

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**TLUMENÍ BOLESTI V PRŮBĚHU PORODU Z POHLEDU
PORODNÍ ASISTENTKY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KRISTÝNA ŽIŽKOVÁ

Praha 2018

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**TLUMENÍ BOLESTI V PRŮBĚHU PORODU Z POHLEDU
PORODNÍ ASISTENTKY**

Bakalářská práce

KRISTÝNA ŽIŽKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2018



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

ŽIŽKOVÁ Kristýna

3APA

Schválení tématu bakalářské práce

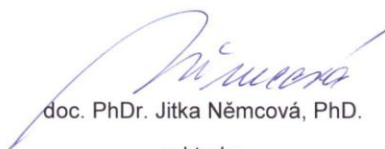
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky

Pain Relief Control during Childbirth from the Midwife's Perspective

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....
Žižková Kristýna

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala mé vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivaně Jahodové, PhD. za vedení mé práce, cenné rady a čas, který mi věnovala při řešení problematiky, kterou jsem si zvolila. Dále děkuji lékařům a porodním asistentkám NH Hospital a.s. Nemocnice Hořovice.

Ráda bych též poděkovala své rodině za podporu po celou dobu studia.

ABSTRAKT

ŽIŽKOVÁ, Kristýna. *Tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Praha 2018. 51 s.

Tématem bakalářské práce je tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, část teoretická a část praktická. V části teoretické popisujeme bolest, porodní bolest, nefarmakologické metody, farmakologické metody a tlumení bolesti z pohledu porodní asistentky. V části praktické představujeme kazuistiku ženy z porodního sálu NH Hospital a.s. Nemocnice Hořovice. Zpracovali jsme všechny údaje a informace o pacientce a vyhledali ošetrovatelské problémy, které jsme i podrobně rozpracovali.

Klíčová slova:

Farmakologické metody. Nefarmakologické metody. Porod. Porodní asistentka. Porodní bolest. Tišení bolesti.

ABSTRACT

ŽIŽKOVÁ, Kristýna. *The control of pain during childbirth from the perspective of a midwife*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Prague 2018. 51 pages.

This Bachelor's thesis is focused on the control of pain during childbirth from the perspective of a midwife. The Bachelor's thesis is divided into two parts, the theoretical and the practical one. The pain, the birth pain, non pharmacological methods, pharmacological methods and the pain relief from the perspective of a midwife are described in the theoretical part. A case report of a woman from the delivery room of NH Hospital a. s. Nemocnice Hořovice is presented in the practical part. All data and information about the patient were processed and we defined nursing problems which were elaborated in detail.

Keywords:

Childbirth. Labor pain. Midwife. Non pharmacological methods. Pain management. Pharmacological methods.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 13 |
| 1 BOLEST PŘI PORODU..... | 15 |
| 2 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY..... | 20 |
| 2.1. BLÍZKÁ OSOBA U PORODU | 20 |
| 2.2. PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA | 21 |
| 2.3. AUDIOANALGEZIE | 22 |
| 2.4. HYPNÓZA | 22 |
| 2.5. ELEKTROANALGEZIE (TENS) | 23 |
| 2.6. HYDROANALGEZIE | 24 |
| 2.6.1. RELAXAČNÍ KOUPEL | 24 |
| 2.6.2. INTRADERMÁLNÍ INJEKCE STERILNÍ VODOU..... | 25 |
| 2.7. AKUPUNKTURA, AKUPRESURA | 25 |
| 2.8. ALTERNATIVNÍ POLOHY | 26 |
| 2.9. FYTOTERAPIE, AROMATERAPIE..... | 27 |
| 3 FARMAKOLOGICKÉ METODY | 29 |
| 3.1. SYSTÉMOVÁ ANALGEZIE | 29 |
| 3.1.1. INTRAVENÓZNÍ NEBO INTRAMUSKULÁRNÍ ANALGEZIE | 29 |
| 3.1.2. INHALAČNÍ ANALGEZIE | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2. REGIONÁLNÍ ANALGEZIE | 31 |
| 3.2.1. INFILTRAČNÍ ANALGEZIE..... | 31 |
| 3.2.2. PUDENDÁLNÍ ANALGEZIE | 31 |
| 3.2.3. PARACERVIKÁLNÍ ANALGEZIE | 31 |
| 3.2.4. EPIDURÁLNÍ ANALGEZIE | 32 |
| 3.2.5. SUBARACHNOIDÁLNÍ ANALGEZIE..... | 35 |
| 3.2.6. KOMBINOVANÁ SUBARACHNOIDÁLNÍ A EPIDURÁLNÍ ANALGEZIE | 37 |
| 4 PORODNÍ BOLEST Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY | 38 |
| 5 KAZUISTIKA | 39 |
| 5.1. ANAMNÉZA | 40 |
| 5.2. KATAMNÉZA..... | 42 |
| 5.3. ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | 53 |
| 5.4. OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE..... | 56 |
| 5.5. DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 61 |
| 5.6. ZHODNOCENÍ PÉČE..... | 62 |
| ZÁVĚR..... | 63 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITARATURY | 64 |
| PŘÍLOHY..... | 67 |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|------------------|--|
| aPTT | aktivovaný parciální tromboplastinový čas |
| ARO | anesteziologicko resuscitační |
| AS | akce srdeční |
| BWR | Bordet – Wassermannova reakce |
| CNS | centrální nervový systém |
| CRL | délka plodu od temene ke kostrči |
| CRP | c-reaktivní protein |
| CTG | kardiotokogram |
| EFW | váhový odhad plodu |
| GBS | skupina Streptococcus agalactiae, streptokok skupiny B |
| HBsAg | povrchový antigen viru hepatitidy B |
| HIV | virus získané lidské imunodeficiency |
| HPV | lidský papilomavirus |
| Hz | hertz, jednotka frekvence |
| i. m. | intramuskulární aplikace |
| i. v. | intravenózní aplikace |
| IASP | mezinárodní Asociace pro studium bolesti |
| INR | protrombinový čas |
| KO | krevní obraz |
| L2 - L3 | druhý a třetí lumbální obratel |
| mA | miliampér, jednotka elektrického proudu |
| N ₂ O | oxid dusný |
| OGTT | orální glukózový toleranční test |
| P | pulz |
| PPHL | poloha podélná hlavičkou |
| PRI | pain rating index |
| RTG | rentgenové záření |
| s.c. | subkutánní aplikace |
| TENS | elektroanalgezie |
| TK | krevní tlak |

| | |
|-----|---------------------------------|
| TT | tělesná teplota |
| UPT | umělé přerušení těhotenství |
| UZ | ultrazvukové vyšetření |
| VAS | vizuální analogová škála |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |

(HUGO, VOKURKA, FIDLEROVÁ, 2016).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|--------------|---|
| Analgezie | zmírnění bolesti |
| Anestetikum | znecitlivující látka |
| Arachnoidea | pavučnice, jedna ze tří mozkových plen |
| Dura mater | tvrdá mozkomíšní plena |
| Epidurální | prostor kolem míšních obalů |
| Intratekální | prostor mezi mozkem/míchou a jejich obaly |
| Lumbální | bederní úsek páteře |
| Mandrén | kovové vlákno vsouvané do průsvitu jehly |
| Sakrální | bederní, oblast křížové kosti |

(PAŘÍZEK a kol., 2012).

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 – Identifikační údaje | 39 |
| Tabulka 2 – Hodnoty zjišťované při příjmu | 44 |
| Tabulka 3 - Laboratorní výsledky krve ze dne 13. 2. 2018..... | 49 |
| Tabulka 4 – Apgar skóre novorozence v 1., 5. a 10. minutě života..... | 51 |
| Tabulka 5 – Posouzení pacientky dle 13 domén..... | 53 |

ÚVOD

Jak bolestivý je porod? Většina matek těsně po porodu říká, že porod je těžký a nesnesitelný, ale později se paměť pro porodní bolest rychle snižuje, protože je to individuální zkušenost, která vzniká v období očekávání. Velkou roli hrají kulturní a psychologické faktory. Nejspokojenější ženy jsou ty, které očekávaly větší bolest a které měly analgezii a dobré léčení bolesti. Je důležité podávat velmi časté informace a zejména se starat, aby bolest po porodu co nejrychleji zmizela, tzn. včas a dobře ji léčit (PAŘÍZEK a kol., 2012, s. 102).

V bakalářské práci se zabýváme tématem tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky. Téměř každá žena přichází s obavou z bolesti a spoléhá na zdravotnický personál, že jí poskytne úlevu. To je především úloha porodní asistentky, která provází ženu celým porodem, podporuje ji psychicky a ve spolupráci s lékařem nabídne některou z farmakologických nebo nefarmakologických metod tlumení bolesti.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabýváme bolestí, zejména porodní, vyhledáváním farmakologických a nefarmakologických metod tlumení bolesti a přístupem porodní asistentky k rodící ženě v průběhu porodu. V praktické části se zabýváme kazuistikou na porodním sále u konkrétní rodičky s tlumením bolesti v průběhu porodu.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vyhledat a nastudovat literaturu týkající se tématu.

Cíl 2: Z publikovaných poznatků zpracovat přehlednou práci.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat kazuistiku ženy s tlumením bolesti v průběhu porodu.

Cíl 2: Využít teoretické znalosti v praxi.

Vstupní literatura:

PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Kamenice: MCC publishing; Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-893-3.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.

MANDER, Rosemary, 2014. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-810-8.

ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, 2012. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigis. ISBN 978-80-87323-02-1.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

Popis rešeršní strategie:

Pro vyhledávací strategii byly zvoleny dvě metody. V první fázi jsme si nechali zpracovat rešerši Národní lékařskou knihovnou, kde byla provedena rešerše. Literaturu jsme hledali v českém jazyce a cizojazyčnou od roku 2007 až současnost. Klíčová slova jsme zadali: farmakologické metody, nefarmakologické metody, porod, porodní asistentka, porodní bolest a tišení bolesti. Vyhledáno bylo 41 záznamů: 5 knih, 36 článků a kapitol a 52 záznamů ze zahraničních zdrojů. Druhá metoda byla pomocí vlastního hledání v elektronických databázích Medvik a volný internet. Celkem bylo použito 21 českých zdrojů a 1 zahraniční zdroj. Jeden zdroj literatury jsme použili z roku 2004.

1 BOLEST PŘI PORODU

Bolest je definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. To je kompromisní definice bolesti, na které se shodli zástupci mezinárodní Asociace pro studium bolesti (IASP) a kterou také přijala Světová zdravotnická organizace (WHO). Bolest je vždy subjektivní, a to přesto, že vnímání bolesti se liší podle věku, pohlaví, rasy a etnika (ROKYTA a kol., 2009, s. 21).

Složky bolesti:

Rozděluje na 4 základní složky bolesti, které bolest charakterizují a také určují její projevy:

- 1. sensoricko-diskriminační komponenta – je nejlépe prostudována a známe o ní mnoho podrobností*
- 2. afektivní (emocionální) komponenta – každou bolest provázejí emoce – stres, úzkost, agrese*
- 3. vegetativní (autonomní) komponenta – při bolesti se potíme, bledneme, červenáme, zvyšuje se tep i krevní tlak*
- 4. motorická komponenta – je odvozena od stresu. Člověk se při bolestivém podnětu chová podle zásady „fight or flight“ bojůj nebo uteč (ROKYTA, KRŠIAK, KOZÁK, 2012, s. 85).*

Druhy bolesti:

Bolest dělíme na dva základní druhy a to: nociceptivní a neuropatická. Nociceptivní začíná na receptorech bolesti, které se nazývají nociceptory, přesněji nocisenzory. Tato bolest se dá dobře léčit, protože známe její příčinu. Bolest neuropatická vzniká až v průběhu vedení bolesti především na nervových vláknech (ROKYTA, KRŠIAK, KOZÁK, 2012, s. 86).

Bolest dělíme i podle délky trvání: akutní a chronická. Akutní bolest trvá hodiny, dny. Má výstražnou funkci pro organismus, lokalizujeme ji na danou část těla.

Chronická bolest trvá měsíce až roky, minimálně 3 - 6 měsíců. Je biologicky neúčinná, nelze ji lokalizovat a postupně se zhoršuje, je doprovázena psychologickými projevy (ROKYTA a kol., 2009).

V roce 1965 publikovali R.Melzack a P. D. Wall vratkovou teorii bolesti (ROKYTA a kol., 2012). *Předpokládali vratkový (hradlový) mechanismus umístění v míše, který se zavíral normální stimulací rychle vedoucích „dotykových“ nervových vláken, avšak otvíral se, když pomalu vedoucími „bolestivými“ nervovými vlákny protékal objemný proud intenzivních sensorických signálů. Vratka bylo možno opět uzavřít, jestliže tok těchto signálů byl přehrazen obnovenou stimulací tlustých vláken* (ROKYTA, KRŠIAK, KOZÁK, 2012, s. 23).

