

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

CESTA K BEZBOLESTNÉMU PORODU

Bakalářská práce

ZDEŇKA KOUTNÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Garneková

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Zdeňka Koutná
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 12. 3. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Cesta k bezbolestnému porodu

How to Get a Painless Childbirth

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Garneková

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 28. 3. 2013

podpis:.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Zuzaně Garnekové za věnovaný čas, trpělivost, podnětné rady a za podporu, kterou mi při vypracování práce poskytla.

Díky také patří rodičkám hospitalizované na oddělení šestinedělí v Kolínské nemocnici.

ABSTRAKT

KOUTNÁ, Zdeňka. *Cesta k bezbolestnému porodu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Garneková. Praha. 2013. 57 s.

Tématem bakalářské práce je cesta k bezbolestnému porodu. Teoretická část se zabývá používanými i nepoužívanými metodami farmakologické analgezie na porodním sále. Praktická část se zabývá průzkumem používaných farmakologických metod na porodním sále v Oblastní nemocnici Kolín a jejich analgetického efektu na rodičky.

Klíčová slova

Bezbolestný porod. Humanizace porodu. Porodnická analgezie. Porodnická anestezie.

ABSTRACT

How to Get a Painless Childbirth. University of Health Care. Degree of qualification: Bachelor.

Supervisor of the work: Mgr. Zuzana Garneková. Prague. 2013. 57 p.

The topic of this bachelor work is the way to a painless childbirth. The theoretical part deals with both used and unused methods of pharmacological analgesia in a delivery room. The practical part of the work deals with examination of pharmacological methods used in the delivery room in the Regional Hospital in Kolín and their analgetic effect on women in childbed.

Key words

Painless Childbirth. Humanization of Childbirth. Obstetric analgesia. Obstetric anesthesia.

PŘEDMLUVA

Ovlivnění bolesti při porodu je dnes diskutované téma jak mezi zdravotníky, tak mezi rodičkami. Ženy v dnešní době rodí jedno až dvě děti, a z tohoto důvodu se domnívám, že by porod pro ně měl být příjemnou a radostnou událostí.

Tato práce vznikla ve snaze poskytnout základní informace o analgezií v průběhu porodu a zjistit nejúčinnější analgetické metody v porodní asistenci. Považuji za důležité, aby rodičky měly možnost výběru.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem porodní asistence a klinickou praxí na porodních sálech.

Práce je určena studentům porodní asistence a je vhodná i pro budoucí rodičky.

Touto cestou znovu vyslovuji poděkování mé vedoucím práce Mgr. Zuzaně Garnekové. Velké díky také patří všem, kteří mi byli oporou.

OBSAH

Seznam použitých symbolů, značek a zkratek	
Seznam použitých odborných výrazů	
Seznam obrázků a tabulek	
ÚVOD	18
TEORETICKÁ ČÁST	19
1 Historický vývoj analgezie a anestezie v České republice	19
2 Porodní asistentka a porodní bolest	21
2.1 Komunikace s rodičkou	21
2.2 Porod a bolest	21
3 Tlumení porodních bolestí	23
4 Způsoby porodní analgezie	24
4.1 Systémová analgezie	25
4.1.1 Sedace a analgezie u porodu	25
4.1.2 Sedativa	25
4.1.3 Analgetika	25
4.1.4 Inhalační anestetika	26
4.2 Místní analgezie	27
4.2.1 Infiltrace Headových zón	27
4.2.2 Infiltrace perinea a pochvy	27
4.2.3 Pudendální analgezie	28
4.2.4 Paracervikální analgezie	28
4.2.5 Kaudální analgezie	29
4.2.6 Epidurální analgezie (periduální, extradurální)	29
4.2.7 Subarachnoidální analgezie (spinální, lumbální, intratekální)	30
4.2.8 Kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie	30
EMPIRICKÁ ČÁST	31
5 Průzkumný problém	31

5.1	Průzkumné cíle.....	31
5.2	Hypotézy	31
5.3	Hypotetické tvrzení	31
5.4	Metodika průzkumu	32
5.5	Průzkumný soubor	32
5.6	Technika dotazníku	32
6	Analýza a interpretace vlastního průzkumného šetření.....	33
6.1	Výsledky průzkum	50
7	DISKUZE	51
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	53
8	ZÁVĚR.....	54
9	SEZNAM LITERATURY.....	55
	SEZNAM PŘÍLOH.....	57

Seznam použitých symbolů, značek a zkratek

a. (arterie)

CNS (centrální nervová soustava)

DM (diabetes mellitus)

i.m. (intramuskulárně)

i.v. (intravenózně)

N₂O (oxid dusný)

o.p.s. (obecně prospěšná společnost)

Seznam použitých odborných výrazů

Akupunktura - čínská léčebná metoda

Alergická reakce - nepřiměřená reakce imunitního systému organismu

Alkoholismus - chorobný návyk, závislost na požívání alkoholu

Analgezie - ztráta vnímání bolesti

Anestezie - znecitlivění

Anesteziolog - lékař, který provádí anestezii

Anterográdní amnézie - vyřazení paměti po podání preparátu

Antiemetický účinek - léky potlačující pocit na zvracení

Antikonvulzivní - protikřečový

Anxiolytika - léky, odstraňují úzkost, napětí, strach

Arterie - tepna

Audioanalgezie - změna aktivity v mozkové kůře drážděním sluchového centra "bílým šumem", tj. směsí slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě

Aura - energetické pole okolo živých organismů

Bagatelizovat - podceňovat, snižovat, znevažovat, zlehčovat

Benzodiazepiny - léky tlumící centrální nervovou soustavu

Bierova anestezie - naplnění předem vyprázdněných žil končetiny místním anestetikem, které ze žil proniká do tkáně, kterou infiltruje

Centrální nervový systém - je ústřední část soustavy

Diabetes mellitus - neboli úplavice cukrová, je souhrnný název pro skupinu chronických onemocnění, která se projevují poruchou metabolismu sacharidů

Dilatace - rozšíření, roztažení, zvětšení

Dystokie - protražovaný, neprogredující, nepostupující porod, porucha porodu zapříčiněná mechanickými nebo funkčními příčinami

Epidurální anestezie - přechodné přerušení nervových vzruchů podáním anestetika/analgetika do epidurálního prostoru v oblasti páteře

Epilepsie - neurologické onemocnění, projevující se opakovaným výskytem epileptických záchvatů

Extrapyramidální příznaky - příznaky vznikající při poruše extrapyramidového systému
tj. dysregulaci svalového napětí tonu a pohybu kineze

Fetální bradykardie - srdeční frekvence plodu nižší než 120 tepů za minutu

Forceps - lékařské kleště na usnadnění porodu

Fyziologický roztok - 0,9 % vodný roztok chloridu sodného

Gastrointestinální obtíže – soubor příznaků onemocnění v trávicím traktu (pálení žáhy, bolesti břicha, nevolnost, nadýmání, zvracení, průjem, zácpa ...)

Halucinace - vidina, přelud, blouznění

Headovy zóny - oblasti na kůži, jejichž inervace vychází ze stejných míšních segmentů jako inervace určitých vnitřních orgánů

Hepatopatie - obecné označení pro jaterní chorobu

Hydroanalgezie - užívání vodních koupelí pro zmírnění porodních bolestí

Hypnotika - léky, které vyvolávají spánek či usnadňují usínání

Hypnóza - uměle vyvolaný spánek, stav vědomí změněný sugestivním působením jiné osoby

Hypotenze - snížení krevního tlaku

Hypoxie - nedostatek kyslíku v těle nebo v jednotlivých tkáních

Chronická insuficience placenty - je důsledkem degenerativních změn nebo poruch růstu placenty, takže se vyvine nepoměr mezi potřebou plodu a funkční plochou placenty

Indikace – důvody pro stanovení léčebného postupu

Infekce - nákaza

Infiltrace - prosakování, pronikání

Inhalační anestezie - využívá infiltrace přímo v místě operačního zákroku

Intradermálně - podání léku do kůže

Intrauterinní růstová retardace - je stav, při kterém plod nedosahuje svého růstového potenciálu

Kardiodepresivní účinek - ovlivňující srdeční rytmus

Kardioprotekce - opatření vedoucí k ochraně myokardu a zmenšení nebo prevenci poškození myokardu

Kardiotokografický záznam - zobrazovací metoda: křivka srdeční akce plodu a děložní aktivity

Katalepsie - chorobná strnulost svalstva při hysterii nebo hypnóze

Kaudální analgezie - blokáda nervových struktur podáním lokálního anestetika do prostoru sakrálního kanálu os sacrum

Kineze - neřízený pohyb organismu vyvolaný specifickými podněty

Koagulopatie - porucha srážlivosti krve

Kontraindikace - okolnost nebo stav pacienta vylučující některé léčebné postupy, výkony, užívání některých léků

Litotomická poloha - poloha na zádech s nohama ve třmenech

Lumbosakrální oblast - bederní a křížová oblast

Místní analgezie - druh farmakologické analgezie

Multipara - vícekrát rodící žena

Narkomanie - chorobná touha po narkotikách, drogách a závislost na nich

Nauzea - pocit nevolnosti, nutkání ke zvracení

Neuropatie - blíže nespecifikované onemocnění nervů

Neuroplegická analgezie - kombinace léků (analgetik a opiátů)

Neuroprotektce - záchrana ischemií postižené tkáně a zlepšení funkčního klinického stavu

Nikotinismus - chorobná závislost na nikotinu

Paracervikální analgezie - oboustranná blokáda Lee-Frankenhäuserova plexu

Parenchymové orgány - například játra, plíce, ledviny

Pavoučnice - „Arachnoidea“, obal centrálního nervového systému

Perineum - hráz (poševní)

Porodník - lékař, provádějící porody

Postpunkční cefalea - bolest hlavy spojená s dalšími obtížemi

Preeklampsie - závažný stav komplikující těhotenství, projevující se vysokým krevním tlakem a bílkovinou v moči

Primipara - prvorodička

Předporodní příprava - příprava budoucích maminek k porodu

Psychotické obtíže – například podrážděnost, vztahovačnost, úzkost, neklid, nespavost

Pudendální analgezie - znecitlivění zevní třetiny pochvy a perinea

Ruptura - trhlina, zlom; roztržení tkáně nebo orgánu zevním či vnitřním zásahem

Sakrální kanál - „míšň kanál“, pokračování páteřního kanálu

Sakrální krajina - oblast okolo kosti křížové

Sedace - říditelný stav útlumu vědomí s možností ovlivnění vnímání bolesti

Sedativa - léky způsobující klidnost, uvolnění, zmenšení strachu, spavost

Sekundipara - žena, rodící podruhé

Spasmolytika - látky uvolňující křeče hladkého svalstva

Subarachnoidální analgezie - podání lokálního anestetika/analgetika do mozkomíšního moku, do subarachnoideálního prostoru

Suprapubická krajina - oblast nad stydkou kostí

Systémová analgezie - představuje soubor způsobů, kdy se podáním centrálně účinných látek ovlivňuje vnímání bolesti

Tinnitus - šelest v uších, které může v různých intervalech zesilovat či zeslabovat

Tonus - napětí svalové tkáně

Toxicita - jedovatost

Trankvilizéry - léky se zklidňujícím účinkem

Transkutánně - skrz pokožku

Transkutánní elektostimulace - bodová aplikace elektrických impulsů

Transvaginálně - skrz pochvu

Tvrdá plena - „Dura mater“, obal centrálního nervového systému

Vakuumextraktor - nástroj na porození plodu tahem, novější alternativa klešťového porodu

Vazokonstrikce - stažení cév

Vertigo - závratě

Vomitus – zvracení

Seznam obrázků a tabulek

Tabulka č. 1 Věkové rozmezí respondentek	33
Tabulka č. 2 - Vzdělání respondentek	34
Graf č. 2 - Vzdělání respondentek	34
Tabulka č. 3 - Rodinný stav respondentek.....	35
Graf č. 3 - Rodinný stav respondentek	35
Tabulka č. 4 - Celkový počet porodů.....	36
Graf č. 4 - Celkový počet porodů	36
Tabulka č. 5 – Denní doba porodu.....	37
Graf č. 5 – Denní doba porodu	37
Tabulka č. 6 - Porod byl.....	38
Graf č. 6 - Porod byl	38
Tabulka č. 7 - Porodní bolest.....	39
Tabulka č. 8 - Vnímání porodní bolesti	40
Graf č. 8 - Vnímání porodní bolesti	40
Tabulka č. 9 - Možnosti analgezie	41
Graf č. 9 - Možnosti analgezie.....	41
Tabulka č. 10 - Využitá metoda.....	42
Graf č. 10 - Využitá metoda.....	42
Tabulka č. 11 - Výběr analgezie	43
Graf č. 11 - Výběr analgezie	43
Tabulka č. 12 - Výběr analgezie	44
Graf č. 12 - Výběr analgezie	44
Tabulka č. 13 - Farmakologické metody	45
Graf č. 13 - Farmakologické metody	45
Tabulka č. 14 - Výběr analgezie	46
Graf č. 14 – Výběr analgezie	46
Tabulka č. 15 - Porodní bolest.....	47

Graf č. 15 - Porodní bolest.....	47
Tabulka č. 16 - Způsob porodu.....	48
Graf č. 16 - Způsob porodu.....	48
Tabulka č. 17 - Pravidelnost kontrakcí	49
Graf č. 17 - Pravidelnost kontrakcí	49

ÚVOD

Bolest u porodu existuje stejně dlouho jako porod sám. Porodní bolesti jsou společnou zkušeností pro všechny ženy.

Během porodu žena vnímá porodní bolesti, ale zároveň prožívá pocity radosti. Porodní bolesti nemají destruktivní vlastnosti. Některé ženy dokonce popisují porodní bolesti jako velmi nepříjemné pocity. Velmi důležitý je také přístup rodičí ženy. Aktivní rodička se s porodní bolestí vyrovnává lépe, nepocítuje bolest jako něco negativního. Při porodu je důležité vytvořit atmosféru klidu a pohody. Zážitky spojené s porodem pomáhají dozrání rodičky do role matky.

Cílem teoretické části práce je poskytnout souhrn farmakologických metod porodnické analgezie, které mohou být použity u porodu.

V praktické části jsme se pomocí anonymních dotazníků ptali novopečených maminek na jejich pocity a vjemy při porodu. Cílem práce je zjistit nejvíce používanou analgetickou metodu a zjištění analgetického efektu používaných farmakologických metod.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Historický vývoj analgezie a anestezie v České republice

Počátek anestezie je spjat s chirurgickými obory. První zmínky o anestezii nacházíme ve vědeckém díle profesora K. Maydla napsaná v letech 1884 a 1887, které se zabývají fyziologicko-experimentálními pracemi. Při pokusech na zvířatech prokázal, že při krvácení ohrožujícím život je možné zvíře udržet nějaký čas na životě pomocí infúze fyziologického roztoku (PAŘÍZEK, 2002).

Pokračovatelem profesora K. Maydla byl jeho student R. Jedlička. Z jeho publikací je nejznámější habilitační spis „O subarachnoideálních injekcích a spinální chirurgické analgesii“, byl vydán v roce 1900. Tento spis přinesl výsledky o spinální anestezii na české chirurgické klinice. R. Jedlička se stal v roce 1922 přednostou II. chirurgické kliniky (PAŘÍZEK, 2002).

V květnu roku 1900 se konal v Praze 3. sjezd českých přírodopytčů a lékařů, kde další tři účastníci hovořili o anestezii. V prosinci roku 1902 byly provedeny B. Horákem první dvě spinální Bierovy anestezie (PAŘÍZEK, 2002).

Ve druhé polovině devatenáctého století se začíná hovořit o potřebě tlumení porodních bolestí, současně však probíhala i diskuze o úskalí analgezie u porodu. Dr. Čeněk Křížek vydal v roce 1876 učebnici „Základové porodnictví pro lékaře“, kde se věnuje problematice podávání opia, morfinu, chloralhydrátu a chloroformu během porodu (PAŘÍZEK, 2002).

