 10.1080/08870440008402013.
- SQUIRES A., ET AL. (2013). *A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies*. Int J Nurs Stud 50: 264–273. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.02.015.
- STADELMANN, I. (2009). *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3. vydání. Praha: One Woman Press. 514 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
- STAŇKOVÁ, M. (2005) *České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktická příručka pro sestry. ISBN 80-7013-282-5.
- STEVENS B., ET AL. (2003). *Procedurální bolest u novorozenců s rizikem neurologického poškození*. Pain. DOI: .org/10.1016/S0304-3959(03)00136-2.
- STOLÍNOVÁ, J., MACH, J. (2010). *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén. ISBN 978- 80-7262-686-1.
- STORCK, U. (2010). *Technika masáže v rehabilitaci*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-2663-2.
- STUART, C. (2000). *Invasive actions in labour: where have all the old tricks gone?* The Practising Midwifery. 3(8): 30-33.
- SVENSSON, J., ET AL. (2007). *Antenatal Education as Perceived by Health Professionals*. Journal of Perinatal Education, 16(1), 9–15, DOI: 10.1624/105812407X171067.
- SYMON, A., PAUL, J. ET AL. (2008). *Maternity unit design study part 3: environmental comfort and control*. British Journal of Midwifery, 16(3), 167-171.
- ŠALANSKÁ, E. (2018). *Psychoprofylaxe gravidních žen a jejich vliv na porod*. Fakulta zdravotnických studií. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně. Závěrečná bakalářská práce. Ústí nad Labem.
- ŠALANSKÁ, E., MORAVCOVÁ, M. (2018). *Copingové strategie v péči porodní asistentky o rodící ženu*. Kontakt. Journal of nursing and social sciences related to health and illness. 21.(3):298-305. DOI: 10.32725
- ŠAMÁNKOVÁ, M., ET AL. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-32237.
- ŠTROMEROVÁ, Z. (2010). *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.
- TOMAGOVÁ, M., ET AL. (2008). *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

- TOMÁŠ, S. (2000). *Bezbolestný porod*. Slovensko. Nakladatelství: Osvěta. ISBN 978-80-8063-040-9.
- TÓTHOVÁ, V. ET AL. (2014). *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha. Triton. 226s. ISBN 978-80-7387-785-9.
- TOURNAIRE, M., THEAU-YONNEAU, A. (2007). *Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor*. Evidence Based Complementary Alternative Medicine 4 (4), 409-17. doi:10.1093/ecam/nem012.
- UZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky (2019). [online].[cit. 2019 – 12 - 12]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/>.
- VAGUE, S. (2004). *Midwife's experiences of working with women in labour: interpreting the meaning of pain*. Unpublished master's thesis. Auckland University of Technology, Auckland
- VANĀSEK, J. (2014). *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice. Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-769-8.
- VARDANJANI, L. R., ET AL. (2012). *The effect of the Presence of an Attendant on Anxiety and Labor Pain of Primiparae Referring to Hajar Hospital in Shahre Kurd*. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery. 9(21):41-50. ISSN 1735-868x.
- VONDŘICH, I. (2012). *Akupunktura v porodnictví*. In: Pařízek, A. et al. Analgezie a anestezie v porodnictví. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Galén, s. 189-191. ISBN 978-80-7262-893-3.
- VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ, H. (2012). *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-802-4737-423.
- VRÁNOVÁ, V. ET AL. (2007) *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. 1. vyd. 203s. ISBN 978-80-244-1764-6.
- VRBA, I., STROUHALOVÁ, L. (2004) *Historie bolesti. Teorie bolesti*. (1. část). vol VII. Issue I. 45 – 48s. ISSN 1212-0634.
- WICKBOLDT, N., ET AL. (2015). *Continuous assessment of labour pain using handgrip force*. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*. 20(3), 159–63, ISSN 1203-6765.
- WIESSENFELD, H. (2005). *Sex differences in pain perception*. *Gender Medicine*. DOI: 10,016 / s1550-8579 (05) 80042-7.
- WINTEROWD, C. ET AL. (2003). *Cognitive therapy chronic pain patients*. UK. ISBN 0-8261-4595-7.
- WILD, D., et al. (2005). *Principles of good practice for the translation and cultural adaption process for patient – reported outcome measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaption*. *Value Health* 8(2): 94 – 104. DOI: 10.1111/j.1524-4733.04053x.
- WHITCOME K.K., ET AL. (2007). *Fetal load and evolution of lumbar lordosis in bipedal hominid*. *Nature*. DOI: 10,1038 / příroda06342.

- WHITBURN LY., JONES LE., ET AL. (2014). *Women's experiences of labour pain and the role of the mind: an exploratory study*. Midwifery 30(9): 1029–1035. DOI: 10.1016/j.midw.2014.04.005.
- WHO - World Health Organization. (2018). *Management of substance abuse: Process of translation and adaption of instrument*. [online]. [cit. 2019 - 12 - 12]. Dostupné z: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en.
- WORWOOD S., WORWOOD, V. (1995). *Essential aromatherapy*. New World Library. California. ISBN 1-57731-248-1.
- WU, WH., MEIJER, OG., UEGAKI, K. ET AL. (2004). *Pregnancy – related pelvic girdle pain PPP*. Terminology, clinical presentation, and prevalence. Eur Spine J. 12(7): 575-589.
- YONNEAU, T.A., TOURNAIRE, M. (2007). *Doplňkové a alternativní přístupy k úlevě od bolesti během porodu*. Porodnické a gynekologické oddělení, Nemocnice sv. Vincenta de Paul, University of Paris. DOI: .org/10.1093/ecam/nem012.
- YOUNG, D., ET AL. (2002). *Povaha a zvládání porodní bolesti*. AJOG. DOI: .org/10.1016/S0002-9378(02)70178-6.
- ZBOROWSKI, M. (1952). *Kulturní složky v reakci na bolest*. Social Issues. DOI: org/10.1111/j.1540-4560.1952.tb01860.x.
- ZEMANOVÁ, J., ZOUBKOVÁ, R. (2012). *Vybrané kapitoly z léčby bolesti*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 61 s. ISBN 978-80-7464-113-8.
- ZOHRE, A., TORKZAHIRANI, S., ET AL. (2017). *Vliv dýchací techniky na rozsah poškození perinea při porodu: Randomizovaná klinická studie*. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. DOI: 10.4103 / 1735-9066,202071.
- ZWELLING E., ET AL. (2006). *How to implement Complementary Therapies for Laboring women*. MCN The American Journal of Mother / Child Nursing 31 (6): 364-70; kvíz 371-2 · listopad 2006 s 166 čteními. DOI: 10.1097 / 00005721-200611000-00006

