

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BOLEST A POROD

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
PhDr. Drahomíra Filausová

2010

Autor:
Romana Vicánová

ABSTRAKT

The topic of my bachelor thesis is pain and confinement. The reason why I selected the topic is that it holds my interest. The theoretical part contains general information explaining what pain is and stating what kinds of pain there are. I aimed to describe in detail in particular parturition that is closely associated with confinement. It is a natural state accompanying almost every confinement. I focused on the mechanism of pain origin and the methods of parturition alleviating. Nowadays parturition can be prevented by various methods. The methods are divided into pharmacological and non-pharmacological.

In my bachelor thesis I set three objectives and hypotheses associated with them. Objective 1: To ascertain the knowledge of women in childbed in respect of non-pharmacological methods of pain relieving. Objective 2: To ascertain what method of pain alleviating was offered to women in childbed. Objective 3: To ascertain whether women in childbed require epidural analgesia. Hypothesis 1: Women in childbed possess knowledge of non-pharmacological methods of pain relieving. Hypothesis 2: The most frequently offered method of pain alleviating is hydro-analgesia. Hypothesis 3: Women in childbed do not require epidural analgesia for fear.

The research set were women in the puerperal ward of Nemocnice a. s. České Budějovice. The method of quantitative research was used and the data were collected by means of an anonymous questionnaire. The questionnaire contained 23 questions and several sub-questions. 100 questionnaires were distributed, of which 90 were returned.

The research part has revealed that hypotheses 1 and 2 have been confirmed and hypothesis 3 has been disproved. The bachelor thesis could be used as an information material for the women in childbed who are not aware of the opportunity to utilize pain relieving methods.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma,, *Bolest a porod* “vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 2010

.....
Romana Vicánová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Drahomíře Filausové za vedení bakalářské práce, za její ochotu, pomoc a čas, který mi věnovala. Poděkovat bych také chtěla maminkám, které byly ochotné a vyplnily mi dotazníky na oddělení šestinedělí.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1. Porod	4
1.2. Bolest	6
1.2.1. Akutní bolest	8
1.2.2. Chronická bolest	9
1.2.3. Porodní bolest	9
1.3. Nefarmakologické metody	11
1.3.1. Hydroanalgezie	11
1.3.2. Alternativní polohy rodičky při porodu	12
1.3.3. Dýchání	13
1.3.4. Aromaterapie a masáže při porodu	14
1.3.5. Akupunktura a Akupresura	15
1.3.6. Psychologické metody	16
1.4. Farmakologické metody	18
1.4.1. Celková analgezie.....	18
1.4.2. Místní analgezie.....	19
2. Cíle práce a hypotézy	25
2.1 Cíle práce.....	25
2.2 Hypotézy.....	25
3. METODIKA	26
3.1 Použité metody.....	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	26
4. VÝSLEDKY	27
5. DISKUSE	49
6. ZÁVĚR	58
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	59
8. KLÍČOVÁ SLOVA	62
9. PŘÍLOHY	63

ÚVOD

Bolestí se rozumí nepříjemný smyslový prožitek, který je spojený s významným emocionálním zážitkem. Je varovným signálem či ochrannou funkcí, která upozorňuje na poškození organismu. Vždy je popisována jako bolest subjektivní. Při zjišťování kvality a intenzity bolesti, se řídíme tím, co nám nemocný říká, jak bezprostředně reaguje a jedná. Podle základních ukazatelů můžeme bolest posuzovat na jednotlivých škálách od 0 do 10. Bolest můžeme rozdělit do dvou skupin a to na bolest akutní a bolest chronickou. Sledováním bolesti hodnotíme její lokalizaci, charakter, intenzitu a časový průběh.

Opakem je bolest porodní, což je jediná bolestivá reakce, která nevzniká z důvodu nemoci, jedná se o účelnou reakci, která připravuje rodičku na porod. Porodní bolesti vznikají v důsledku zkracování děložního hrdla, při dilataci branky, při sníženém přísunu krve do dělohy během kontrakcí, při tlaku plodu na pánevní struktury, při napínání vaginy a perinea. I přes určité přípravy rodiček na porod, jsou zaznamenány rozdílné druhy v chování při prožívání děložních kontrakcí. Porodní bolesti jsou zcela individuální, pro rodičku představují psychickou i fyzickou zátěž.

V dnešní době se porodním bolestem dá předejít, využitím některých z metod pro jejich tišení. Porodní bolesti se dají tišit farmakologicky a nefarmakologicky. Každá rodička by měla být o těchto možnostech dostatečně informovaná. Při výběru záleží na stavu rodičky, stavu plodu, na porodní situaci, zkušenosti porodníka a anesteziologa. Je-li metoda rodičce podána správně a ve správný čas, tak tišení porodních bolestí vede ke snížení komplikací u matky i u plodu. Porodní asistentka by měla být schopná poradit rodící ženě, jaké metody lze využít v první době porodní.

Bakalářská práce je zaměřená na to, zda jsou rodičky dostatečně informovány o nefarmakologických metodách. Dále, která metoda jim byla v Nemocnici České Budějovice a. s. nejvíce nabízena. A třetí cíl zjišťoval, zda rodičky vyžadují epidurální analgezii.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Porod

„ Porodem (partus) nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin (2, str. 121)“. Vlastní porod se dělí do několika etap, a to na první dobu porodní, druhou dobu porodní, třetí dobu porodní a čtvrtou dobu poporodní (2, 28).

První doba porodní (otevírací) je zahájena pravidelnými děložními kontrakcemi, které způsobí rozevření a zánik děložního hrdla. Zánikem děložního hrdla vzniká tzv. *děložní branka* a ta se postupně rozvíjí. Nejprve jde o malý průměr, obvykle prostupný pro prst, dále pro dva a nakonec průměr počítáme na centimetry. První doba končí tím, že branka není hmatná, říká se, že branka je *zašlá*, průměr je 10 až 12 cm. Frekvence kontrakcí nepřesahuje 1- 2/ 10 minut. První doba porodní u prvorodiček trvá 10- 12 hodin, u vícerodiček 6- 8 hodin (7, 15, 16).

První doba porodní je provázána viscerální bolestí, která je lokalizována v děloze. Tato bolest dosahuje maxima v době kontrakcí. Dochází k ní při natahování svalových vláken dělohy, především v oblasti dolního děložního segmentu, ve kterém je podle většiny histologických studií největší počet senzoryckých nervových zakončení (24).

Během první doby porodní zůstává porodní asistentka rodičce nablízku a průběžně ji informuje o průběhu porodu. Zjišťuje, zda je vše v naprostém pořádku tím, že po dvou až třech hodinách, kontroluje krevní tlak a puls. Teplota se kontroluje po šesti hodinách při afebrilním stavu a po hodině u subfebrilního stavu. Měření krevního tlaku je důležitou kontrolou tělesného a duševního stavu rodičky. Náhlé zvýšení ukazuje na potřebu urychlit porod nebo na vyšší sledování rodičky, zvýšení teploty poukazuje na příznaky infekce, nebo nedostatek tekutin. Porodní asistentka dbá také na to, aby rodička močila, protože plný močový měchýř by mohl narušit průběh porodu. Dále pak lékař nebo porodní asistentka provádí vaginální vyšetření ve dvou

hodinovém intervalu, při kterém zjišťují otevírání porodních cest a provádí záznam do dokumentace. Sleduje a monitoruje srdeční frekvenci plodu za pomoci dvou metod - poslechem stetoskopem nebo elektronickým sledováním, které může být stálé, nebo ve čtvrt hodinových intervalech. Porodní asistentka v první době porodní může rodičce nabídnout masáž v oblasti křížové či podbřišku, kterou může vykonávat partner, je-li přítomen u porodu. Vhodnou metodou je využití teplé koupele (sprchy), která pomůže rodičce urychlit otevírání porodních cest (5, 16, 22).

Druhá doba porodní (vypuzovací) začíná zánikem porodní branky a končí porodem dítěte. Zašlou porodní branku rodička pozná pocitem na zvracení, jindy sestupem hlavičky na pánevní dno, které vyvolá tlak na konečník s pocitem nucení na stolicí a nutkání k tlačení. Děložní stahy v této porodní době jsou silnější, častější a trvají déle. Plod je tlačěn nejen silou děložních kontrakcí, ale také aktivní spoluprací rodičky, která tlačí, a tím tak plod vypuzuje porodními cestami ze svého těla. U prvorodičky druhá doba porodní trvá kolem 1 hodiny a u vícerodičky 20 - 30 minut (7, 15, 16).

Ve druhé době porodní se stupňuje tlak naléhající části plodu, na senzitivní struktury pánve a roztahuje svalstvo pánevního dna a hráze, což podněcuje vznik somatické bolesti. Tato bolest dosahuje střední intenzity a je lokalizována v oblasti inervace dolních lumbálních a sakrálních segmentů (24).

Porodní asistentka má povinnost pravidelně monitorovat srdeční frekvenci plodu. Sleduje ji po každé děložní kontrakci, nejlépe elektronicky, kdy i rodička slyší, že dítě je v pořádku. Sleduje i samotné kontrakce, jejich intenzitu, trvání a časový interval. V druhé době porodní, porodní asistentka navrhuje rodičce různé pozice pro tlačení a také jí radí, jak a kdy správně tlačit (5, 22).

Třetí doba porodní (k lůžku) začíná porodem dítěte a je ukončena porodem placenty a plodových obalů. Po porodu dítěte se děloha stáhne, je kulovitá, tuhá a její okraje dosahují k pupku. Po několika minutách se děloha začne

opět stahovat a díky tomu se začíná placenta odlučovat od stěny děložní. Placenta je z dělohy vypuzena do pochvy, kde vyvolá slabý pocit nucení na tlačení. Rodička je tak požádána, aby si naposledy zatlačila, tyto stahy nejsou vnímány bolestivě. V České republice se rodičce po porodu hlavičky dítěte do žíly aplikuje hormon oxytocin, který způsobí stah dělohy a tak i rychlejší odloučení placenty. Toto opatření vede ke zkrácení třetí doby porodní a především ke snížení krevní ztráty. Produkci vlastního oxytocinu můžeme u rodičky po porodu vyvolat včasným přiložením dítěte k prsní bradavce. Porozená placenta musí být důkladně zkontrolována, aby se vyloučilo, že v děloze nezůstaly její zbytky nebo větší množství plodových obalů. Třetí doba porodní trvá 10- 30 minut (7, 15, 16).

Čtvrtá doba porodní, popisovaná jako čtvrtá doba poporodní, trvá dvě hodiny. V této porodní době se může dostavit poporodní krvácení, je tedy nutné, aby rodička zůstala společně se svým dítětem na porodním sále. Po ošetření poporodního poranění, porodní asistentka změří rodičce krevní tlak, puls a teplotu. Vysvětlí rodičce, že po dobu dvou hodin, nebude zvedat hlavu, nebude dávat ruce za hlavu a bude mít natažené a překřížené nohy. To je důležité proto, aby rodička nezačala krváčet. Během této doby kontroluje porodní asistentka výšku horního okraje dělohy, krvácení z rodidel a její celkový stav. Po uplynutí dvou hodin, kdy může být rodička převezena na oddělení šestinedělí, je jí znovu porodní asistentkou změřen krevní tlak, puls, teplota a zjistí se výška děložního fundu (16, 22, 27).

1.2 Bolest

„ Bolest je subjektivní zážitek a existuje vždy, kdykoli nemocný říká, že bolest má (25, str. 125)“. Je komplexním zážitkem a současně i komplexní informací pro rozhodování lékaře a sestry. Bolest působí jako varovný signál, chrání a varuje nemocného před škodlivými vlivy (25).

Bolest je spojena s prožíváním a s poznatky tělesnými, emočními i sociálními. Bolest je stavem tísně, samostatným stresorem a spouštěčem

mediátorových kaskád se změnami ve vzdálených orgánech a celém organismu. Kvalita bolesti je dána jedinečnou a předchozí zkušeností. Bolest dává v obecném pohledu signál ohrožení a vyvolává u nemocného strach a přání, aby co nejdříve odezněla. U bolesti rozlišujeme tři základní stránky - *smyslovou*, která spočívá v lokalizaci bolesti, posuzování intenzity a kvality pacientem. *Emoční* - u které jde o motivaci a tendenci bolest zmírnit a odstranit. *Hodnotící* - při zjišťování kvality a intenzity bolesti, se řídíme tím, co nám nemocný říká, jak bezprostředně reaguje a jedná. Podle základních ukazatelů můžeme bolest posuzovat na jednotlivých škálách od 0 do 10. Kdy 0 představuje stav bez bolesti a 10 je maximální představitelná bolest dle zkušeností nemocného. Každá bolest vyvolává řadu dalších nepříjemných reakcí a pocitů, které se při delším trvání těžko snášejí. Každý nemocný je jiný, jinak se chová a jinak situaci s bolestí prožívá. Silněji je bolest prožívána, je - li organismus unaven, vyčerpán a doprovázen strachem, například z dřívější bolestivé zkušenosti. Každý nemocný má jiný práh bolesti, na stejné podněty reaguje někdo bolestivě a ostatní pouze nepříjemnými pocity. Při hodnocení bolesti sestra musí získat od pacienta anamnézu bolesti, provést fyzikální vyšetření se zaměřením na behaviorální odpovědi. Sledováním bolesti hodnotíme její lokalizaci, kvalitu, typ, intenzitu, faktory, které ji ovlivňují, předchozí zkušenosti a časový průběh (11, 20, 25, 26).

Přesně lokalizovat lze bolest povrchní, v hlubších tkáních je to obtížnější. Snadněji se lokalizuje bolest akutní než bolest chronická. K přesné lokalizaci bolesti jsou důležité otázky typu Kde to bolí? Slouží k tomu mapa bolesti, což je obrázková forma sdělení pacienta. Kvalitou bolesti se nemocný snaží vystihnout charakter, kde velkou roli hraje vyjadřovací schopnost člověka a jeho inteligence. Bolest může být tupá, řezavá, bodavá, svíravá nebo vystřelující. Intenzita bolesti udává, jak moc to bolí. Na bolest s malou intenzitou se dá zapomenout při odpoutání pozornosti, kdy při ní lze pracovat. Bolest střední je neodbytná, stále upoutává pozornost nemocného,

nedovoluje soustředění na práci, ruší spánek i radostné chvíle. Bolest s velkou intenzitou nedovolí nemocnému věnovat se jiným výkonům, je provázena vegetativními projevy – slzami, pocením, tachykardií. Objevují se vazomotorické změny – zblednutí nebo zčervenání. U nemocného může dojít až k bolesti nesnesitelné, kdy hlasitě nařiká, křičí a je schvácený. Časový průběh popisuje okolnosti, za kterých vzniká nebo se zhoršuje. Bolest může vzniknout náhle z plného zdraví, nebo nastupuje pomalu. Podle časového průběhu může být bolest stálá, trvalá, neměnná nebo s přestávkami. Důležité je sledování podnětů, které bolest vyvolávají, zhoršují nebo zmírňují. Při praktickém výzkumu bolesti, byly zjištěny dvě zásadně rozdílné klinické jednotky bolest akutní a bolest chronická (2).

1.2.1 Akutní bolest

Akutní bolest je senzoričtý vjem, který signalizuje poškození tkáně. Tento druh bolesti se dostavuje po bolestivém podnětu, kdy jde především o bolest ostrou a pálivou. Nejčastěji vyzařuje z kůže, kloubů, svalů a řadí se sem i některé druhy bolesti kolikovitě. Akutní bolest začíná náhle a je krátkodobá, při zvýšení intenzity u nemocného nastupuje aktivace sympatoadrenergního systému (nemocný reaguje zrychleným pulsem, dechem, neklidem, rozšířenými zornicemi, pocením, pláčem, změnou polohy a nářkem). Akutní bolest má ochrannou funkci, která nemocného varuje a zabraňuje tak zhoršování stavu. Bolest je nutno léčit rychle a efektivně (25, 26).

1.2.2 Chronická bolest

Chronickou bolest charakterizuje její dlouhodobé vyčerpávající působení. U tohoto typu bolesti se nenachází ochranná funkce, dochází zde ke špatnému určování lokalizace a kvality bolesti. Nemocný s tímto typem bolesti je vyčerpán, unaven, má špatnou náladu, reaguje i na běžné záležitosti nepříjemně, nebo je skleslý až apatický. Tato bolest může vést u nemocného až k úplnému vyčerpání. Dlouhodobě působící chronická bolest vyvolává u

nemocného strach, úzkost, deprese, obavy a vyskytují se i poruchy spánku. U nemocného s chronickou bolestí tak dochází ke snížení prahu bolesti, kdy nemocný je citlivý na sebemenší podněty, které hodnotí jako bolest. Stává se intolerantní k bolesti, projevuje bolestivé chování a dochází k sociální izolaci (11, 25, 26).

1.2.3 Porodní bolest

„ Porodní bolest je jedinou bolestivou reakcí člověka, která nevzniká z důvodu nemoci (17, str. 262)“. Jde o účelnou reakci, která připravuje rodičku na porod. Porodní bolest je lokalizovaná především v podbřišku, kříži nebo na obou místech. Tento typ bolesti vzniká v důsledku zkracování děložního hrdla, při dilataci branky, při sníženém přísunu krve do dělohy během kontrakcí, při tlaku plodu na pánevní struktury, při napínání vaginy a perinea. Organismus rodičky na porodní bolesti reaguje vylučováním adrenalinu, který dodává sílu, a endorfinu, který tlumí bolesti při porodu. Důležitou roli tu hraje i přirozený oxytocin, který zlepšuje náladu, způsobuje určitý útlum paměťových center a snižuje práh bolesti. Porodní bolesti jsou vyšší u předčasných porodů, u uměle vyvolaných děložních činností a u žen, které se bojí již předem. Z fylogenetického pohledu je porodní bolest prospěšná, rodička pociťuje zranitelnost, vyhledává pomoc, je motivovaná k přerušování všech svých aktivit a zaujímá různé polohy, které jí porod usnadní. Intenzita porodních bolestí se částečně snižuje s přípravou rodičky na porod, jako je návštěvnost předporodních kurzů, ale i přesto jsou zaznamenány rozdílné druhy v chování při prožívání děložních kontrakcí. Porodní bolesti jsou zcela individuální, pro rodičku představují psychickou i fyzickou zátěž. Pozitivní vliv na rodičku má široká nabídka metod pro tlášení porodních bolestí, přítomnost partnera a volný pohyb během porodních kontrakcí (4, 14, 21).

Porodní zátěž splňuje všechny znaky stresové reakce organismu. Strach a porodní bolest spolu souvisejí. Strach zvyšuje intenzitu a vnímání porodních bolestí a vede rodičku k nesprávnému dýchání. Obavy zas mohou rodičku motivovat k tomu, aby se naučila techniky, které sníží toleranci a práh její bolesti. K vnímání porodních bolestí se přidávají i předchozí zkušenosti s porodem, kdy rodičky srovnávají jejich bolestivost. Důležitým psychosociálním faktorem je podpora rodičky, která ukazuje příznivý vliv na průběh i vnímání porodu (20).

V dnešní době se dá porodním bolestem předejít využitím některých z metod pro jejich tišení. Metody pro tišení porodních bolestí dělíme na metody farmakologické a metody nefarmakologické. Pro využití některých z těchto metod platí základní podmínky: žádná metoda nesmí ovlivnit stav matky ani dítěte, neměla by ovlivňovat činnost dělohy, ale přitom by měla být vysoce účinná. O metodách pro tišení porodních bolestí by měla být každá rodička dostatečně informována a měla by jí být nabídnuta celá řada možností. Při výběru záleží na stavu rodičky, na stavu plodu, porodní situaci, zkušenosti porodníka a anesteziologa. Je-li metoda, kterou si rodička vybere, podána správně a ve správný čas, pak tišení porodní bolesti vede ke snížení porodních komplikací jak u matky, tak i u plodu. Pomůže tak přerušit kruh strachu, napětí a bolesti (2, 16, 18,21).

Porodní asistentka by měla být schopná poradit rodičce, jaké metody lze využít v první době porodní. Nejčastěji používanými metodami jsou relaxační koupele (sprchování), vhodné polohy, využití relaxačních a masážních technik, nebo aromaterapie. Cílem porodnické analgezie je zvýšit porodnický komfort pro matku, zlepšit fyziologický průběh porodu, zajistit optimální podmínky pro plod a podpořit psychické vazby matky a plodu (16, 21).

1.3 Nefarmakologické metody

Výhodou nefarmakologických metod při tlumení porodních bolestí je, že při těchto metodách nejde o užívání léků, které by mohly negativně ovlivnit plod. Řadí se sem spousta jiných alternativních metod, které pomáhají rodičce tišit porodní bolesti. Vhodné je polohování rodičky, masírování nebo stlačování určitých bodů na těle, především v oblasti křížové páteře. Účinný je i pobyt v teplé vodě, který rodičce pomáhá k uvolnění svalů a k urychlení samotného porodu. K dalším nefarmakologickým metodám se řadí: hydroanalgezie, relaxační masáže, alternativní polohy rodičky při porodu, dýchání, psychologické metody, akupunktura, akupresura a aromaterapie (13).

