



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Epidurální analgezie při porodu**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

**Autor:** Tereza Maříková

**Vedoucí práce:** Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Epidurální analgezie při porodu jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

### **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala paní Mgr. Romaně Belešové za odborné vedení a cenné rady při psaní práce. Paní magistře rovněž děkuji za trpělivost, její čas a ochotu. Paní Mgr. Olze Dvořáčkové děkuji za pomoc při zpracování výsledků výzkumného šetření a následné statistické zpracování hypotéz. A především bych chtěla poděkovat mé rodině za psychickou podporu během celého studia.

# Epidurální analgezie při porodu

## Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje tématu epidurální analgezie při porodu. Práce se skládá ze dvou hlavních částí – teoretické a praktické. Teoretická část v první řadě definuje pojem porodu a popisuje všechny doby porodní. V neposlední řadě se věnuje také úloze porodní asistentky při porodu. Dalším tématem je porodní bolest, na kterou navazuje téma farmakologických metod tlumení porodní bolesti. Podrobně je popsána problematika epidurální analgezie, která je rozdělena na další podkapitoly. Ty se věnují popisu postupu aplikace epidurální analgezie při porodu, jejím indikacím a kontraindikacím, výhodám a nevýhodám, komplikacím epidurální analgezie při porodu a v neposlední řadě také úloze porodní asistentky v péči o ženu s epidurální analgezií. Teoretickou část uzavírá kapitola věnující se nefarmakologickým metodám tlumení porodní bolesti.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda ženy využívají epidurální analgezií při porodu. Druhým cílem bylo zmapovat spokojenost žen s účinky epidurální analgezie při porodu. Třetím a posledním cílem pak bylo zjistit, zda ženy po aplikaci epidurální analgezie lépe spolupracují s porodními asistentkami. K cílům byly stanoveny tři hypotézy. H1: Prvorodičky využívají epidurální analgezií častěji než vícerodičky. H2: Mladší ženy (pod 30 let) jsou s účinky epidurální analgezie při porodu spokojenější než starší ženy (nad 30 let). H3: Ženy s epidurální analgezií při porodu spolupracují s porodními asistentkami lépe než ženy bez epidurální analgezie. Stanovené cíle byly dosaženy kvantitativním výzkumným šetřením formou dotazníků vlastní konstrukce, jež byly tvořeny otevřenými i uzavřenými otázkami. Zhodnocení dotazníků proběhlo pomocí statistického chí-kvadrát testu, jenž určil významnost či nevýznamnost výsledků.

První výzkumný soubor tvořilo 205 žen aktivních na sociální síti Facebook. Z celkového počtu respondentek měly největší zastoupení ženy ve věkovém rozmezí mezi 26 a 30 lety. Druhý výzkumný soubor zahrnoval 102 porodních asistentek pracujících na porodním sále. Největší zastoupení z celkového počtu respondentek měly porodní asistentky ve věkovém rozmezí 20 až 30 let.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že více než polovina respondentek využila při svém porodu epidurální analgezií. Ovšem pouhá třetina žen si je jistá, že by epidurální

analgezií využila také u svého dalšího porodu. Zbylé dvě třetiny žen neví, zda by metodu epidurální analgezie využily, nebo si jsou jisté, že epidurální analgezií u svého dalšího porodu nechtějí. Dále jsme chtěly zjistit, zda mladší ženy (do 30 let) jsou s účinky epidurální analgezie při porodu spokojenější než starší ženy (nad 30 let). Tato hypotéza se nepotvrdila. Důvodem bylo malé zastoupení skupiny žen nad 30 let. Chtěly jsme také zjistit, zda prvorodičky používají epidurální analgezií častěji než vícero-dičky. Z výsledku výzkumu bylo patrné, že největší zastoupení našich respondentek, které využily epidurální analgezií, tvořily právě o 7 % více prvorodičky. Ovšem rozdíl není statisticky významný. Dále nás zajímalo, zda ženy s epidurální analgezií při porodu lépe spolupracují s porodními asistentkami než ženy bez epidurální analgezie. Dle výzkumného šetření si naprostá většina porodních asistentek myslí, že ženy s epidurální analgezií při porodu spolupracují lépe než ženy bez epidurální analgezie.

### **Klíčová slova**

Porod; porodní doba; porodní bolest; epidurální analgezie; porodní asistentka; žena

# **Epidural analgesia during childbirth**

## **Abstract**

This thesis focuses on the topic of epidural analgesia during childbirth. The work consists of two main parts-theoretical and practical. The theoretical section first and foremost defines the concept of childbirth and describes all birth times. Last but not least, it is also dedicated to the role of midwife in childbirth. Another topic is obstetric pain, which is followed by the theme of pharmacological methods to labor pain relief. The issue of epidural analgesia is described in detail and divided into additional subchapters. These are devoted to the description of the procedure for administering epidural analgesia in childbirth, it's indications and contraindications, the advantages and disadvantages, the complications of epidural analgesia in childbirth and, last but not least, the role of the midwife in the care of the woman with epidural analgesia. The theoretical section concludes with a chapter on non-pharmacological methods of controlling birth pain.

The first objective of the work was to determine whether women use epidural analgesia during childbirth. The second goal was to map women's satisfaction with the effects of epidural analgesia in childbirth. The third and final goal was to see if women worked better with midwives after receiving epidural analgesia. Three hypotheses have been set for the objectives. H1: First-time mothers are more likely to use epidural analgesia than multi-parents. H2: Younger women (under 30) are more satisfied with the effects of epidural analgesia in childbirth than older women (over 30). H3: Women with epidural analgesia at birth cooperate better with midwives than women without epidural analgesia. The objectives were achieved by a quantitative research investigation in the form of own design questionnaires, which consisted of both open and closed questions. The assessment of the questionnaires was carried out using a statistical chi-square test which determined the significance or insignificance of the results.

The first research set consisted of 205 women active on the Facebook social network. Of the total number of respondents, women in the 26-30 age range had the highest representation. The second research set included 102 midwives working in the delivery room. Midwives in the 20 to 30 age range had the highest representation of total respondents.

The research investigation revealed that more than half of the respondents had used epidural analgesia during childbirth. However, only a third of women are certain that they would also use epidural analgesia for their next birth. The other two-thirds of women do not know whether they would use the epidural analgesia method or are certain that they do not want epidural analgesia in their next childbirth. We also wanted to find out whether younger women (under 30) are more satisfied with the effects of epidural analgesia in childbirth than older women (over 30). This hypothesis has not been confirmed. This was due to the low representation of the group of women over 30. We also wanted to find out whether first-time mothers use epidural analgesia more often than multi-time mothers. The result of the research showed that the largest representation of our female respondents who took advantage of epidural analgesia was just 7 % more first-time mothers. However, the difference is not statistically significant. We also wondered if women with epidural analgesia at birth cooperate better with midwives than women without epidural analgesia. According to the research investigation, the vast majority of midwives think that women with epidural analgesia cooperate better during childbirth than women without epidural analgesia.

**Key words**

Childbirth; birth times; labor pain; epidural analgesia; midwife; woman

## Obsah

<b>1</b>	<b>SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1</b>	<b>Definice porodu .....</b>	<b>12</b>
1.1.1	I. doba porodní .....	13
1.1.2	II. doba porodní .....	14
1.1.3	III. doba porodní.....	16
1.1.4	IV. doba porodní .....	17
1.1.5	Úloha porodní asistentky při porodu.....	17
<b>1.2</b>	<b>Porodní bolest.....</b>	<b>20</b>
<b>1.3</b>	<b>Metody tlumení bolesti .....</b>	<b>20</b>
1.3.1	Farmakologické metody.....	21
<b>1.4</b>	<b>Definice epidurální analgezie .....</b>	<b>22</b>
1.4.1	Postup aplikace epidurální analgezie .....	23
1.4.2	Indikace a kontraindikace epidurální analgezie .....	24
1.4.3	Výhody a nevýhody epidurální analgezie .....	25
1.4.4	Komplikace epidurální analgezie .....	25
1.4.5	Péče porodní asistentky o ženu s epidurální analgezií .....	26
<b>1.5</b>	<b>Nefarmakologické metody.....</b>	<b>26</b>
<b>2</b>	<b>CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1</b>	<b>Cíle práce .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2</b>	<b>Hypotézy .....</b>	<b>29</b>
<b>2.3</b>	<b>Operacionalizace pojmů .....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>Metodika a technika výzkumu.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2</b>	<b>Charakteristika výzkumného souboru.....</b>	<b>30</b>



<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY .....</b>	<b>32</b>
<b>4.1</b>	<b>Grafické výsledky dotazníku pro ženy.....</b>	<b>32</b>
<b>4.2</b>	<b>Statistické zpracování dotazníků pro ženy .....</b>	<b>47</b>
<b>4.3</b>	<b>Grafické výsledky dotazníku pro porodní asistentky .....</b>	<b>50</b>
<b>4.4</b>	<b>Statistické zpracování dotazníku pro porodní asistentky .....</b>	<b>59</b>
<b>5</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>60</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>65</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>67</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>72</b>

## Úvod

Bolest nás doprovází celý náš život a všichni si ji spojujeme s nepříjemnými pocity a zážitky. Existuje však druh bolesti, na jejímž konci nás čeká velká úleva a radost z nového života, kterou s sebou přináší. Jedná se o porodní bolest.

V dávných dobách, kdy ještě nebyl znám pojem anestezie, se všechny operace a zákroky prováděly při plném vědomí. K tomu patří také samostatné porody, kdy ženy velmi často rodily samy. Nejenže ženy trpěly velkými bolestmi, ale také často při porodech umíraly z důvodu velkých ztrát krve. Od té doby se však zdravotnictví velmi posunulo a v dnešní době již existuje několik způsobů, jak může žena při porodu tlumit svou bolest. Takové metody tlumení bolesti při porodu se dnes dělí na farmakologické a nefarmakologické.

Jednou z často využívaných farmakologických metod tlumení porodní bolesti je epidurální analgezie. Epidurální analgezie pomáhá tlumení porodní bolesti podáním malé dávky anestetika a silného analgetika tenkou jehlou přes kůži do bederní části páteře. Bolest však není zcela utlumena, pouze se zmírní její vnímání, aby žena měla možnost použít břišní lis k tlačení v konečné fázi porodu. Celkový stav ženy i plodu je ovlivněn však minimálně.

Bakalářská práce obsahuje teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části své práce se opírám v první řadě o samotnou problematiku porodu, včetně všech jeho fází, čím si žena v jednotlivých fázích prochází a také o úlohu porodní asistentky během porodu. Také je definována samotná porodní bolest. Dále se věnuji jednotlivým metodám tlumení bolesti při porodu, farmakologickým i nefarmakologickým. A samozřejmě v neposlední řadě informuji o samotné problematice epidurální analgezie, které se věnuji podrobněji než ostatním metodám tlumení porodní bolesti. V této kapitole popisuji přesný postup aplikace epidurální analgezie, věnuji se možným kontraindikacím a indikacím. Samotná metoda má jako všechny ostatní své výhody i nevýhody. Je zde popsáno také riziko vzniku možných komplikací. Velmi důležitá je také péče samotné porodní asistentky o ženu s epidurální analgezií.

Výzkumná část bakalářské práce zahrnuje kvantitativní výzkumné šetření. Tento výzkum měl za cíl zjistit, zda ženy využívají epidurální analgezií při porodu a jestli jsou s jejími účinky spokojené.

Touto prací jsem se chtěla více věnovat problematice epidurální analgezie a zjistit tak nové poznatky.

# 1 Současný stav

## 1.1 Definice porodu

Porod je chápán jako proces či děj, během něhož dochází k vypuzení plodového vejce, které se skládá ze samotného plodu, placenty, pupečníku, plodové vody a plodových obalů, z organismu ženy (Slezáková et al., 2017). Plod je novorozenec, který projevuje známky života bez ohledu na své stáří, nebo novorozenec bez známek života, ale s porodní hmotností 500 g a více (Hájek et al., 2014). Mezi známky života zařazujeme srdeční akci, dýchání, aktivní pohyb svalstva a pulzaci pupečníku (Slezáková et al., 2017). Jakmile nejsou tyto podmínky splněny, mluvíme o potratu. Plod s porodní hmotností menší než 500 g je klasifikován jako novorozenec pouze tehdy, projevuje-li alespoň jednu ze známek života déle než 24 hodin (Binder, 2015). V opačném případě se jedná o potrat (Hájek et al., 2014). Porod rozdělujeme na spontánní (samovolný), indukovaný (vyvolaný), medikamentózní a operativní (Slezáková et al., 2017).

Dle Roztočila (2020) se podle ukončeného týdne těhotenství klasifikuje porod na předčasný, před 37. týdnem těhotenství; porod v termínu, ve 38.–40. týdnu těhotenství; potermínový porod, po 40. týdnu těhotenství, a porod po 42. týdnu těhotenství je klasifikován jako patologický.

Porod u ženy začíná pravidelnými děložními kontrakcemi, které postupně nabývají na intenzitě a interval mezi nimi se zkracuje (Gregora, Velemínský, 2013). Obvykle kontrakce trvají cca 30 až 40 vteřin a často je také doprovází bolest v zádech (Gregora, Velemínský, 2011). Největší část porodů začíná tím, že u ženy odeče plodová voda (Slezáková et al., 2017).

Stádia porodního mechanismu jsou flexe hlavy plodu, vnitřní rotace, deflexe hlavy, zevní rotace a to vše probíhá za neustálé progrese (Roztočil, 2017). K hlavním faktorům, které jsou zodpovědné za spuštění mechanismu porodu, zařazujeme progesteron, oxytocin, estrogeny, prostaglandiny E2, fetální kortizon a tlak naléhající části plodu (Binder, 2015). Porodní cesty, kterými plod prochází, dělíme na tvrdé porodní cesty (kostěná pánev) a měkké porodní cesty (dolní děložní segment, děložní hrdlo, svaly pánevního dna, pochva, poševní vchod a hráz) (Binder, 2015).

Během tak složitého a náročného procesu, jako je porod, jsou důležité hned tři porodní síly. Do porodních sil zařazujeme děložní kontrakce, břišní lis a zemskou gravitaci

(Slezáková et al., 2017). Děložní kontrakce jsou mimovolné stahy svaloviny dutiny děložní vznikající v rozích a fundu dělohy (Binder, 2015). Úkolem těchto kontrakcí je přetáhnout dolní děložní segment přes plod a vypudit jej. Děložní kontrakce jsou ovlivňovány hormony prostaglandiny a oxytocinem (Roztočil, 2017). Zpravidla začínají v levém horním rohu těla děložního a následně se lavinovitě šíří do dolního segmentu (Binder, 2015). Žena tyto kontrakce vnímá především velmi bolestivě, a proto jsou nazývány porodní bolestí (Slezáková et al., 2017). Děložní kontrakce trvají zpravidla několik sekund a projevují se v různé intenzitě (Roztočil, 2017). Děložní kontrakce se také běžně hodnotí graficky v rámci kardiokografického vyšetření, kdy se také sleduje srdeční akce plodu během porodu (Slezáková et al., 2017).

Břišní lis je nezbytný k aktivnímu stažení příčně pruhovaného svalstva stěny břišní a bránice a je vůlí ovladatelný (Binder, 2015). Během tohoto stažení dochází ke zvýšení intraabdominálního tlaku, který pomáhá k vypuzení plodu z dutiny děložní přes porodní cesty (Slezáková et al., 2017). Žena používá břišní lis právě v době děložní kontrakce, pokud má již zašlou branku. Žena se musí zhluboka nadechnout, zadržet dech, položit bradu na prsa, zavřít oči a zatlačit podobně jako při defekaci (Gregora, Velemínský, 2011). Zemská gravitace je třetí a poslední porodní silou, která napomáhá k vypuzení plodu. Hmotnost plodu tak napomáhá k pasivní dilataci porodních cest (Slezáková et al., 2017). Proto jsou také vhodnější vertikální polohy při porodu (v sedě, v kleče, ve stoje), které jsou však méně časté než klasická horizontální poloha (Slezáková, 2011).

### ***1.1.1 I. doba porodní***

První doba porodní bývá nazývána také jako doba otevírací. Tato doba začíná pravidelnými děložními kontrakcemi, které ze začátku trvají přibližně 20–30 vteřin a poté se postupně prodlužují na 30–40 vteřin (Gregora, Velemínský, 2011). Časový interval mezi kontrakcemi se postupně zkracuje z počátečních 10–15 minut až na 2–3 minuty ke konci první doby porodní (Gregora, Velemínský, 2013). U žen, které zatím nerodily, trvá otevírací doba přibližně 7–12 hodin, u vícerodiček je interval první doby kratší, obvykle okolo 4–8 hodin (Binder, 2015). První doba porodní by však neměla přesáhnout dobu trvání 12 hodin (Roztočil, 2017). 10–15 % všech porodů začíná spontánním odtokem plodové vody (Hájek et al., 2014). Následkem děložních kontrakcí dochází během této porodní doby k pasivnímu rozvíjení dolního děložního segmentu. Děložní hrdlo se tak postupně po celou první dobu otevírá a zkracuje, až zcela vymizí

(Slezáková et al., 2017). První porodní doba, která je charakteristická především stále silnějšími děložními kontrakcemi a je nejdelším obdobím během porodu, bývá pro ženu, která nerodila, velmi vyčerpávající (Gregora, Velemínský, 2011). Pokud žena vnímá porodní bolest velmi intenzivně a nepomáhají již žádné nefarmakologické metody, přistupuje se pak po jejím souhlasu na farmakologické metody (Gaiser, 2017). V této době lze tak využít epidurální analgezii, která může také zkrátit délku trvání první doby porodní, která se dělí na fáze latentní, aktivní a tranzitorní (Roztočil, 2017).

Délka latentní fáze by neměla u rodící ženy přesáhnout 8 hodin (Buckley, 2016). Během latentní fáze má žena 2 kontrakce za 10 minut, které trvají minimálně 20 vteřin (Roztočil, 2017). V průběhu této fáze má tedy žena bolestivé kontrakce a zároveň dochází ke změnám na děložním hrdle, ztenčuje a dilatuje se do 4 cm (Procházka et al., 2016).

Hranicí mezi latentní fází a aktivní fází je dilatované děložní hrdlo na 4 cm (Roztočil, 2017). Děložní kontrakce jsou častější a vedou k rychlému rozvoji nálezu na brance (Hájek et al., 2014). Žena tak začne pociťovat stále větší tlak dolů na konečník jako při nucení na stolicí (Gregora, Velemínský, 2013). V aktivní fázi by mělo docházet ke zvětšování nálezu na rychlost minimálně 1 cm za hodinu (Roztočil, 2017).

Tranzitorní fáze je 8 cm až úplné zajetí branky, kdy hovoříme o tom, že žena je otevřená na 10 cm (Procházka et al., 2016). Časový interval mezi děložními kontrakcemi, které jsou stále silnější, se také zkracuje, a to na 2–3 minuty (Procházka et al., 2016). Délka trvání kontrakcí se naopak prodlužuje na 40–50 vteřin (Procházka et al., 2016). V tranzitorní fázi může dojít ke spontánní ruptuře vaku blan a následně tak k odtoku plodové vody (Gregora, Velemínský, 2011). Pokud by se tak nestalo, mohl by být následný průběh porodu značně zpomalen, proto se po odsouhlasení ženy provede výkon, který se nazývá dirupce vaku blan (Gregora, Velemínský, 2013). Ke konci tranzitorní fáze pociťuje žena silný tlak na konečník (Bašková, 2015).

### ***1.1.2 II. doba porodní***

Druhá doba porodní neboli vypuzovací začíná zánikem porodní branky a končí porodem plodu (Slezáková et al., 2017). Délka druhé doby porodní se opět odvíjí od toho, zda je žena nulipara, či multipara. U nulipar může druhá doba trvat maximálně 1 hodinu a u multipar může být délka trvání pouze 30 minut (Binder, 2015). Druhá

porodní doba by však neměla přesáhnout hodinu (Roztočil, 2017). V tomto období, kdy jsou porodní cesty již otevřené a plodu už nic nebrání v postupu porodními cestami, pociťuje žena velmi intenzivní a stálý tlak, který ji nutí tlačít (Slezáková, 2011). Jakmile je žena vyzvána k aktivnímu tlačení, je nutné, aby správně využila břišní lis (Hájek et al., 2014). Aktivní tlačení probíhá pouze za kontrakce, proto je důležité, aby žena využila celou délku kontrakce (Roztočil, 2017). Důležité je také správné dýchání, proto se žena na vrcholu kontrakce musí zhluboka nadechnout do břicha a tlačít směrem dolů do konečníku, jako při zácpě (Gregora, Velemínský, 2011). Nezbytná je také správná poloha, která pomůže k lepšímu zapojení břišních svalů (Roztočil, 2017). Žena zavře oči, dá hlavu na prsa, rukama se chytne pod kolena a nohy přitahuje směrem k sobě a tím se stočí do klubíčka (Gregora, Velemínský, 2013). Velmi dobré je také využití celé kontrakce, pokud tedy bolest stále trvá, ale ženě dochází při tlačení dech, je důležité vydechnout a poté se znovu nadechnout (Roztočil, 2017). Během aktivního tlačení postupuje plod přes dolní děložní segment, zašlou brankou do pochvy až k poševnímu vchodu (Slezáková et al., 2017).