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Přehled hodnotících technik porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020).....	57
Tabulka 2 Přehled výzkumného designu (Zdroj: Vlastní, 2019)	89
Tabulka 3 Věk a délka praxe respondentek (Zdroj: Vlastní, 2020)	93
Tabulka 4 Vzdělání respondentek v oboru PA (Zdroj: Vlastní, 2020)	94
Tabulka 5 Porodnice a počty PA (Zdroj: Vlastní, 2020)	95
Tabulka 6 Fáze zpětného překladu (Zdroj: Vlastní, 2020, podle Wild et al., 2005; WHO, 2019).....	100
Tabulka 7 Kritéria pro překladatele (Zdroj: Vlastní, 2020, podle Wild et al., 2005).....	101
Tabulka 8 Kritéria pro zařazení, charakteristika expertů (Zdroj: Vlastní, 2019 podle Wild et al., 2005).....	102
Tabulka 9 Fáze focus group (Zdroj: Vlastní, 2020, podle Miovského, 2016)	104
Tabulka 10 Kritéria pro zařazení, charakteristika PA (Zdroj: Vlastní, 2020, podle Wild et al., 2005).....	106
Tabulka 11 (Ne)hodnocení porodní bolesti a příčina (Zdroj: Vlastní, 2020).....	110
Tabulka 12 Počty kombinací oblastí hodnocených u porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020).....	112
Tabulka 13 Počty kombinací užívaných metod hodnotících porodní bolest (Zdroj: Vlastní, 2020).....	115
Tabulka 14 Hodnotící škály, nástroje pro hodnocení porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020).....	118
Tabulka 15 Využití hodnotících technik v závislosti na věku a délce praxe (Zdroj: Vlastní, 2020).....	118
Tabulka 16 Využití hodnotících technik v závislosti na vzdělání (Zdroj: Vlastní, 2020).....	119
Tabulka 17 Doba hodnocení porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020).....	122
Tabulka 18 Preference metod pomáhající od porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020).....	123
Tabulka 19 Využití nefarmakologických metod v klinické praxi (Zdroj: Vlastní, 2020).....	124
Tabulka 20 Využití kombinací intervencí v závislosti na věku a délce praxe (Zdroj: Vlastní, 2020).....	127
Tabulka 21 Využití intervencí v závislosti na vzdělání (Zdroj: Vlastní, 2020).....	127
Tabulka 22 S jakými metodami se PA nesetkají v praxi (Zdroj: Vlastní, 2020).....	129
Tabulka 23 Počty kombinací neznámých nefarmakologických metod (Zdroj: Vlastní, 2020).....	130
Tabulka 24 Hodnocení efektu použitých nefarmakologických metod při porodu (Zdroj: Vlastní, 2020).....	133
Tabulka 25 Edukace o porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020).....	134
Tabulka 26 Spokojenost s hodnocením porodní bolesti na pracovišti (Zdroj: Vlastní, 2020).....	136
Tabulka 27 Překládané verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale (Zdroj: Vlastní, 2020).....	140
Tabulka 28 Kvantitativní analýza překladu - panel expertů, porodních asistentek N _{PA} (Zdroj: Vlastní, 2020)..	143
Tabulka 29 Odpovědi focus group (Zdroj: Vlastní, 2020).....	145
Tabulka 30 Kvantitativní zhodnocení využití nástroje focus group (Zdroj: Vlastní, 2020).....	148

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Proces výběru a třídění literárních zdrojů (Zdroj: Vlastní, 2017).....	20
Obrázek 2 Intenzita a rozdílnost porodní bolesti v jednotlivých dobách porodních (Zdroj: Bonica, 1986)	35
Obrázek 3 Nociceptivní cesty podílející se na potlačení porodní bolesti v oblasti pánve (Zdroj: Bonica, 1986) 35	
Obrázek 4 Konceptní model zkušenosti s porodní bolestí (Zdroj: Chapman, 1977).....	37
Obrázek 5 Etiologie fenoménu porodní bolesti (Zdroj: podle Cardin et al., 1986 in Takácž et al., 2015)	39
Obrázek 6 Edward Demingův model "Plan, Do, Check, Act" (Zdroj: Deming, 1990 podle Roberts, 2010)	81
Obrázek 7 Zvládání porodní bolesti pomocí copingových strategií (Zdroj: Vlastní, 2020, podle Roberts, 2010)82	
Obrázek 8 Histogram rozložení počtu věkových kategorií (Zdroj: Vlastní, 2020)	93
Obrázek 9 Důležitost hodnocení porodní bolesti v I. době porodní (Zdroj: Vlastní, 2020).....	109
Obrázek 10 Co je důležité při hodnocení porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020).....	111
Obrázek 11 Počty kombinací faktorů hodnocených u porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020).....	113
Obrázek 12 Sledování porodní bolesti (Zdroj: 2020)	114
Obrázek 13 Počty kombinací oblastí hodnocených u porodní bolesti 2 (Zdroj: Vlastní, 2020).....	115
Obrázek 14 Hodnocení a dokumentace porodní bolesti v klinické praxi (Zdroj: Vlastní, 2020 z © Atlas.ti)...116	
Obrázek 15 Postup při péči o rodící ženu s porodní bolestí (Zdroj: Vlastní, 2020 z © Atlas.ti).....	120
Obrázek 16 Počty kombinací využití nefarmakologických metod 1 (Zdroj: Vlastní, 2020).....	126
Obrázek 17 Počty kombinací využití nefarmakologických metod 2 (Zdroj: Vlastní, 2020).....	126
Obrázek 18 Počty kombinací neznalosti nefarmakologických metod 1 (Zdroj: Vlastní, 2020).....	130
Obrázek 19 Počty kombinací neznalosti nefarmakologických metod 2 (Zdroj: Vlastní, 2020).....	130
Obrázek 20 Faktory ovlivňující zvládání a prožívání porodní bolesti (Zdroj: Vlastní, 2020 z © Atlas.ti).....	131
Obrázek 21 Hodnocení efektivity nefarmakologických metod (Zdroj: Vlastní, 2020).....	133
Obrázek 22 Postup při péči o rodící ženu s porodní bolestí (Zdroj: Vlastní, 2020).....	135
Obrázek 23 Přeložená verze Labor Coping Scale část A a B (Zdroj: Vlastní, 2019).....	141
Obrázek 24 Finální česká verze hodnotícího nástroje Labor Coping Scale (Copingová škála porodní bolesti).149	

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Povolení autorů k překladu záznamového archu Labor Coping Scale

Příloha 2 Originální verze Labor Coping Scale část A a B

Příloha 3 Protokol ke sběru dat – dotazníkové šetření

Příloha 4 Informovaný souhlas o účasti ve focus group 1 a 2

Příloha 5 Analýza literárních zdrojů – literární rešerše

Příloha 6 Hodnotící protokol Labor Coping Scale

Příloha 7 Copingové strategie při porodu


Příloha 1 Povolení autorů k překladu záznamového archu Labor Coping Scale

Od: Childbirth Professionals <childbirthprofessionals@gmail.com>
Komu: Eva Šalanská <Eva.Salanska@ujep.cz>
Datum: 24.05.2018 20:07
Věc: Re: Ph.D

Hello Eva,

Yes you have permission to use the coping scale.