V roce 1921 se zajímá profesor V. Rubeška o tišení porodních bolestí, zejména o analgezii inhalační (chloroformovou a éterovou). Při prořezávání hlavičky volí systémovou analgezii, upozorňuje však na ovlivnění děložních stahů a na účinky analgezie na plod (PAŘÍZEK, 2002).

V době mezi světovými válkami se analgezie rozvíjela na porodnických klinikách. Profesor A. Ostrčil, přednosta II. gynekologicko-porodnické kliniky Univerzity Karlovy v Praze, se věnoval analgezii za porodu v tom smyslu, jak ji chápeme dnes. Považoval ji za součást lékařského vedení porodu. Profesor Ostrčil a jeho žáci byli zastánci aktivního vedení porodu a z toho důvodu, ho lze považovat za průkopníka porodnické analgezie. V roce 1926 navrhl používat metralginové, později neo-metralginové čípky, které mají za úkol vyvolat mráкотné stavy s urychlením děložních kontrakcí (PAŘÍZEK, 2002).

Po druhé světové válce začíná J. Brutar z I. gynekologicko-porodnické kliniky v Praze používat pethidin (PAŘÍZEK, 2002).

V 50. letech je v Čechách prosazována nová ideologie. Z toho důvodu dochází ke zdiskreditování analgetické účinnosti u porodu. V roce 1949-1950 J. Kříž z brněnské gynekologicko-porodnické kliniky používá epidurální analgezii během spontánního porodu. Vše řádně publikoval, přesto na jeho práci nikdo nenavázal. Uznání se dočkal až v roce 1989, kdy byl jmenován profesorem. Na konci 50. let J. Budínský, B. Srp a E. Štika prosazují aplikaci fenothiazinových preparátů ve směsi s pethidinem: neuroplegická anestezie, používaná dodnes (PAŘÍZEK, 2002).

Epidurální analgezií se věnovala také česká lékařka Alena Matoušková, ta v roce 1968 emigrovala do Švédska. Zde ve své práci pokračovala. V tomto období byl vývoj medicíny v naší zemi pozastaven, přesto existovali jedinci, kteří na nepříznivou situaci v oblasti vývoje nerezignovali (PAŘÍZEK, 2002).

Ovlivnění Headových zón, pomocí intradermální aplikace prokainu v sakrální a suprapubické krajině bylo zkoumáno v pražském Ústavu péče o matku a dítě. Paracervikální blokáda, pudendální blokáda a hypnóza byly prováděny na II. gynekologicko-porodnické klinice v Praze. O používání těchto metod se zasloužili J. Bendl a A. Doležal (PAŘÍZEK, 2002).

Koncem 60. let Dimitrij Miloschewsky začíná s regionální anestezíí u císařského řezu a již v 70. letech v Praze prováděl epidurální analgezie u spontánního porodu, ale ani tehdy se metoda nesetkala s pozitivní odezvou. Třetí a konečný pokus o zavedení epidurální analgezie byl úspěšný v roce 1988. Nekonfliktní a nekomplikovaný rozvoj epidurální analgezie nastal až v roce 1991 na gynekologicko-porodnické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (PAŘÍZEK, 2002).

V současné době je známa celá řada metod porodnické analgezie. Všechny metody však byly dávno objeveny a dnes jsou pouze zdokonalovány (DOLEŽAL, 1998). Odlišují se však svým analgetickým účinkem, délkou analgetického účinku, regionálním postižením. Rozdílují jsou však v technickém provedení a finanční náročnosti. I přes veškeré pokroky nejsme schopni poskytnout "ideální" porodnickou analgezií (ZWINGER, 2004).

2 Porodní asistentka a porodní bolest

2.1 Komunikace s rodičkou

V komunikaci s rodící ženou je důležité dodržování pravidel efektivní komunikace. V případě prvního kontaktu se jeví jako vhodná metoda: „Technika aktivního naslouchání“ - povzbuzení, objasnění, zrcadlení, parafrázování, shrnutí a ocenění (POKORNÁ, 2005).

Během rozhovoru s rodičkou, bychom měli dosáhnout pěti hlavních cílů:

- a) Objevit důvody, proč k nám rodička přišla.
- b) Definovat klinický problém či problémy.
- c) Věnovat pozornost problémům rodičky.
- d) Vysvětlit problém rodičce.
- e) Využít efektivně čas (TATE, 2005).

Rovněž je kladen důraz na poskytnutí dostatku informací budoucím maminkám. Porodní asistentka by měla podávat veškeré informace o metodách porodnické analgezie jasně a srozumitelně. Nejdůležitějším bodem, kterého musíme dosáhnout, je důvěra rodící ženy. Během porodu je třeba dodržovat klidnou a tichou atmosféru. Porodní asistentka podporuje i doprovázející osobu u porodu, snaží se ji vést k aktivní pomoci rodičce (RATISLAVOVÁ, 2008).

Neméně důležité je také zjištění zkušeností z předchozích porodů, osobní přístup k bolesti a také stav párové dynamiky - osobní historie partnerů (KAMENÍKOVÁ, 2004).

2.2 Porod a bolest

Během porodu je velmi důležitá psychická podpora. Rodící žena by měla neustále myslet na nenarozené dítě. Některé ženy vnímají porodní bolesti jako zdravé a přínosné. Veškeré pocity, které žena prožívá, jí pomáhají orientovat se v porodním procesu (RIEDLOVÁ, 2007). Rodička v porodním procesu zažívá bolestivé podněty spojené s lékařskými výkony, zvláště s pravidelným vyšetřováním, či s ošetřením porodního poranění. V souvislosti s ošetrovatelskou činností vnímá bolestivě zejména aplikace injekcí a v neposlední řadě celý porodní proces (JANÁČKOVÁ, 2007).

Péče o nastávající maminku je náročné časové období. Porodní asistentka se o rodičku stará od příjmu až po překlad na oddělení šestinedělí. Veškeré činnosti jsou závislé na organizačních a odborných zvyklostech provozu porodního sálu. Významnou roli hraje také etika porodních asistentek (ROZTOČIL, 1996). Nesmí se však stát, že porodní asistentka bude bagatelizovat bolest rodičky. Nesmí některou

z metod prosazovat či odsuzovat. V tomto ohledu je velmi důležitá filozofie pracoviště a individuální přístup k rodičce (KAMENÍKOVÁ, 2004).

3 Tlumení porodních bolestí

Vnímání porodních bolestí je velmi individuální proces. U rodičích žen jsou důležité fyzické a psychické dispozice. I jedna žena může prožívat každý porod jiným způsobem. Svoji roli mají i sociální a kulturní vlivy. Stupeň vnímání bolesti je individuální (PAŘÍZEK, 2002).

Během spontánního porodu pociťuje až 60 % žen bolesti různé intenzity. Stahy jsou nejbolestivěji vnímány na konci I. doby porodní. Bolestivé pocity doprovázející porod byly odedávna považovány za součást porodu. (MACKŮ et al., 1998).

Cíle porodní analgezie:

- a) *Porodnický komfort pro matku.*
- b) *Fyziologický průběh porodu.*
- c) *Optimální podmínky pro plod.*
- d) *Bonding (ROZTOČIL, 2008, s. 315).*

Porodnická analgezie by měla splňovat požadavky:

- a) Nesmí ovlivňovat rodičku.
- b) Nesmí ovlivňovat plod.
- c) Nesmí ovlivňovat porodní děj.
- d) Dostatečný analgetický efekt (ČECH et al., 2006).

Účinné tlumení porodních bolestí očekává dnes většina rodiček. Porodnická analgezie patří k základnímu managementu vedení spontánního porodu (KUDELA, 2004).

Součástí předporodní přípravy je podání kompletních informací o dostupných metodách porodnické analgezie příslušného zdravotnického zařízení (DOLEŽAL, 2007).

Porodnická analgezie podaná ve vhodný čas usnadní přerušení bludného kruhu: strach – napětí – bolest. Porodnická analgezie zejména přispívá k odstranění nesprávného způsobu dýchání během děložních kontrakcí rodiček (PAŘÍZEK, 2004).

Je-li porodnická analgezie zvolena správně a podána ve správný čas, lze očekávat snížení porodnických komplikací, jak u rodičky, tak u nenarozeného dítěte (ZWINGER, 2004).

4 Způsoby porodní analgezie

Individuální přístup k porodní analgezie je základem pro správný výběr porodnické analgezie (PARÍZEK, 2002).

Výběr porodní analgezie závisí:

- a) *Psychofyziologický stav rodičky a její přání.*
- b) *Stav plodu.*
- c) *Porodnické situaci.*
- d) *Vybavení porodního sálu.*
- e) *Zkušenosti porodníka a anesteziologa (ROZTOČIL, 2008, s. 315).*

Metody porodnické analgezie můžeme rozdělit:

1) Nefarmakologické metody:

- a) *Předporodní příprava.*
- b) *Hypnóza.*
- c) *Akupunktura.*
- d) *Hydroanalgezie.*
- e) *Audioanalgezie.*
- f) *Transkutánní elektrostimulace - TENS (ROZTOČIL, 2008, s. 315).*

2) Farmakologické metody:

- a) *Systémová analgezie.*
- b) *Místní analgezie (ZWINGER, 2004).*

4.1 Systémová analgezie

4.1.1 Sedace a analgezie u porodu

Cílem porodnické analgezie je zmenšení porodních bolestí. Analgezie přispívá nejen ke komfortu rodičí ženy, ale zároveň snižuje i riziko komplikací porodu z hlediska matky i dítěte. I při vedení porodu s farmakologickou podporou je důležitá psychická podpora lékaře, porodní asistentky a při přání pacientky i doprovázející osoby u porodu. Při užívání farmak u porodu je nutno vzít v úvahu i farmaka prostupující placentou, které mohou negativně působit na plod a novorozence (PAŘÍZEK, 2002).

4.1.2 Sedativa

U většiny žen dochází vlivem těhotenství ke změnám v emočním ladění. Velmi důležité je také, zda je těhotenství chtěné či nikoli. Jedním ze základních projevů je úzkost z neznámého, strach o sebe a dítě, strach z anestezie. Správná psychická podpora od zdravotnického personálu může tyto projevy pozitivně ovlivnit. V případě, že je psychická podpora nedostačující, může strach a úzkost ovlivnit podávání sedativ a anxiolytik (PAŘÍZEK, 2002).

Benzodiazepiny – v závislosti na dávce, mají anxiolytický, anamnestický, svalově relaxační, antikonvulzivní a sedativně hypnotický účinek. Nejpoužívanější je diazepam v dávce 5-10 mg i. m. nebo i. v. Diazepam velmi rychle postupuje placentou, má vliv na snížení tělesné teploty, vede ke snížení variability srdeční frekvence plodu a jiné nežádoucí projevy. Z těchto důvodů je podávání diazepamu nevhodné, a proto se v dnešní době od jeho aplikace ustupuje. Pokud je aplikován, je nutná pouze jednotlivá a velmi nízká dávka (PAŘÍZEK, 2002).

Neuroleptika – antiemetický účinek, jsou podávána v malých dávkách. V kombinaci s analgetiky dochází ke vzájemné potenciaci účinku. Je důležitým uvědomit si výraznou psychomotorickou sedaci, a proto je v porodnictví užíváme jen ve velmi specifických případech. Prometazin prostupuje rychle placentou. Dle studií nebylo prokázáno jeho působení na novorozence. Chlorpromazin u rodiček může vyvolat hypotenzi či extrapyramidální příznaky. U novorozence může vyvolat žloutenku (PAŘÍZEK, 2002).

4.1.3 Analgetika

4.1.3.1 Opioidy

Pethidin – (Dolsin[®]) je nejčastěji používaný preparát (ČECH et al., 2006).

Nežádoucím účinkem u matky je nauzea a vomitus. Pethidin se aplikuje v I. době porodní. Doporučená dávka je 50 mg i. m. každé 3 hodiny, nebo i. v. 25 mg každé 1-2 hodiny, do celkové dávky 100-125 mg. Výhodou je snadná aplikace (PAŘÍZEK, 2002). Analgetická účinnost se pohybuje okolo 40 %. Podává porodní asistentka či porodník (PAŘÍZEK, 2009).

Nalbufin – (Nubain[®]) dosud není prokázáno jaký má tlumivý účinek na dítě. Nevýhodou je vyšší cena. Analgetická účinnost okolo 40 % (ČECH et al., 2006).

Tramadol – (Tramal[®]) ovlivnění novorozence po dávce 50 mg i. m. nebylo prokázáno (PAŘÍZEK, 2002). Analgetická účinnost je okolo 40 %. Podává porodní asistentka či porodník (PAŘÍZEK, 2009). Vzhledem k malým zkušenostem, nelze přímo doporučit pro porodnickou analgezii (PAŘÍZEK, 2002).

Pentazocin – mírné sedativní účinky na matku. Možný výskyt gastrointestinálních obtíží. U vyšších dávek můžeme pozorovat stavy strachu, halucinace a jiné psychotické obtíže. Obvykle se podává 40 mg (PAŘÍZEK, 2002).

Ketamin – farmakologické účinky od sedace, analgezie a katalepsie až k celkové anestezii. Bývá podáván v nízkých dávkách 0,25 mg/kg, ve II. době porodní. Velmi negativním účinkem je anterográdní amnézie, proto není v porodnictví rozšířen (PAŘÍZEK, 2002).

4.1.4 Inhalační anestetika

Inhalační anestetika jsou anestetika s rychlým nástupem analgezie. Při vyšších koncentracích umožňují anestezii.

Vlastnosti ideálního inhalačního anestetika:

- a) Nedráždí dýchací cesty.
- b) Bez pachu nebo příjemnou vůni.
- c) Nehořlavé a nevířivé.
- d) Rychlý nástup i odeznění účinku.
- e) Vysoká účinnost umožňující použití ve směsi s vysokou koncentrací kyslíku.
- f) Eliminace pouze plícemi.
- g) Analgetický účinek.
- h) Absence nežádoucích účinků na parenchymové orgány, kardioprotekce a neuroprotekce, dýchání.
- i) Bez kardiodepresivních účinků.
- j) Chemická i fyzikální stabilita.

k) Nízká cena (MÁLEK, 2011).

Enfluran a izofluran – v malých dávkách působí na snížení porodních bolestí. Nežádoucími účinky jsou snížení aktivity dělohy a snížení svalového tonu nebo kontraktility myokardu. Velmi negativně je vnímán jejich nepříjemný zápach, a proto tyto dvě anestetika nejsou využívána (PAŘÍZEK, 2002).

Oxid dusný – N₂O neboli „rajský plyn“. Poprvé byl využit před více než 100 lety. Nevýhodou je nízká analgetická účinnost (ZWINGER, 2004).

Entonox – směs N₂O a O₂ v tlakové lahvi v poměru 1:1 (PAŘÍZEK, 2009). V I. době porodní je zahájena inhalace směsi v přípravné fázi na kontrakce, ve II. době porodní je naopak inhalace prováděna mezi kontrakcemi (ČECH et al., 1999). Je velmi důležité dodržovat pravidla pro uchovávání lahví, z důvodu jejich náchylnosti na změny teplot a poloh láhve. Při nesprávném zacházení dochází ke změnám koncentrace inhalovaných látek směsi (MÁLEK, 2011). Entonox je v naší zemi zaregistrován, ale není příliš užíván (ČECH et al., 2006).

4.2 Místní analgezie

4.2.1 Infiltrace Headových zón

Infiltrace Headových zón – infiltrace kůže a podkoží lumbosakrální oblasti, podbřišku a třísel lokálním anestetikem (PAŘÍZEK, 2002).

Analgezie není příliš analgeticky účinná. Hlavní negativní účinkem je toxické ohrožení matky i plodu. Z důvodu používání vysokého množství místního anestetika (až 100 ml lokálního anestetika) se tato metoda neprovádí (PAŘÍZEK, 2009).