1.3.1 Hydroanalgezie

Hydroanalgezie je metoda, která vychází z relaxačních účinků vody na tělo, která rodičce uleví od bolesti po dobu jedné hodiny. Mezi základní metody hydroanalgezie se řadí: relaxační koupel, porod do vody, intradermální obstřiky, nebo jde o relaxační sprchování, které se poměrně často využívá a vyžaduje v první době porodní. Hydroanalgezie navozuje zvýšené vyplavování endogenních opioidů a současně navozuje nižší hladinu katecholaminů. Při hydroanalgezii dochází k rychlejší dilataci děložní branky, pomáhá uvolňovat stažené svaly, nadlehčuje tělo, napomáhá psychickému uvolnění rodičky, ale především pomáhá urychlit samotný porod. Rodička si tak nasměruje teplý proud vody na břicho, či dolní část zad. Předností hydroanalgezie je její jednoduchost, kterou smí provádět porodní asistentka, která ví, jaké rodičce a kdy ji má nabídnout (2, 15, 16, 17).

Relaxační koupele smí využívat pouze rodička s fyziologickým porodem. Naopak metodu nesmí využívat rodička s diabetes mellitus, s krvácivými stavy a rodičky, které mají hepatitis nebo HIV. Relaxační koupele navodí

rodičce příjemný pocit a pomáhají nadlehčovat rodičku při změně polohy. Při relaxační koupeli dochází ke zvýšení psychické i somatické relaxace (15).

Porod do vody je svým způsobem udáván za nejpřirozenější, a to i přesto, že jej lidé dříve nepoužívali. Výhodou porodu do vody je zvýšená relaxace porodních cest, analgezie a zkrácení první a druhé doby porodní. Rodička ve vodě neprožívá pouze první dobu porodní, ale přivádí zde na svět i své dítě (15).

Intradermální obstrukce vodou spočívá v intradermálním podávání fyziologického roztoku do oblasti okolo os sacrum. Účinek nastupuje kolem 30 sekund, kdy dochází ke snižování sakrálních bolestí. Výhodami intradermálních obstrukcí je jednoduchost, možnost opakování procesu prováděného porodní asistentkou (15).

1.3.2 Alternativní polohy při porodu

Alternativní polohy byly do praxe zavedeny kolem 16. a 17. století. V současném porodnictví se využívá horizontální polohy vleže na zádech. Poloha je vhodná pro prevenci a ošetření rozsáhlých porodních poranění. Nevýhodou horizontální polohy je prodloužení druhé doby porodní. Za nejpřirozenější polohu během porodu se považuje poloha vertikální; *ve stoje, v kleče, v dřepu nebo vsedě* (viz. příloha 3). V těchto vertikálních polohách se rodičky přidržují porodní asistentky, partnera nebo věci kolem sebe (žebřiny, porodnické křeslo). Na rychlejší otvírání porodních cest platí využívání zemské gravitace, kdy hlavička dítěte mnohem snadněji sestupuje do pánve a otevírá porodní kanál. Přání rodičky vybrat si úlevovou polohu by mělo být pokaždé akceptováno, ovšem v rámci bezpečnosti matky a plodu. Rodička sama vycítí, která poloha jí bude během první doby porodní vyhovovat. V první době porodní se u některých rodiček mohou objevit intenzivní bolesti zad. Je tedy nutné rodičkám vysvětlit, proč tomu tak je. Intenzivní bolesti zad jsou z velké části při porodu způsobeny tím, že plod v děloze zaujímá špatné postavení. Plod bývá v poloze podélné hlavičkou, obličejem

je natočen kupředu a zády k páteři matky, hlavička tak tlačí na křížovou oblast páteře. Tyto bolesti odeznívají v okamžiku, kdy se plod otočí, napomáháme tomu různými polohami. Relaxace a dýchání při intenzivních bolestech zad nepomáhají. Každá rodička by měla určitou polohu vyzkoušet na 20 až 30 minut a pak přejít k jiné (2, 15, 16, 17, 22).

1.3.3 Dýchání

Dýchání je metoda, kterou se rodička učí na předporodních kurzech, pomáhá při odvedení pozornosti od bolesti. Dýchání svůj účel splňuje, když jsou předem nacvičeny správné techniky. Rodička by si měla dýchání vyzkoušet před samotným porodem společně s porodní asistentkou. Všechny rodičky by měly ovládat hrudní, břišní a podklíčkové dýchání. Při hlubokém břišním dýchání dochází k maximálnímu prokrvení břicha, pánve a dělohy. Při břišním dýchání se rodička dokáže lépe koncentrovat, uvolnit a uklidnit. Pomalé a volné dýchání je uklidňující v případě, že je porod v plném běhu. Existují tři vzory správného dýchání, které se doporučují využívat v první době porodní. Pomalé dýchání, lehké dýchání a funění (13, 22).

Pomalé dýchání je uvolňující a velice uklidňující, rodička se tak snaží pomalu a lehce dýchat. Nevytváří žádné úsilí, jde pouze o volný nádech a volný výdech. Při nástupu stahu by se měla rodička zhluboka nadechnout nosem a pomalu vydechovat ústy. Pomalým dýcháním by měla rodička začít a používat ho tak dlouho, dokud jí to pomáhá stahy překonat. Některé rodičky s tímto pomalým dýcháním vydrží po celou první dobu porodní, jiné pouze do té doby, než se porodní branka otevře na 8 cm (22).

Lehké dýchání - nějakou dobu trvá, než se ho rodička naučí správně používat. Rytmické lehké dýchání tak pomůže lépe zvládnout porodní bolesti. Při stahu by měla rodička provést hluboký výdech a následně začít pomalu dýchat. Při zvyšování kontrakce se zrychluje i dýchání a stává se tak povrchním. Na vrcholu kontrakce rodička dýchá lehce a povrchně ústy. Počet

dechů za minutu je 30 až 120. Stejným způsobem rodička pokračuje do té doby, než začne kontrakce ustupovat, následně dýchání zpomalí (22).

Funění je kombinace dlouhého, lehkého a krátkého dýchání. Spousta rodiček začíná dýchat nejprve pomalu, poté přejde k rychlému a nakonec přechází k funění. Správná technika při funění je taková, že rodička zhluboka vydechne a následně se ústy třikrát až čtyřikrát nadechne a poté následuje pomalý dlouhý a uvolňující výdech. Rodička funění opakuje po dobu kontrakce (22).

1.3.4 Aromaterapie a masáže při porodu

Aromaterapie využívá účinků éterických olejů, které se dají použít k masáži, kterou provádí partner nebo porodní asistentka. Aromaterapii je vhodné použít při koupeli, k inhalaci nebo jako přísada do aromalampy. Účinek spočívá v působení vonných látek přes čichový orgán na mozková centra, která jsou zodpovědná za vznik citových prožitků a emocí. Před porodem můžeme rodičce doporučit, aby pět až sedm dnů před termínem porodu prováděla jednou až dvakrát denně jemnou masáž břicha a oblast kříže. Používá se základní směs olejů s éterickými oleji levandule a jasmínu, které napomáhají vytvořit hladké svalstvo dělohy k porodu (1, 27).

Hráz je tkáňový val tvořící překážku mezi spodní částí poševního vchodu a řitní oblastí. Masáž hráze přispívá od šestého až osmého týdne před porodem ke zlepšení elasticity a k prokrvení, toto místo je při porodu vystavené velkému tlaku. Prokrvená a vláčná hráze je lépe odolná porušení a lze tak předejít jejímu nástřihu. Masáž hráze by se měla provádět po koupeli, kdy je tkáň teplá, prokrvená a připravená na masáž. Vhodným masážním olejem je přípravek, který obsahuje éterické oleje levandule, šalvěže muškátové a růže. Využití některého z éterických olejů, může rodičku nabudit k psychickému naladění na blížící se porod a zároveň dodá pocit sebedůvěry a sebejistoty. Oleje působí zároveň antisepticky, kdy dokážou zabránit vzniku infekce (27).

Během porodu partner nebo porodní asistentka může nabídnout rodící ženě masáž ramen, šíje, oblasti kosti křížové, chodidel, zápěstí a dlaní. Masážní oleje si rodička může zvolit podle vlastního výběru, doporučuje se mandlový nebo jojobový. Směs éterických olejů šalvěje muškátové, levandule a kadidla uvolňuje a zároveň pomáhá koncentrovat potřebnou energii na fyzické a duševní úrovni. Aromaterapie a masáž může rodiče porodní dobu velice zpříjemnit. Mnoho českých nemocnic tuto metodu využívá a nabízí ji nastávajícím rodičkám (27).

Levandule urychluje porod bez zvyšování intenzity stahů. Při silných bolestech je možné přidat pár kapek levandule do koupele (8).

Heřmánek římský je vhodný pro citlivé rodičky, které nezvládají křečovitě velké bolesti (8).

Verbena u tohoto oleje stačí pouze přičichnout k lahvičce. Používá se u rodiček, které začínají panikařit, jsou rozrušené a mají pocit, že nezvládnou porodit. Tento olej zvýší jejich koncentraci na porod a napětí (8).

Rozmarýn pomáhá rodičkám, které mají nízký tlak, jsou unavené a mají slabé kontrakce. Rozmarýn se může využít pro masáž nebo koupel. Pomáhá rodičkám i po porodu, kdy jsou vysílené (8).

1.3.5 Akupunktura a akupresura

Akupunktura je stará léčebná metoda, která se vyvinula před několika lety v Číně. Cílem této metody je vpichování tenkých jehliček do určitých bodů na těle. Jsou to tzv. *akupunkturní body*, které se nacházejí na neviditelných drahách a jsou spojeny s vnitřními orgány (viz příloha 4). Při stimulaci vhodných bodů se v těle může zvýšit produkce hormonů štěstí endorfinů, které snižují úroveň bolesti. V těhotenství tato metoda napomáhá k obnovení duševní rovnováhy, psychické pohodě, při těhotenské nevolnosti, předchází bolestem zad, poruchám spánku a pomáhá při změkčování tuhých porodních cest před porodem. Tuto metodu je vždy nutné konzultovat s porodníkem (1, 4).

Akupresura je metoda velice podobná, spočívá v působení tlaku na určitá místa na povrchu těla. Zde může pomoci partner, který rodičku masíruje od krku k ramenům. Důležité je nezačínat s masáží příliš brzo (4).

1.3.6 Psychologické metody

Mezi psychologické metody, které pomáhají tišit porodní bolesti, se řadí: relaxace, metoda odvedení pozornosti, kognitivní metody, psychoterapeutický vztah, hypnóza, ale také behaviorální metody. Metody se navzájem doplňují a kombinují (20).

Relaxace představuje uvolnění, zbavení se napětí, uklidnění a odpočínutí. Relaxační techniky by měla rodička nacvičit během předporodních kurzů, ale i nezkušenou rodičku uklidní, uvolní a naučí dýchat porodní asistentka. Při porodu se spíše využívá progresivní svalová relaxace, kdy jde o vědomé stahování a uvolňování různých svalových skupin, a relaxační trénink, který vychází z navození tepla, pocitů tíže a uvolnění. Dále sem lze zařadit meditativní, imaginativní a dechové techniky, jako je jóga a atd. Bolest u rodičky zvyšuje tepovou frekvenci, krevní tlak a celkové vzrušení, relaxace působí opačným směrem, snižuje vzrušení, napětí, pocit bolesti a odvádí pozornost. Uvádí se, že relaxace napomáhá ke zvyšování hladiny endorfínů v krvi (20).

Odvedení pozornosti je metoda, která provází téměř všechny psychologické metody. Jde tu o snahu odvést pozornost od bolesti soustředěním se na jinou skutečnost - relaxace svalů, vnímání dechu, vnímání pokynů porodní asistentky, vnímání tlaku při masážích, tepla při obkladech nebo sprše. Dalším způsobem je mentální stimulace, kdy se rodička soustředí na jeden bod nebo objekt v místnosti, na fantazii nebo hudbu (20).

Kognitivní metody, jsou metody zahrnující myšlení, vnímání, usuzování, chápání, očekávání a vytváření představ. Cílem této metody je poznat kognitivní mapu rodičky (představu o porodním ději, o průběhu porodu a o zvládnutí bolesti), případně ji zhodnotit, pozměnit, pomoci lépe chápat a

přiměřeně reagovat na bolest. Vysvětlování probíhá v předporodních kurzech, ale i během porodu. Kognitivní psychoterapie se obrací k logickému myšlení, argumentaci a přesvědčování. Snaží se odstraňovat nesprávné postoje a názory, usměrňuje a vede rodičku pozitivním směrem (20).

Psychoterapeutický vztah bolesti je nesmírně složitým bio- psychosociálním jevem, proto vztah mezi rodičkou a porodní asistentkou je tak důležitý. Jde tu o harmonický vztah, ochotu pomoci, porozumění a vyhovění požadavků. Psychoterapeutický vztah ovlivňuje vnímání bolesti pozitivně, ale i negativně. Porodní asistentka uklidňuje rodičku, vysvětluje chápání jejích pocitů a akceptuje její bolest. Vždy se snaží o vytvoření příjemného prostředí, ve kterém může rodička důvěřovat profesionálním dovednostem zdravotníků a celému zařízení. Důležitá je také míra dotekového kontaktu, která sděluje rodičce přítomnost porodní asistentky. Pocit bezpečí a jistoty je dán vzájemnou důvěrou mezi rodičkou, lékařem a porodní asistentkou (20).

Hypnózu lze využít v přípravě na porod, k navození uvolnění a posílení vlastních kompetencí. Hypnotizér (psycholog nebo lékař, který prošel výcvikem v hypnoterapii), může rodičku vybavit posthypnotickou sugescí, která pomůže při porodu, nebo ji naučí, jak dosáhnout uvolnění. Metoda je velmi náročná z časového hlediska, je nutné připravovat ji během těhotenství. Bývá účinná pouze u 25 % rodiček (14, 17, 20).

Behaviorální metoda vyžaduje vlastní spontánní aktivitu rodičky. Cílem je rodičku naučit různé postupy, jak zvládat bolest, a výstavbu pozitivního postoje ke zvládnutí bolesti. Žena se učí být aktivní a přijímá větší zodpovědnost na průběh porodu. V předporodních kurzech je zahrnut nácvik různých poloh vhodných pro porod, rodička je udržovaná v aktivitě pomocí cvičení. Zaujímá vzpřímené polohy, může se volně pohybovat, zkouší různé úlevové polohy, ke kterým používá věci, jako je gymnastický míč, žebřiny a podobně. Pohupování a pohyb omezuje bolesti (20).

1.4 Farmakologické metody

Farmakologickou analgezií rozumíme podávání léků na tlumení porodních bolestí v podobě injekční, infuzní, inhalační nebo jiné. V porodnictví se často užívají léky, jejichž působením dochází k útlumu porodních bolestí či lokálnímu znecitlivění. Analgezií dále dělíme na celkovou a místní (19).

1.4.1 Celková analgezie

Celková analgezie je soubor způsobů, kdy se podáním centrálně účinných látek modifikuje vnímání bolesti – snížením prahu vnímané bolesti a změnu jejího emocionálního náboje. Do celkové analgezie řadíme metody, kdy se léky podávají injekčně nebo inhalačně (2, 16, 17).

Injekční analgezie pro tišení porodních bolestí je u nás nejrozšířenější metodou. Analgetika je možné podávat i intramuskulárně čili do svalu, zde nastupuje účinek přibližně za 15 minut a úroveň útlumu je vysoká. Analgetika mají tlumivý účinek i na plod, proto se nedoporučuje jejich podání na konci první doby porodní a v druhé době porodní. Nejčastěji se používá Petidin (Dolsin), Tramadol (Tramal) a Nalbuphine (Nubain) (19).

Petidin (Dolsin) je lék s účinkem podobným morfinu a je dnes nejvíce používaným u porodu. Výhodou tohoto léku je jeho jednoduché podání a cenová dostupnost. Nevýhodou je dechový útlum u matky a plodu, občasná ztráta paměti na porod a snížená sebekontrola. Může dojít k vyvolání dráždivé reakce u novorozence i několik dní po podání matce. Zbytky tohoto léku se vylučují mateřským mlékem tři až čtyři dny. Lék může aplikovat lékař, nebo porodní asistentka a jeho analgetická účinnost je kolem 40 % (2, 16, 17).

Tramadol (Tramal) toto analgetikum neovlivňuje krevní oběh matky. Jeho předností je finanční dostupnost a jednoduché podání. Nedostatkem je možný útlum dítěte, který závisí na celkové dávce podané rodičce, době podání, způsobu podání a přidružených porodnických komplikacích. Lék může mít na rodičku paradoxní účinek a může dojít i k narušení spolupráce. Někdy se

může vyskytnout porucha paměti na porodní proces, především na první kontakt rodičky s novorozencem. Lék smí aplikovat lékař i porodní asistentka, analgetická účinnost je také 40 %

(2, 16, 17).

Nalbuphine (Nubain) jde o nový lék, který se zdá být vhodný pro porodnickou analgezi. Dochází u něj k rychlejšímu odbourávání a má malý vliv na dýchání. Toto analgetikum navozuje u rodičky vyšší úlevu od porodních bolestí. Výhodou je opět jeho jednoduchost při podání. Nevýhodou je útlum novorozence, který závisí na podané dávce rodičce, a vyšší finanční dostupnost. Analgetikum podává lékař, nebo porodní asistentka, účinnost je 40 % (2, 16, 17).

Inhalační analgezie, v současné době se podává směs kyslíku a oxidu dusného v poměru 1 : 1. Plyn je přiváděn z anesteziologického přístroje, nebo maskou z centrálního přívodu plynů nastavením průtokoměru v žádném poměru. Nástup i odeznívání účinku je rychlý, látka se nekumuluje a maximum účinku se dosahuje za 45 sekund. Dnes se využívá kontrolovaná analgezie, což je samoobslužný způsob podání. Přednostmi je bezpečnost s minimálním ovlivněním rodičky i plodu a její jednoduchost. Nevýhodami je kontaminace ovzduší porodních sálů s negativními důsledky pro personál (21).

1.4.2 Místní analgezie

Představuje soubor způsobů, kdy se podáním lokálně účinných léků modifikuje vnímání bolestí – snížením prahu vnímané bolesti a změnou jejího emocionálního náboje (2).

Infiltrace kožních zón, do kterých se řadí kůže a podkoží lumbosakrální oblasti, podbřišku a třísel. Analgezie není příliš účinná, proto se v porodnictví nevyužívá. Nevýhodou je toxické ohrožení matky a plodu (15).

Infiltrace (obstřík) perinea a pochvy tato metoda se v porodnictví využívá velmi často, využívá se k tomu lokální anestetikum 10 až 20 ml 1% Mesocainu. Obstřík se provádí v pólu zadní komisury, vějířovitě se po obou stranách předpokládané episiotomie infiltruje vrstva podkoží přes fascii i svalstvo pánevního dna. Provádí se před episiotomií, při operačním porodu, před ošetřením porodního poranění nebo při ošetření ruptury pochvy a perinea. Doba účinku je kolem 45 minut a metodu smí provádět porodník i porodní asistentka. Výhodou této metody je její jednoduchost a finanční nenáročnost. Nedostatkem je, že nenastane relaxace svalstva pánevního dna. Pro nízkou analgetickou účinnost je nevhodná při ošetřování většího porodního poranění (2, 15, 16, 17).

Při pudendální analgezií dochází k oboustranné blokádě větví nervus pudendus infiltrací při jeho výstupu z pánve v oblasti spina ossis ischií. Úleva však nastává pouze na hrázi a v zevní třetině pochvy. Tato analgezie se užívá v druhé době porodní při spontánním porodu, při klešťovém porodu, při vakuumextrakci, při předčasném porodu, kdy pomáhá uvolnit pánevní dno a tím chrání hlavičku novorozence, a jako operační analgezie. Tuto metodu je možné použít dohromady s epidurální nebo subarachnoideální analgezií. Blokáda zasahuje do zevní třetiny pochvy a perinea, neovlivňuje tak bolest, která souvisí s děložními kontrakcemi. Kontraindikací je hlavička plodu v pánevní úžině nebo pánevním východu a při anatomické odchylce pánve, kdy porod probíhá rychle a hrozí tu poranění plodu. Výhodami pudendální analgezie je její nenáročnost a bezpečnost jak pro matku, tak i plod, a finanční dostupnost. Nevýhodou této analgezie je, že postihuje krátký úsek porodního děje, jde pouze o druhou dobu porodní. Trvání účinku závisí na druhu, koncentraci a množství lokálního anestetika. Pudendální analgezií je možné podat dvěma způsoby, a to transvaginálně a transkutánně. Pudendální analgézií provádí pouze porodník (2, 15, 16, 17, 21).

U transkutánního přístupu proniká jehla v místě středu spojnice mezi řitním otvorem a tuber ischií, který bývá dobře hmatný. Před vpichem je dobré provést anestezii kůže lokálním anestetikem. Vpich se provádí pod kontrolou ultrazvuku, který se zavede pochvou nebo rektum. Jehla prochází ischiorektální fossou do oblasti 1 cm mediálně od sedacího hrbolu. Podává se přesně vypočítaná dávka lokálního anestetika (15).