Best,

 **Donyale Abe**
Childbirth Professionals, Program Director

P 916-525-7596
E birtheducators@gmail.com
W <http://thechildbirthprofession.com>
□ □ □ □ □

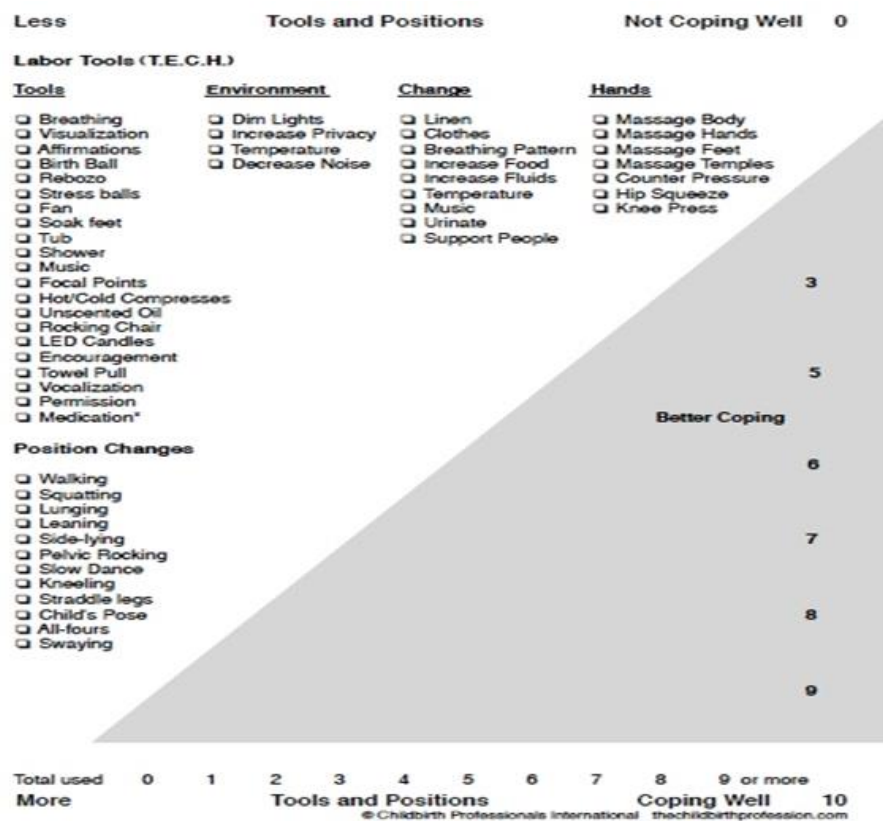
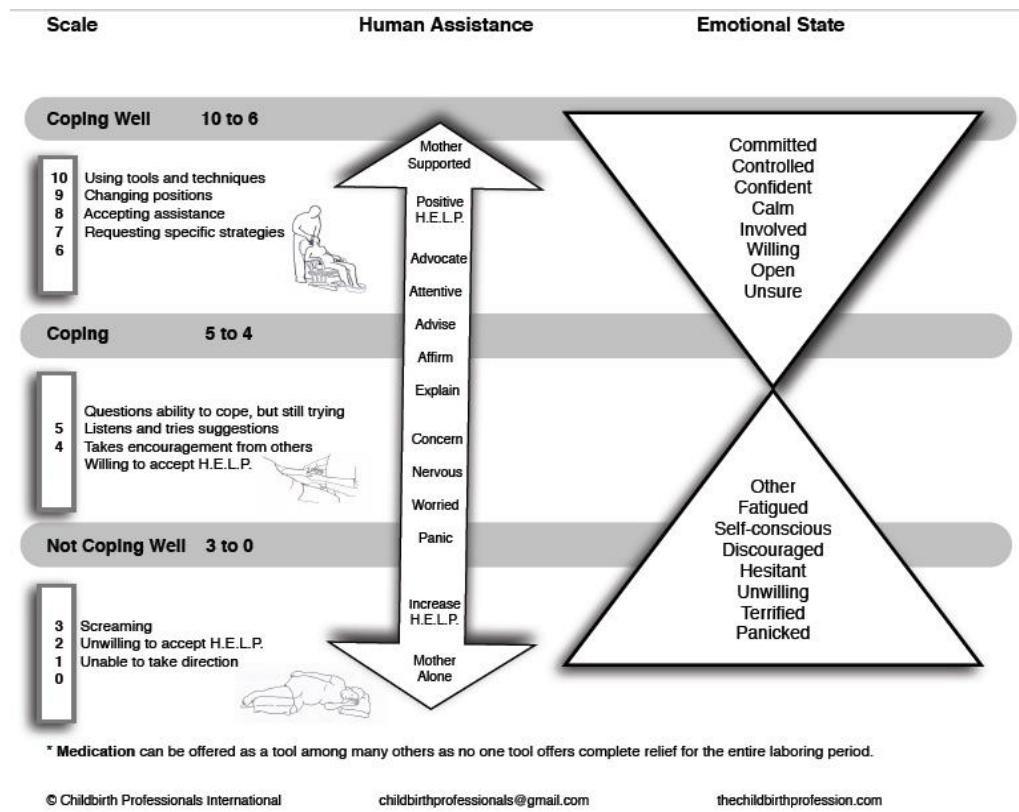
Get your own [email signature](#)

On Wed, May 23, 2018 at 11:25 PM, Eva Šalanská <Eva.Salanska@ujep.cz> wrote:

Dear, childbirth professionals,
I would like to ask you about news tools - labor coping scale witch I find in your webside and some research. I'm interested at! I would like you ask you about it? If it examed and validisation? I would like to use it for my Ph.D study - I'm writting about labour pain and assessment techniques! And formed news documentation for midwives in CZEch in delivery rooms! I would like to use your tools! It is possible?
thank you for your answer!
With best regards!
MS. Šalanská, Eva

Mgr. Eva Šalanská
Odborný asistent Katedry ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem
tel. + 420475284268
mobil. + 420776778179
email: salanskae@ujep.cz
tel: +420 47 528 4268
mobil: + 420 776778179

Příloha 2 Originální verze Labor Coping Scale část A a B



(Zdroj: Childbirth Professionals International, 2018)

Příloha 3 Protokol ke sběru dat – dotazníkové šetření

Hodnocení porodní bolesti porodními asistentkami

Vážené porodní asistentky,

dovoluji si Vás oslovit a požádat o vyplnění dotazníku, který je předmětem výzkumu disertační práce na téma Péče porodní asistentky o ženu s porodní bolestí. Hlavním cílem práce je vytvoření záznamového archu na hodnocení a sledování porodní bolesti s využitím české verze nástroje Labor Coping Scale. Tento nástroj pomáhá porodním asistentkám hodnotit adaptaci ženy na porodní bolest a využít adekvátní nefarmakologické intervence.

Vaše odpovědi na následující otázky pomohou k přípravě záznamového archu pro českou klinickou praxi. Veškeré Vámi zaznamenané informace budou archivovány a vyhodnocovány zcela anonymně. S údaji přijdou do styku pouze odborníci, kteří je budou zpracovávat za celý soubor dotázaných porodních asistentek. Dotazník je určen pouze porodním asistentkám pracujícím na porodním sále. Vyplněním dotazníku souhlasíte se svou účastí ve výzkumném šetření. Od šetření můžete kdykoliv odstoupit bez udání důvodu.

Otázky jsou otevřené i zavřené. Prosím Vaši odpověď označte křížkem, pokud není uvedeno jinak. V případě otevřené otázky, napište odpověď, názor. V případě jakýkoliv dotazů se na nás neváhejte obrátit.