4.2.2 Infiltrace perinea a pochvy

Infiltrace perinea a pochvy – znečlivění před episiotomií nebo před ošetřením ruptury perinea a pochvy (ZWINGER, 2004). Infiltrační anestezie je nejvíce používána metoda, při ošetření episiotomie či ruptury perinea a pochvy (PAŘÍZEK, 2009). Technicky velmi snadno proveditelná a finančně nenáročná metoda. Mezi negativní účinky patří nízká analgetická účinnost. K dalším negativním účinkům patří rychlý prostup přes placentu, při kterém jako následek hrozí negativní ovlivnění plodu (PAŘÍZEK, 2002). K infiltrační anestezii se používá místní anestetikum (1 % trimekain). Infiltrace je zahájena v pólu zadní komisury, vějířovitě po obou stranách předpokládané episiotomie se infiltuje vrstva podkoží a přes fascii i svalstvo pánevního dna (PAŘÍZEK, 2002). Infiltrační anestezie není vhodná při alergii na lokální anestetikum. Kontraindikována je také při větším porodním poranění (ZWINGER, 2004). Doba účinnosti infiltrační anestezie je 45 minut. Ošetření provádí porodní asistentka či porodník (PAŘÍZEK, 2002).

4.2.3 Pudendální analgezie

Definice: *Pudendální analgezie je oboustranná blokáda větvi n. pudendus infiltrací při jeho výstupu z pánve v oblasti spina ossis ischii (PAŘÍZEK, 2002, s. 234).* Pudendální analgezie znamená znecitlivění zevní třetiny pochvy a perinea (PAŘÍZEK, 2009). Tato analgezie se provádí na konci II. doby porodní při předčasném i včasném spontánním porodu episiotomií, porodu koncem pánevním, klešťovým porodem či vakuumextraktorem. Je možná kombinace s epidurální či subarachnoidální analgezií. Při vstupu hlavičky plodu do pánevní úžiny nebo východu je tato metoda kontraindikována pro možnost poranění plodu. Výhodou je technická nenáročnost a bezpečnost z hlediska matky a plodu. Nevýhodou je využití ve II. době porodní a neovlivnění bolestí související se stahy dělohy. Mezi vedlejší účinky patří toxická reakce s ovlivněním CNS nebo myokardu matky. U plodu a novorozence hrozí nebezpečí ovlivnění elektrické stability myokardu (PAŘÍZEK, 2002). Pro pudendální analgezií jsou možná dva přístupy: transvaginální (per vaginam 1 cm mediálně od tuber osiss ischii) a transkutánní (vpich se vede v místě přechodu zevní a vnitřní třetiny spojnice vnitřních okrajů tuber osiss ischii). Lze využít většinu dostupných anestetik. Tento způsob analgezie provádí porodník či porodní asistentka (ZWINGER, 2004).

4.2.4 Paracervikální analgezie

Definice: *Paracervikální blokáda spočívá v oboustranné blokádě Lee-Frankenhäuserova plexu (plexus uterovaginalis), kterým procházejí nervové vzruchy z těla a hrdla dělohy (PAŘÍZEK, 2002, s. 237).* Tato metoda je účinná pouze v průběhu I. doby porodní. Paracervikální blokáda se provádí při nedostupnosti anesteziologa, který by jinak provedl epidurální analgezií u fyziologicky probíhajícího spontánního porodu nebo při tuhé, rigidní či spastické děložní brance, nebo u jinak fyziologického průběhu porodu. Kontraindikována je při předčasném porodu, známkách hypoxie plodu (zkalená plodová voda, suspektní kardiokografický záznam), preeklampsie, diabetes mellitus, vícečetné těhotenství, hypotenze matky či indukovaný porod při přenášení. Tato metoda je vysoce účinná a jednoduchá. Mezi vedlejší účinky pro matku patří tinitus, vertigo nebo aura (PAŘÍZEK, 2002). Velmi závažnou komplikací je mateřská intoxikace s křečovými stavy, s výskytem 1 : 3000. Plod a novorozenec je ohrožen přechodnou fetální bradykardií (PAŘÍZEK, 2002). Mezi komplikace paracervikální blokády patří: mechanická komprese uterinních cév, hypotenze, vazokonstrikce uterinních cév, poranění nervových plexů, poranění hlavičky plodu, poranění a. uterina, poranění venózních uterinních plexů, přestup lokálního anestetika do uteroplacentárního řečiště (PAŘÍZEK, 2002). Před podáním paracervikální anestezie je nutné zajistit žilní přístup a vybavení pro resuscitaci matky i dítěte. Rodící žena leží v litotomické poloze, provede se dezinfekce vulvy a perinea a speciální jehlou s vodícím pouzdrům se provede paracervikální analgezie. Nejvhodnější doba pro podání je děložní branka o průměru 4-5 cm u sekundipar a multipar, hlavička plodu by měla být vstoupá malým oddílem do pánevního vchodu. U primipary by měl být průměr děložní branky 5-6 cm. Nezbytná je pravidelná děložní činnost a zcela fyziologický kardiografický záznam. Analgetický efekt trvá

60-90 minut (PAŘÍZEK, 2002). Analgetická účinnost je okolo 70 %. Provádí pouze zkušený porodník (PAŘÍZEK, 2009).

4.2.5 Kaudální analgezie

Definice: *Kaudální analgezie je blokáda nervových struktur podáním lokálního anestetika do prostoru sakrálního kanálu os sacrum. Jehla je zaváděna skrze hiatus sacralis. Kaudální anestezie je tedy zvláštní forma epidurální analgezie (PAŘÍZEK, 2002, s. 241).* Je indikována u spontánního porodu a operačního porodu: vakuumextraktor, forceps, extrakce plodu u konce pánevního, v případě nemožnosti aplikace epidurální analgezie. Kontraindikace je shodná se všemi předešlými metodami porodnické analgezie (ZWINGER, 2004). Kaudální anestezie usnadňuje dilataci děložní branky. Při kaudální anestezie je potřeba velké množství anestetika a z toho vyplývá velká toxicita a nebezpečí alergické reakce. Při punkci hrozí riziko zanesení infekce do epidurálního prostoru. Analgetický efekt není příliš přínosný pro I. dobu porodní. Kaudální anestezie znečitlivuje stejnou oblast jako pudendální anestezie, a z toho důvodu se odstoupilo od používání této metody. Tento typ anestezie provádí anesteziolog (PAŘÍZEK, 2002).

4.2.6 Epidurální analgezie (periduální, extradurální)

Definice: *Epidurální analgezie je přechodné přerušování nervových vzruchů podáním anestetika/analgetika do epidurálního prostoru v oblasti páteře (PAŘÍZEK, 2002, s. 257).* Poprvé byla použita německým porodníkem Stoeckel v roce 1909 pomocí 18 – 20 ml procainu epidurálně. Následně však musel všechny porody ukončit kleštěmi, z důvodu potlačení Fergusonova reflexu. V dalších evropských zemích podávali celou dávku lokálního anestetika, a po vymizení jeho účinku aplikaci opakovali. Vysoké dávky a kumulace anestetik vedly ke komplikacím u rodičky i nenarozeného dítěte. V roce 1942 byl poprvé použit katétr, zavedený do epidurálního prostoru. Až do 70. let byla epidurální analgezie obávána z důvodu možných komplikací. Od 70. let byla epidurální analgezie podávána pomocí infuzní pumpy a použitím bupivakainu. V 80. letech se začíná používat kombinace lokálního anestetika a opiátu. Až v roce 1987 je používaná kombinace sufentanylu s bupivakainem (DVOŘÁK, 2004). Epidurální analgezie je velmi užívaná metoda, prospěšně zmírňuje bolest, a také napomáhá ke komfortu během porodu (ŽULTÁKOVÁ et al., 2003). Indikace pro podání epidurální analgezie jsou: porodní bolest, žádost rodičky, indukovaný porod, dystokie, protrahovaný porod, stav po operaci na děložním hrdle, ukončení gravidity ve II. a III. trimestru, porod mrtvého plodu a jiný rizikový porod (PAŘÍZEK, 2002). Indikace ze strany matky: kardiovaskulární, plicní, oční choroby, neuropatie, epilepsie, hepatopatie, DM, preeklampsie, nikotinismus, alkoholismus, narkomanie, úzkostná a vyčerpaná rodička. Indikace ze strany plodu: předčasný porod, intrauterinní růstová retardace plodu, chronická insuficience placenty, poloha plodu koncem pánevním, vícečetné těhotenství (KUDELA, 2004). Epidurální analgezie nesmí být podána při nesouhlasu rodičky, alergii na lokální anestetikum, infekce v místě plánovaného vpichu, koagulopatie matky a stavů, které nesnesou časový odklad (krvácení v průběhu porodu, hrozící hypoxie plodu, předčasné odlučování lůžka), rychlý či překotný porod

(PAŘÍZEK, 2009). Relativní a spornou kontraindikací je u použití derivátů heparinu, kyseliny acetylsalicylové či nesteroidních antirevmatik z důvodu možnosti vzniku epidurálního/subarachnoideálního hematomu. Při aplikaci heparinu intravenózně je epidurální analgezie kontraindikována. Při užití frakcionovaného, nízkomolekulárního heparinu je vhodné vyčkat 12 hodin, u nefrakcionovaného heparinu je doporučeno vyčkat 4-6 hodin. Z důvodu velkého množství nabízených léků nelze vyjádřit obecně platné pravidlo (PAŘÍZEK, 2002). Vhodný čas pro podání epidurální analgezie je souhra porodnických bolestí a vhodný porodnický nález (3 až 4 cm – primipara, 2 až 3 cm – sekundipara a multipara), dále také 30 minut před nebo 30 minut po protržení vaku blan (PORODNICTVÍ, 2006). Analgetická účinnost je okolo 90 %. Epidurální analgezií doporučuje porodník, aplikuje zkušený anesteziolog (PAŘÍZEK, 2009).

4.2.7 Subarachnoidální analgezie (spinální, lumbální, intratekální)

Definice: *Subarachnoidální analgezie je podání lokální anestetika nebo analgetika do mozkomíšního moku, do subarachnoideálního prostoru (PAŘÍZEK, 2002, s. 308).* Indikace a kontraindikace jsou shodné s epidurální analgezií (PAŘÍZEK, 2009). Výhodou je minimální ovlivnění matky a plodu, okamžitý nástup analgezie. Nevýhodou je porušení tvrdé pleny a poručnice, a tím zvýšení rizika úniku mozkomíšního moku a rozvoji postpunkční cefaleje. Tuto metodu provádí anesteziolog (ZWINGER, 2004).

4.2.8 Kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie

Indikace, kontraindikace, výhody i nevýhody shodné s výše popsanými způsoby dvou předchozích postupů (PAŘÍZEK, 2009). Tato metoda se neseťkala s velkým úspěchem z důvodu spojitosti s vyšší finanční nákladností. Provádí pouze anesteziolog (ZWINGER, 2004).

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Průzkumný problém

Vliv analgezie na porodní bolest.

5.1 Průzkumné cíle

Cíl 1:

Zjistit, rozdíl v intenzitě porodních bolestí u primipar a sekundipar.

Cíl 2:

Zjistit, která metoda porodnické analgezie je více využívána u primipar a sekundipar.

Cíl 3:

Zjistit, jaká farmakologická metoda je nejužívanější.

5.2 Hypotézy

Hypotéza 1:

Předpokládáme, že prvorodičky vnímají porodní bolesti intenzivněji než sekundipary.

Hypotéza 2:

Předpokládáme, že primipary využívají farmakologickou metodu porodnické analgezie více než sekundipary.

5.3 Hypotetické tvrzení

Předpokládáme, že nejvíce používanou metodou je epidurální analgezie.

5.4 Metodika průzkumu

Metodika průzkumu je kvantitativní. Formou nestandardizovaného dotazníku. Distribuce dotazníku probíhala osobně, respondentky odpovídaly písemně a samostatně. Časový plán výzkumu byl stanoven na měsíc prosinec 2012 až leden 2013.

5.5 Průzkumný soubor

Průzkumný vzorec tvořily rodičky hospitalizované na oddělení šestinedělí. Respondentky byly záměrně osloveny během hospitalizace. Respondentky byly vybrány dle stratifikovaného výběru (porovnávání dvou skupin: primipary x sekundipary). Věkové rozmezí bylo stanoveno na 15 – 49 let.

5.6 Technika dotazníku

Dotazník obsahoval 17 položek. První tři položky zaznamenávají demografické údaje. Pouze dvě položky byly otevřené. 12 položek bylo uzavřených.

Dotazníků bylo rozdáno 80. Návratnost dotazníků byla 100 %. Přestože dotazníků bylo rozdáno 80, v průzkumném šetření bylo zpracováno 70 dotazníků. 10 dotazníků jsme museli vyřadit z důvodu neúplných odpovědí respondentek.

Pozornost jsme věnovaly zpracování průzkumného šetření, jeho výsledkům a jejich analýze. Výsledky jednotlivých položek jsou rozpracovány do tabulek a grafů, ke kterým je přiřazen komentář.

K hypotéze č. 1 se vztahovaly položky 4, 5, 6, 7, 15, 16, 17. Hypotézu č. 2 jsme ověřovaly položkami 8, 9, 10, 11, 12, 14. Hypotetické tvrzení bylo ověřováno položkou číslo 13. Položky 1, 2, 3 byly zaměřeny na sběr demografických údajů.

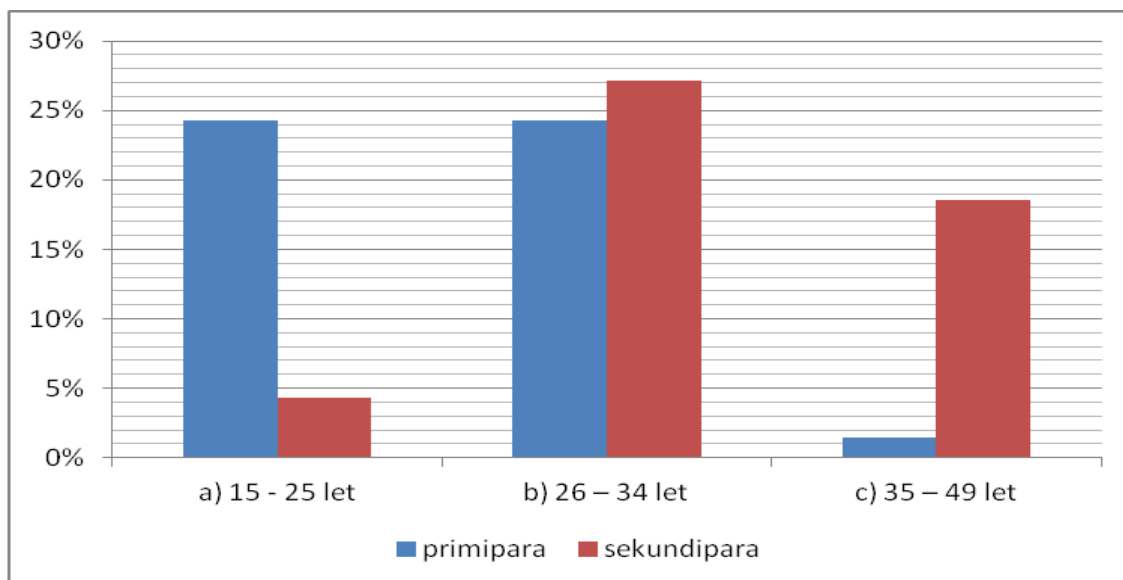
6 Analýza a interpretace vlastního průzkumného šetření

Položka č. 1 - Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1 Věkové rozmezí respondentek

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 15 - 25 let	17	24,29 %	3	4,29 %
b) 26 - 34 let	17	24,29 %	19	27,14 %
c) 35 - 49 let	1	1,43 %	13	18,57 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 1 - Věkové rozmezí respondentek



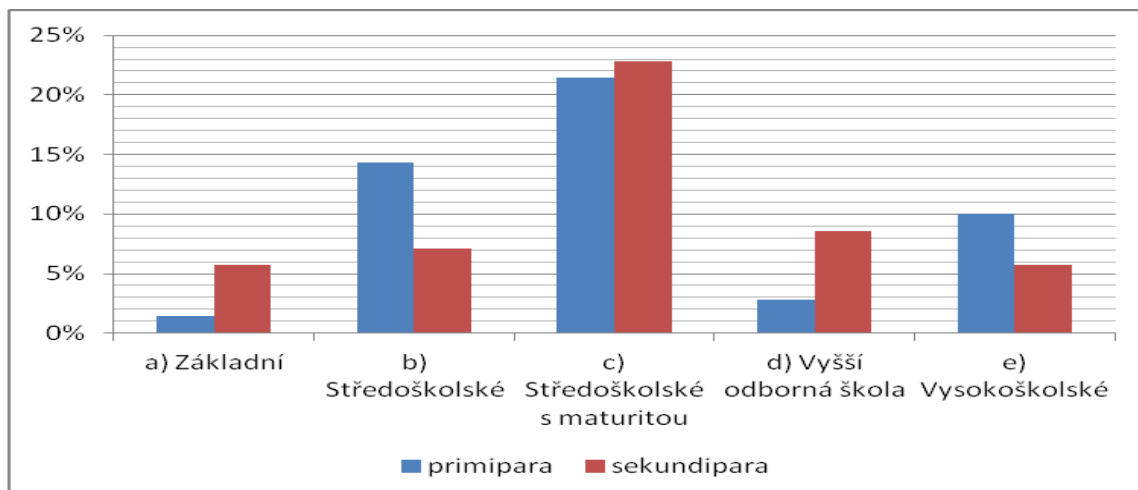
První otázka dotazníku se týkala věkového rozmezí respondentek. Myslíme si, že věk rodičky může ovlivnit vnímání bolesti během porodu. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsme zařadily do tří věkových skupin pro účinnější vyhodnocení. Primipary: a) 15 – 25 let: 17 respondentek (24,29 %), b) 26 – 34 let: 17 respondentek (24,29 %), c) 35 – 49 let: 1 respondentka (1,43 %). Sekundipary: a) 15 – 25 let: 3 respondentky (4,29 %), b) 26 – 34 let: 19 respondentek (27,14 %), c) 35 – 49 let: 13 respondentek (18,57 %). Z grafu je patrné, že primipary nejvíce rodí své první dítě do věku 25 let, oproti tomu sekundipary rodí své druhé či další dítě až do věku 49 let. Jako nejlepší možné vysvětlení se jeví výměna partnera.