Porod hlavičky má svůj vlastní mechanismus. První fází tohoto mechanismu je flexe hlavičky (Binder, 2015). To znamená, že brada se při vstupu do porodního vchodu přitahuje k hrudníku (Slezáková, 2011). Vedoucím bodem je tak oblast malé fontanely (Slezáková et al., 2017). Druhou fází porodu hlavičky je vnitřní rotace (Roztočil, 2017). Hlava plodu se při progresi otáčí o 90° z původního postavení v příčném průměru pánevního vchodu do přímého průměru pánevní úžiny (Slezáková et al., 2017). Třetí fází mechanismu je deflexe hlavičky (Hájek et al., 2014). Hlava se záhlavím opře o dolní okraj spony stydké a okolo tohoto místa se otáčí tak, že se přiklání vzhůru ke sponě stydké (Slezáková, 2011). Během deflexe se současně rodí také temeno, čelo, obličej a brada (Binder, 2015). Čtvrtou a poslední fází je zevní rotace hlavičky (Hájek et al., 2014). V této fázi je hlava už celá porozená a otáčí se záhlavím směrem ke hřbetu a obličejem na stranu, kde je hrudník plodu (Roztočil, 2017).

Po kompletním porodním mechanismu hlavy nastává porod ramének (Gregora, Velemínský, 2011). Po porodu hlavy je vedoucím bodem přední raménko, levé nebo pravé, podle toho, jaké má plod postavení (Binder, 2015). Porodník nebo porodní asistentka posouvá tedy nejdříve hlavu směrem dolů, tím se porodí přední raménko a poté posune hlavu směrem nahoru, aby se porodilo i druhé raménko (Slezáková et al., 2017). Zbytek těla se již rodí hladce a nevyžaduje žádný speciální mechanismus

(Gregora, Velemínský, 2013).

Po porodu plodu se podle přání ženy provádí bonding, kdy se novorozenec dá ihned po porodu na břicho ženy (Roztočil, 2017). Pokud nejsou žádné komplikace a novorozenec se jeví v pořádku, nechává se dotepat pupečník (Gregora, Velemínský, 2011). Porodník nebo porodní asistentka pupečník následně přeruší a novorozence ošetří dětská sestra (Buckley, 2016).

Na stahování dělohy a rychlejší odloučení placenty od stěny děložní se aplikují ženě uterotonika (Hájek et al., 2014). Jelikož uterotonika ovlivňují průběh porodu až ve třetí době porodní, nazýváme jejich aplikaci jako aktivní vedení třetí doby porodní (Frančáková et al., 2016).

### ***1.1.3 III. doba porodní***

Třetí doba porodní neboli k lůžku začíná porodem plodu a končí porodem placenty (Slezáková, 2011). Délka třetí doby porodní je poměrně krátká a trvá zhruba pár minut, neměla by však přesahovat délku jedné hodiny (Procházka, 2020). Žena obvykle ucítí slabší kontrakce, které značí odloučení placenty (Slezáková et al., 2017). Nastává tkáňový posuv mezi děložní stěnou a placentou, při kterém se přetrhají uteroplacentární septa a cévy a tak vzniká retroplacentární hematoma (Hájek et al., 2014). Podle způsobu odloučení, lokalizace a porodu placenty rozlišujeme tři způsoby odlučování placenty, mechanismus podle Baudelocquea-Schultzeho, podle Duncana a podle Gessnera (Binder, 2015). Mechanismus podle Baudelocquea-Schultzeho je charakteristický vytvářením centrálního retroplacentárního hematoma a odlučováním placenty od centra k periférii (Hájek et al., 2014). Žena u tohoto mechanismu odlučování placenty zevně nekrvácí, protože svinutá placenta a plodové obaly zadržují retroplacentární hematoma (Hájek et al., 2014). Nejdříve se placenta rodí svou fetální částí a tím také napomáhá odlučování plodových obalů, které za sebou vytahuje (Binder, 2015). Mechanismus podle Duncana je typický odlučováním placenty od distální periferie přes centrum k druhé periférii (Procházka, 2020). Pochvou volně odtéká retroplacentární hematoma a žena tak před porodem placenty slabě krvácí z rodidel (Hájek et al., 2014). Placenta se rodí po hraně svou mateřskou stranou (Procházka et al., 2016). Při mechanismu podle Gessnera se placenta odlučuje podobně jako při Duncanově mechanismu, tedy od periferie (Binder, 2015). Následně se však kornoutovitě sbalí a rodí se napřed svou fetální stranou jako u mechanismu podle Baudelocquea-Schultzeho (Hájek et al., 2014).



Žena ještě před porodem placenty mírně krvácí, protože retroplacentární hematom je již před tím vyplaven (Hájek et al., 2014).

Placenta musí být následně zkontrolována, zda nezůstaly v děloze její zbytky, jako jsou např. kotyledony (Gregora, Velemínský, 2013). Kontrolují se plodové obaly, plodová i mateřská strana placenty, její celistvost, tvar a velikost (Roztočil, 2017). Pokud by v děloze zůstaly nějaké zbytky nebo dokonce celá placenta, je nutné je vybavit operativně v celkové anestezii (Hájek et al., 2014).

#### **1.1.4 IV. doba porodní**

Čtvrtá doba porodní se již zařazuje do raného šestinedělí, které se označuje také jako poporodní období (Slezáková et al., 2017). Délka trvání této doby porodní je u všech žen stejná, a to jsou 2 hodiny (Gregora, Velemínský, 2013). *Teprve po porodu placenty a plodových blan se děloha kompletně retrahuje. Stlačením přetržených cév na rané ploše nastává parciální mechanická hemostáza. Stěny takto komprimovaných cév k sobě přilehnou a záhy se slepí, takže se nevytváří žádný trombus* (Hájek et al., 2014, s. 188). Na začátku této doby, ihned po porodu placenty, zkontroluje porodník nebo porodní asistentka pomocí gynekologických zrcadel vnitřní i zevní rodidla ženy (Hanáková et al., 2015). To umožní případně stanovit lokalizaci a rozsah poranění. Pokud je potvrzena přítomnost porodního poranění, je místo znecitlivěno injekcí s anestetiky (Gregora, Velemínský, 2011). Žena po ošetření zůstává i s novorozencem, pokud je fyziologický, 2 hodiny na porodním sále, aby byla stále pod dohledem porodních asistentek a předešlo se tak u ní krevním ztrátám (Slezáková et al., 2017).

#### **1.1.5 Úloha porodní asistentky při porodu**

Komunikační schopnosti a empatie porodní asistentky zvládnou výrazně ovlivnit psychiku ženy, zlepšit vztah a důvěru se ženou, a tím i průběh porodu (Dušová et al., 2019). Důvodů, proč žena přichází na porodní sál, je několik a můžeme do nich zařadit příznaky začínajícího porodu, akutní stav (krvácení, předčasně odtekla plodová voda, absence pohybů plodu) nebo může být žena poslána gynekologem z důvodu přenášeného těhotenství (Moravcová, Petržílková, 2015).

Péče porodní asistentky o ženu při porodu tak začíná již při příjmu na porodní sál (Procházková, 2020). Tehdy porodní asistentka zjišťuje všechny důležité informace o ženě a současně navazuje lepší kontakt se ženou. Zhodnotí, v jakém je žena stavu a jak

u ženy porod postupuje (Roztočil, 2017). Jakmile porodní asistentka zjistí důležité informace a sepíše anamnézu (porodopis), odvede ženu nejčastěji do porodního boxu, kde jí změří krevní tlak a pulz a napojí kardiokograf alespoň na 20 minut, který zaznamenává srdeční akci plodu a děložní činnost (Pařízek, 2015). Jestliže je kardiokografický záznam v pořádku, nabídne porodní asistentka ženě možnost jít do sprchy nebo do vany (Roztočil, 2017).

Porodní asistentka nabízí a doporučuje ženě využít pomůcky k tlumení porodní bolesti, které jsou dostupné na porodním boxe (Dušová et al., 2019). Žena může použít porodní balón, muzikoterapii, aromaterapii nebo masáže zad, ke kterým může využít také svůj doprovod (Dušová et al., 2019). V první době porodní by měla být porodní asistentka zejména velmi trpělivá, empatická a měla by být pro ženu psychickou oporou (Čermáková, 2017). V průběhu první doby porodní se ženě dává tzv. příprava, to zahrnuje očistné klyzma a sprchu (Procházka, 2020). Klyzma může být aplikováno pouze v případě, pokud s ním žena souhlasí (Gregora, Velemínský, 2013). Velmi důležitou součástí úlohy porodní asistentky je edukace (Čermáková, 2017). Edukace znamená, že porodní asistentka vysvětlí, co je to klyzma, z jakého důvodu se aplikuje a jak aplikace probíhá. Tím se předchází případnému nedorozumění a žena si lépe buduje důvěru k porodní asistentce (Dušová et al., 2019). Součástí edukace je rovněž správná technika dýchání, která pomáhá lépe snášet bolest a šetřit energii. Porodní asistentka kontroluje správnou techniku dýchání během kontrakce i mezi kontrakcemi (Moravcová, Petržílková, 2015). Nedílnou součástí edukace je také zaujímání vhodných úlevových poloh (Buckley, 2016).

Porodní asistentka každých 15 minut provádí kontrolní poslech ozev plodu pomocí stetoskopu nebo ultrazvukovou sondou kardiokografu (Čermáková, 2017). Po sprše opět natočí kardiokografický záznam, kde sleduje srdeční akci plodu a děložní činnost (Slezáková et al., 2017). V průběhu otevírací doby provádí porodní asistentka vnitřní vyšetření, aby zjistila progresi hlavičky plodu do porodních cest, hodnotí cervix skóre, průměr branky a stav vaku blan (Čermáková, 2017). Během vnitřního vyšetření je nutné dodržet zásady bariérové ošetrovatelské péče, které zahrnují používání sterilních rukavic a dezinfekci zevních rodidel (Roztočil, 2017).

Pokud žena snáší porodní bolest velmi špatně a nepomáhají žádné nefarmakologické metody, porodní asistentka nabídne ženě využití farmakologických metod, např.

epidurální analgezie, infuze nebo injekce do svalu (Gregora, Velemínský, 2013).

Jakmile je žena připravena sama tlačit a porodní branka je dilatovaná na 10 cm, pomůže jí porodní asistentka najít vhodnou polohu (Gregora, Velemínský, 2011). V průběhu celé druhé doby porodní poskytuje psychickou oporu a stále ženu povzbuzuje a chválí (Dušová et al., 2019). Žena je poučena o správné technice tlačení a dýchání během aktivního tlačení i odpočinku (Čermáková, 2017). Mezi kontrakcemi porodní asistentka kontroluje ozvy plodu a připraví místo k porodu, podloží ženu sterilní rouškou a dezinfikuje zevní rodidla (Gregora, Velemínský, 2013). Pokud vše probíhá v pořádku a porod vede porodní asistentka, nasadí si sterilní rukavice a připraví sterilní nástroje (Slezáková et al., 2017). Jakmile začne hlavička prořezávat a hráz se začne napínat, přidržuje jednou rukou hlavičku a druhou společně s rouškou chrání hráz (Roztočil, 2017). Pokud je hráz příliš vysoká, provede v průběhu kontrakce epiziotomii (Dušová et al., 2019). Porodní asistentka poté novorozence předá dětské sestře, která ho ošetří (Slezáková et al., 2017).

Porodní asistentka následně aplikuje uterotonika podporující stažení dělohy a odloučení placenty (Procházka et al., 2016). Po dotepání pupečníku zacvakne dva peány a pupečník mezi nimi přeruší (Slezáková et al., 2017). Následně provede odběr krve z pupečníku (Procházka et al., 2016). Jakmile se odloučí placenta, žena ucítí slabší kontrakci a může mírně zakrvácet (Hájek et al., 2014). Pokud porodní asistentka zaznamená známky odloučení placenty, vyzve ženu, aby si ještě zatlačila (Gregora, Velemínský, 2011). Po porodu placenty zjišťuje její celistvost (Dušová et al., 2019).

Po porodu placenty začne lékař nebo porodní asistentka kontrolovat pomocí zrcadel porodní cesty včetně hrdla děložního (Slezáková et al., 2017). Po zjištění přítomnosti porodního poranění nebo případné epiziotomie vydezinfikuje rodidla, znecitliví místo anestetikem a provede suturu pomocí vstřebatelných materiálů (Procházka, 2020). V průběhu ošetřování edukuje ženu v péči o hráz, doporučuje časté a pravidelné sprchování, pravidelnou výměnu sterilních vložek, používání nafukovacích pomůcek na sezení nebo koupání v heřmánkové vodě (Dušová et al., 2019). Po ošetření provede porodní asistentka hygienu zevních rodidel, dá ženě čisté vložky, uloží do pohodlné polohy a nabídne tekutiny (Roztočil, 2017). V průběhu celé poporodní doby chodí ženu sledovat a kontroluje stahování dělohy, krvácení a fyziologické funkce (Procházka, 2020). Po 2 hodinách předává porodní asistentka ženu do péče na stanici šestinedělí

(Dušová et al., 2019).

## **1.2 Porodní bolest**

Porodní bolest je nezvyklým projevem bolesti organismu, protože nevzniká z důvodu nemoci, ale v největší pravděpodobnosti se jedná o účelnou reakci chystající těhotnou ženu k porodu (Pařízek, 2015). Porodní bolest je způsobována děložními kontrakcemi a dilatací měkkých porodních cest, a proto jsou často při porodu používány různé metody k tlumení porodní bolesti (Málek, 2016). Bolest patří do skupiny příznaků, které žena vnímá subjektivně, záleží tedy na sociálních a etnických vlivech, zkušenostech ženy a také typu porodu (Francáková, Procházka, 2016). Vnímání porodní bolesti se liší u nulipar a multipar (Roztočil, 2017). Stres je jedním z hlavních faktorů, který negativně ovlivňuje vnímání bolesti (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Bolest vzniká v důsledku podráždění volných zakončení nervů aferentních vláken neboli nocireceptorů (nocisenzorů), které rozdělujeme na 3 skupiny, polymodální nocisenzory, vysokoprahové mechanické nocisenzory a vlastní nocisenzory, které mohou být podrážděny různými stimuly – chemickými, tepelnými a mechanickými (Rokyta, 2016). Při děložních kontrakcích dochází k podráždění vysokoprahových mechanických nocisenzorů, které reagují na mechanické podněty, a poté také k podráždění vlastních nocisenzorů, které reagují na bolestivý podnět (Pařízek, 2012). Ze začátku porodu je porodní bolest charakteristická bolestí v podbříšku, v kříži a v tříselech, před koncem první doby porodní je bolest intenzivnější a může vystřelovat směrem na vnitřní stranu stehen a do zevních rodidel (Roztočil, 2017).

## **1.3 Metody tlumení bolesti**

Metod, které tlumí porodní bolest, je v dnešní době již celá řada (Pařízek, 2014). Tyto metody se od sebe navzájem liší podle délky analgetického působení, účinnosti a technické náročnosti (Hájek et al., 2014). Metody porodnické analgezie se rozdělují do dvou skupin, na farmakologické a nefarmakologické (Hanáková et al., 2015). Pokud je metoda tlumení porodní bolesti podána správným způsobem a ve správný čas, potom může tlumení porodní bolesti, vedle dalších pozitivních vlastností, přispět ke snížení rizika vzniku porodních komplikací u matky i u dítěte (Hájek et al., 2014).

Velmi důležitá je spolupráce porodníka s anesteziologem, přičemž při rozvoji intenzivních bolestí nebo nutnosti operačního zákroku je role anesteziologa významná

a v některých případech i rozhodující (Barash et al., 2015). Proto je důležité, aby byl anesteziolog seznámen alespoň se základy fyziologického a patologického průběhu porodu, a naopak porodník by se měl orientovat v základních zásadách analgezie a anestezie (Roztočil, 2017). Mezi základní zásady pro použití analgetických metod při porodu zařazujeme metody, které nesmí nijak ovlivnit zdraví ženy ani plodu, musí být analgeticky účinné a nesmí podstatně ovlivnit činnost dělohy (Pařízek, 2014).

### **1.3.1 Farmakologické metody**

Mezi farmakologické metody tlumení bolesti zařazujeme např. systémovou analgezií (Pařízek, 2012). Vzhledem k tomu, že je porodní bolest jednou z nejintenzivnějších, bývají často aplikována nejsilnější analgetika, opioidy (Roztočil, 2017). Sedativy lze ovlivnit výraznou psychickou tenzí ženy (Roztočil, 2017). Je však velmi důležité mít na paměti efekt podané látky, který může negativně ovlivnit nejen ženu, ale i plod a jeho poporodní adaptaci (Frančáková, Procházka, 2016).

K útlumu bolesti během spontánního vaginálního porodu můžeme použít metodu tzv. porodnické analgezie (Procházka, 2020). Do této metody zařazujeme právě epidurální analgezií, dále také kaudální analgezií, subarachnoidální analgezií, paracervikální blok, intramuskulární aplikaci neurolept-analgetických směsí nebo intravenózní aplikaci opioidů (Binder, 2015). *Z porodnického hlediska je ideální přistoupit k analgezií v době, kdy je porod již v běhu, hlavička těsně naléhá, je odteklá plodová voda a branka je o průměru 4–5 cm. Příliš brzká aplikace může paradoxně průběh porodu zbrzdit (Binder, 2015, s. 279).*

Mezi opioidy zařazujeme např. Pethidin, který je svým účinkem podobný morfinu a dříve byl nejpoužívanějším analgetikem při porodu (Hájek et al., 2014). Rychle prostupuje přes placentu a jeho hlavními nevýhodami jsou útlum dechového centra nebo vyvolání dráždivé reakce u novorozence, protože se jeho zbytky vylučují mateřským mlékem (Pařízek, 2015). Dnes je již jeho použití považováno za zastaralé a neúčinné (Roztočil, 2017). Dalším opioidním analgetikem je Nalbufin, který je rychleji odbouráván a má především daleko menší vliv na dechové centrum (Vavřínková et al., 2010). Nalbufin může být dobrou alternativou farmakologických metod tlumení bolesti (Vavřínková et al., 2010). Prostupuje placentou stejně jako Pethidin a navozuje vyšší úlevu od porodní bolesti (Roztočil, 2017). Jeho výhodami je dostupnost a korigovatelnost analgezie, kterou je možné podat ve formě intravenózní kapénkové

infuze (Vavřínková et al., 2010). Mezi slabé opioidy patří Tramadol, který nezpůsobuje útlum dýchání, méně často působí zácpu a minimálně ovlivňuje krevní oběh (Pařízek, 2015).

#### ***1.4 Definice epidurální analgezie***

Epidurální analgezie je jednou z neúčinnějších a nejpoužívanějších farmakologických metod k tlumení porodní bolesti (Pařízek, 2015). Představuje volbu farmakologické analgezie, která s sebou nese minimální riziko pro matku i plod (Gregora, Velemínský, 2011). Příznivými vlastnostmi, které s sebou epidurální analgezie nese, je zlepšení uteroplacentární perfuze během porodu, snižuje zatížení kardiovaskulárního a respiračního systému ženy, snižuje výskyt poporodní deprese a samozřejmě tlumí porodní bolest (Nosková et al., 2019). Mezi druhy epidurální analgezie patří pacientem řízená epidurální analgezie, která ženám poskytuje optimální úlevu od bolesti a umožňuje účastnit se na vlastní analgezii, to z ní dělá jednu z velmi účinných metod (Marijic et al., 2013).

V roce 2011 v České republice proběhla studie OBAAMA-CZ, která prokázala aplikaci epidurální analgezie pouze u 12,5 % žen při porodu (Nosková et al., 2019). Při opakovaném sledování v roce 2015 bylo číslo dokonce ještě nižší, a jelikož příčina není zcela jistá, otázkou zůstává, na jaké straně je problém (Nosková et al., 2019).

Při epidurální analgezii dochází k přechodnému zastavení vedení nervových vzruchů, které je způsobené aplikací injekce anestetika a silného analgetika do epidurálního prostoru (Binder, 2015). Tím se odstraní bolestivé vjemy při kontrakcích dělohy a dilataci děložního hrdla (Binder, 2015). Zlepší se tak naše spolupráce se ženou, samotný průběh porodu, stav novorozence a jeho poporodní adaptace (Pařízek, 2015).

Epidurální prostor se nachází mezi tvrdou plenou a okrajem páteřního kanálu (Pařízek, 2012). Kaudálně je ohraničen sakrokokcygeálním vazem a kraniálně foramen magnum, vzadu je ohraničen obratlovými pedikly a žlutým vazem a tuk je nerozšířenější tkání epidurálního prostoru (Barash et al., 2015). Obtížná punkce epidurálního prostoru nastává u žen, které mají skoliózu, osteofyty, Bechtěrevovu nemoc, nebo u extrémně obézních a problémová aplikace epidurálního katétru může být také příčinou epidurálních srůstů nebo sept (Michálek et al., 2012).

Epidurální analgezie umožňuje ženě komfort jak během porodu, tak i v poporodním

období, nebo pokud se rozšíří na anestezii, tak dokonce i při císařském řezu (Hájek et al., 2014). Žena by o této metodě měla být souhrnně informována a před tím, než bude s aplikací souhlasit, by se měla důkladně seznámit s postupem aplikace epidurální analgezie a dle svého rozhodnutí podepsat informovaný souhlas (Koudelková, 2013). Epidurální analgezie může být aplikována v případě, kdy byla žena o metodě dostatečně informována a podepsala informovaný souhlas (Hanáková et al., 2015). Dalšími podmínkami jsou otevřená porodní branka na 3–4 cm u nulipar nebo na 2–3 cm u multipar, naléhající část plodu vstoupá do pánevního vchodu a 30 minut před nebo 30 minut po protržení vaku blan (Hanáková et al., 2015).