Faktory modulující vjem bolesti:

a) osobní charakteristika

- sensitizers – lidé, kteří zprvu odhodlaně bojují a poté bolest akceptují, nebo represors – nejprve si bolest nepřipouštějí a následně propadají panice,
- augmenters – lidé, kteří mají tendenci vše přehánět, nebo reducers – ti rušivé vlivy potlačují,
- introverze – lidé hloubající ve vlastním nitru, nebo extroverze – lidé přehnaně reagující na podněty,
- lidé řídicí se vlastní motivací, nebo vlivy okolí,
- nezdolnost,

b) nálady

- úzkost (momentální nebo osobnostní rys),
- připravenost nebo nepřipravenost na bolest,
- odhodlanost zvládnout nastávající situaci,

c) vliv prostředí, okolností, situace

- vliv prostředí (akustické a vizuální vjemy),
- orientace v situaci,
- stimul k odvedení pozornosti,
- důvěra mezi pacientem a zdravotníkem,

d) vliv učení

- vzory chování,

- nápodoba,
- pozorování,
- respondentní a klasické podmiňování bolestivého chování (RATISLAVOVÁ, 2008).

Hodnocení bolesti

Hlavním faktorem je intenzita bolesti, která rozhoduje o působení bolesti na člověka. Důležitým faktorem pro vyhovující léčbu bolesti je hodnocení intenzity bolesti. Nejčastěji se používá tzv. VAS (vizuální analogová škála). VAS využívá škálu, úsečku od 0 – žádná bolest do 10 – největší bolest (ROKYTA a kol., 2009).

Nejčastěji se využívá horizontální úsečka, levý kraj úsečky znázorňuje stav bez bolesti, pravý kraj znázorňuje největší bolest pro člověka. Obvykle je úsečka dlouhá deset centimetrů. Rodička označí místo na stupnici, podle jejího vnímání bolesti. Existují i úsečky vertikální nebo směřující zleva dole doprava nahoru (ROKYTA, KRŠIAK, KOZÁK, 2012).

Porodní bolest

Porodní bolest je přirozená a fyziologická, doprovází každý porod. Je to specifická kategorie bolesti, kde se střetává fyziologický význam s mechanismy patofyziologickými (PAŘÍZEK a kol., 2012).

U většiny žen je porod provázen silnou bolestí, kterou lze co do intenzity přirovnat ke komplexním regionálním bolestivým syndromům nebo k amputaci prstu (HAWKINS, 2010, s. 6).

Silná bolest sice u zdravých rodičích žen nepředstavuje ohrožení na životě, může však mít neuropsychologické důsledky. Není - li používána analgezie, může se s větší pravděpodobností vyskytnout poporodní deprese (HAWKINS, 2010, s. 6).

Žena se na porodní bolest může předem připravit, je omezená časem, probíhá pouze pár hodin. Porodní bolest má rovnoměrný rytmus, kdy se střídá bolest s úlevou.

Tento stav vrcholí emočně kladným zážitkem a odměnou v podobě příchodu novorozence (RATISLAVOVÁ, 2008).

Přestože jsou porodní bolesti fyziologické, každá rodička vnímá bolest jinak. Intenzita bolesti se udává v pain rating index - PRI (podle Melzacka), hodnoty se pohybují od 0 do 50, u primipar jsou hodnoty 35 - 37 a u multipar 30 -33 (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Porodní bolesti jsou lokalizovány do podbříšku, kříže nebo obou míst. Příčinou je zkracování hrdla děložního a dilatace branky, snížený přísun krve do dělohy během kontrakcí, tlak plodu na pánevní struktury a napínání vaginy a perinea. Porodní bolest je vyšší u žen s nižším vzděláním, u žen s negativní nebo ambivalentní reakcí na diagnózu těhotenství, s pozdní první návštěvou poradny a také u žen, které se velmi bojí porodní bolesti předem (RATISLAVOVÁ, 2008, s. 67).

Faktory, které ovlivňují sílu bolesti a její percepci rozdělujeme:

- 1) faktory nervového systému,
- 2) stav matky,
- 3) naléhání a pozice plodu,
- 4) zdravotnické intervence,
- 5) psychosociální faktory (RATISLAVOVÁ, 2008).

Metody tlumení porodních bolestí

V dnešní době existuje několik možností metod porodnické analgezie, proto si žena může zvolit metodu „na míru“, která jí bude nejlépe vyhovovat.

Základní rozdělení členíme na farmakologické, tj. s použitím léků a nefarmakologické, tj. bez použití léků.

Nefarmakologické metody se dělí:

- předporodní příprava,
- audioanalgezie,
- hypnóza,
- hydroanalgezie

- relaxační koupel,
- intradermální injekce sterilní vodou,
- akupunktura, akupresura,
- alternativní polohy,
- fytotherapie, aromaterapie,
- TENS (elektroanalgezie).

Farmakologické metody se dělí:

- systémová analgezie
 - inhalační analgezie,
 - intravenózní analgezie, intramuskulární analgezie,
- místní analgezie
 - infiltrační analgezie,
 - pudendální analgezie,
 - paracervikální analgezie,
 - epidurální analgezie,
 - subarachnoidální analgezie,
 - kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie (PAŘÍZEK, CVACHOVEC, DVOŘÁK, 2014).

2 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY

Jednotlivé techniky a základní dovednosti se těhotná žena a její partner (nebo jiná blízká osoba) učí, nacvičuje v kurzech předporodní přípravy (ČERMÁKOVÁ, 2008, s. 96).

2.1. BLÍZKÁ OSOBA U PORODU

Přítomnost blízké osoby, zejména otce u porodu by měli budoucí rodiče řádně prodiskutovat, přihlédnout ke všem pro a proti. Absolvovat předporodní kurzy. Otec by neměl být nucen k přítomnosti u porodu. A obráceně. Pokud je rodičce nepříjemná přítomnost partnera u porodu, nemá nikdo právo ji nutit k odhalování v této intimní situaci partnerovi. Muži jsou ženám velkou oporou v těžké situaci a žena nemá pocit že je sama mezi cizími lidmi, podporuje ji, uklidňuje, při komplikovaných situacích jsou na rozhodování dva a jejich vztah se může tímto prožitkem prohloubit (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Je prokázáno, že blízká osoba u porodu snižuje potřebu analgetik. Muži, kteří prožijí nezapomenutelné okamžiky, jako první dotyky, chování novorozence v náruči nebo slyšeli první křik svého dítěte získali skutečný pocit, že se stali otci. Argumenty proti přítomnosti otce u porodu jsou, že žena je během porodu po psychické i tělesné stránce mužům vzdálena. Ženy mění své priority, přehodnucují postoje, probouzejí se v ní skryté instinkty, reakce a tím může být muž zaskočen. Na porodním sálu se může stát, že muž začne kolabovat. Personál by měl včas reagovat, pokud zpozoruje bledost a opocení. Je vhodné si brát na porodní sál volný, příjemný oděv a dostatek tekutin (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Otec může během porodu rodičku chválit, doprovázet při chůzi nebo vstávání z lůžka, podpírat, utírat pot, podávat tekutiny, poskytnout masáž při bolestech, podporuje v dýchání, přivolat porodní asistentku a mnoho dalších aktivit, které rodiče zkracují pobyt na porodním sále a odvrací pozornost od bolestí.

2.2. PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA

Předporodní příprava žen k porodu se vyvíjela v 50. až 60. letech 20. století (PAŘÍZEK, 2014a).

Dick-Read anglický lékař si představoval ve své koncepci přirozeného porodu, že napětí dolního děložního segmentu zvyšuje úzkost. Těhotné ženy učil relaxačním technikám a během porodu měl snahu o snižování strachu a úzkosti. *Později připojil i vysvětlení mechanismu porodu a nácvik rychlého dýchání během kontrakce; tím se značně přiblížil porodnické psychoprophylaxi* (PAŘÍZEK a kol, 2012, s. 177).

Koncepce předporodních příprav je obeznámit těhotnou ženu o průběhu porodu, zbavit se strachu a připravit na fyzickou zátěž (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014). *Podstatou je vytvořit u ženy reflexy, které jsou vázány na porodní proces, ale nevedou k bolestivým prožitkům, nýbrž k aktivnímu soustředění na jiné podněty, zejména dýchání a svalovou relaxaci* (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014, s. 198).

V dnešní době se psychoprophylaktická příprava žen k porodu stává součástí péče o těhotnou ženu a spadá do kompetence porodní asistentky. Přípravu by měla vést vyškolená porodní asistentka (RATISLAVOVÁ, 2008, s. 52). *Při vedení kurzů předporodní přípravy musíme mít na paměti výběr správné metodiky. Pod pojmem metodika rozumíme ucelený systém teoretických poznatků a pracovních postupů. Jde o správný výběr: metod, forem, prostředků, které vycházejí z cílů obsahu jednotlivých setkání a od samotných žen (od jejich zájmů, k jakému druhu porodu jsou připravované, jaké mají znalosti)* (GALDUNOVÁ, 2009, s. 40 - 41).

Pro přípravu těhotných žen k porodu byly upraveny také některé psychoterapeutické techniky (autogenní trénink, biofeedback, systematická desenzitizace, transcendentální analýza, hypnóza). Lze je využít u velmi úzkostných žen, vyžadují však vyškoleného terapeuta (PAŘÍZEK a kol., 2012, s. 177).

Předporodní kurzy obsahují informace o životosprávě během těhotenství, seznámení s průběhem porodu, možnostech analgezie a seznámení s prostředím

porodního sálu. Praktická část kurzu nabízí tělesný nácvik uvolňovacích cviků, dýchacích cvičení, autogenní trénink, aromaterapii (PAŘÍZEK a kol., 2012), (RATISLAVOVÁ, 2008).

2.3. AUDIOANALGEZIE

Audioanalgezie využívá zvuky nebo hudbu k tlumení porodní bolesti, bez použití léků. Hudba, zvuky odvádějí pozornost od bolesti během kontrakcí dělohy a překrývají nepříjemné zvuky z okolí (PAŘÍZEK a kol, 2012).

Poslech hudby snižuje krevní tlak, dechovou frekvenci a celkově uvolňuje napětí. K poslechu jsou vhodné hluboké tóny meditační hudby, relaxační zvuky (zvonkohry, přírodní zvuky), vážná hudba a další žánry, při výběru vždy záleží na charakteru rodičky (temperament, věk, záliby) (ČERMÁKOVÁ, 2017).

Původní audioanalgezie představuje přenos tzv. bílého šumu, anglicky white noise, který si žena přehrává pomocí sluchátek. Bílý šum je složen z několika zvuků o různé frekvenci, které po sumaci připomínají zvuk zurčící vody. Rodička si sama ovládá audiotechniku, koriguje si intenzitu zvuku podle potřeby. Tato metoda je pro matku i plod neškodná. Výhodou je jednoduchost použití. Nevýhodou je její nízká analgetická účinnost. Hudbu, by si žena měla vybrat již v předporodní přípravě (PAŘÍZEK a kol., 2012).

2.4. HYPNÓZA

Hypnóza je metoda známá po staletí a široce medializovaná, což kontrastuje s jejím řídkým využíváním při porodu (MANDER, 2014, s. 184).

Hypnóza vede k potlačení vnímání bolesti během porodu. Těhotná žena musí před porodem navštívit přípravný několikátýdenní kurz, kde s hypnotizérem nacvičují komunikaci což je podmínka úspěchu. Jestliže nastanou ideální podmínky a okolnosti během porodu, může hypnóza potlačit vnímání bolesti. Účinnost avšak není vysoká (PAŘÍZEK, 2014b).

Hypnoporod obsahuje čtyři základní techniky:

1. Dýchání – metoda používá tři techniky jemného dýchání. První dýchání je jako ve spánku, pomáhá uvolnit. Druhé, tzv. pomalé dýchání je nejdůležitější, protože se používá během fáze otevírání. Třetí označujeme jako porodní dýchání, používá se během porodu.
2. Relaxace – na relaxaci si vynahradíme každý den stejnou dobu a volíme polohu, která je nám nejpříjemnější, doporučují se dvě a to na zádech a na boku. Metoda spočívá ve vědomém uvolnění, může být doprovázena jemnými dotyky a lehkou masáží.
3. Vizualizace – vizualizační cvičení jsou nástroje, které mají pomoci během porodu zklidnit mysl a uvolnit tělo.
4. Prohlubování – po zvládnutí předchozích technik může těhotná pracovat na prohloubení stavu a v tomto se přesunout hlouběji do svého rodičího těla a k dítěti (MONGANOVÁ, 2010).

2.5. ELEKTROANALGEZIE (TENS)

Tato metoda (transkutánní elektrická nervová stimulace) je dávana do souvislosti s tzv. vrátkovou teorií bolesti. Princip této metody dosud nebyl spolehlivě vysvětlen (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Elektroanalgezie využívá proměnlivých elektrických stimulů na kůži na obou stranách páteře v oblasti dolní hrudní a horní bederní páteře (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014, s. 198).

Přístroje pro TENS generují stejnoměrné proudové pulsy s frekvencí 4 - 150 Hz o síle mezi 0 a 55 mA. K porodu je vhodná frekvence 40 až 80 Hz. Při elektrické stimulaci cítí rodička v místě umístění elektrod jemné vibrace, které si může sama ovládat v souladu s děložními kontrakcemi. Nevýhodou metody je negativní ovlivňování kardiokografického sledování srdečních akcí plodu. Úlevu pocítuje 40 - 80 % rodiček. Využití TENS je efektivnější v I. době porodní než ve II. době porodní. Transkutánní elektrická nervová stimulace z hlediska bezpečnosti neovlivňuje matku ani plod, naopak je zvýšená placentární perfúze. Jedná se o jednoduchou analgetickou

metodu, která spojuje psychologický a somatický účinek, který lze kombinovat i s ostatními nefarmakologickými a farmakologickými metodami porodnické analgezie. Analgetická účinnost se odhaduje okolo 15 – 20 % (PAŘÍZEK a kol., 2012).