Transvaginální přístup - ukazovákem jedné ruky pronikáme přes poševní stěnu, kde nahmatáme sedací hrbol, druhou ruku nasměrujeme vodič pudendální jehly. Do vodiče se pak zasune samotná pudendální jehla. Vhodné je podat lokální anestetika poševní stěnou a pak pomalu a plynule pokračovat v pohybu jehly do prostoru 1cm mediálně od tuber ischií. Po předchozí aspiraci se podává přesně vypočítaná dávka lokálního anestetika. Stejně se postupuje na opačné straně, nástup účinku se pozná na snížené citlivosti perinea, nebo podle reflexní kontrakce konečníkem (15).

Paracervikální analgezie přerušuje vedení bolesti v nervových drahách v oblasti děložního hrdla. Pro porod postihuje významnou část dutiny břišní a horní část pochvy. Metoda se dnes používá velmi zřídka. Provádí se v gynekologické poloze se speciální paracervikální jehlou. Podmínkou je porodní branka o průměru tři až čtyři cm a neustálé elektronické sledování plodu. Je zde rychlý nástup účinku, jeho trvání je kolem 60 až 90 minut, rodička může bez omezení využívat jakékoli alternativní polohy během porodu. Metoda se používá u tuhé, rigidní nebo spastické děložní branky a při bolesti u fyziologického porodu. Metodu není vhodné používat u předčasného porodu, při známkách, že plod v děloze není v pořádku, u vícečetného těhotenství, u preeklampsie, u diabetes mellitus, při hypotenzi matky a u indukovaného porodu pro přenášení. Výhodou této metody je vysoká účinnost a jednoduchost. Nevýhodou je, že analgezie ovlivňuje pouze první dobu porodní, u plodu se může v 10 až 15 % objevit přechodná změna srdečního rytmu na bradykardii. Metodu nelze použít k císařskému řezu.

Analgetická účinnost je kolem 70 %. Pudendální analgezií smí provádět pouze zkušený porodník (2, 15, 16, 17, 21).

Subarachnoideální analgezie je metoda podobná epidurální analgezií s tím rozdílem, že zde se provádí punkce subarachnoideálního prostoru. Lokální anestetikum se podává do mozkomíšního moku, kde dochází k ovlivnění a šíření bolestivých vzruchů v nervových drahách a přímo v míše. Veškeré věci ohledně podání, předností, nedostatků a technice podání se příliš neliší od epidurální analgezie. Tato analgezie se provádí v poloze na levém boku v oblasti L2 a L3. Punkce se provádí co nejtenčí jehlou s různým tvarem hrotu, aby unik mozkomíšního moku byl co nejmenší a tím se snížila možnost vzniku bolesti hlavy. Nástup účinku je rychlý, analgezie je výborná. Výhodou je téměř 100 % účinnost, okamžitý nástup účinku a menší riziko toxicity CNS a myokardu. Tuto jednorázovou aplikaci do subarachnoideálního prostoru lze kombinovat se zavedením co nejtenčího katétru subarachnoideálně a aplikovat pouze opioid. Nevýhodou je vznik hypotenze a častější výskyt bolestí hlavy. Tomu jde však předejít využitím té nejtenčí jehly, dostatečnou hydratací a malými dávkami efedrinu i. v. K subarachnoideální analgezie je možné použít lokální anestetika, analgetika, ale také opioidy. Tuto metodu provádí anesteziolog (2, 21, 28).

Epidurální analgezie prošla během let vývojem a různými změnami od aplikace pouze lokálního anestetika v různých koncentracích až po kombinaci nízkoprocentního roztoku lokálního anestetika s lipofilním opiátem. U nás se začala zavádět na začátku 90. let minulého století. Epidurální analgezie je nejúčinnější metoda, která ovlivňuje porodní bolesti a která je nejvíce užívaná. Jde o nejrozšířenější metodu v ovlivňování porodních bolestí při porodu. Místní analgetikum se samostatně nebo s přidaným opioidem podá do epidurálního prostoru. *Epidurální prostor* je oblast, která leží vně obalů míchy. Vnější obal se nazývá dura mater

(tvrdá plena), která chrání míchu a mozek. Aby epidurální analgezie nenarušila průběh fyziologického porodu a hlavně pohyblivost rodičky, je důležité podat správnou dávku lokálního anestetika ve správný čas a na správné místo, které je hluboké asi 4 mm a u každé maminky v různé vzdálenosti od kůže zad. Z pohledu bezpečnosti by se dnes měl podávat pouze moderní preparát Chirocain 0, 125 % nebo Naropin 0, 1 %. Menší dávka opioidu Sufenti se podává proto, aby bylo možné snížit dávku místního anestetika na minimum. Podařilo se tím tak odstranit nedostatky epidurální analgezie u porodu, jako byl pokles krevního tlaku u rodičky, nemožnost volného pohybu během porodu a častější indikace k porodnické operaci. Krom toho opioid způsobuje, že analgezie je kvalitnější než v případě samotného lokálního anestetika (2, 16).

Podmínkou epidurální analgezií je přítomnost anesteziologa, porodníka a porodní asistentky. Porodní branka musí být otevřená 3 až 4 cm u prvorodičky a 2 až 3 cm u vícerodičky. Vedoucí část plodu by měla být vstoupilá v pánevním vchodu. Rodička by měla být informovaná o této metodě, seznámena s možnými komplikacemi a vše potvrdit svým podpisem (2, 16, 21).

Epidurální analgezií podáváme, pokud chceme dosáhnout vysoce účinné analgezie u porodu. Porod s epidurální analgezií není zcela bezbolestný, i když tomu tak může být. Dnes se nechává zbytek bolesti, především v oblasti hráze, tím rodička cítí tlak až mírnou bolest ve druhé době porodní. S rodičkou se tak lépe spolupracuje a především dobře tlačí. Doporučuje se tedy epidurální analgezií podávat u rodiček, které mají zdravotní nebo porodní problémy (plicní onemocnění, oční choroby, epilepsii). Dále u porodu dvojčat, při poruchách placenty nebo při porodu koncem pánevním. Analgezie se nesmí podávat při alergických projevech na místní anestetikum, při infekci kůže v místě v pichu, při nesouhlasu rodičky, při poruchách krevní srážlivosti matky, když plod trpí nedostatkem kyslíku, při předčasném odlučování placenty a při rychlém a překotném porodu (2, 16, 21).

Epidurální analgezie se rodičce podává v poloze na levém boku, kdy provede tzv. *kočičí hřbet* (viz příloha 5). Následně se odezinfikuje a sterilně přikryje bederní částí zad sterilní rouškou. Provede se místní znecitlivění kůže a podkoží, podá se lokální anestetikum s opioidem do epidurálního prostoru a zavede se epidurální katétr. Jde o tenkou hadičku, která se připevní na rameno a rodička ji na zádech vůbec necítí. Provedení této metody trvá zhruba 5 až 10 minut a je popisována jako nebolestivá (2, 16, 17).

Výhodou této metody je splnění podmínek porodnické analgezie, může se říct, že jde o metodu zcela bezpečnou, neboť se do krevního oběhu rodičky a plodu dostává nepatrné minimum množství léků. Její účinek je libovolně dlouhý, působí během první doby porodní, ale také při druhé a třetí době porodní. Příznivě ovlivňuje prokrvení dělohy a placenty, tím zlepšuje zásobení dítěte kyslíkem a dalšími potřebnými látkami. Pomáhá při uvolnění svalstva porodních cest a tím usnadňuje průběh porodu. V případě potřeby jde epidurální analgezi rozšířit na epidurální anestezii, ve které je možné provést kteroukoli porodnickou operaci. K nevýhodám patří její organizační náročnost, přítomnost anesteziologa, který musí být schopný provést epidurální analgezi. Technicky náročná je metoda pro rodičku, která není schopná provést tzv. *kočičí hřbet* v důsledku velkého břicha, není schopná pro porodní bolesti být v klidu a nehýbat se. Je tu riziko nízkého krevního tlaku, oslabení děložních kontrakcí a poranění obalů míchy, kdy hrozí bolesti hlavy po porodu, bývá to u 2 rodiček ze sta. Doporučuje se, aby metodu prováděl zkušený porodník a zkušený anesteziolog. I porodní asistentka, která je u porodu s epidurální analgezií, by měla projít odbornou přípravou. Analgetická účinnost je kolem 90 % (2, 16, 17).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 CÍLE PRÁCE

Cíl 1: Zmapovat znalosti rodiček o nefarmakologických metodách tišení bolesti.

Cíl 2: Zjistit jaká byla rodičkám nabídnuta metoda pro zmírnění bolesti za porodu.

Cíl 3: Zjistit zda rodičky vyžadují epidurální analgezii.

2.2 HYPOTÉZY

Hypotéza 1: Rodičky mají znalosti o nefarmakologických metodách při tišení bolesti.

Hypotéza 2: Nejčastější nabízenou metodou pro zmírnění bolesti je hydroanalgezie.

Hypotéza 3: Rodičky nevyžadují epidurální analgezii z důvodu strachu.

3. METODIKA

3.1 POUŽITÉ METODY

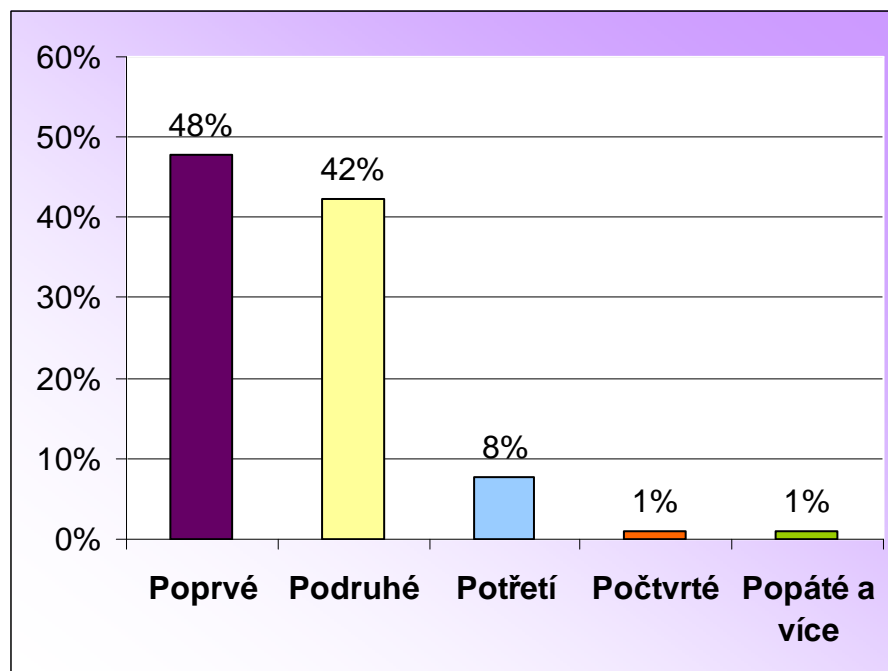
K dosažení cílů a potvrzení hypotéz, bylo zvoleno kvantitativní šetření. Sběr dat probíhal pomocí anonymního dotazníku (viz příloha 1), který obsahoval 23 otázek a 18 podotázek. V dotazníku byly použity otázky otevřené, polootevřené a uzavřené. Dotazník byl určen pro ženy po porodu na oddělení šestinedělí v Nemocnici České Budějovice a. s.

3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořily ženy po porodu na oddělení šestinedělí v Nemocnici České Budějovice a. s. Bylo rozdáno 100 dotazníků na oddělení šestinedělí, vrácených bylo 90. Návratnost byla 90 %. Nebyly vyřazeny žádné dotazníky, šetření proběhlo, v měsíci únor a březen. Z celkového množství rozdaných dotazníků bylo pro zhodnocení výsledků použito 90 dotazníků, což je 100 %.

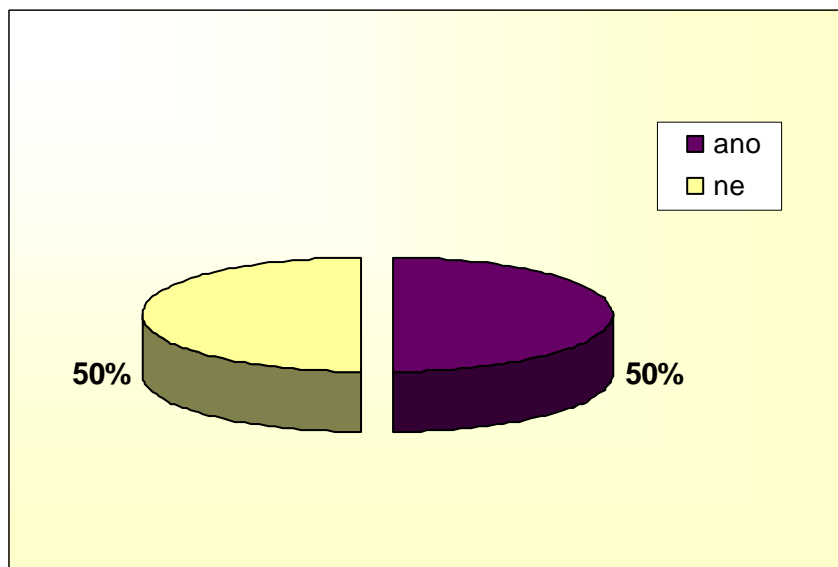
4. VÝSLEDKY

Graf 1 Parita rodiček



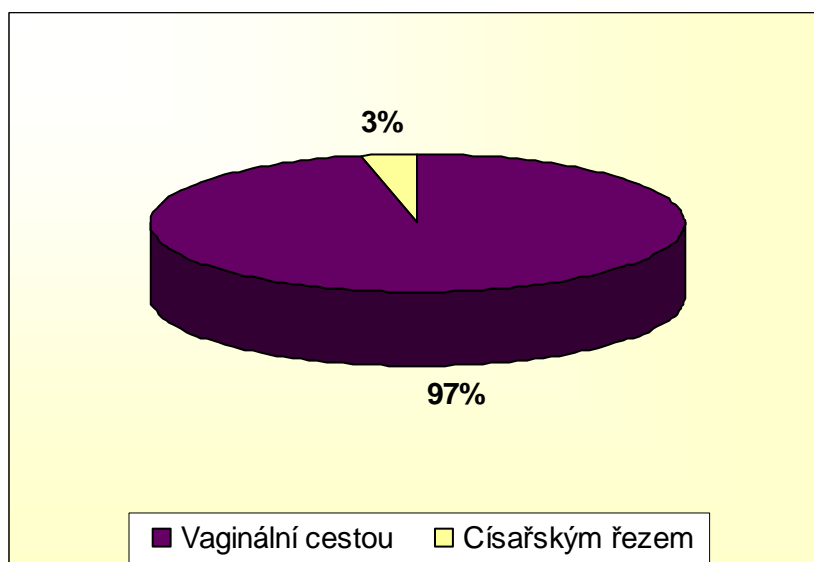
Z celkového počtu 100 % (90) žen rodilo poprvé 48 % (43), podruhé 42 % (38), potřetí 8 % (7), počtvrté 1 % (1) popáté a více také 1 % (1).

Graf 2 Návštěvnost předporodních kurzů



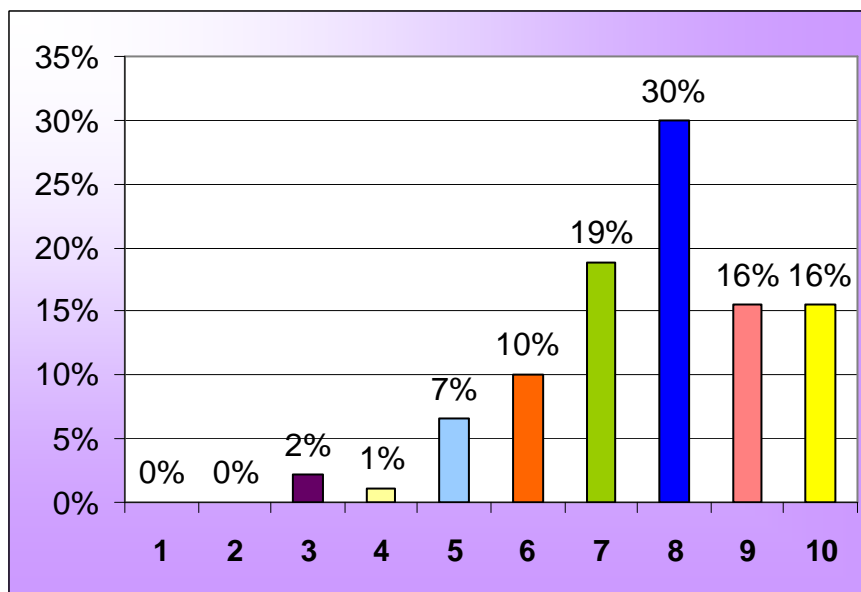
Z celkového počtu 100 % (90) žen navštívilo 50 % (45) předporodní kurzy a 50 % (45) žen předporodní kurzy nenavštívilo.

Graf 3 Průběh porodu



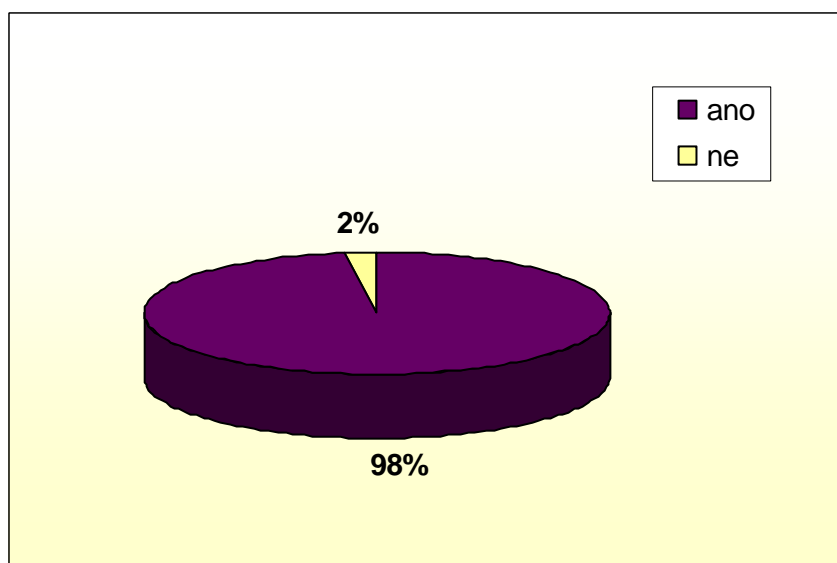
Z celkového počtu 100 % (90) žen rodilo 97 % (87) vaginální cestou a 3 % (3) císařským řezem.

Graf 4 Intenzita porodní bolesti na škále



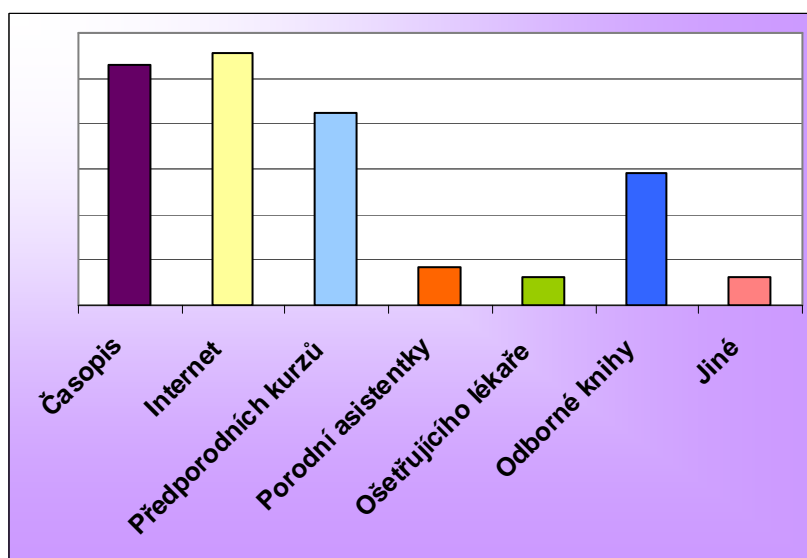
Z celkového počtu 100 % (90) žen, ohodnotilo bolest na stupnici, kdy 1 byla žádná a 10 nesnesitelná 1. stupeň 0 % (0), 2. stupeň 0 % (0), 3. stupeň 2 % (2), 4. stupeň 1 % (1), 5. stupeň 7 % (6), 6. stupeň 10 % (9), 7. stupeň 19 % (17), 8. stupeň 30 % (27), 9. stupeň 16 % (14) a 10. stupeň 16 % (14).