Účinek se dostavuje relativně pomalu, přibližně po 15–20 minutách, ale zato déle přetrvává (Roztočil, 2017). Epidurální analgezie má velký analgetický účinek, až 90 % (Pařízek, 2015). Epidurální katétr zůstává zavedený po celou dobu porodu, takže je možné přidání účinné látky např. při šití porodního poranění (Jindrová et al., 2016). Dobu, kdy se epidurální analgezie aplikuje, určuje porodník, který porod vede, nicméně samotný postup zavedení pak provádí anesteziolog (Gregora, Velemínský, 2013).

#### ***1.4.1 Postup aplikace epidurální analgezie***

Anesteziologická sestra, která asistuje anesteziologovi, si připraví infuzní roztok dle ordinace lékaře např. F1/1 1000 ml a intravenózní kanylu (Koudelková, 2013). Na sterilní stolek si dále připraví sterilní rukavice, sterilní tampony, jednorázové rouškování, emitní misku, 1 stříkačku o objemu 10 ml a 1 jehlu na provedení lokální anestezie, dále 1 jehlu na nasátí anestetika, podávkové kleště na dezinfekci kůže, dezinfekční roztok podle zvyklosti nemocnice, Tuoyho epidurální jehlu, epidurální katétr, bezodporovou stříkačku, filtr, sterilní zámek na místo vpichu, 1% nebo 2% Mezocain a směs opioidů dle ordinace lékaře např. Sufentanyl, Bupivakain, Ropivakain, Marcain, Fentanyl, Morfin nebo Chirocain. Poslední pomůcky, které sestra připraví, jsou sterilní krytí a nedráždivá náplast na místo vpichu (Koudelková, 2013).

Aplikace epidurální analgezie probíhá za přísných sterilních podmínek, kdy se 3x provede dezinfekce kůže a poté se umístí ženě sterilní rouška přes celá záda (Jindrová et al., 2016). Nejdříve anesteziolog provede lokální anestezii kůže a podkoží Mezocainem a chvíli počká, než začne anestetikum působit (Koudelková, 2013). Následně zavádí Tuoyho epidurální jehlu kolmo do epidurálního prostoru (Koudelková, 2013). Metoda, kdy anesteziolog zjišťuje pomocí bezodporové stříkačky, zda se nachází v epidurálním

prostoru, se nazývá technika „ztráty odporu“ (Pařízek, 2012). Punkce se provádí v oblasti L2 – L3, L3 – L4 nebo L4 – L5 (Jindrová et al., 2016). Průsvitem epidurální jehly se zavede epidurální katétr, na který se následně připojí filtr a aplikuje se směs analgetik a anestetik (Pařízek, 2015). Epidurální směs může tvořit 10–12 ml 0,1% Bupivakainu s 10 µg Sufentanylu (např. Bupivakain 0,5 % 2,5 ml + Sufentanyl 2 ml + F1/1 7,5 ml) (Jindrová et al., 2016). Epidurální katétr s filtrem se přilepí na záda a rameno ženy pomocí nedráždivé náplasti (Hájek et al., 2014). Anesteziolog zavádí epidurální katétr o 1–2 cm hlouběji, protože má žena v průběhu aplikace děložní kontrakce, a často tak uvolní požadovanou polohu (Jindrová et al., 2016). Jedna dávka epidurální směsi je účinná většinou 60–120 min, další dávku lze nejdříve přidat po 30 minutách a od třetí přidané dávky je již směs bez opioidu (Jindrová et al., 2011).

#### ***1.4.2 Indikace a kontraindikace epidurální analgezie***

Jednou z hlavních indikací epidurální analgezie je dosažení vysoce účinné analgezie (Hanáková et al., 2015). Samozřejmě ani porod s epidurální analgezií není zcela bez bolesti, jelikož je nutné, aby žena cítila nějakou bolest, z důvodu správné spolupráce a techniky při tlačení, kde je nezbytné správně zapojit břišní lis (Hájek et al., 2015). Epidurální analgezií je doporučeno aplikovat ženám se zdravotními nebo porodnickými problémy, jako jsou kardiovaskulární nebo plicní onemocnění, diabetes mellitus, epilepsie, oční choroby, onemocnění jater nebo preeklampsie (Pařízek, 2015). Jednou z možných indikací je také fyzické vyčerpání ženy (Pařízek, 2012). Dalšími indikacemi je předčasný nebo opožděný porod, porod dvojčat, porod koncem pánevním nebo nepravidelnosti placenty (Hájek et al., 2014). Dále také, pokud porod trvá příliš dlouho nebo byl uměle vyvolán (Hanáková et al., 2015).

Z hlediska kontraindikací je na prvním místě nesouhlas ženy s aplikací epidurální analgezie (Pařízek, 2015). Dále se do kontraindikací zařazují infekční komplikace, jako je sepse nebo infekce v místě vpichu (Binder, 2015). Epidurální analgezie by neměla být aplikována u žen, které mají alergii na používané anestetikum nebo při poruchách krevní srážlivosti ženy (Nosková et al., 2019). Epidurální analgezie je kontraindikována v případě akutní hypoxie plodu, předčasného odlučování placenty, rychlého překotného porodu nebo v případě krvácení ženy z neznámého důvodu (Hájek, 2014).



### ***1.4.3 Výhody a nevýhody epidurální analgezie***

Jednou z hlavních výhod epidurální analgezie je velmi účinné tlumení porodní bolesti a působení volitelně dlouhou dobu (Pařízek, 2015). Pokud se aplikuje ve správný čas, neprodlužuje ani nezkracuje porod a nezvyšuje počet instrumentálních nebo operačních porodů, jako je císařský řez, vakuumextrakce nebo použití porodnických kleští (Hájek et al., 2014). Epidurální analgezie také napomáhá k lepšímu zásobení plodu kyslíkem a dalšími živinami, v důsledku většího prokrvení placenty a dělohy (Samanta et al., 2016). Především tato metoda usnadňuje průběh porodu, protože způsobuje zvýšené prokrvení pánve, a tím uvolňuje svaly porodních cest (Pařízek, 2015). Například kontinuální epidurální infuze s Ropivakainem zlepšuje fetoplacentární perfuzi (Samanta et al., 2018).

Nevýhodou epidurální analgezie může být personální nedostupnost (Hájek et al., 2014). To znamená, že epidurální analgezie může být aplikována pouze v případě, je-li ve zdravotnickém zařízení přítomen zkušený anesteziolog (Pařízek, 2015). Nevýhodou je rovněž technika podání, protože se epidurální analgezie aplikuje v průběhu samotného porodu, kdy žena prožívá děložní kontrakce, a je tak velmi obtížné ji udržet v klidu a ve správné poloze (Pařízek, 2012). Nevýhodou této metody je také možný pokles krevního tlaku u ženy (Hájek et al., 2014). Z hlediska kontrakcí může také dojít k jejich oslabení, v tomto případě se ženě podává infuze s oxytocinem (Pařízek, 2015). Nejčastější nevýhodou je bolest hlavy neboli postpunkční cefalea, z důvodu poškození míšních obalů (Pařízek, 2012). I přesto, že si ženy epidurální analgezi ve většině nemocnic nemusí doplácat, je stále jednou z nejdražších metod (Hájek et al., 2014).

### ***1.4.4 Komplikace epidurální analgezie***

Komplikace lze rozdělit na časné a pozdní (Binder, 2015). Mezi časné komplikace lze zahrnout hypotenzi, selhání metody, spinální blokádu nebo toxicitu lokálního anestetika (Binder, 2015). Pokud dojde k selhání metody, je nutné zvážit další pokus vzhledem k nálezům a průběhu porodu (Nosková et al., 2019). Do pozdních komplikací lze zahrnout epidurální absces, epidurální hematom nebo postpunkční cefaleu (Nosková et al., 2019). Bolest hlavy vzniká v souvislosti s punkcí epidurálního prostoru, následkem poškození dura mater (Pařízek, 2012). K postpunkčním bolestem hlavy dochází, pokud je žena ve vertikální poloze (Šťourač et al., 2014). Pro odeznění bolesti je tedy nutné uložit ženu do horizontální polohy, která je jedním z řešení postpunkční cefaley (Pařízek, 2012).

Dalším řešením bolestí hlavy jsou běžné analgetikum (paracetamol, ibuprofen), dostatek tekutin nebo nápoje obsahující kofein (Šťouráč et al., 2014).

Jiné komplikace, které může epidurální analgezie vyvolat, jsou neschopnost močit nebo moč udržet, svědění, třes, útlum, nevolnost, zvracení nebo může také dojít ke zvýšení tělesné teploty (Buckley, 2016).

#### ***1.4.5 Péče porodní asistentky o ženu s epidurální analgezií***

Nejdůležitějším aspektem je správná komunikace se ženou a edukace (Dušová et al., 2019). Pokud se žena rozhodne pro epidurální analgezií, je nutné, aby porodní asistentka a následně také anesteziolog podali ženě všechny informace týkající se této metody (Čermáková, 2017). Lékař dá následně ženě podepsat informovaný souhlas, jehož součástí jsou informace o této metodě (co je epidurální analgezie, způsob podání, jak dlouho působí, výhody, možné komplikace, kontraindikace) (Dušová et al., 2019). Pro správný způsob aplikace je velmi důležitá poloha ženy (Pařízek, 2012). Žena leží na boku, hlavu si položí na hrudník, kolena přitáhne k sobě a zaujme tzv. „kočičí hřbet“ (Pařízek, 2015). Je nutné sdělit ženě, aby upozornila na začátek kontrakce a anesteziolog tak mohl na chvíli aplikaci přerušit (Dušová et al., 2019). Porodní asistentka také edukuje ženu, že je nutné hlásit jakoukoliv odchylku od normálu (nevolnost, bolesti hlavy, brnění končetin) (Dušová et al., 2019). Porodní asistentka následně ženu uloží do polohy na zádech, změří krevní tlak, pulz a sleduje celkový stav ženy a charakter děložních kontrakcí po celou dobu (Pařízek, 2012).

V žádném případě by porodní asistentka neměla zlehčovat bolest ženy, a pokud si žena přeje epidurální analgezií, neměla by jí její rozhodnutí rozmlouvat (Kameníková, 2015). Naopak, pokud si žena epidurální analgezií nepřeje, neměla by porodní asistentka ženu do ničeho nutit, proto je důležité ke každé ženě přistupovat individuálně (Kameníková, 2015).

#### ***1.5 Nefarmakologické metody***

Do nefarmakologických metod lze zahrnout předporodní kurzy, hydroterapii, polohování, masáže, aromaterapii nebo muzikoterapii (Hanáková et al., 2015). Nefarmakologické metody bývají považovány z hlediska analgetického účinku za méně účinné než metody farmakologické (Roztočil, 2017). Ovšem pokud je hlavním cílem

zvýšit komfort ženy při porodu, pak např. hypnóza může u ženy vyvolat lepší výsledky než systémové podání opioidů (Roztočil, 2017).

Do nefarmakologických metod bychom mohli zařadit již předporodní kurzy (Hájek et al., 2014). Předporodní kurzy vedou porodní asistentky (Pařízek, 2015). Kurzy zahrnují jak teoretickou část, kde se ženy dozví všechny potřebné informace o těhotenství, průběhu porodu a šestinedělí, tak i praktickou část, kde si nacvičí správné techniky dýchání a relaxaci během porodu a vyzkouší si také úlevové polohy (Pařízek, 2012).

Jednou z nejpoužívanějších nefarmakologických metod tlumení porodní bolesti je hydroanalgezie (Čermáková, 2017). Koupele nebo pouze sprcha teplou či vlažnou vodou na břicho a bederní oblast dokážou uvolnit nejen fyzické, ale i psychické napětí ženy (Pařízek, 2012). Výhodami této metody je jednoduché použití a nulové ovlivnění ženy a plodu (Pařízek, 2014). Nevýhodou hydroterapie je nízký účinek analgezie (Hájek et al., 2014).

Velmi důležitá je při porodu také neomezená volnost pohybu (Čermáková, 2017). Vhodné je také střídání různých poloh (Bašková, 2015). Zamezí se tak poruchám prokrvení dělohy, placenty a sekundárně i plodu okysličenou krví, které by mohly vzniknout při poloze na zádech (Hájek et al., 2014). Při poloze vsedě nebo vestoje se mění anatomické poměry v pánvi ženy (Mander, 2014). Zvětšuje se prostor v pánvi a hlavně se snižuje tlak naléhající části plodu na svaly a nervy v křížové oblasti (Hájek et al., 2014). Sed na relaxačním balonu nebo chůze tak pomáhají nejen odstraňovat zmíněné nepravidelnosti, ale také zmírňují porodní bolest (Čermáková, 2017). Poloha vsedě je účinnější než poloha vleže, protože dochází k zvětšení příčného průměru pánevního východu, zvětšení přímého průměru pánevního východu, rozložení hmotnosti ženy na sedací hrboly a celkově se tak zvětší prostor pánve (Matulníková, 2011).

Do nefarmakologických metod patří také relaxační masáže (Hanáková et al., 2015). Masáže dokážou uvolnit jak fyzické, tak i psychické napětí a únavu u ženy (Seidlová, 2014). Masáž má relaxační a uklidňující účinky a při její aplikaci lze plně využít partnera ženy (Čermáková, 2017). Pro relaxační masáže se mohou použít aromaoleje, masážní emulze nebo různé masážní míčky a válečky (Čermáková, 2017). Doprovod nebo porodní asistentka masíruje především bederní oblast, záda a šiji, které jsou při

porodu bolestivé (Seidlová, 2014). Může se však provádět také relaxační masáž břicha, dolních končetin a obličeje, která se provádí formou hlazení (Seidlová, 2014).

Další metodou tlumení porodní bolesti bez použití farmak je aromaterapie (Čermáková, 2017). Aromaterapie je alternativní metodou, která využívá účinky éterických olejů, tyto oleje mají schopnost ovlivnit tělesné i psychické funkce organismu a působí také na emoční stránku ženy (Bašková, 2015). K uvolňování olejů se používají tzv. aromalampy nebo je lze vtírat do kůže (Stadelmann, 2017). Dokážou například zklidnit nebo naopak posílit děložní činnost ženy (Seidlová, 2014). Nejčastější éterické oleje jsou z citronu, pomeranče, mandarinky, eukalyptu, tymiánu, šalvěje, jasmínu, heřmánku nebo levandule (Bašková, 2015).

Do nefarmakologických metod lze také v neposlední řadě zahrnout audioanalgezi (Hanáková et al., 2015). Muzikoterapie stejně jako většina nefarmakologických metod pomáhá uvolnit fyzické i psychické napětí. Během poslouchání oblíbené hudby dochází k přenosu tzv. bílého šumu, a tak dochází ke zmírnění pocitu bolesti (Pařízek, 2015). Nevýhodou muzikoterapie je nízký analgetický účinek, a proto se doporučuje, aby tato metoda byla využívána jako doplňující metoda systémové analgezie (Pařízek, 2012).

## **2 Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit, zda ženy využívají epidurální analgezií při porodu.

Cíl 2: Zjistit spokojenost žen s účinky epidurální analgezie při porodu.

Cíl 3: Zjistit, zda ženy po aplikaci epidurální analgezie s porodními asistentkami lépe spolupracují.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1: Prvorodičky využívají častěji epidurální analgezií než vícero-dičky.

Hypotéza 2: Mladší ženy (do 30 let) jsou s účinky epidurální analgezie při porodu spokojenější než starší ženy (nad 30 let).

Hypotéza 3: Ženy s epidurální analgezií při porodu lépe spolupracují s porodními asistentkami než ženy bez epidurální analgezie.

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

*Aplikace:* je podání léku, injekce nebo uplatnění nějaké metody.

*Epidurální analgezie:* je místní anestetikum s přidaným opioidem, které se aplikuje do epidurálního prostoru.

*Porod:* je soubor několika dějů, který končí narozením živého nebo mrtvého novorozence.

*Prvorodička:* je žena, která rodila poprvé.

*Spolupráce:* je součinnost lidí, kteří mají zájem na efektivním výsledném produktu svých společných činností.

*Vícero-dička:* je žena, která rodila vícekrát.

### **3 Metodika výzkumu**

#### **3.1 Metodika a technika výzkumu**

Pro výzkumnou část bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření. Ke sběru dat byly vybrány anonymní dotazníky vlastní konstrukce. Dotazníky byly zvoleny metodou online za předpokladu sběru většího množství dat a z důvodu 100% návratnosti, než jaká by byla u tištěného dotazníku.

Dotazník určený pro ženy (Příloha 2) obsahoval celkem 22 otázek, z toho bylo 18 uzavřených, 3 polootevřené a 1 otevřená otázka. Otázky byly především směřovány k ženám, jež při svém porodu využily možnost epidurální analgezie.

Druhý dotazník, který byl určen pro porodní asistentky pracující na porodním sále (Příloha 3), obsahoval 14 otázek, z toho bylo 11 uzavřených, 2 polootevřené a 1 otevřená otázka. Dotazník byl rozdělen na dvě části, kdy první část se týkala základních informací (věk, vzdělání, délka výkonu práce na porodním sále) a druhá část dotazníku se zaměřila na samotnou epidurální analgezii (spokojenost s účinky, využívání metody).

Oba dotazníky byly šířeny elektronickou formou prostřednictvím sociální sítě Facebook, přes několik uzavřených skupin. Dotazník určený ženám byl rozesílán do skupin, jež tvořily nastávající matky, ale také ženy po porodu. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 205 žen. Zpracování dotazníku proběhlo pomocí programu Microsoft Excel. Odpovědi jsou zpracovány pomocí grafického vyobrazení a doplněny o slovní komentář. Dotazník určený porodním asistentkám byl rozesílán do soukromých skupin na sociální síti Facebook a na porodní sály. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 102 porodních asistentek. Dotazník byl zpracován pomocí programu Microsoft Excel. Odpovědi jsou graficky zpracovány a doplněny o slovní komentář.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor dotazníku pro ženy tvořilo 205 žen. Respondentky odpovídaly na otázky přes sociální síť Facebook, prostřednictvím uzavřených skupin. Dotazník byl určen především ženám se zkušeností s epidurální analgezií při porodu, ale mohly jej vyplnit také ženy bez této zkušenosti. Největší zastoupení z celkového počtu

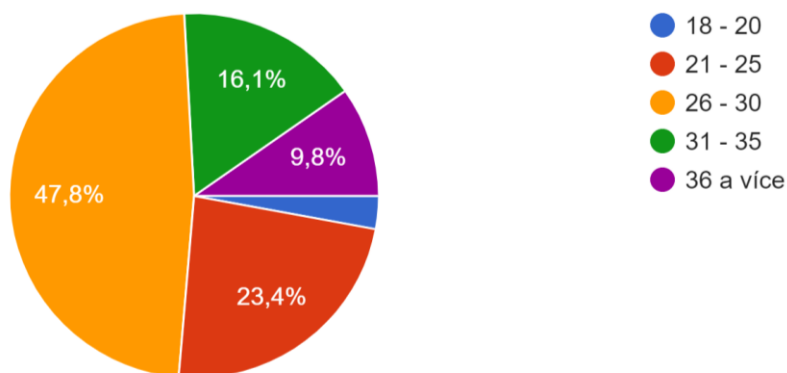
respondentek měly ty ve věkovém rozmezí mezi 26 až 30 lety. Nejvíce pak byly zastoupeny ženy se středoškolským vzděláním s maturitou.

Výzkumný soubor druhého dotazníku tvořilo 102 porodních asistentek. Respondentky na otázky odpovídaly prostřednictvím skupin na sociální síti Facebook a na porodních sálech. Dotazník byl určen porodním asistentkám pracujícím na porodním sále. Největší zastoupení měly porodní asistentky ve věkovém rozmezí mezi 20 až 30 lety.

## 4 Výsledky

### 4.1 Grafické výsledky výzkumného souboru žen

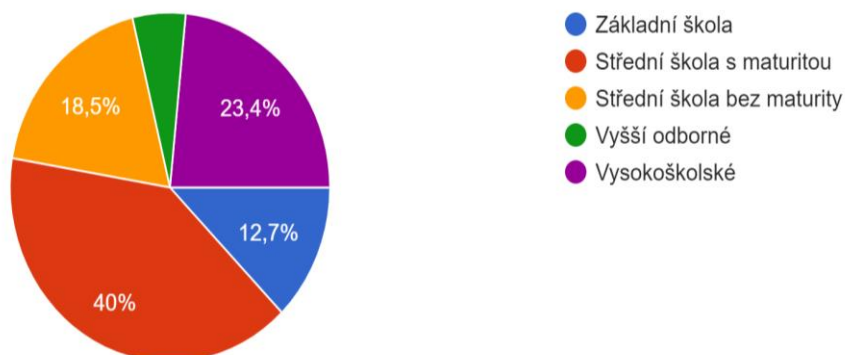
Graf 1 Věk



Zdroj: Vlastní

Graf 1 popisuje procentuální zastoupení jednotlivých věkových kategorií respondentek. Z celkového počtu 205 (100 %) žen bylo 6 (2,9 %) ženám mezi 18 až 20 lety. Věková kategorie 21 až 25 let byla zastoupena 48 (23,4 %) ženami. Největší zastoupení měly ženy mezi 26 až 30 lety, těch bylo 98 (47,8 %). Žen ve věku 31 až 35 let bylo 33 (16,1 %). Věkovou kategorií žen starších 36 let tvořilo 20 (9,8 %) respondentek. Nejpočetnější skupinou byly tedy ženy ve věkovém rozmezí mezi 26 až 30 lety. Naopak nejméně početnou skupinu tvořily mladé ženy ve věku 18 až 20 let.