Položka č. 2 - Jaké máte nejvyšší vzdělání?

Tabulka č. 2 - Vzdělání respondentek

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Základní	1	1,43 %	4	5,71 %
b) Středoškolské	10	14,29 %	5	7,14 %
c) Středoškolské s maturitou	15	21,43 %	16	22,86 %
d) Vyšší odborná škola	2	2,86 %	6	8,57 %
e) Vysokoškolské	7	10,00 %	4	5,71 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 2 - Vzdělání respondentek



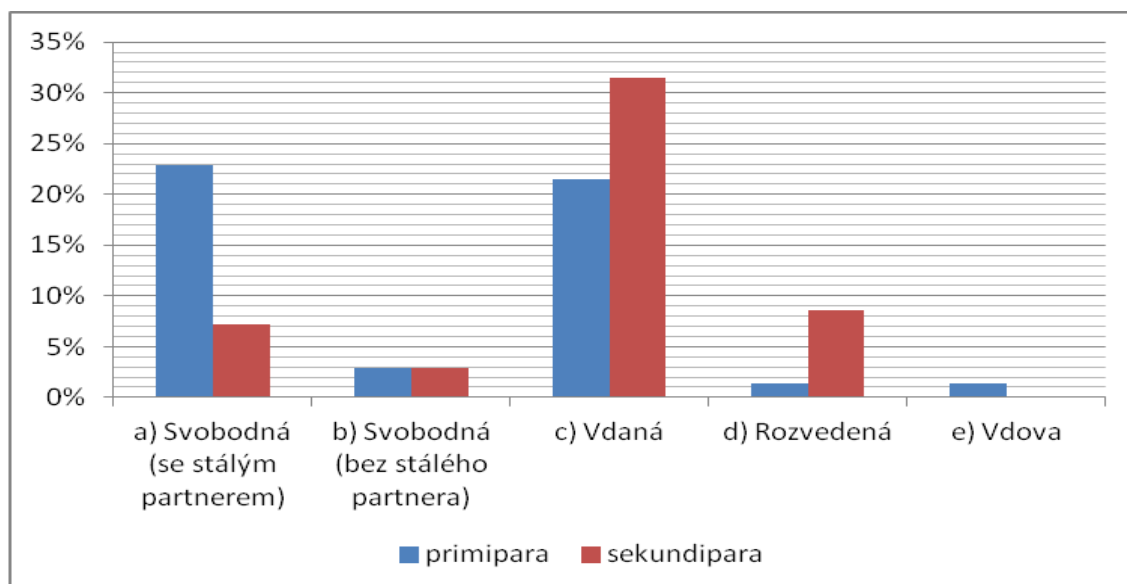
Druhá otázka se týká vzdělání respondentek. Tato otázka nás zajímala z důvodu toho, že se domníváme, že vzdělání ženy může ovlivnit míru informovanosti a tím i připravenosti rodičky. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsme seřadily do skupin podle dosaženého vzdělání. Primipary: a) Základní – 1 respondentka (1,43 %), b) Středoškolské – 10 respondentek (14,29 %), c) Středoškolské s maturitou – 15 respondentek (21,43 %), d) Vyšší odborná škola – 2 respondentky (2,86 %), e) Vysokoškolské – 7 respondentek (10,00 %). Sekundipary: a) Základní – 4 respondentky (5,71 %), b) Středoškolské – 5 respondentek (7,14 %), c) Středoškolské s maturitou – 16 respondentek (22,86 %), d) Vyšší odborná škola – 6 respondentek (18,57 %), e) Vysokoškolské – 4 respondentky (5,71 %). Z průzkumu není jasně patrné, že vzdělání respondentek ovlivňuje vnímání porodních bolestí.

Položka č. 3 - Váš rodinný stav?

Tabulka č. 3 - Rodinný stav respondentek

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Svobodná (se stálým partnerem)	16	22,86 %	5	7,14 %
b) Svobodná (bez stálého partnera)	2	2,86 %	2	2,86 %
c) Vdaná	15	21,43 %	22	31,43 %
d) Rozvedená	1	1,43 %	6	8,57 %
e) Vdova	1	1,43 %	0	0,00 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 3 - Rodinný stav respondentek



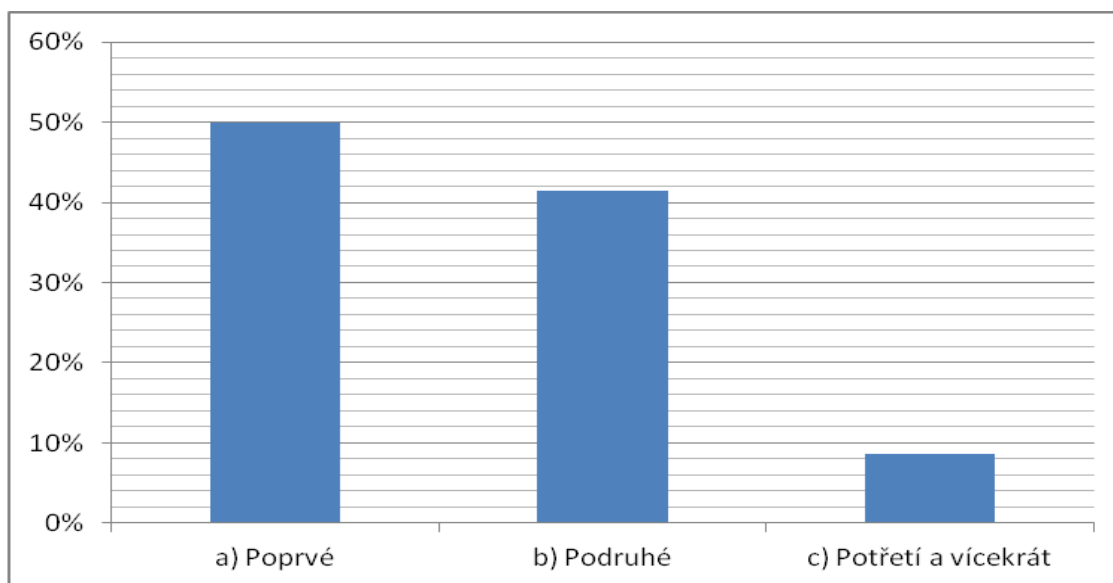
Tato otázka se týkala rodinného stavu respondentek, protože jsme chtěly zjistit zda rodinný stav ovlivňuje vnímání porodních bolestí. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsme seřadily do skupin dle stálosti vztahu. Primipary: a) Svobodná (se stálým partnerem) – 16 respondentek (22,86 %), b) Svobodná (bez stálého partnera) – 2 respondentky (2,86 %), c) Vdaná – 15 respondentek (21,43 %), d) Rozvedená – 1 respondentka (1,43 %), e) Vdova – 1 respondentka (1,43 %). Sekundipary: a) Svobodná (se stálým partnerem) – 5 respondentek (7,14 %), b) Svobodná (bez stálého partnera) – 2 respondentky (2,86 %), c) Vdaná – 22 respondentek (31,43 %), d) Rozvedená – 6 respondentek (8,57 %), e) Vdova – žádná respondentka (0,00 %). Výsledek průzkumného šetření dokázal, že rodinný stav respondentek není pro vnímání porodních bolestí rozhodující.

Položka č. 4 - Rodila jste?

Tabulka č. 4 - Celkový počet porodů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Poprvé	35	50,00 %
b) Podruhé	29	41,43 %
c) Potřetí a vícekrát	6	8,57 %
Celkem	70	100,00 %

Graf č. 4 - Celkový počet porodů



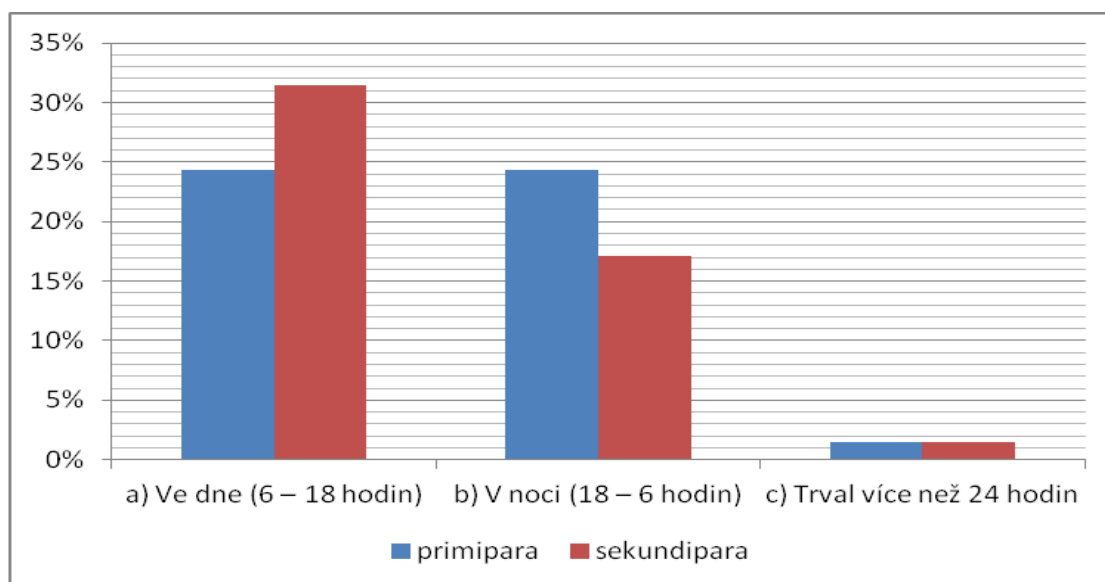
Víceřodičky na rozdíl od prvorodiček, vědí jak na porodní bolesti reagovat a touto otázkou jsme si chtěly svoji domněnku ověřit. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsme seřadily do skupin dle počtu porodů na primipary: 35 respondentek (50,00 %) a sekundipary: 35 respondentek (50,00 %). Tato otázka nám sloužila pouze k tomu, abychom rozdělili respondentky do skupin, které jsme následně porovnávali.

Položka č. 5 - Váš porod probíhal?

Tabulka č. 5 – Denní doba porodu

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ve dne (6 – 18 hodin)	17	24,29 %	22	31,43 %
b) V noci (18 – 6 hodin)	17	24,29 %	12	17,14 %
c) Trval více než 24 hodin	1	1,43 %	1	1,43 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 5 – Denní doba porodu



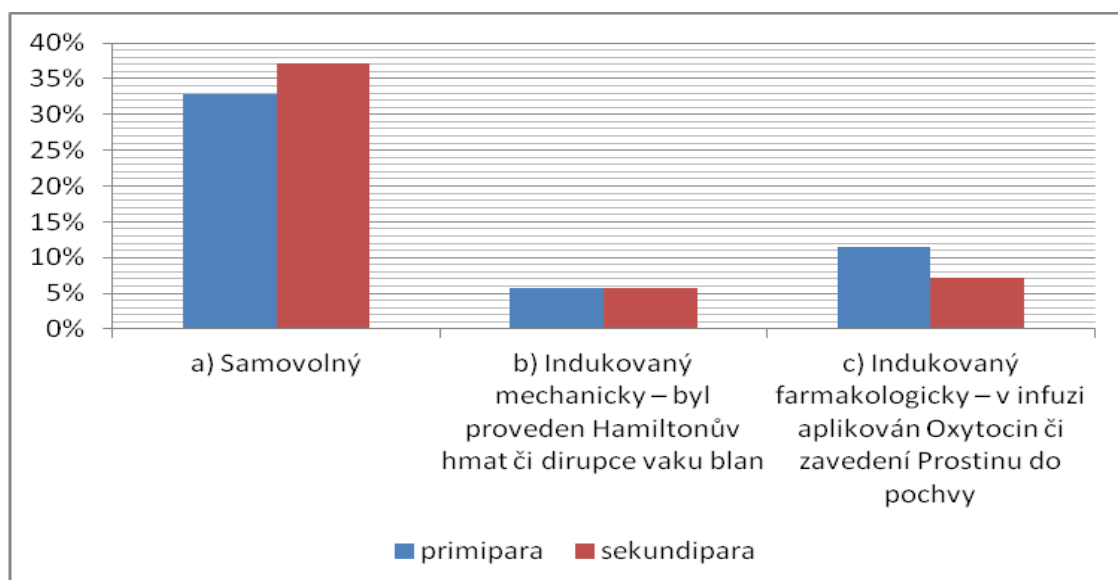
Touto otázkou jsme zjišťovaly, zda bolest, která se objeví nad ránem je hůře snášena, než bolest, která se objeví během dne. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsme seřadily do skupin podle denní doby porodu. Primipary: a) Ve dne (6 – 18 hodin) – 17 respondentek (24,29 %), b) V noci (18 – 6 hodin) – 17 respondentek (24,29 %), c) Trval více než 24 hodin – 1 respondentka (1,43 %). Sekundipary: a) Ve dne (6 – 18 hodin) – 22 respondentek (31,43 %), b) V noci (18 – 6 hodin) – 12 respondentek (17,14 %), c) Trval více než 24 hodin – 1 respondentka (1,43 %). Z průzkumu není patrné, zda porodní bolesti jsou hůře snášeny ve dne či v noci.

Položka č. 6 - Váš porod byl?