Graf 5 Informovanost o metodách na zmírnění porodních bolestí



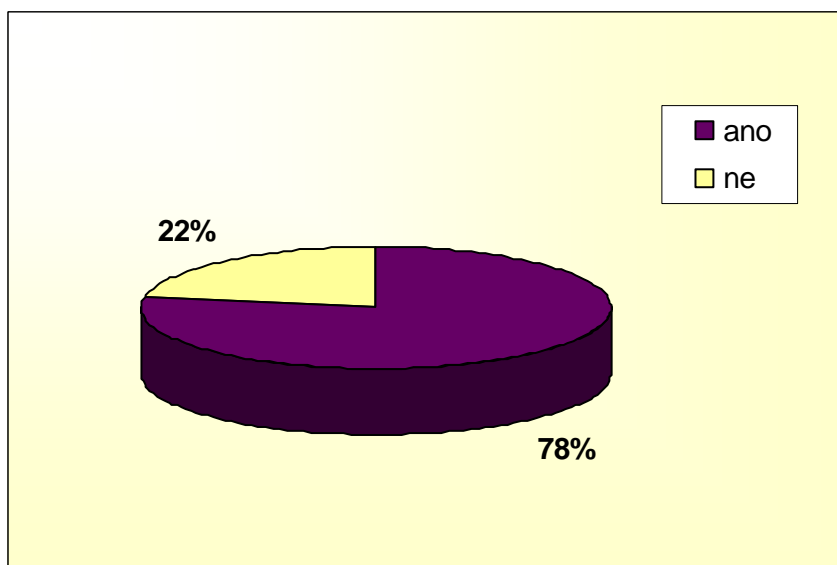
Z celkového počtu 100 % (90) žen je z 98 % (88) informovaných o metodách na zmírnění porodních bolestí a 2 % (2) žen informovaných není.

Graf 6 Zdroje informací o metodách na tlášení porodních bolestí



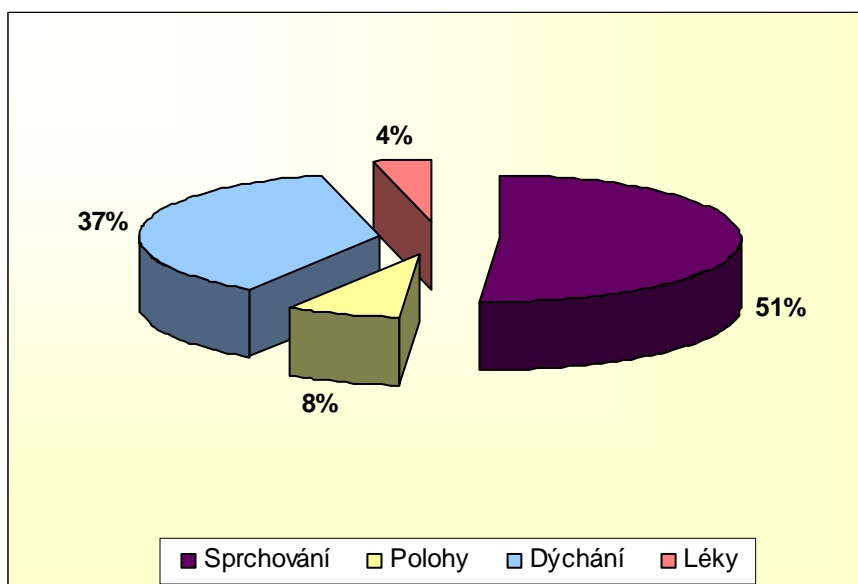
Graf znázorňuje četnost odpovědí, z celkového počtu 166 odpovědí se 44 x vyskytla odpověď z časopisu, 46 x z internetu, 35 x na předporodních kurzech, 7 x od porodní asistentky, 5 x od ošetřujícího lékaře, 24 x z odborných knih a 5 x z jiných zdrojů, od známých, od kamarádky, od matky, od sestry a z jiné porodnice.

Graf 7 Možnosti pro zmírnění porodních bolestí



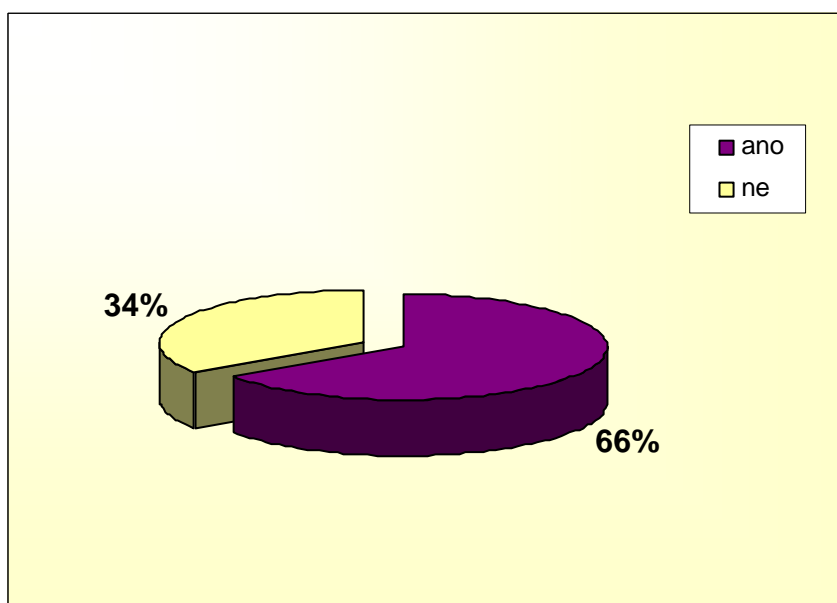
Z celkového počtu 100 % (90) žen v 78 % (70) mohlo dělat něco pro zmírnění porodních bolestí a 22 % (20) žen tu možnost nemělo.

Graf 8 Využité metody pro zmírnění porodních bolestí



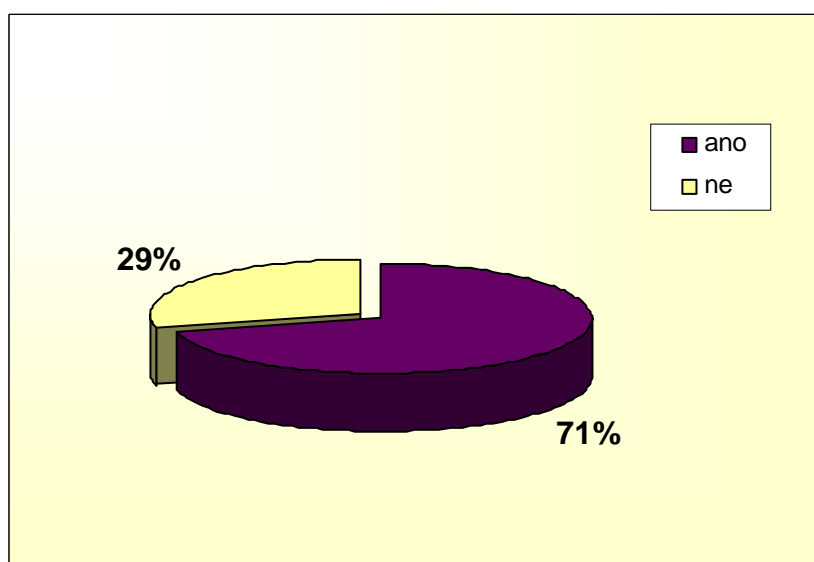
Graf znázorňuje četnost odpovědí, z celkového počtu 105 (100 %) odpovědí ženy využívaly z 51 % (54) sprchování, z 37 % (39) dýchání, z 8 % (8) změnu polohy a ze 4 % (4) léky.

Graf 9 Informovanost o nefarmakologických metodách



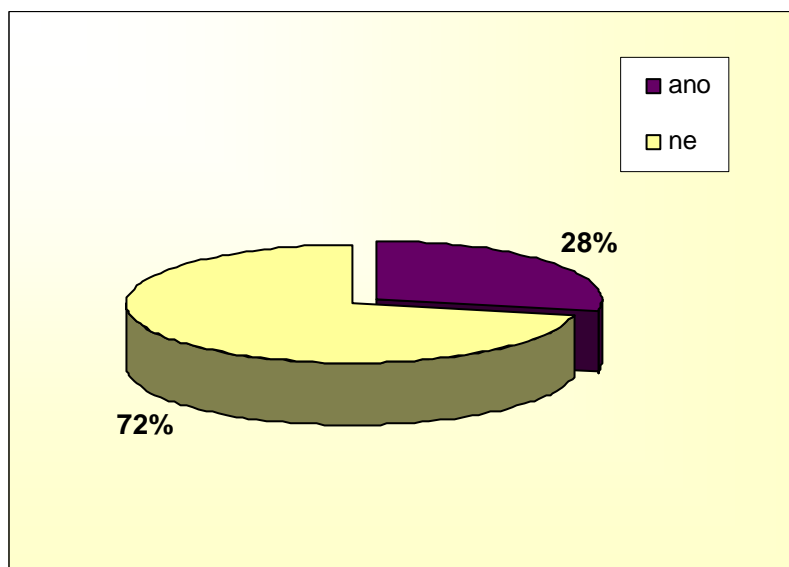
Z celkového počtu 100 % (90) je 66 % (59) žen informovaných o nefarmakologických metodách a 34 % (31) o nefarmakologických metodách informovaných není.

Graf 10 Informovanost o využití hydroanalgezie



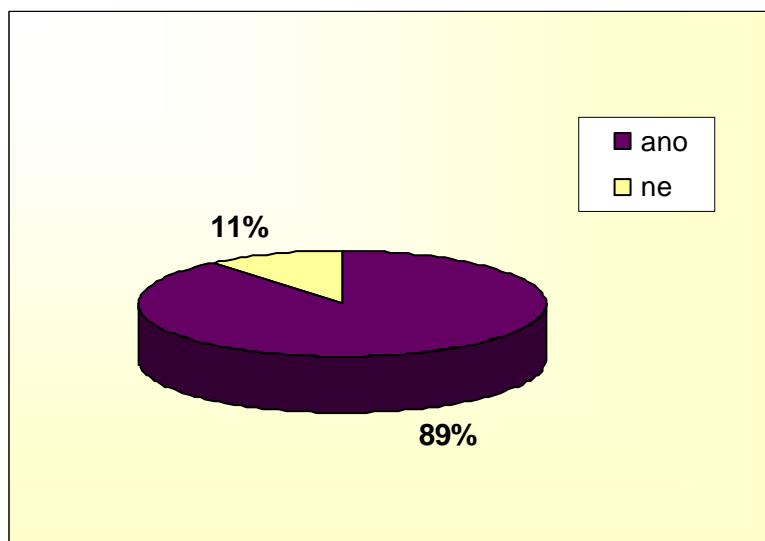
Z celkového počtu 100 % (90) žen v 71 % (64) ví o využití hydroanalgezie při tišení porodních bolestí a 29 % (26) o jejím využití neví.

Graf 11 Klientky žádající o hydroanalgezii



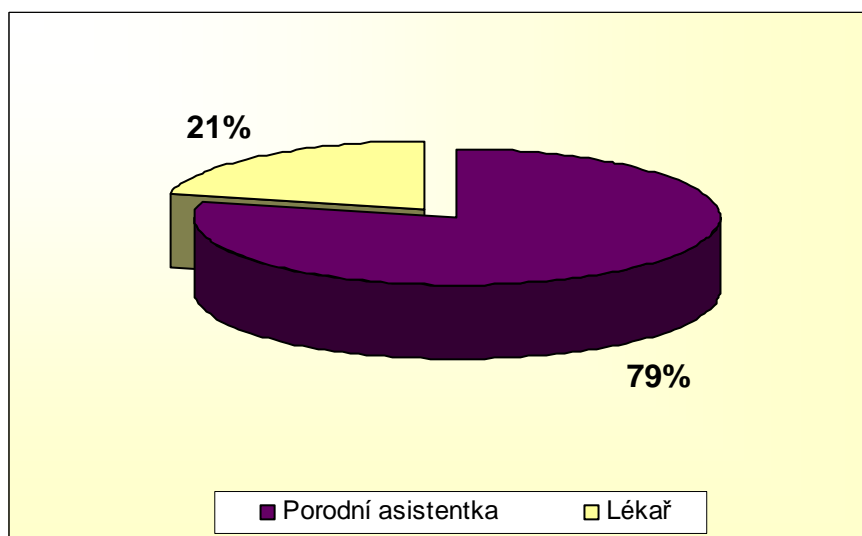
Z celkového počtu 100 % (64) žen ve 28 % (18) o hydroanalgezii požádalo a 72 % (46) žen o tuto metodu nežádalo.

Graf 12 Nabídka hydroanalgezie



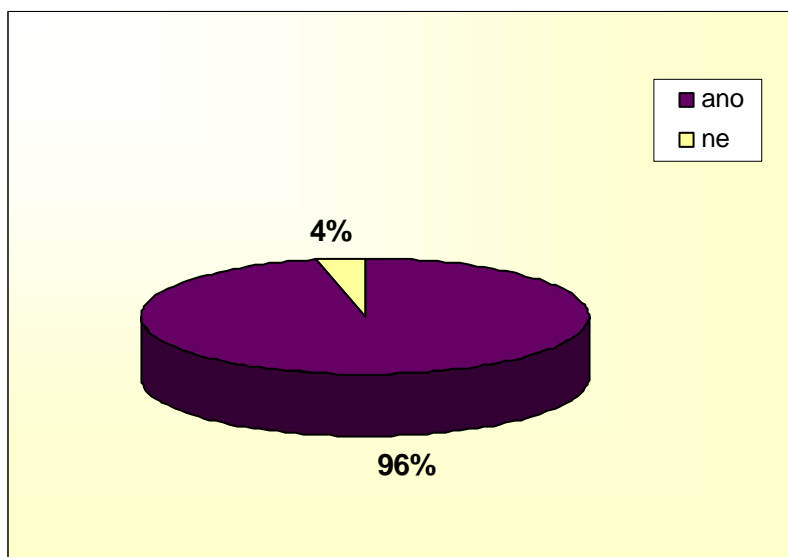
Z celkového počtu 100 % (64) žen byla hydroanalgezie nabídnuta 89% (57) a 11 % (7) nabídnuta nebyla.

Graf 13 Osoba nabízející hydroanalgezi při tišení porodní bolesti



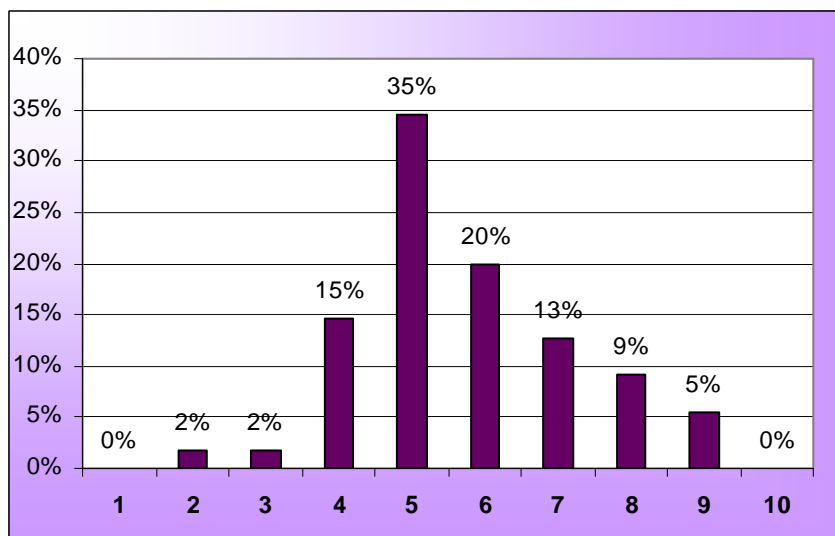
Z celkového počtu 100 % (57) žen byla v 79 % (45) hydroanalgezie nabídnuta porodní asistentkou a v 21 % (12) byla nabídnuta lékařem.

Graf 14 Uskutečnění hydroanalgezie



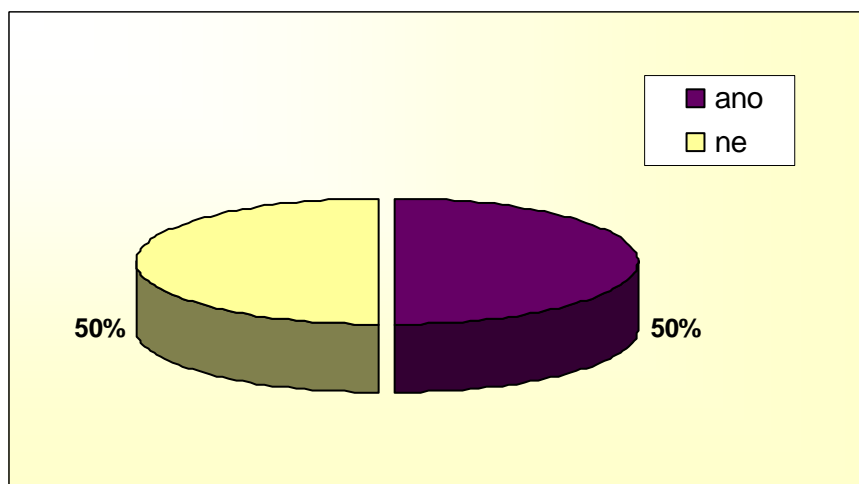
Z celkového počtu 100 % (57) žen byla v 96 % (55) hydroanalgezií uskutečněna a ve 4 % (2) uskutečněna nebyla.

Graf 15 Intenzita bolesti na škále po využití hydroanalgezie



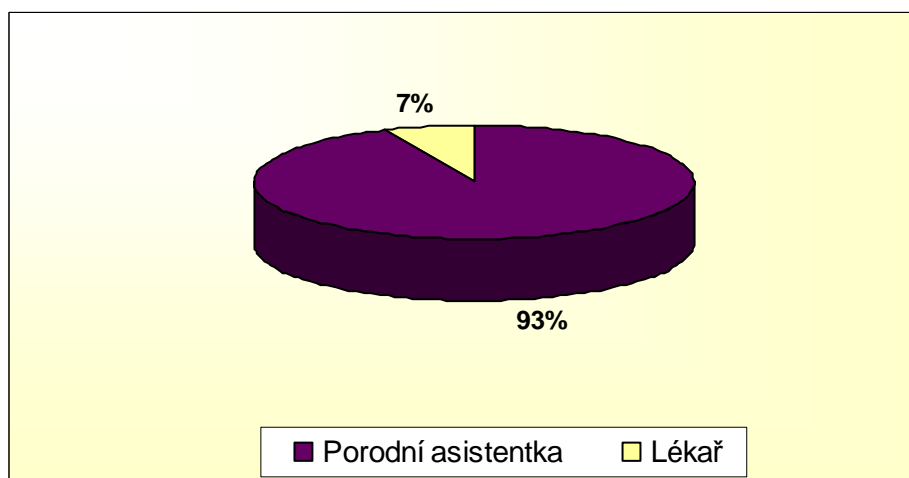
Z celkového počtu 100 % (55) žen, ohodnotilo bolest na stupnici po využití hydroanalgezie, kdy 1 znamenala žádná bolest a 10 nesnesitelná bolest, 1. stupeň 0 % (0), 2. stupeň 2 % (1), 3. stupeň 2 % (1), 4. stupeň 15 % (8), 5. stupeň 35 % (19), 6. stupeň 20 % (11), 7. stupeň 13 % (7), 8. stupeň 9 % (5), 9. stupeň 5 % (3), 10. stupeň 0 % (0).

Graf 16 Nabídka alternativních poloh během porodu



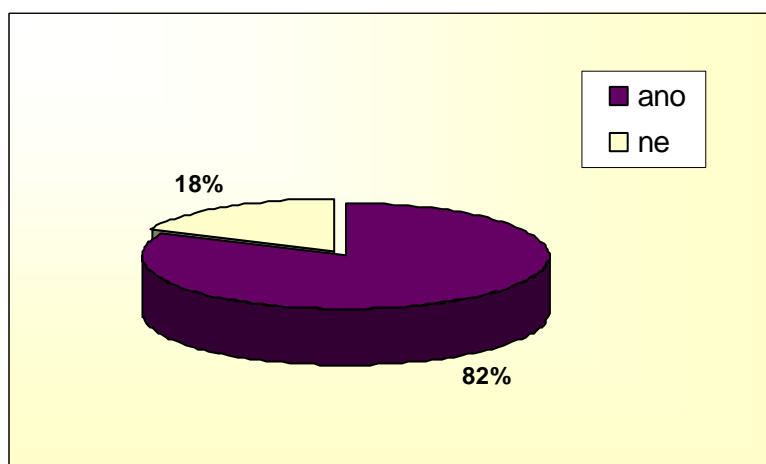
Z celkového počtu 100 % (90) žen byla metoda alternativní polohy nabídnuta 50 % (45) a zbylým 50 % (45) ženám nabídnuta nebyla.

Graf 17 Osoba nabízející alternativní polohy



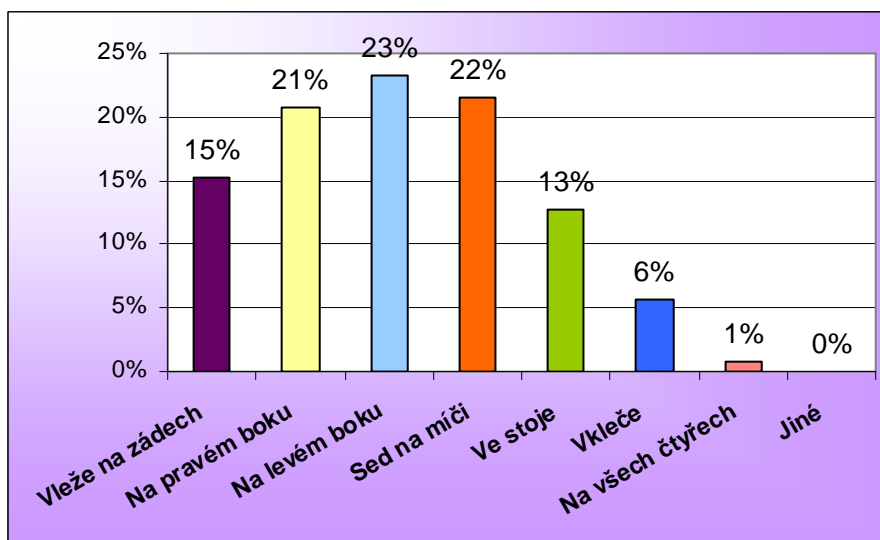
Z celkového počtu 100 % (45) žen byla metoda alternativní polohy v 93 % (42) nabídnuta porodní asistentkou a v 7 % (3) byla nabídnuta lékařem.