2.6. HYDROANALGEZIE

Účinky vody jsou známy již po staletí. Zařazují se zde koupele, relaxační sprchy, studené a horké obklady na bederní oblast rodičky. Metody hydroanalgezie jsou relaxační koupele, porod do vody a intradermální injekce sterilní vodou (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Je známo, že taktilní, nebolestivá stimulace tlumí přenos bolestivých impulsů do vyšších etází CNS. Útlum probíhá na úrovni zadních míšních rohů a je experimentálně prokázáný. Možná, že tohle je právě ten mechanismus, kterým vodní lázeň tlumí porodní bolest (PAŘÍZEK a kol., 2012, s. 192).

Hydroterapie rodičce pomáhá několika způsoby. Voda rodičku nadnáší a tak může zaujmout pohodlnou polohu, snižuje tlak na pánev a ostatní orgány, udržuje flexi hlavičky plodu. Teplá voda uvolňuje svalové křeče (MANDER, 2014).

Hydroanalgezie neovlivňuje matku ani plod a má jednoduché použití. Nevýhodou je nízká analgetická účinnost (PAŘÍZEK a kol., 2012).

2.6.1. RELAXAČNÍ KOUPEL

Pro relaxační koupel rodička využívá střídavou vodní lázeň ve speciální vaně. Avšak porod probíhá mimo vanu. Koupele se provádějí s porodní asistentkou. Rodička pociťuje psychickou a tělesnou relaxaci. Využití koupele má stejný analgetický účinek jako u transkutánní elektrické nervové stimulace (TENS). Je dokázáno, že relaxační koupele snižují podávání léků pro tlumení porodních bolestí, mimo jiné epidurální nebo subarachnoidální analgezi. Metoda je určena pro fyziologické porody. Při relaxační koupeli je použití CTG komplikované (lze použít telemetrické sledování), epidurální analgezie je kontraindikována pro riziko infekce, TENS a použití sedativ

z důvodu hypotenze není vhodné (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Kontraindikace: diabetes mellitus, placenta praevia, krvácivé stavy, kardiopatie, hepatitis, HIV matky. Teplá voda způsobuje zvýšené prokrvení kůže a např. u preeklampsie hrozí hypoperfúze uteroplacentární jednotky (PAŘÍZEK a kol., 2012, s. 192).

2.6.2. INTRADERMÁLNÍ INJEKCE STERILNÍ VODOU

Metoda spočívá v aplikaci 0,1 ml sterilní vody (fyziologický roztok) intradermálně čtyřmi pupenci do oblasti bederní a okolo kosti křížové. Účinek nastupuje přibližně za 30 sekund. Snižuje se lumbální a sakrální bolest. Aplikace je velmi bolestivá a může dojít až k útlumu děložní činnosti, proto se fyziologický roztok nahrazuje lokálním anestetikem. Obstřiky provádí lékař i porodní asistentka. Nevýhodou je opět nízká analgetická účinnost (PAŘÍZEK a kol., 2012).

2.7. AKUPUNKTURA, AKUPRESURA

Akupunktura v českém porodnictví není zcela běžná, jedná se spíše o teoretickou alternativní západní medicínu. Důvodem pro nevyužívání akupunktury je těžká koordinace porodníka a akupunkturisty v danou chvíli, ztížení práce porodníka, který musí brát zřetel na pomůcky pro akupunkturu a málo akupunkturistů pracujících v porodnictví. Kontraindikace v těhotenství je riziko vyvolání potratu, přesto může být metoda účinná a méně riziková pro plod než použití léčiv. Akupunktura má význam sedativní, analgetický a vegetativně stabilizující efekt. Použitím této metody může dojít k urychlení porodu, snížení porodních bolestí, utlumení bolestivosti při porodnických výkonech i vynětí placenty (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Během těhotenství by žena neměla mít jehličky zavedené pod pasem, kde vzniká riziko předčasného vzniku kontrakcí, naopak během porodu se jehličky zavádějí do oblasti perinea, řitního otvoru a do okolí vagíny. Mechanismus akupunktury není zcela znám, ale jsou známa tři vysvětlení. První vysvětlení je povzbuzování lokální produkce endorfinu, druhé vysvětlení je zlepšení krevního oběhu akupunkturou a třetí možné

vysvětlení je zdokonalení harmonie jin a jang (MANDER, 2014).

K tlumení porodních bolestí se využívá hlavní analgetický bod LI4 (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Akupresura se provádí stlačováním, masáž akupunkturních bodů na těle rodičky pomocí špiček prstů. Akupresuru si rodička může provádět sama, proto se jí dává přednost před akupunkturou (MANDER, 2014).

2.8. ALTERNATIVNÍ POLOHY

V minulosti ženy v primitivních kmenech zaujímali polohu „na bobku“, v kleče nebo polosed, kdy je pomocnice podpíraly pod pažemi nebo se zevšily pažemi za tyče. Vše se změnilo zájmem lékařů, kteří zavedli polohu na zádech nebo na boku jako prevenci před poraněním hráze při porodu hlavičky plodu. Této poloze je namítáno nepřirozenost naopak alternativním polohám napomáhá gravitace, z fyzikálního ohledu je argument nesprávný, zemská gravitace působí na pohyb plodu jen nepatrně (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Poloha na zádech může způsobit poruchy prokrvení dělohy, placenty i plodu okysličenou krví (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014). *Může být také příčinou nepravidelností pohybu či sestupu plodu porodními cestami* (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014, s. 199).

Alternativní polohy: *stoj, stoj s oporou zad, stoj v předklonu, stoj s krouživými pohyby pánve, sed s oporou zad, sed v předklonu, klek, vzpor na všech čtyřech s oporou o ruce, s oporou o partnera, leh na boku* (ČERMÁKOVÁ, 2017, s. 102). Také se může použít porodnická stolička nebo relaxační míč.

Poloha na boku – rodička si lehne na pravý nebo levý bok podle postavení plodu, v této poloze se snižuje tlak na hemeroidy a je vhodné kombinovat s chůzí pro lepší vývoj porodu (ČERMÁKOVÁ, 2017).

Poloha v sedu – rodička může využít míč nebo porodnickou stoličku, měla by být v mírném předklonu s oporou o partnera. Při sedu na míči může krouživými pohyby nebo houpáním zmírnit bolest zad a urychlit porod. Partner může masírovat rodičce záda (ČERMÁKOVÁ, 2017).

Dřep – v této poloze se využívá zemská gravitace, rozšiřuje se pánev a pomáhá zmírnit bolest v oblasti zad (ČERMÁKOVÁ, 2017).

Dřep v závěsu – rodička v dřepu je zavěšená o partnera nebo využije pomůcky na porodním sále (závěs, lano, žebřiny). Pro partnera může být závěs velmi vysilující. Snižuje se tlak na klouby dolních končetin (ČERMÁKOVÁ, 2017).

Klek s oporou/bez opory – oporou může být židle, míč, lůžko, partner. Mírní se bolest zad a tlak na rektum. Porodní asistentka nebo lékař mohou provést vaginální vyšetření (ČERMÁKOVÁ, 2017).

2.9. FYTOTERAPIE, AROMATERAPIE

Všeobecně se míní, že vliv fytotherapie není zásadní, nicméně mezi nefarmakologickými metodami tlumící bolest své místo má.

Patří k intervencím, které nepřímo prospívají rodičce tím, že usnadňují relaxaci a snižují vnímání bolesti (MANDER, 2014, s. 174).

K této technice se využívají především éterické oleje a hydroláty. Jsou to těkavé, vonné, esenciální látky produkovány rostlinami. Mají schopnost ovlivňovat tělesné funkce organismu, působit na naši psychiku a emoce (ČERMÁKOVÁ, 2017, s. 100).

Éterické látky se do těla mohou dostávat vdechováním nebo přes kůži – masáží nebo vodní lázni s touto látkou, obklady, inhalací. K masáží je nutné éterický olej ředit nosným rostlinným olejem (olivový, meruňkový, slunečnicový, jojobový) v poměru vhodném pro masáž, tj. 1 polévková lžice nosného oleje na 5 kapek oleje éterického. Do krve se látky dostanou asi po půl hodině. Je možné i cíleně vybrat konkrétní bylinu za

daným účelem. Krom éterických olejů je možno použít aromatizované vody (hydroláty), které vznikají při destilaci siličných rostlin. Účinek je jemnější, používají se bez ředění přímo na pokožku (ČERMÁKOVÁ, 2017).

V první době porodní můžeme využít směs éterických olejů šalvěje muškátové, levandule a kadidla. Kdykoliv je možné použít květovou vodu neroli nebo růžovou, aplikovat na obličej, šíjí, hrudník nebo přiložit v obkladech na čelo, zápěstí apod. V druhé době porodní použití éterického oleje kadidla prohlubuje dýchání a napomáhá okysličení organismu, zatímco růžové dřevo dokonale harmonizuje psychické výkyvy (ZRUBECKÁ, AŠENBRENEROVÁ, 2008).

Nejširší využití éterických olejů je při masážích. Efleráž je masáž, kterou si rodička může provádět sama, intuitivně. Při kontrakcích hladí břicho a okolí krouživými pohyby ve tvaru osmičky (ČERMÁKOVÁ, 2017).

Dochází k tlumení dráždivosti tenkých nervových vláken, drážděním nervových vláken silných. Aby masáž neztrácela na účinnosti, musí být pohyby obměňovány. Další metoda masáže je vyvíjení tlaku na kost křížovou, uleví od bolesti v zádech. Tuto již musí provádět doprovázející osoba, která se řídí pokyny rodičky kde a v jaké intenzitě si masáž přeje. Dále se používá metoda tzv. vybodávání vhodná je i masáž k uvolnění ramenních svalů, neboť napětí v těchto partiích zvyšuje napětí v oblasti pánve. Masáže se provádí prsty, dlaněmi, hřbetem ruky, můžeme použít i masážní pomůcky (ČERMÁKOVÁ, 2017).

Při fytoterapii je metody možné použít postupně nebo kombinovat (např. inhalace s masáží). Metoda účinkuje proti bolesti jen nepřímo, uvolňuje úzkost a stres, navozuje pocit pohody. *V experimentální skupině zjistili snížení farmakologické analgezie např. petidin, a stejně tak byla snížena potřeba léků podobných oxytocinu* (MANDER, 2014, s. 174).

3 FARMAKOLOGICKÉ METODY

V současné době se farmaka využívají téměř u 100 % všech porodů, přesto je třeba vzít v úvahu, že farmaka prostupují placentou v různé míře, což může negativně ovlivnit stav plodu, u kterého se mohou v krvi kumulovat a časem dosáhnout vyšších koncentrací než v krvi matky. Analgezie při porodu přispívá k tlumení porodních bolestí, které spolu se strachem přispívají k poruchám děložní práce a k protražovanému porodu (PAŘÍZEK a kol., 2012).

3.1. SYSTÉMOVÁ ANALGEZIE

Systémová analgezie představuje způsob tišení bolesti, při němž účinná látka (analgetikum), ať je do těla podána jakkoliv, působí přímo v centrální nervové soustavě rodičky. Způsob podání analgetika bývá obvykle injekčně s. c., i. m. nebo i. v. či vdechováním (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014, s. 199).

3.1.1. INTRAVENÓZNÍ NEBO INTRAMUSKULÁRNÍ ANALGEZIE

Intravenózně nebo intramuskulárně můžeme podat sedativa nebo analgetika. Při podání sedativ se řídíme emočním laděním rodičky. Mezi nejčastěji používané benzodiazepiny patří Diazepam, který rychle vyrovnává plazmatické koncentrace mezi matkou a plodem, většinou v dávce 5 - 10 mg i. m. nebo i. v.. Mezi sedativa patří dále neuroleptika, která mají význam pouze historický (Promethazin, Chlorpromazin, Thiethylperazin). Analgetika se používají k potlačení bolesti při porodu, zde využíváme Nalbuphin (antagonista opiodních receptorů) a pethidin (Dolsin) (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Nalbuphin neovlivňuje dechové centrum matky, nemá negativní účinek na hladké svalstvo močového a trávicího traktu. Útlum bolesti závisí na způsobu podání léku. Nástup účinku se projeví za cca 3 - 15 minut a trvá 3 - 6 hodin. Doporučená dávka Nalbuphinu je 15 - 20 mg, při které se neprokázal významný útlumový účinek na dítě.

Lék zle použit i při bolesti po císařském řezu nebo po porodnických operacích. Po aplikaci rodička může být ospalá a dostavuje se pocení. Analgetická účinnost je 50 % (PAŘÍZEK, CVACHOVEC, DVOŘÁK, 2014).

Pethidin (Dolsin) je u nás nejčastěji používaným analgetikem i přes veškerá rizika jako je vliv na plicní, oběhové a nervové funkce novorozence a u matky útlum dechu (HLINECKÁ, NIŽŇANSKÁ, BLÁHA, 2016).

U novorozence může vyvolávat dráždivou reakci i několik dní po podání pethidinu matce, protože metabolity lipoidu se vylučují mateřským mlékem 3 - 4 dny. U matky se může vyskytnout vymizení vzpomínek na porod. Analgetická účinnost je 30 % (PAŘÍZEK, CVACHOVEC, DVOŘÁK, 2014).

3.1.2. INHALAČNÍ ANALGEZIE

Inhalační analgezie je vdechování plynu (oxidu dusného N_2O , lidově „rajský plyn“). Přístroj k inhalaci se nazývá Entonox, podává se pomocí ventilového systému přes náustek (PAŘÍZEK, CVACHOVEC, DVOŘÁK, 2014).