Za řešitelský tým Mgr. Eva Šalanská
Eva.salanska@ujep.cz

1. Jaký je Váš věk?
 2. V jaké porodnici na porodním sále pracujete?
 3. Jak dlouho pracujete na porodním sále?
 - Do 5 let
 - 5 – 10 let
 - Déle než 10 let
 4. Jaké je Vaše vzdělání související s profesí porodní asistentky? (možnost více odpovědí)
 - SŠ s maturitou - ženská sestra/porodní asistentka
 - VOŠ – diplomovaná porodní asistentka
 - VŠ – bakalářské vzdělání – studijní obor Porodní asistentka
 - VŠ – magisterské vzdělání v oboru (napište).....
 5. Myslíte si, že je důležité hodnotit porodní bolest u žen v I. době porodní?
 - ANO, hodnocení porodní bolesti je důležité
 - NE, nevidím důvod, proč by měla být porodní bolest hodnocena
 - Nevím
 6. Hodnotíte porodní bolest u žen v průběhu I. doby porodní?
 - ANO
 - NE
- V případě, že jste v otázce č. 6 odpověděla NE, z jakého důvodu nehodnotíte porodní bolest?
(možnost více odpovědí)
- Nedostatek času
 - Nedostatek personálu
 - Nejsou vhodné hodnotící škály
 - Není požadováno hodnotit porodní bolest
 - Hodnotíme porodní bolest pouze v případě ordinace lékaře
 - Ženy udávají zkreslené informace o bolesti
 - Jiné (napište).....

7. Co si myslíte, že je důležité hodnotit u porodní bolesti? (možnost více odpovědí)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Intenzita | <input type="checkbox"/> Délka mezikontrakčního období |
| <input type="checkbox"/> Lokalizace | <input type="checkbox"/> Charakter bolesti |
| <input type="checkbox"/> Frekvence | <input type="checkbox"/> Adaptace |
| <input type="checkbox"/> Pravidelnost | <input type="checkbox"/> Vyvolávající faktory |
| <input type="checkbox"/> Začátek v čase | <input type="checkbox"/> Zmírňující faktory |
| <input type="checkbox"/> Délka kontrakce | <input type="checkbox"/> Doprovodné příznaky |
| <input type="checkbox"/> Jiné (napíšte)..... | |

8. Jak sledujete (pomocí jakých metod a ukazatelů) porodní bolest ve své práci? (možnost více odpovědí)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CTG monitor | <input type="checkbox"/> Neverbální projevy ženy |
| <input type="checkbox"/> Palpačně | <input type="checkbox"/> Nehodnotím |
| <input type="checkbox"/> Hodnotící škála | <input type="checkbox"/> Jiné (napíšte) |
| <input type="checkbox"/> Verbalizace ženy | |

9. Jak zapisujete údaje o porodní bolesti do porodnické dokumentace?

(jaké údaje a jakým způsobem, napište příklad zápisu)

.....

10. Jaké využíváte škály, hodnotící nástroje hodnotící porodní bolest? (možnost více odpovědí)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> VAS (vizuální hodnotící škála) | <input type="checkbox"/> Nepoužíváme |
| <input type="checkbox"/> NRS (numerická hodnotící škála) | <input type="checkbox"/> Jiné (napíšte) |
| <input type="checkbox"/> Mguillský dotazník | |

11. Jak postupujete při hodnocení a péči o ženu s porodní bolestí? (prosím popište)

.....

12. Jak často hodnotíte porodní bolest u žen v I. době porodní?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pouze při přijetí ženy na porodní sál | <input type="checkbox"/> Hodnotím porodní bolest každé 2 hodiny |
| <input type="checkbox"/> Při každé kontrole vitality plodu | <input type="checkbox"/> Nehodnotím porodní bolest |
| <input type="checkbox"/> Podle potřeby v průběhu I. doby porodní | <input type="checkbox"/> Jiné (napíšte) |
| <input type="checkbox"/> Pouze, v případě, že žena porodní bolest nezvládá | |

13. V případě, že žena udává bolest v I. době porodní, jaké metody ulevující od porodní bolesti při své práci nejvíce preferujete?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Nefarmakologické metody |
| <input type="checkbox"/> Farmakologické metody |
| <input type="checkbox"/> Kombinace metod |

14. Jaké nefarmakologické techniky používáte v praxi při práci s porodní bolestí u žen?

(možnost více odpovědí)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nácvik dýchání | <input type="checkbox"/> Homeopatie |
| <input type="checkbox"/> Polohování | <input type="checkbox"/> Akupunktura |
| <input type="checkbox"/> Psychoprofylaxe | <input type="checkbox"/> Taping |
| <input type="checkbox"/> Vizualizaci | <input type="checkbox"/> Masáž částí těla |
| <input type="checkbox"/> Edukace žen | <input type="checkbox"/> Olejová masáž |
| <input type="checkbox"/> Využití porodního míče | <input type="checkbox"/> Využití svíček, světla |
| <input type="checkbox"/> Rebozo | <input type="checkbox"/> Využití tepla (teplé obklady, lávové kameny) |
| <input type="checkbox"/> Využití antistresového míče | <input type="checkbox"/> Relaxace |
| <input type="checkbox"/> Využití vany | <input type="checkbox"/> Hypnóza |
| <input type="checkbox"/> Využití sprchy | <input type="checkbox"/> Osoba blízká (partner) |
| <input type="checkbox"/> Muzikoterapie | <input type="checkbox"/> Dula |
| <input type="checkbox"/> Aromaterapie | |

Jiné (napište)

15. Označte techniky, se kterými jste se v souvislosti s péčí o rodící ženu s porodní bolestí ve své praxi neseťkala (možnost více odpovědí)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Návčik dýchání | <input type="checkbox"/> Akupunktura |
| <input type="checkbox"/> Polohování | <input type="checkbox"/> Taping |
| <input type="checkbox"/> psychoprofylaxe | <input type="checkbox"/> Masáž částí těla |
| <input type="checkbox"/> Vizualizaci | <input type="checkbox"/> Olejová masáž |
| <input type="checkbox"/> Edukace žen | <input type="checkbox"/> Využití svíček, světla |
| <input type="checkbox"/> Využití porodního míče | <input type="checkbox"/> Využití tepla
(teplé obklady, lávové kameny) |
| <input type="checkbox"/> Rebozo | <input type="checkbox"/> Relaxace |
| <input type="checkbox"/> Využití antistresového míče | <input type="checkbox"/> Hypnóza |
| <input type="checkbox"/> Využití vany | <input type="checkbox"/> Osoba blízká (partner) |
| <input type="checkbox"/> Využití sprchy | <input type="checkbox"/> Dula |
| <input type="checkbox"/> Muzikoterapie | <input type="checkbox"/> Jiné (napište) |
| <input type="checkbox"/> Aromaterapie | |
| <input type="checkbox"/> Homeopatie | |

16. Jaké faktory se domníváte, že ovlivňují zvládání a prožívání porodní bolesti u žen? (napište)

.....

17. Sledujete efekt nefarmakologických metod, které použijete u ženy v I. době porodní?

- ANO – jak?
- NE
- Někdy – jak?