Graf 18 Uskutečnění alternativních poloh



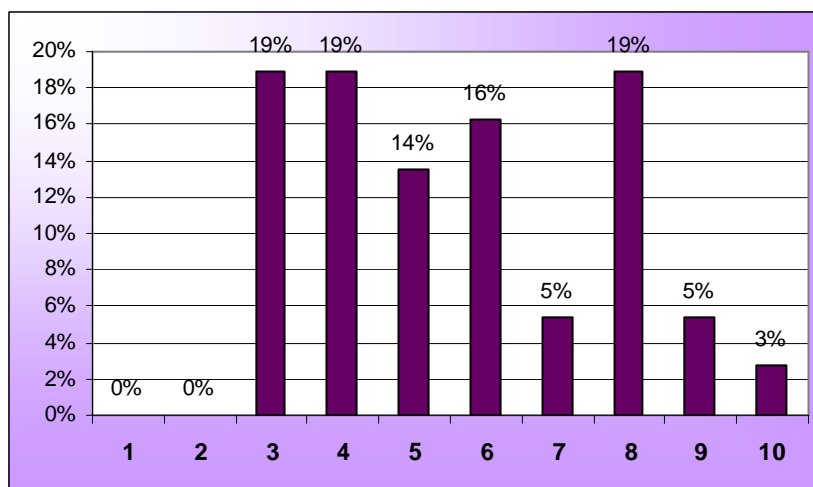
Z celkového počtu 100 % (45) žen byla metoda alternativní polohy v 82 % (37) uskutečněna a v 18 % (8) uskutečněna nebyla.

Graf 19 Počet poloh zastoupené v první době porodní



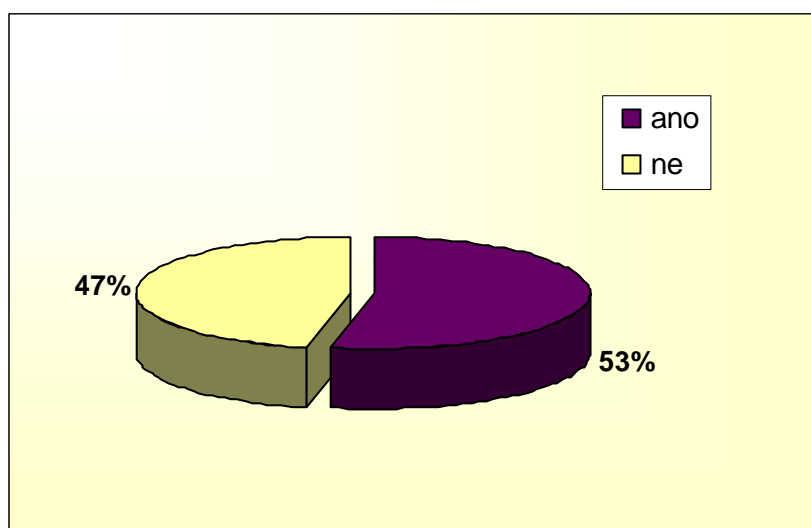
Graf znázorňuje četnost odpovědí, z celkového počtu 125 (100 %) odpovědí ženy v první době zastupovaly v 15 % (19) polohu vleže na zádech, ve 21 % (26) polohu na pravém boku, ve 23 % (29) polohu na levém boku, ve 22 % (27) polohu v sedě na míči, ve 13 % (16) polohu ve stoje, v 6 % (7) polohu v kleče, v 1 % (1) polohu na všech čtyřech, 0 % (0) polohy jiné.

Graf 20 Intenzita bolesti na škále po využití alternativních poloh



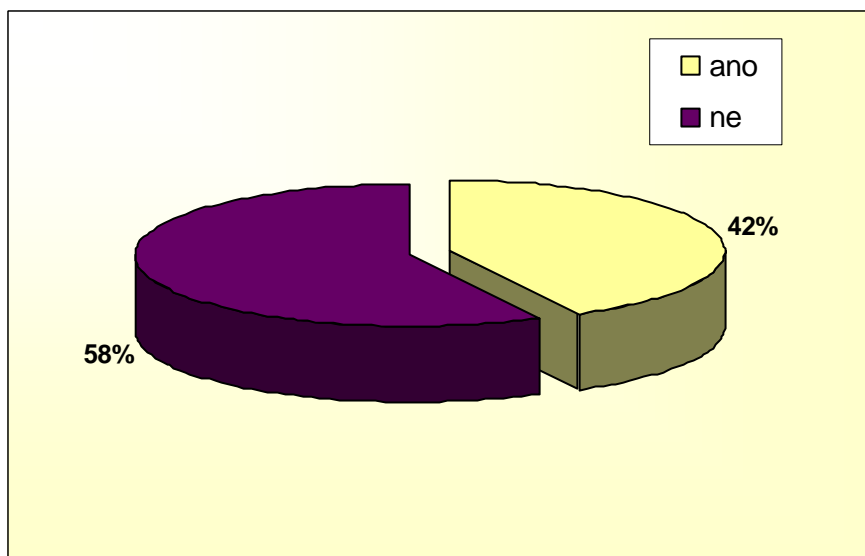
Z celkového počtu 100 % (37) žen, ohodnotilo bolest na stupnici po využití alternativních poloh, kdy 1 znamenala žádná bolest a 10 nesnesitelná bolest, 1. stupeň 0 % (0), 2. stupeň 0 % (0), 3. stupeň 19 % (7), 4. stupeň 19 % (7), 5. stupeň 14 % (5), 6. stupeň 16 % (6), 7. stupeň 5 % (2), 8. stupeň 19 % (7), 9. stupeň 5 % (2), 10. stupeň 3 % (1).

Graf 21 Využití aromaterapie při tišení porodních bolestí



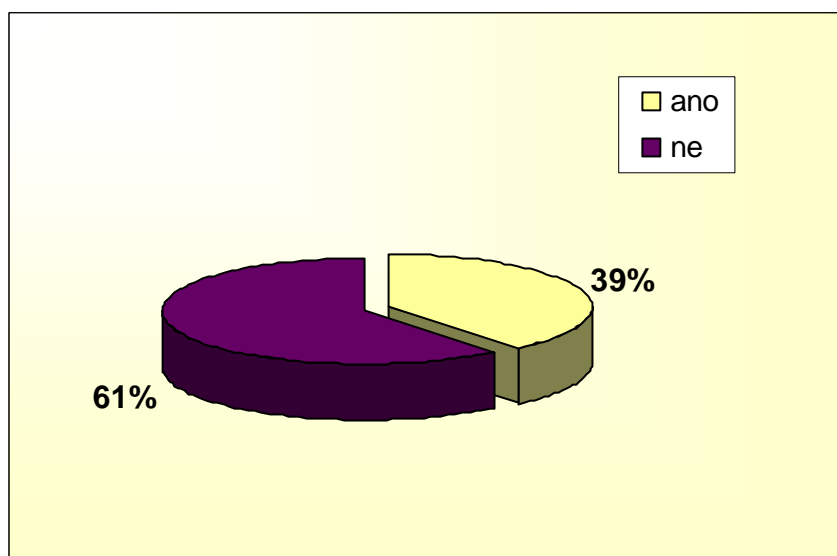
Z celkového počtu 100 % (90) žen v 53 % (48) ví o využití aromaterapie a 47 % (42) žen o této metodě neví.

Graf 22 Zájem aromaterapii vyzkoušet



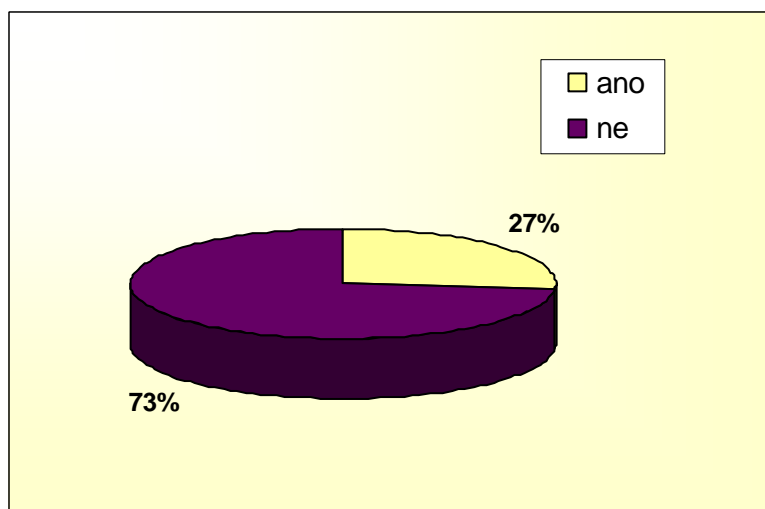
Z celkového počtu 100 % (90) žen ve 42 % (38) by mělo zájem aromaterapii vyzkoušet a 58 % (52) žen tento zájem nemá.

Graf 23 Využití akupunktury při tišení porodních bolestí



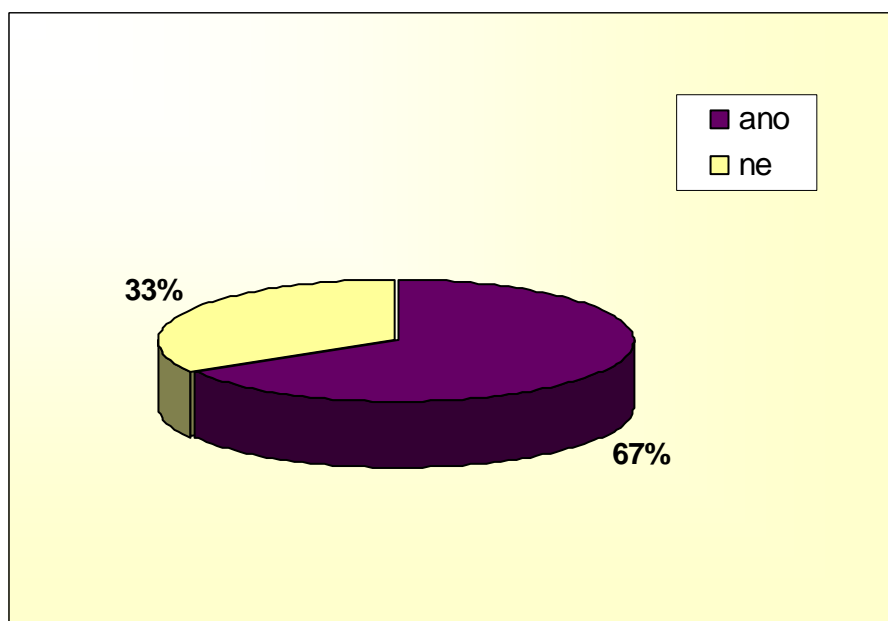
Z celkového počtu 100 % (90) žen ve 39 % (35) ví o využití akupunktury při tišení porodních bolestí a 61 % (55) o této metodě neví.

Graf 24 Zájem akupunkturu vyzkoušet



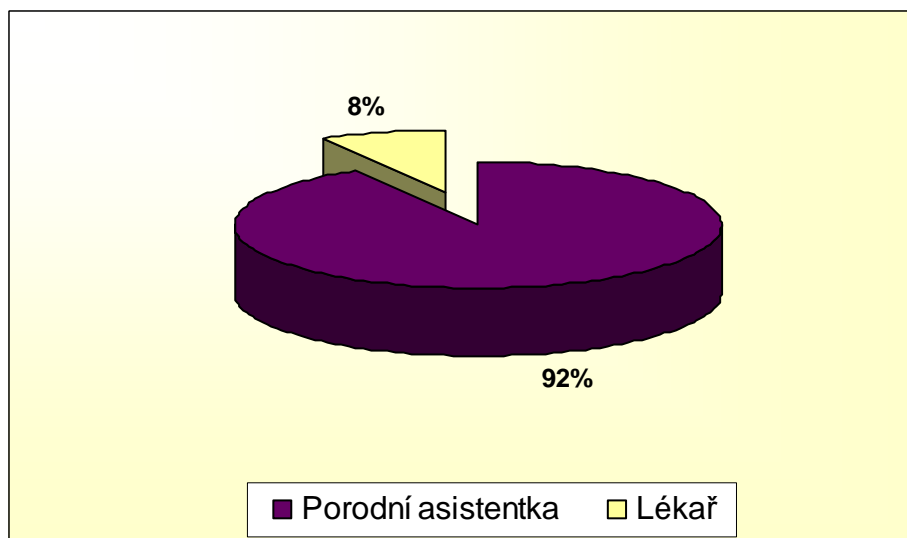
Z celkového počtu 100 % (90) žen ve 27 % (24) by mělo zájem akupunkturu vyzkoušet a 73 % (66) žen tento zájem nemá.

Graf 25 Využití dýchání při tišení porodní bolesti



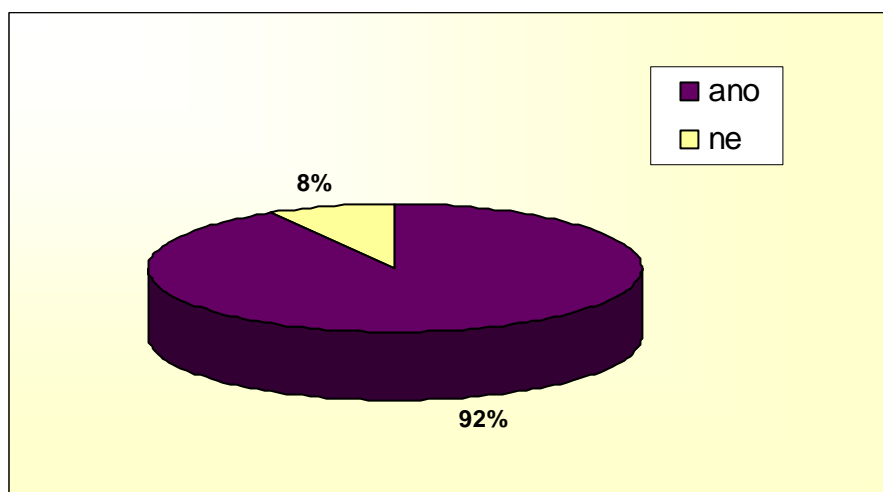
Z celkového počtu 100 % (90) žen v 67 % (60) ví o využití dýchání při tišení porodních bolestí a 33 % (30) o využití této metody neví.

Graf 26 Osoba nabízející dýchání



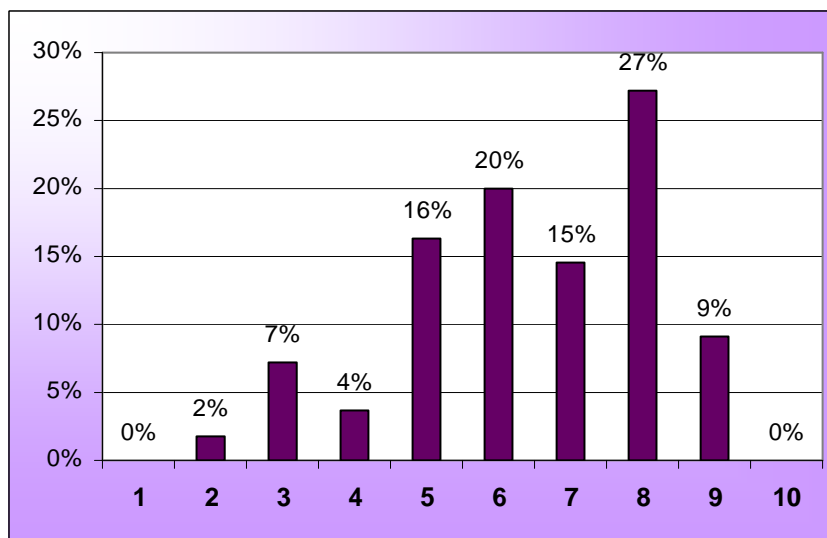
Z celkového počtu 100 % (60) žen byla metoda dýchání nabídnuta v 92 % (55) porodní asistentkou a v 8 % (5) byla nabídnuta lékařem.

Graf 27 Využití dýchání



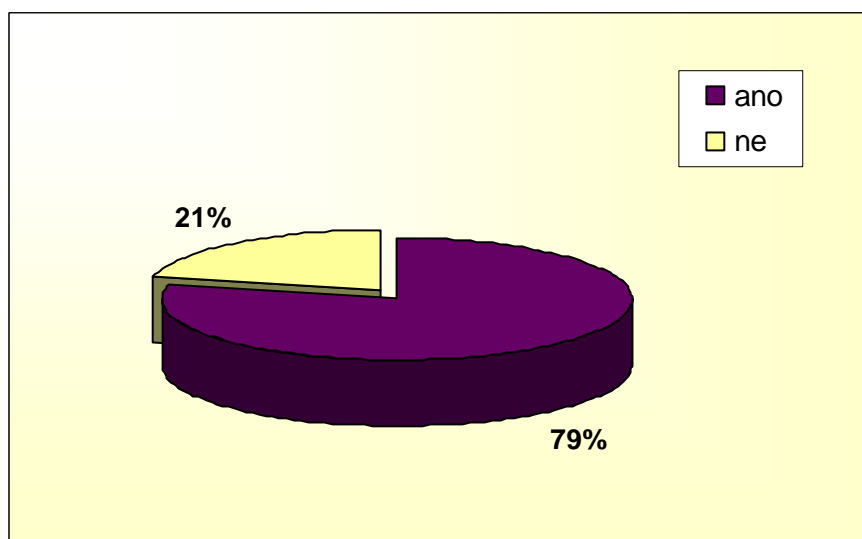
Z celkového počtu 100 % (60) žen byla z 92 % (55) metoda dýchání využita a z 8 % (5) metoda využita nebyla.

Graf 28 Intenzita bolesti na škále po využití dýchání



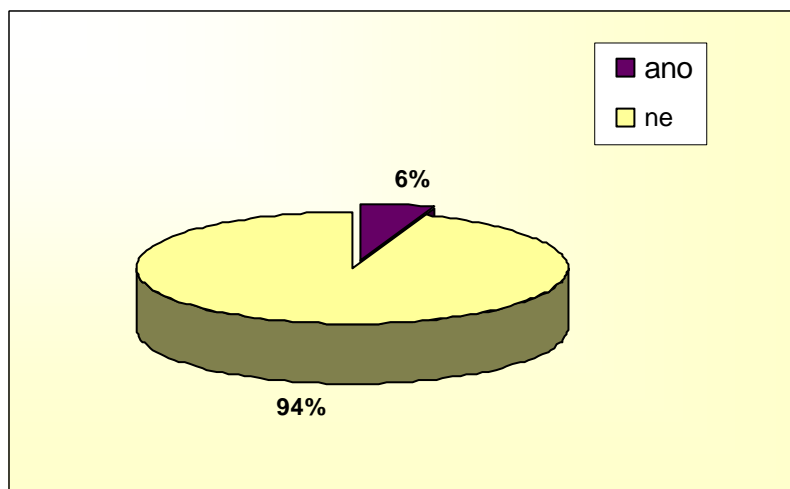
Z celkového počtu 100 % (55) žen, ohodnotilo bolest na stupnici po vyžití dýchání, kdy 1 znamená žádná bolest a 10 nesnesitelná bolest, 1. stupeň 0 % (0), 2. stupeň 2 % (1), 3. stupeň 7 % (4), 4. stupeň 4 % (2), 5. stupeň 16 % (9), 6. stupeň 20 % (11), 7. stupeň 15 % (8), 8. stupeň 27 % (15), 9. stupeň 9 % (5), 10. stupeň 0 % (0).

Graf 29 Využití relaxačních masáží při tišení porodních bolestí



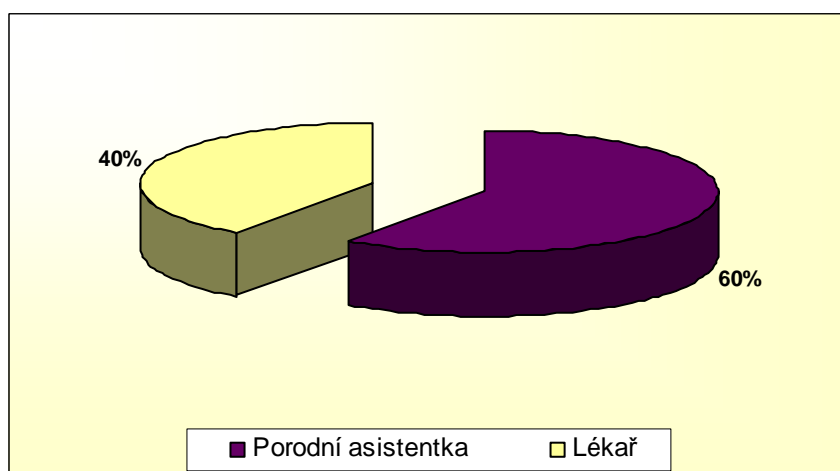
Z celkového počtu 100 % (90) žen v 79 % (71) ví o využití relaxační masáže při tišení porodních bolestí a 21 % (19) o využití této metody neví.