Tabulka č. 6 - Porod byl

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Samovolný	23	32,86 %	26	37,14 %
b) Indukovaný mechanicky – byl proveden Hamiltonův hmat či dirupce vaku blan	4	5,71 %	4	5,71 %
c) Indukovaný farmakologicky – v infuzi aplikován Oxytocin či zavedení Prostinu do pochvy	8	11,43 %	5	7,14 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 6 - Porod byl



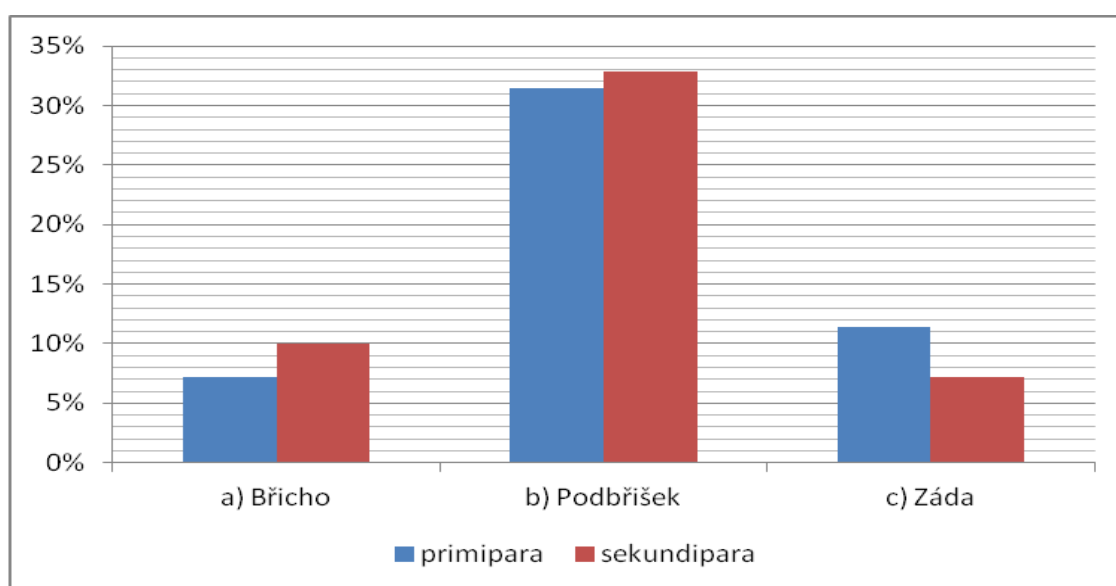
Touto otázkou jsme ověřovaly fakt, zda jsou indukované porody více bolestivé než samovolné porody. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsme seřadily do skupin podle průběhu porodu. Primipary: a) Samovolný – 23 respondentek (32,86 %), b) Indukovaný mechanicky – byl proveden Hamiltonův hmat či dirupce vaku blan – 4 respondentky (5,71 %), c) Indukovaný farmakologicky – v infuzi aplikován Oxytocin či zavedení Prostinu do pochvy – 8 respondentek (11,43 %). Sekundipary: a) Samovolný – 26 respondentek (37,14 %), b) Indukovaný mechanicky – byl proveden Hamiltonův hmat či dirupce vaku blan – 4 respondentky (5,71 %), c) Indukovaný farmakologicky – v infuzi aplikován Oxytocin či zavedení Prostinu do pochvy – 5 respondentek (7,14 %). Z důvodu malého počtu respondentek se nemůžeme přesně vyjádřit, zda je indukovaný porod více bolestivý než porod samovolný.

Položka č. 7 - V které části těla jste pociťovala nejintenzivnější bolest?

Tabulka č. 7 - Porodní bolest

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Břicho	5	7,14 %	7	10,00 %
b) Podbřišek	22	31,43 %	23	32,86 %
c) Záda	8	11,43 %	5	7,14 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 7 - Porodní bolest



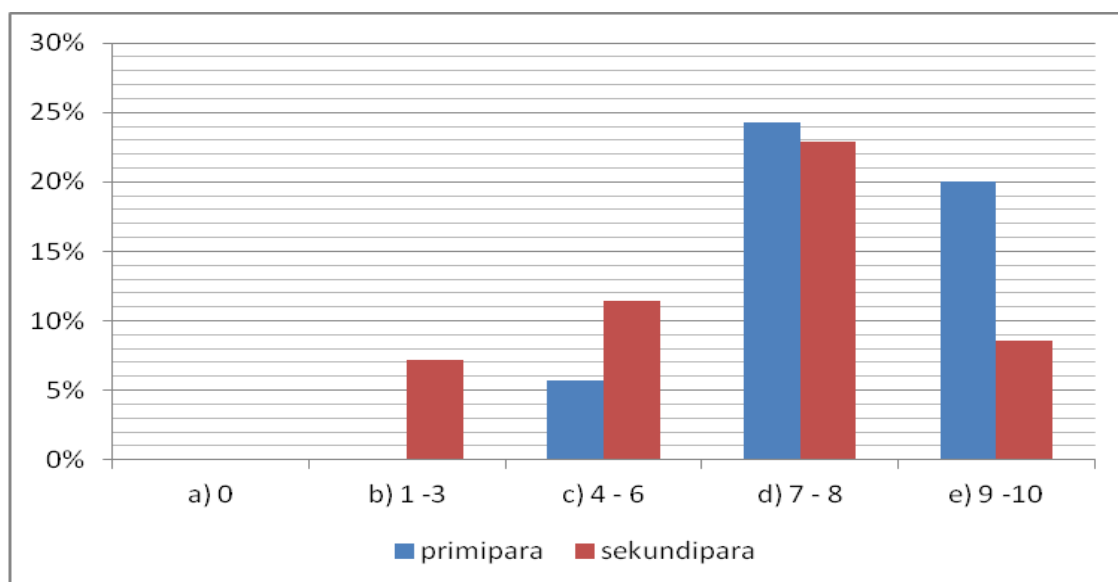
Další položka z dotazníku se týkala lokalizace porodních bolestí. Lokalizace vnímání porodních bolestí může ovlivnit prožívání porodu. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsme seřadily do skupin podle vnímání porodních bolestí. Primipary: a) Břicho – 5 respondentek (7,14 %), b) Podbřišek – 22 respondentek (31,43 %), c) Záda – 8 respondentek (11,43 %). Sekundipary: a) Břicho – 7 respondentek (10,00 %), b) Podbřišek – 23 respondentek (32,86 %), c) Záda – 5 respondentek (7,14 %). Lokalizace porodních bolestí je důležitá pro využití farmakologických i nefarmakologických metod porodnické analgezie, z důvodu zvolení vhodné porodnické analgezie.

Položka č. 8 - Jak hodnotíte porodní bolest? (vzestupně číslem 0 – 10)

Tabulka č. 8 - Vnímání porodní bolesti

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 0	0	0,00 %	0	0,00 %
b) 1 - 3	0	0,00 %	5	7,14 %
c) 4 - 6	4	5,71 %	8	11,43 %
d) 7 - 8	17	24,29 %	16	22,86 %
e) 9 - 10	14	20,00 %	6	8,57 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 8 - Vnímání porodní bolesti



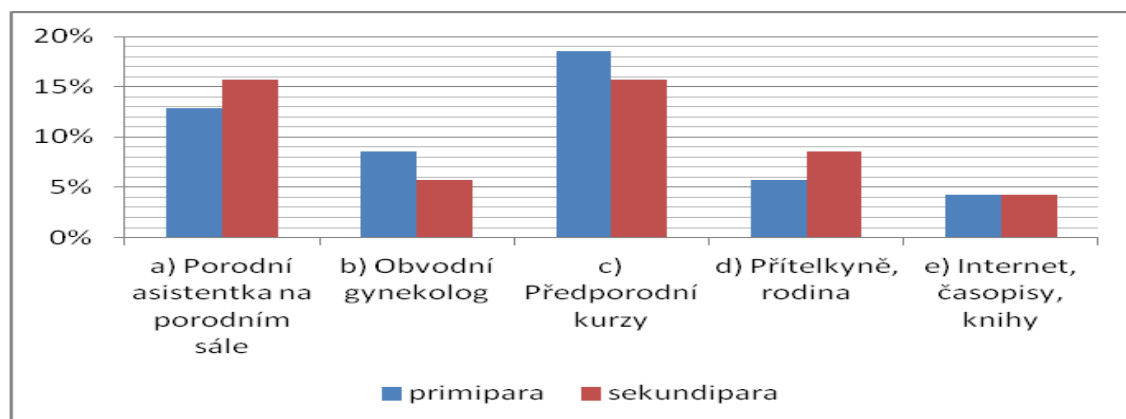
Na dotaz ohledně subjektivních bolestí jsme se dotazovaly, proto abychom zjistily vnímání porodních bolestí před podáním porodnické analgezie. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsme seřadily do skupin podle toho, jak vnímaly porodní bolest. Primipary: a) 0: žádná respondentka (0,00 %), b) 1 – 3: žádná respondentka (0,00 %), c) 4 – 6: 4 respondentky (5,71 %), d) 7 – 8: 17 respondentek (24,29 %), e) 9 – 10: 14 respondentek (20,00 %). Sekundipary: a) 0: žádná respondentka (0,00 %), b) 1 – 3: 5 respondentek (7,14 %), c) 4 – 6: 8 respondentek (11,43 %), d) 7 – 8: 16 respondentek (22,86 %), e) 9 – 10: 6 respondentek (8,57 %). Z výsledků průzkumu je patrné, že porod patří do kategorie nesnesitelných bolestí, avšak porodní bolest je jediná bolest, která neznačí poškození organismu a za velmi krátkou dobu se na ní zapomene.

Položka č. 9 - Kde jste se dozvěděla o možnostech porodnické analgezie?

Tabulka č. 9 - Možnosti analgezie

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Porodní asistentka na porodním sále	9	12,86 %	11	15,71 %
b) Obvodní gynekolog	6	8,57 %	4	5,71 %
c) Předporodní kurzy	13	18,57 %	11	15,71 %
d) Přítelkyně, rodina	4	5,71 %	6	8,57 %
e) Internet, časopisy, knihy	3	4,29 %	3	4,29 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 9 - Možnosti analgezie



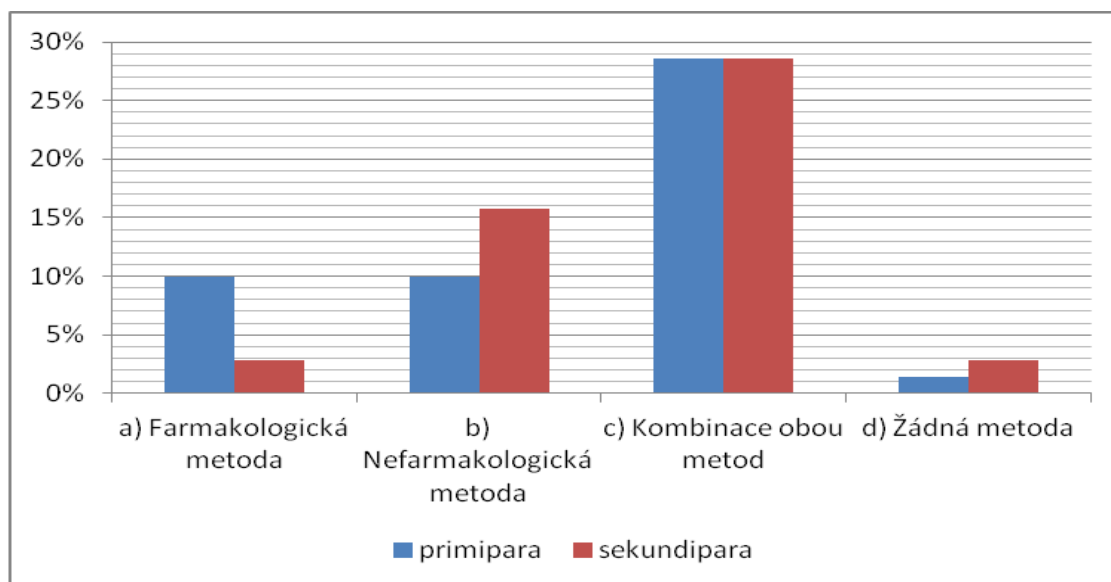
Tato otázka se týká informovanosti rodiček, zajímalo nás, odkud rodičky získávají nejvíce přínosných informací ohledně porodních bolestí. Dostatečné množství informací je velmi důležité pro rozhodování o využití metod porodnické analgezie. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsou seřazené do skupin podle dostupnosti informací. Primipary: a) Porodní asistentka na porodním sále – 9 respondentek (12,86 %), b) Obvodní gynekolog – 6 respondentek (8,57 %), c) Předporodní kurzy – 13 respondentek (18,57 %), d) Přítelkyně – 4 respondentky (5,71 %), e) Internet – 3 respondentky (4,29 %). Sekundipary: a) Porodní asistentka na porodním sále – 11 respondentek (15,71 %), b) Obvodní gynekolog – 4 respondentky (5,71 %), c) Předporodní kurzy – 11 respondentek (15,71 %), d) Přítelkyně – 6 respondentek (8,57 %), e) Internet – 3 respondentky (4,29 %). Z výsledků zcela jasně vyplývá, že zdravotnický personál na porodních sálech je dostatečně erudovaný. Velmi cenně se také jeví předporodní kurzy, kde budoucí rodičky mohou klást otázky, které je zajímají.

Položka č. 10 - Jakou metodu porodnické analgezie jste využila u porodu?

Tabulka č. 10 - Využitá metoda

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Farmakologická metoda	7	10,00 %	2	2,86 %
b) Nefarmakologická metoda	7	10,00 %	11	15,71 %
c) Kombinace obou metod	20	28,57 %	20	28,57 %
d) Žádná metoda	1	1,43 %	2	2,86 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 10 - Využitá metoda



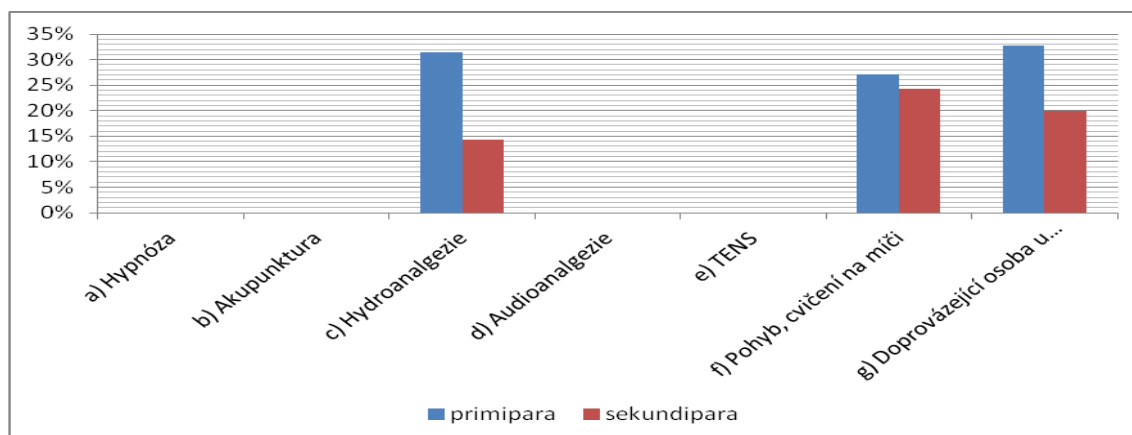
Tato otázka jsme do dotazníkového šetření zařadily s důvodem zjistit, jakou metodu porodnické analgezie preferují rodičky nejvíce. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsou seřazeny do skupin podle volby porodnické analgezie. Primipary: a) Farmakologická metoda – 7 respondentek (10,00 %), b) Nefarmakologická metoda – 7 respondentek (10,00 %), c) Kombinace obou metod – 20 respondentek (28,57 %), d) Žádná metoda – 1 respondentka (1,43%). Sekundipary: a) Farmakologická metoda – 2 respondentky (2,86 %), b) Nefarmakologická metoda – 11 respondentek (15,71 %), c) Kombinace obou metod – 20 respondentek (28,57 %), d) Žádná metoda – 2 respondentky (2,86 %). Výsledky této otázky nás pozitivně překvapili, protože jsme se domnívali, že rodičky využívají pouze farmakologické metody porodnické analgezie.

Položka č. 11 - Z nefarmakologických metod porodnické analgezie jste využila.