Obliba Entonoxu se odvíjí od toho, že má mírné účinky a nevykazuje výraznější vedlejší účinky na matku ani plod (MANDER, 2014, s. 194).

Přes dlouhou dobu využívání této metody není jasný mechanismus vlivu analgetického účinku N_2O , ale míní se, že oxid dusný uvolňuje endogenní opioidní peptidy a moduluje vnímání bolesti. Plyn chutná nasládle, je nedráždivý, má relaxační a euforizující účinky. Je minimálně toxický, organismus jej nemetabolizuje a je opět vyloučen plícemi. Prvotním projevem účinku je pocit omámení a vertigo, rodičky někdy pociťují parestezie v horních a dolních končetinách, někdy v ústech. Oxid dusný může způsobovat nauzeu a zvracení, při zvýšené koncentraci ospalost, závratě, amnézii (HLINECKÁ, NIŽŇANSKÁ, BLÁHA, 2016).

3.2. REGIONÁLNÍ ANALGEZIE

Regionální analgezie představuje soubor způsobů, při němž se podáním místně (lokálně) účinných látek (lokální anestetika) mění vnímání bolesti (PAŘÍZEK, CVACHOVEC, DVOŘÁK, 2014, s. 11).

3.2.1. INFILTRAČNÍ ANALGEZIE

Infiltrační analgezie je nejčastěji používaná metoda, kdy aplikací 1% Mesocainu znecitlivujeme pochvu a hráz před episiotomií, operačním porodem a ošetřením poporodních poranění. Výhodou je finanční nenáročnost, jednoduchost. Metodu provádí porodník i porodní asistentka (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

3.2.2. PUDENDÁLNÍ ANALGEZIE

Při podání anestetika ke stydkému nervu (nervus pudendus) nastává úleva v oblasti hráze a zevní třetiny pochvy. Jedná se o pudendální analgezi a využívá se především v II. době porodní, u předčasných porodu a porodu kleštěmi (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Výhodou je opět finanční nenáročnost, jednoduchost, nezpůsobuje pokles krevního tlaku rodičky, ale má i své nevýhody: postihuje krátký časový úsek porodního děje a může ovlivnit nutkání k tlačení. Metodu provádí porodník i porodní asistentka (PAŘÍZEK, CVACHOVEC, DVOŘÁK, 2014).

3.2.3. PARACERVIKÁLNÍ ANALGEZIE

Z regionálních analgezií je nejméně využívaná analgezie paracervikální, kdy místní anestetikum přeruší vedení bolesti v nervových drahách v oblasti děložního hrdla. Indikuje se při bolesti fyziologického porodu a spazmu branky. Podmínkou je porodní branka o průměru 3 - 4 cm a kontinuální elektronické sledování plodu. Jedná se o vysoce analgeticky účinnou metodu, kterou provádí pouze velmi zkušený porodník

speciální paracervikální jehlou (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Metoda se provádí v gynekologické poloze pomocí paracervikální jehly v postranní poševní klenby na č. 4 a 8 ve výši vnitřní branky v oblasti uterovaginálních plexů. Účinek trvá přibližně 60 - 90 minut (PAŘÍZEK, 2004).

3.2.4. EPIDURÁLNÍ ANALGEZIE

Nejčastěji vyhledávanou metodou pro tlumení porodní bolesti je epidurální analgezie, avšak ani tato metoda není zcela bezbolestná. Synonyma epidurální analgezie jsou peridurální, extradurální analgezie (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Při epidurální analgezií dochází k dočasnému přerušení nervových vzruchů pomocí podáním směsi anestetika s opioidem do epidurálního prostoru, tj. oblast, která leží vně obalů míchy (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Epidurální analgezií je možné provést v kterémkoli úseku páteře, ale z porodnického hlediska přichází v úvahu dolní hrudní a zejména lumbální oblast (PAŘÍZEK a kol. 2012, s. 230).

Epidurální analgezií doporučí zkušený porodník v případech, kdy má žena kardiovaskulární, plicní, oční, neurologické choroby, epilepsii, preeklampsii, ale i při vyčerpání rodičky. Ze strany plodu indikuje porodník z důvodu předčasného porodu, intrauterinní růstová retardace, poloha plodu koncem pánevním, vícečetné těhotenství. Dále se epidurální analgezie indikuje u indukovaných porodů, protrahovaných porodů, stav po císařském řezu s rizikem ruptury dělohy, abnormálních kardiografických záznamů, porod mrtvého plodu (SMILEK, 2011).

V dnešní době se vyskytují jen zřídka absolutní kontraindikace, např. alergie na místní anestetikum, infekce v místě vpichu, poruchy krevní srážlivosti matky, hrozící hypoxie plodu, krvácení v průběhu porodu, nesouhlas rodičky (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Epidurální analgezie nemá nepříznivý vliv na porodní proces, na psychiku

rodičky ani na novorozence. Rodička se během porodu s touto metodou může volně pohybovat (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Epidurální analgezie účinkuje dlouhou dobu, místní anestetikum se může po 60–90 minutách i opakovaně přidávat epidurálním katetrem (PAŘÍZEK, CVACHOVEC, DVOŘÁK, 2014, s.14). Nevýhodou je riziko poranění obalů míchy, cefalea, cenově i organizačně náročná metoda (PAŘÍZEK, CVACHOVEC, DVOŘÁK, 2014).

Žádá - li rodička epidurální analgezi je nutné splňovat vhodné podmínky podání. Vaginální nález, porodní branka 3 – 4 cm u prvorodičky a sekundipary a multipary 2 – 3 cm, vedoucí část plodu vstoupá v pánevním vchodu, 30 minut před nebo po protržení vaku blan (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Děložní kontrakce by měly být dobře rozvinuté (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Důležité je rodičku seznámit s metodou a podepsaný informovaný souhlas (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Před punkcí je nutné provést 20 minutový kardiokografický záznam, změření krevního tlaku a prehydratace jako prevence hypotenze (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Punkce se provádí v sedě nebo rodička leží na levém boku. Polohu na boku preferujeme z důvodu omezení pohybu během děložních kontrakcí při punkci a je výhodnější pro obsluhující personál (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Metodu provádí zkušený anesteziolog.

Anesteziolog zajišťuje epidurální blokádu vpichem do páteřní míšní oblasti naslepo. Musí se orientovat podle hmatných anatomických protuberancí a využívá svou zkušenost a zručnost (SMILEK, 2011).

Po uložení rodičky do správné polohy si anesteziolog pečlivě prohmatá místo, kde se provede vpich. Je vhodné si nahmatané místo označit třeba tlakem nehtu. Pokud v místě vpichu je tetování kůže je nutné se místu vyhnout z hlediska možného zanesení

barviva do hlubších struktur. Anesteziolog je oblečen v celotělovém sterilním operačním plášti, chirurgické čepici, ústní roušce a sterilních rukavicích. Provede se dezinfekce kůže pomocí peánu a tampónu od centra (místa vpichu) cirkulárně do periférie a zakryje sterilní rouškou. *Znecitlivění kůže, podkoží a částečně vazivového aparátu provede 2 – 3 ml 0,125% levobupivakainu nebo 0,2% ropivakainu nebo 1% trimekainu. Pro volný pohyb Tuohyho jehly provádíme perforaci a dilataci anatomických struktur, kterými se provede vlastní vpich (tunelizace). Před vynětím dilatační jehly a zejména po něm je bezpodmínečně nutné druhým a třetím prstem fixovat kůži, aby nedošlo k jejímu posunu, a tím ke ztrátě dilatovaného prostoru (PAŘÍZEK a kol, 2012, s. 254 - 255).*

Pokud Tuohyho jehla je zavedena v epidurálním prostoru je nutné zavést katetr nebo lumen jehly uzavřít, jsou známi případy vzduchové embolizace CNS. Anesteziolog musí mít jistotu, že nedošlo k poškození míšních obalů. K vyloučení poškození obalů je třeba odpojit stříkačku od jehly a pozorovat únik tekutiny nebo detekovat pomocí stříkačky se vzduchem. Detekci provádíme mimo kontrakci. Aplikujeme lokální anestetikum. Následuje zavedení epidurálního katetru do epidurálního prostoru, zavádí se jemně, bez odporu. Pokud katetr nejde zavést hladce je potřeba katetr vytáhnout i s Tuohyho jehlou a znovu zavést do neblížšího meziobratlového prostoru. Po úspěšném zavedení se jehla po katetru vysune a odstraní. Katetr se povytáhne, aby byl v epidurálním prostoru v délce 3 – 4 cm. Pro detekci epidurálního prostoru aspirujeme stříkačkou, objeví - li se mozkomíšní mok, katetr musíme odstranit. Mozkomíšní mok rozeznáme od lokálního anestetika podle vyšší teploty. Udává – li rodička parestzie v dolních končetinách, pak se katetr uchýlil stranou. Po zavedení katetr zafixujeme náplastí, vnější konec uzavřeme antimikrobiálním filtrem a připevníme na rameno rodičky. Katetr musí být rigidní, flexibilní, obsahovat radioopální materiál pro rtg detekci zbylých částí při přetržení katetru (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Provádí se klinická zkouška, která odliší, je – li katetr uložen v epidurálním prostoru, subarachnoidálním prostoru nebo v cévě. Aplikuje se testovací dávka, která nesmí ohrozit matku ani plod do subarachnoidálního prostoru, kde vyvolá částečnou analgezii do 5 minut, pokud se podá do cévního řečiště, vyvolá tachykardii (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Během celého výkonu je vhodné s rodičkou mluvit, a vysvětlovat každý náš krok (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Je – li katetr zaveden do epidurálního prostoru lze jednorázově nebo kontinuálně podávat lokální anestetika. Způsoby kontinuálního podání: intermitentně (frakcinovaně) podle potřeby nebo podle časového rozvrhu, pomocí infuzní pumpy nebo si rodička sama dávávkou a kontroluje analgezii (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Po aplikaci epidurální analgezie natočíme kardiokografický záznam, změříme krevní tlak a poučíme rodičku, aby zůstala 20 minut v polosedu. Vysvětlíme, že poloha na boku či poloha na znak nejsou vhodné, mohlo by dojít k jednostranné analgezii (MACHÁČKOVÁ, 2012).

Komplikace epidurální analgezie: alergie na lokální anestetikum, hypotenze, ovlivnění motoriky, retence moči, postpunkční cefalea, bolest zad, toxicita lokálních anestetik (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Epidurální analgezie je anděl i ďábel...

Anděl, neboť představuje spolehlivý a bezpečný prostředek pro tlumení porodních bolestí.

Ďábel, protože v rukou nezkušeného může způsobit řadu komplikací...

Felicity Reynoldsová

3.2.5. SUBARACHNOIDÁLNÍ ANALGEZIE

Synonyma pro subarachnoidální analgezii jsou spinální nebo lumbální analgezie. Při této metodě se aplikuje anestetikum nebo analgetika, zejména opioidy do mozkomíšního moku, do subarachnoidálního prostoru, tím se ovlivní šíření bolestivých vzruchů v nervových drahách i v míše (PAŘÍZEK, CVACHOVEC, DVOŘÁK, 2014).

Punkce subarachnoidálního prostoru je jednodušší než vyhledání epidurálního prostoru a okamžitý nástup analgezie. Metoda má velmi vysokou analgetickou účinnost, okolo 90 %. Výhodou je podání malého množství farmak oproti epidurální analgezii

a tím i nízká pravděpodobnost ovlivnění plodu/novorozence farmaky. Indikace a kontraindikace jsou stejné jako u epidurální analgezie. Při aplikaci opioidů zůstává zachována motorika, nezpůsobuje nežádoucí hemodynamické změny v organismu rodičky, proto se může využít u těhotných s přidruženou komplikací, s onemocněním, např. plicní hypertenze, u něhož je kontraindikována epidurální analgezie (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Nevýhodou metody je perforace dura mater (tvrdá mozkomíšní plena) a arachnoidey (pavoučnice), což vede ke zvýšenému riziku bolesti hlavy (cefalea) a infekce (PAŘÍZEK, CVACHOVEC, DVOŘÁK, 2014).

Technika je shodná s epidurální analgezií.

Subarachnoidální analgezií provádí anesteziolog. Před podáním subarachnoidální analgezie napolohujeme rodičku na bok, nejlépe levý, jako prevence aortokavální komprese nebo může být rodička v sedě. Při poloze na boku věnujeme pozornost lumbální páteři, obratle směřují rovnoběžně s lůžkem, na kterém rodička leží. Rodička v poloze na boku je flektována v bederní oblasti, tzv. kočičí hřbet. Pokud je analgezie prováděná v sedě z důvodu obezity těhotné nebo ze zvyku anesteziologa, těhotná pohodlně sedí na kraji lůžka, stolu, nohy má na stoličce, hlava flektovaná, zejména je důležitá flexe v bederní oblasti, ruce jsou volně v klíně. Zdravotní sestra stojí před těhotnou, drží ji za ramena a brání pohybu ženy při reakci na bolest při punkci. Technika se příliš neliší od epidurální analgezie. Před výkonem zajistíme žilní vstup. Nutná je prehydratace jako prevence hypotenze. Anesteziolog se usadí za napolohovanou ženu. Řádně odezinfikuje a zarouškuje pole, kde se punkce provede, následuje znecitlivění kůže, podkoží 1 - 2 ml lokálním anestetikem. Vpich se nejčastěji provádí v úrovni L₂ - L₃. Po anestezii si anesteziolog ukazovákem a prostředníkem ruky zafixuje kůži a volnou rukou pronikne silnou zavádějící jehlou s mandrénem do interspinálního ligamentózního aparátu, případně až do epidurálního prostoru. Následně zavede subarachnoidální jehlu s mandrénem. Mandrén zabrání nechtěnému zanesení tkáně do mozkomíšního moku. Je nutné se vyhnout i tetování. Průnik jehly míšními obaly anesteziolog pozná zřetelným lupnutím a čeká, až se v hubici jehly objeví mozkomíšní mok (PAŘÍZEK a kol., 2012).