Graf 30 Nabídka relaxačních masáží



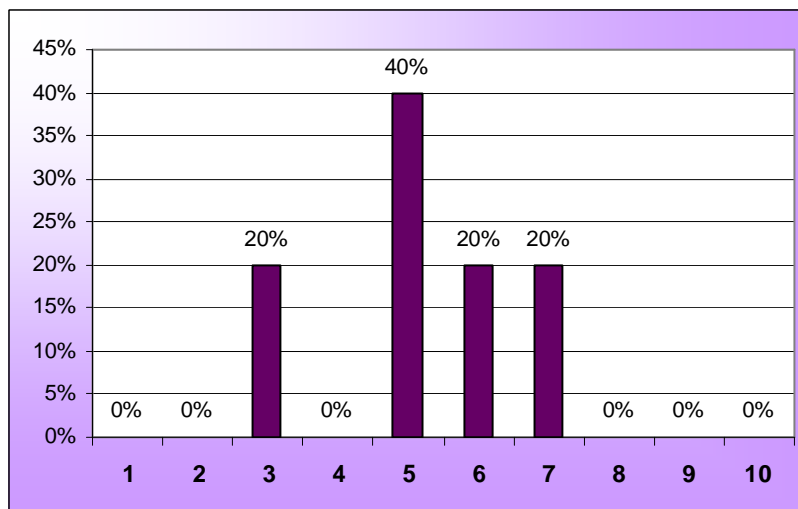
Z celkového počtu 100 % (71) žen v 6 % (5) byla metoda nabídnuta a 94 % (66) tato metoda nabídnuta nebyla.

Graf 31 Osoba nabízející relaxační masáže



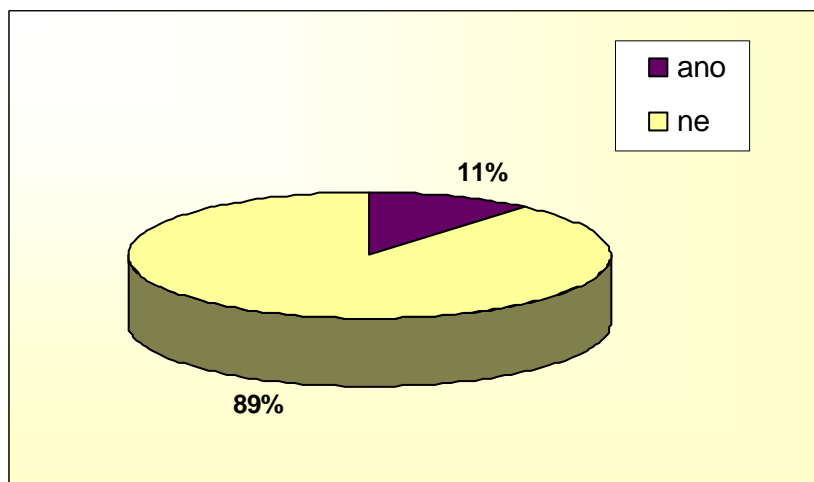
Z celkového počtu 100 % (5) žen v 60 % (3) byla nabídnuta porodní asistentkou a ve 40 % (2) lékařem.

Graf 32 Intenzita bolesti na škále po využití relaxačních masáží



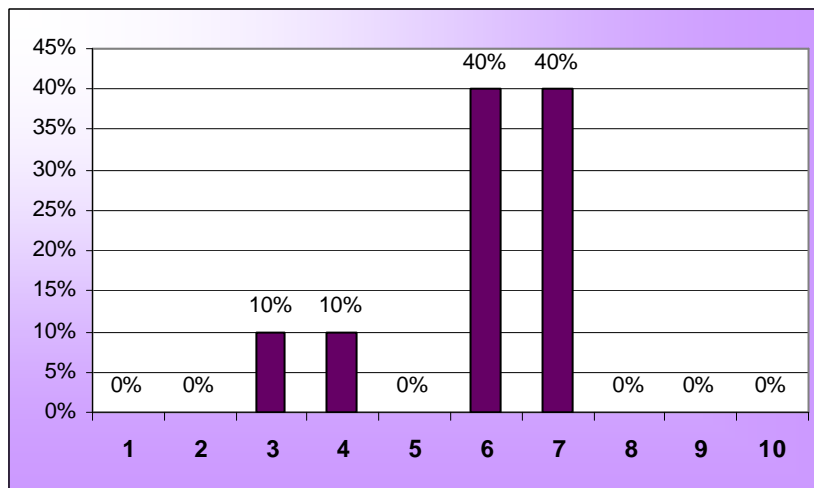
Z celkového počtu 100 % (5) žen, ohodnotilo bolest na stupnici po využití relaxačních masáží, kdy 1 znamená žádná bolest a 10 nesnesitelná bolest, 1. stupeň 0 % (0), 2. stupeň 0 % (0), 3. stupeň 20 % (1), 4. stupeň 0 % (0), 5. stupeň 40 % (2), 6. stupeň 20 % (1), 7. stupeň 20 % (1), 8. stupeň 0 % (0), 9. stupeň 0 % (0), 10. stupeň 0 % (0).

Graf 33 Nabídka jiné metody pro tišení porodních bolestí



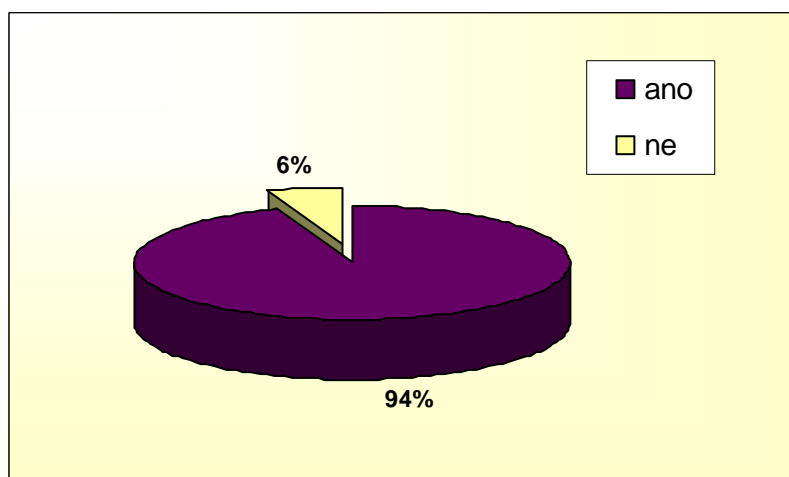
Z celkového počtu 100 % (90) žen byla v 11 % (10) ženám nabídnuta jiná metoda na tišení porodních bolestí (léky, injekce) a 89 % (80) nebyla nabídnutá žádná jiná metoda na tišení porodních bolestí.

Graf 34 Intenzita bolesti na škále po využití farmakologických metody na tišení porodních bolestí



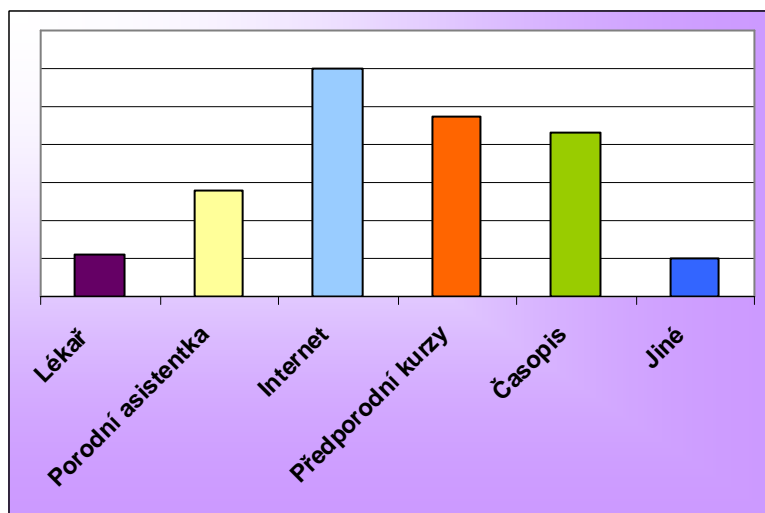
Z celkového počtu 100 % (10) žen, ohodnotilo bolest na stupnici po vyžití jiné metody, kdy 1 znamená žádná bolest a 10 nesnesitelná bolest, 1. stupeň 0 % (0), 2. stupeň 0 % (0), 3. stupeň 10 % (1), 4. stupeň 10 % (1), 5. stupeň 0 % (0), 6. stupeň 40 % (4), 7. stupeň 40 % (4), 8. stupeň 0 % (0), 9. stupeň 0 % (0), 10. stupeň 0 % (0).

Graf 35 Informovanost o epidurální analgezi



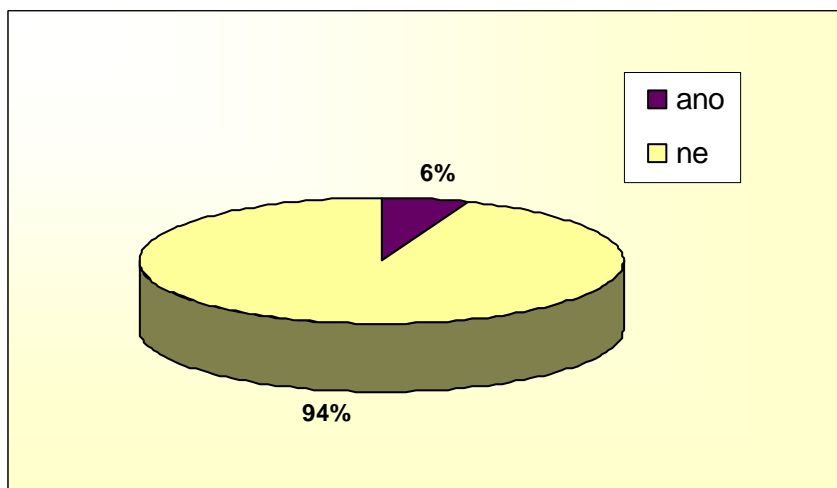
Z celkového počtu 100 % (90) žen je 94 % (85) informovaných o epidurální analgezi a 6 % (5) o této metodě informovaných není.

Graf 36 Zdroje informací o epidurální analgezi



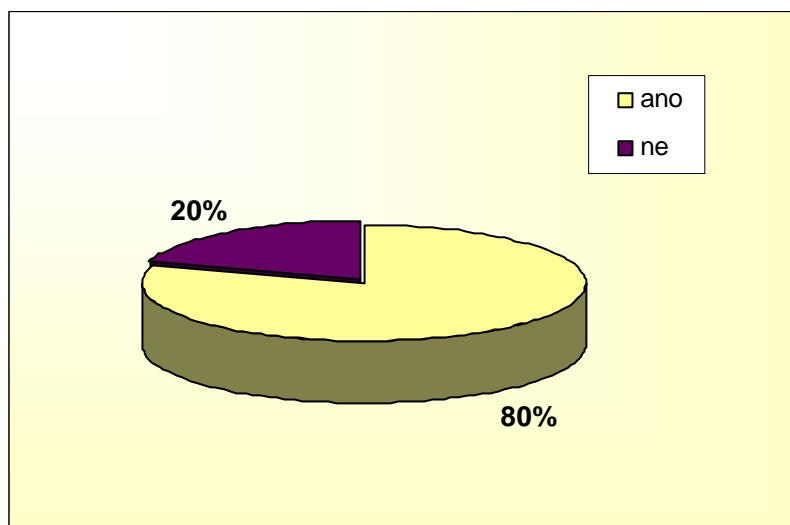
Graf znázorňuje četnost odpovědí, z celkového počtu 143 odpovědí se 8 x vyskytla odpověď od lékaře, 20 x od porodní asistentky, 43 x z internetu, 34 x na předporodních kurzech, 31 x z časopisu a 7 x z jiných zdrojů, v jiné nemocnici, od kamarádky, od příbuzných, od přítelkyně, z odborných knih, při prvním porodu a od matky.

Graf 37 Nabídka epidurální analgezie



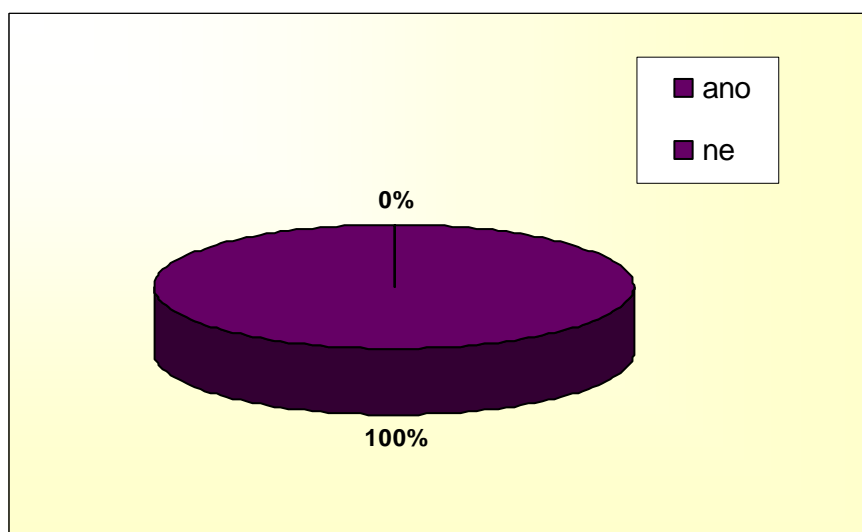
Z celkového počtu 100 % (85) žen v 6 % (5) byla ženám epidurální analgezie nabídnuta a 94 % (80) tato metoda nabídnuta nebyla.

Graf 38 Informace o výhodách epidurální analgezie



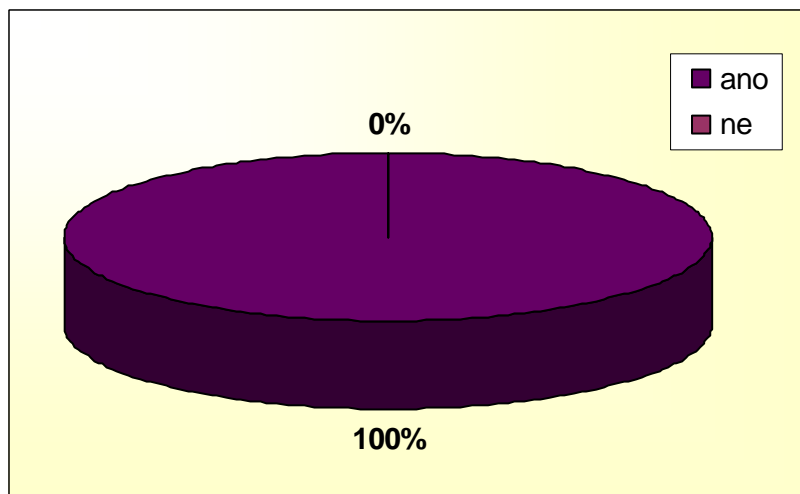
Z celkového počtu 100 % (5) žen bylo 80 % (4) informovaných o výhodách epidurální analgezie a 20 % (1) žen informovaných nebylo.

Graf 39 Možné komplikace o epidurální analgezi



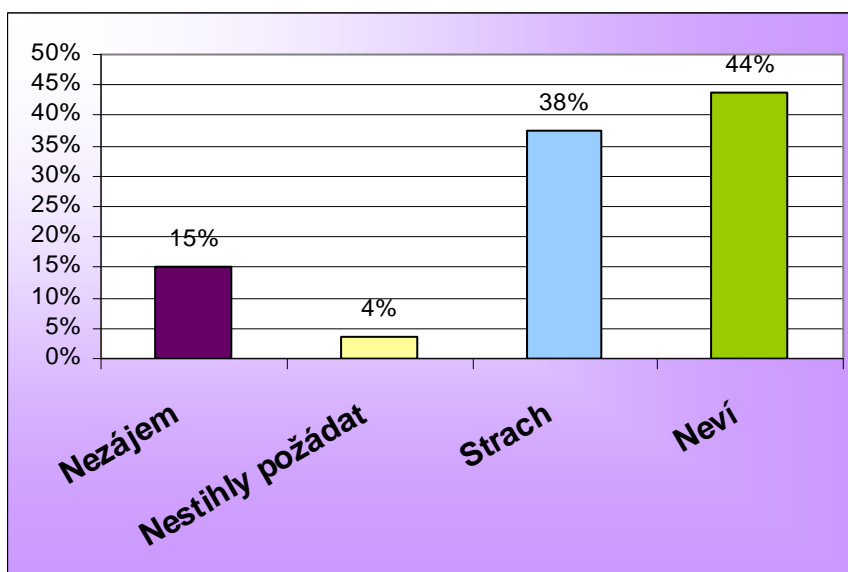
Z celkového počtu 100 % (5) žen ve 100 % (5) byly sděleny možné komplikace u epidurální analgezi a 0 % (0) komplikace sděleny nebyly.

Graf 40 Klientky žádající o epidurální analgezií samy



Z celkového počtu 100 % (5) žen 6 % (5) o epidurální analgezií požádalo samo a 0 % (0) o epidurální analgezií nežádalo.

Graf 41 Proč nežádaly o epidurální analgezií



Z celkového počtu 100 % (80) žen, kterým tato metoda nabídnuta nebyla odpověděly, že v 15 % (12) o ni nežádalo, protože nemělo zájem, 4 % (3) o epidurální analgezií požádat nestihlo, 38 % (30) žen mělo strach o epidurální analgezií požádat a 44 % (35) žen neví, proč o ni nepožádalo.

5. DISKUSE

Porodní bolest je jedinou bolestivou reakcí, která nevzniká z důvodu nemoci. Porodní bolesti s porodem velice souvisí, jde o přirozený stav, který provází téměř každý porod. V dnešní době se těmto bolestem dá předejít využitím některé z metod pro její tišení. Metody se dělí na farmakologické a nefarmakologické. Rodičky by o těchto metodách měly být dostatečně informované a měly by mít možnost některou z metod využít.

Poprvé rodilo 48 % žen, podruhé 42 %, potřetí 8 %, počtvrté 1 % a 1 % rodilo popáté a více, (viz graf 1). Další otázka zjišťovala návštěvnost předporodních kurzů, 50 % (45) žen kurzy navštěvovalo a 50 % (45) žen kurzy nenavštěvovalo, (viz graf 2). Škapíková uvádí, že spokojenost dítěte v prenatálním období závisí především na dobrém psychickém stavu matky, kdy žena musí být v psychické pohodě, být zdravá a mohla tak na svět přivést zdravé dítě. Pomáhají k tomu předporodní kurzy, které se zabývají přípravou na porod, ale i na celé rodičovství. Obvykle jde o pět až deset setkání, která trvají zhruba dvě hodiny. Mnoho kurzů se dnes skládá ze dvou částí, teoretické, kdy přednáší porodní asistentka. A druhá část bývá zpravidla praktická, rodiče si zkoušejí miminko vykoupat, přebalit, manipulovat s ním a podobně. Maminky se tu také dozví mnoho informací a rad o kojení, které je velmi důležité po porodu. Mnoho maminek je díky kurzům na porod dobře připraveno a nemusejí se svého velkého okamžiku tolik obávat (23). Dle mého názoru, by předporodní kurzy měla navštívit každá matka, která rodí poprvé. Návštěvnost předporodních kurzů nastávajícím matkám přinese spoustu cenných rad a samotnou matku připraví na průběh porodu. Otázka dvě zjišťovala, jak probíhal porod, u 97 % (87) žen probíhal porod vaginální cestou a ve 3 % (3) probíhal císařským řezem, (viz graf 3). Při vaginálním porodu jsou ženy sice vyčerpané a unavené, ale mohou se o sebe a své miminko postarat dříve než ženy po císařském řezu. Nedochozí tu k narušení vazby matka a plod. U císařského řezu je tato vazba narušena, matka je po velké břišní operaci, kdy nemůže fungovat, tak jak by chtěla.

Další otázka zjišťovala intenzitu porodní bolesti na škále, 100 % (90) žen ohodnotilo bolest 3. stupněm 2 % (2), 4. stupně 1 % (1), 5. stupeň 7 % (6), 6. stupeň 10 % (9), 7. stupeň 19 % (17). Nejvíce zastoupený byl 8. stupeň a to ve 30 % (27), stupeň 9 a 10 byl zastoupen ve stejném počtu procent v 16 % (14) (viz graf 4). Roztočil popisuje porodní bolest jako účelnou reakci, která připravuje rodičku na porod. Je lokalizovaná především v podbřišku, kříži nebo obou místech. Tento typ bolesti vzniká v důsledku zkracování děložního hrdla, při dilataci branky, při sníženém přísunu krve do dělohy během kontrakcí, při tlaku plodu na pánevní struktury, při napínání vaginy a perinea. Porodní bolesti jsou zcela individuální, pro rodičku představují psychickou i fyzickou zátěž. Intenzita porodních bolestí se částečně snižuje s přípravou rodičky na porod, jako je návštěvnost předporodních kurzů, kde jsou ženy informovány o využití různých metod, které pomáhají tišit porodní bolesti (21). Z mého pohledu bolest k porodu patří, bez bolesti by ženy na svět přivedly své dítě velice těžko. Je důležité vědět, že se dnes porodní bolesti dají tišit, využitím některých farmakologických nebo nefarmakologických metod.