Tabulka č. 11 - Výběr analgezie

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Hypnóza	0	0,00 %	0	0,00 %
b) Akupunktura	0	0,00 %	0	0,00 %
c) Hydroanalgezie	22	31,43 %	10	14,29 %
d) Audioanalgezie	0	0,00 %	0	0,00 %
e) TENS	0	0,00 %	0	0,00 %
f) Pohyb, cvičení na míči	19	27,14 %	17	24,29 %
g) Doprovázející osoba u porodu	23	32,86 %	14	20,00 %
Celkem	35	91,43 %	35	58,57 %

Graf č. 11 - Výběr analgezie



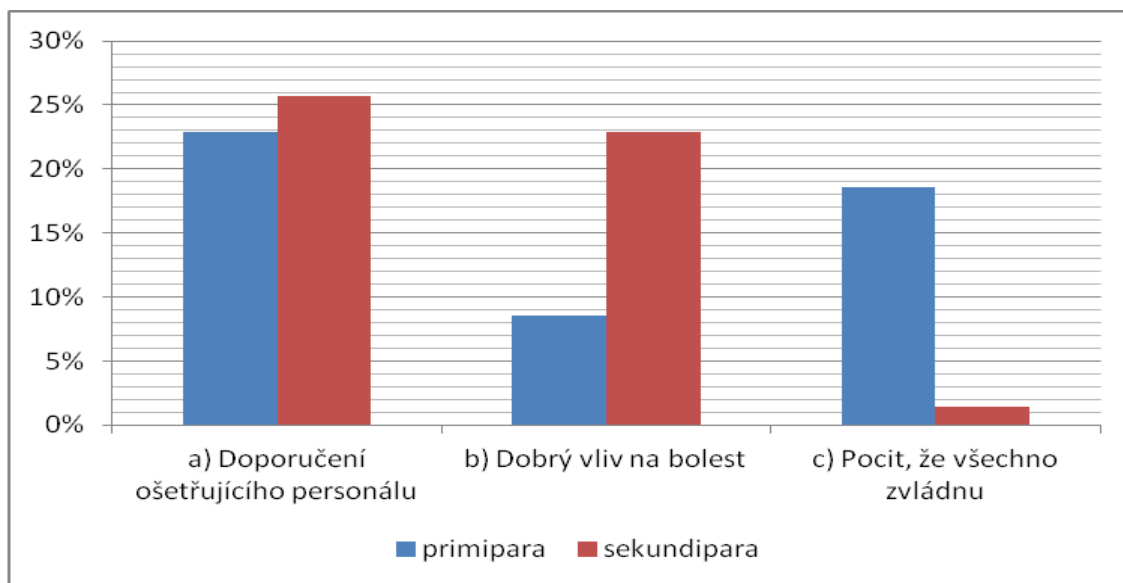
V této otázce respondenty vybíraly z metod nefarmakologické porodnické analgezie. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsou seřazeny do skupin podle výběru nefarmakologické metody porodnické analgezie. Primipary: a) Hypnóza - žádná respondentka (0,00 %), b) Akupunktura - žádná respondentka (0,00 %), c) Hydroanalgezie - 22 respondentek (31,43 %), e) TENS - žádná respondentka (0,00 %), f) Pohyb, cvičení na míči - 19 respondentek (27,14 %), g) Doprovázející osoba u porodu - 23 respondentek (32,86 %). Sekundipary: a) Hypnóza - žádná respondentka (0,00 %), b) Akupunktura - žádná respondentka (0,00 %), c) Hydroanalgezie - 10 respondentek (14,29 %), e) TENS - žádná respondentka (0,00 %), f) Pohyb, cvičení na míči - 17 respondentek (24,29 %), g) Doprovázející osoba u porodu - 14 respondentek (20,00 %). Mezi nejlépe hodnocené metody patřila hydroterapie, pohyb a cvičení na míči a přítomnost doprovázející osoby u porodu. Myslíme si, že všechny tři metody jsou jedny z nejlacinějších způsobů jak efektivně zmírnit porodní bolesti a zároveň neztratit kontakt s rodící ženou.

Položka č. 12 - Z jakého důvodu jste si zvolila tento způsob porodnické analgezie?

Tabulka č. 12 - Výběr analgezie

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Doporučení ošetřujícího personálu	16	22,86 %	18	25,71 %
b) Dobrý vliv na bolest	6	8,57 %	16	22,86 %
c) Pocit, že všechno zvládnou	13	18,57 %	1	1,43 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 12 - Výběr analgezie



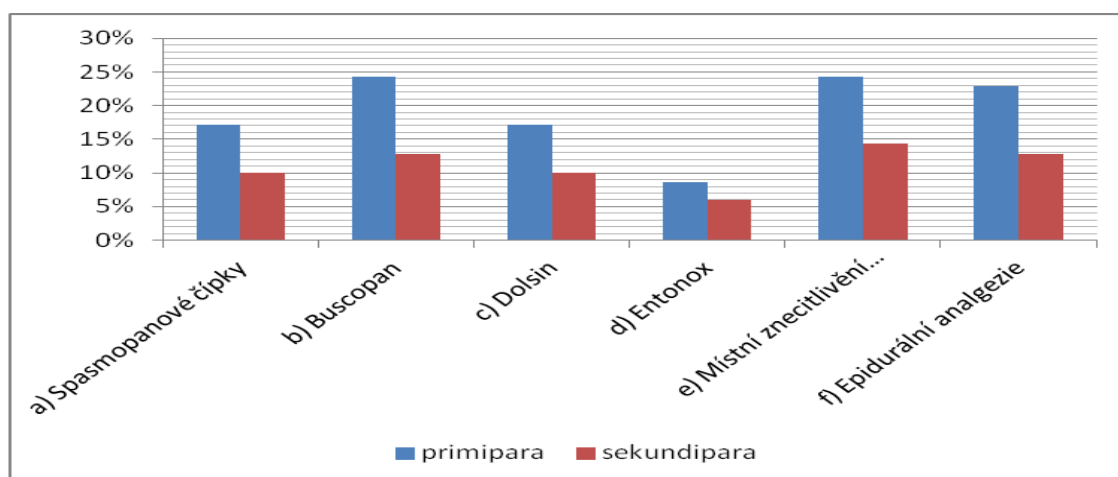
V této otázce mohly respondenty otevřeně odpovědět, z jakého důvodu využily tento způsob porodnické analgezie. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsou seřazeny do skupin podle doporučení porodnické analgezie. Primipary: a) Doporučení ošetřujícího personálu – 16 respondentek (22,86 %), b) Dobrý vliv na bolest – 6 respondentek (8,57 %), c) Pocit, že všechno zvládnou – 13 respondentek (18,57 %). Sekundipary: a) Doporučení ošetřujícího personálu – 18 respondentek (25,71 %), b) Dobrý vliv na bolest – 16 respondentek (22,86 %), c) Pocit, že všechno zvládnou – 1 respondentka (1,43 %). Výsledek z této otázky je zcela jasný, rodičky při porodu dávají na doporučení ošetřujícího personálu.

Položka č. 13 - Z farmakologických metod porodnické analgezie jste využila.

Tabulka č. 13 - Farmakologické metody

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Spasmopanové čípky	12	17,14 %	7	10,00 %
b) Buscopan	17	24,29 %	9	12,86 %
c) Dolsin	12	17,14 %	7	10,00 %
d) Entonox	6	8,57 %	2	6,06 %
e) Místní znecitlivění perinea a pochvy (ošetření episiotomie)	17	24,29 %	10	14,29 %
f) Epidurální analgezie	16	22,86 %	9	12,86 %
Celkem	34	114,29 %	33	66,06 %

Graf č. 13 - Farmakologické metody



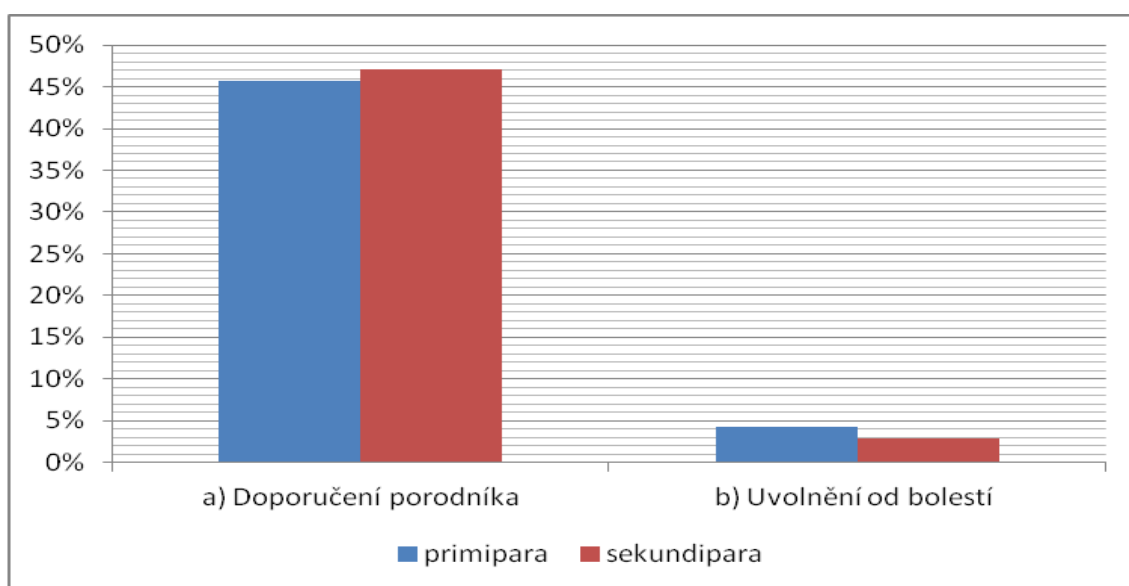
V této otázce respondenty vybíraly z metod farmakologické porodnické analgezie. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsou seřazeny do skupin podle výběru farmakologické porodnické metody. Primipary: a) Spasmopanové čípky – 12 respondentek (17,14 %), b) Buscopan – 17 respondentek (24,29 %), c) Dolsin – 12 respondentky (17,14 %), d) Entonox – 6 respondentky (8,57 %), e) Místní znecitlivění perinea a pochvy (ošetření episiotomie) – 17 respondentek (24,29 %), f) Epidurální analgezie – 16 respondentek (22,86 %). Sekundipary: a) Spasmopanové čípky – 7 respondentek (10,00 %), b) Buscopan – 9 respondentek (12,86 %), c) Dolsin – 7 respondentek (10,00 %), d) Entonox – 2 respondentky (6,06 %), e) Místní znecitlivění perinea a pochvy (ošetření episiotomie) – 10 respondentek (14,29 %), f) Epidurální analgezie – 9 respondentek (12,86 %). Z tohoto vyplývá, že kvalitní a správné vedení porodu je jako každá jiná služba hodnocena „zákazníkem“. Důležitou roli hraje profesionální tým, který dokáže farmakologickou metodu náležitě „prodat“.

Položka č. 14 - Z jakého důvodu jste si zvolila tento způsob porodnické analgezie?

Tabulka č. 14 - Výběr analgezie

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Doporučení porodníka	32	45,71 %	33	47,14 %
b) Uvolnění od bolesti	3	4,29 %	2	2,86 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 14 – Výběr analgezie



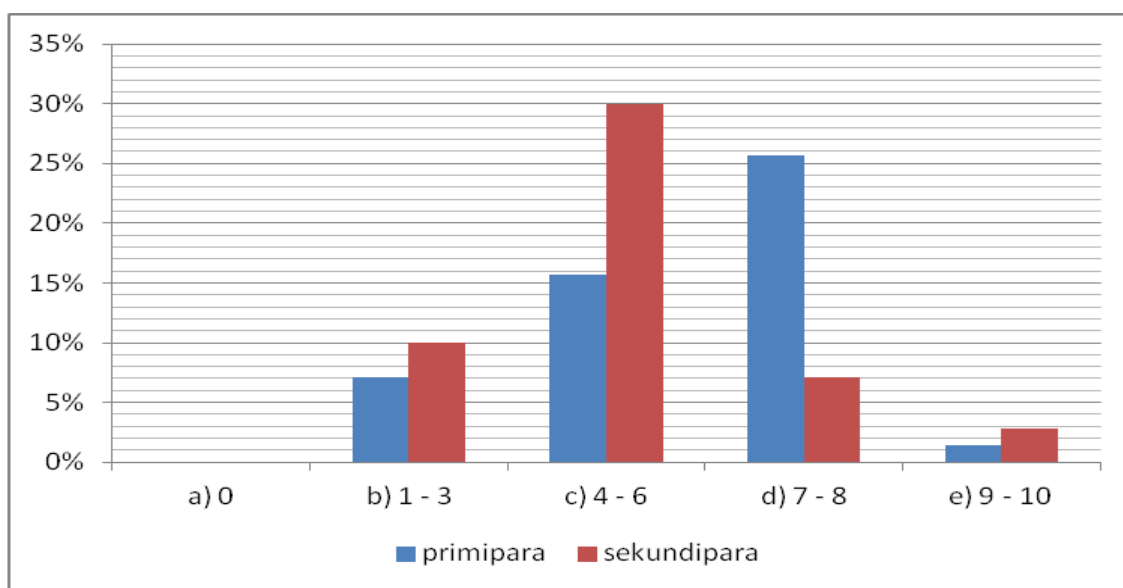
V této otázce mohly respondentky otevřeně odpovědět, z jakého důvodu použily tento způsob porodnické analgezie. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsme seřadily do skupin podle doporučení porodnické analgezie. Primipary: a) Doporučení porodníka – 32 respondentek (45,71 %), b) Uvolnění od bolesti – 3 respondentky – (4,29 %). Sekundipary: a) Doporučení porodníka – 33 respondentek (47,14 %), b) Uvolnění od bolesti – 2 respondentky – (2,86 %). Výsledek z této otázky je zcela jasný, rodičky při porodu dávají na doporučení ošetřujícího personálu.

Položka č. 15 - Jak hodnotíte porodní bolest po použití farmakologické analgezie? (vzestupně číslem 0 – 10).

Tabulka č. 15 - Porodní bolest

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 0	0	0,00 %	0	0,00 %
b) 1 - 3	5	7,14 %	7	10,00 %
c) 4 - 6	11	15,71 %	21	30,00 %
d) 7 - 8	18	25,71 %	5	7,14 %
e) 9 - 10	1	1,43 %	2	2,86 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 15 - Porodní bolest



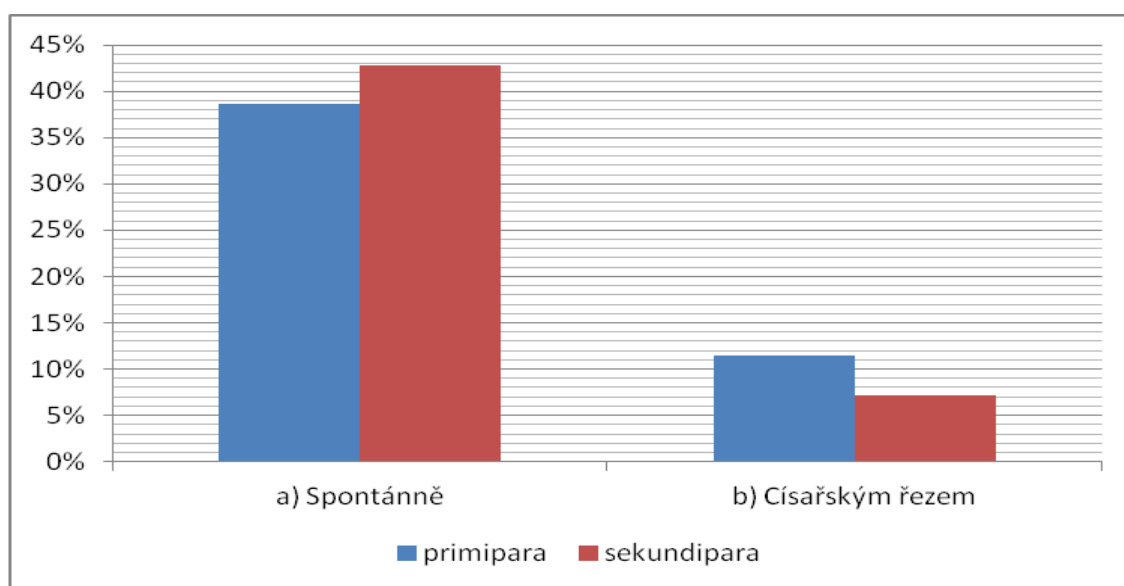
Tato otázka byla položena záměrně s důvodem zjistit, jaká je intenzita vnímání porodních bolestí po podání farmakologické porodnické analgezie. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsou seřazeny podle vnímání porodních bolestí po podání farmakologické metody porodnické analgezie. Primipary: a) 0: žádná respondentka (0,00 %), b) 1 – 3 – 5 respondentek (7,14 %), c) 4 – 6: 11 respondentek (15,71 %), d) 7 – 8: 18 respondentek (25,71 %), e) 9 – 10: 1 respondentka (1,43 %). Sekundipary: a) 0: žádná respondentka (0,00 %), b) 1 – 3: 7 respondentek (10,00 %), c) 4 – 6: 21 respondentek (30,00 %), d) 7 – 8: 5 respondentek (7,14 %), e) 9 – 10: 2 respondentky (2,86 %). Z výsledků vyplývá, že sekundipary velmi kladně reagují na použití farmakologický metod porodnické analgezie, domníváme se, že vliv hraje také zkušenost z předchozího porodu.