Graf 2 Vzdělání

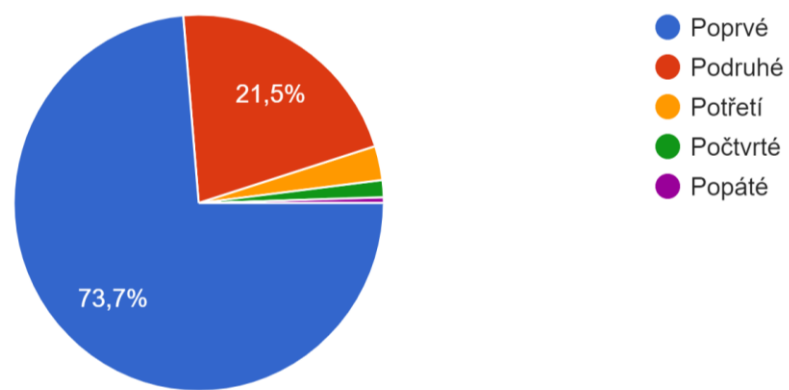




Zdroj: Vlastní

Graf 2 zobrazuje nejvyšší ukončené vzdělání respondentek. Z celkového počtu 205 (100 %) žen mělo ukončené základní vzdělání 26 (12,7 %) žen. Středoškolské vzdělání s maturitou dosáhlo 82 (40 %) žen. Střední školu bez maturity mělo z celkového počtu respondentek 38 (18,5 %) žen. Nejméně zastoupenou skupinou pak bylo 11 (5,4 %) žen s ukončenou vyšší odbornou školou. Dosažení vysokoškolského vzdělání uvedlo 48 (23,4 %) žen.

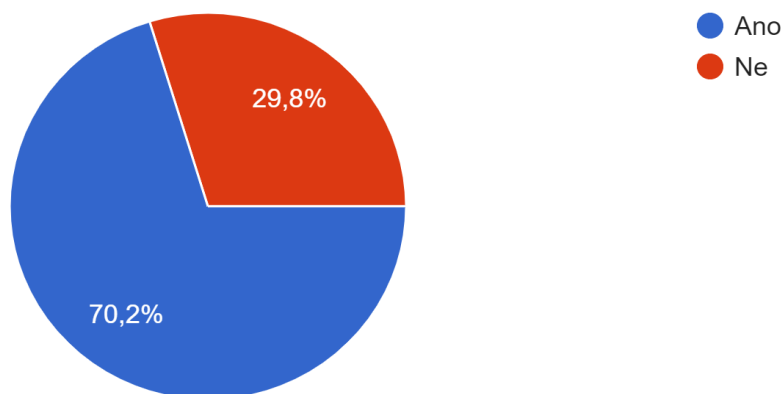
### Graf 3 Porod



Zdroj: Vlastní

Graf 3 zobrazuje, pokolikáté respondentka naposledy rodila. Nejpočetnější skupinou byly ženy rodící poprvé. Z celkového počtu 205 (100 %) respondentek rodilo 151 (73,7 %) žen poprvé. Podruhé při svém posledním porodu rodilo 44 (21,5 %) žen. 6 (2,9 %) respondentek uvedlo, že při posledním porodu rodily potřetí. Počtvrté rodily pouze 3 (1,5 %) ženy a nejméně početnou skupinou byly ženy, které rodily popáté. To byla pouze 1 (0,5 %) žena.

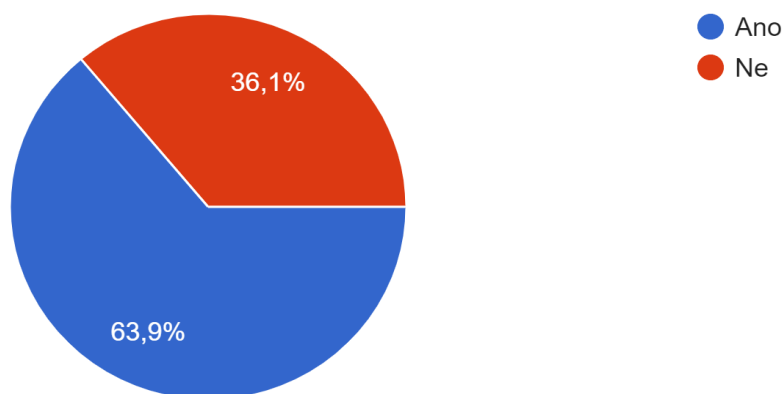
#### Graf 4 Přirozený porod



Zdroj: Vlastní

Graf 4 znázorňuje, zda tázané respondentky rodily spontánně, nebo po indukci. Z celkového počtu 205 (100 %) žen odpovědělo 144 (70,2 %) respondentek „Ano“ pro spontánní porod a 61 (29,8 %) žen odpovědělo „Ne“, tedy rodily po indukci.

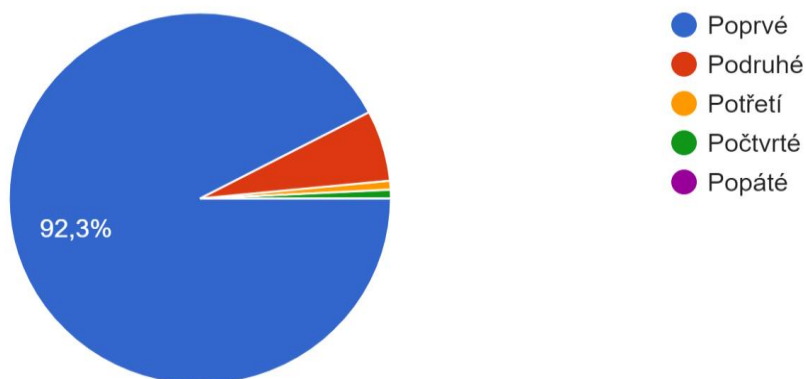
#### Graf 5 Využití epidurální analgezie



Zdroj: Vlastní

Graf 5 pojednává o tom, zda ženy využily během svého porodu možnost epidurální analgezie. Z celkového počtu 205 (100 %) respondentek odpovědělo 131 (63,9 %) žen „Ano“ a 74 (36,1 %) žen uvedlo odpověď „Ne“.

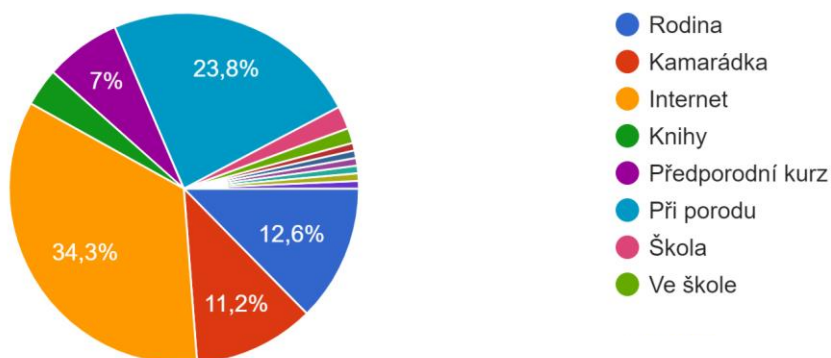
### Graf 6 Spojitost počtu porodů s epidurální analgezií



Zdroj: Vlastní

Graf 6 se již týkal pouze žen, které při svém porodu využily epidurální analgezií. Graf 6 mapuje pokolikáté ženy rodily, když využily možnost epidurální analgezie. Z počtu 130 žen rodilo 120 (92,3 %) respondentek poprvé. Epidurální analgezií u svého druhého porodu využilo 8 (6,2 %) žen. U třetího porodu využila epidurální analgezií pouze 1 (0,8 %) žena. Stejně tak 1 (0,8 %) respondentka rodila počtvrté, když si u svého porodu nechala aplikovat epidurální analgezií. Možnost „Popáté“ nevedla žádná z tázaných respondentek.

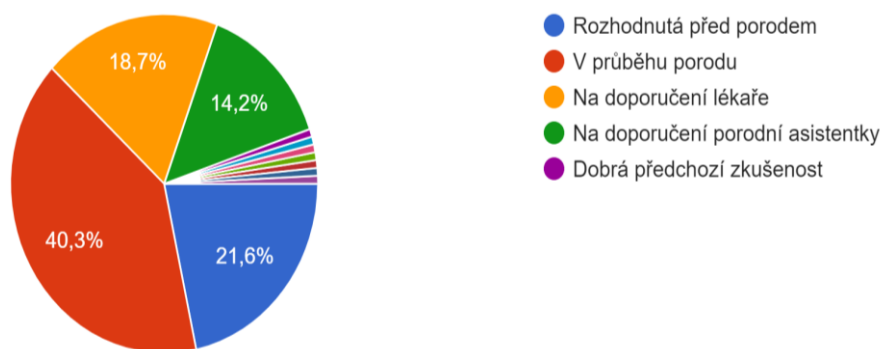
### Graf 7 Zdroj informací o epidurální analgezií



Zdroj: Vlastní

Graf 7 zobrazuje, kde se respondentky o epidurální analgezií dozvěděly. Z počtu 143 žen jich 18 (12,6 %) uvedlo rodinu. O epidurální analgezií od své kamarádky se dozvědělo 16 (11,2 %) žen. Internet jako zdroj informací o epidurální analgezií uvedlo 49 (34,3 %) žen. 5 (3,5 %) respondentek zmínilo možnost knihy, 10 (7 %) žen odpovědělo předporodní kurz a 34 (23,8 %) žen se o epidurální analgezií dozvědělo až při porodu. Zbýlý počet žen uvedl jiné odpovědi: škola (7x), od gynekologa (1x), sama o tom věděla (1x).

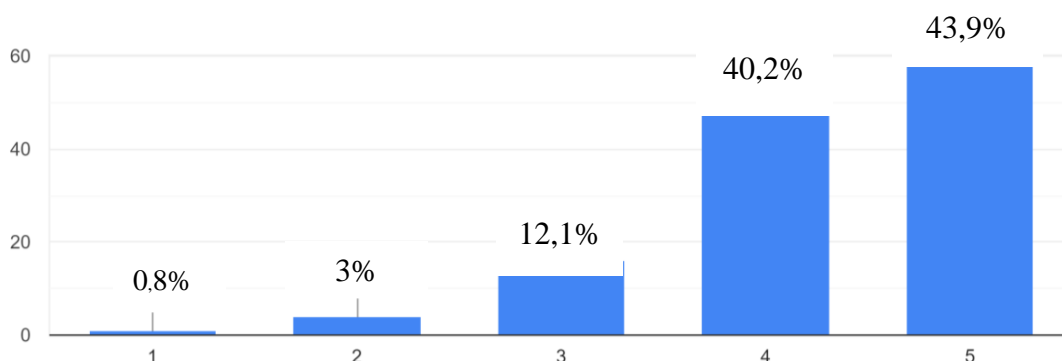
### Graf 8 Vliv rozhodnutí pro epidurální analgezií



Zdroj: Vlastní

Graf 8 ukazuje, co ovlivnilo rozhodnutí žen využít epidurální analgezií při porodu. Z počtu 134 (100 %) respondentek bylo 29 (21,6 %) žen rozhodnuto pro epidurální analgezií již před porodem, 54 (40,3 %) žen se rozhodlo v průběhu porodu, 25 (18,7 %) žen dalo na doporučení lékaře. Po doporučení porodní asistentky se pro epidurální analgezií při porodu rozhodlo 19 (14,2 %) respondentek. 1 (0,7 %) žena se rozhodla po dobré předchozí zkušenosti. Zbytek respondentek zvolilo jiné odpovědi: epidurální analgezií nedali (1x), několikadenní kontrakce (2x), vlastní rozhodnutí (1x), dvojčata (1x) a všechny možnosti dohromady (1x).

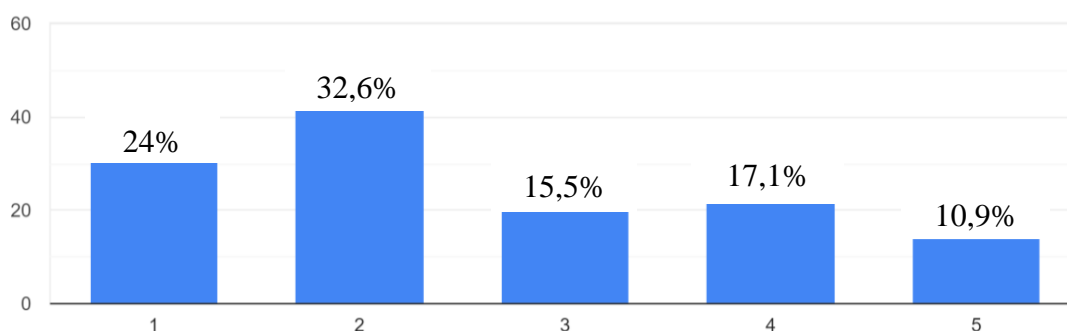
### Graf 9 Hodnocení bolesti před aplikací epidurální analgezie



Zdroj: Vlastní

Graf 9 znázorňuje hodnocení porodní bolesti před aplikací epidurální analgezie, kdy hodnocení probíhalo jako ve škole. Z počtu 132 (100 %) žen udělila 1 (0,8 %) žena známku 1 pro slabou bolest, 4 (3 %) ženy uvedly známku 2, 16 (12,1 %) žen hlasovalo pro známku 3, 53 (40,2 %) respondentek hodnotilo bolest známkou 4 a nejpočetnější skupinou bylo 58 (43,9 %) žen, které ohodnotily bolest známkou 5 jako nesnesitelnou.

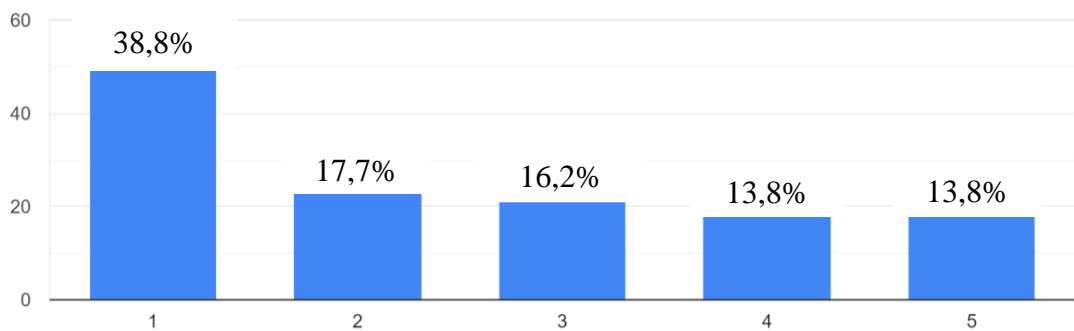
### Graf 10 Hodnocení účinku epidurální analgezie při porodu



Zdroj: Vlastní

Graf 10 zobrazuje hodnocení účinku epidurální analgezie při porodu. Respondentky hodnotily účinek jako ve škole. Z počtu 129 žen hodnotilo 31 (24 %) žen účinek epidurální analgezie známkou 1, nejčastěji hodnotily známkou 2, a to 42 (32,6 %) žen. 20 (15,5 %) respondentek udělilo známkou 3, 22 (17,1 %) žen známkou 4 a nejhorší známkou 5 hodnotilo účinek epidurální analgezie 14 (10,9 %) žen.

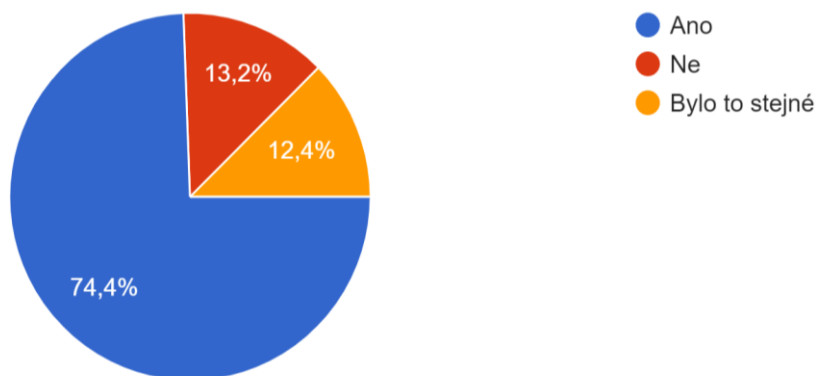
### **Graf 11 Hodnocení celkové spokojenosti s epidurální analgezií při porodu**



Zdroj: Vlastní

Graf 11 ukazuje spokojenost tázaných žen s epidurální analgezií při porodu. Hodnocení probíhalo opět jako ve škole. Z počtu 130 žen hodnotilo nejvíce respondentek svou spokojenost známkou 1, a to 50 (38,5 %) žen. 23 (17,7 %) žen dalo známkou 2, 21 (16,2 %) žen přiřadilo známkou 3, 18 (13,8 %) žen hodnotilo známkou 4 a nejhorší známkou 5 hodnotilo svou spokojenost 18 (13,8 %) respondentek.

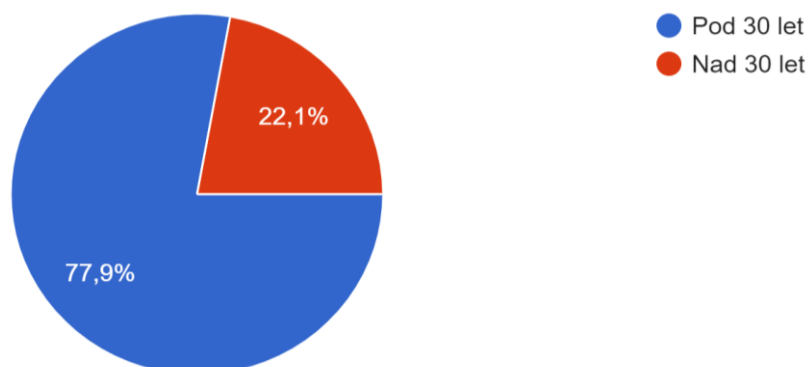
## Graf 12 Úleva od bolesti po aplikaci epidurální analgezie



Zdroj: Vlastní

Graf 12 znázorňuje, zda respondentky cítily úlevu od bolesti po aplikaci epidurální analgezie. Z počtu 129 žen 96 (74,4 %) respondentek odpovědělo „ano“, 17 (13,2 %) žen odpovědělo „ne“ a 16 (12,4 %) žen se cítilo stejně jako před aplikací epidurální analgezie.

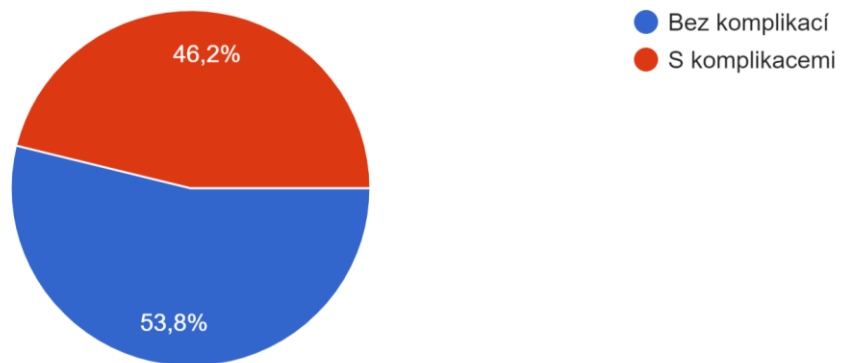
## Graf 13 Věková hranice



Zdroj: Vlastní

Graf 13 zobrazuje, do jaké věkové kategorie respondentky patřily, když při svém porodu využily epidurální analgezií. Z počtu 131 žen se 102 (77,9 %) žen nacházelo ve věkové kategorii pod 30 let a 29 (22,1 %) žen patřilo do kategorie nad 30 let.

#### **Graf 14 Průběh porodu s epidurální analgezií**

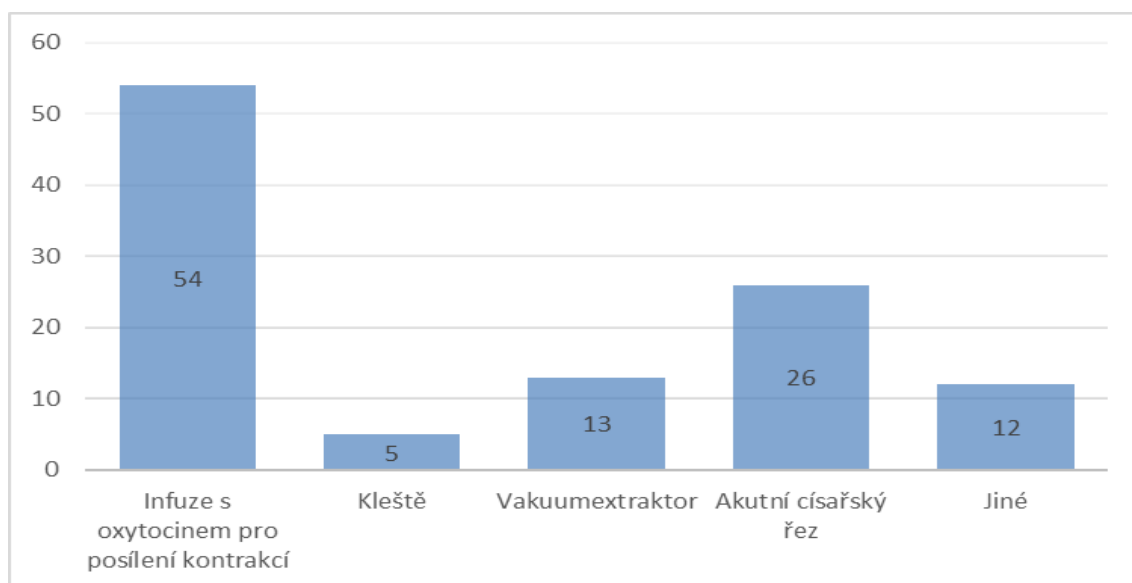


Zdroj: Vlastní

Graf 14 ukazuje, jaký měly respondentky průběh porodu s epidurální analgezií. Z počtu 130 (100 %) respondentek mělo 70 (53,8 %) žen průběh porodu bez komplikací a 60 (46,2 %) žen uvedlo průběh porodu s komplikacemi.