18. Edukujete ženy, o porodní bolesti?

- ANO – jak, o čem?
- NE
- Někdy – jak, o čem?

19. Jste spokojena s hodnocením a péčí o ženy s porodní bolestí na Vašem pracovišti?

- ANO – proč?
- NE – proč?

Velice Vám tímto děkuji za Váš vynaložený čas a ochotu k vyplnění dotazn

Příloha 4 Informovaný souhlas o účasti ve focus group

Vážená paní

Rády bychom Vás požádaly o zapojení se do výzkumného šetření v rámci disertační práce na téma Péče porodní asistentky o ženu s porodní bolestí. Cílem je zjistit Váš názor, zpětnou vazbu k předkládanému hodnotícímu nástroji porodní bolesti - Labor Coping Scale.

Vaše účast na výzkumném šetření je dobrovolná a bez nároku na finanční odměnu. Výsledky zjištění tímto šetřením budou použity pouze pro účely disertační práce. Jejím hlavním cílem je na základě získaných informací upravit a vytvořit českou verzi hodnotícího nástroje pro hodnocení adaptace žen na porodní bolest v I. době porodní a přispět ke zkvalitnění poskytované péče rodícím ženám. Údaje o Vaší osobě nebudou zneužity, bude zajištěna ochrana osobních dat. Získané informace budou zpracovány a uchovány podle zákona č. 439/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 1001/2000 Sb., o ochraně údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Souhlasíte-li s účastí na výzkumném šetření, vyplňte prosím níže uvedený Informovaný souhlas.

Děkujeme.

Mgr. Eva Šalanská

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

Já: (vyplňte prosím jméno a příjmení)
souhlasím se zařazením do výzkumného šetření, jehož cílem je zjistit názor, zpětnou vazbu o překládaném záznamovém archu Labor Coping Scale, pomáhajícím porodním asistentkám hodnotit adaptaci žen na porodní bolest v průběhu I. doby porodní.

Vaším právem je si vyžádat další informace u níže uvedených kontaktních osob.

Já, níže podepsaná, souhlasím se zařazením do výzkumného šetření na téma Péče porodní asistentky o ženu s porodní bolestí. Byla jsem řádně a dostatečně informována a seznámena s obsahem a průběhem výše zmíněného záznamového archu (viz Informace k výzkumné studii). Jsem si vědoma, že mohu kdykoli pomocí ústního vyjádření odstoupit od účasti v šetření bez udání důvodu a tato skutečnost nebude mít vliv na moji pracovní pozici.

Výzkum bude zcela anonymní. Údaje o Vaší osobě nebudou zneužity, bude zajištěna ochrana osobních dat a uchovány dle Zákona č. 439/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Souhlasím s publikováním získaných výsledků v obdobném tisku

V Ústí nad Labem dne:

Podpis:

Mgr. Eva Šalanská

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem

Eva.salanska@ujep.cz

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

Odpovědět Odpovědět všem Předat dál Přesunout Označit jako nepřečtené Odstranit

Vytisknout zobrazení


Pošta Vlastnosti

Od: Černá Iva <Iva.Cerna@KZCR.EU>
Komu: Pucarevičová Soňa <Sona.Pucarevicova@KZCR.EU>, Eva Šalanská <Eva.Salanska@ujep.cz> pátek 21. sr
Věc: FW: Výzkum - Disertační práce - Šalanská


Přílohy: Počet příloh: 2
 Vážená paní.docx (14 kB) Zobrazení
 Labor Coping Scale.docx (811 kB) Zobrazení

Stáhnout

Dobrý den Evi,
za mě souhlasím. Soňa, budeš prosím nápomocná Evě Šalanské v umožnění tohoto výzkumného setření ?
děkuji za součinnost oběma, Iva

 GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÁ KLINIKA FAKULTY ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
UNIVERZITY J. E. PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM A KRAJSKÉ ZDRAVOTNÍ, a. s.
- MASARYKOVY NEMOCNICE V ÚSTÍ NAD LABEM, o. z.

Iva Černá
vrchní sestra
Gynekologicko-porodnická klinika
tel. +420 477 112 124
e-mail: iva.cerna@kzcreu
web: www.kzcreu
Krajská zdravotní, a. s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.
Sociální péče 3316/12A, Ústí nad Labem



Mgr. Ivana Lamková, Ph.D.
hlavní sestra
Podřipská nemocnice s poliklinikou
Alej 17. listopadu 1101
413 01 Roudnice nad Labem
lamkovai@pnsp.cz
tel. 416 858 333

— Původní zpráva —

Předmět: Re: Fwd: Výzkum - Disertační práce - Šalanská
Odesílatel: "Procházková, Mária" <prochazkovam@pnsp.cz>
Příjemce: "Lamková, Ivana" <lamkovai@pnsp.cz>
Datum: 03.09.2020 11:02

Dobrý den,
dříve bych žadatelce vyhověla. Jde o rozhovor s našimi por. asistentkami - pokud budou ochotné, proč ne...
Dr. PRoch.

Dne Středa, 02.09.2020 v 13:09 Lamková, Ivana napsal:
Paní primářko, můžete jí umožnit výzkum? Je to má bývalá kolegyně, nybyl by probl-m? IL

Mgr. Ivana Lamková, Ph.D.
hlavní sestra
Podřipská nemocnice s poliklinikou
Alej 17. listopadu 1101
413 01 Roudnice nad Labem
lamkovai@pnsp.cz
tel. 416 858 333

Příloha 5 Analýza literárních zdrojů – literární rešerše (Zdroj, vlastní, 2019).

Autor/rok/země	Hypotézy/cíle	Druh výzkumného přístupu/metodika/typ respondentů	Výsledky/zjištění
Ingela et al. (2002) Švédsko	Popsat zkušenosti rodičích žen s porodní bolestí v průběhu porodu.	Kvalitativní studie, využívající fenomenologický přístup. Metoda formou polostrukturovaných rozhovorů – interview, nahrávaných na audiozáznam. 9 zkušených porodních asistentek mezi 12 a 28 lety praxe v oboru porodní asistence hodnotilo 9 žen po porodu. Ženy, které byly hodnoceny: 4 ženy prvorodičky, 3 ženy druhorodičky, 2 potřeťí rodičí; ženy ve věku 23 – 31 let; 4 ženy byly vysokoškolsky vzdělané; ženy bez farmakologických metod tlumících porodní bolest.	Pozitivní přístup porodních asistentek, které jsou v průběhu porodu ženám společníkem, k dispozici, pomáhají jim, naslouchají. -komunikace a vztah ženy s porodní asistentkou, podpora sebedůvěry ženy -partner u porodu
Escott et al. (2004) Anglie	Zjistit, zda ženy v průběhu porodu mohou identifikovat své vlastní existující strategie ke zvládnutí bolesti a úzkosti a zda lze popisovat rozsah strategií zvládnutí.	Kvalitativní studie, polostrukturované rozhovory - interview. Rozhovory byly realizovány ve dvou mateřských centrech na severu Anglie, trvaly 40 – 50 minut. Respondentky byly ženy rodící poprvé. 23 žen bylo tázáno ve III. trimestru, ve věku od 17 – 38 let, jaké techniky ke snižování úzkosti, používaly nejčastěji. Ženy nejvíce udávaly, že se snažili využívat různých relaxačních technik. Posléze byly tázány ženy po porodu. Tento vzorek tvořilo 20 žen, které se nezúčastnily žádných předporodních kurzů. V prvních 72 hodinách byl proveden rozhovor u žen od jejich první zkušenosti s porodem a porodní bolestí. Ženy byly tázány, jaké strategie využívaly při porodu k zvládnutí porodní bolesti a úzkosti s tím spojenou. Ženy udávaly, že nejvíce využívaly copingové techniky, jako bylo dýchání, úlevové polohy, hydroterapie, které jim nabídly porodní asistentky. Rodičky hodnotily pozitivně neustálou péči porodní asistentky a možnost volby copingových technik, které si samy vybraly.	Byly rozděleny do okruhů, které se týkají: vyrovnání se s předchozími zkušenostmi s bolestí, úzkostí během pracovního procesu. Důležité byly čtyři hlavní pojmy, které byly identifikované v rozhovoru u všech žen: -povaha bolesti v práci, související faktory bolesti v práci, výsledky bolesti při práci, vnímání uchazečů o pomoc u porodní asistentky. Všechny ženy udávaly opět pozitivní přístup porodní asistentky. Ženy byly vděčné za možnosti výběru strategických metod k pomoci od porodní bolesti, kdy mezi jednu z hlavních udávaly právě empatii, komunikaci a pozitivní přístup porodní asistentky.
Roberts et al.	Zhodnotit využití	Kvalitativní studie.	Užití alternativních technik pomáhajících