Položka č. 16 - Jakým způsobem se dítě narodilo?

Tabulka č. 16 - Způsob porodu

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Spontánně	27	38,57 %	30	42,86 %
b) Císařským řezem	8	11,43 %	5	7,14 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 16 - Způsob porodu



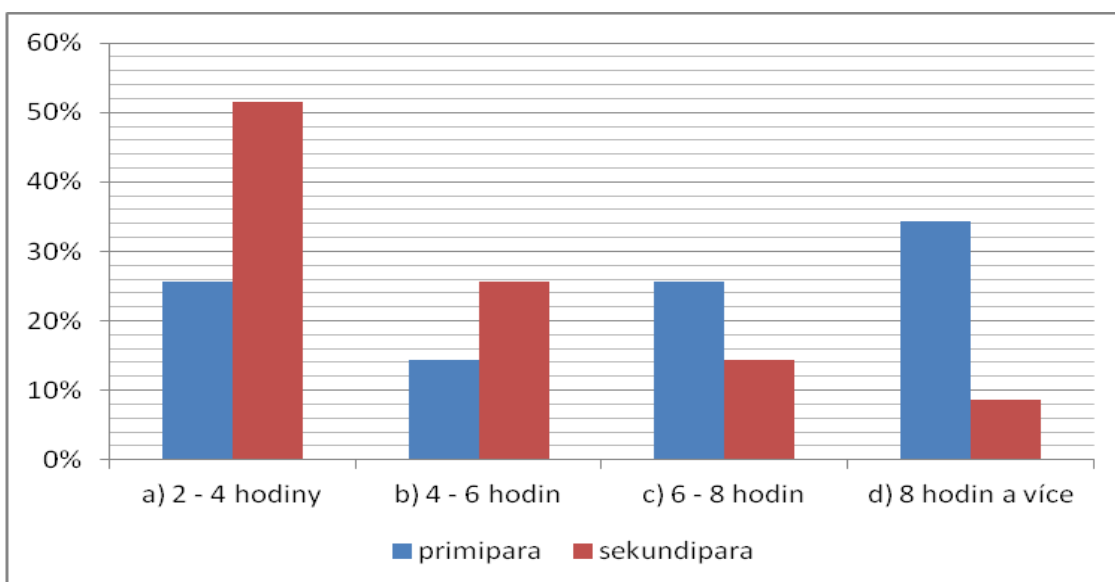
Tuto otázku jsme zvolily, protože způsob porodu dítěte může ovlivnit délku porodu a vnímání porodních bolestí. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsou seřazeny podle způsobu porodu dítěte. Primipary: a) Spontánně – 27 respondentek (38,57 %), b) Císařským řezem – 8 respondentek (11,43 %). Sekundipary: a) Spontánně – 30 respondentek (42,86 %), b) Císařským řezem – 5 respondentek (7,14 %). Z výsledků vyplývá, že rodičky převážně rodí spontánně a z tohoto důvodu nemůžeme dojít k přesvědčivému závěru, že délka porodních bolestí může ovlivňovat vnímání porodních bolestí.

Položka č. 17 - Jak dlouho trvaly pravidelné kontrakce, než došlo k porodu dítěte?

Tabulka č. 17 - Pravidelnost kontrakcí

Odpovědi	Primipary		Sekundipary	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 2 - 4 hodiny	9	12,86 %	18	25,71 %
b) 4 - 6 hodin	5	7,14 %	9	12,86 %
c) 6 - 8 hodin	9	12,86 %	5	7,14 %
d) 8 hodin a více	12	17,14 %	3	4,29 %
Celkem	35	50,00 %	35	50,00 %

Graf č. 17 - Pravidelnost kontrakcí



Touto otázkou jsme zjišťovaly, jak dlouho trvaly porodní bolesti, než došlo k porodu dítěte, protože si myslíme, že délka pravidelných kontrakcí může ovlivnit výběr porodnické analgezie. Celkový počet respondentek je 70. Respondentky jsou seřazeny do skupin podle délky vnímání porodních bolestí. Primipary: a) 2 – 4 hodiny: 9 respondentek (12,86 %), b) 4 – 6 hodin: 5 respondentek (7,14 %), c) 6 – 8 hodin: 9 respondentek (12,86 %), d) 8 hodin a více: 12 respondentek (17,14 %). Sekundipary: a) 2 – 4 hodiny: 18 respondentek (25,71 %), b) 4 – 6 hodin: 9 respondentek (12,86 %), c) 6 – 8 hodin: 5 respondentek (7,14 %), d) 8 hodin a více: 3 respondentky (4,29 %). Z výsledků průzkumu vyplývá, že většina dotazovaných rodiček, porodila do 8 hodin od začátku pravidelných kontrakcí. Myslíme si, že výsledek je ovlivněn filozofií pracoviště k „uspíšení“ porodu.

6.1 Výsledky průzkum

Na základě průzkumu jsme mohly potvrdit, či vyvrátit stanovené hypotézy a hypotetické tvrzení.

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že prvoroďičky vnímají porodní bolesti intenzivněji než sekundipary.

Hypotéza se potvrdila. Což dokazuje tabulka a graf číslo 8. V hypotéze jsme se respondentek ptaly, jak vnímaly porodní bolesti na číselné škále od 0 – nejméně, do 10 – nejvíce. Primipary hodnotily porodní bolest od čísla: 4 – 6: 4 respondentky (5,71 %), 7 – 8: 17 respondentek (24,29 %), 9 – 10: 14 respondentek (20,00 %). Sekundipary hodnotily porodní bolest od čísla: 1 – 3: 5 respondentek (7,14 %), 4 – 6: 8 respondentek (11,43 %), 7 – 8: 16 respondentek (22,86 %), 9 – 10: 6 respondentek (8,57 %). Tento výsledek zcela potvrdil naši hypotézu. Sekundipary jsou dle očekávání na porodní bolesti více připravené, z důvodu předchozí skutečnosti.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že primipary využívají farmakologickou metodu porodnické analgezie více než sekundipary.

Hypotéza se částečně potvrdila. Z průzkumu vyplynulo, že dochází k využívání kombinace farmakologických i nefarmakologickým metod. Tento výsledek byl pro nás překvapením, protože jsme se domnívaly, že v dnešní moderní době rodičky více využívají farmakologického způsobu tlumení porodních bolestí. Výsledky jsou patrné v tabulce a grafu číslo 10. Primipar využívajících pouze farmakologickou a nefarmakologickou metodu činilo 14 respondentek (tj. 7 respondentek - 10,00 %). Kombinace obou metod využilo 20 respondentek (28,57 %). Sekundipar využívajících farmakologickou metodu činily pouze 2 respondentky (2,86 %), nefarmakologickou metodu využilo 11 respondentek (15,71 %). Kombinace obou metod využilo také 20 respondentek (28,57 %).

Hypotetické tvrzení: Předpokládáme, že nejvíce používanou metodou je epidurální analgezie.

Hypotetické tvrzení se nepotvrdilo. Což dokazuje tabulka a graf číslo 13. U primipar je nejvíce využívaná farmakologická metoda porodnické analgezie v následovném pořadí: buscopan – 17 respondentek (24,29 %), epidurální analgezie – 16 respondentek (22,86 %), spasmopanové čípky a dolsin – 12 respondentek (17,14 %), entonox – 6 respondentky (8,57 %). U sekundipar je nejvíce využívaná farmakologická metoda porodnické analgezie v následovném pořadí: buscopan a epidurální analgezie – 9 respondentek (12,86 %), spasmopanové čípky a dolsin – 7 respondentek (10,00 %), entonox – 2 respondentky (6,06 %). Výsledek nás ohromil, protože jsme se domnívaly, že epidurální analgezie je nejvíce přínosná metoda porodnické analgezie využívaná na všechny doby porodní.

7 DISKUZE

Problematika spojená s používáním farmakologických metod u porodu obsahuje řadu témat. Každý autor se zaměřuje na všechny oblasti farmakologických i nefarmakologických metod porodnické analgezie zároveň.

Absolventka bakalářského studia Katedry zdravotnických studií v Jihlavě v roce 2011, Anna Drápalová, se zabývala způsoby tišení bolesti během porodu. Průzkumné šetření realizovala na oddělení šestinedělí v Nemocnici Havlíčkův Brod metodou anonymního dotazníku u 100 respondentek. Dotazník obsahoval celkem 13 položek. Od respondentek se dozvěděla, jaká byla jejich znalost o způsobech tišení porodních bolestí. Jaké způsoby porodnické analgezie ženy znají více i méně. Porovnávala metody, které ženy plánovaly využít a které nakonec využily. Její práce je spíše zaměřená na nefarmakologické způsoby porodnické analgezie. Otázka, kterou máme společnou, se týká získávání informací ohledně porodnické analgezie. Z našeho průzkumu vyplývá, že rodičky získávají nejvíce informací od porodní asistentky na porodním sále a z účasti na předporodních kurzech. Anně Drápalové vyšlo, že nejvíce informací rodičky mají z internetu, časopisů a knih a také od kamarádek a blízkých osob. Rozdíl v získávání informací mohl být zapříčiněn rozvojem předporodních kurzů a medializací knihy *Kniha o těhotenství a dítěti*. Jako další otázku máme společnou, jak dlouho trvaly porodní bolesti, než došlo k porodu dítěte. Z našeho průzkumu vyplývá, že porodní bolesti trvaly 8 hodin a více, z průzkumu Anny Drápalové vyšlo, že porodní bolesti trvaly více než 11 hodin. Výsledky jsou skoro totožné, myslíme se, že délku porodních bolestí také ovlivňuje filozofie pracoviště k „urychlení“ porodu.

Kateřina Ratislavová ve své knize *Aplikovaná psychologie porodnictví* uvádí, že porodní bolesti jsou lokalizovány do podbříšku, kříže nebo obou míst. Z našeho průzkumu vyplývá, že rodičky nejvíce pociťují porodní bolesti v oblasti podbříšku, břicha a zádech. Musíme však dodat, i lokalizace porodních bolestí je také zcela individuální.

Porodní bolesti také mohou být intenzivněji vnímané, pokud dochází k indukci porodu pomocí prostaglandinu. Tímto tématem se zabývala Eva Mecháčková absolventka bakalářského studia z Masarykovy univerzity v Brně v roce 2008. Průzkumné šetření realizovala na oddělení šestinedělí fakultní nemocnice Brno metodou dotazníku u 100 respondentek. Z toho 40 respondentek mělo indukovaný porod. Porodní bolest na stupnici 10 označilo 12 žen, na stupnici číslem 9 označilo 11 žen. Svou práci dokázala, že indukované porody jsou rodičkami hůře snášeny, avšak průzkum jasně nedokázal, že indukované porody jsou více bolestivé než samovolné porody. Z našeho průzkumu indukovaný porod absolvovalo 21 respondentek. Výsledky nejsou zcela přesvědčivé z důvodu neverifikace.

Prožitky porodních bolestí jsou zcela individuální, závisí na somatických, psychických a sociálních vlivech. Porodní bolest je tedy také zcela individuální vjem. Z tohoto důvodu se k hodnocení a monitorování bolesti používá řada metod. Dle Aleše Roztočila z knihy *Moderní porodnictví* jsou porodní bolesti hodnoceny na číselné škále od 0 do 10 na číslu 8 – 10. Z našeho průzkumu vyplývá, že rodičky cítí porodní bolesti nejvíce na číselné škále 7 – 8. Tento výsledek také ovlivňuje filozofie pracoviště k využívání farmakologických metod porodnické analgezie.

Antonín Pařízek v knize *Kniha o těhotenství a dítěti* uvádí, že neúčinnější metodou porodnické analgezie je epidurální analgezie a to 95 % a Dolsin[®] s analgetickým účinkem 40 %. Z našeho průzkumu vyplývá, že nejvíce využívanou metodou farmakologické porodnické analgezie je buscopan a epidurální analgezie. Z průzkumu jsme také zjistily, že u primipar nedochází k velkému ústupu porodnických bolestí po podání analgetik. Epidurální analgezie se setkala s pozitivnější odezvou, avšak 95% úspěšnosti nesplnila. Ovšem sekundipary velmi kladně reagovaly snížením vnímání porodních bolestí po podání analgetik. Epidurální analgezie se nesečkala s velkým úspěchem z důvodu rychle postupující I. doby porodní. Rozdíl mohl vzniknout v souvislosti s malým počtem respondentek (70 respondentek).

7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V této části bakalářské práce, poukazujeme na několik bodů, o kterých si myslíme, že jsou přínosné pro další praxi.

Doporučení pro zdravotnický personál:

- Poskytovat informace rodičkám individuálně. Klást důraz na zpětnou vazbu.
- Poskytnout atmosféru důvěry.
- Neustále sledovat nové poznatky z praxe.
- Konat edukačních setkání s budoucími rodičkami.

Doporučení pro budoucí maminky:

- Účastnit se předporodních kurzů.
- Sledovat webové stránky zdravotnického zařízení (konání předporodních kurzů, nabídka farmakologických i nefarmakologických metod porodnické analgezie).
- Výběr vhodné odborné literatury a časopisů.
- Konzultovat své přání a požadavky při porodu s porodní asistentkou a lékařem před vytvořením porodního plánu.

8 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo, zjistit vliv analgezie na porod. V teoretické části jsme svého cíle dosáhly. Jednoduchým způsobem jsme shrnuly rozvoj a metody porodnické analgezie v České republice. V praktické části jsme také dosáhly svého cíle. Zjistily jsme, že nejvíce využívanou metodou porodnické analgezie je buscopan a epidurální analgezie.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části a to teoretickou a empirickou. V teoretické části jsme uvedly vývoj porodnické analgezie a anestezie v České republice, přístup porodní asistentky k porodním bolestem, veškeré způsoby tlumení porodních bolestí a farmakologické metody porodnické analgezie.

V empirické části jsme získávaly informace pomocí dotazníku vlastní konstrukce, které jsme rozdávaly ženám po porodu hospitalizované na oddělení šestinedělí v Kolínské nemocnici. Pomocí dotazníku jsme zjišťovaly, jak rodičky vnímají porodní bolest, jakou mají možnost farmakologické i nefarmakologické porodnické analgezie, kde zjišťují informace ohledně metod porodnické analgezie a v neposlední řadě jak vnímaly bolest po podání farmakologické metody porodnické analgezie. Při vyhodnocování výsledků jsme došly k překvapivému závěru, že i v dnešní moderní době ženy nevyužívají pouze farmakologických metod, ale dávají na doporučení porodních asistentek přítomných na porodních sálech a využívají i nefarmakologické metody porodnické analgezie. A z tohoto důvodu jsme nabyly dojmu, že porodní asistentky a lékaři a s nimi i rodičky jsou dostatečně informováni o všech možnostech porodnické analgezie. Z průzkumu také vyplynulo, že po použití farmakologické metody porodnické analgezie dochází ke zmenšení vnímání bolesti.