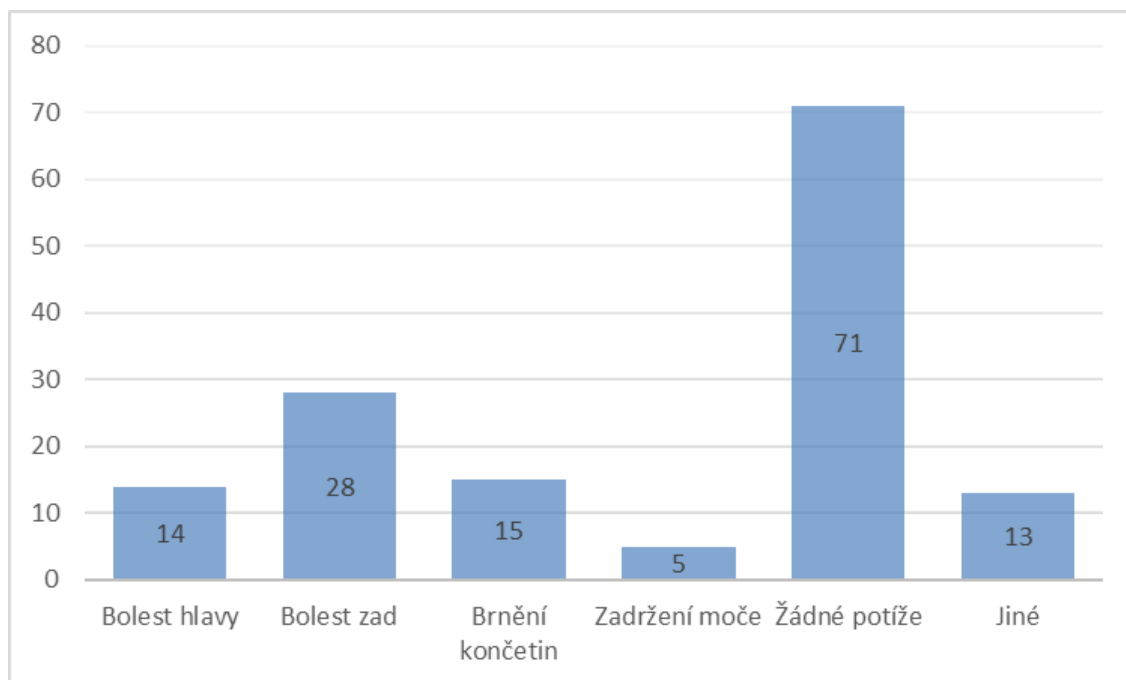
**Graf 15 Komplikace průběhu porodu**



Zdroj: Vlastní

Graf 15 zobrazuje, jaké komplikace se objevily respondentkám v průběhu porodu po aplikaci epidurální analgezie. V této otázce mohly respondentky uvést více možností. Z počtu 77 (100 %) žen uvedlo 54 (70,1 %) žen infuzi s oxytocinem pro posílení kontrakcí, 5 (6,5 %) žen uvedlo použití kleští a 13 (16,9 %) tázaných žen odpovědělo použití vakuumextraktoru. Akutním císařským řezem, po aplikaci epidurální analgezie, skončily porody u 26 (33,8 %) žen. Pro zbytek odpovědí byla zvolena možnost jiné: krvácení při císařském řezu (1x), přirostlá placenta (1x), dystokie ramének (1x), nepostupující porod (2x), horečka a úporné zvracení (1x), klesající ozvy (1x), vyčerpání (1x), žádné (1x).

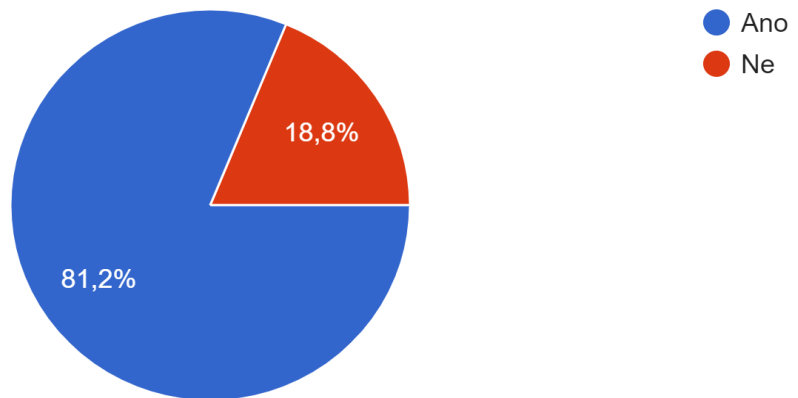
**Graf 16 Potíže po aplikaci epidurální analgezie**



Zdroj: Vlastní

Graf 16 ukazuje, zda respondentky pociťovaly nějaké potíže po aplikaci epidurální analgezie. Respondentky mohly označit více možností. Z celkového počtu 125 (100 %) žen uvedlo 14 (11,2 %) žen bolest hlavy a 28 (22,4 %) žen uvedlo bolest zad. Brnění končetin jako potíže po aplikaci epidurální analgezie zvolilo 15 (12 %) žen. Se zadržením moče po aplikaci epidurální analgezie mělo problém 5 (4 %) žen. Nejpočetnější skupinou bylo 71 (56,8 %) respondentek, které neměly žádné potíže. Zbytek odpovědí byl uveden jako jiné: necitlivost nohou (3x), krevní zátka (1x), alergická reakce (1x), vyrážka na nohách (1x), selhání aplikace (1x), světloplachost a pískání v uších (1x), točení hlavy (1x), omdlávání (1x) a útlum kontrakcí (1x).

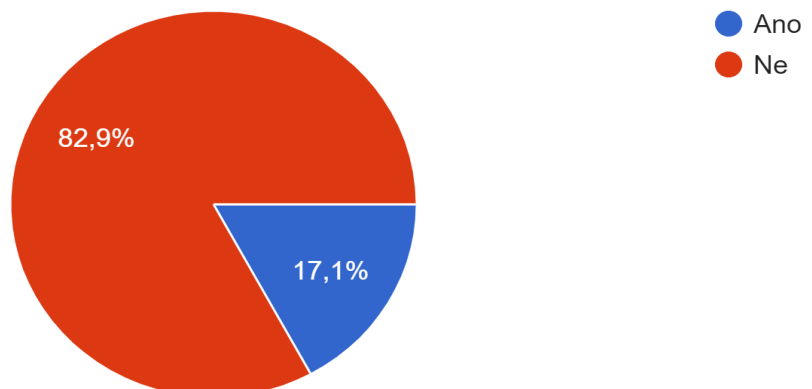
### Graf 17 Epidurální analgezie jako užitečná metoda při porodu



Zdroj: Vlastní

Graf 17 zobrazuje, zda respondentky považují metodu epidurální analgezie při porodu za užitečnou. Z počtu 133 (100 %) žen odpovědělo 108 (81,2 %) žen „Ano“ a 25 (18,8 %) žen uvedlo odpověď „Ne“.

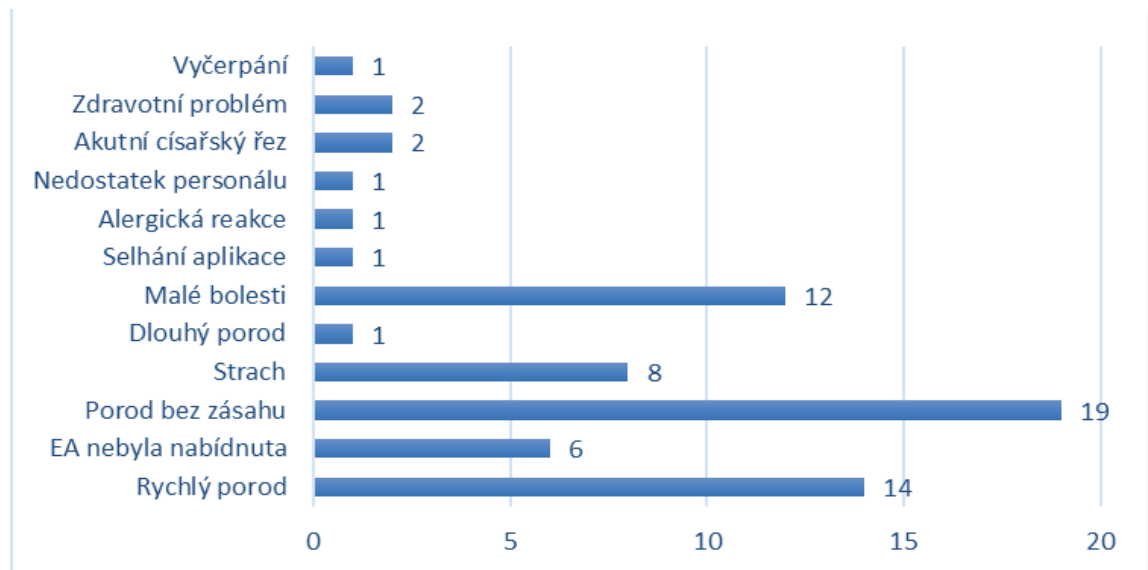
### Graf 18 Vliv epidurální analgezie na spolupráci porodní asistentky



Zdroj: Vlastní

Graf 18 mapuje, zda respondentky vnímaly rozdíl ve spolupráci porodní asistentky před aplikací epidurální analgezie a po aplikaci. Z počtu 129 (100 %) respondentek zvolilo 22 (17,1 %) žen možnost „Ano“ a 107 (82,9 %) žen odpovědělo „Ne“.

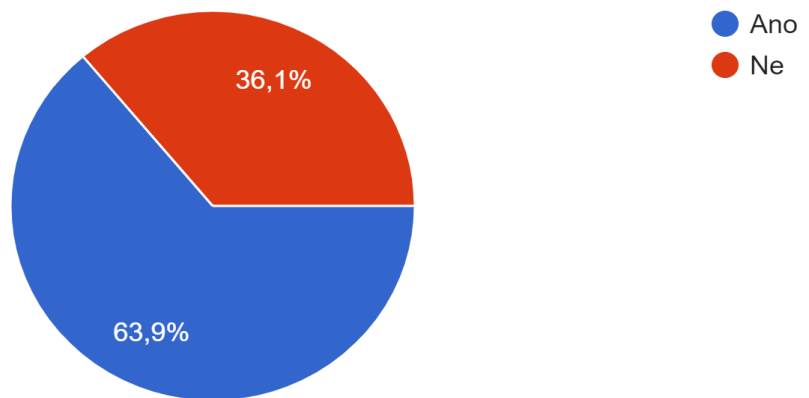
### Graf 19 Důvod odmítnutí epidurální analgezie



Zdroj: Vlastní

Graf 19 ukazuje důvod odmítnutí epidurální analgezie. Jednalo se o otevřenou otázku. Ze 73 žen uvedlo nejvíce respondentek jako důvod odmítnutí porod bez zásahu (19x), jako další důvod uvedly rychlý porod (14x), dále to byly malé bolesti (12x), strach (8x), epidurální analgezie nebyla nabídnuta (6x), zdravotní problém (2x), akutní císařský řez (2x) a zbytek odpovědí se opakoval pouze jednou: vyčerpání, nedostatek personálu, alergická reakce, selhání aplikace a dlouhý porod.

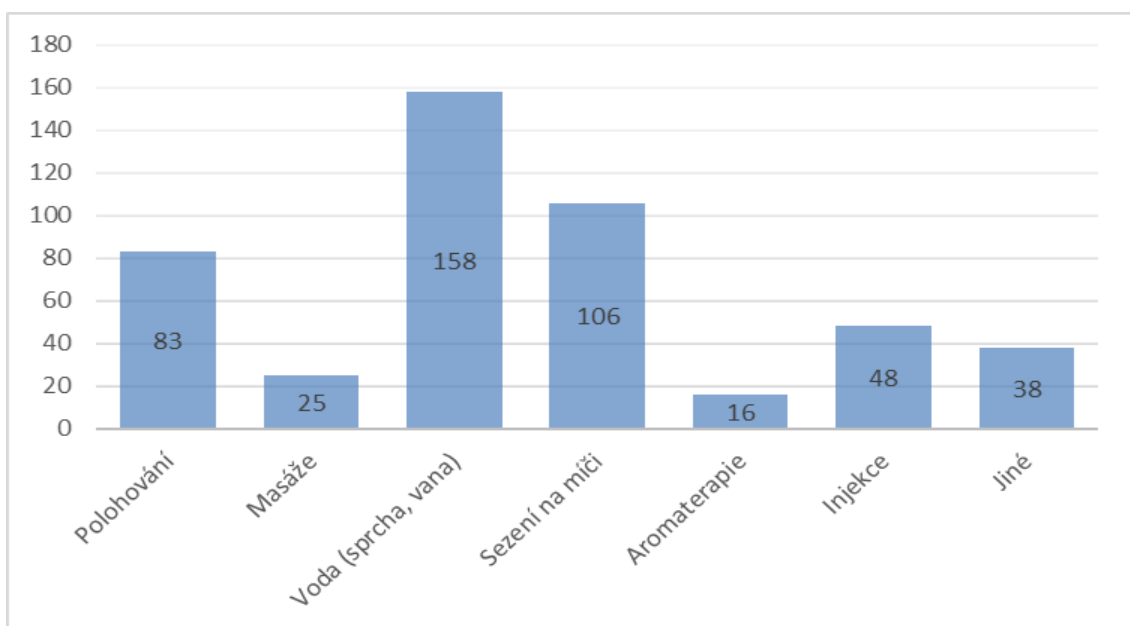
**Graf 20 Možnost jiných metod tlumení bolesti od porodní asistentky**



Zdroj: Vlastní

Graf 20 ukazuje, jestli byla ženám porodní asistentkou nabídnuta také jiná metoda tlumení bolesti při porodu. Z celkového počtu 205 (100 %) žen uvedlo 131 (63,9 %) žen odpověď „Ano“ a 74 (36,1 %) žen odpovědělo „Ne“.

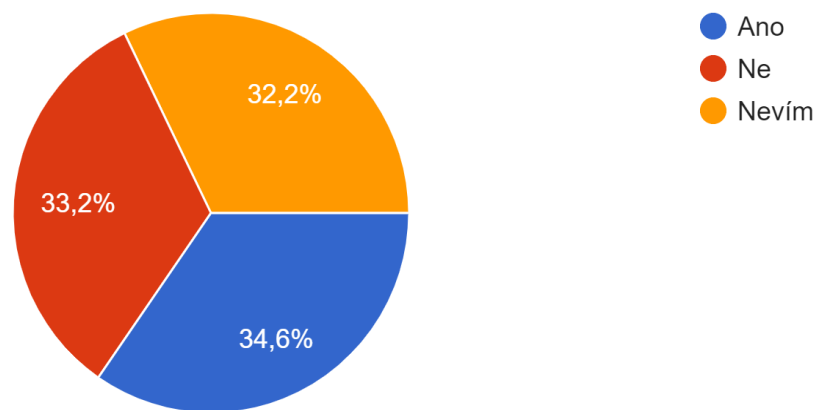
**Graf 21 Metody tlumení porodní bolesti**



Zdroj: Vlastní

Graf 21 udává, jaké jiné metody tlumení porodní bolesti respondentky využily. V této otázce mohlo 205 respondentek zvolit více odpovědí. Z celkového počtu žen, byla 83x zvolena možnost polohování, 25x byla uvedena odpověď masáže, 158x byla vybrána možnost voda. Možnost sezení na míči byla zvolena celkem 106x. Pro aromaterapii hlasovaly 16x a 48x byla uvedena možnost injekce. 38x pak zazněla možnost jiné. Tyto odpovědi se opakovaly: rajský plyn (14x), žádné metody (13x), infuze (4x), nahřívání (2x), chůze (2x), homeopatika (1x) a porodní židle (1x).

### Graf 22 Epidurální analgezie u dalšího porodu



Zdroj: Vlastní

Graf 22 zobrazuje, zda by si respondentky chtěly nechat aplikovat epidurální analgezi u svého dalšího porodu. Z celkového počtu 205 (100 %) žen uvedlo 71 (34,6 %) žen odpověď „Ano“, 68 (33,2 %) žen odpovědělo „Ne“ a 66 (32,2 %) žen zvolilo možnost „Nevím“.

## 4.2 Statistické zpracování dotazníků pro ženy

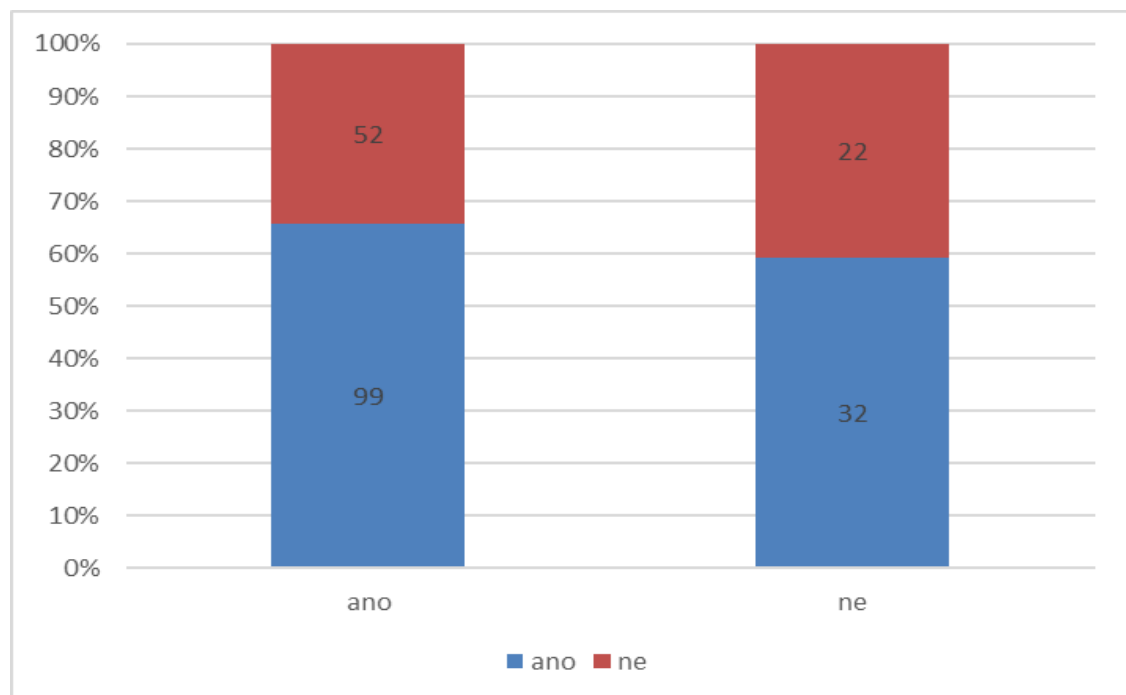
H1: Prvorodičky využívají epidurální analgezií častěji než vícero-dičky.

Pracovní hypotézy:

H0: Frekvence použití epidurální analgezie nezávisí na tom, zda žena rodí poprvé.

HA: Frekvence použití epidurální analgezie závisí na tom, zda žena rodí poprvé.

**Graf 23** Vztah využití epidurální analgezie k četnosti porodu



Zdroj: Vlastní

Graf 23 znázorňuje vztah frekvence využití epidurální analgezie a četnosti porodu ženy. Celkem bylo zhodnoceno 205 odpovědí. Odpovídalo 151 (74 %) prvorodiček a 54 (26 %) vícero-diček. Z celkem 151 (100 %) prvorodiček jich 99 (66 %) označilo, že při svém porodu využily možnost epidurální analgezie, tedy odpověď „Ano“. 52 (34 %) prvorodiček při svém porodu epidurální analgezií nevyužilo. Z celkového počtu 54 (100 %) vícero-diček jich 32 (59 %) žen využilo možnost epidurální analgezie při porodu a 22 (41 %) vícero-diček epidurální analgezií při porodu nevyužilo. Pro statistické zhodnocení hypotézy byl použit chí-kvadrát test. Protože je hladina významnosti větší než 5 % ( $p = 40,8 \%$ ), nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu.

Frekvence použití epidurální analgezie se neliší. Prvorodičky využívají epidurální analgezi o 7 % více než vícerodičky, ale rozdíl není statisticky významný, neboť je ovlivněn malým počtem vícerodiček.