<p>(2010) Amerika</p>	<p>alternativních technik hodnotících porodní bolesti v průběhu porodu a pomoci ženám adaptovat se na porodní bolest.</p>	<p>Na Universite American College of Nurse provedli polostrukturované rozhovory u sester a porodních asistentek. Studii se zabývala hodnocením porodní bolesti a využíváním farmakologických a nefarmakologických technik tlumící porodní bolest v ošetrovatelské praxi. Hodnocená skupina sester a porodních asistentek hodnotily využití farmakologických a alternativních nefarmakologických technik k tlumení porodní bolesti.</p>	<p>od porodní bolesti – pozitivní vnímání ženami, což vedlo k eliminaci porodní bolesti v průběhu porodu. Sestry a porodní asistentky hodnotily tento model jako efektivní, neboť pomáhá ženám lépe v oblasti psychologické, ke snížení stresu v průběhu porodu, zlepšení sebepojetí žen, lepší adaptace při porodu a s porodní bolestí za pomoci využití copingových strategií, což vedlo ke snížení využití farmakologických technik tlumících porodní bolest a snížení různých komplikací v průběhu porodu.</p>
<p>Slade et al. (2000) Velká Británie</p>	<p>Posoudit, zda rodičí ženy skutečně využívali copingové strategie pomáhající k tlumení porodní bolesti v průběhu porodu s přínosy.</p>	<p>Kvalitativní studie, polostrukturované rozhovory, které byly prováděny u žen poprvé rodičích ve vybraných porodních centrech v UK. Studie se účastnily ženy rodičí poprvé. Ženy byly anglické národnosti, ve věku 18 – 44 let. Ženy byly sledovány v průběhu 11 měsíců. Studie se účastnilo celkem 121 žen.</p>	<p>Pozitivní vnímání alternativních technik pomáhajících od porodní bolesti. Použití vysoké pro dýchací strategie, ale špatné pro relaxaci a držení těla. Podíl užívání dýchání relaxace ukázal slabé asociace s nižším strachem. V práci jsou diskutovány modifikace přípravku prenatální, aby se usnadnilo použití strategií.</p>
<p>Gibson E. (2014) Amerika</p>	<p>Zhodnotit rozdíl, jak ženy prožívají porodní bolest v průběhu lékařsky vedeného porodu a porodu vedeného porodní asistentkou v závislosti na nutnosti užitím farmak tlumící bolest v průběhu porodu. Dílčí cíl, zhodnotit využití copingových strategií při porodu.</p>	<p>Kvalitativní výzkum, metoda polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly realizovány na Universitě v Jižní Karolině na katedře Antropologie. Porovnání prožívání porodní bolesti a porodu ženami, kdy 40 žen rodilo pod vedením porodní asistentky a 40 žen pod vedením porodní asistentky. Rozhovory byly provedeny u žen před porodem a posléze v poporodním období. Celkem se výzkumu zúčastnilo 80 žen. Rozhovor byl veden 30 – 60 minut. Výzkumu se zúčastnilo celkem 80 žen, z toho 40 žen rodilo pod vedením zkušeného porodníka a 40 žen pod vedením porodní asistentky. Do výzkumu byly zahrnuty ženy poprvé rodičí, ale i rodičí po několikáté.</p>	<p>Ženy v obou skupinách se zabývaly bolestí při porodu před porodem po absolvování předporodních kurzů a po porodu. Ženy, které si vybraly k porodu porodní asistentky, udávaly, že byly více seznámeny o porodní bolesti a byla jim více nabídnuta možnost pomoci od bolestí prostřednictvím různých metod nefyzikální léčby, zatímco ženy, které volily lékaře, potvrdily, že od bolesti jim bylo více pomáháno pomocí farmaceutických metod. Z toho vyplývá, že stejné počty žen vyjádřily obavy z bolesti při porodu během prenatálních rozhovorů. Zatímco více žen, které vybírali k porodu lékaře, mluvilo o bolestivějším porodu, měly negativní zkušenosti, byly zklamány, že jim byla nabídnuta volba pouze farmakologických metod pomoci od bolesti. Trendem je vyšší požadavek na</p>

			alternativní techniky pomáhající od bolesti.
Beige et al. (2010) Írán	Zhodnotit zkušenosti žen, hodnotit faktory, které ovlivňují prožívání s porodní bolestí.	Kvalitativní fenomenologická studie. Celkem se studie zúčastnilo 14 žen, u kterých byly prováděny polostrukturované rozhovory – review, během 6 týdnů po porodu. Do studie byly zapojeny ženy po přirozeném porodu. 9 žen rodilo poprvé, 4 ženy po druhé, 1 žena po 5. Ženy byly ve věku 18 – 35 let. Data byla analyzována pomocí sedmstupeňové metody - Colaizziho.	Ženy v obou skupinách se zabývaly bolestí při porodu, před porodem, po absolvování předporodních kurzů a po porodu. Ženy, které si vybraly k porodu porodní asistentky, udávaly, že byly více seznámeny o porodní bolesti. Byla jim více nabídnuta možnost pomoci od bolesti prostřednictvím různých metod nefyzikální léčby. Zatímco ženy, které volily lékaře, potvrdily, že od bolesti jim bylo více pomáháno pomocí farmaceutických metod. Z toho vyplývá, že stejné počty žen vyjádřily obavy z bolesti při porodu během prenatálních rozhovorů. Zatímco více žen, které vybírali k porodu lékaře, mluvilo o bolestivějším porodu. Ženy měly negativní zkušenosti, byly zklamány, že jim byla nabídnuta volba pouze farmakologických metod pomoci od bolesti. V dnešní době mnohé ženy čelí problému, že při lékařsky vedených porodech se zřídka využívají nefarmakologické metody ulevující od bolesti, což samozřejmě vede k dalším problémům, narušování porodního mechanismu porodu aj. Trendem je vyšší požadavek na alternativní techniky pomáhající od bolesti.
Leap et al. (2010) Velká Británie	Zhodnocení využití kontinuální péče porodní asistentky v závislosti na využití farmakologických metod tlumících porodní bolest. Dílčím cílem bylo hodnotit využití copingových strategií	Byla provedena tematická analýza, kvalitativní průzkum, pomocí metody semistrukturovaného rozhovoru – audiopední hloubková review. Rozhovory byly realizovány u žen po porodu v průběhu 2 hodin na porodním sále. Rozhovory byly zaznamenány pomocí audiozáznamu. Průzkumu se zúčastnilo 10 žen. Respondentky byly ve věku 18 – 40 let.	Výsledky rozhovorů potvrdily, že při této formě péče ženy lépe zvládaly porodní bolest a výrazně méně užívaly u porodu farmakologické metody pomáhající od bolesti v porovnání s nefarmakologickými metodami. Ženy hodnotily pozitivně zvládání samotného porodu, porodní bolesti a byly