3.2.6. KOMBINOVANÁ SUBARACHNOIDÁLNÍ A EPIDURÁLNÍ ANALGEZIE

Ve snaze redukovat nevýhody, a přitom současně využít výhod epidurální a subarachnoidální porodnické analgezie byl zaveden postup, jenž je kombinací obou metod (PAŘÍZEK a kol, 2012, s. 285).

Přednost této metody je rychlý nástup analgezie. Nevýhody metody jsou opět jako u obou metod, riziko perforace míšních obalů (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Jsou popisovány případy, kdy po podání relativně malé dávky lokálního anestetika do epidurálního prostoru katetrem nastalo nečekaně rozsáhlé znecitlivění. Jsou možná následující vysvětlení:

- únik lokálního anestetika otvorem po subarachnoidální jehly do intratekálního prostoru,

- únik roztoku lokálního anestetika perineurální cestou do subarachnoidálního prostoru (PAŘÍZEK a kol., 2012, s. 285).

Technické provedení záleží na způsobu provedení kombinace obou metod, lze provést odděleně, po subarachnoidální punkci je provedena epidurální punkce s katetrizací. Anesteziolog může provést i punkci subarachnoidální a epidurální zároveň pomocí speciální jehly, která má v ohybu hrotu otvor pro průnik subarachnoidální jehly. Během jedné punkce aplikuje analgetikum do intratekálního prostoru a po odstranění subarachnoidální jehly zavede epidurální katetr. Tato metoda je nazvaná needle – through - needle (PAŘÍZEK a kol., 2012).

Při použití needle – throuough - needle se provede klasickou technikou punkce epidurálního prostoru Tuohyho jehlou, kterou se nato zavede subarachnoidální jehla. Po průniku do subarachnoidálního prostoru se kontroluje odtok mozkomíšního moku. Následuje subarachnoidální aplikace analgetika. Po odstranění subarachnoidální jehly se zavede epidurální katetr (PAŘÍZEK a kol., 2012, s. 285).

4 PORODNÍ BOLEST Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY

Přestože existuje široké spektrum dostupných prostředků, které pomáhají matkám zvládat bolesti při porodu, největší vliv na průběh porodu a psychický stav rodičky má porodní asistentka. Porodní asistentka je téměř první člověk, se kterým se žena setká po příchodu na porodní sál a provází ji po celou dobu porodu. Důležitá je profesionalita, ale především lidskost. Žena by měla porodní asistentku vnímat jako osobu, která jí bude nápomocna, na kterou se může spolehnout.

Velmi důležitý je také přístup rodičí ženy. Aktivní rodička se s porodní bolestí vyrovnává lépe, nepocituje bolest jako něco negativního. Při porodu je důležité vytvořit atmosféru klidu a pohody. Zážitky spojené s porodem pomáhají dozrání rodičky do role matky (KOUTNÁ, GARNEKOVÁ, 2014, s. 41).

Důležité je dosáhnout důvěry rodičí ženy, dodržet pravidla efektivní komunikace a aktivního naslouchání. Porodní asistentka klade důraz na poskytnutí dostatku jasných a srozumitelných informací (KOUTNÁ, GARNEKOVÁ, 2014).

Z chování porodní asistentky musí žena cítit klid a profesní jistotu, měla by s rodičkou komunikovat bez odborných a jí neznámých pojmů. Informovat o průběhu a vývoji porodu, objasnit ženě co je fyziologické a co je již patologické. Jestliže porod postupuje bez problémů, měla by porodní asistentka nechat ženu vést si porod sama a nenabízet pro porod nepotřebné výkony. Pro úlevu a utišení bolesti by měla porodní asistentka nabídnout nejprve metody bez použití léků, to je pomoc při dýchání, úlevové polohy, masáže, obklady, možnost využití vody aj.. Umožnit volný pohyb, pokud bude ženě příjemný. Porodní asistentka by měla být trpělivá, vstřícná, citlivá a především empatická, měla by respektovat přání rodičky. Měla by ženu podporovat a chválit, omezit přístup lidí, které u porodu nechce. V péči o rodičku na porodním sále se projevuje spolupráce, důvěra a dobrá komunikace mezi porodní asistentkou a lékařem (ČERMÁKOVÁ, 2008).

5 KAZUISTIKA

Následující kazuistika je specifickým případem tlumení bolesti v průběhu porodu. Pacientka byla informovaná o záměru využití její gravidity a porodu pro studijní účely a souhlasila se zpracováním údajů do bakalářské práce za předpokladu anonymizace osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů.

Tabulka 1 - IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

| | |
|---|---|
| Jméno a příjmení: D. M. | Pohlaví: žena |
| Datum narození: 25. 5. 1990 | Věk: 27 |
| Adresa trvalého bydliště: Hořovice | Národnost: česká |
| Kontakt na osobu, které lze podat informace: otec dítěte | Typ přijetí: akutní |
| Oddělení: porodní sál | Komunikační bariéra: bez omezení |
| RČ: 900000/0000 | Číslo pojišťovny: 111 |
| Státní příslušnost: česká | Stav: vdaná |
| Vzdělání: středoškolské s maturitou | Zaměstnání: učitelka v MŠ |
| Datum přijetí: 13. 2. 2018 | Ošetřující lékař: MUDr. D. P. |

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

odtok plodové vody

Medicínská diagnóza:

spontánní odtok plodové vody v termínu

Medicínské diagnózy vedlejší:

žádné

5.1. ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: karcinom děložního hrdla, žije

Otec: esenciální hypertenze, žije

Sourozenci: bratr: zdrav, sestra: hypofunkce štítné žlázy

Děti: 0

Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění: běžné dětské nemoci, borelióza v 7 letech

Hospitalizace a operace: 0

Úrazy: pád na snowboardu – fraktura levé horní končetiny, komoce

Transfúze: 0

Očkování: běžná povinná očkování, očkování proti HPV 2010

Alergologická anamnéza

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: na jaře pyl

Abúzy

Alkohol: 0

Kouření: před těhotenstvím 8 cigaret denně

Návykové látky: 0

Káva: před těhotenstvím 2 šálky denně

Léky: 0

Sociální anamnéza

Stav: vdaná

Bytové podmínky: rodinný dům

Vztahy, role, interakce: žije s manželem a jeho 3letým synem v rodinném domě na kraji města

Zájmy, volnočasové aktivity: sport, čtení, zahrada

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: učitelka v mateřské školce

Ekonomické podmínky: žena je finančně zajištěna

Spirituální anamnéza

Náboženské vyznání: ateistka

Gynekologická anamnéza

Menarche: ve 13 letech

Cyklus: pravidelný

Trvání: 5 dní

Hormonální antikoncepce: od 16 let, nyní 5 let neužívá

Samovyšetření prsou: neprovádí ani její obvodní gynekolog

Poslední menstruace: 20. 5. 2017

Porodnická anamnéza

Předchozí těhotenství: 0

Porody celkem: 0

UPT: 1 (2014)

Spontánní abort: 0

S. C.: 0

Nynější těhotenství: 39+4 t. t. dle poslední menstruace

Nynější těhotenství

Poslední menstruace: 20. 5. 2017

Termín porodu: 16. 2. 2018

Týden těhotenství: 39+4

Gravidita: sekundigravidita, koncepce spontánní

Parita: nullipara

Prenatální péče: v prenatální péči u registrujícího gynekologa Nemocnice Hořovice, celkem 10 návštěv.

5.2. KATAMNÉZA

27letá pacientka pracující jako učitelka v mateřské školce v malém městě přichází 13. 2. 2018 pro nepravidelné kontrakce po 10 minutách na porodní sál v týdnu těhotenství 39+4 bez dalších vedlejších medicínských diagnóz. Pacientka je sekundigravidita po UPT, koncepce spontánní.

Dne 6. 7. 2017 přichází pacientka ke svému registrujícímu gynekologickému lékaři pro vynechání menstruace a ranní nevolnosti. Po ultrazvukovém vyšetření, byla zjištěna gravidita. Jednočetné těhotenství, AS přítomna. Dle CRL měření odpovídá 6+5 týden těhotenství. Změřeny fyziologické funkce TK 125/80 mmHg, P 80'. Odebrána moč na vyšetření přítomnosti bílkovin, cukru a krve, výsledky v referenčních mezích. Výchozí hmotnost 50 kg.

Pacientka absolvovala všechna doporučená vyšetření v I. trimestru – odběr krve na vyšetření krevní skupiny + Rh faktoru, krevní obraz, HIV, HBsAg, BWR. UZ vyšetření ve 12 týdnu těhotenství.

Ve II. trimestru navštívila svého zubního lékaře. Podstoupila interní vyšetření s EKG. Ve 24. týdnu těhotenství OGTT, gestační diabetes neprokázán. S genetickými vyšetřeními pacientka nesouhlasila. UZ vyšetření odpovídá týdnu těhotenství. TK 120/80 mmHg, P 80'.

Ve III. trimestru laboratorní vyšetření krve. UZ vyšetření ve 31. týdnu těhotenství. Proveden výtěr z pochvy na screening Streptococcus Agelactiae, který vyšel negativně. Na CTG záznam pacientka chodila od 37. týdne těhotenství, všechny záznamy byly zhodnoceny jako fyziologické. Prenatální poradnu navštívila celkem desetkrát. TK 125/78 mmHg, P 75'.

Pacientka udává celé těhotenství bez obtíží až na ranní nevolnosti v začátku těhotenství a mírné otoky dolních končetin v oblasti kotníků na konci těhotenství. Během těhotenství hmotnostní přírůstek 12 kg. Fyziologické funkce během těhotenství v normě.

Nynější onemocnění:

Pacientka II/0 dle poslední menstruace 39+4 t. t. dle poslední menstruace přichází pro nepravidelné kontrakce po 10 minutách. GBS negativní. Souhlasí s hospitalizací.

Subjektivně: nepravidelná děložní činnost po 10 minutách, pohyby plodu cítí, voda plodová zachovalá, udává slabé špinění.

Objektivně: při vědomí, orientovaná místem, časem, situací, hydratovaná, spolupracující pacientka, kardiopulmonálně kompenzovaná, slabé špinění. Mírný otok dolních končetin. Ozvy plodu + (dle CTG záznamu při příjmu).

Tabulka 2 - HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU

Na porodním sále Nemocnice Hořovice 13. 2. 2018

| | | |
|--|--|-----------------|
| TK: 121/71 | Výška: 168 cm | Hmotnost: 72 kg |
| P: 98' | V těhotenství přibrala: 12 kg | |
| D: 17' | Dieta: 3 racionální | |
| TT: 36,7°C | Pohyblivost: bez omezení | |
| Stav vědomí: při vědomí | Orientace místem, časem, osobou: orientovaná | |
| Krevní skupina + Rh faktor: A pozitivní Protilátky: negativní | Alergie: prach, pyl, srst | |
| Gravidita/parita: II/0 | Týden těhotenství: 39+4 | |
| Poslední menstruace: 20. 5. 2017 | Termín porodu: 16. 2. 2018 | |

VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ:

Pacientka orientovaná, hydratovaná, dýchání eupnoické, chůze bez obtíží, pohyblivá, řeč plynulá, nehty, vlasy čisté.

Hlava mezocefalická, poklepově nebolestivá, držení hlavy přirozené, průšní žláza nezvětšená, oční bulby ve středním postavení bez ikteru, zornice izokorické, oči, nos, uši bez sekrece, rty růžové, dutina ústní bez známek infekce, jazyk plazí středem, chrup sanován.

Krční páteř pohyblivá, pulzace karotid symetrická, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nehmatná.

Hrudník souměrný, prsa souměrná, bradavky bez patologického nálezu, dýchání čisté sklípkové bez vedlejších dechových fenoménů, srdeční rytmus pravidelný.

Břicho nad niveau, peristaltika přítomna, nejeví známky náhlé příhody břišní, děloha ovoidní, tonizující. Strie v okolí boků.

Končetiny symetrické, mírné oboustranné edémy v oblasti kotníků, kůže teplá, bez varixů, svaly nebolestivé.

VSTUPNÍ VÝKONY:

Odběry krve: CRP, KO, INR, aPTT

Ultrazvukové vyšetření: 1 živý plod mužského pohlaví, PPHL, postavení levé přední, placenta na zadní stěně, euhydramnion, EFW 3200g.

Zevní vyšetření: děloha tonizující, FDX/3, děloha podélně ovoidní, PPHL, postavení I.

Vaginální vyšetření: zbytek hrdla pro 2 prsty volně, hlavička nad vchodem pánevním, hmatný vak blan, pánev prostorná, děložní činnost nezachycena.