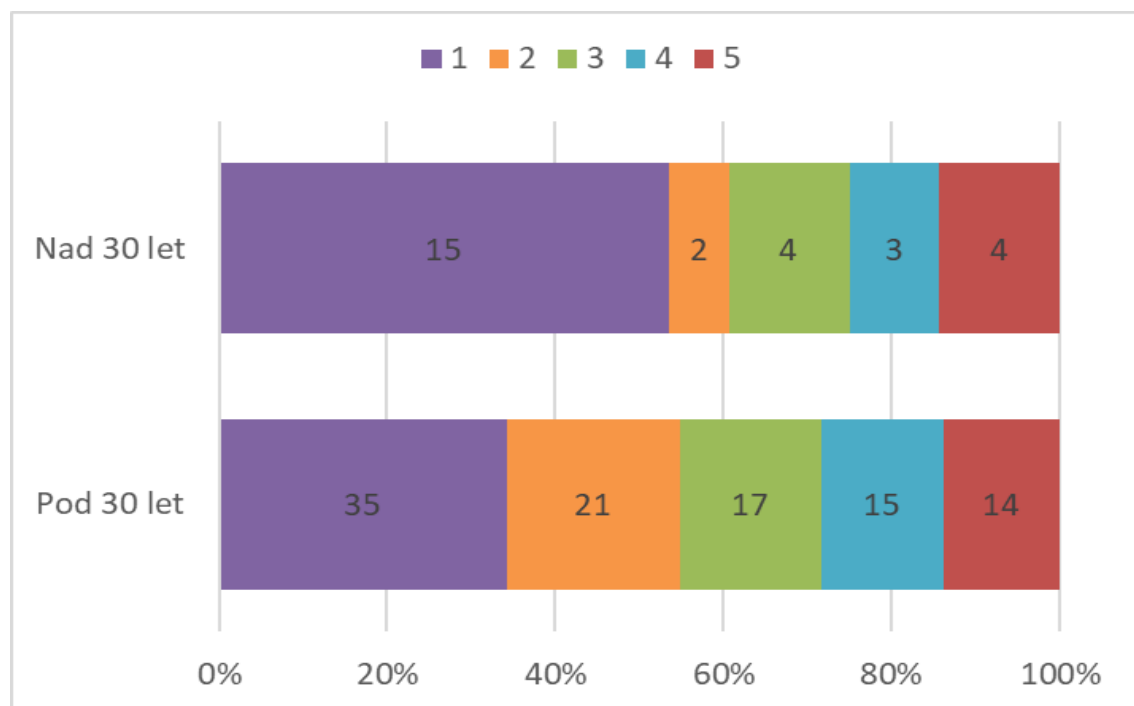
H2: Mladší ženy (do 30 let) jsou spokojenější s účinky epidurální analgezie při porodu než starší ženy (nad 30 let).

Pracovní hypotézy:

H0: Věk žen nemá vliv na spokojenost s účinky epidurální analgezie při porodu.

HA: Věk žen má vliv na spokojenost s účinky epidurální analgezie při porodu.

**Graf 24 Vztah věku ženy ke spokojenosti s účinky EA**



Zdroj: Vlastní

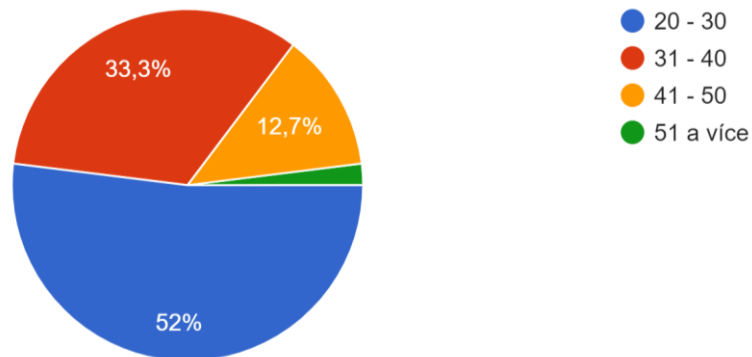
Graf 24 znázorňuje vztah věkové kategorie žen ke spokojenosti s epidurální analgezií při porodu. Do vztahu bylo zahrnuto 130 odpovědí. Z tohoto počtu bylo 102 ženám do 30 let a 28 ženám nad 30 let. Z celkového počtu 102 (100 %) žen do 30 let bylo 35 (34 %) žen spokojeno s účinky epidurální analgezie na známku 1, 21 (21 %) žen dalo známku 2, 17 (17 %) žen do 30 let udělilo účinkům epidurální analgezie známku 3, 15 (15 %) žen udělilo známku 4 a 14 (14 %) žen do 30 let pak nebylo s účinky epidurální analgezie spokojeno vůbec a daly známku 5. Z celkového počtu 28 (100 %) žen nad 30



let bylo 15 (54 %) žen spokojeno s účinky epidurální analgezie na známku 1, 2 (7 %) ženy nad 30 let udělily známku 2, známku 3 daly 4 (14 %) ženy, 3 (11 %) respondentky udělily známku 4 a 4 (14 %) ženy nad 30 let daly vzhledem ke spokojenosti s účinky epidurální analgezie známku 5. Pro statistické zhodnocení hypotézy byl použit chí-kvadrát test. Protože je hladina významnosti větší než 5 % ( $p = 32,0 \%$ ), nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu. Spokojenost s účinky epidurální analgezie se neliší. Z výsledků vyplývá, že jsou s účinky epidurální analgezie více spokojené ženy nad 30 let, ale rozdíl není statisticky významný. Důvodem je především malé zastoupení skupiny žen v kategorii nad 30 let.

### 4.3 Grafické výsledky dotazníku pro porodní asistentky

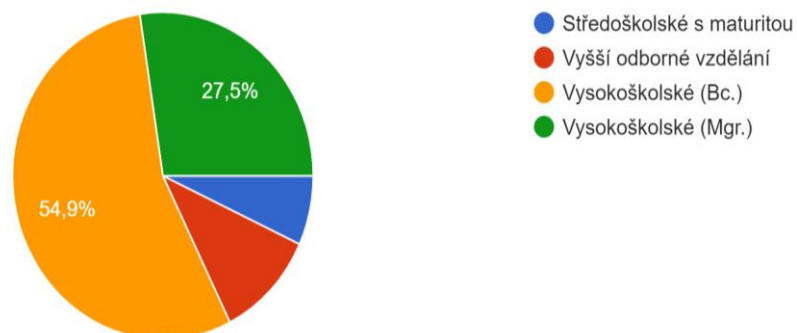
**Graf 1 Věk**



Zdroj: Vlastní

Graf 1 informuje o věkovém zastoupení respondentek. Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek bylo 53 (52 %) porodním asistentkám mezi 20 až 30 lety, 34 (33,3 %) respondentek patřilo do věkové kategorie 31 až 40 let, 13 (12,7 %) respondentkám bylo mezi 41 až 50 lety a nejméně početnou skupinou byly 2 (2 %) porodní asistentky ve věkové kategorii 51 a více let.

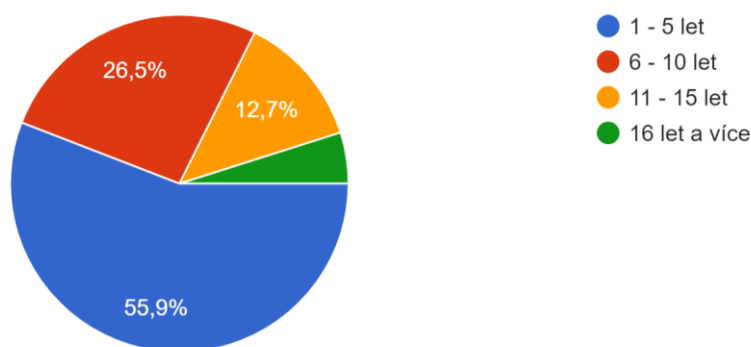
**Graf 2 Vzdělání**



Zdroj: Vlastní

Graf 2 ukazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Z celkového počtu 102 (100 %) porodních asistentek uvedlo 7 (6,9 %) respondentek ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, 11 (10,8 %) porodních asistentek mělo dokončené vyšší odborné vzdělání, 56 (54,9 %) respondentek odpovědělo vysokoškolské bakalářské a 28 (27,5 %) porodních asistentek dosáhlo vysokoškolského magisterského vzdělání.

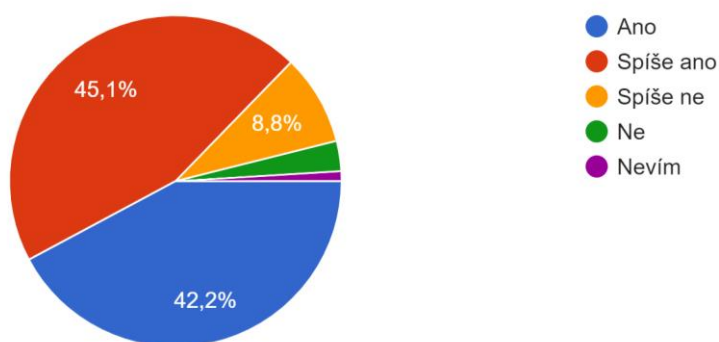
### Graf 3 Délka výkonu práce na porodním sále



Zdroj: Vlastní

Graf 3 zobrazuje, jak dlouho porodní asistentky na porodním sále pracují. Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek uvedlo 57 (55,9 %) porodních asistentek délku výkonu práce na porodním sále 1 až 5 let, 27 (26,5 %) respondentek 6 až 10 let, 13 (12,7 %) respondentek odpovědělo 11 až 15 let a 5 (4,9 %) porodních asistentek odpovědělo 16 let a více.

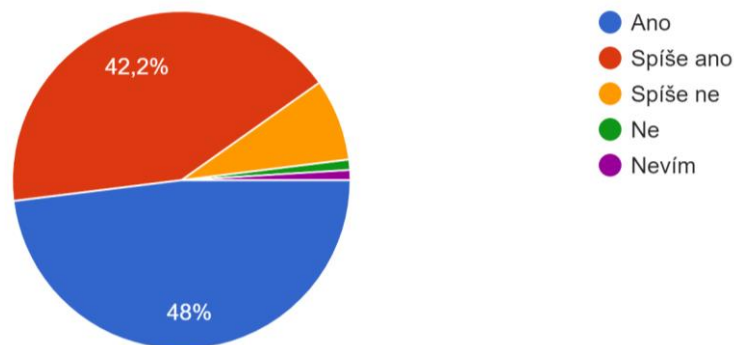
### Graf 4 Lepší spolupráce žen po aplikaci epidurální analgezie



Zdroj: Vlastní

Graf 4 přibližuje, zda si porodní asistentky myslí, že ženy po aplikaci epidurální analgezie při porodu spolupracují lépe než ženy bez epidurální analgezie. Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek odpovědělo 43 (42,2 %) porodních asistentek „Ano“, 46 (45,1 %) respondentek uvedlo „Spíše ano“, 9 (8,8 %) respondentek odpovědělo „Spíše ne“, 3 (2,9 %) porodní asistentky zvolily odpověď „Ne“ a 1 (1 %) respondentka odpověděla „Nevím“.

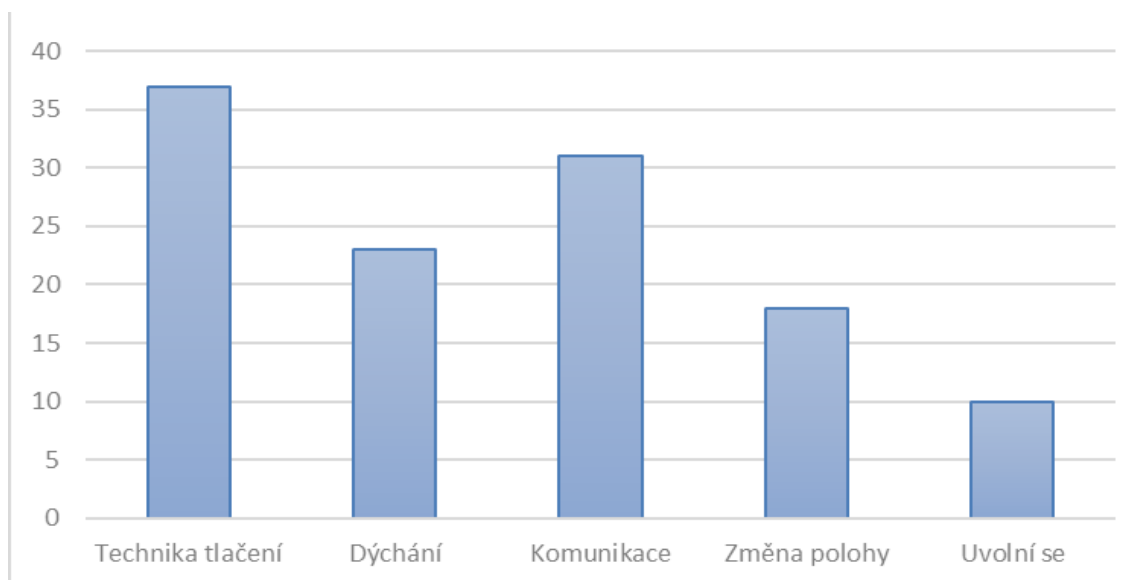
### Graf 5 Spokojenost se spoluprací ženy s epidurální analgezií



Zdroj: Vlastní

Graf 5 zobrazuje, zda jsou porodní asistentky se spoluprací ženy s epidurální analgezií při porodu spokojené. Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek uvedlo 49 (48 %) porodních asistentek „Ano“, 43 (42,2 %) respondentek odpovědělo „Spíše ano“, 8 (7,8 %) respondentek uvedlo „Spíše ne“, 1 (1 %) porodní asistentka zvolila odpověď „Ne“ a 1 (1 %) z porodních asistentek zvolila možnost „Nevím“.

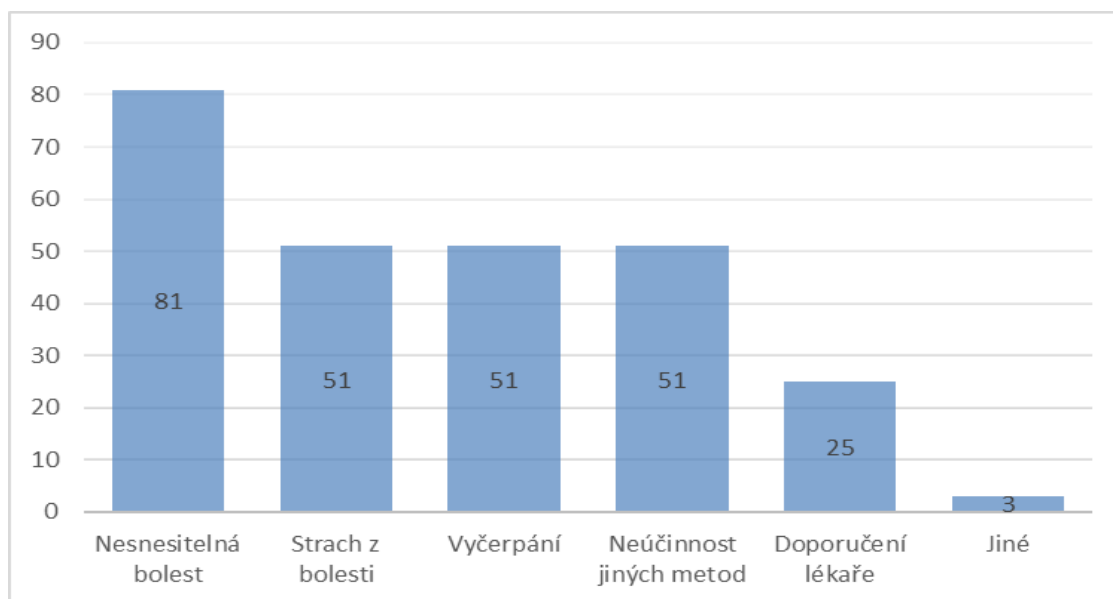
**Graf 6 V čem rodičky lépe spolupracovaly po aplikaci epidurální analgezie**



Zdroj: Vlastní

Graf 6 znázorňuje, v čem rodičky lépe spolupracovaly po aplikaci epidurální analgezie při porodu. Otázka byla otevřená a z celkového počtu 102 (100 %) respondentek se nejčastěji opakovaly odpovědi: technika tlačení (37x), dýchání (23x), komunikace (31x), změna polohy (18x) a uvolní se (10x).

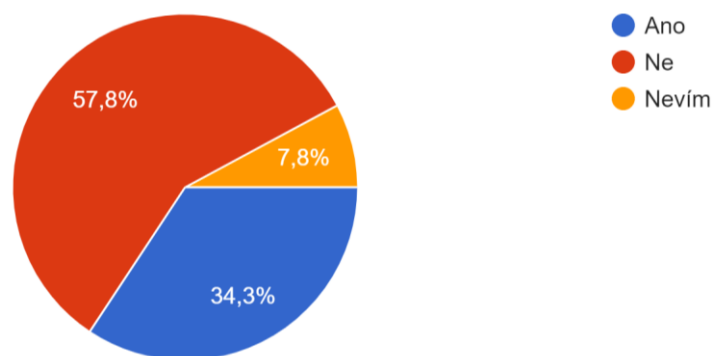
**Graf 7 Důvod pro aplikaci epidurální analgezie**



Zdroj: Vlastní

Graf 7 zobrazuje, z jakého důvodu se podle porodních asistentek rozhodují ženy pro aplikaci epidurální analgezie při porodu. V této otázce mohlo 102 respondentek zvolit více možností odpovědí. 81x byla zvolena nesnesitelná bolest, strach z bolesti byl vybrán 51x, vyčerpání se opakovalo 51x, 51x byla zvolena možnost neúčinnost jiných metod tlumení porodní bolesti a 25x byla označena možnost doporučení lékaře. 3x pak byla zvolena možnost jiné: doporučení PA (1x), vnucení lékařem (1x) a donucena k aplikaci oxytocinu (1x).

#### **Graf 8 Rozhodnutí žen pro epidurální analgezii ihned po příchodu na porodní sál**

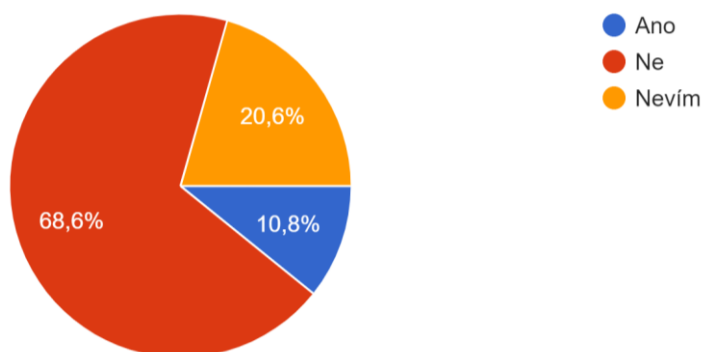


---

Zdroj: Vlastní

Graf 8 znázorňuje, zda jsou podle porodních asistentek ženy pro epidurální analgezii rozhodnuté ihned po příchodu na porodní sál. Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek uvedlo 35 (34,3 %) porodních asistentek „Ano“, 59 (57,8 %) respondentek odpovědělo „Ne“ a 8 (7,8 %) respondentek zvolilo možnost „Nevím“.

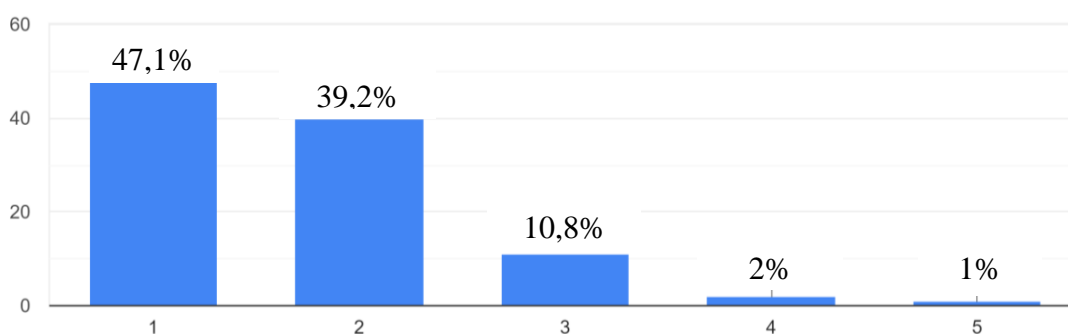
### Graf 9 Vyšší míra instrumentálních porodů



Zdroj: Vlastní

Graf 9 ukazuje, zda si porodní asistentky myslí, že je u žen s epidurální analgezií vyšší míra instrumentálních porodů. Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek uvedlo 11 (10,8 %) porodních asistentek odpověď „Ano“, 70 (68,6 %) respondentek si myslí, že ne, a 21 (20,6 %) porodních asistentek odpovědělo „Nevím“.

### Graf 10 Spokojenost s účinky epidurální analgezie

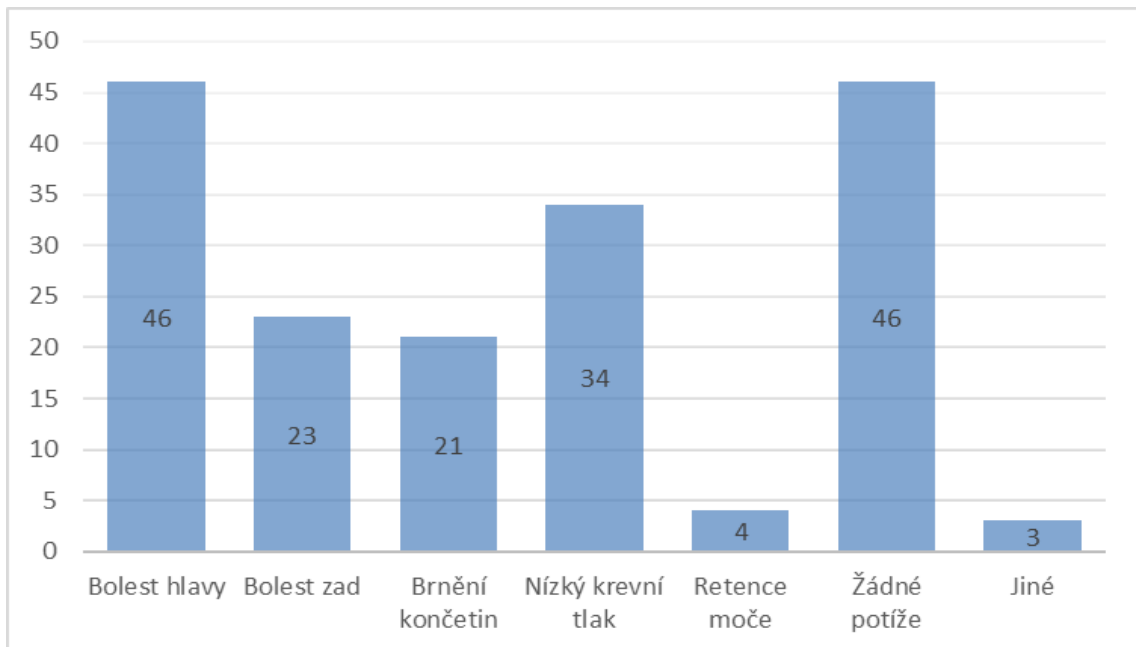


Zdroj: Vlastní

Graf 10 zobrazuje spokojenost porodních asistentek s účinky epidurální analgezie při porodu. Hodnocení probíhalo jako ve škole. Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek dalo 48 (47,1 %) porodních asistentek známku 1, 40 (39,2 %) porodních

asistentek udělilo známku 2, 11 (10,8 %) respondentek uvedlo známku 3, 2 (2 %) respondentky zvolily známku 4 a 1 (1 %) porodní asistentka dala známku 5.