Na závěr naší práce bychom, chtěly podotknout, že ke každé rodičce je nutné přistupovat individuálně. Přestože se setkáváme s rodičkami, které mají připravený porodní plán, ve kterém je prakticky nadiktován postup, že musí родit bez tišení porodních bolestí. Rodičky v naší péči však musí mít jistotu, že pokud bude porod nad jejich síly, mohou vždy požádat o pomoc!

9 SEZNAM LITERATURY

1. DOLEŽAL, A. aj., 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
2. DOLEŽAL, Antonín, 1998. *Technika porodnických operací*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-549-1.
3. DRÁPÁLOVÁ, Anna, 2011. *Způsoby tišení bolesti během porodu*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Radka Křepinská.
4. DVOŘÁK, D., 2004. Porodnická analgézia a anestézia. História a súčasnosť. *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. **13**(2), 280-297. ISSN 1211-1058.
5. JANÁČKOVÁ, Laura, 2007. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-210-2.
6. KAMENÍKOVÁ, M., 2004. Porodní asistentka a epidurální analgezie. *Sestra*. **15**(10), 32. ISSN 1210-0404.
7. KUDELA, M. aj., 2004. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0837-6.
8. MACKŮ, František a Jaroslava MACKŮ, 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-589-0.
9. MÁLEK, J. aj., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3642-6.
10. MECHÁČKOVÁ, Eva, 2008. *Bolest při spontánním a indukovaném porodu*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Katedra porodní asistence. Vedoucí práce Miloslava Kameníková.
11. PAŘÍZEK, A. aj., 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-969-1.

12. PAŘÍZEK, A., 2004. Porodnická analgezie. *Moderní babictví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. **2**(3), 20-29. ISSN 1214-5572.
13. PAŘÍZEK, Antonín, 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. rozšíř. a aktualiz. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-653-3.
14. POKORNÁ, Andrea, 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN: 978-80-7013-466-5.
15. *Porodnictví*. 1999. Praha: Grada. ISBN 80-7169-355-3.
16. *Porodnictví*. 2006. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1303-8.
17. RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.
18. RIEDLOVÁ, O., 2007. Porod a bolest. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **3**(1), 13-15. ISSN 1801-1349.
19. ROZTOČIL, A. aj, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.
20. ROZTOČIL, A. aj., 1996. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků v Brně. ISBN 80-7013-230-2.
21. ROZTOČIL, A. aj., 2001. *Porodnictví*. Brno: Mikada. ISBN 80-7013-339-2.
22. TATE, P., 2005. *Příručka komunikace pro lékaře: Jak získat důvěru pacienta*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0911-2.
23. ZWINGER, A. aj., 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-257-9.
24. ŽULTÁKOVÁ, S., DERŇÁKOVÁ, L., 2003. Tlumenie pôrodnej bolesti. *Ošetrovatelství: Teorie a praxe moderního ošetrovatelství*. **2003**(3-4), 93-94. ISSN 1212-723X

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Souhlas pracoviště se sběrem dat pro zpracování bakalářské práce...I	
Příloha B – Dotazník.....II	
Příloha C – Záznam o informovaném souhlasu pacienta s poskytnutím epidurální/subarachnoidální anestezieVII	
Příloha D - Obstřík pochvy a hráze..... IX	
Příloha E - Zavedení epidurální analgezie X	

Příloha A – Souhlas pracoviště se sběrem dat pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Koutná Zdeňka	
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník 3. A PA
Téma práce	Cesta k bezbolestnému porodu	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Zuzana Garneková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím <i>Garneková</i> podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím Oblastní nemocnice Kolín, a.s. hlavní sestřička	

V Kolíně

dne 24. 10. 2016

Koutná Zdeňka
podpis studenta

Příloha B – Dotazník

Vážená maminko,

dovolte mi, abych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Jmenuji se Zdeňka Koutná a jsem studentkou 3. ročníku oboru porodní asistentka. Údaje jsou určeny pro zpracování mé bakalářské práce, ve které se budu zabývat průzkumem používaných farmakologických metod u porodu a jejich analgetického efektu. Čestně prohlašuji, že tyto informace jsou anonymní a budou sloužit pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

Děkuji

Zdeňka Koutná

- 1) Kolik je Vám let?
 - a) 15 - 25 let
 - b) 26 - 34 let
 - c) 35 - 49 let

- 2) Jaké máte nejvyšší vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Středoškolské
 - c) Středoškolské s maturitou
 - d) Vyšší odborná škol
 - e) Vysokoškolské

- 3) Váš rodinný stav?
 - a) Svobodná (se stálým partnerem)
 - b) Svobodná (bez stálého partnera)
 - c) Vdaná
 - d) Rozvedená
 - e) Vdova

- 4) Rodila jste?
- a) Poprvé
 - b) Podruhé
 - c) Potřetí a vícekrát
- 5) Váš porod probíhal?
- a) Ve dne (6 – 18 hodin)
 - b) V noci (18 – 6 hodin)
 - c) Trval více než 24 hodin
- 6) Váš porod byl?
- a) Samovolný
 - b) Indukovaný mechanicky – byl proveden Hamiltonův hmat či dirupce vaku blan
 - c) Indukovaný farmakologicky – v infuzi aplikován Oxytocin či zavedení Prostinu do pochvy
- 7) V které části těla jste pociťovala nejintenzivnější bolest?
- a) Břicho
 - b) Podbříšek
 - c) Záda
- 8) Jak hodnotíte porodní bolest? (vzestupně číslem 0 – 10)
- a) 0
 - b) 1 – 3
 - c) 4 – 6
 - d) 7 – 8
 - e) 9 – 10

9) Kde jste se dozvěděla o možnostech porodnické analgezie?

- a) Porodní asistentka na porodním sále
- b) Obvodní gynekolog
- c) Předporodní kurzy
- d) Přítelkyně
- e) Internet, časopisy, knihy

10) Jakou metodu porodnické analgezie jste využila u porodu?

- a) Farmakologická metoda
- b) Nefarmakologická metoda
- c) Kombinace obou metod
- d) Žádná metoda

11) Z nefarmakologických metod porodnické analgezie jste využila (můžete zaškrtnout více možností):

- a) Hypnóza
- b) Akupunktura
- c) Hydroanalgezie
- d) Audioanalgezie
- e) Transkutánní elektostimulace (TENS)
- f) Pohyb, cvičení na gymnastickém míči
- g) Doprovázející osoba u porodu

12) Z jakého důvodu jste si zvolila tento způsob porodnické analgezie?

.....
.....
.....
.....
.....

13) Z farmakologických metod porodnické analgezie jste využila (můžete zaškrtnout více možností):

- a) Spasmopanové čípky
- b) Buscopan
- c) Dolsin
- d) Entonox
- e) Místní znecitlivění perinea a pochvy (ošetření epiziotomie)
- f) Epidurální analgezie

14) Z jakého důvodu jste si zvolila tento způsob porodnické analgezie?

.....
.....
.....

15) Jak hodnotíte porodní bolest po použití farmakologické analgezie?
(vzestupně číslem 0 – 10)

- a) 0
- b) 1 – 3
- c) 4 – 6
- d) 7 – 8
- e) 9 – 10

16) Jakým způsobem se dítě narodilo?

- a) Spontánně
- b) Císařským řezem

17) Jak dlouho trvaly pravidelné kontrakce, než došlo k porodu dítěte?

- a) 2 – 4 hodiny
- b) 4 – 6 hodin
- c) 6 – 8 hodin
- d) 8 hodin a více

Příloha C – Záznam o informovaném souhlasu pacienta s poskytnutím epidurální/subarachnoidální anestezie

Vážená pacientko, vážený paciente,

Váš ošetřující lékař Vám doporučil řešit Vaše onemocnění operací. Váš operační výkon proběhne ve svodné anestezii epidurální nebo subarachnoidální. Protože anestezie patří mezi tzv. intervenční výkony, potřebujeme k jejímu provedení Váš výslovný souhlas. Před jeho udělením musíte být srozumitelně informován (a) o povaze výkonu a jeho rizicích, proto se ptejte tak dlouho, dokud nebudete vědět vše pro Vás potřebné.

Před anestezii Pro minimalizaci možných komplikací v úvodu a průběhu celkové anestezie je nezbytně nutné být před plánovaným výkonem lačná (ý). To znamená interval od požití posledního jídla je minimálně 6 hodin. Poslední tekutiny (vodu, čaj) je možno pít naposledy minimálně 4 hodiny před výkonem, neurčí-li anesteziolog či ošetřující lékař jinak. Dále pacient užije pouze léky, které mu byly ordinovány při předanesteziologickém vyšetření nebo ošetřujícím lékařem. Léky je možno zapít malým množstvím čaje či vody (max. 30ml). V den výkonu nekuřte. V případě akutních výkonů je doba lačnění posuzována s ohledem na to jak rychle je nutné daný výkon provést se zvážením všech rizik.

Průběh svodné anestezie V dostatečném předstihu před vlastní anestezii dostanete ještě na lůžku premedikaci. Po překlada na operační sál Vám budou na tělo připevněna čidla k monitoraci Vašich životních funkcí během anestezie. Bude vám zavedena kanyla do žíly (pokud Vám nebyla zavedena již na oddělení). V poloze na boku nebo vsedě vám bude tenkou jehlou umrtveno místo vpichu. Tenkou jehlu zavedeme mezi těly obratlů do prostoru mezi obaly míchy a aplikujeme anestetikum. Po chvíli dojde k anestezii v potřebném rozsahu. Proběhne vlastní operační výkon. Po jeho ukončení budete propuštěn z operačního sálu. V průběhu několika hodin se obnoví hybnost i citlivost umrtvené oblasti.

Komplikace svodné anestezie Po nástupu anestezie můžete mít přechodně pocit na zvracení. Vzácně se může vyskytnout alergická reakce na podané anestetikum. S odstupem 2 - 3dní se mohou objevit bolesti hlavy. Rozsah svodné anestezie může být nedostatečný pro provedení operačního výkonu nebo vůbec nenasedne, v tomto případě přistoupíme k celkové anestezii.

Alternativa svodné anestezie Alternativou svodné anestezie je anestezie celková. O této možnosti vás lékař při předanesteziologickém vyšetření informoval, Vy jste si po zvážení všech výhod a nevýhod zvolil svodnou anestezii. Anesteziolog přítomný na operačním sále může po zhodnocení situace a domluvě s Vámi rozhodnout o provedení celkové anestezie.

Prohlašuji, že jsem obdržel (a) srozumitelnou formou veškeré potřebné informace a těmto jsem porozuměl (a). Prohlašuji, že lékař mi osobně poskytl potřebné informace a měl (a) jsem možnost mu klást doplňující otázky, na které mi řádně

odpověděl. Prohlašuji, že jsem uvedenému poučení porozuměl a souhlasím se svodnou i možnou celkovou anestezií. Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s provedením těchto zákroků.

Prohlašuji, že souhlas se svodnou anestezií činím svobodně, vážně, určitě a srozumitelně, a že jsem způsobilý(á) k právním úkonům.

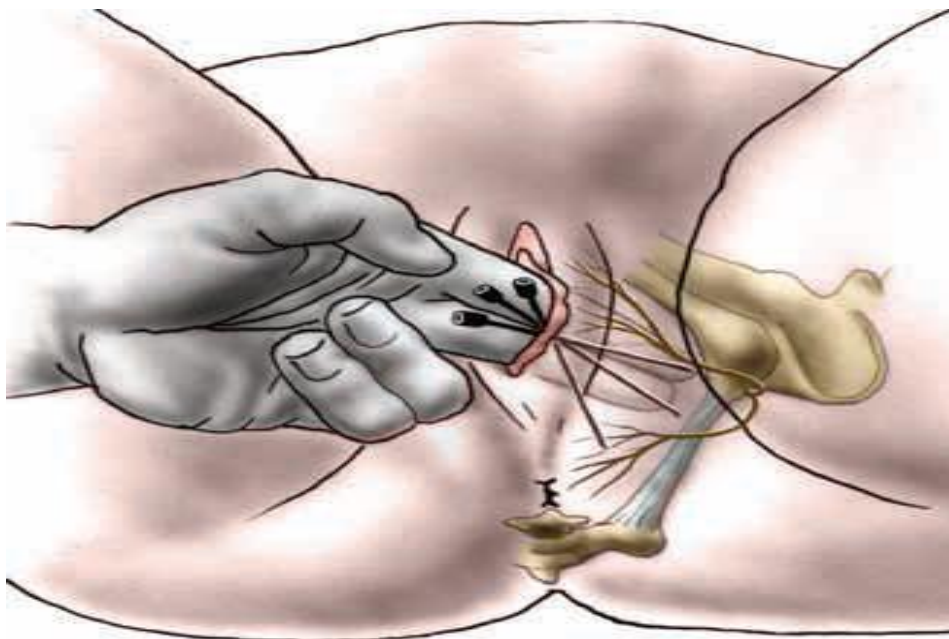
Podpis:.....
Pacient nebo zákonný zástupce Informující anesteziolog

V případě, že podepisuje někdo jiný než pacient, zaznamenejte:

Jméno, příjmení:..... Vztah k pacientovi.....

Příloha D - Obstřík pochvy a hráze

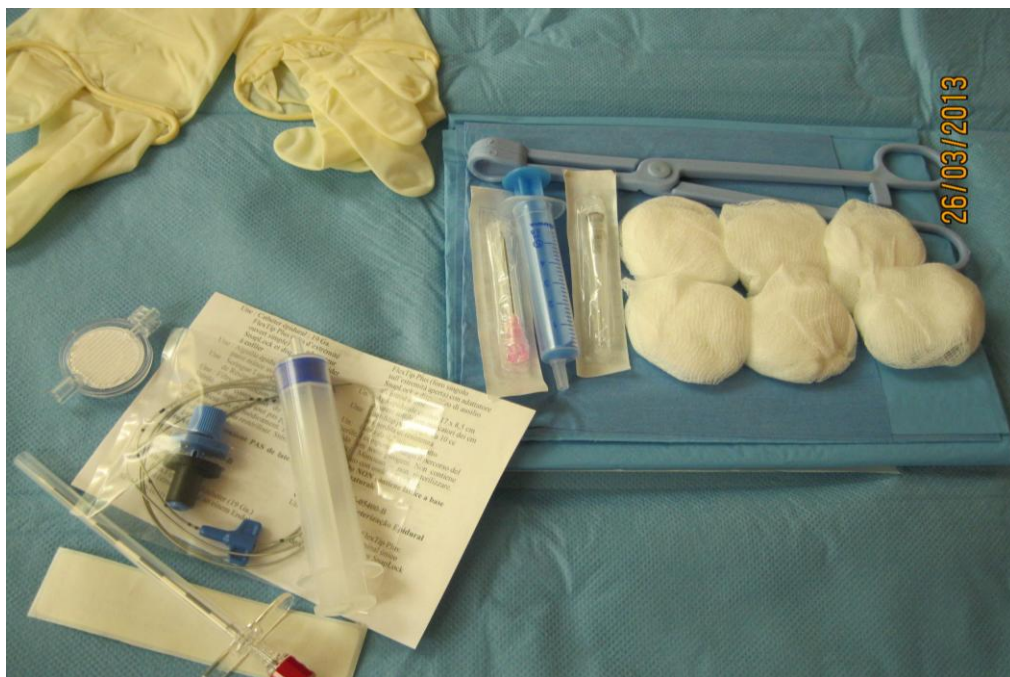
Obrázek č. 1



Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín, 2009, strana 450

Příloha E - Zavedení epidurální analgezie

Obrázek č. 2: Pomůcky k podání epidurální analgezie.



Obrázek č. 3: Epidurální jehla zavedená do epidurálního prostoru, kterou se zavede epidurální katétr.



Obrázek č. 4: Fixovaný katétr po odstranění epidurální jehly.



Obrázek č. 5: Konec epidurálního katétru je opatřen antimikrobiálním filtrem.



Zdroj: vlastní fotodokumentace