	u žen v průběhu porodu v závislosti na porodní bolesti.	Ženy hodnotily poskytovanou péči porodní asistentky formou kontinuální péče v závislosti na zvládnání porodní bolesti a využití farmakologických a nefarmakologických metod.	více spokojeny v péči porodní asistentky, která jim poskytovala individuální kontinuální péči. Ženy udávaly, že mezi nimi a porodními asistentkami byla větší důvěra, což zlepšovalo jejich celkový vztah. Tyto zkušenosti zvýšily schopnost žen překonat strach a sebedochyby o tom, jak se vyrovnávají s bolestí a vedly k pocitu hrdosti, nadšení a posílení postnatálního života. Ženy se zdály být více povzbuzovány a podporovány v průběhu porodu, více se snažily spolupracovat s porodní asistentkou, využít různých nefarmakologických metod ke zvládnání porodní bolesti, polohování, nácvik dýchání, hydroterapie a další. Všechny ženy zvládly porod bez použití farmakologické metody pomáhající od bolesti.
Rachmawati (2012) Indonézie	Popsat zkušenosti žen s managementem porodní bolesti a zhodnotit faktory, které ovlivňují prožívání porodní bolesti a poskytovanou péči s ní spojenou.	Kvalitativní studie, interpretativní. Byly provedeny polostrukturované rozhovory – interview u 7 žen po porodu, které souhlasily s výzkumem. Ženy byly pozorovány již v průběhu porodu a hodnoceno jejich chování a kognitivní funkce. Každý rozhovor byl přepisován a analyzován pomocí metody Van Manena. Studie se zúčastnilo celkem 7 žen, které byly osloveny v poporodním období. Ženy rodily spontánně, vaginálně. Z celkového počtu žen, 3 ženy byly prvorodičky, 4 ženy rodily podruhé. Ženy byly ve věku 28 – 32 let.	Tato studie používala interpretační fenomenologický přístup (hermeneutická fenomenologie) k popisu fenoménu bolesti při práci v Indonézii z pohledu matky. Výsledky odhalily šest vzájemně propojených témat: negativní zkušenost s bolestí na pracovišti; předchozí znalosti ke zmírnění bolesti; úzkost, ale bolest musí čelit; touha zvládat bolesti při porodu; touha být doprovázena; a povědomí o potřebách matky. Zjištění ukázala, že ženy zvládnou bolesti v práci, a to kvůli nedostatku informací o procesu porodu a přesvědčení, že by měla být očekávána bolest.
Karlsdottir et al. (2014) Finsko	Zhodnotit zkušenosti rodičích žen s porodní bolestí a management bolesti u přirozeného porodu.	Kvalitativní studie – sběr dat pomocí Vancouverské metody. U žen po porodu byl proveden polostrukturovaný rozhovor, interview. Rozhovor byl veden pouze jednou osobou, čímž se eliminovala rizika	Ženy popisovaly, že je pro ně důležitý komplexní management porodní bolesti, do kterého spadá příprava žen k porodu a pomoc od porodní bolesti, aby ženy byly připraveny na různé copingové strategie ulevující od porodní bolesti. Posléze hodnocení porodní

		subjektivitu. Výzkumu se zúčastnilo 14 žen po spontánním porodu. 7 žen bylo prvorodiček, 7 žen vícerodiček. Ženy byly ve věku 20 – 40 let. Sociální status žen: 3 ženy byly vdané, 9 žen bylo svobodných.	bolesti v průběhu porodu, pomoc porodních asistentek od porodní bolesti, ale i komunikace, empatie, podpora k lepšímu psychickému prožití porodu, ale celkově zvládnutí této stresové situace. 98 % byla důležitým mezníkem ke zvládnutí porodní bolest právě porodní asistentka. Ženy rovněž popsaly, jak důležité, aby je v průběhu porodu podporoval partner nebo osoba blízká, s níž měly vzájemné porozumění, k lepšímu zvládnutí bolesti.
Whitburn et al. (2014) Austrálie	Cílem práce bylo zhodnotit zkušenosti žen s porodní bolestí, zda se psychika žen podílí na prožívání bolesti. Dílčím cílem bylo zhodnotit, jaké faktory ovlivňují pozitivně či negativně psychiku ženy v průběhu porodního procesu.	Byla provedena kvalitativní studie s využitím fenomenologie jako teoretického rámce. Data byla shromážděna pomocí telefonních rozhovorů, které byly posléze přepisovány. Výsledky byly analyzovány pomocí tematické analýzy transkriptu. Do studie se zapojilo celkem 19 žen. 10 žen bylo poprvé rodičích, 9 žen vícerodiček. 9 žen rodilo v nemocnici pod vedením porodníka, dalších 10 žen rodilo v porodním centru za pomoci zkušené porodní asistentky. 14 žen rodilo spontánně vaginálně, 1 žena vaginálním extrakčním porodem, 4 ženy rodily operačním porodem, císařským řezem, jelikož se vyskytly pupečnickové komplikace. 2 ženy měly střední školu ukončenou s maturitou, 2 ženy střední školu se specializací a 15 žen mělo třetí stupeň vzdělání.	Výsledky poukazují na to, že stav ženského mozku během porodního procesu může vytvořit fázi pro kognitivní a hodnotící procesy. Na základě toho myšlenkové procesy představovaly katastrofální bolest, nízké sebevědomí ke zvládnutí porodu a posléze negativní hodnocení bolesti ženami. Ženy hodnotily, že porodní samotné prožívání porodní bolesti bylo ovlivněno jejich sebevědomím, které se odvíjelo od přístupu lékaře či porodní asistentky, dále komunikací a celkovým vlivem prostředí, což vše spadá do kognitivní skupiny psychiky, která na základě výsledků ovlivňuje samotný proces vnímání bolesti. Z toho vyplývá, že je důležité se zaměřit v průběhu porodu na samotné, což udávalo všech 19 žen.

(Zdroj: Vlastní, 2019)

Příloha 6 Hodnotící protokol Labor Coping Scale (Zdroj: ACOG, 2018)

Assessment of Effective Coping During Labor

Upon admission, ask the laboring woman about her preferences:

Which of the following best describes your plan for pain management during labor?