### Graf 11 Potíže po aplikaci epidurální analgezie

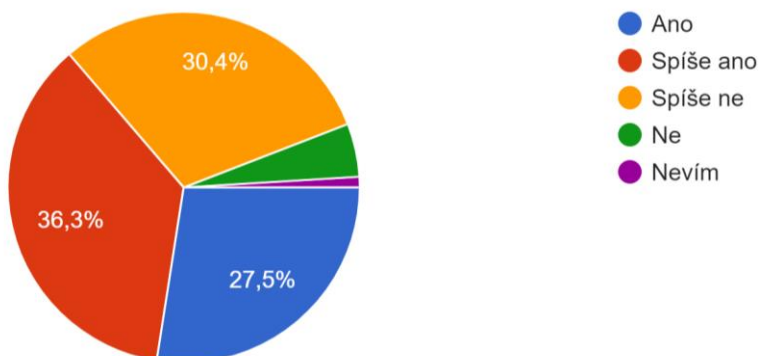


Zdroj: Vlastní

Graf 11 znázorňuje, zda porodní asistentky zaznamenaly nějaké potíže u žen po aplikaci epidurální analgezie. V této otázce mohlo 102 respondentek zvolit více možností odpovědí. 46x byla zvolena možnost bolest hlavy, 23x byla uvedena možnost bolest zad, 21x se opakovala odpověď brnění končetin, 34x byl označen nízký krevní tlak, 4x byla vybrána retence moče a 46x byla zvolena možnost žádné potíže. 3x byla zvolena možnost jiné: zeslábnutí kontrakcí (1x), psychické potíže (1x) a bradykardie plodu (1x).



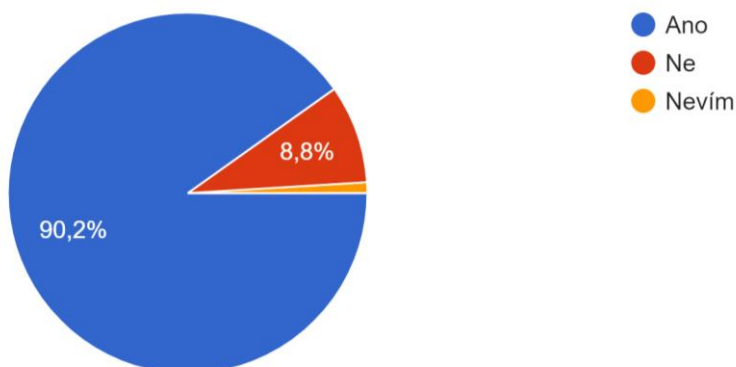
## Graf 12 Využití epidurální analgezie v nemocnici



Zdroj: Vlastní

Graf 12 zobrazuje, zda je podle porodních asistentek v jejich nemocnici ženami často využívána epidurální analgezie při porodu. Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek odpovědělo 28 (27,5 %) porodních asistentek „Ano“, 37 (36,3 %) respondentek uvedlo „Spíše ano“, 31 (30,4 %) porodních asistentek „Spíše ne“, 5 (4,9 %) porodních asistentek odpovědělo „Ne“ a 1 (1 %) respondentka uvedla odpověď „Nevím“.

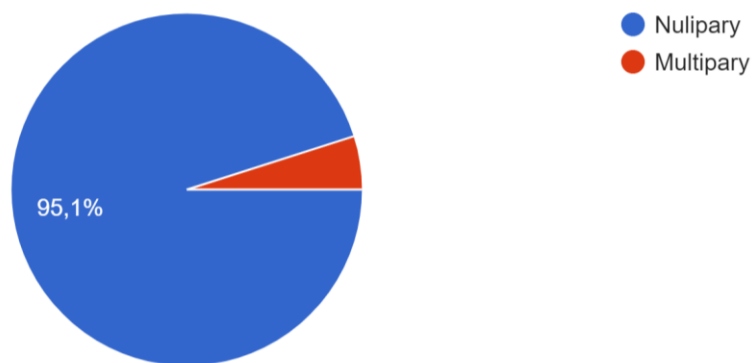
## Graf 13 Epidurální analgezie jako účinná metoda tlumení porodní bolesti



Zdroj: Vlastní

Graf 13 ukazuje, zda porodní asistentky vnímají epidurální analgezii při porodu jako účinnou metodu tlumení porodní bolesti. Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek uvedlo 92 (90,2 %) porodních asistentek odpověď „Ano“, 9 (8,8 %) porodních asistentek odpovědělo „Ne“ a 1 (1 %) respondentka uvedla odpověď „Nevím“.

#### **Graf 14 Jaké ženy více využívají epidurální analgezii**



Zdroj: Vlastní

Graf 14 znázorňuje, jaké ženy podle porodních asistentek více využívají epidurální analgezii při porodu. Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek odpovědělo 97 (95,1 %) porodních asistentek možnost „Nulipary“ a 5 (4,9 %) respondentek uvedlo odpověď „Multipary“.

#### 4.4 Statistické zpracování dotazníku pro porodní asistentky

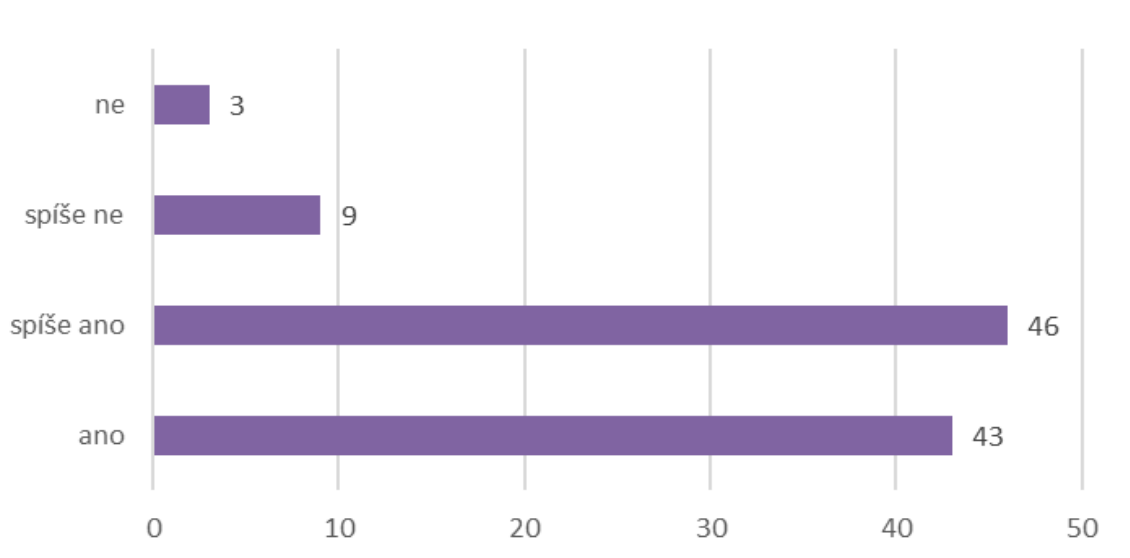
H3: Ženy s epidurální analgezií při porodu spolupracují s porodními asistentkami lépe než ženy bez epidurální analgezie.

Pracovní hypotézy:

H0: Epidurální analgezie nemá vliv na lepší spolupráci žen s porodními asistentkami.

HA: Epidurální analgezie má vliv na lepší spolupráci žen s porodními asistentkami.

**Graf 15 Vztah spolupráce žen s PA k epidurální analgezií**



Zdroj: Vlastní

Graf 15 znázorňuje vztah lepší spolupráce s porodními asistentkami u žen s epidurální analgezií při porodu než u žen bez epidurální analgezie z pohledu porodních asistentek. Odpovídalo 102 respondentek. Odpověď „Nevím“ byla vyřazena. Celkem bylo zhodnoceno 101 odpovědí. Z počtu 101 (100 %) porodních asistentek odpovědělo 43 (42,6 %) respondentek „Ano“, 46 (45,5 %) respondentek uvedlo „Spíše ano“, 9 (8,9 %) porodních asistentek si myslí, že „Spíše ne“ a 3 (3 %) porodní asistentky odpověděly „Ne“. Na základě dosažené hladiny významnosti nižší než 5 % ( $p = 0,1$  %) můžeme testovanou nulovou hypotézu zamítnout a potvrdit Hypotézu 3. Ženy s epidurální analgezií při porodu spolupracují s porodními asistentkami lépe než ženy bez epidurální analgezie.

## 5 Diskuze

V dnešní době existuje již spousta metod tlumení porodní bolesti. Tyto metody se dále rozdělují na farmakologické a nefarmakologické. Všechny ženy vnímají při porodu různorodou bolest. Reakce jednotlivých žen na porodní bolest je však velmi individuální. Proto na každou ženu působí metody tlumení bolesti při porodu odlišně a každé vyhovuje něco jiného. Porodní bolest ovšem nelze zcela odstranit, jelikož je důležité její vnímání ve druhé době porodní, kdy je potřeba aktivní zapojení břišního lisu. Do popředí se stále více dostává metoda epidurální analgezie, která z mého pohledu může být u porodu velmi užitečná. Cílem této práce bylo zjistit, zda mají ženy o epidurální analgezi při porodu vůbec zájem, spokojenost žen s jejími účinky a jestli ženy s epidurální analgezi lépe spolupracují s porodními asistentkami.

V první řadě jsme chtěly zjistit, zda ženy během svého porodu vůbec využily epidurální analgezi. Ukázalo se, že respondenty, které při svém porodu využily možnost epidurální analgezie, byly téměř v jedné takové převaze. Epidurální analgezi při porodu využilo 63,9 % tázaných žen (viz graf 5). Také nás zajímalo, zda by si respondenty nechaly aplikovat epidurální analgezi u svého dalšího porodu (viz graf 22). U této otázky byly odpovědi velmi vyrovnané. 34,6 % respondentek by si nechalo aplikovat epidurální analgezi u dalšího porodu a 33,2 % respondentek epidurální analgezi u svého dalšího porodu nechce. Ovšem zbývajících 32,2 % tázaných žen neví, zda by si nechaly epidurální analgezi aplikovat. Celkem odpovídalo 205 žen. Z našich výsledků nám vychází, že ve většině případů ženy epidurální analgezi při porodu využívají, a tudíž o ni mají zájem. Nicméně si nejsou už tak jisté využitím této metody u příštího porodu. Náš výzkum však nezahrnoval celou Českou republiku. Ve Švédsku, USA, Belgii a dalších vyspělých zemích je epidurální analgezie standardním postupem při porodu a její využití se pohybuje mezi 40 a 80 % (Nosková et al., 2019). V roce 2011 proběhla na porodních sálech v České republice měsíční studie OBAAMA-CZ, která prokázala četnost aplikace epidurální analgezie pouze u 12,5 % porodů (Šťourač et al., 2015). V roce 2015 při opakovaném sledování byl výsledek ještě nižší, pouhých 10,7 % porodů (Bláha et al., 2018). Příčina tak nízkého čísla není ovšem zcela známá. V roce 2019 proběhla jiná studie, jejíž výsledky ukázaly prevalenci epidurální analgezie při porodu u žen s vícečetným těhotenstvím 54,3 % (Luo et al., 2021).

Také nás zajímalo, pokolikáté ženy rodily, když využily možnost epidurální analgezie při porodu. V případě našeho výzkumu měly největší zastoupení ženy, které rodily poprvé, celkem 92,3 % (viz graf 6). Ženy, které rodily poněkolikáté a využily možnost epidurální analgezie, představovaly podíl pouze 7,7 %. Velké zastoupení prvorodiček může mít několik důvodů. Z mého pohledu mě napadá jako hlavní důvod strach z bolesti. Prvorodičky zatím nevědí, co je čeká a jak silná bolest je bude omezovat. Než by tedy cokoliv riskovaly, sáhnou raději po účinné metodě tlumení porodní bolesti. Naopak vícerodičky už vědí, kolik toho jejich tělo při porodu zvládne, a volí tedy jiné alternativy tlumení porodní bolesti.

Zjišťovaly jsme, zda byl průběh porodu u žen s epidurální analgezií ovlivněn nějakými komplikacemi a případně jakými. Jestli měly ženy s epidurální analgezií průběh porodu s komplikacemi nebo bez nich, odpovědělo 130 žen (viz graf 14). Celkem 53,8 % žen, které při svém porodu využily epidurální analgezií, uvedlo průběh porodu bez komplikací. Zbylé procento žen uvedlo průběh porodu s komplikacemi. V otázce, jaké komplikace se ženám s epidurální analgezií v průběhu porodu naskytly, nejvíce respondentek uvedlo aplikaci infuze s oxytocinem pro posílení kontrakcí. Častou odpovědí byl také akutní císařský řez, vakuumextrakce a pár žen odpovědělo použití kleští. Dvanáct žen uvedlo možnost „jiné“, kde například byly uvedené odpovědi nepostupující porod, dystokie ramének, alterace ozev plodu, horečka a zvracení nebo krvácení. Zda za všechny uvedené komplikace mohla epidurální analgezie se nedá na jistotu tvrdit. Můžeme jen spekulovat. Podle jedné studie z roku 2019, která proběhla v Číně, může epidurální analgezie u žen změnit průběh porodu, zvýšit poporodní ztrátu krve nebo snížit Apgar skóre (Luo et al., 2021).

Zajímalo nás, jestli se u žen s epidurální analgezií při porodu vyskytly nějaké potíže po její aplikaci. Nejvíce respondentek označilo možnost „žádné potíže“, celkem 56,8 % tázaných žen (viz graf 16). Druhou nejčastější odpovědí byla bolest zad. Následovaly odpovědi brnění končetin, bolest hlavy nebo zadržování moče. Zbytek respondentek označily možnost „jiné“, kde uvedly například: omdlávání, necitlivost v noze, alergická reakce, pískání v uších nebo světloplachost. V jedné studii vyšlo, že chronická bolest hlavy a bolesti zad po aplikaci epidurální analgezie při porodu jsou nejčastějšími potížemi této metody tlumení porodní bolesti (Ranganathan et al., 2015). Ze studie vyplývá, že pokud porodníci o epidurální analgezií uvažují, měly by být při procesu

informovaného souhlasu projednány všechny možné dlouhodobé následky epidurální analgezie (Ranganathan et al., 2015).

Chtěly jsme také zjistit, co ovlivnilo rozhodnutí žen využít epidurální analgezi. Ukázalo se, že nejvíce žen se pro epidurální analgezi rozhodlo až v průběhu porodu, celkem 40,3 % (viz graf 8). Větší zastoupení tvořily také ženy, které byly pro epidurální analgezi rozhodnuté již před porodem nebo daly na doporučení lékaře či porodní asistentky. Šest žen zvolilo možnost „jiné“, kde například jedna z nich uvedla, že epidurální analgezi chtěla, ale nebyla jí poskytnuta.

Zajímalo nás, zda závisí na věkové hranici žen vzhledem ke spokojenosti s účinky epidurální analgezie. Celkově jsme chtěli zjistit spokojenost žen s účinky epidurální analgezie. V grafu 11 je jednoznačně vidět, že ženy jsou s účinky epidurální analgezie spokojené a na škále od 1 do 5 daly nejvíce respondentek známku 1. Nejhorší známku 5 udělilo 13,8 % žen (viz graf 11). Chtěly jsme se také dozvědět, zda jsou ženy ve věku do 30 let více spokojené s účinky epidurální analgezie než ženy nad 30 let. Ovšem výsledky nejsou postačující, a to z důvodu malého zastoupení skupiny žen nad 30 let. Vzhledem k našim výsledkům byly s účinky epidurální analgezie více spokojené ženy nad 30 let. Mezi lety 2011 a 2017 proběhla studie, do níž bylo zařazeno 459 žen s epidurální analgezi. Do studované skupiny žen nad 35 let bylo zapojeno 122 žen a kontrolní skupinu žen pod 35 let tvořilo 337 žen. Studie ukázala, že počet porodů není závislý pro kratší dobu dilatace, délku druhé doby porodní a pro celkovou dobu trvání porodu; věk ženy a dilatace děložního čípku na začátku epidurální analgezie neovlivňovala ani období porodních dob a celkovou délku porodu (Favilli et al., 2021). Výsledky studie ukazují, že ženy ve věku 35 let a starší s epidurální analgezi mohou mít dobu trvání porodu podobné mladším ženám s epidurální analgezi (Favilli et al., 2021). Podle Pařízka (2015) však epidurální analgezie patří k nejúčinnějším metodám s vysokou analgetickou účinností, která neomezuje ženu ve volném pohybu při porodu a neovlivňuje negativně plod.

Chtěly jsme vědět, jestli porodní asistentky nabídly ženám při porodu i jiné metody tlumení porodní bolesti (viz graf 21). U otázky mohly respondentky označit více možností. Nejčastěji se opakovala možnost voda za použití sprchy nebo vany. Druhou nejvíce označovanou odpovědí bylo sezení na míči, následovalo polohování, injekce, masáže a aromaterapie. Pro zbylé odpovědi byla uvedena možnost „jiné“, kde

respondentky uvedly například; rajský plyn, chůze, porodní židle, homeopatika, nahřívání, infuze a několik žen uvedlo dokonce možnost žádné. Hydroanalgezie, která je nejčastěji využívaná jako nefarmakologická metoda tlumení porodní bolesti, působí velmi příznivě na organismus, podporuje cévní a lymfatickou cirkulaci, pozitivně ovlivňuje kardiovaskulární, respirační, nervový a endokrinní systém a žena se dokáže lépe uvolnit a relaxovat (Bašková, 2015).

Dále jsme chtěly zjistit, zda ženy s epidurální analgezií při porodu spolupracují s porodními asistentkami lépe než ženy bez epidurální analgezie. Z tohoto důvodu jsme musely oslovit také porodní asistentky, které pracují na porodním sále. Ve většině případů si porodní asistentky myslí, že spolupráce žen s epidurální analgezií je lepší. Když měly porodní asistentky uvést stručnou odpověď, v čem ženy po aplikaci epidurální analgezie lépe spolupracovaly, shodovaly se asi ve čtyřech odpovědích. Podle porodních asistentek ženy lépe spolupracovaly v samotné komunikaci s nimi, lépe se zapojily do tlačení a více spolupracovaly při dýchání. Spousta porodních asistentek se také shodla, že se ženy po aplikaci epidurální analgezie více uvolnily a dokázaly tak lépe zrelaxovat. Výsledky jedné studie ukázaly, že po zahájení epidurální analgezie přesahují požadavky péče porodní asistentky rámec toho, jak ženy verbálně formulují a definují své vlastní potřeby (Jepsen a Keller, 2014). Porodní asistentka by měla být pozorná k typu emocionální reakce rodící ženy na epidurální analgezií a její možné obavy (Jepsen a Keller, 2014). Epidurální analgezií však může aplikovat pouze zkušený anesteziolog. To může být i nevýhodou. Anesteziolog musí ženě podat informace o způsobu aplikace, ale i o možných potížích, které mohou vzniknout (Dušová et al., 2019).

Na základě všech odpovědí jsme tedy mohly potvrdit nebo vyvrátit tyto tři hypotézy: Hypotéza 1: Prvorodičky využívají častěji epidurální analgezií než vícerodičky. Hypotéza 2: Mladší ženy (do 30 let) jsou s účinky epidurální analgezie při porodu spokojenější než starší ženy (nad 30 let). Hypotéza 3: Ženy s epidurální analgezií při porodu lépe spolupracují s porodními asistentkami než ženy bez epidurální analgezie. Stanovené hypotézy byly zhodnoceny testem chí-kvadrát v kontingenčních tabulkách. Hladina významnosti byla zvolena 5 %. Vzhledem k tomu, že hladina významnosti byla u hypotézy 1 a hypotézy 2 větší než 5 %, musely jsme tyto hypotézy vyvrátit.

Z výsledku výzkumu je patrné, že více než polovina tázaných žen využila při svém porodu epidurální analgezi. Nicméně zhruba jen třetina respondentek si je jistá, že by epidurální analgezi využily i u svého dalšího porodu. Otázkou tedy zůstává, proč je v České republice tak malé procento frekvence využití epidurální analgezie při porodu. Podle mého názoru je to dáno především dnešní moderní dobou. Stále více žen se přiklání k nefarmakologickým metodám tlumení porodní bolesti za účelem co nejmenšího ovlivnění porodu. Mezi nejpoužívanější nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti patří určitě hydroanalgezie, tedy používání vany nebo sprchy pro zmírnění bolesti. Do nefarmakologických metod patří také aromaterapie, akupresura a akupunktura, muzikoterapie, homeopatie, masáže nebo například hypnóza. Hypnóza patří mezi psychologické metody zmírňující porodní bolest, která ale vyžaduje výbornou spolupráci mezi ženou a hypnoterapeutem, ke které patří koncentrace, čas a víra ženy v její vnitřní sílu (Takács et al., 2015). Podle Pařízka (2014) je při hypnóze velmi důležitá sugesce a schopnost odreagování se, přičemž je klíčové soustředit se na jiný, příjemnější pocit. Ženy stále více touží po porodech s minimálním zásahem druhých a volí spíše alternativní metody. V dnešní době si žena může k porodu přinést porodní plán a zdravotníci se jí snaží v co největší možné míře vyhovět. Malé procento využití epidurální analgezie může také způsobovat složitější aplikace metody, která může v ženách vyvolávat obavy.



## 6 Závěr

Bakalářská práce se zaměřila na problematiku epidurální analgezie při porodu. Práce má dvě hlavní části – teoretickou a praktickou. V teoretické části práce byl definován porod, porodní doby, byla popsána úloha porodní asistentky při porodu a také porodní bolest. Hlavní kapitoly se věnují pojmu epidurální analgezie, postupu aplikace, výhodám i nevýhodám, indikacím a kontraindikacím, možným komplikacím a v neposlední řadě také péči porodní asistentky o ženu s epidurální analgezií. Teoretickou část uzavírá kapitola o nefarmakologických metodách tlumení porodní bolesti. Byly stanoveny 3 hypotézy.

Hypotéza 1: Prvorodičky využívají častěji epidurální analgezií než víceroodičky. Tato hypotéza byla vyvrácena z důvodu hladiny významnosti vyšší než 5 %.

Hypotéza 2: Mladší ženy (do 30 let) jsou více spokojené s účinky epidurální analgezie při porodu než starší ženy (nad 30 let). Tato hypotéza se nepotvrdila. Dle našeho názoru je výsledek ovlivněn malým počtem respondentek ve věkové skupině nad 30 let.

Hypotéza 3: Ženy s epidurální analgezií při porodu lépe spolupracují s porodními asistentkami než ženy bez epidurální analgezie. Tato hypotéza byla potvrzena.

Z celkového počtu respondentek využilo epidurální analgezií při porodu 63,9 % žen, ale pouze 34,6 % žen by si nechalo aplikovat epidurální analgezií i u svého dalšího porodu. Zbylé dvě třetiny odpověděly „nevím“ nebo jednoznačně „ne“. Mohly bychom tedy říci, že o epidurální analgezií při porodu není až tak velký zájem, jak jsme si z počátku myslely. Nejčastějším důvodem odmítnutí epidurální analgezie při porodu je porod bez zásahu, další častou odpovědí respondentek byl příliš rychlý porod nebo malé bolesti při porodu. Několik respondentek uvedlo důvod odmítnutí epidurální analgezie strach. Výsledky výzkumu poukázaly na větší spokojenost s účinky epidurální analgezie u žen nad 30 let. Nicméně rozdíl není statisticky významný, protože při výzkumném šetření bylo z celkového počtu respondentek malé zastoupení skupiny žen nad 30 let. Znamku 1 a 2 udělilo účinkům epidurální analgezie 17 žen z 28 respondentek nad 30 let a 56 žen ze 102 respondentek do 30 let. Většina porodních asistentek z výzkumného šetření si myslí, že ženy s epidurální analgezií při porodu lépe spolupracují než ženy bez epidurální analgezie. Důvodem je zřejmě silná bolest při porodu, která neumožňuje ženě

plně se soustředit na porodní asistentku. Epidurální analgezie může vyvolat značnou úlevu od porodní bolesti a žena je tak schopna lépe vnímat porodní asistentku.

Výsledek provedeného kvantitativního šetření by mohl sloužit jako zdroj informací pro těhotné ženy. Práce může být také prezentována při odborných seminářích pro porodní asistentky.

## 7 Seznam literatury

- 1) ANDRÉSOVÁ, M., SLEZÁKOVÁ, L., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. 2.*, doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4341-7.
- 2) BARASH, P. G., CULLEN, B. F., STOELTING, R. K., 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4053-9.
- 3) BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
- 4) BINDER, T., 2015. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.
- 5) BLÁHA, J., et al., 2018. „Labor analgesia in the Czech Republic and Slovakia: a 2015 national survey“. *International journal of obstetric anesthesia* vol. 35: 42-51. DOI: 10.1016/j.ijoa.2018.04.001.
- 6) BUCKLEY, S. J., 2016. *Jemný porod, jemné mateřství: lékařský průvodce přirozeným porodem a rozhodováním v raném rodičovství*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-164-1.
- 7) ČERMÁKOVÁ, B., 2017. *K porodu bez obav. 2.* vydání. Brno: Cpress. 144 s. ISBN 978-80-265-0579-2.
- 8) DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E., SALOŇOVÁ, R., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.
- 9) FAVILLI, A. et al., Does epidural analgesia influence labor progress in women aged 35 or more? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [online]. 1-5 [cit. 2021-8-5]. DOI: 10.1080/14767058.2020.1743672.
- 10) FRANČÁKOVÁ, J., PROCHÁZKA, M., 2016. Porodnická analgezie a anestezie. In: PROCHÁZKA, M., et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED – Olomouc, s. 186–193. ISBN 978-80-906-2800-7.
- 11) GAISER, R., R., 2017. Postdural Puncture Headache. *Anesthesiology Clinics* [online]. 35(1), 157–167 [cit. 2019-03-14]. DOI: 10.1016/j.anclin.2016.09.013.

- 12) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3.
- 13) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.
- 14) HANÁKOVÁ, T., CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., VOLNÁ, P., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0755-3.
- 15) HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 16) HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 9788027102747.
- 17) JEPSEN, I., KELLER, K.D., 2014. The experience of giving birth with epidural analgesia. *Women and Birth* [online]. 27(2), 98-103 [cit. 2021-8-6]. DOI: 10.1016/j.wombi.2014.01.005.
- 18) JINDROVÁ, B., STRÍTESKÝ, M., KUNSTÝŘ, J., 2016. *Praktické postupy v anestezii*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-5612-7.
- 19) KAMENÍKOVÁ, M., 2015. Porodní asistentka a epidurální analgezie. *Mladá fronta: Zdravotnictví a medicína*. [online]. 10. 10. 2015 [cit. 2021-01-24]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/porodni-asistentka-a-epiduralni-analgezie-288296>.
- 20) KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-624-1.
- 21) LUO, S., CHEN, Z., WANG, X., ZHU, C., SU, S., 2021. Labor epidural analgesia versus without labor epidural analgesia for multiparous women: a retrospective case control study. *BMC Anesthesiology* [online]. 21(1) [cit. 2021-8-5]. DOI: 10.1186/s12871-021-01355-0.
- 22) MANDER, R., 2014. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-810-8.

- 23) MARIJIC, V., BUKOVIC, D., MIHALJEVIC, S., ORESKOVIC, S., PERSEC, J., ZUPIC, T., JURAS, J., MILINOVIC, D., 2013. Intermittent Epidural TOP-UPS vs. Patient Control Epidural Analgesia During Labor. *Collegium Antropologicum* [online]. 37(4), 1339-1341 [cit. 2021-02-06]. ISSN 03506134.
- 24) MATULNÍKOVÁ, L., 2011. *Rola pôrodnej asistentky v podpore a pomoci využívania polôh u rodičky*. Florence. 7(2), 35-38. ISSN 1801-464X.
- 25) MÁLEK, J., et al., 2016. *Praktická anesteziologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-247-5632-5.
- 26) MICHÁLEK, P., STERN, M., ŠTÁDLER, P., c2012. *Anestezie a pooperační péče v cévní chirurgii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-891-9.
- 27) MORAVCOVÁ M., PETRŽÍLKOVÁ, H., 2015. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu: přehled péče o fyziologického novorozence*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. 158 s. ISBN 978-80-739-5859-6.
- 28) NOSKOVÁ, P., BLÁHA, J., MANNOVÁ, J., SEIDLOVÁ, D., ŠTOURÁČ, P., 2019. Aplikace epidurální analgezie v porodnictví. *Anaesthesiology*. [online]. 30(1), 9-13. [cit. 2021-01-23]. ISSN 12142158.
- 29) PAŘÍZEK, A., c2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozšířené a přepracované vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-893-3.
- 30) PAŘÍZEK, A., 2014. Léky, analgezie a anestezie při porodu. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada, s. 195–204. ISBN 9788024745299.
- 31) PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-749-2215-2.
- 32) PROCHÁZKA, M. et al., 2016. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED – Olomouc. ISBN 978-80-906280-0-7.
- 33) PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

- 34) RANGANATHAN, P. et al., 2015. Chronic headache and backache are long-term sequelae of unintentional dural puncture in the obstetric population. *Journal of Clinical Anesthesia* [online]. 27(3), 201-206 [cit. 2021-8-10]. DOI: 10.1016/j.jclinane.2014.07.008.
- 35) ROKYTA, R., 2016. *Fyziologie*. Třetí, přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-238-1.
- 36) ROZTOČIL, A., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2098-7.
- 37) ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- 38) SAMANTA, S., JAIN, K., BHARDWAJ, N., JAIN, V., SAMANTA, S., SAHA, R., 2016. Maternal and foetal outcome after epidural labour analgesia in high-risk pregnancies. *Indian Journal of Anaesthesia* [online]. 60(2), 115-120 [cit. 2021-02-09]. DOI: 10.4103/0019-5049.176282.
- 39) SAMANTA, S., JAIN, K., BHARDWAJ, N., JAIN, V., SINGH, P., SAMANTA, S., SINGLA, V., SAHA, R., 2018. Labor analgesia in parturients of fetal growth restriction having raised umbilical Doppler vascular indices. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology* [online]. 34(1), 11–17 [cit. 2021-02-04]. DOI: 10.4103/joacp.JOACP\_150\_16.
- 40) SEIDLOVÁ, D., 2014. Rozdělení metod pro tlášení bolesti u porodu. *Nemocniční listy*. 15(1), 17–18. ISSN 1802-0224.
- 41) SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.
- 42) SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M., KADUCHOVÁ, P., ROUČOVÁ, M., STAROŠTÍKOVÁ, E., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.
- 43) STADELMANN, I., 2017. *Aromaterapie od těhotenství po kojení*. Praha: Marie Noe, nakladatelství a vydavatelství One Woman Press. 252 s. ISBN 978-80-863-5658-7.

- 44) ŠŤOURAČ, P., BLÁHA, J., NOSKOVÁ, P., KOZLOVÁ, R., SEIDLOVÁ, D., 2014. Anesteziologie a intenzivní medicína. *Současné postupy v porodnické anestezii IV – anesteziologické komplikace u císařského řezu*. Praha, roč. 25, č. 2, s. 129–130. ISSN 1214-2158.
- 45) ŠŤOURAČ, P., BLÁHA, J., NOSKOVÁ, P., KLOZOVÁ, R., SEIDLOVÁ, D., JARKOVSKÝ, J., ZELINKOVÁ, H., 2015. *Analgezie u porodu v České republice v roce 2011 z pohledu studie OBAAMA-CZ – prospektivní observační studie* [Analgesia for labour in the Czech Republic in the year 2011 from the perspective of OBAAMA-CZ study – prospective national survey]. *Ceska Gynekol. Mar*; 80(2):127–34. Czech. PMID: 25944602.
- 46) TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
- 47) VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T., HORÁK, J., 2010. *Využití nalbuphinu v porodnické analgezii*. *Česká gynekologie*. **75**(6), 564–568. ISSN 1210-7832.

## **8 Seznam příloh**

Příloha 1 – Žádost o provedení výzkumného šetření

Příloha 2 – Dotazník pro ženy vlastní konstrukce

Příloha 3 – Dotazník pro porodní asistentky vlastní konstrukce



## **Příloha 1**

### **Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce**

**Fakulta:** Zdravotně sociální fakulta

**Studijní program/obor:** Porodní asistence

**Jméno a příjmení studenta/studentky:** Tereza Maříková

**Kontaktní údaje (e-mail, tel.):**

**Název zdravotnického zařízení:**

**Oddělení:** Gynekologicko – porodnické oddělení – Porodní sál

**Název práce:** Epidurální analgezie při porodu

**Hypotézy, výzkumné otázky:** Hypotéza 1: Prvorodičky využívají častěji epidurální analgezii než vícerodičky.

Hypotéza 2: Mladší ženy (do 30 let) jsou více spokojené s účinky epidurální analgezie při porodu než starší ženy (nad 30 let).

Hypotéza 3: Ženy s epidurální analgezií při porodu lépe spolupracují s porodními asistentkami než ženy bez epidurální analgezie.

**Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:**

Metodiku svého výzkumu jsem zvolila kvantitativní výzkumné šetření a pro sběr dat využiji dotazník vlastní konstrukce. Získané výsledky pak budou dále statisticky zpracovány. Dotazníky pro porodní asistentky budou v tištěné formě a zcela anonymní. Otázky se budou vztahovat především k metodě epidurální analgezie. Pro svůj výzkum jsem si také stanovila druhý výzkumný soubor, který budou tvořit ženy po porodu, především se zkušeností s epidurální analgezií. Dotazníky pro ženy budou v elektronické formě na internetu a budou také zcela anonymní.

**Předpokládané výstupy:**

Výsledná práce a výsledky sběru dat poté mohou sloužit jako zdroj informací pro těhotné ženy. Práce a výsledky výzkumu mohou být prezentovány při odborných seminářích

pro porodní asistentky a mohou být přínosné také pro Vaší porodnici jako zdroj informací o metodě epidurální analgezie při porodu.

**Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:**

**Jméno:**

**Podpis:**

**Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:**

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

**Jméno:**

**Podpis:**

## **Příloha 2**

### Epidurální analgezie při porodu

Dobrý den,

Jmenuji se Tereza Maříková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás tímto poprosila o chvilku Vašeho času a vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník mapuje zájem o epidurální analgezii při porodu a současně také spokojenost s jejími účinky. Dotazník je proto určen především ženám, které využily tuto metodu tlumení porodní bolesti, ale mohou jej vyplnit i ženy, které epidurální analgezii odmítly. Součástí práce porodních asistentek je i edukace žen o této metodě, a proto je pro mě klíčové znát Vaše názory na metodu epidurální analgezie při porodu.

Dotazník je zcela anonymní a výsledky poslouží pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas.

#### 1. Věk

- 1) 18–20
- 2) 21–25
- 3) 26–30
- 4) 31–35
- 5) 36 a více

#### 2. Vzdělání

- 1) Základní
- 2) Střední škola s maturitou
- 3) Střední škola bez maturity
- 4) Vyšší odborné

5) Vysokoškolské

3. Pokolikáté jste rodila?

1) Poprvé

3) Podruhé

4) Potřetí

5) Počtvrté

6) Popáté

4. Rodila jste spontánně?

1) Ano

2) Ne

5. Využila jste během svého porodu možnost epidurální analgezie? (Pokud ne, přeskočte na otázku č. 19.)

1) Ano

2) Ne

6. Pokud ano, pokolikáté jste rodila, když jste využila epidurální analgezii při porodu?

1) Poprvé

2) Podruhé

3) Potřetí

4) Počtvrté

5) Popáté

7. Kde jste se o epidurální analgezii dozvěděla?

1) Rodina

2) Kamarádka

- 3) Internet
- 4) Knihy
- 5) Předporodní kurz
- 6) Až při porodu
- 7) Jiné, prosím, vypište .....

8. Co ovlivnilo Vaše rozhodnutí využít epidurální analgezii?

- 1) Rozhodnutá před porodem
- 2) V průběhu porodu
- 3) Na doporučení lékaře
- 4) Na doporučení porodní asistentky
- 5) Dobrá předchozí zkušenost
- 6) Jiné, prosím, vypište .....

9. Jak hodnotíte na škále bolest před aplikací epidurální analgezie? (hodnocení jako ve škole)

1 (slabá) – 2 – 3 – 4 – 5 (nesnesitelná)

10. Jak hodnotíte na škále účinky epidurální analgezie při porodu? (hodnocení jako ve škole)

1 (výborné) – 2 – 3 – 4 – 5 (nedostatečné)

11. Jak hodnotíte na škále svoji spokojenost s epidurální analgezií při porodu? (hodnocení jako ve škole)

1 (výborná) – 2 – 3 – 4 – 5 (nedostatečná)

12. Cítila jste úlevu od bolesti po aplikaci epidurální analgezie?

- 1) Ano
- 2) Ne

3) Bylo to stejné

13. Do jaké věkové kategorie jste patřila, když jste při svém porodu využila epidurální analgezií?

1) Pod 30 let

2) Nad 30 let

14. Jaký průběh měl Váš porod s epidurální analgezií?

1) Bez komplikací

2) S komplikacemi

15. Pokud jste měla nějaké komplikace, jaké to byly?

1) Infuze s oxytocinem pro posílení kontrakcí

2) Kleště

3) Vakuumextraktor

4) Akutní císařský řez

5) Jiné, prosím, vypište .....

16. Pociťovala jste nějaké potíže po aplikaci epidurální analgezie? (Můžete označit více možností.)

1) Bolest hlavy

2) Bolest zad

3) Brnění končetin

4) Zadržování moče

5) Žádné

6) Jiné, prosím, vypište .....

17. Považujete metodu epidurální analgezie při porodu za užitečnou? (V čem?)

1) Ano

2) Ne

18. Vnímala jste rozdíl ve spolupráci porodní asistentky s Vámi před aplikací epidurální analgezie a po aplikaci?

1) Ano

2) Ne

19. Popište, prosím, stručně důvod svého odmítnutí epidurální analgezie při porodu.:

.....

20. Nabídla Vám porodní asistentka také jiné metody tlumení bolesti při porodu?

1) Ano

2) Ne

21. Jaké metody tlumení porodní bolesti jste využila? (Můžete označit více možností.)

1) Polohování

2) Masáže

3) Voda (sprchování, vana)

4) Sezení na míči

5) Aromaterapie

6) Injekce

7) Jiné, prosím, vypište .....

22. Chtěla byste si nechat aplikovat epidurální analgezi u svého dalšího porodu?

1) Ano

2) Ne

3) Nevím

### **Příloha 3**

#### Epidurální analgezie při porodu

Dobrý den,

Jmenuji se Tereza Maříková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás tímto poprosila o chvíli Vašeho času a vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník mapuje zájem o epidurální analgezi při porodu a současně také spokojenost s jejími účinky. Součástí práce porodních asistentek je i edukace žen o této metodě, a proto je pro mě klíčové znát Vaše názory na metodu epidurální analgezie při porodu.

Dotazník je zcela anonymní a výsledky poslouží pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

Předem děkuji za Váš čas.

#### 1. Věk

- 1) 20–30
- 2) 31–40
- 3) 41–50
- 4) 51 a více

#### 2. Nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání

- 1) Středoškolské s maturitou
- 2) Vyšší odborné vzdělání
- 3) Vysokoškolské (Bc.)
- 4) Vysokoškolské (Mgr.)

#### 3. Jak dlouho pracujete na porodním sále?

- 1) 1–5 let
- 2) 6–10 let



3) 11–15 let

4) 16 let a více

4. Myslíte si, že ženy po aplikaci epidurální analgezie při porodu spolupracují lépe než ženy bez epidurální analgezie?

1) Ano

2) Spíše ano

3) Spíše ne

4) Ne

5) Nevím

5. Jste spokojena se spoluprací ženy s epidurální analgezií při porodu?

1) Ano

2) Spíše ano

3) Spíše ne

4) Ne

5) Nevím

6. Napište, prosím, stručnou odpověď, v čem rodičky lépe spolupracovaly po aplikaci epidurální analgezie.

.....  
.....

7. Z jakého důvodu se podle Vás ženy rozhodují pro aplikaci epidurální analgezie při porodu? (Můžete označit více odpovědí.)

1) Nesnesitelná bolest

2) Strach z bolesti

3) Vyčerpání

4) Neúčinnost jiných metod tlumení porodní bolesti

4) Doporučení lékaře

5) Jiné, prosím, vypište .....

.....

8. Jsou ženy podle Vás rozhodnuté pro aplikaci epidurální analgezie ihned po příchodu na porodní sál?

1) Ano

2) Ne

3) Nevím

9. Sledujete u žen s epidurální analgezií vyšší míru instrumentálních porodů?

1) Ano

2) Ne

3) Nevím

10. Jak jste spokojena s účinky epidurální analgezie u žen při porodu? (hodnocení jako ve škole)

1 (výborné) – 2 – 3 – 4 – 5 (nedostatečné)

11. Zaznamenala jste u žen po aplikaci epidurální analgezie nějaké potíže? (Můžete označit více možností.)

1) Bolest hlavy

2) Bolest zad

3) Brnění končetin

4) Nízký krevní tlak

5) Retence moče

6) Žádné potíže

7) Jiné, prosím, vypište .....

12. Je ve vaší nemocnici ženami často využívána epidurální analgezie při porodu?

- 1) Ano
- 2) Spíše ano
- 3) Spíše ne
- 4) Ne
- 5) Nevím

13. Vnímáte epidurální analgezii při porodu jako účinnou metodu tlumení porodní bolesti?

- 1) Ano
- 2) Ne
- 3) Nevím

14. Jaké ženy podle Vás více využívají epidurální analgezii?

- 1) Nulipary
- 2) Multipary