CTG: fyziologický záznam

Pánevní rozměry:

Distantia bispinalis: 26 cm

Distantia bicristalis: 29 cm

Distantia bitrochanterica: 31 cm

Conjugata externa: 20 cm

Další vyšetření:

Interní vyšetření: EKG (fyziologické)

Amniocentéza: neprovedeno

GBS: negativní

HIV: negativní

BWR: negativní

HBsAg: negativní

TORCH: nevyšetřeno

OGGT: v normě

Stav pacientky: pacientka orientovaná, klidná, kardiopulmonálně kompenzovaná, informacím rozumí, souhlasí s hospitalizací.

Doporučení: doporučená hospitalizace na gynekologickém oddělení pro plnou kapacitu porodních boxů, při progresu nálezů a volném porodním boxu přeložena na porodní sál.

Dne 13. 2. 2018 6:45 je pacientka II/0, GBS negativní převedena na gynekologické oddělení. Poučena o chodu oddělení a signalizačním zařízením. Seznamuje se s ostatními pacientkami. Porodní asistentka z gynekologického oddělení doporučuje odpočinek a malé občerstvení. Za 2 hodiny je naordinován lékařem kontrolní CTG. Při zhoršení obtíží kontrola ihned na porodním sále. Cítí se dobře, manžel odjíždí domů, aby si pacientka odpočinula.

V 7:30 pacientka pospává, protože v noci nespala a je unavená, děložní činnost stále nepravidelná, nekrvácí, pohyby plodu cítí dobře, voda plodová zachovalá, ozvy plodu 140/min. Cítí se dobře.

V 8:30 pacientka přichází na kontrolní CTG monitor z gynekologického oddělení. CTG záznam je vyhodnocen lékařem jako fyziologický. Pacientka udává stále nepravidelné kontrakce. Vrací se zpět na gynekologické oddělení.

Pacientka přichází z gynekologického oddělení v 9:30. Udává silnější a pravidelné kontrakce po 8 minutách a mírnou bolest v bederní oblasti. Edukujeme pacientku o hodnotící škále bolesti VAS. Celkem bolest hodnotí pomocí VAS na čísle 4. Lékař provede vaginální vyšetření, nález bez progresu. Nekrvácí. Doporučena hospitalizace již na porodním sále. Zavádíme periferní žilní katetr a odebíráme krev na ordinované krevní odběry. Stanovujeme si ošetrovatelský problém: porodní bolest.

V 10:00 pacientka je převedena na porodní box, kde je seznámena s chodem oddělení a signalizačním zařízením. Představuji se pacientce jako studentka 3. ročníku

porodní asistence a ptám se, zda souhlasí s mojí péčí během porodu a zpracováním údajů do mé bakalářské práce, pacientka souhlasí. Pacientka nás informuje o velmi špatném snášení bolesti a o předběžné žádosti o epidurální analgezii. Nepřeje si zatím přípravu k porodu.

V 10:15 AS po 15 minutách, 140/ min. Pacientka leží, odpočívá.

V 10:30 AS 135/min. Děložní činnost pravidelná po 8 minutách. Fyziologické funkce: TK 115/64 mmHg, P 98', TT 36,6°C.

V 10:45 AS 140/min. Pacientka pije čaj, leží a informuje se o možnostech nefarmakologických a farmakologických metodách tlumení bolesti. Srozumitelně vysvětlujeme metody, které jsou v této nemocnici dostupné.

V 11:00 přijíždí za pacientkou manžel. Převlékáme manžela do oblečení, které umožňuje vstup za pacientkou na porodní box. AS 150/min.

V 11:15 AS 140/min., pacientka udává silnější děložní činnost, hodnotí pomocí VAS na čísle 6, po 6 minutách. Mírně krvácí. Odpočívá na lůžku. Laboratorní výsledky v referenčních mezích.

V 11:30 pacientka žádá o nefarmakologickou metodu tlumení bolesti. Nabízíme pacientce porodní pomůcky ke zmírnění bolesti – relaxační míč, závěs, úlevové polohy. Názorně ukazujeme úlevové polohy. Doporučujeme rodičce i teplou sprchu. Pacientka hodnotí sprchu velmi kladně, přináší úlevu. Manžel masíruje rodičce bederní oblast zad, která ji bolí od začátku nepravidelných kontrakcí. Pacientka hodnotí intenzitu bolesti pomocí VAS na čísle 5. AS 145/min.

V 11:45 AS 145/min. Pacientka využívá muzikoterapii, použít si z mobilního zařízení hudbu, která ji pro ni příjemná a uklidňující. Zároveň sedí na míči a provádí krouživé pohyby pánve, které přináší úlevu od bolesti v bederní oblasti.

V 12:00 pacientku žádáme k přesunu na porodní lůžko. Lékař provádí vaginální vyšetření: tenká branka v průměru 3 cm, hlava volně naléhá ve vaku blan, mírně krvácí.

Dle ordinace lékaře natáčíme CTG záznam, který je vyhodnocen jako fyziologický. Po domluvě s lékařem pacientka souhlasí s přípravou k porodu.

V 12:25 podáváme přípravu, oholení podbřišku a zevních rodidel, podáváme klyzma. AS 135/min. Pacientka je na toaletě, následně provede hygienu.

V 12:45 pacientka žádá farmakologickou analgezii. Intenzitu bolesti hodnotí na čísle 7 pomocí VAS. Dle ordinace lékaře aplikujeme ½ ampule Nalbuphin 10 mg ve 100 ml fyziologického roztoku i. v., kapat 20 minut. Periferní žilní katetr nejeví známky infekce, je průchodný. AS 135/min. Pacientka nám sděluje, že má obrovský strach z porodu, pokoušíme se ji motivovat a vysvětlit následný postup porodu. Stanovujeme ošetrovatelský problém: strach.

Akci srdeční plodu stále posloucháme po 15 minutách. V 13:20 pacientka udává únavu a mírnou úlevu od bolesti. Intenzitu bolesti hodnotí pomocí VAS na čísle 5. Zmírnění bolesti využívá k odpočinku, odpočívá na porodním lůžku. Manžel je stále přítomen, rodičku povzbuzuje a utěšuje. Stanovujeme ošetrovatelský problém: únava.

V 13:30 lékař vaginálně vyšetřuje a po dohodě s pacientkou provádí dirupci vaku blan. V 13:40 Odtéká přibližně 200 ml čisté plodové vody bez zápachu. Po dirupci je pacientka napojena na CTG. Záznam je lékařem vyhodnocen jako suspektní, proto ordinuje kontrolní CTG záznam po hodině. Fyziologické funkce: TK 115/64 mmHg, P 85', TT 36,7°C.

V 14:00 pacientka udává silnou děložní činnost a nauzeu. Porodní bolest hodnotí pomocí VAS na čísle 7. Informujeme pacientku o silnějších kontrakcích po dirupci. Porodní asistentka ukazuje správné dýchání. Manžel je stále na porodním boxe s rodičkou a asistuje u úlevových poloh. Pacientka pláče, má obavy, nejistotu, proto podáváme srozumitelné informace o průběhu porodu a necháváme prostor pro otázky. Stanovujeme ošetrovatelské problémy: nauzea a úzkost.

V 14:20 dle ordinace lékaře kontrolní CTG záznam, který je vyhodnocen lékařem již jako fyziologický. Snažíme se být rodiče nápomocní při úlevových polohách a být jí psychickou oporou zároveň s partnerem.

V 15:00 pacientka žádá opět farmakologickou analgezií. Bolest hodnotí pomocí VAS na čísle 7. Vaginálním vyšetření: tenká branka v průměru 4 cm, hlava naléhá. Děložní činnost pravidelná po 5 minutách. Lékař nabízí epidurální analgezií. Pacientka podepisuje souhlas s epidurální analgezií. Porodní asistentka měří fyziologické funkce: TK 125/75 mmHg, P 90', TT 36,7°C. Před aplikací epidurální analgezie natáčíme CTG záznam a podáváme prehydrataci - 500ml Hartmanova roztoku i. v.. ARO tým přichází na porodní sál, kontroluje laboratorní výsledky a znova informuje pacientku o metodě. Pacientka udává obavy z aplikace, ale souhlasí. Porodní asistentka asistuje při aplikaci, drží pacientku ve správné poloze. Epidurální analgezie je aplikovaná kontinuálně pomocí infuzní pumpy. Po aplikaci měříme fyziologické funkce: TK 120/64 mmHg, P 80' a natáčíme 20 minutový CTG záznam, který je lékařem vyhodnocen jako fyziologický. Informujeme pacientku o správné poloze po aplikaci epidurální analgezie a zacházení s katetrem, pacientka rozumí. Pacientka udává úlevu od bolesti, intenzitu bolesti hodnotí na čísle 4 pomocí VAS. Stanovujeme ošetřovatelské problémy: riziko infekce a riziko alergické reakce.

Tabulka 3 – LABORATORNÍ VÝSLEDKY KRVE ZE DNE 13. 2. 2018

| Zkoumaný parametr | Výsledek | Referenční meze/ jednotky |
|--------------------------|----------|---------------------------|
| CRP | 4.4 | 0 - 10 mg/l |
| Leukocyty | 9.0 | 4 - 10 $10^9/l$ |
| Erytrocyty | 3.96 | 3.5 - 5.2 $10^{12}/l$ |
| Hemoglobin | 108 | 120 - 160 g/l |
| Hematokrit | 0.333 | 0.35 - 0.47 1 |
| Trombocyty | 256 | 150 - 400 $10^9/l$ |
| Protrombinový test INR | 0.87 | INR |
| Protrombinový test poměr | 0.87 | 0.8 - 1.2 1 |
| APTT (čas) | 30.4 | 25 - 36 s |
| APTT - Ratio | 1.01 | 0.8 - 1.2 1 |

V 16:00 pacientka je velmi spokojená s epidurální analgezií a klidnější. Využívá relaxační míč. AS 135/min. Udává pravidelné kontrakce po 5 minutách.

V 17:00 zesilující kontrakce po 3 minutách. Lékař vaginálně vyšetřuje: branka volných okrajů v průměru 6 - 7 cm. Voda plodová stále odtéká – čirá. Pacientka na toaletě, močí. S porodní asistentkou chválíme rodičku, že porod zvládá velmi dobře, pacientka naladěna optimisticky. AS 135/min.

V 17:45 natáčíme 20 minutový CTG záznam. Lékař hodnotí záznam jako fyziologický. Připravujeme si sterilní vozík s nástroji k porodu. Pacientka zvrací.

18:15 pacientka udává tlak na konečník. Lékař vaginálně vyšetřuje: volná branka v průměru 8 cm, hlava naléhá na pánevní vchod, voda odtéká – čirá. AS 125/min. Pacientka opět zvrací.

V 18:45 pacientka udává velký tlak na konečník i mimo kontrakce, vaginální vyšetření porodní asistentkou: branka v průměru 8 - 9 cm, hlava naléhá na vchod pánevní. AS 105/min. Intenzitu bolesti hodnotí pomocí VAS na čísle 5.

V 19:00 pacientka nás informuje o „nesnesitelný“ bolesti. Doporučujeme jít na toaletu, vymočit se. Rodičce je příjemné sedět na toaletě a „přitlačuje si“. Posloucháme akci srdeční plodu 110/min. Kontrakce po 1 minutě, prodýchává si. AS/115 min. Intenzita bolesti pomocí VAS na čísle 6.

V 19:10 lékař vaginálně vyšetřuje: porodnická branka zašlá, hlava vstoupá v pánevní šíři, šev šípový v I. šikmém průměru. Kontrakce po 1 minutě. Fyziologické funkce: TK 100/65 mmHg. Napolohujeme porodní lůžko. Oblékáme si ochranný plášť, sterilní rukavice. Dezinfikujeme zevní rodidla. Pod pacientku dáváme sterilní podložku. Vysvětlujeme pacientce jak správně tlačit. Posloucháme akci srdeční plodu po každé kontrakci. Rodička správně tlačí, mezi kontrakcemi odpočívá. Přichází dětská sestra. Manžel je stále přítomen na porodním sále. Lékař doporučuje provést episiotomii. Pacientka souhlasí. Provádíme episiotomii I. sin.

V 19:18 spontánní porod chlapce 3350 g/51 cm. Pokládáme novorozence na břicho matky. Pupečník přestřihujeme. Novorozence si přebírá dětská sestra na vyhřevné lůžko, kde ho ošetřuje. Odběr krve z pupečníku na laboratorní vyšetření. Apgar skóre 8 – 10 – 10.

Tabulka 4 - APGAR SKÓRE NOVOROZENCE V 1., 5. A 10. MINUTĚ ŽIVOTA

| Apgar skóre | 1. min. | 5. min. | 10. min. |
|--------------------|----------------|----------------|-----------------|
| Barva | 2 | 2 | 2 |
| Dýchání | 2 | 2 | 2 |
| Tonus | 1 | 2 | 2 |
| Reflexy | 1 | 2 | 2 |
| Akce srdce | 2 | 2 | 2 |
| Celkem: | 8 | 10 | 10 |

V 19:20 porodní asistentka aplikuje 2 j Oxytocinu i. v. dle ústní ordinace lékaře.

V 19:23 spontánní porod placenty. Placenta je celistvá, úpon pupečníku centrální, přibližná hmotnost 500g. Mechanismus Baudelocquea – Schultzeho.

Lékařka reviduje porodní cesty a ošetřuje porodní poranění (episiotomii) suturou. Krevní ztráta 200 ml.