- ___ a. I would like to have an unmedicated birth. Please do not offer me any type of pain medication. If I decide that I want medication for pain, I will ask for it.
- ___ b. I want to see how it goes. I would like to try nonpharmacologic (non-drug) pain management strategies, but I may decide to use pain medications too.
- ___ c. I would like to have a small dose of pain medication (opioid) by injection ("shot") or put into my IV (if I have an IV).
- ___ d. I would like to use nitrous oxide.
- ___ e. I would like to have epidural or combined spinal-epidural analgesia.

During labor, ask the laboring woman how well she feels she is coping with her contractions. Give her a scale of 0 (coping well) to 10 (not coping at all).

Coping Rating	Suggested Nonpharmacologic Nursing Comfort Strategies
0 to 3 She is coping well.	<ul style="list-style-type: none"> • Encourage her – Tell her how well she is doing. • Reassure her that labor is going normally; provide reassuring touch to shoulder or hand. • Offer to stay with the laboring woman if her labor partner needs a short break. • Inform her of options available such as a tub and/or shower.
4 to 7 She is struggling with her contractions.	<ul style="list-style-type: none"> • If possible, provide continuous support; provide reassuring touch to shoulder or hand. • Reassure her that what she is feeling is normal; give her information on her progress. • Encourage her – Tell her how well she is doing. • Modify environment – Turn down lights, play music (of her choice). • Encourage upright positions. • Encourage rhythmic movements such as: <ul style="list-style-type: none"> • Walking • Gently bouncing or swaying on a birth ball • Dancing • Rocking in a chair • Encourage her to try a warm bath or shower. • Massage (or show her partner how to) shoulders, back, hands, feet, to help her relax. • Provide hot packs (shoulders, back) or cold packs (back, cool cloth to forehead, neck). • Encourage her to vocalize during contractions (e.g. I can do it, I can do it). • Add aromatherapy (jasmine or lavender scent in bath water, lotion, or essential oil on a cotton ball). • If she is experiencing severe back pain: <ul style="list-style-type: none"> • Encourage her to try an all-fours position, pelvic tilts. • Encourage her to try the lunge. • Do knee press, counterpressure, double hip squeeze. • Provide hot or cold packs for lower back. • Offer intradermal water block.
8 to 10 She is overwhelmed, unable to cope effectively with her contractions.	<ul style="list-style-type: none"> • Between contractions, try strategies listed above. • Reassure her that you will stay with her to help her. • Reassure her that what she is feeling is normal; acknowledge her pain. • Have partner, other support person provide counterpressure to back as needed. • During contractions, use the "Panic Routine:" <ul style="list-style-type: none"> • Position yourself so that you can have eye-to-eye contact with her. • With permission, place your hands on her shoulders or arms. • Breathe with her to help her establish a rhythm.

According to Joint Commission representatives, periodic assessment of either pain level: OR coping level: (with appropriate offers of assistance) is acceptable. In their 2019 Committee Opinion #766, *Approaches to Limit Interventions during Labor and Birth*, ACOG recommends using a coping scale rather than a pain scale for laboring women. This form was updated in 2019 by Debby Amis and Jeanne Green of The Family Way Publications. May be used with attribution.

Příloha 7 Copingové strategie při porodu (Zdroj: Simkin, 2002)

Pohyb a poloha

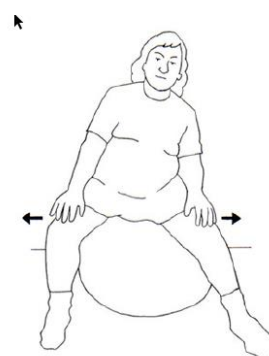
Chůze



Houpání



Kývání



Klečení přes porodní míč



Stání a opěr



Sezení na židli



Klečení s opěrem



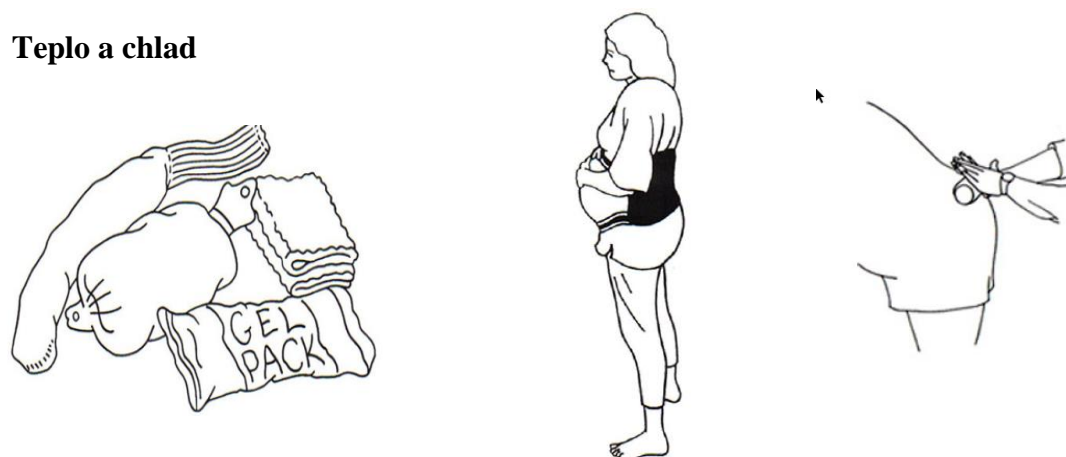
Klečení s partnerem



Sprcha nebo vana



Teplo a chlad



Dotek a masáž

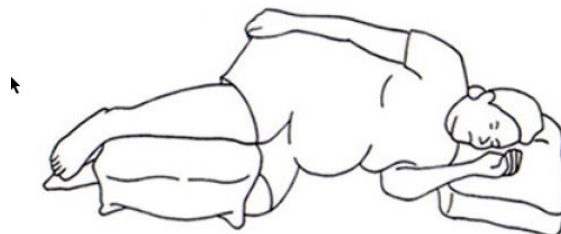


Techniky proti bolestem zad

Otevřená pozice



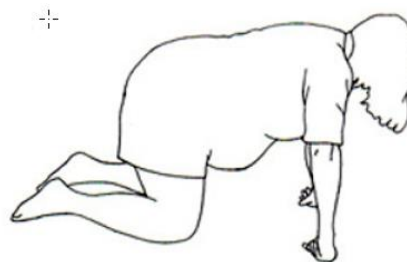
Ležení na boku



Částečně zvýšená poloha



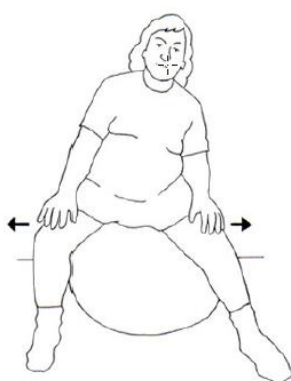
Klečení „kočičí poloha“



Stání



Kývání



Chůze



Pomalý tanec



Výpad



Břišní zvedání



Protitlak



Dvojité stlačení kyčle



Valitý tlak přes dolní část zad