Dále se otázka zaměřuje na to, kolik žen ví o metodách na tišení porodní bolesti, 98 % (88) žen ví, že metody na tišení porodních bolestí existují a 2 % (2) žen o těchto metodách neví, (viz graf 5). Pařízek uvádí, že v současné době je známo mnoho metod porodnické analgezie, které nabízejí mnoho možností. Metody se od sebe liší svojí účinností, délkou působením a technikou náročnosti. Jsou – li metody správně a ve správný čas podány, pak tišení porodních bolestí vede ke snížení porodních komplikací u matky i u plodu. Platí zde základní podmínky: žádná metoda nesmí ovlivnit stav matky ani dítěte, neměla by ovlivňovat činnost dělohy, ale přitom by měla být vysoce účinná (16). Dále otázka zjišťovala odkud nejvíce a nejčastěji čerpaly informace o metodách na tišení porodní bolesti. Ze 166 odpovědí se 44 x vyskytla odpověď z časopisu, 46 x z internetu, 35 x na předporodních kurzech, 7 x od porodní asistentky, 5 x od ošetřujícího lékaře, 24 x z odborných knih a 5 x z jiných zdrojů, od známých, kamarádek, od matky, od sestry a z jiné nemocnice, (viz, graf 6). Internet je praktická a jednoduchá metoda, kterou má a využívá dnes doma skoro každý. Jde tu o rychlé nalezení potřebných informací, které zrovna hledáte.

78 % (70) žen, mělo možnost dělat něco pro zmírnění porodních bolestí a 22 % (20) žen tu možnost nemělo, (viz graf 7). Můžeme se domnívat, že 20 žen, které neměly tu možnost dělat něco pro zmírnění porodních bolestí, musely první dobu porodní trávit v leže, neboť u nich mohlo dojít k primárně nebo sekundárně slabým děložním kontrakcím. Čech uvádí, že porod je zahájen děložní činností, která vede k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Při primárně nebo sekundárně slabé děložní kontrakci se indukuje aplikace oxytocinu v infuzi (2 j/500 ml 5 % glukózy) (2). Žena s touto indikací musí být elektronicky monitorována a musí ležet, nesmí se volně během první doby porodní pohybovat. Další otázka zjišťovala, co ženy dělaly pro to, aby jejich porodní bolesti byly mírnější, ze 105 (100 %) odpovědí využívaly z 51 % (54) sprchování, z 37 % (39) dýchání, z 8 % (8) změnu polohy, ze 4 % (4) léky, (viz graf 8). Z vlastní praxe vím, že nejvíce nabízenou metodou je sprchování, čili hydroanalgezií. Tato metoda se zdá být nabízena ve všech nemocnicích. Žena se nemusí pouze sprchovat, první dobu porodní může strávit i ve vaně. Pařízek uvádí, že relaxační koupele navodí rodiče příjemný pocit a pomáhají nadlehčovat rodičku při změně polohy. Při relaxačních koupelích dochází ke zvýšení psychické i somatické relaxace (15).

Byla zjištěna informovanost o nefarmakologických metodách při tišení porodních bolestí, 66 % (59) žen je informovaných o nefarmakologických metodách a 34 % (31) žen o nefarmakologických metodách informovaných není, (viz graf 9). Výsledek se vztahuje k hypotéze 1, která byla potvrzena. Mikulandová popisuje, že výhodou nefarmakologických metod je, že nejde o užívání léků, které by mohly negativně ovlivnit plod. Řadí se sem spousta jiných alternativních metod, které pomáhají rodiče tišit porodní bolesti. Vhodný je pobyt v teplé vodě, který rodiče pomáhá k uvolnění svalů a k urychlení porodu. Dále také polohování rodičky, masírování nebo stlačování určitých bodů na těle (13). Může tomu tak být proto, že ženy, které rodí poprvé se o samotný průběh porodu zajímají a informují se o metodách, které pomáhají tišit porodní bolesti.

V další otázce bylo zjištěno, že 71 % (64) žen ví o využití hydroanalgezie při tišení porodních bolestí a 29 % (26) o jejím využití neví, (viz graf 10). Výsledek se vztahuje k hypotéze 1 a 2, které byly potvrzeny. Pařízek popisuje, že hydroanalgezie vychází z relaxačních účinků vody na tělo a rodiče tak uleví od bolesti. Dochází při ní k rychlejší dilataci děložní branky, pomáhá uvolňovat stažené svaly, napomáhá psychickému uvolnění rodičky a především, pomáhá urychlit samotný porod. Mezi hydroanalgezií se řadí: relaxační koupele, porod do vody, intradermální obstríky a relaxační sprchování (15). Sprchování je nejvíce nabízenou metodou ve všech nemocnicích. Graf 11 zjišťoval, kolik klientek o hydroanalgezií požádalo 28 % (18) ano a 72 % (46) ne. Další otázka zjišťovala, kolika klientkám byla metoda nabídnuta 89% (57) metoda nabídnuta byla a 11 % (7) metoda nabídnuta nebyla, (viz graf 12). I já sama mám z praxe s touto metodou nejvíce zkušeností, kdy i často slyším spokojenost od samotných rodiček. Hydroanalgezií v 79 % (45) nabízí porodní asistentka a v 16 % (10) lékař, (viz graf 13). Z vlastní praxe vím, že hydroanalgezií nabízí především porodní asistentka. O rodičku se stará celou dobu během porodu a ví tak sama, co jí může nabídnout. Tato metoda byla uskutečněna v 86 % (55) a ve 14 % (9) uskutečněna nebyla, (viz graf 14). Další otázka zjišťovala intenzitu porodní bolesti na škále po využití hydroanalgezie 2. a 3. stupeň byl zastoupen stejným počtem 2 % (1), 4. stupeň 15 % (8), 5. stupeň 35 % (19), 6. stupeň 20 % (11), 7. stupeň 13 % (7), 8. stupeň 9 % (5), 9. stupeň 5 % (3). Nabízená metoda se zdá být vysoce účinná. Z praxe vím, že rodičky si hydroanalgezií chválily, když bylo vše v naprostém pořádku, chtěly první dobu porodní trávit ve sprše. Teplou vodou si napařovaly břicho a někdy i oblast křížovou, porodní bolesti tak pro ně byly snesitelnější.

Graf 16 zjišťoval, kterým klientkám byla metoda alternativních poloh během první doby porodní nabídnuta, 50 % (45) nabídnuta byla a zbylým 50 % (45) nabídnuta nebyla. Výsledek se vztahuje k hypotéze 1, která byla potvrzena. Pařízek popisuje, že poloha na zádech není přirozená, není zde využita zemská gravitace, jako porodní síla, plod tak musí být vypuzován horizontálním směrem. Doporučuje se tak využívat polohy vertikální, vestoje, vkleče, v dřepu nebo vsedě. V těchto polohách se přidržují věci kolem sebe, nebo partnera, který je přítomen u porodu. Horizontální poloha je vhodná

pro prevenci a ošetření porodního poranění (16). Graf 17 zjišťoval, kým byla metoda alternativní polohy nabídnuta v 93 % (42) porodní asistentkou a v 7 % (3) lékařem. Z praxe vím, že porodní asistentky rodičkám polohy nabízejí, znají polohy, které jsou vhodné pro první dobu porodní. Přání rodičky vybrat si úlevovou polohu by mělo být pokaždé akceptováno, ovšem v rámci bezpečnosti matky a plodu. Rodička sama vycítí, která poloha jí bude během první doby porodní vyhovovat. Metoda se uskutečnila v 82 % (37) a v 18 % (8) uskutečněna nebyla, (viz graf 18). Další otázka zjišťovala, které polohy byly nejvíce zastoupeny, z celkového počtu 125 (100 %) odpovědí ženy v první době porodní využily v 15 % (19) polohu vleže na zádech, ve 21 % (26) polohu na pravém boku, ve 23 % (29) polohu na levém boku, ve 22 % (27) polohu v sedě na míči, ve 13 % (16) polohu ve stoje, v 6 % (7) polohu v kleče, v 1 % (1) polohu na všech čtyřech, (viz graf 19). Nejčastěji se využívala poloha na levém boku. I já mám s touto metodou mnoho zkušeností. Z praxe vím, že ženy, u kterých bylo zjištěné levé postavení, se doporučuje poloha na levém boku. V poloze na boku rodička vnímá větší tlak, ale plod tak lépe sestupuje. Podle mého názoru je v první době porodní lepší se pohybovat, než zůstat v jedné a té samé poloze, samozřejmě to musí stav rodičky dovolit. Intenzita porodní bolesti na škále po využití alternativních poloh 3. a 4. stupeň byl zastoupen stejně a to v 19 % (7), 5. stupeň ve 14 % (5), 6. stupeň v 16 % (6), 7. stupeň v 5 % (2), 8. stupeň v 19 % (7), 9. stupeň v 5 % (2) a 10. stupeň v 3 % (1), (viz graf 20).

53 % (48) žen ví o využití aromaterapie a 47 % (42) o využití této metody neví, (viz graf 21). Výsledek se vztahuje k hypotéze 1, která byla potvrzena. Zrubecká a Ašenbrenerová popisují, že aromaterapie využívá účinků éterických olejů, které se dají použít k masáži, kterou provádí partner nebo porodní asistentka. Také je vhodné ji využít při koupeli, k inhalaci nebo jako přísada do aromalampy. Celkový účinek spočívá v působení vonných látek přes čichový orgán na mozková centra, která jsou zodpovědná za vznik citových prožitků a emocí. Používá se základní směs olejů s éterickými oleji levandule a jasmínu, které napomáhají vytvořit hladké svalstvo dělohy k porodu. Před porodem můžeme rodičce doporučit, aby pět až sedm dnů před termínem porodu prováděla jednou až dvakrát denně jemnou masáž břicha a oblast

kříže (27). Další otázka zjišťovala, které klientky by měly zájem aromaterapii při tišení porodních bolestí vyzkoušet 42 % (38) má zájem aromaterapii vyzkoušet a 58 % (52) této zájem nemá, (viz graf 22). Z této otázky je zřejmé, že tuto metodu mnoho žen nemá zájem vyzkoušet, i když některé nemocnice její využití umožňují.

Další otázka zjišťovala, jestli klientky ví o využití akupunktury při tišení porodních bolestí 39 % (35) o jejím využití ví a 61 % (55) o této metodě neví, (viz graf 23). Výsledek se vztahuje k hypotéze 1, která byla potvrzena. Bílková akupunkturu popisuje, jako vpichování tenkých jehliček do určitých bodů na těle, kterým se říká *akupunkturní body*. Nacházejí se na neviditelných drahách a jsou spojeny s vnitřními orgány. Při stimulaci vhodných bodů se v těle může zvýšit produkce hormonů štěstí endorfinů, které snižují úroveň bolesti. V těhotenství tato metoda napomáhá k obnovení duševní rovnováhy, psychické pohodě, při těhotenské nevolnosti, předchází bolestem zad, poruchám spánku a pomáhá při změkčování tuhých porodních cest před porodem. Tuto metodu je vždy nutné konzultovat s porodníkem (1). 27 % (24) by mělo zájem akupunkturu vyzkoušet a 73 % (66) tento zájem nemá, (viz graf 24). I zde je patrné, že více jak polovina žen, nemá zájem tuto metodu zkoušet.

Graf 25 zjišťoval, jestli rodičky slyšely o využití metody dýchání při tišení porodních bolestí 67 % (60) žen ví o využití dýchání při tišení porodních bolestí a 33 % (30) o využití této metody neví. Výsledek se vztahuje k hypotéze 1, která byla potvrzena. Simikinová uvádí, že dýchání je základní metoda předporodních kurzů, která pomáhá rodičce se uvolnit. Rodička by měla ovládat všechny dechové vzory. Důležité je, aby si rodička techniky správného dýchání osvojila ještě před samotným porodem společně s porodní asistentkou. Při hlubokém břišním dýchání dochází k maximálnímu prokrvení břicha, pánve a dělohy. Při břišním dýchání se rodička dokáže lépe koncentrovat, uvolnit a uklidnit. Pomalé a volné dýchání je uklidňující v případě, že je porod v plném běhu. Existují tři vzory správného dýchání, které se doporučují využívat v první době porodní. *Pomalé dýchání, lehké dýchání a funění* (22). Tuto metodu si myslím, že je důležité se naučit, protože spousta žen ji v I. a II. době porodní využívá. 92 % (55) byla metoda nabídnuta porodní asistentkou a 8 % (5) byla nabídnuta lékařem,

(viz graf 26). Z praxe vím, že porodní asistentka se snažila rodičkám vysvětlit techniky správného dýchání, které společně nacvičovaly. A na konci první doby porodní rodičkám ukazovala techniku funění, kterou by měly používat. Nezapomněla ani na techniku správného tlačení. Další otázka zjišťovala, kolik klientek dýchání využilo 92 % (55) ano a 8 % (5) žen tuto metodu nevyužilo, (viz graf 27). Intenzita porodní bolesti na škála po využití metody dýchání 2. stupeň 2 % (1), 3. stupeň 7 % (4), 4. stupeň 4 % (2), 5. stupeň 16 % (9), 6. stupeň 20 % (11), 7. stupeň 15 % (8), 8. stupeň 27 % (15), 9. stupeň 9 % (5), (viz graf 28).

Graf 29 zjišťoval, zda klientky ví o využití relaxačních masáží při tišení porodních bolestí 79 % (71) ženy ví o využití relaxační masáže při tišení porodních bolestí a 21 % (19) o využití této metody neví. Výsledek se vztahuje k hypotéze 1, která byla potvrzena. Zrubecká a Ašenbrenerová uvádí, že masáž hráze přispívá od šestého až osmého týdne před porodem ke zlepšení elasticity a k prokrvení, kdy je toto místo při porodu vystavené velkému tlaku. Prokrvená a vláčná hráz je lépe odolná porušení a lze tak předejít jejímu nástřihu. Masáž hráze by se měla provádět po koupeli, kdy je tkáň teplá, prokrvená a připravená na masáž. Doporučuje se masáž i během porodu, kdy partner nebo porodní asistentka může nabídnout rodící ženě masáž ramen, šíje, oblasti kosti křížové, chodidel, zápěstí a dlaní. Masážní olej si rodička může zvolit podle vlastního výběru, doporučuje se mandlový nebo jojobový. Mnoho českých nemocnic tuto metodu využívá a nabízí jí nastávajícím matkám (27). 6 % (5) tato metoda nabídnuta byla a 94 % (66) nabídnuta nebyla, (viz graf 30). Relaxační masáže ve 4 % (3) nabízí porodní asistentka a ve 3 % (2) lékař, (viz graf 31). Podle mě, masáž v sobě má některé účinky na zmírnění porodní bolesti. V praxi jsem se setkávala především s masáží v oblasti křížové, kdy rodičky trpěly bolestmi zad. Masáže prováděl většinou partner, zda byl přítomen u porodu. Graf 32 ukazuje intenzitu porodní bolesti na škále po využití relaxační masáže 3. stupeň byl zastoupen ve 20 % (1), 4., 5. stupeň ve 40 % (2), 6. stupeň 20 % (1), 7. stupeň 20 % (1).

Další otázka zjišťovala, zda byla klientkám nabídnuta jiná metoda na zmírnění porodních bolestí kromě těch, na které jsem se ptala v dotazníku. 11 % (10) ženám byla nabídnuta jiná metoda na tišení porodních bolestí, jako jsou léky a injekce a 89 % (80) ženám nebyla nabídnuta jiná metoda na tišení porodních bolestí, (viz graf 33). Intenzita porodní bolesti na škále po využití jiné metod na tišení porodních bolestí 3. stupeň byl zastoupen v 10 % (1), 4. stupeň také v 10 % (1), 6. a 7. stupeň byl zastoupen stejně, a to ve 40 % (4).

Otázka další zjišťovala, zda klientky slyšely o epidurální analgezi. 94 % (85) slyšelo o epidurální analgezi a 6 % (5) o této metodě neslyšelo, (viz graf 35). Pařízek epidurální analgezie popisuje jako nejúčinnější metodu, která ovlivňuje porodní bolesti a která je nejvíce užívaná (16). Čech uvádí, že místní analgetikum se samostatně nebo s přidaným opioidem podá do epidurálního prostoru. *Epidurální prostor* je oblast, která leží vně obalů míchy. Aby epidurální analgezie nenarušila průběh fyziologického porodu a hlavně pohyblivost rodičky, je důležité podat správnou dávku lokálního anestetika ve správný čas a na správné místo, které je hluboké asi 4 mm a u každé maminky v různé vzdálenosti od kůže zad. Z pohledu bezpečnosti by se dnes měl podávat pouze moderní preparát Chirocain 0,125 % nebo Naropin 0,1 %. Menší dávka opioidu Sufenti se podává proto, aby bylo možné snížit dávku místního anestetika na minimum (2). Dle mého názoru je to metoda velice účinná. Nyní když klientky odpověděly, že o epidurální analgezi slyšely, zjišťovala další otázka, odkud čerpaly informace ze 143 odpovědí se 8 x vyskytla odpověď od lékaře, 20 x od porodní asistentky, 43 x z internetu, 34 x na předporodních kurzech, 31 x z časopisu a 7 x z jiných zdrojů, z jiné nemocnice, od kamarádky, od příbuzných, od přítelkyně, z odborných knih, při prvním porodu a od matky, (viz graf 36). Také tady nejvíce žen čerpalo z internetu. Jak je uvedeno výše, jde o praktickou a účelnou věc, která je v dnešní době přístupná skoro všem.

Graf 37 se zabíral tím, jestli byla klientkám metoda epidurální analgezie nabídnuta, v 6 % (5) nabídnuta byla a v 94 % (80) nabídnuta nebyla. Další otázka zjišťovala výhody u epidurální analgezie v 80 % (4) byly ženy informované o výhodách

epidurální analgezie a 20 % (1) žen informovaných nebylo, (viz graf 38). Čech uvádí, že výhodou této metody je splnění podmínek porodnické analgezie, může se říct, že jde o metodu zcela bezpečnou, neboť se do krevního oběhu rodičky a plodu dostává nepatrné minimum množství léků. Její účinek je libovolně dlouhý, působí během první doby porodní, ale také při druhé a třetí době porodní. Příznivě ovlivňuje prokrvení dělohy a placenty, tím zlepšuje zásobení dítěte kyslíkem a dalšími potřebnými látkami. V případě potřeby jde epidurální analgezi rozšířit na epidurální anestezii, ve které je možné provést kteroukoli porodnickou operaci (2). Další otázka zjišťovala, jestli byly ženám sděleny možné komplikace 100 % (5) komplikace sděleny byly, (viz graf 39). Ke komplikacím patří riziko nízkého krevního tlaku, oslabení děložních kontrakcí a poranění obalů míchy, kdy hrozí bolesti hlavy po porodu, bývá to u 2 rodiček ze sta. Doporučuje se, aby metodu prováděl zkušený porodník a zkušený anesteziolog. I porodní asistentka, která je u porodu s epidurální analgezií, by měla projít odbornou přípravou (2). Graf 40 zjišťoval, jestli klientky samy žádaly o epidurální analgezi, ukázalo se, že 6 % (5) žen o epidurální analgezi požádalo. Poslední otázka zjišťovala, proč klientky o metodu nežádají. Ukázalo se, že ženy, kterým tato metoda nabídnuta nebyla v 15 % (12) o ni nežádalo, protože nemělo zájem, 4 % (3) o epidurální analgezi požádat nestihlo, 38 % (30) žen mělo strach o epidurální analgezi požádat a 44 % (35) žen neví, proč o ni nepožádalo, (viz graf 41). Tento výsledek se vztahuje k hypotéze 3, která nebyla potvrzena.

6. ZÁVĚR

Bolestí se rozumí nepříjemný smyslový prožitek, který je spojený s významným emocionálním zážitkem. Je varovným signálem či ochrannou funkcí, která upozorňuje na poškození organismu. Bolest se rozděluje do dvou skupin a to na bolest akutní a bolest chronickou. Opakem je bolest porodní, což je jediná bolestivá reakce, která nevzniká z důvodu nemoci, jedná se o účelnou reakci, která připravuje rodičku na porod. Porodní bolesti jsou zcela individuální, pro rodičku představují psychickou i fyzickou zátěž. V dnešní době se porodním bolestem dá předejít, využitím některých z metod pro jejich tišení. Porodní bolesti se dají tišit farmakologicky a nefarmakologicky. Každá rodička by měla být o těchto metodách dostatečně informovaná.

Cíle bakalářské práce: 1 Zmapovat znalosti rodiček o nefarmakologických metodách tišení bolesti. 2 cíl Zjistit jaká byla rodičkám nabídnuta metoda pro zmírnění bolesti za porodu. 3 cíl Zjistit zda rodičky vyžadují epidurální analgezii. Cíle byly splněny.

Stanovená hypotéza 1 Rodičky mají znalosti o nefarmakologických metodách při tišení bolesti, byla potvrzena. Hypotéza 2 Nejčastější nabízenou metodou pro zmírnění bolesti je hydroanalgezie, byla potvrzena. Hypotéza 3 Rodičky nevyžadují epidurální analgezii z důvodu strachu, potvrzena nebyla.

Bakalářská práce by mohla posloužit, jako informační materiál pro rodící ženy v Nemocnici Č. Budějovice a. s, které mají zájem o využití některých z metod pro tišení porodních bolestí. A dále, jako informační materiál pro studenty Zdravotně sociální fakulty.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÍLKOVÁ, A., *Co vám zmírní porodní bolesti*, 9 – 10 s., č. 3, Děti a my, vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2009, 52 s., ISSN 0323-1879
2. ČECH, E., et al. *Porodnictví*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006, 544 s. ISBN 80-247-1313 -9 (str. 121)
3. ČEPICKÝ, P., *Moderní babičství 3*, vyd. Praha: Levret, 2004, 64 s. ISSN 1214-5572
4. ČERNÁ, S., *Bolest při porodu*, [online]. [cit. 2010-4-19]. Dostupné z:<http://www.jinyporod.cz/clanky/porod/bolest-pri-porodu-_ne_ma-byt>.
5. ELIÁŠOVÁ, A., *Porodná asistencie I. Fyziologie*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2008, 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8
6. ELIÁŠOVÁ, A., et al. *Porodnické ošetrovatelstvo*, 1 vyd. Martin, Osveta, 2000, 110 s. ISBN 80-8063053-4
7. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ ML. M., *Čekáme dítětko*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007, 354 s. ISBN 978-80-247-1489-9
8. GRYGÁRKOVÁ, S., *Dis, Porod a aromaterapie*, [online]. [cit.2010-4-19]. Dostupné z: <<http://www.celostnimediceina.cz/porod-a-aromaterapie.htm>>.
9. CHMEL, R., *Průvodce těhotenstvím*, 1 vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004, 140s. ISBN 80-247-0962-7
10. CHMEL, R., *Otázky a odpovědi o porodu*, 1 vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, 116s. ISBN 80-247-1124-9
11. JANEČKOVÁ, L., *Bolest a její zvládnutí*, 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2007, 191 s. ISBN 978-80-7367-210-2
12. KOBILKOVÁ, J., et al. *Základy gynekologie a porodnictví*, 1 vyd. Praha: Galén, 2005, 368 s. ISBN 80-7262-315-X
13. MIKULANDOVÁ, M., *Těhotenství, porod a šestinedělí*, 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007, 136 s. ISBN 978-80-251-1470-4
14. MIKULANDOVÁ, M., *Těhotenství a porod*, 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004, 160 s. ISBN 80-251-0205-X

15. PAŘÍZEK, A., et al. *Porodnická analgérie a anestezie*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002, 535 s. ISBN 80-7169-969-1
16. PAŘÍZEK, A., *Kniha o těhotenství a dítěti*, 3. vyd. Praha: Galén, 2008, 658 s. ISBN 978- 80- 7262- 594-9
17. PAŘÍZEK, A., *Kniha o těhotenství @ porodu*, 2. vyd. Praha: Galén, 2005, 414 s. ISBN 80-7262-411-3
18. DOC. MUDr. PAŘÍZEK, A., CSc, *Tlumení porodních bolestí*, [online]. [cit. 2010-4-19]. Dostupné z: <<http://www.porodnice.cz/node/3750>>.
19. RADY K PORODU, *Farmakologické tlumení bolesti*, [online]. [cit.2010-4-19].Dostupnéz: <<http://www.radykporodu.estranky.cz/clanky/prvni-doba-porodni/farmakologicke-tlumeni-bolesti>>.
20. RATISLAVOVÁ K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*, 1 vyd. Praha: Reklamní atelier Area s. r. o., 2008, 106s. ISBN 978-80-254-2186-X
21. ROZTOČIL A., et al. *Moderní porodnictví*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 408s. ISBN 978-80-247-1941-2
22. SIMIKINOVÁ, P., *Partner u porodu*, 1. vyd. Praha: Argo, 2000, 245 s. ISBN 80-7203-308-5
23. ŠKAPÍKOVÁ, Š., *Předporodní kurzy vás perfektně připraví na porod a pomohou vám i psychicky*, [online]. [cit.2010-4-19].Dostupnéz: <<http://mojeporodnice.cz/clanky/predporodni-kurzy-vas-perfektne-pripravi-na-porod-a-pomohu-vam-i-psychicky>>.
24. TOMÁŠ, S., *Bezbolestný porod*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2000, 104 s. ISBN 80-8063-040-2
25. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vyd Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví,2001, 185 s. ISBN 80-7013-324-4
26. ZACHAROVÁ, E., et al. *Zdravotnická psychologie*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

27. ZRUBECKÁ, A., AŠENBRENEROVÁ, I., *Aromaterapie v životě ženy*, 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2008, 239 s.
ISBN 978-80-204-1938-5
28. ZWINGER, A., et al. *Porodnictví*, 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 532 s.
ISBN 80-7262-257-9

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Bolest

Porod

Nefarmakologické metody

Farmakologické metody

9. PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Místa účinku jednotlivých metod porodnické analgezie

Příloha 3: Alternativní polohy rodičky během I. a II. doby porodní

Příloha 4: Akupunkturální body

Příloha 5: Poloha rodičky před podáním epidurální analgezie

Příloha 6: Označení místa vpichu epidurální analgezie a její diagnostika

Příloha 1: Dotazník

Vážená maminko,

jmenuji se Romana Vicánová a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Porodní asistentka bakalářské studium. Pro vypracování mé bakalářské práce s názvem Bolest a porod jsem vytvořila anonymní dotazník, který Vám nyní předávám. Prosím Vás o jeho vyplnění a ujišťuji Vás, že získané údaje budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Velice děkuji za spolupráci.

1. Pokolikáté rodíte?
 - a) Poprvé
 - b) Podruhé
 - c) Potřetí
 - d) Počtvrté
 - e) Popáté a více

2. Navštěvovala jste předporodní kurzy?
 - a) Ano
 - b) Ne

3. Jak probíhal Váš porod?
 - a) Vaginální cestou
 - b) Císařským řezem

4. Jak velké byly Vaše porodní bolesti? (prosím zakroužkujte, 1 žádná, 10 nesnesitelná)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

5. Víte o tom, že existují metody na zmírnění porodních bolestí?
 - a) Ano
 - b) Ne (přejděte k otázce číslo 7)

6. Kde jste se o metodách na tišení porodních bolestí dozvěděla? (zde můžete zakroužkovat více odpovědí)
 - a) Z časopisu
 - b) Z internetu
 - c) Na předporodních kurzech
 - d) Od porodní asistentky

- e) Od svého ošetřujícího lékaře
- f) Z odborných knih
- g) Jiné (prosím
vypište).....

7. Měla jste možnost dělat něco pro zmírnění porodní bolesti?

- a) Ano
- b) Ne

8. Co jste dělala proto, aby byly porodní bolesti mírnější? (prosím vypište)

.....

.....

.....

.....

9. Víte o tom, že porodní bolesti se dají tišit pomocí nefarmakologických metod?
(to jsou metody pro tišení porodních bolestí bez použití léků)

- a) Ano
- b) Ne

10. Hydroanalgezie je metoda na zmírnění porodních bolestí za pomoci vody, víte o této metodě?

- a) Ano
- b) Ne

A) Požádala jste o tuto metodu?

- a) Ano
- b) Ne

B) Byla Vám tato metody nabídnuta?

- a) Ano
- b) Ne

C) Kdo Vám tuto metodu nabídl?

- a) Porodní asistentka
- b) Lékař

D) Byla tato metoda uskutečněna?

- a) Ano
- b) Ne (přejděte na otázku číslo 11)

E) Uveďte na škále, jaká byla Vaše bolest po využití hydroanalgezie? (prosím zakroužkujte, 1 žádná, 10 nesnesitelná)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

11. Alternativní polohy jsou polohy, které může rodička využívat v první době porodní patří také mezi nefarmakologické metody, byla Vám tato metoda nabídnuta?

- a) Ano
- b) Ne

A) Kdo vám tuto metodu nabídl?

- a) Porodní asistentka
- b) Lékař

B) Byla tato metoda uskutečněna?

- a) Ano
- b) Ne (přejděte na otázku číslo 12)

C) Jaké polohy jste využila v první době porodní? (zde můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) Vleže na zádech
- b) Na pravém boku
- c) Na levém boku
- d) Sed na míči
- e) Ve stoje
- f) Vkleče
- g) Na všech čtyřech
- h) Jiné.....

D) Uveďte na škále, jaká byla Vaše bolest při Vámi využitých polohách?
(prosím zakroužkujte, 1 žádná, 10 nesnesitelná)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

12. Aromaterapie je nefarmakologická metoda, která využívá účinků éterických olejů a pomáhá zmírnit porodní bolesti, slyšela jste o této metodě?

- a) Ano
- b) Ne

A) Měla byste zájem tuto metodu vyzkoušet?

- a) Ano
- b) Ne

13. Akupunktura je nefarmakologická metoda, jejímž cílem je vpichování tenkých jehliček do určitých bodů na těle „akupunkturní body“, víte o jejím využití při zmírnění porodních bolestí?

- a) Ano
- b) Ne

A) Měla byste zájem tuto metodu vyzkoušet?

- a) Ano
- b) Ne

14. Dýchání, patří také mezi metody, které pomáhají zmírnit porodní bolesti, slyšela jste o tom?

- a) Ano
- b) Ne

A) Kdo Vám tuto metodu nabídl?

- a) Porodní asistentka
- b) Lékař

B) Využila jste tuto metodu?

- a) Ano
- b) Ne

C) Uved'te na škále, jaká byla Vaše bolest při využití dýchání? (prosím zakroužkujte, 1 žádná, 10 nesnesitelná)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

15. Relaxační masáže, se také dají využít na zmírnění porodních bolestí, věděla jste o tom?

- a) Ano
- b) Ne

A) Byla Vám tato metoda nabídnuta?

- a) Ano
- b) Ne (pokračujte otázkou číslo 16)

B) Kdo Vám tuto metodu nabídl?

- a) Porodní asistentka
- b) Lékař

C) Uved'te na škále, jaká byla Vaše bolest po využití relaxačních masáží? (prosím zakroužkujte, 1 žádná, 10 nesnesitelná)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

16. Byla Vám nabídnuta ještě jiná metoda pro tišení porodní bolestí?

- a) Ano (prosím vypište).....
.....
.....

b) Ne (pokračujte otázkou číslo 17)

A) Uved'te na škále, jaká byla Vaše bolest po využití jiné metody? (prosím zakroužkujte, 1 žádná, 10 nesnesitelná)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

17. Slyšela jste o epidurální analgezii?(to je metoda, při které se podává lék do „epidurálního prostoru“ to je oblast, která leží vně obalu míchy)

- a) Ano
- b) Ne (dále dotazník už nevyplňujte, děkuji)

18. Kde jste čerpala informace o této metodě?

- a) Od lékaře
- b) Od porodní asistentky
- c) Z internetu
- d) V Předporodních kurzech
- e) Z časopisu
- f) Jiné.....

19. Byla Vám tato metoda nabídnuta?

- a) Ano
- b) Ne (dále pokračujte otázkou č. 23)

20. Byla jste informovaná o výhodách epidurální analgezie?

- a) Ano
- b) Ne

21. Byly Vám sděleny možné komplikace, které mohou při podání epidurální analgezie nastat?

- a) Ano
- b) Ne

22. Požadovala jste tuto metodu vy sama?

- a) Ano
- b) Ne

23. Proč jste o metodu nežádala? (prosím vypište)

.....

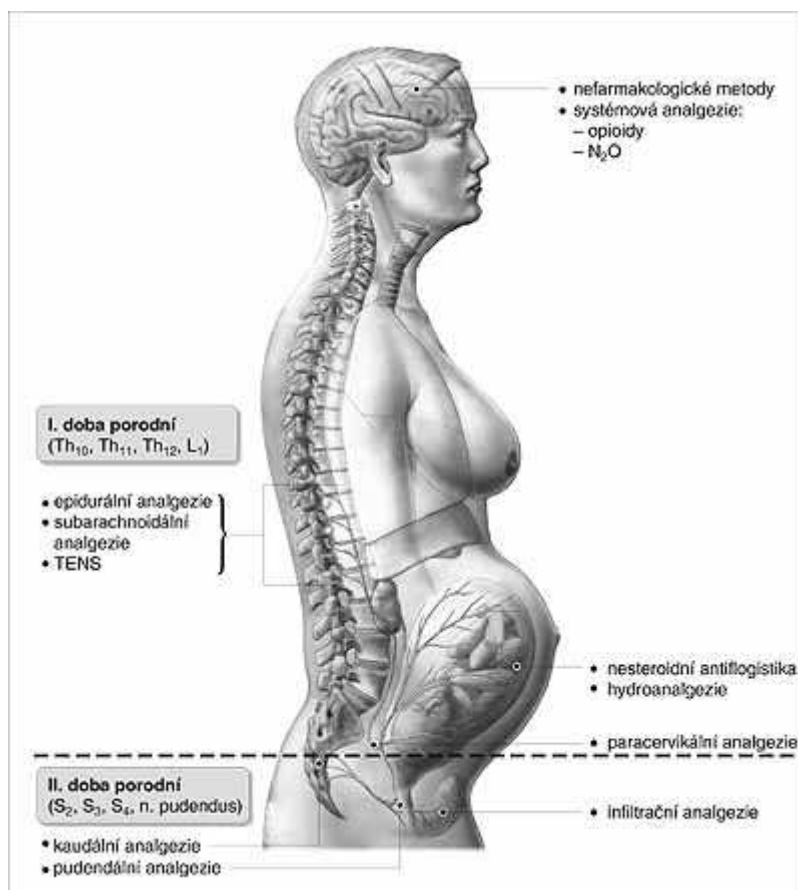
.....

.....

.....

Ještě jednou moc děkuji za strávený čas nad mým dotazníkem.

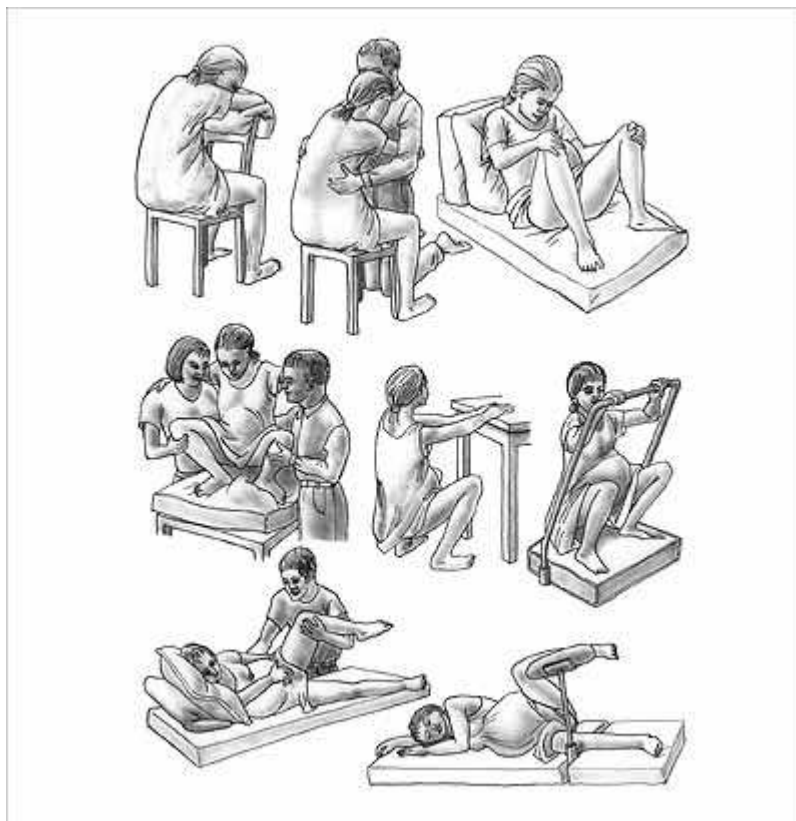
Příloha 2: Místa účinku jednotlivých metod porodnické analgezie



Zdroj: <http://www.porodnici.cz/porodnicka-analgezie-luxus-nebo-nutnost>.

(19.4.2010)

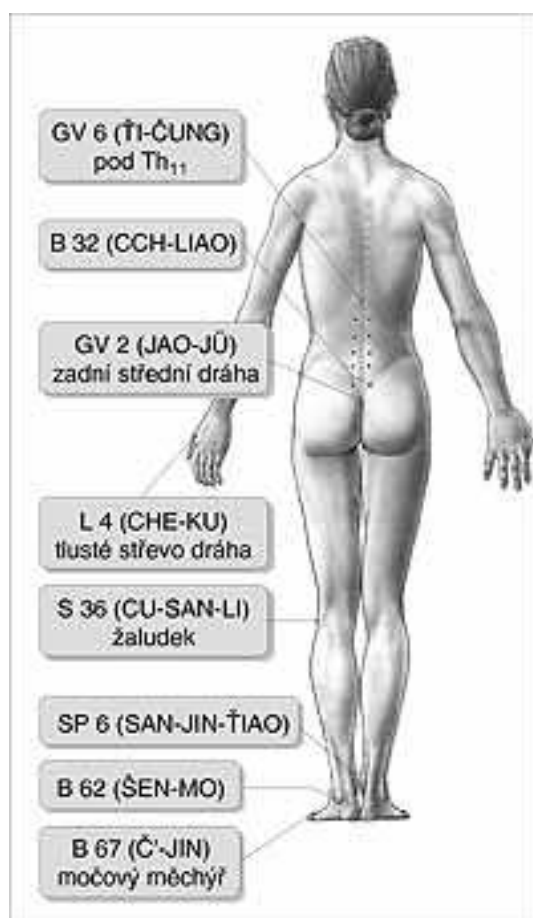
Příloha 3: Alternativní polohy rodičky během I. a II. doby porodní



Zdroj: <http://www.porodnici.cz/prirozeny-porod>.

(19.4.2010)

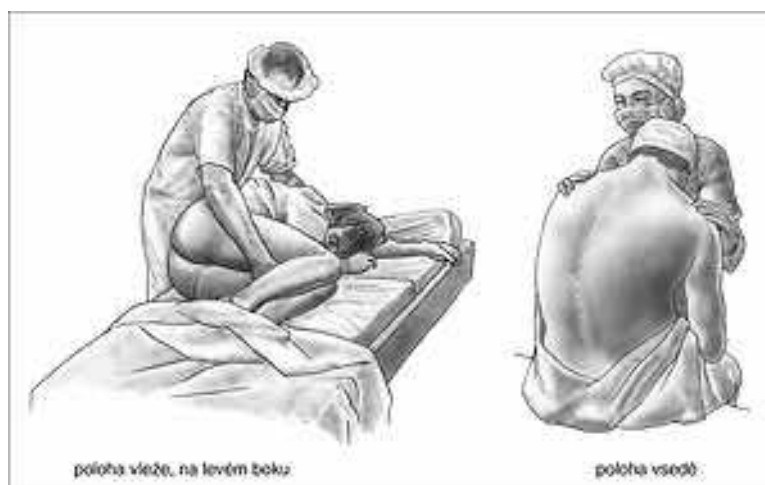
Příloha 4: Akupunkturní body



Zdroj: <http://www.porodnici.cz/akupunktura>.

(19.4.2010)

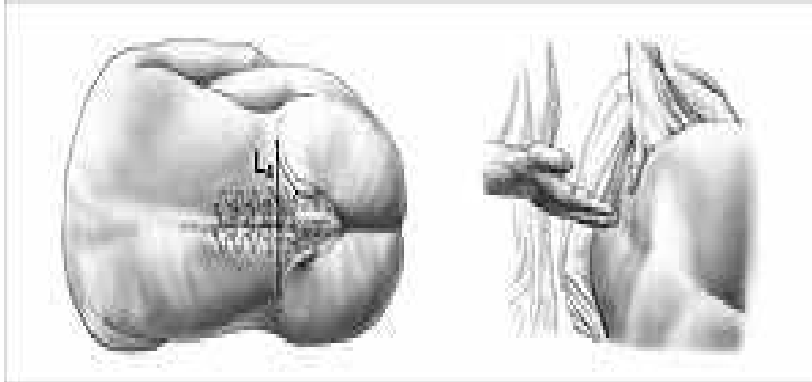
Příloha 5: Poloha rodičky před podáním epidurální analgezie



Zdroj: <http://www.porodnici.cz/epiduralni-analgezie-zaver>.

(19.4.2010)

Příloha 6: Označení místa vpichu epidurální analgezie a její diagnostika



Zdroj: <http://www.porodnici.cz/epiduralni-analgezie-zaver>.

(19.4.2010)