Porodní asistentka vypíná infuzní pumpu epidurální analgezie. Pacientka zůstává na porodním boxu 2 hodiny s manželem a novorozencem. Pravidelně chodíme kontrolovat krvácení, retrakci dělohy a celkový stav pacientky. Průběh porodu zaznamenáváme do dokumentace. Dětská sestra přikládá novorozence k prsu.

V 21:30 měříme fyziologické funkce: TK 105/70 mmHg, P 70', TT 36,8°C. Děloha retrahovaná, krvácení přiměřené. Pacientku posazujeme, dáváme napít čaje. Doprovázíme do sprchy. Močí spontánně. Cítí se dobře.

V 21:50 překlád pacientky na oddělení šestinedělí. Novorozenec je přeložen na novorozenecké oddělení na observační box. Seznámena s chodem oddělení a signalizačním zařízením. Na pokoji je sama. Za dvě hodiny, až si pacientka odpočine, přiveze dětská sestra novorozence, poučí o kojení, koupání a měření teploty. Rooming-in.

14. 2. 2018 v 16:00 anesteziolog ženě odstraňuje epidurální katetr. Pacientka nemá komplikace spojené s epidurální analgezií. Porodní asistentka z oddělení šestinedělí odstraňuje periferní žilní katetr. Cítí se dobře, očišťky odcházejí. Fyziologické funkce: TK 125/75 mmHg, P 70', afebrilní. Nejeví známky infekce. Laktace začíná.

16. 2. 2018 pacientka propuštěna do domácí péče s novorozencem. Edukovaná v péči o novorozence, v péči o porodní poranění, stravě a pohybovém režimu. Cítí se dobře, těší se domu za rodinou.

5.3. ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelské problémy jsou vyjádřeny pomocí ošetřovatelských diagnóz NANDA International 2015 - 2017. Tyto diagnózy jsou seřazeny podle priorit.

Tabulka 5 - POSOUZENÍ PACIENTKY DLE 13 DOMÉN

| DOMÉNY | BĚHEM PORODU | PO PORODU |
|------------------------------|--|---|
| 1. PODPORA ZDRAVÍ | | |
| 2. VÝŽIVA | | |
| 3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA | | |
| 4. AKTIVITA/ODPOČINEK | Únava 00093 | Únava 00093 |
| 5. PERCEPCE/KOGNICE | | |
| 6. SEBEPERCEPCE | | |
| 7. VZTAHY MEZI ROLEMI | | |
| 8. SEXUALITA | | |
| 9. ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE | Úzkost 00146 Strach 00148 | |
| 10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY | | |
| 11. BEZPEČNOST/OCHRANA | Riziko pádů 00155 Riziko alergické reakce 00217 Riziko infekce 00004 | Riziko krvácení 00206 Riziko infekce 00004 |
| 12. KOMFORT | Nauzea 00134 Porodní bolest 00256 | |
| 13. RŮST/VÝVOJ | | |

Diagnózy během porodu seřazeny podle priorit:

Porodní bolest 00256

Strach 00148

Riziko infekce 00004

Úzkost 00146

Únava 00093

Nauzea 00134

Riziko pádů 00155

Riziko alergické reakce 00217

Porodní bolest 00256

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice: Smyslový a emocionální zážitek od příjemného po nepříjemný spojovaný s děložními stahy a porodem.

Určující znaky: změna svalového napětí, nauzea, bolest, zvracení, děložní kontrakce, změn dechové frekvence, snížená chuť k jídlu, perineální tlak.

Související faktory: dilatace děložního hrdla, vypuzení plodu.

Strach 00148

Doména 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2. Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce a vnímání ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky: znepokojení, pociťuje strach, pociťuje obavy, nauzea, zvracení, únava.

Související faktory: neznámé prostředí, přirozená reakce na stimuly.

Riziko infekce 00004

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 1. Infekce

Definice: Náchyllost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: invazivní vstupy.

Úzkost 00146

Doména 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2. Reakce na zvládání zátěže

Definice: Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo neznámý dané osobě); pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.

Určující znaky: neklid, strach, nervozita, zvýšené napětí, nauzea.

Související faktory: významná změna.

Únava 00093

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 3. Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni.

Určující znaky: ospalost, nedostatek energie, únava, zvýšení tělesných symptomů.

Související faktory: úzkost, okolní bariéry, fyziologický stav.

Nauzea 00134

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice: Subjektivní nepříjemný a vlnovitý pocit v zadní části hrdla a žaludku, který může nebo musí mít za následek zvracení.

Určující znaky: nauzea, odpor k jídlu, zvýšené polykaná.

Související faktory: úzkost, strach, léčba, podráždění žaludku.

Riziko pádů 00155

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: farmaka, zhoršená mobilita.

Riziko alergické reakce 00217

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 5. Obranné procesy

Definice: Náchylnost k nadměrné imunitní reakci na látky, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: vystavení se alergenům.

Diagnózy po porodu seřazeny podle priorit:

Riziko infekce 00004

Riziko krvácení 00206

Únava 00093

Riziko krvácení 00206

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice: Náchylnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: poporodní komplikace.

5.4. OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE

Vyhledali jsme celkem osm ošetrovatelských problémů z období během porodu. Vybrali jsme dva ošetrovatelské problémy, které považujeme za důležité a to porodní bolest a strach. Z období po porodu jsme vyhledali tři ošetrovatelské problémy, rozpracujeme riziko infekce.

Porodní bolest 00256

Priorita: vysoká

Cíl:

Pacientka pocítuje zmírnění bolesti do hodiny.

Pacientka nehodnotí intenzitu bolesti pomocí VAS více jak 8.

Očekávané výsledky:

Pacientka dokáže hodnotit intenzitu bolesti pomocí VAS.

Pacientka udává zmírnění bolesti do hodiny.

Pacientka zná nefarmakologické a farmakologické metody.

Pacientka si sama žádá o analgezii po celou dobu hospitalizace.

Intervence:

Porodní asistentka komunikuje s pacientkou a seznámí ji s prostředím.

Porodní asistentka naučí pacientku hodnotit intenzitu bolesti pomocí VAS.

Porodní asistentka zhodnotí s pacientkou intenzitu pomocí VAS.

Porodní asistentka nabídne pacientce nefarmakologické a farmakologické metody.

Porodní asistentka zajistí přítomnost blízké osoby a zapojí doprovod do nefarmakologických metod tlumení bolesti.

Porodní asistentka podá léky dle ordinace lékaře.

Porodní asistentka sleduje úlevu a hodnotí intenzitu bolesti.

Realizace:

9:30 pacientka edukovaná o hodnotící škále VAS, bolest hodnotí na čísle 4.

10:45 pacientka žádá informace o možnostech farmakologických a nefarmakologických metodách.

11:00 přichází za pacientkou manžel jako podpora.

11:15 pacientka hodnotí intenzitu bolesti na čísle 6.

11:30 pacientka využívá nefarmakologické metody – relaxační míč, sprcha, masáž provádí manžel. Intenzita bolesti pomocí VAS na čísle 5.

11:45 pacientka využívá muzikoterapii a relaxační míč.

12:45 pacientka žádá farmakologickou metodu. Podáno ½ ampule Nalbuphin 10 mg ve 100 ml fyziologického roztoku. Intenzita bolesti pomocí VAS na čísle 7.

13:20 manžel pacientku podporuje. Pacientka cítí zmírnění bolesti. VAS na čísle 5.

14:00 pacientka hodnotí intenzitu bolesti pomocí VAS na čísle 7. Manžel asistuje u úlevových poloh.

15:00 pacientka žádá další farmakologickou metodu. VAS na čísle 7. Podána epidurální analgezie. Pacientka hodnotí intenzitu bolesti pomocí VAS na čísle 4.

16:00 pacientka je spokojená s epidurální analgezií.

18:45 pacientka hodnotí intenzitu bolesti pomocí VAS na čísle 5.

19:00 pacientka hodnotí intenzitu bolesti pomocí VAS na čísle 6.

Hodnocení:

Cíle splněny.

Pacientka umí hodnotit intenzitu bolesti pomocí VAS.

Intenzita bolesti nepřesáhla VAS nad číslo 8.

Pacientka udává zmírnění bolesti.

Při tlumení porodních bolestí je důležitá komunikace mezi pacientkou a porodní asistentkou a mezi porodní asistentkou a lékařem. V první řadě by měla porodní asistentka zjistit intenzitu bolesti, po - té by měla pacientce doporučit nefarmakologické metody tlumení bolestí, např. úlevové polohy, sprchu, relaxační míč. U farmakologických metod by měla porodní asistentka postupovat dle ordinace lékaře, dodržet dávkování, intervaly. Sledovat účinky metod, zajistit soukromý a klid na porodním sále.

Strach 00148

Priorita: vysoká

Cíl:

Pacientka udává zmírnění strachu.

Pacientka je informovaná o průběhu porodu a seznámena s prostředím.

Očekávané výsledky:

Pacientka udává zmírnění strachu.

Pacientka je informovaná o průběhu porodu.

Pacientka je seznámena s prostředím a personálem.

Intervence:

Porodní asistentka se představí pacientce.

Porodní asistentka seznamuje pacientku s prostředím a ukáže signalizační zařízení.

Porodní asistentka informuje pacientku o průběhu porodu.

Porodní asistenta komunikuje s pacientkou.

Porodní asistentka nechá prostor pro otázky.

Porodní asistentka podporuje, motivuje pacientku.

Porodní asistentka zajistí doprovod k porodu.

Realizace:

10:00 představujeme se pacientce. Seznámena s oddělením, signalizačním zařízením.

11:00 příchod manžela k porodu.

12:45 pacientka udává strach. Motivujeme a informujeme o průběhu porodu.

14:00 pacientka pláče, má obavy, nejistotu. Informujeme a průběhu porodu a necháváme prostor pro otázky.

14:20 psychická podpora od manžela.

17:00 pacientku chválíme, naladěna optimisticky.

Během celé hospitalizace na porodním sále byl přítomen manžel, který byl velkou oporou pro pacientku.

Hodnocení:

Cíle splněny.

U pacientky je zmírněn strach.

Každá pacientka vstupující na porodní sál má strach z neznámého prostředí a z nedostatku informací o průběhu porodu. Důležité je aby se pacientka seznámila s porodní asistentkou, získala si k ní důvěru. Porodní asistentka by měla být profesionální, vstřícná, empatická, trpělivá, měla by dodržet pravidla efektivní komunikace. Úkol porodní asistentky je seznámit pacientku s oddělením o jeho chodu, signalizačním zařízením, porodních pomůckách. Porodní asistentka by měla vytvořit atmosféru klidu, omezit přístup lidí k pacientce, vysvětlit průběh porodu bez odborných pojmů, tak aby pacientka všemu rozuměla a poskytnout prostor na otázky. Můžeme zapojit i doprovod k porodu.

Riziko infekce 00004

Priorita: vysoká

Cíle:

V místě vpichu pacientka nejeví známky infekce po dobu hospitalizace.

Poporodní poranění nejeví známky infekce po dobu hospitalizace.

Očekávané výsledky:

Pacientka je informovaná o zacházení s invazivními vstupy.

Pacientka je informovaná o péči o poporodní poranění.

Pacientka nejeví známky infekce po celou dobu hospitalizace.

Místo vpichu nejeví známky infekce.

Intervence:

Porodní asistentka kontroluje místo vpichu a poporodní poranění.

Porodní asistentka kontroluje průchodnost invazivních vstupů.

Porodní asistentka sleduje známky infekce.

Porodní asistentka sleduje expiraci invazivních vstupů.

Porodní asistentka měří fyziologické funkce.

Realizace:

13. 2. 2018

9:30 zaveden periferní žilní katetr.

12:45 periferní žilní katetr průchodný, nejeví známky infekce. Informována o zacházení s katetry.

15:30 zavedena epidurální analgezie.

19:18 provedena episiotomie, ošetřeno suturou.

21:50 překlád pacientky na oddělení šestinedělí, invazivní vstupy nejeví známky infekce

14. 2. 2018

16:00 odstraněn periferní žilní a epidurální katetr, místa invazivních vstupů nejeví známky infekce. Poporodní poranění bez známek infekce. Edukována o péči o poporodní poranění. Po celou dobu hospitalizace fyziologické funkce.

Hodnocení:

Cíle splněny.

Pacientka nejeví známky infekce. Edukovaná v péči o poporodní poranění.

Zavedením invazivních vstupů (periferní žilní katetr, epidurální katetr) vzniká riziko vzniku infekce. Porodní asistentka by měla informovat pacientku o zacházení s katetrem a důvodu zavedení. Důležité je, aby porodní asistentka sledovala expiraci katetru, místo vpichu, průchodnost katetru, známky infekce jako jsou: zarudnutí místa vpichu, zvýšená teplota, bolest, dodržovala aseptický přístup, používala dezinfekci a rukavice.

5.5. DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jelikož je porod velmi intimní záležitost je důležité vytvořit vztah mezi pacientkou a porodní asistentkou. Pacientka musí porodní asistenci důvěřovat a obracet se na ní s dotazy. Porodní asistentka by měla být empatická, vstřícná, trpělivá, citlivá, profesionální. Vytvořit prostředí příjemné pro pacientku, pacientce vysvětlit průběh porodu tak, aby všemu rozuměla, tedy bez odborných pojmů. Nabídnout metody tlumení bolesti, které jsou v dané nemocnici možné, ukázat jí úlevové polohy, porodnické pomůcky, ale i zapojit doprovod k porodu, nejčastěji partnera. Zapojením partnera může dojít k prohloubení vztahu. Důležitá je i komunikace mezi lékařem a porodní asistentkou. Často na porodní sál chodí pacientky ovlivněné neodbornými zdroji, jako je např. internet. Je nutné pacientce uvést správné informace. Tato práce může informovat laickou veřejnost nebo studenty zdravotnických škol.

5.6. ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacientka II/0, GBS negativní, bez vedlejších medicínských diagnóz, přijata 13. 2. 2018 na porodní sál Nemocnice Hořovice. Hospitalizovaná pro nepravidelné kontrakce po 8 minutách.

Pacientka nás na začátku hospitalizace informovala o strachu a špatném snášení bolesti. Z této informace jsme vycházeli a stanovili ošetrovatelské problémy. Celkem jsme vyhledali osm ošetrovatelských diagnóz v období porodu a tři ošetrovatelské diagnózy v období po porodu. Po - té jsme tři ošetrovatelské diagnózy vybrali a rozpracovali.

Po celou dobu hospitalizace na porodním sále jsme se snažili pacientku informovat o průběhu porodu, motivovat, zapojit partnera do péče a tím minimalizovat strach, porodní bolest a úzkost. Snažili jsme se dát pacientce prostor pro otázky. Pacientka využila několik nefarmakologických metod na naše doporučení, které si velmi chválila, jako např. sprchu. Pacientka využila jak už zmiňovanou sprchu tak i masáž, kterou prováděl manžel, relaxační míč, intravenózní (Nalbuphin 10mg) a epidurální analgezií. Celý průběh porodu probíhal fyziologicky. Péči hodnotíme kladně, ošetrovatelské cíle byly splněny. Dle jejího hodnocení byl porod „krásný“ a strach v průběhu těhotenství hodnotí jako zbytečný. Po celou dobu jí byl oporou partner.

Po spontánním porodu, byla pacientka přeložena na oddělení šestinedělí, kde byla edukovaná o režimu v šestinedělí a péči o novorozence.

ZÁVĚR

Porodní bolest je fyziologický proces a silný emoční zážitek pro ženu s odměnou v podobě příchodu novorozence. Každá žena vnímá bolest jinak, proto je důležité přistupovat individuálně. Sílu a percepci porodní bolesti ovlivňuje několik faktorů. Komunikace a vztah mezi pacientkou, porodní asistentkou a lékařem je důležitá podstata k dosažení cíle, a to porod zdravého novorozence. Znalosti jsou předpokladem pro dobrou ošetrovatelskou péči. Myslíme si, že v dnešní době spoléháme na technologie a tím málo využíváme metody alternativní.

Tato bakalářská práce je zaměřena na tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky. Snažili jsme se prohloubit vědomosti o bolesti všeobecně, popsali jsme i porodní bolest, dále nefarmakologické a farmakologické metody tlumení bolesti v porodnictví a postoj porodní asistentky k rodící ženě.

Cílem v teoretické části bylo vyhledat a nastudovat literaturu týkající se tématu. Z publikovaných poznatků jsme zpracovali přehlednou práci.

Cílem praktické části bylo využít teoretické znalosti v praxi. Vypracovali jsme kazuistiku ženy s tlumením bolesti v průběhu porodu na porodním sále Nemocnice Hořovice. Vyhledané ošetrovatelské problémy z období během porodu a v období po porodu jsme popsali. Stanovené cíle byly splněny, proto bychom péči zhodnotili kladně.

Bakalářskou práci jsme doplnili přílohami, brožurou, ale i o vlastní fotografie.

SEZNAM POUŽITÉ LITARATURY

ČERMÁKOVÁ, Blanka, 2008. *K porodu bez obav*. Brno: ERA. Zdravá rodina (ERA). ISBN 978-80-7366-114-4.

ČERMÁKOVÁ, Blanka, 2017. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress. ISBN 978-80-265-0579-2.

GALDUNOVA, Helena, 2009. *Význam psychofyzickej príprav na pôrod* [online]. Fakulta zdravotníctva, Prešovská univerzita v Prešove, [cit. 2018-02-11]. ISBN 978-80-7248-521-5.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL a kol., 2014 *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HAWKINS, Joy L., 2010. Epidurální analgezie během porodu. *Gynekologie po promoci*. **10**(3), 6-12. ISSN 1213-2578.

HLINECKÁ, Kristýna, Barbara NIŽŇANSKÁ a Jan BLÁHA, 2016. Bezbolestný porod v roce 2016. *Praktická gynekologie: moderní časopis pro gynekology a porodníky*. **20**(3-4), 131-137. ISSN 1211-6645.

HUGO, Jan, Martin VOKURKA a Markéta FIDLEROVÁ, 2016. Slovník lékařských zkratk. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-519-4.

KOUTNÁ, Zdeňka a Zuzana GARNEKOVÁ, 2014. Porodní asistentka a porodní bolest. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. **24**(4), 41-42.

MACHÁČKOVÁ, Andrea, 2012. Specifika v ošetrovatelské péči u ženy při spontánním porodu s epidurální analgezií. Praha. Bakalářská. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha 5. Vedoucí práce PhDr. René Hanušová RS, RM.

MANDER, Rosemary, 2014. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-810-8.

MONGAN, Marie F., 2010. *Hypnoporod*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-364-6.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

PAŘÍZEK, Antonín, 2004. Porodnická analgezie. *Moderní babičství 3* [online]. Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, 1-12 [cit. 2018-02-11]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=144>.

PAŘÍZEK, Antonín, 2014a. Program INKA – porodní analgezie „na míru“. *Anesteziologie & intenzivní medicína* [online]. Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN Praha, **25**(4), 288-295 [cit. 2018-02-06]. ISSN 1214-2158.

PAŘÍZEK, Antonín, 2014b. Program INKA – porodní analgezie „na míru“. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti* [online]. Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN Praha, **79**(3), 198-205 [cit. 2018-02-06]. ISSN 1210-7832.

PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví. 2., rozš. a přeprac. vyd.* Kamenice: MCC publishing; Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-893-3.

PAŘÍZEK, Antonín, Karel CVACHOVEC a Vladimír DVOŘÁK, 2014. *Porod nemusí až tak bolet: o tlumení porodních bolestí: aneb analgezie "na míru"*. Praha: Sekce porodnické analgezie a anestezie při ČGPS ČLS J. E. Purkyně.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROKYTA, Richard a kol., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, 2012. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigris. ISBN 978-80-87323-02-1.

SMILEK, Miloslav, 2011. Porodní analgezie. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. Praha: Národní lékařská knihovna, 2011, **58**, 1-12 [cit. 2018-02-12]. ISSN 1212-3048.

ZRUBECKÁ, Adéla a Ivana AŠENBRENEROVÁ, 2008. *Aromaterapie v životě ženy*. Praha: Mladá fronta. Maminka (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-1938-5.

PŘÍLOHY

| | |
|--|------|
| Příloha A – Hodnocení bolesti pomocí úsečky 0-10 | I |
| Příloha B – Stupně bolesti a způsob jejich mírnění | II |
| Příloha C – Účinnost jednotlivých metod pro tišení bolesti u porodu..... | III |
| Příloha D – Analgetický bod LI4..... | IV |
| Příloha E – Porodnická stolička..... | V |
| Příloha F – Tlakový přístroj Entonox pro inhalační analgezií..... | VI |
| Příloha G – Čestné prohlášení | VII |
| Příloha H – Brožura..... | VIII |

Příloha A – Hodnocení bolesti pomocí úsečky 0 - 10

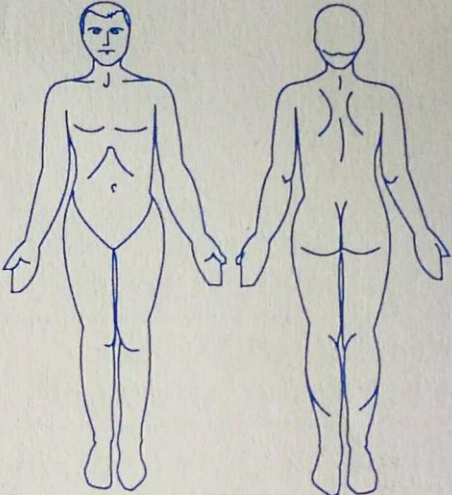
akutní

ano intenzita:

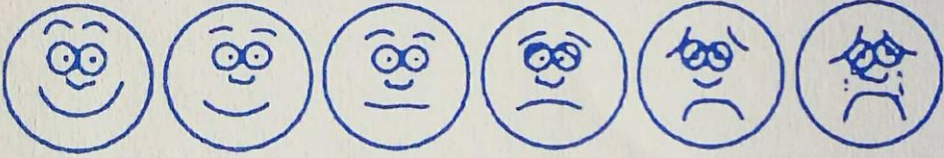
ne

chronická

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



0 1, 2, 3 4, 5 6, 7 8, 9 10

žádná mírná střední silná silnější nesnesitelná

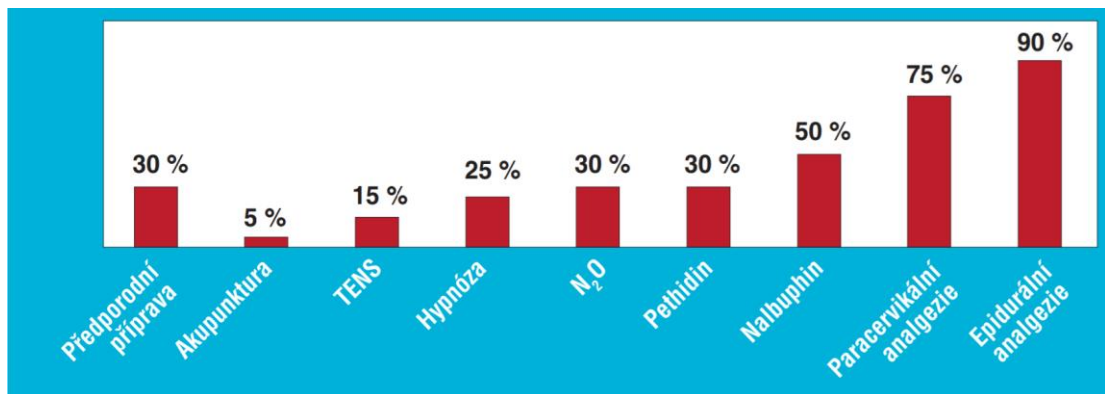
Zdroj: Ošetřovatelská anamnéza – vstupní Nemocnice Hořovice

Příloha B – Stupně bolesti a způsob jejich mírnění



Zdroj: PAŘÍZEK, 2014, s. 4

Příloha C – Účinnost jednotlivých metod pro tišení bolesti u porodu



Zdroj: PAŘÍZEK, 2014, s. 4

Příloha D – Analgetický bod LI 4



Zdroj: vlastní

Příloha E – Porodnická stolička



Zdroj: vlastní

Příloha F - Tlakový přístroj Entonox pro inhalační analgezií



Zdroj: vlastní

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 se souhlasem sledované pacientky.

V Praze dne

.....
Kristýna Žižková



Tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky

Vytvořeno jako součást bakalářské práce

Kristýna Žižková

Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, Ph.D.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

Duškova 7, Praha 5

150 00



PAŘÍZEK, Anonim a kol., 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Kamenice: MCC publishing; Praha: Galén. [ISBN 978-80-7262-893-3](https://doi.org/10.1007/978-80-7262-893-3)

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area. [ISBN 978-80-254-2186-4](https://doi.org/10.1007/978-80-254-2186-4).

<https://maibebivka.maminka.cz/clanek/cvclanek-simtech-porodu>
<http://www.porodnice.cz/clanky/tlumeni-bolesti-v-porodu>





Porodní bolest

Porodní bolest je přirozená a fyziologická, doprovází každý porod. Je to specifická kategorie bolesti, kde se střetává fyziologický význam s mechanismy patofyziologickými.

Žena se na porodní bolest může předem připravit, je omezená časem, probíhá pouze pár hodin. Porodní bolest má rovnoměrný rytmus, kdy se střídá bolest s úlevou. Tento stav vrcholí emočně kladným zážitkem a odměnou v podobě příchodu novorozence.

V dnešní době existuje několik možností metod porodnické analgezie, proto si žena může zvolit metodu „na míru“, která jí bude nejlépe vyhovovat.

Nefarmakologické metody

Psychologické metody

- Blízká osoba u porodu
- Předporodní příprava
 - návštěva předporodních kurzů

Audioanalgezie

- poslech hudby
- Hypnóza

Hydroanalgezie

- změněný stav vědomí
- Relaxační koupel

Intradermální injekce sterilní vodou

- obstríčky do bederní a kostní křížové

Akupunktura, akupresura

- napichování, stlačování, akupunkturních bodů

Alternativní metody

Fytoterapie, aromaterapie

- využívání éterických olejů
- TENS (elektroanalgezie)**
 - využívání elektrických stimulů na kůži

Farmakologické metody

Systémová analgezie

- Inhalační analgezie
 - vdechování plynu
- Intravenózní, intramuskulární analgezie
 - podání léků do svalů nebo žil

Místní analgezie

Infiltrační analgezie

- znečtivění pochvy a hráze

Pudendální analgezie

- blokáda stydkého nervu

Paracervikální analgezie

- přerušení nervových drah v oblasti děložního hrdla

Epidurální analgezie

- podání směsi do epidurálního prostoru

Subarachnoidální analgezie

- podání léků do subarachnoidálního prostoru

Kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie