



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Názor rodiček na zvládání bolesti při porodu
farmakologickými metodami

Vypracovala: Renáta Jirásková

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o zvládnání bolesti při porodu farmakologickými metodami a o názorech žen na tyto metody. V teoretické části je popsán porod, porodní bolest a nefarmakologické metody tišení bolesti při porodu. Dále se práce zaměřuje na jednotlivé farmakologické metody tišení bolesti a na roli porodní asistentky v péči o rodičky s porodními bolestmi.

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá předporodní informovaností žen o farmakologických metodách tišení bolesti při porodu a názory žen na tyto metody. V této bakalářské práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit předporodní informovanost žen o farmakologických metodách tišení bolesti během porodu a druhým cílem zjistit názory žen na využití farmakologických metod tišení bolesti během porodu. V souvislosti se stanovenými cíli byly formulovány dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Jak jsou rodičky informovány o farmakologických metodách tlumení bolesti při porodu? Výzkumná otázka 2: Jaké názory mají ženy na využití farmakologických metod při porodu?

Pro výzkumné šetření byla použita kvalitativní metoda získávání dat formou hloubkových polostrukturovaných rozhovorů. Dále byla provedena obsahová analýza pomocí metody papír a tužka. Získaná data byla následně kategorizována. Byly vytvořeny dvě hlavní kategorie – Informovanost žen a Porod a bolest. První kategorie dále obsahuje šest podkategorií (Informace z předchozího porodu, Zdroje informací před porodem, Zdroje informací na porodním sále, Nabídnuté metody, Komplexní informovanost a Návrhy na zlepšení v informovanosti o farmakologických metodách) a kategorie druhá podkategorií sedm (Průběh porodu, Pocity žen, Představy o tišení bolesti, Preference farmakologické metody, Využitá farmakologická metoda, Splnění očekávání a Názor na farmakologické metody). Pro přehlednost byla ze získaných dat vytvořena tabulka s identifikačními údaji respondentek a schémata u jednotlivých podkategorií. Výzkumný soubor tvořilo osm žen v období pět měsíců po porodu, které rodily v pražských nemocnicích. Rozhovory probíhaly během května 2015 a všechny se odehrávaly v domácnostech jednotlivých žen.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že polovina respondentek se cítila o farmakologických metodách tišení bolesti dostatečně informována a druhá polovina respondentek se cítila informována nedostatečně nebo vůbec. Většina žen projevila aktivní účast na získávání informací. Při vyhledávání informací ženy nejvíce využívají internet a názory rodiny a přátel. Třem respondentkám byly podány informace před porodem od zdravotnického personálu, z toho všem třem byly informace podány na předporodním kurzu a pouze dvěma z nich v těhotenské poradně. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že polovina žen by uvítala více informací o tišení bolesti farmakologickými metodami při porodu již v těhotenské poradně a to především formou letáků. Řešení spočívá v edukaci žen již před porodem a to v těhotenské poradně či na předporodních kurzech, kde informace ženám předávají odborníci.

Názory žen na využití farmakologických metod tišení bolesti byly spíše negativní. Většina žen by farmakologické metody raději nevyužívala. Polovina z nich by k těmto metodám přistoupila až v případě nesnesitelné bolesti. Tři respondentky by farmakologické metody k tišení bolesti nevyužívaly vůbec. Dvě z nich z toho důvodu, že mají velmi pozitivní zkušenost z porodu, které proběhly bez tišení bolesti farmaky a naopak jedna z respondentek z důvodu negativní zkušenosti s intravenózní systémovou analgezií z posledního porodu. Pouze jedna respondentka měla na farmakologické metody velmi kladný názor a hojně by je využívala. V současné době nám moderní medicína nabízí různé farmakologické metody na tišení bolesti při porodu a je velmi důležité je ženám nabízet, avšak konečné rozhodnutí o využití těchto metod je na ženách.

Při vyhodnocování výsledků výzkumného šetření byly zodpovězeny obě výzkumné otázky. Výzkumné šetření ukázalo, že polovina žen se cítila o farmakologických metodách tišení bolesti nedostatečně informována, z čehož vyplývá, že by ženy měly být před porodem o těchto metodách více edukovány. Dále výzkumné šetření ukázalo, že by ženy farmakologické metody tišení bolesti raději nevyužívaly, z důvodu předchozích zkušeností či pocitu, že bolest k porodu patří. Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál pro studentky porodní asistence i pro porodní

asistentky. Dále ji jako edukační materiál mohou využít těhotné ženy a ženy plánující těhotenství.

Klíčová slova: porod, porodní bolest, tišení bolesti, farmakologické metody, porodní asistentka

Abstract

The bachelor thesis deals with coping with pain during labour by means of pharmaceutical methods and women's opinions on these methods. The theoretical part describes labour, labour pains and non-pharmaceutical methods how to relieve labour pain and a midwife assistant's role in the care of women in travail.

The research part of the bachelor thesis deals with women's antenatal knowledge about relieving pain during labour by means of pharmaceutical methods and their opinion on it. In the thesis, two main objectives were set. The first one was to find out how much women are informed about the ways how to relieve pain during labour. The second one was to find out women's opinion on using pharmaceutical methods to relieve pain during labour. In connection with these two objectives, two research questions were formulated: "How far are the women informed about using pharmaceutical methods to relieve pain during labour?" and "What is the women's opinion on using pharmaceutical methods during labour?"

For the implementation of the research, the method of qualitative research investigation was used by means of intensive half-structured interviews. The content analysis was performed by means of paper and pencil method. The acquired data were categorized. Two main categories were created: Women's knowledge and Labour and pain. The first category contains six subcategories (Knowledge and experience from previous labour, The source of information before labour, The source of information on the ward, Offered methods, Complex information and Suggestion how to improve this area). The second category contains seven subcategories (The course of labour, Women's feelings, Ideas about relieving pain, Preference of pharmaceutical methods, Used pharmaceutical methods, Meet expectations and The opinion on using pharmaceutical methods). The research file consisted of eight women in a five months period after giving birth in hospitals in Prague. The interviews took place during May 2015 in their domestic environment.

The research investigation showed that half of the respondents felt they had enough information about the methods of relieving pain and the second half felt insufficiently

informed or having no information at all. Most women actively seek information on their own. They use internet the most and also get opinions from their family members and friends. Three respondents got information before their labour by hospital staff, they all got the information in a specialized course and only two of them got information in an antenatal clinic. The research showed that half of the women would appreciate to get more information about relieving pain by pharmaceutical methods already in an antenatal clinic by means of leaflets. The solution would be to educate women before the labour in antenatal clinics, during the specialized courses, where women get the information from the specialists.

The questioned women showed moreless negative opinions on using pharmaceutical methods to relieve pain and most of them would rather not use them. Half of the women would use them only in case of absolutely unbearable pain. Three respondents would not use them at all. Two of them because they have good experience giving birth without using any pharmaceutical methods and one of them because she had very negative experience with intravenous systemic analgesia from her last labour. Only one respondent had a very positive opinion on using the pharmaceutical methods for relieving the pain during labour and she would go for it again. Nowadays, modern medicine offers many ways how to relieve pain during labour and it is very important to inform women and offer them this option, but the final decision is on them.

The research gave answers to both questions. The research showed that half of the women were insufficiently informed, so it means they should get more information about these methods in advance. The research also showed that women would rather not use pharmaceutical methods that help relieving pain because of their previous experience or because they feel pain is a natural part of labour. This bachelor thesis can be used as a brochure to get information for midwives and students of this field. It can also be used as an educational material for pregnant women and women planning pregnancy.

Keywords: Labour, Labour pain, Relieving pain, Pharmaceutical methods, Midwife assistant

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2015

.....

Renáta Jirásková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Drahomíře Filausové za vedení této práce, za její pomoc a užitečné rady. Dále bych velmi ráda poděkovala všem svým blízkým, včetně mých rodičů, kteří mě podporovali v průběhu celého mého studia.

Obsah

Úvod.....	12
1 Současný stav.....	13
1.1 Porod.....	13
1.1.1 Fáze porodu	15
1.2 Porodní bolest.....	17
1.2.1 Odlišnost bolesti porodní od ostatních druhů bolesti	18
1.3 Nefarmakologické metody tlumení bolesti v průběhu porodu	19
1.4 Farmakologické metody tlumení bolesti v průběhu porodu.....	22
1.4.1 Systémová analgezie	23
1.4.2 Infiltrační analgezie.....	24
1.4.3 Pudendální analgezie.....	25
1.4.4 Paracervikální analgezie.....	26
1.4.5 Epidurální analgezie	27
1.4.6 Subarachnoidální analgezie a kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie.....	30
1.5 Porodní asistentka a porodní bolest.....	31
1.5.1 Metody pro hodnocení bolesti.....	32
1.5.2 Stupně intenzity bolesti	33
2 Cíle práce a výzkumné otázky	34
2.1 Cíle práce.....	34
2.2 Výzkumné otázky	34
3 Metodika.....	35
3.1 Metodika a technika výzkumného šetření	35

3.2	Charakteristika výzkumného souboru	36
4	Výsledky výzkumného šetření.....	37
4.1	Identifikační údaje respondentek.....	37
4.2	Kategorizace dat v oblasti informovanosti žen o farmakologických metodách tlumení bolesti při porodu.....	38
4.3	Kategorizace dat v oblasti porodu a bolesti.....	46
5	Diskuze	57
6	Závěr	64
	Seznam informačních zdrojů	66
	Seznam tabulek a schémat	70
	Seznam tabulek.....	70
	Seznam schémat.....	70
	Přílohy.....	71
	Seznam příloh	71

Seznam použitých zkratk

IASP	Světová organizace pro studium bolesti
NRS	numerická škála
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PA	porodní asistentka
SŠ	střední škola
TENS	transkutánní elektrická nervová stimulace
VAS	vizuální analogová škála
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Každý porod je doprovázen určitou bolestí rodičky a právě tato bolest je jako jediná v životě ženy považována za přirozenou a má svůj smysl. Žena na bolestivé kontrakce intuitivně reaguje zaujímáním úlevových poloh, čímž pomáhá plodu při průchodu porodními cestami. Každá rodička však snáší porodní bolesti jinak, jedná se zcela o individuální věc, ve které hraje roli fyzická dispozice rodičky, její psychická pohoda, sociální a kulturní aspekty. Vnímání bolesti při porodu zesiluje stres, strach a vyčerpání. Pokud se strach rodičky vystupňuje, rodička je příliš vyčerpaná probíhajícím porodem a nemá sílu v něm pokračovat či v případě některých zdravotních indikací je vhodné použít jednu z farmakologických metod tlumení bolesti. Farmakologické metody jsou takové metody, při kterých je v průběhu porodu ženě podán lék tlumící vnímání bolesti. Zásadní pravidlo při využití farmakologických metod je, že nesmí být na životě a zdraví ohrožena ani matka ani dítě.

Velmi důležitou funkci při zvládnutí bolesti rodičky vykonává porodní asistentka. Ačkoli porodní asistentka nemá pravomoci o rozhodování využití analgetik, má nezastupitelné postavení při hodnocení účinnosti zvolené farmakologické metody. Právě porodní asistentka je v kontaktu s rodičkou a může tak dále předávat informace ostatním členům zdravotnického personálu. Porodní asistentka má při zvládnutí bolesti rodičkou nezastupitelnou roli, která vyžaduje znalosti v oboru fyziologie, farmakoterapie i psychologie.

V praktické části této bakalářské práce jsme pomocí rozhovorů zjistili, zda jsou ženy dostatečně informovány o farmakologických metodách tlumení bolesti při porodu a zda projevují vlastní zájem v této problematice či nikoliv. Dále jsme se dozvěděli, jaké názory mají rodičky na využití farmakologických metod.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala především proto, že jsem prozatím nerodila a jako většina žen mám z prvního porodu obavy a to především z bolesti. Právě proto jsem chtěla znát možnosti, které dnešní medicína nabízí. Zároveň mě zajímalo, jak jsou v současné době ženy o možnostech tlumení bolesti informovány a jaké názory mají na využívání farmakologických metod tlumení bolesti při porodu.

1 Současný stav

1.1 Porod

Evžen Čech a kolektiv definují porod takto: „*Porodem (partus) nazýváme každé ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého novorozence. Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života*“ (Hájek, 2014). Za známky života se u novorozence považuje dech, srdeční akce, pulzace pupečníku nebo aktivní pohyby svalstva, které nastaly ještě před přerušením pupečníku, a akce srdeční nebyla navozena resuscitací. Pokud se jedná o mrtvě rozené dítě, je stanovenou podmínkou, že se plod narodí bez známek života a jeho minimální hmotnost je 500 g (Hájek, 2014).

Porod, který probíhá do konce 37. týdne těhotenství se nazývá porodem předčasným (partus praematurus), těhotenství, které je ukončeno mezi 38. a 42. týdnem těhotenství je porod v termínu neboli také včasný porod (partus maturus) a porod po 42. týdnu těhotenství je porod opožděný (partus serotinus) (Čech, 2006).

Porod může být samovolný neboli spontánní, medikamentózní, indukovaný, operativní, fyziologický a patologický. Spontánní porod je takový, který samovolně nastoupil na základě přirozených pochodů organismu rodičky a proběhl bez zásahu lékaře či porodní asistentky. Porod, u kterého došlo k samovolnému nástupu děložní činnosti, ale dále je již ovlivňován léčebnými prostředky, zejména za účelem zmírnění bolesti a regulace děložní činnosti, se nazývá porod medikamentózní. Porod indukovaný je porod uměle vyvolávaný za pomoci uterokinetických preparátů. Pokud musí být těhotenství ukončeno z různých indikací operativně nebo musí být již rozběhlý porod urychlen z důvodu ohrožení zdraví plodu či matky, nazýváme tento porod operativní. Fyziologickým porodem se myslí takový porod, který probíhá přirozeně za pomoci zdravotnického personálu, personál však do probíhajícího porodu nezasahuje. Při porodu patologickém dochází k rozvinutí porodnické patologie, kterou je nutno

aktivně a akutně řešit. Někdy je velmi těžké najít přesnou hranici mezi fyziologickým a patologickým porodem (Roztočil, 2008).

Doposud nejsou zcela objasněny spouštěcí mechanismy porodu. Předpokládá se, že existuje mnoho faktorů, které mají na iniciaci porodu vliv. Porod se většinou spouští, pokud je plod dostatečně zralý, ale zároveň jeho velikost ještě umožňuje bezproblémový průchod porodními cestami. Proces spouštění není náhlý, ale je postupný a nastávající matka může příznaky blížícího se porodu cítit několik hodin před skutečným začátkem porodu, ale tento proces může trvat také několik dní až několik týdnů (Binder, 2011; Leifer, 2004).

Nikdy nelze dopředu říci, jak dlouho bude porod trvat. Jsou však jisté faktory, které mohou délku a průběh porodu ovlivnit. Mezi tyto faktory se řadí mimo jiné předešlý počet porodů ženy. U žen, které mají za sebou více porodů je předpoklad, že se celková délka porodu zkrátí. Dalším faktorem je věk ženy, přičemž ženy pod 18 let a nad 35 let mívají delší porod, než ženy ve věku mezi 18. a 35. rokem. Interval mezi předešlým porodem a současným porodem hraje též roli. U žen, jejichž porody probíhají rychle po sobě, je předpoklad, že bude porod kratší, než u rodiček u nichž je interval mezi porody delší. Samozřejmě i vztah mezi velikostí plodu a porodními cestami ovlivňuje délku probíhajícího porodu. Další faktory, které mohou délku porodu ovlivnit, jsou ještě např. gestační stáří plodu, nadváha či podvýživa rodičky, únava a psychický stav rodičky, medikamenty, uložení hlavičky plodu a také zvolená porodní poloha nastávající matky. Obecně se dá říci, že primipary rodí v rozmezí šesti až dvanácti hodin a multipary rodí kratší dobu, v rozmezí mezi třemi až devíti hodinami. Pokud nastane porod, který trvá méně než 60 minut, jedná se o překotný porod (*partus praecipitatus*). Ve vyspělých zemích by porod neměl trvat déle než 12 hodin. Každá žena je však individuální a tedy i délka samotného porodu je vždy různá (Beckmann, 2010; Roztočil, 2008).

1.1.1 Fáze porodu

Podle probíhajících procesů se porod rozděluje na čtyři doby porodní.

Během první doby porodní neboli doby otevírací dochází k dilataci hrdla děložního a tím k přípravě na porod. První doba porodní je zahájena začátkem děložní činnosti, což vede k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Interval mezi děložními kontrakcemi se postupně zkracuje, kontrakce trvají déle a mají větší intenzitu. První doba porodní končí úplným otevřením porodních cest. Tato doba porodní bývá nejdelší dobou porodu a žena během ní pociťuje stupňující se bolest (Čech, 2006; Roztočil, 2008).

Během první doby porodní je rolí porodní asistentky provádět vaginální vyšetření a sledovat progresi porodního nálezu. Dále porodní asistentka musí sledovat srdeční ozvy plodu každých 15 minut, podle potřeby natáčet kardiotokeografický záznam, hodnotit délku, frekvenci a sílu děložních kontrakcí, délku trvání mezi kontrakcemi, sledovat somatický stav rodičky, to znamená měřit krevní tlak a pulz minimálně po 2 – 3 hodinách, teplotu rodičky po 6 hodinách při afebrilním stavu, důležité je také sledování močení během porodu, jelikož plný močový měchýř může bránit postupu porodu. Dále je nutné poučít klientku o správné technice dýchání a stále věnovat pozornost jejímu psychickému stavu. Neméně důležité je sledování bolesti rodičky a popř. zajištění analgezie nefarmakologické, např. přítomnost osoby blízké u porodu, teplá sprcha, aromaterapie, nebo farmakologické, jako je epidurální analgezie či inhalace entonoxu. Dalším úkolem porodní asistentky je sledování odtoku plodové vody, asistentka hodnotí její barvu a množství. Pokud plodová voda neodteče sama, provádí se při brance 4 – 5 cm dirupce vaku blan. Dirupci provádí lékař nebo porodní asistentka. Jedná se o protržení plodových obalů hrotem branže amerických kleští, která se zavádí mezi 2. a 3. prstem. Dirupce se provádí za kontrakce. Po provedení je nutné vytahovat zavedenou ruku pomalu, kvůli riziku výhřezu pupečníku. V případě výhřezu pupečníku je indikované okamžité operační ukončení těhotenství. Po celou dobu porodu plní porodní asistentka ordinace lékaře a vše řádně zapisuje do dokumentace (Čech, 2006; Slezáková, 2007).

Druhá doba porodní se také nazývá dobou vypuzovací, začíná úplným otevřením porodních cest a končí vypuzením plodu ven z dělohy. Plod prochází přes zašlou branku, pochvu a pánevní dno směrem k poševnímu vchodu a ven z těla matky (Čech, 2006; Roztočil, 2008).

Ve druhé době porodní patří mezi hlavní úkoly porodní asistentky připravit pomůcky a rodičku k porodu, vést porod popř. asistovat lékaři a stále monitorovat stav plodu i matky. Obvykle jsou u porodu dvě asistentky, přičemž jedna vede porod a je sterilně oblečena a druhá jí asistuje. Asistentka, která porod nevede, přivolá dětské sestry z novorozeneckého oddělení, provede dezinfekci rodidel a oblasti perinea, monitoruje ozvy plodu, podává léky popř. kyslík dle ordinace lékaře, rodičku stále psychicky podporuje, po porodu provede odběry krve z pupečníku a vše řádně zapisuje do dokumentace. Asistentka vedoucí porod si připraví porodní balík na sterilní stolec dle zvyklosti pracoviště a poté se oblékne k porodu. Předpokladem je správné vedení porodu dle mechanismu porodu, při hrozící ruptuře perinea za kontrakce provede epiziotomii, nutné je chránění hráze rouškou. Po porození dítěte přestříhne pupeční šňůru a předá novorozence dětské sestře. Společně s druhou asistentkou provede odběr krve z pupečníku. Během druhé doby porodní je důležitá komunikace s rodičkou (Beránková, Moravcová, 2007; Slezáková, 2007; Slezáková 2013).

Třetí doba porodní, jinak nazývána doba k lůžku, začíná porodem plodu a končí porodem placenty a plodových obalů. Dělí se na tři fáze a to na fázi odlučovací, vypuzovací a hemostatickou. Během fáze odlučovací dochází k odlučování placenty od stěny děložní, během fáze vylučovací žena placentu spontánně vytlačí. Fáze hemostatická znamená zástavu krvácení na děloze hemokoagulační aktivitou a kontrakcí hladkého svalstva. Třetí doba porodní trvá asi 5-10 minut za předpokladu aktivního vedení, které bylo celostátně zavedeno a spočívá v podání oxytocinu (2 j. – 5 j.) ihned po porodu plodu (Roztočil, 2008; Slezáková 2011).

Třetí doba porodní je vedena porodní asistentkou, která vedla porod. Úkolem porodní asistentky je sledovat známky odlučování placenty a ve správný okamžik placentu i s porodními blánami porodit. Po porodu placenty se zkontroluje stav, délka a úpon pupečníku, plodové blány a velikost, tvar a celistvost placenty ze strany

mateřské i fetální. Poté následuje kontrola porodních cest a popř. ošetření porodního poranění. Porodní asistentka nezapomíná na komunikaci s matkou, popř. plní ordinace lékaře a stále vše řádně zapisuje do dokumentace (Slezáková, 2013).

Někteří autoři uvádí i čtvrtou dobu porodní, někdy nazývanou též dobou poporodní, trvající přibližně 2 hodiny od porodu placenty. V této době je žena pravidelně kontrolována na porodním sále, jelikož je ohrožena časným poporodním krvácením. Celkové krevní ztráty by během fyziologického porodu a v období poporodním neměly přesáhnout 300 ml (Čech, 2006; Roztočil, 2008).

Po ošetření porodního poranění by měla porodní asistentka ženu omýt, uložit do klidové polohy a změřit jí krevní tlak, pulz a teplotu. Velmi důležité je hlídat případné rozsáhlejší krvácení, zavinování dělohy a první močení (Čech, 2006; Slezáková, 2013).

1.2 Porodní bolest

Porodní bolest doprovází téměř každý porod a tato bolest je považována za fyziologickou. I přesto, že ženy berou tuto bolest jako součást porodního děje, pro některé z nich je tato bolest nesnesitelná. Avšak díky moderním poznatkům v anesteziologii je možné tuto bolest značně redukovat. Porodní bolest lze ovlivnit nejen farmakologickými metodami, ale též metodami nefarmakologickými (Čech, 2006; Pařízek, 2012a).

Bolest má všeobecně akceptovanou definici. Světová organizace pro studium bolesti (IASP – International Association for the Study of Pain) a Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization) definuje bolest jako nepříjemnou senzickou a emocionální zkušenost spojenou s akutním nebo potenciálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození a je vždy subjektivní (Pařízek, 2012a).

Existuje obecná fyziologie bolesti, která platí i pro bolest během porodu. Bolest vzniká drážděním nocisenzorů, ze kterých je tato informace dále vedena

nemyelinizovanými i myelinizovanými vlákny do zadních míšních kořenů a dále do zadních míšních rohů. Právě na úrovni míchy jsou uvolňovány specifické bolestivé látky, endorfíny, enkefaliny a jiné látky, které mají vliv na další vedení bolesti. Bolest je dále vedena spinothalamickými drahami do mozku, nejčastěji do thalamu či mozkové kůry (Pařízek, 2012a).

1.2.1 Odlišnost bolesti porodní od ostatních druhů bolesti

Většinou je bolest jistý příznak poranění či nemoci, ale v případě porodní bolesti se jedná o přirozenou součást procesu rození. Důležité je, že žena během porodu bolest očekává a může se na ni několik měsíců připravovat. Bolest ženu vybízí k zaujímání úlevových poloh, které usnadňují sestup plodu. Porodní bolest trvá několik hodin a končí příchodem dítěte na svět, poté velmi rychle a téměř úplně odezní. I přes to, pokud probíhá předporodní příprava rodiček stejně, liší se jejich intenzita vnímání bolesti. Závisí především na individuálním prahu bolesti ženy, dále na faktorech souvisejících s vlastním porodem, jako je charakter porodních cest, hmotnost a uložení plodu, somatotyp ženy nebo také na prostředí, kultuře ženy a jejím psychickém stavu (Leifer, 2004; Pařízek, 2012a).

Porodní bolest se považuje za nejintenzivnější bolestivý vjem, který může ženu během života potkat. Pařízek ve své knize uvádí, že porodní bolest u nepřipravených primipar má Pain rating index (dle Melzacka) 35 – 37, u multipar 30 – 33, nehledě na to, zda se na bolest připravovali či ne. Pro představu má amputace prsu hodnotu 40, bolest zubů hodnotu 20 a artritida hodnotu 18. Porodní bolesti bývají intenzivnější při indukovaných porodech, dále také u předčasných porodů, a to i přes to, že váha nedonošeného plodu bývá mnohonásobně nižší než u plodu donošeného (Pařízek, 2012a).

Za zdroje bolesti při probíhajícím porodu se považuje dilatace a zkracování děložního hrdla, snížená prokrvenost dělohy během kontrakcí, tlak plodu na pánevní dno a v neposlední řadě napínání vagíny a perinea. Během první doby porodní pociťuje

rodička viscerální a tupou bolest, která vzniká v hrdle a těle děložním a postupně zesiluje. S postupným sestupováním hlavičky plodu do pánve dochází ke konci první doby porodní k tlaku na lumbosakrální plexus, který vyvolává bolest především v bederní oblasti. U prvorodiček trvá porodní bolest během první doby porodní kolem osmi hodin a u vícerodiček pět až šest hodin. Ve druhé době porodní trvá u prvorodiček bolest asi 30 minut a u vícerodiček 10 – 15 minut (Leifer, 2004).

1.3 Nefarmakologické metody tlumení bolesti v průběhu porodu

K tišení bolesti během porodu se dají využít nefarmakologické metody. Tyto metody napomáhají rodičkám lépe snášet bolest, aniž by byly použity léky. Nefarmakologické metody nepředstavují pro plod ani pro matku žádné riziko, což je velká výhoda. Pro dosažení lepšího účinku je možné si některé z metod nacvičit ještě před zahájením porodu. Využití nefarmakologických metod by mělo být na prvním místě, před metodami farmakologickými (UNIPA, 2010).

Mezi nefarmakologické metody řadíme již předporodní přípravu ženy, která je velmi důležitá. Cílem této přípravy je, aby se žena seznámila s průběhem porodu a tím se i snížil její dosavadní strach z porodu a fyzicky se připravila na porodní zátěž. Snahou je, aby se žena dokázala částečně odpoutat od bolesti a soustředila se na jiné podněty, jako především na správné dýchání či svalovou relaxaci.

Dále se do nefarmakologických metod řadí úlevové polohy a volný pohyb rodičky. Rodičky během porodu zaujímají úlevové polohy instinktivně. Tyto polohy jim přinášejí úlevu od bolesti a každá žena si najde svou polohu, která jí vyhovuje. Ženy se s těmito polohami mohou seznámit již v průběhu těhotenství. Tyto polohy nejen ulevují ženám od bolesti, ale také napomáhají k lepšímu průběhu porodu. Existuje mnoho úlevových poloh, které se dají obecně rozdělit na polohy vleže, v sedu, v kleku, v dřepu a ve stoje. Polohy vleže slouží ženám především jako odpočinkové polohy. K polohám v sedu může žena využívat např. míč, porodní stoličku nebo porodní vak. Tyto polohy zmírňují bolesti v zádech a jsou vhodné pro masáže. Pohupováním na míči si žena často porod

zpříjemní a především urychlí. Polohy v dřepu a ve stoje využívají zemské gravitace, rozšiřují pánevní vchod a tím přirozeně napomáhají sestupu plodu porodními cestami (Čech, 2006; UNIPA, 2010).

Dále se mezi nefarmakologické metody řadí akupunktura. Tato metoda má základy v tradiční čínské medicíně a vyvíjela se tisíciletí. Někteří odborníci zastávají názor, že akupunktura u žen bílé rasy má pouze 5% účinek na zmírnění porodních bolestí. Akupunktura, v překladu z latiny, znamená jehla a nabodnutí. Tato metoda pracuje s bioenergiemi nebo vitální silou a zaměřuje se na celkový stav organismu, na rozdíl od západní medicíny, která zaměřuje svou pozornost na symptomy. Cílem je, aby se vyrovnaly energetické poměry na akupunkturálních drahách a nastala tak harmonie v celém organismu. Využívá se buď akupunktury celotělové, nebo ušní. V průběhu těhotenství je akupunktura většinou nedoporučována z důvodu rizika vyvolání potratu, avšak během porodu může být akupunktura velmi užitečná. Může urychlit průběh porodu, zmírnit porodní bolesti a snížit prožívání bolesti např. během provádění epiziotomie či při ošetřování poporodních poranění. Akupunktura může též sloužit k vyvolání porodu, přičemž dítě má až 5 dní na to, aby se narodilo. Na rozdíl od západní medicíny má tedy dítě možnost samo si v průběhu nastávajících pěti dnů zvolit čas příchodu na svět. Tato metoda není v České republice příliš rozšířená a je to spíše teoretická alternativa západní medicíny (Akupunktura, 2015; Bílek, 2014; Pařízek, 2012a).

Hydroanalgezie je metoda, která je rozšířená i v České republice a využívá příznivých účinků vody ke zmírnění porodních bolestí. Čas trávený ve vodní lázni má snižovat bolestivý průběh porodu, omezit užití léků a ostatních zásahů do porodu. Teplá voda uvolňuje svalstvo a posiluje děložní kontrakce, čímž dochází k urychlení první doby porodní. Koupele mají i velmi pozitivní vliv na psychiku ženy. V České republice jsou využívány především relaxační sprchy a koupele během první doby porodní. Během času tráveného ve sprše si žena sprchuje především břicho a křížovou oblast. Pokud žena tráví první dobu porodní ve vaně, je především důležitá teplota vody, která by měla mít 37 – 37,2 °C. Teplejší voda by mohla u ženy vyvolat nevolnost a zhoršené dýchání. Také se můžeme setkat s porodnicemi, ve kterých tráví ženy nejen první dobu

porodní ve vaně, ale mohou zde své dítě přivést i na svět (Čermáková, 2008; Pařízek, 2012a).

V roce 1965 zveřejnil Melzack využití elektrické nervové stimulace ke zmírnění bolesti. V porodnictví byla transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS) poprvé použita ve Švédsku. Tato metoda v porodnictví využívá čtyři elektrody, které se nalepí ženě na záda v bederní oblasti. K úlevě od bolesti v první době porodní slouží dvě elektrody v oblasti Th₁₀ až L₁, v oblasti S₂ až S₄ jsou umístěny další dvě elektrody, které snižují bolest během druhé doby porodní. Žena si pomocí ovladače sama volí intenzitu proudu v souladu s děložními kontrakcemi (viz Příloha 1). Principem TENS je zablokování přenosu bolestivého podnětu do mozku. Podle literatury, za použití této metody, cítí úlevu 40 - 80 % rodiček (Matloch, 2013; Pařízek, 2012a).

Aromaterapie využívá rostlinných silic, které patří mezi aromatické látky. Tyto látky u nás vyvolávají vjem vůně a chuti. Silice se využívají buď k inhalaci, nebo k masáží, ke kterým se používají oleje s přidanými aromatickými esencemi. Aromatické esence sice nemají přímý analgetický efekt, nicméně mají velmi pozitivní účinek na psychiku ženy, čímž se dá docílit zvýšení tolerance porodní bolesti (Pařízek, 2014; Votruba, 2015).

Hypnóza může též přispět ke snížení porodní bolesti. Je však nutné, aby se žena před porodem zúčastnila několikátýdenního kurzu. Potom musí také nastat příznivá situace, kdy se může hypnotizér zúčastnit porodu. Účinnost hypnózy je u 25 % rodiček, přičemž záleží na individuální sugestibilitě ženy (Čech, 2006; Pařízek, 2014).

Původní metoda audioanalgezie spočívala v poslechu tzv. bílého šumu. Tento šum připomíná zvuk zurčící vody. V současnosti lze tuto metodu modifikovat. Ženám se často pouští jejich oblíbená hudba nebo jakákoli jiná relaxační hudba. Rodičky si hudbu samy ovládají dle jejich potřeb. Tato metoda je pro plod i pro matku zcela neškodná, nicméně její analgetické účinky nejsou příliš vysoké, proto je často doporučována jako doplněk systémové analgezie (viz Příloha 2) (Pařízek, 2012a).

Existují i další nefarmakologické metody, které se dají využít během porodu ke zmírnění bolesti. Patří sem tedy také přítomnost otce či blízké osoby u porodu, správné dýchání, masáže či reflexní terapie (Čermáková, 2008; Pařízek, 2012a).

1.4 Farmakologické metody tlumení bolesti v průběhu porodu

Mimo nefarmakologické metody tišení bolesti existují samozřejmě také metody farmakologické. Farmakologické metody jsou takové metody, během kterých je rodičce podán lék na tišení bolesti během porodu. Tyto metody se dělí na analgezii systémovou a analgezii regionální. Do systémové neboli celkové analgezie patří analgezie intravenózní a inhalační. Regionální neboli místní analgezie zahrnuje analgezii infiltrační, pudendální, paracervikální, subarachnoidální, epidurální a kombinovanou.

Porodní analgezie nejen přispívá ke komfortu rodičky a lepšímu snášení bolesti, ale také snižuje rizika porodu. Je známo, že pokud má žena během porodu zmírněné bolesti, mnohem méně dochází k poruchám děložní činnosti a tím k protražovanému porodu, který by mohl negativně ovlivnit stav nejen plodu, ale i rodičky. I přesto, pokud je porod veden za pomoci farmakologických metod, je nutné, aby lékaři a porodní asistentky nezapomínali na psychickou podporu ženy. Psychická podpora je velmi důležitá, jelikož pokud je psychologické klima optimální, není potřeba podávat takové dávky farmak. V dnešní době je u většiny porodů, v zemích, ve kterých je zdravotnický systém rozvinut, využíváno různých farmak. Pokud bychom uvažovali o aktivním vedení třetí doby porodní, což je opatření proti děložní atonii, týkalo by se to téměř všech porodů. Farmaka, i přesto, že se v průběhu porodu podávají rodičkám v nízkých dávkách, mohou mít negativní vliv na plod či novorozence. Léky mohou v různé míře prostupovat placentou a později se mohou i kumulovat v těle plodu a dosáhnout vysokých koncentrací. Mezi nejzávažnější nežádoucí účinky patří poruchy dýchání a neurofyziologické adaptace. Je nutné si uvědomit, že plod a novorozenec mají oproti dospělému jedinci zvýšenou citlivost k lékům. Je to především proto, že permeabilita fetální či novorozenecké hematoencefalické bariéry je vyšší. Dalším důvodem je, že enzymové systémy u novorozenců ještě nejsou plně vytvořeny a proto metabolismus a vylučování farmak trvá delší dobu než u dospělého jedince. Základní zásady porodnické analgezie říkají, že užívaná metoda nesmí ovlivnit zdraví matky ani dítěte a musí být dostatečně analgeticky účinná (Čech, 2006; Gupta, 2011; Pařízek, 2012a).

1.4.1 Systémová analgezie

K tlumení bolestí bylo vyzkoušeno v minulosti mnoho analgetik, nicméně všechna systémová analgetika mají svá pozitiva i negativa. Nejvíce se využívá skupina opioidů, a to především pethidin, nalbuphine a tramadol. Hlavní výhody opioidní systémové analgezie jsou v nízké ceně a snadném podání. Mezi negativa patří časté vedlejší účinky na rodičku i na plod. Vedlejší účinky u rodiček jsou především hypoventilace mimo kontrakce, nevolnost a změny v chování. U plodu jsou vedlejší účinky především poporodní respirační deprese a změny v chování dítěte po porodu. Z inhalačních analgetik se v dnešní době využívá entonox. Výhodou inhalace entonoxu je, že se dobře řídí a u novorozence dochází k jeho rychlé eliminaci (Pařízek, 2012a; Pařízek, 2014).

Pethidin (Dolsin)

Toto analgetikum má podobný účinek jako morfin a řadí se mezi silné opioidy. Do nedávna patřil k nejčastěji využívanému opioidnímu analgetiku, avšak kvůli negativnímu vlivu na novorozence od něj dnes bývá upouštěno. Po požití tohoto analgetika se začínou v těle matky tvořit metabolity, které ještě dva či tři dny po porodu přestupují do mateřského mléka. U kojených dětí (matek, jimž byl během porodu podán pethidin) je pak zaznamenán neklid a podrážděnost (Čech, 2006; Matloch, 2013; Pařízek, 2014; Slíva, Votava, 2011).

Nalbuphine (Nubain)

Nalbuphine je považován za vysoce účinné a přitom bezpečné systémové analgetikum. Patří mezi slabé opioidy. Je snadno dostupný, dobře korigovatelný a s vysokým analgetickým účinkem, přičemž nezpůsobuje nevolnost ani dechový útlum rodičky a to i pokud se jeho dávky zvyšují nebo dávají opakovaně. Díky vyšší vazebné kapacitě na proteiny má totiž menší možnost prostupovat přes placentu. Toto analgetikum je vhodné pro intenzivnější bolest a také v případě, kdy je kontraindikována epidurální analgezie či je ženou odmítána (Gabrhelík, 2013; Pařízek, 2014; Slíva, Votava, 2011; Vavřínková, 2010).

Tramadol (Tramal)

Toto analgetikum nemá žádný vliv na krevní oběh rodičky, ale má nepatrný vliv na útlum plodu či novorozence. V porodnictví se tento opioid příliš neosvědčil (Čech, 2006; Pařízek, 2012a).

Entonox

Tento medicínální plyn se dostal do České republiky v roce 2011. Jedná se o směs oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1. Entonox je skladován v modrých cylindrech, ze kterých je přes speciální dvouchlopňový ventil rodičkou rovnou inhalován (viz Příloha 3). Tento plyn představuje bezpečnou a neinvazivní formu porodnické analgezie. Analgetické účinky entonoxu se dostavují do tří minut a odeznění účinku nastává do pěti minut. Entonox neovlivňuje vědomí rodičky a využívá se v první a druhé době porodní. Pokud projdou porodní asistentky školením se zaměřením na podávání entonoxu, mohou ho podávat i samostatně bez přítomnosti lékaře. Rodička se po inhalaci cítí uvolněná a klidná a stále je schopna komunikovat a spolupracovat se zdravotnickým personálem. K nežádoucím účinkům můžou patřit krátkodobé bolesti hlavy a závratě, které však velmi rychle odezní. Zatím není zcela prokázán negativní vliv entonoxu na personál. Avšak za předpokladu správné manipulace s plynem a dostatečným větráním dané místnosti by neměl mít na personál žádný negativní vliv (Pařízek, 2012b; Matloch, 2013).

1.4.2 Infiltrační analgezie

Při této metodě se znecitliví pochva nebo hráz. Tato metoda analgezie je velmi běžná a provádí se před epiziotomií, při operačních porodech a také před ošetřením porodních poranění.

K infiltrační analgezi se většinou využívá 10 - 20 ml 0,5 - 1% trimekainu. Je možné také přidání adrenalinu, nicméně toho se v dnešní době příliš nevyužívá.

Infiltrace neboli obstřík začíná v zadním pólu komisury a poté se vějířovitě

infiltruje vrstva podkoží a částečně i svaly pánevního dna v místě předpokládané epiziotomie či porodního poranění (viz Příloha 4). Infiltrovaná oblast je znecitlivěná přibližně na 45 minut.

Velkým pozitivem této metody je technická i finanční nenáročnost. Tato metoda není vhodná pro ošetření velkých porodních poranění, jelikož nemá na taková poranění dostatečnou analgetickou účinnost. Za další nevýhodu je považováno, že lokální anestetikum je schopno velmi snadno přecházet do krevního řečiště matky a poté může mít negativní vliv na plod.

Dříve byla využívána také infiltrace Headových zón. Jednalo se o infiltraci kůže a podkoží v oblasti lumbosakrální, podbřišku a třísel. Dnes se v porodnictví neprovádí z toho důvodu, že k infiltraci bylo potřeba velké množství trimekainu, kolem 60 – 100 ml, což ohrožovalo matku i plod.

Infiltraci může provádět lékař i porodní asistentka (Pařízek, 2012a).

1.4.3 Pudendální analgezie

Při pudendální analgezií neboli také pudendální blokádě dochází k oboustrannému zablokování nervus pudendus (stydkého nervu). Analgezie působí v oblasti perinea a zevní třetiny pochvy. Je využívána na konci druhé doby porodní, kdy vyvolá částečnou relaxaci svaloviny perinea, což pomůže chránit hlavičku plodu. Dále je tato analgezie využívána při epiziotomii, při porodu koncem pánevním, klešťovém porodu nebo vakuumextrakci. Kontraindikací této metody, z důvodu rizika poranění plodu, je hlavička plodu vstoupá v pánevní úžině či východu.

Pudendální analgezií je možno provést dvěma přístupy: transvaginálním a transkutánním (transperineálním) (viz Příloha 5). K této metodě se využívá 20ml injekční stříkačka s lokálním anestetikem a speciální jehla, která je 12 – 15 cm dlouhá. Typ jehly se liší dle volby přístupu. Transvaginální přístup je jednodušší, jelikož směr jehly snižuje riziko poranění jak rekta matky, tak hlavičky plodu. Transkutánní přístup je možno využít, i pokud je hlavička tak nízko, že by transvaginální přístup již nebylo

možno provést.

Výhodou této analgezie je, že je to metoda technicky nenáročná, bezpečná a finančně výhodná. Naopak mezi nevýhody patří, že postihne pouze krátký časový úsek porodu a to pouze druhou dobu porodní a také že nemá vliv na bolest, která je způsobena kontrakcemi dělohy.

Pudendální analgezií může provádět pouze lékař (Binder, 2011; Čech, 2006; Pařízek, 2012a).

1.4.4 Paracervikální analgezie

Lokální anestetikum při paracervikální analgezií přerušuje vedení bolesti z těla a hrdla děložního. Paracervikální analgezií je ovlivněna první doba porodní, při které snižuje vnímání bolesti děložních kontrakcí. Na druhou dobu porodní nemá tato metoda žádný vliv. Tato metoda je využívána, pokud je tuhá, rigidní či spastická děložní branka a dále při bolesti během fyziologického porodu. Paracervikální analgezií není možno využít při předčasném porodu, hrozící hypoxii plodu, vícečetném těhotenství, indukovaném porodu a při nemožnosti kontinuálního kardiografického sledování.

Metoda je prováděna v gynekologické poloze. Pro tento typ analgezie byly vyvinuty speciální jehly s vodicím pouzdrem (viz Příloha 6). Ochranný mandrén je tam z toho důvodu, aby nedošlo k poranění pochvy a dělohy. Po dezinfekci vulvy a perinea se zavede vodicí pouzdro po ruce mezi ukazovákem a prostředníkem do levé poševní klenby u č. 4., později u č. 8 v oblasti uterovaginálních plexů. Poté je vodicím pouzdrem zavedena sama jehla. Průnik jehly do tkáně může být pro rodičku bolestivý, a proto musí být na tento fakt předem upozorněna. Poté následuje pomalá aplikace lokálního anestetika, nejčastěji 0,5 – 1% trimekainu. Je možné využít ještě další dva vpichy v místě č. 2 a 10 poševní klenby (viz Příloha 7).

Za výhody se považuje, že je to jednoduchá metoda, která není doprovázena poklesem systémového tlaku rodičky. Za nedostatek této metody je považována přechodná bradykardie u plodu, která může doprovázet 10 – 50 % případů. K dalším

nevýhodám patří riziko poranění hlavičky plodu, vagíny, cévy (a. uterina) či paracervikálního plexu a také že tato analgezie nemá vliv na druhou dobu porodní.

Paracervikální analgezie může být prováděna pouze lékařem. Jedná se o metodu, která se v dnešní době příliš nepoužívá (Pařízek, 2004; Pařízek, 2012a).

1.4.5 Epidurální analgezie

Epidurální analgezie se také nazývá analgezií peridurální či extradurální. Jedná se o aplikaci analgetika do epidurálního prostoru v oblasti páteře, což způsobí dočasné přerušení nervových vzruchů. Epidurální analgezie se nevyužívá pouze v porodnictví, jelikož aplikace analgetika se může provést v kterémkoli úseku páteře. Při porodu se využívá k aplikaci především lumbální oblast páteře, výjimečně může v úvahu přijít i dolní hrudní oblast (Pařízek, 2012a).

Mícha je chráněna třemi obaly, tvrdou plenou (dura mater), pavučnicí (arachnoidea) a měkkou plenou (pia mater). Právě míšní obaly rozdělují páteřní kanál na subarachnoidální, subdurální a epidurální prostor. Prostor subarachnoidální se nachází mezi měkkou plenou a arachnoideou a obsahuje mozkomíšní mok. Subdurální prostor je pouze prostor virtuální. Prostor epidurální se nachází mezi tvrdou plenou a páteřním kanálem (viz Příloha 8). Epidurální prostor se rozděluje na přední (ventrální) a zadní (dorzální). Význam pro epidurální analgezií má prostor dorzální, přičemž šířka tohoto prostoru je různá v jednotlivých oblastech páteře. V epidurálním prostoru se nachází arterie, široké tenkostěnné vény a lymfatické cévy (Čihák, 2004; Pařízek, 2012a).

S epidurální analgezií se dosahuje velmi účinné analgezie během porodu, i přesto však není porod zcela bezbolestný. Úmyslně se dnes nechává zbytek bolesti, především v oblasti perinea, kvůli lepší spolupráci rodičky. Žena cítí tlak nebo mírnou bolest právě v oblasti hráze a správně tlačí. Díky tomuto opatření se snížily klešťové porody u žen s epidurální analgezií na obvyklý počet, jako u porodů bez analgezie. Epidurální analgezií se doporučuje využít, pokud má žena kardiovaskulární, plicní či oční choroby,

epilepsii, preeklampsii, onemocnění jater, metabolické choroby, především diabetes mellitus nebo pokud hrozí vyčerpání rodičky, ať už fyzické či psychické. Dále se tato metoda využívá při předčasném porodu, vícečetném těhotenství, poloze plodu koncem pánevním, indukovaném porodu, když trvá porod příliš dlouho nebo pokud je očekáváno operační ukončení porodu. Povinně by měla být epidurální analgezie použita při ukončení těhotenství ve druhém a třetím trimestru a při porodu mrtvého plodu. Tento typ analgezie nelze použít při alergii na lokální anestetikum, pokud je infekce v místě vpichu, pokud má rodička narušenou krevní srážlivost, při hrozící hypoxii plodu, při předčasném odlučování placenty, při krvácení rodičky, při překotném porodu nebo pokud žena s tímto výkonem nesouhlasí (Čech, 2006; Evans, 2007; Pařízek, 2004).

Epidurální analgezie se provádí po podání veškerých informací rodičce, přičemž rodička s výkonem souhlasí a podepíše informovaný souhlas. Porodní branka by měla být 3 – 4 cm u prvorodičky a 2 – 3 cm u druhorodičky nebo vícerodičky. Vedoucí část plodu, ve většině případů hlavička, by měla být již vstoupá v pánevním vchodu. Před samotným zákrokem je ještě na místě provést přibližně 20min kardiografický záznam, aby bylo popř. možné včas odhalit nežádoucí účinky analgezie na plod či matku. Další nutností je změření krevního tlaku matky před podáním analgezie a jeho následné měření po aplikaci. Z důvodu rizika hypotenze se ještě provádí prehydratace, jako zajištění zvětšení intravaskulárního objemu a tím předejití hypotenze. Následkem hypotenze může být hypoperfuze placenty a tím ohrožení plodu. Prehydratace je nutná pouze pokud se podává samotné lokální anestetikum bez přispění adjuvans (Čech, 2006; Pařízek, 2012a).

Punkce epidurálního prostoru je nejčastěji prováděna při poloze ženy na levém boku, avšak je možno zvolit i polohu vsedě a to především u velmi obézních žen nebo pokud má žena výraznou skoliózu páteře. Ve zvolené poloze žena udělá „kočičí hřbet“, z důvodu rozvinutí bederních obratlů a tím zpřístupnění epidurálního prostoru, a lékař si v klidu a pečlivě vyhmatá místo vpichu. Poté lékař provede dezinfekci bederní oblasti a překryje záda sterilní rouškou. Anesteziolog musí dodržovat aseptické postupy. Důležitá pro správnou punkci je také pohodlná poloha lékaře. Nutná je bezpochyby komunikace anesteziologa s rodičkou, která nemá vizuální kontrolu nad tím, co se děje.

Doprovod rodičky může při punkci epidurálního prostoru být, avšak je vhodné, aby neviděl na prostor, kde anesteziolog pracuje, z důvodu častého kolapsu. Důležitou roli při punkci hraje také porodní asistentka, jejímž úkolem je rodičku psychicky podporovat a snažit se ji udržovat v klidové poloze a to zejména během děložních kontrakcí. Po dezinfekci a zarouškování dané oblasti znecitliví anesteziolog kůži a podkoží, částečně i vazivo. Poté provede punkci speciální Touhyho jehlou s mandrémem. Punkce se provádí v oblasti L₂₋₃, kde dosahuje epidurální prostor maximální šířky. Následně se mandrén vyndá a na jehlu nasadí stříkačka a metodou „ztráty odporu“ se provede detekce epidurálního prostoru. Detekci epidurálního prostoru je nutno provádět mezi kontrakcemi, jelikož za kontrakce se epidurální prostor zužuje. Po detekci epidurálního prostoru sejme lékař stříkačku z jehly a pozoruje, zda nevytéká z jehly krev či mozkomíšní mok. Pokud by z jehly vytékala krev či mozkomíšní mok, bylo by nutné celý proces opakovat. Pokud je detekce v pořádku, zavede se jehlou epidurální katétr do epidurálního prostoru přibližně 3 – 4 cm za hrot jehly (na katétru jsou značky, podle kterých se lékař orientuje) (viz Příloha 9). Poté se jehla vytáhne a epidurální katétr zůstává zavedený v epidurálním prostoru (viz Příloha 10). Před zafixováním katétru se podá testovací dávka, která anesteziologa ujistí, zda je v epidurálním prostoru. Pokud je katétr správně zaveden, zafixuje se a podá se úvodní dávka analgetik. Celý výkon trvá přibližně 5 – 10 minut a pro většinu rodiček je téměř bezbolestný (Čech, 2006; Pařízek, 2012a).

Výhodami tohoto typu analgezie je vysoká účinnost tlumení bolesti, která je udávána nad 90 %. Její účinek je libovolně dlouhý a může se využít během první, druhé i třetí doby porodní. Dalším pozitivem je, že neprodlužuje ani nezkracuje délku porodu. Epidurální analgezie dále příznivě ovlivňuje prokrvování dělohy a placenty a uvolňuje svaly pánevního dna, čímž zlepšuje průběh porodu. V případě nutnosti je možné epidurální analgezi rozšířit na epidurální anestezii a provést jakoukoli nutnou porodnickou operaci. Tato metoda rodičce umožňuje volný pohyb, např. používání míče, porodní stoličky, chůzi či sprchování. Naopak mezi největší nevýhody se řadí organizační náročnost vyžadující přítomnost anesteziologa či skupinu anesteziologů. Tato metoda je technicky poměrně náročná, a ze všech analgetických metod

používaných během porodu, metoda nejdražší (Čech, 2006; Wong, 2006).

Metodu provádí pouze zkušený anesteziolog na doporučení zkušeného porodníka (Čech, 2006).

1.4.6 Subarachnoidální analgezie a kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie

Synonymy k subarachnoidální analgezi je analgezie spinální, lumbální a intratekální. Během této metody se podává anestetikum do mozkomíšního moku v subarachnoidálním prostoru. U této metody je možno použít místo lokálního anestetika pouze opiát. Dojde k ovlivnění šíření bolesti nejen v nervových drahách, ale i přímo v míše. Veškeré indikace a kontraindikace jsou shodné jako u epidurální analgezie a byly uvedeny v předešlé kapitole (Čech, 2006; Pařízek, 2004).

Postup při provádění subarachnoidální analgezie je velmi podobný jako při zavádění epidurálního katétru. Žena opět většinou zaujme polohu na levém boku a udělá „kočičí hřbet“. Levý bok je volen především jako prevence aortokavální komprese. Subarachnoidální jehla, která je vždy s mandrémem z důvodu zabránění zanesení tkáně do mozkomíšního moku, se zavádí do subarachnoidálního prostoru. Proniknutí jehly skrz mozkomíšní obaly pozná anesteziolog dle lupnutí, poté čeká, až se objeví v hubici jehly mozkomíšní mok. Pro subarachnoidální punkci existuje více typů jehel, které se rozdělují podle tvaru hrotu. Je vhodné používat jehly, které mají průhlednou hubici a je v nich tedy vidět vytékající mozkomíšní mok (Pařízek, 2012a).

Výhodami subarachnoidální analgezie je její okamžitý nástup a minimální ovlivnění matky a plodu. Velkou nevýhodou je riziko infekce, jelikož jehla proniká skrz dura mater a arachnoideu, tím se narušuje důležitá ochranná bariéra mozkomíšního moku a centrálního nervového systému. Je tím také zvýšené riziko vzniku postpunkční cefaley, což je únik mozkomíšního moku do extradurálního prostoru. Tato metoda je organizačně i finančně náročná. Subarachnoidální analgezie je, stejně jako epidurální analgezie, prováděna zkušeným anesteziologem (Pařízek, 2004).

Existuje také kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie. Je možno, že anesteziolog nejprve provede subarachnoidální punkci a poté zavede epidurální katétr nebo využije speciální jehlu pro kombinovanou subarachnoidální a epidurální blokádu. Anesteziolog tak během jedné punkce provede oba kroky. Kombinovaná jehla se skládá z Touhyho epidurální jehly a z jehly subarachnoidální a v angličtině se označuje výrazem *needle-through-needle* (viz Příloha 11) (Pařízek, 2012a).

1.5 Porodní asistentka a porodní bolest

Bolest odjakživa k porodu patří a je to společná zkušenost pro všechny ženy, které rodily. Velmi důležitý je přístup k porodu nejen rodičky, ale samozřejmě také porodní asistentky, jejímž úkolem je vytvořit pohodovou a příjemnou atmosféru během porodu. Zážitky, které porod doprovází, napomáhají ženě k dozrání do role matky. Vždy je nutný individuální přístup ke každé rodičce a také individuální volba porodnické analgezie. S rodičkou musí porodní asistentka stále komunikovat, naslouchat jí, povzbuzovat a oceňovat. Cíl, kterého se porodní asistentka snaží dosáhnout je získání důvěry rodičky a její povinností je podávat nastávající matce dostatek informací a to vždy jasně a srozumitelně. Během celého porodního procesu porodní asistentka rodičku stále psychicky podporuje a snaží se její myšlenky zaměřovat na dítě. Porodní asistentka nikdy nesmí bolest rodičky zlehčovat, jelikož každá žena je jiná a s bolestí se vyrovnává individuálně. Péče o nastávající matku není snadná, porodní asistentka se stará o ženu od přijetí na porodní sál až po překlad na oddělení šestinedělí. Porodní asistentka také nesmí zapomínat na pravidla etiky. V dnešní době většina žen očekává účinné tlumení bolesti v průběhu porodu a porodnická analgezie je v dnešní době běžnou součástí spontánního porodu. K součásti předporodní přípravy patří podávání informací o možnostech porodnické analgezie. Pokud se zvolí správná analgetická metoda, ve správný čas, očekává se snížení komplikací během porodu (Koutná, 2014).

Role porodní asistentky je v péči o rodičky s porodními bolestmi zásadní. Jejimi hlavními úkoly je naslouchat, vyhodnocovat, informovat a edukovat. Pro tuto roli je

nutné, aby porodní asistentka měla velmi dobré znalosti v oboru fyziologie, farmakoterapie a psychologie. Od porodní asistentky se vyžaduje zájem o rodičku, čas a pochopení. I přesto, že porodní asistentky nemají pravomoci v rozhodování o podávání léků, mají nezastupitelnou roli v oblasti diagnostiky a hodnocení účinnosti léčebných metod. Porodní asistentka je většinou první v kontaktu s rodičkou a je na ní, aby získané informace předávala dalším členům zdravotnického personálu (Vaňásek, 2014).

Při získávání anamnézy bolesti od rodičky je nutné, aby porodní asistentka přizpůsobila rozhovor jejímu současnému stavu. Při porodních bolestech by měl rozhovor trvat jen několik vteřin. Porodní asistentka by se při získávání anamnézy bolesti měla soustředit především na lokalizaci bolesti, její intenzitu, časový průběh a také na zhoršující a úlevové faktory. Porodní asistentka musí dbát na informace o psychickém stavu klientky, dále na její pocity, zkušenosti a také samozřejmě na její očekávání (Koutná, 2014; Vaňásek, 2014).

1.5.1 Metody pro hodnocení bolesti

Možnost rozdělení na unidimenzionální (jednoduché) a multidimenzionální (vícerozměrné). Metody hodnocení bolesti je možné také rozdělit na verbální a neverbální. Všechny metody hodnocení bolesti mají jedno společné, zachycují subjektivní hodnocení bolesti. Pomocí těchto metod je posuzován dopad bolesti na rodičky.

Verbální škála bolesti

Rodičkám jsou nabídnuty jednotlivé kategorie pro zhodnocení bolesti. Klientka vybere tu kategorii, která nejvíce odpovídá aktuálnímu stavu: 1 - žádná bolest, 2 – mírná bolest, 3 – střední bolest, 4 – silná bolest, 5 – nesnesitelná bolest.

Vizuální analogová škála (VAS)

Nejčastěji používaná metoda hodnocení bolesti na porodním sále, která informuje o intenzitě bolesti. Rodička ukáže na úsečce nebo na trojúhelníku bolest, která odpovídá skutečnosti. Na začátku úsečky je vyznačena „žádná bolest“ a na konci „nesnesitelná bolest“ (viz Příloha 12). Úsečky se používají jak v horizontálním tak ve vertikálním směru.

Numerická škála (NRS)

Klientka vyznačí na úsečce od 0 do 10 číslo, které nejvíce odpovídá aktuální bolesti: 0 – žádná bolest, 10 – nesnesitelná bolest (viz Příloha 12).

Škála obličejů bolesti (Faces Pain Scale)

Většinou využívána u dětí a u klientů se zhoršenou schopností komunikace. Stav bez bolesti až stav utrpení znázorňují obličejové (viz Příloha 13) (Vaňásek, 2014).

1.5.2 Stupně intenzity bolesti

Mírná bolest

Hodnocena 1 – 4 na NRS, klientku ovlivňuje minimálně, k tišení bolesti není nutno používat opioidní analgetika. Je zde nutná edukace porodní asistentkou při zvýšení intenzity bolesti.

Středně silná bolest

Hodnocena 5 – 6 na NRS, výrazně rodičku ovlivňuje a k tišení bolesti je vhodné využít slabá opioidní analgetika, např. Nubain.

Silná bolest

Na NRS hodnocena 7 – 10. Vhodné použití silných opioidních analgetik, např. Dolsin (Slíva, Votava, 2011; Vaňásek, 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Ve výzkumném šetření této bakalářské práce „Názor rodiček na zvládání bolesti při porodu farmakologickými metodami“ byly stanoveny dva cíle.

Cíl 1: Zjistit předporodní informovanost žen o využití farmakologických metod během porodu.

Cíl 2: Zjistit názory žen na využití farmakologických metod při porodu.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovenými cíli byly formulovány dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jak jsou rodičky informovány o farmakologických metodách tlumení bolesti při porodu?

Výzkumná otázka 2: Jaké názory mají ženy na využití farmakologických metod při porodu?

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření byla použita kvalitativní metoda získávání dat formou hloubkových polostrukturovaných rozhovorů (Švaříček, 2007). Rozhovory probíhaly v květnu 2015 v domácnostech jednotlivých žen. Účast žen na tomto výzkumném šetření byla dobrovolná a všechny ženy s rozhovory souhlasily. Dotazované byly ubezpečeny o zachování anonymity a o využití informací výhradně pro tuto bakalářskou práci. Ženy byly označeny jako R1 (respondentka 1) až R8.

Předem bylo vytvořeno devět základních otázek a dále byly ženám v rozhovoru pokládány otázky doplňující. V první části rozhovoru byly pokládány otázky ke zjištění identifikačních údajů. Otázky v další části rozhovoru se týkaly informovanosti o farmakologických metodách tišení bolesti a názorů na tyto metody. V kapitole Výsledky výzkumného šetření jsou v textu použity přímé citace respondentek, které jsou označeny kurzívou.

Každý rozhovor probíhal 30 – 40 minut. Po domluvě byly všechny rozhovory nahrány na diktafon, poté přepsány do písemné podoby a vytištěny. Dále byla provedena obsahová analýza pomocí metody papír a tužka. Získaná data byla následně kategorizována (Švaříček, 2007). Byly vytvořeny dvě hlavní kategorie – Informovanost žen a Porod a bolest. První kategorie dále obsahuje šest podkategorií (Informace z předchozího porodu, Zdroje informací před porodem, Zdroje informací na porodním sále, Nabídnuté metody, Komplexní informovanost a Návrhy na zlepšení v informovanosti o farmakologických metodách) a kategorie druhá obsahuje podkategorií sedm (Průběh porodu, Pocity žen, Představy o tišení bolesti, Preference farmakologické metody, Využitá farmakologická metoda, Splnění očekávání a Názor na farmakologické metody). Pro přehlednost byla ze získaných dat vytvořena tabulka s identifikačními údaji respondentek a schémata u jednotlivých podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo osm žen v období pět měsíců po porodu, které rodily v pražských nemocnicích. Všechny ženy souhlasily s rozhovorem a s následujícím využitím získaných informací v praktické části této bakalářské práce. Rozhovory probíhaly během května 2015 a všechny se odehrávaly v domácnostech jednotlivých žen. Věk žen se pohyboval v rozmezí od 24 let do 39 let. Vzdelání, zaměstnání i rodinný stav se u každé z žen lišily. Tři z respondentek byly prvorodičky, tři ženy rodily podruhé a dvě z dotazovaných rodily potřetí.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje respondentek

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk	Vzdělání	Zaměstnání	Rodinný stav	Gravidita	Parita
R1	29	VŠ	auditorka	vdaná	1	1
R2	32	SŠ	obchodní asistentka	vdaná	3	2
R3	26	VOŠ	zdravotní sestra	svobodná	1	1
R4	24	SŠ	studentka	vdaná	2	2
R5	36	VŠ	OSVČ	rozvedená	2	2
R6	39	SŠ	zubní laborantka	vdaná	4	3
R7	34	SŠ	asistentka	svobodná	1	1
R8	34	VŠ	učitelka	vdaná	3	3

Zdroj: *Vlastní šetření*

Věk respondentek se pohybuje v rozmezí od 24 do 39 let. Pět respondentek (R1, R2, R4, R6, R8) je vdaných, dvě respondentky (R3, R7) jsou svobodné a jedna respondentka (R5) je rozvedená.

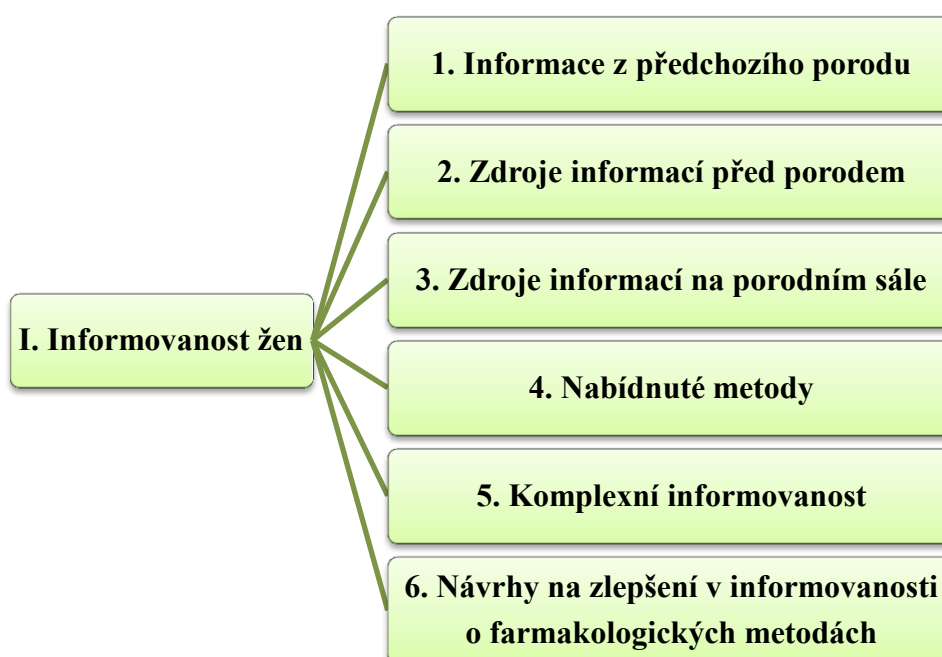
Středoškolského vzdělání dosáhly čtyři respondentky (R2, R4, R6, R7), jedna respondentka (R3) vystudovala vyšší odbornou školu a tři (R1, R5, R8) mají vysokoškolské vzdělání. Zaměstnání má každá respondentka jiné.

Tři z dotazovaných (R1, R3, R7) byly prvorodičky a také byly poprvé těhotné, dvě respondentky (R4, R5) byly těhotné podruhé a podruhé také rodily, jedna z respondentek (R2) byla potřetí těhotná a podruhé rodila, další respondentka (R8) byla těhotná již potřetí a potřetí taktéž rodila a poslední respondentka (R6) byla počtvrté těhotná a rodila potřetí, z toho byl jeden porod mrtvého plodu.

4.2 Kategorizace dat v oblasti informovanosti žen o farmakologických metodách tlumení bolesti při porodu

Na základě získaných informací byla vytvořena kategorie Informovanost žen, která byla dále rozdělena na šest podkategorií (viz Schéma 1).

Schéma 1 Informovanost žen



Zdroj: Vlastní šetření

Podkategorie Informace z předchozího porodu

Schéma 2 Informace z předchozího porodu

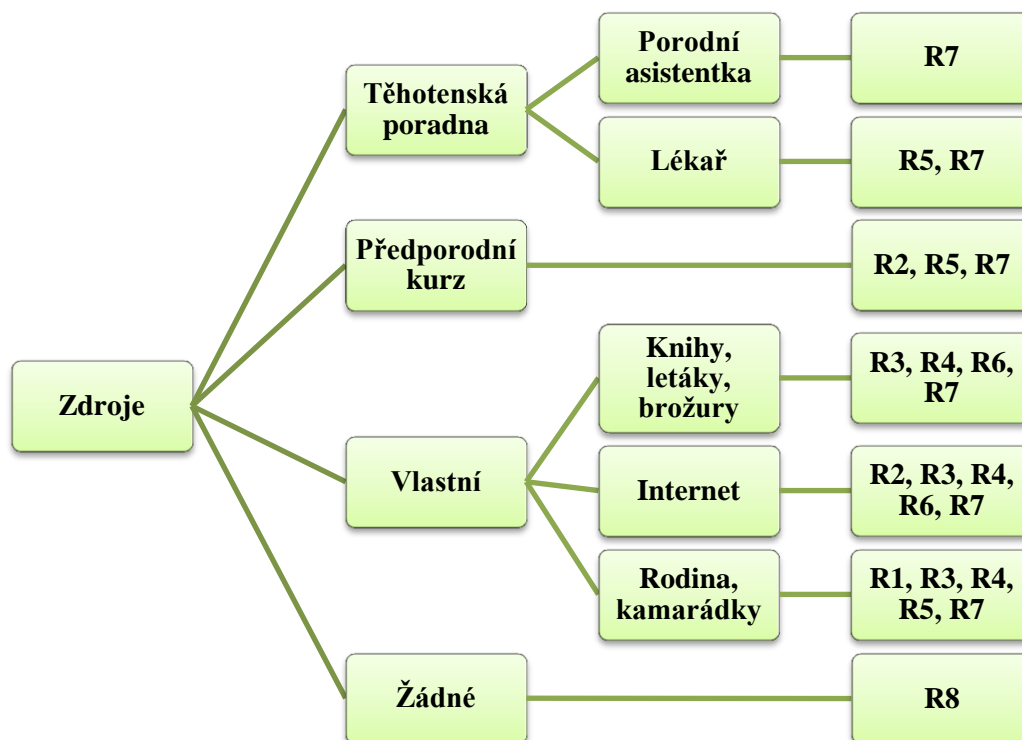


Zdroj: Vlastní šetření

Tři respondentky (R1, R3, R7) byly prvorodičky, tedy neměly žádné informace z předchozího porodu. Dvě z respondentek (R2, R4) neměly žádné informace o tišení bolesti farmakologickými metodami z předchozího porodu, jelikož jejich porody byly příliš rychlé. R4: „Můj první porod byl tak rychlý, že jsme nestihly se sestřičkami přípravu, natož aby mi řekly nějaké informace o možnostech řešení bolesti.“ Poslední tři dotazované (R5, R6, R8) již měly informace z předchozích porodů a mohly je využít. R5: „Věděla jsem, že nechci epidurál, bála jsem se větší pravděpodobnosti císaře, nicméně kdyby byl nezbytně nutný, volila bych epidurál.“ R6: „U prvního porodu, který byl uměle vyvolaný v 17. týdnu, z důvodu mrtvého plodu, jsem měla epidurál. Vzhledem k téhle zkušenosti jsem při svých dalších porodech žádné tišení bolesti léky nechtěla.“

Podkategorie Zdroje informací před porodem

Schéma 3 Zdroje informací před posledním porodem



Zdroj: Vlastní šetření

Toto schéma popisuje využití různých druhů zdrojů k získání informací o farmakologických metodách tišení bolesti před posledním porodem. Pouze jediná respondentka (R8) nevyužila žádné dostupné zdroje pro získání informací z důvodu pro ni dostatečných informací z předchozích dvou porodů. R8: „Už jsem nic nezjišťovala. Měla jsem za to, že nic nového se nedozvím.“ Jedna z dotazovaných (R1) využila informace pouze od své sestry, jinde informace nezískala, ani je sama nevyhledávala. Tři z žen (R2, R5, R7) dostaly informace na předporodních kurzech. R2: „Byly jsme informovány převážně o nefarmakologických metodách tišení bolesti (masáže, hydroterapie, úlevové polohy), z farmakologických metod nás informovala PA o možnosti epidurálu a vdechování Entonoxu.“ Pouze jediná z dotazovaných (R7)

využila všechny cesty k získání informací. Informace získala od porodní asistentky i lékaře v těhotenské poradně, na předporodním kurzu i si je sama aktivně vyhledávala. R7: „*Strašně jsem se bála. Ptala jsem se všech, všude a na všechno. Informace jsem získávala i z knížek a letáků, vyptávala jsem se kamarádek a zjišťovala názory maminek v diskuzích na internetu. Už před porodem jsem věděla, že chci epidurál.*“ Respondentky nejvíce využívaly k získávání informací o řešení bolesti při porodu internet, rodinu a kamarádky. Internet využívalo pět žen (R2, R3, R4, R6, R7) a informace od rodiny a přátel získávalo také pět z dotazovaných žen (R1, R3, R4, R5, R7). R3: „*Hledala jsem názory maminek v různých diskuzích na internetu a od kamarádek dostávala spoustu informací. Ptala jsem se jich, jakou mají zkušenost s nemocnicí, s bolestí a tak vůbec. A pak také z knih pro maminky.*“

Podkategorie Zdroje informací na porodním sále

Schéma 4 Zdroje informací na porodním sále



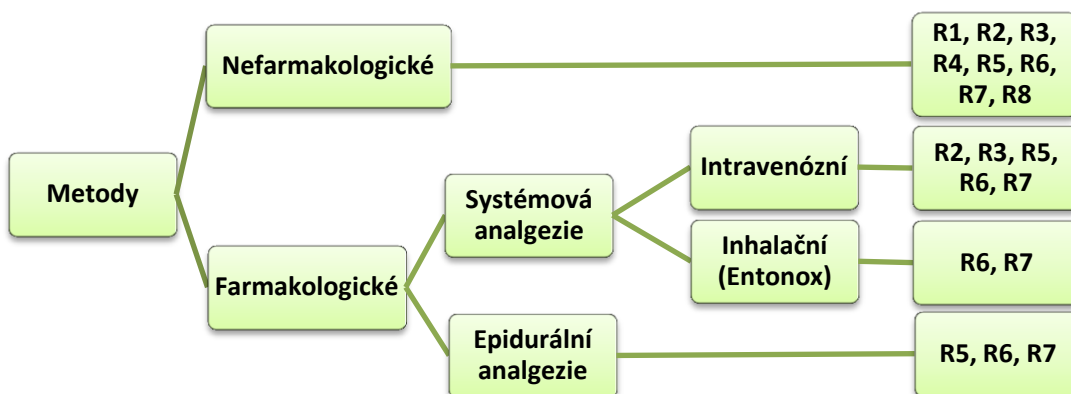
Zdroj: Vlastní šetření

Na porodním sále byly podány stručné informace porodní asistentkou jedné ženě (R5). Informace byly podány až po vznesení dotazu. R5: „*Sama mi nic neřekla.*“

Na dotaz, co mi to chce podat za lék...že něco na bolest a uvolnění porodních cest.“ Sama od sebe informovala o možnostech tišení bolesti farmakologickými metodami porodní asistentka taktéž jednu ženu (R6). R6: *„Nevzpomínám si přesně, ale vím, že říkala něco o injekci a epidurálu. Jo a taky o nějakém plynu.“* Na požádání informoval lékař na porodním sále jednu z dotazovaných (R7). R7: *„V podstatě skoro hned po příjezdu na porodní sál jsem se lékaře ptala, zda budu moct mít epidurál. Seznámil mě, jaké jsou i jiné možnosti, že můžu dostat Nubain nebo využít Entonox. Ale já věděla, že chci epidurál. Lékař mi řekl, že pokud budu mít příznivý nález, nevidí důvod, proč ne.“* Třem z dotazovaných (R2, R3, R5) byly poskytnuty informace od lékaře bez požádání. R3: *„Lékař mi sám od sebe a opakovaně nabídl injekci na bolest a uvolnění porodních cest, jiné možnosti mi nenabízel. Já sama jsem léky na bolest nechtěla. Porodní asistentky se o farmakologických metodách nezmiňovaly. Doporučovaly mi pouze alternativní metody jako pohyb, teplá sprcha, úlevové polohy, vhodné dýchání, možnost využití hudby atd. Tyhle informace se mi zdály dostatečné, takže jsem neměla potřebu víc zjišťovat.“* Třem ženám (R1, R4, R8) nebyly podány na porodním sále žádné informace o farmakologických metodách tišení bolesti. Tyto ženy se zároveň aktivně o informace nezajímaly. R1: *„O žádných metodách mě neinformovali a ani jsem informace nepožadovala.“* R4: *„O těchto metodách jsem nebyla informovaná vůbec. Jak jsem se již zmínila, můj porod byl více než rychlý.“*

Podkategorie Nabídnuté metody

Schéma 5 Nabídnuté metody

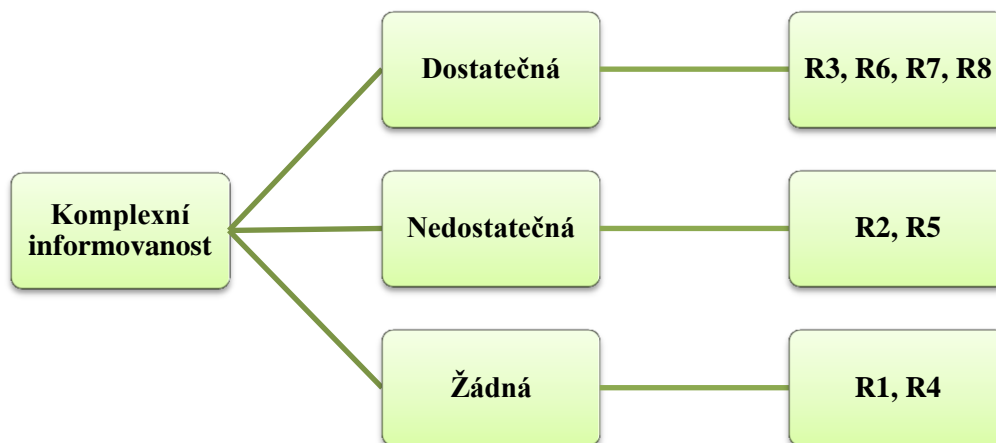


Zdroj: Vlastní šetření

Toto schéma ukazuje, jaké metody byly ženám na porodním sále nabídnuty. Mnohem více byly rodičkám nabízeny metody nefarmakologické. Nefarmakologické metody byly nabídnuty všem osmi ženám, kdežto metody farmakologické pouze pěti ženám (R2, R3, R5, R6, R7). Pět žen (R2, R3, R5, R6, R7) dostalo možnost volby intravenózní systémové analgezie. Tři z žen uvedly (R3, R6, R7), že se jednalo o Nubain, dvě ženy (R2, R5) nevěděly, o jaké farmakum se jednalo. R2: „Využila jsem nabídnutou vanu, v podstatě jsem z ní nevylezla. I vyšetření probíhala ve vaně. Pak jsem dostala možnost injekce na otevírání. Chtělo se mi po ní spát a bolest taky trochu povolila.“ R3: „Z alternativních metod, které mi nabízela porodní asistentka, jsem využila různé dýchání, teplou sprchu a úlevové polohy. Z léků mi lékař nabídl pouze injekci.“ Dvěma ženám (R6, R7) byl nabídnut Entonox a třem ženám (R5, R6, R7) epidurální analgezie.

Podkategorie Komplexní informovanost

Schéma 6 Komplexní informovanost



Zdroj: Vlastní šetření

Schéma znázorňuje, zda se dotazované cítily komplexně dostatečně informované o farmakologických metodách tišení bolesti. Čtyři z žen (R3, R6, R7, R8) se cítily dostatečně informovány, dvě z dotazovaných (R2, R5) nedostatečně a dvě ženy (R1, R4) se necítily informovány vůbec. R3 uvedla: „*Nepocítovala jsem nějaký nedostatek informací v této oblasti, i když o tom personál moc nemluvil. Sama jsem si také něco načetla.*“ R1: „*Nikdo mě neinformoval, ale já jsem se informací ani nedožadovala.*“ R4: „*Budu se stále opakovat, nebyla jsem informovaná vůbec, ale nebylo to chybou sestřiček, nýbrž rychlostí porodu. Někaké informace jsem si sama vyhledávala, ale nemůžu říct, že bych jim rozuměla.*“ R8: „*Nedostávala jsem žádné informace od sestřiček ani doktorů, asi proto, že jsem čekala už třetí miminko, nijak mi to ale nevadilo, byla jsem dostatečně informovaná už z předchozích dvou porodů.*“

Podkategorie Návrhy na zlepšení v informovanosti o farmakologických metodách

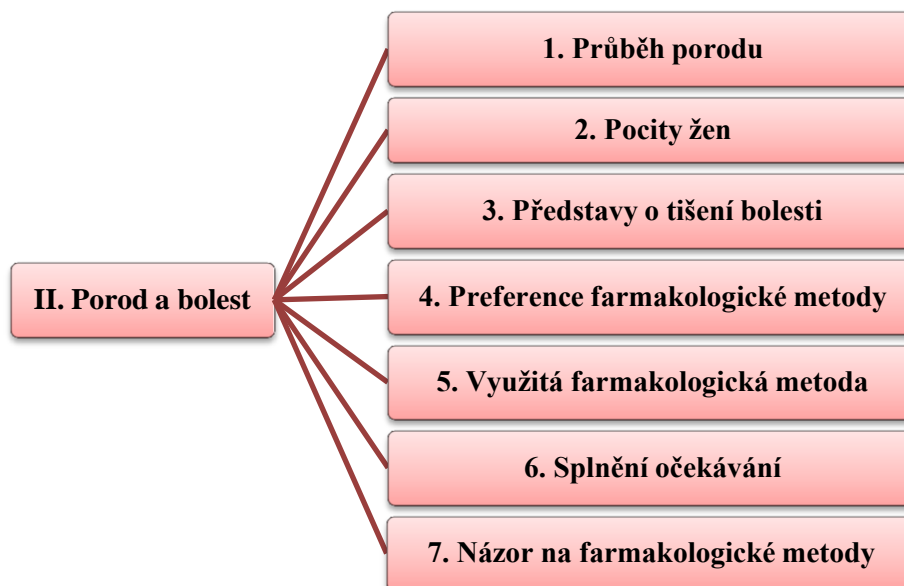
Čtyři z žen (R1, R4, R5, R6) by uvítaly více informací již v těhotenské poradně, především formou letáků a brožur. R6 uvedla: „*Obecně nejsem zastánce farmakologických metod, ale když už informovat, tak bych v ambulanci uvítala formu*

nějakých letáků, protože ústně je tam tolik informací, že je lepší si to v klidu doma pročíst.“ R4 řekla: *„Ráda bych, kdyby se o tom zmiňovalo již v těhotenské poradně. Já měla štěstí, že jsem to nepotřebovala, ale každý ho nemá a pokud není informován, stejně jako já, tak to není dobře. Moje informace týkající se tohoto tématu jsou velice mizivé.*“ Jedna z dotazovaných (R2) informace v těhotenské poradně nepovažuje za podstatné. R2 řekla: *„V ambulanci to nepovažuji za podstatné, spíš by mi to přišlo jako strašení dopředu.*“ Jedna z rodiček (R6) si myslí, že na porodním sále, již není možno reálně uvažovat. Uvedla: *„Na porodním sále už není čas něco řešit nebo jste prostě mimo a nemáte možnost reálně uvažovat.*“ Dvě respondentky (R2, R3) by uvítaly více informací na porodním sále a to především o vlivu farmak na plod. R2: *„Na porodním sále bych již na počátku porodu uvítala, kdyby mi bylo řečeno, jaké stupně tišení bolesti mají a jestli je u nich nějaká možnost přechodu k miminku.*“ R3 uvedla: *„Na porodním sále bych preferovala rozhovor ženy s lékařem. Zdá se mi hlavně důležité, aby žena dopředu věděla, jak to může ovlivnit i dítě, což já jsem vůbec nevěděla.*“ Dvě z žen (R7, R8) by nic nezlepšovaly.

4.3 Kategorizace dat v oblasti porodu a bolesti

Z informací získaných z rozhovorů byla vytvořena kategorie Porod a bolest, která byla následně rozdělena na sedm podkategorií (viz Schéma 7).

Schéma 7 Porod a bolest



Zdroj: Vlastní šetření

Podkategorie Průběh porodu

Každá respondentka měla průběh porodu odlišný. V následujících odstavcích je přesně uvedena výpověď jednotlivých respondentek o průběhu jejich porodu.

Respondentka R1 rodila poprvé a takto hovořila o svém průběhu porodu: „*Lékaři mi začali porod vyvolávat v jednu hodinu odpoledne a holčička se narodila v půl páté ráno následujícího dne. Doktorů mě přesunuli z oddělení rizikového těhotenství na porodní sál přibližně v 6 hodin večer, na porodním sále mi udělali dirupci, přibližně v osm hodin. Měla jsem bolestivé kontrakce. Bolelo mě hlavně v kříži. K tišení bolesti jsem využívala především horkou sprchu a míč, pak taky různé úlevové polohy, hudbu a dýchání.*“

Respondentka R2 popisovala průběh svého druhého porodu: „*Porod mi vyvolávali z důvodu těhotenské cukrovky. Při příjmu na oddělení mi doktor udělal Hamiltonův hmat a po něm se porod začal rozbíhat. Při vizitě jsem se lékaři zmínila, že mám nepravidelné bolesti. Poslal mě na monitor, potom vyšetřil a s nálezem 5 cm jsem se přesunula na sál, kde mi byla provedena příprava a dirupce. Porod trval asi 6 hodin od provedení Hamiltonova hmatu. K tišení bolesti jsem využívala spíše nefarmakologické metody, především vanu a z farmakologických metod jsem využila injekci na otevírání, o které jsem se až později dozvěděla, že byla na bolest.*“

Respondentka R3 vyprávěla o svém prvním porodu takto: „*Kontrakce začaly v noci, nějak v půl jedné, a hned od začátku jsem je pociťovala dost bolestivě a už jsem nemohla spát ani odpočívat. Pomáhala mi horká sprcha. Do porodnice jsem jela až ráno, přibližně v půl šesté a vaginální nález jsem měla branku 3 cm. Hned po příjmu jsem dostala přípravu. Kontrakce pořád zesilovaly, dělalo mi velké problémy ležet. Ve sprše to bylo trochu lepší, ale pak mi při 6 cm udělali dirupci a musela jsem ležet. To jsem nemohla vydržet. Lékař mi nabídl injekci na bolest, že se mi uleví a i porod půjde rychleji. Otvírala jsem se po ní dobře, ale vadilo mi, že jsem potom byla taková oblbnutá, kontrakce byly stejně stále intenzivní. Celkově porod trval tak 8 nebo 9 hodin.*“

Respondentka R4 popisovala svůj druhý porod takto: „*U této otázky se musím zasmát. Jak to popsát? No, bylo to ELA HOP a byl klouček venku. Když mě sestřička přijímala, tak říkala, že můžu být ráda, že mi nepraskla plodová voda, jelikož kdyby se tak stalo, tak nedojedeme do porodnice, kterou jsme měli cca deset minut cesty, a rodím někde po cestě v autě. Jela jsem do porodnice, jak je mým zvykem i u jiných věcí, až na poslední chvíli. I s tím, co jsem prodýchávala doma, byl můj druhý porod asi dvouhodinový, z toho jsem byla pouze 30 minut v porodnici, jinak jsem to zvládala doma za pomoci úlevových poloh a sprchy. V nemocnici mi žádné farmakologické metody nenabízeli, jelikož nebyl čas.*“

Respondentka R5 hovořila o svém druhém porodu: „*Kolem páté hodiny jsem ještě byla v bazénu se svou starší dcerou, kolem desáté hodiny večer začaly kontrakce. Měla jsem ale pocit, že jsem něco špatného snědla, že mě zlobí střeva, pak mi došlo, že je*

to pravidelné. Kolem jedenácté hodiny jsem šla do sprchy. Ulevilo se mi, ale bolesti nepřestaly. Nebyly extra intenzivní, ale pravidelné cca po pěti minutách. V jednu jsem přijela do porodnice. Tam mi točili monitor, dělali vyšetření, pak přišla příprava, takže klystýr, sprcha a opět monitor již na sále, voda mi praskla sama, už nevím kdy. V 6:47 bylo mimi na světě. Hodně pomohla porodní asistentka, radila jak povolit zadek, stehna, jak dýchat a výsledkem byly jen dva stehy. Hodně jsem využívala, sprchu, míč a různé úlevové polohy. Taky mi píchli injekci na bolest, teď přesně nevím kdy, po ní se porod rozjel a bolesti byly mírnější.“

Respondentka R6 hovořila o svém třetím porodu: *„Rychlý bez komplikací a až na pár minut ve fázi tlačení skoro bezbolestný. Do porodnice jsem si dojela sama, kvůli úniku plodové vody, ale bolesti jsem žádné neměla. Doktor mě vyšetřil a já byla už na 4 cm otevřená. Po klystýru jsem se otevřela už na 8 cm, stále bez bolesti. A potom jsme čekaly asi půl hodinky na větší aktivitu dělohy, dvakrát jsem zatlačila a holčička byla na světě. Paní porodní asistentka byla trochu nesvá z toho, že nevěděla, co má napsat do papírů o průběhu porodu, protože jsem neměla skoro žádné bolesti a asi jsem nezapadala do běžných kolonek.“*

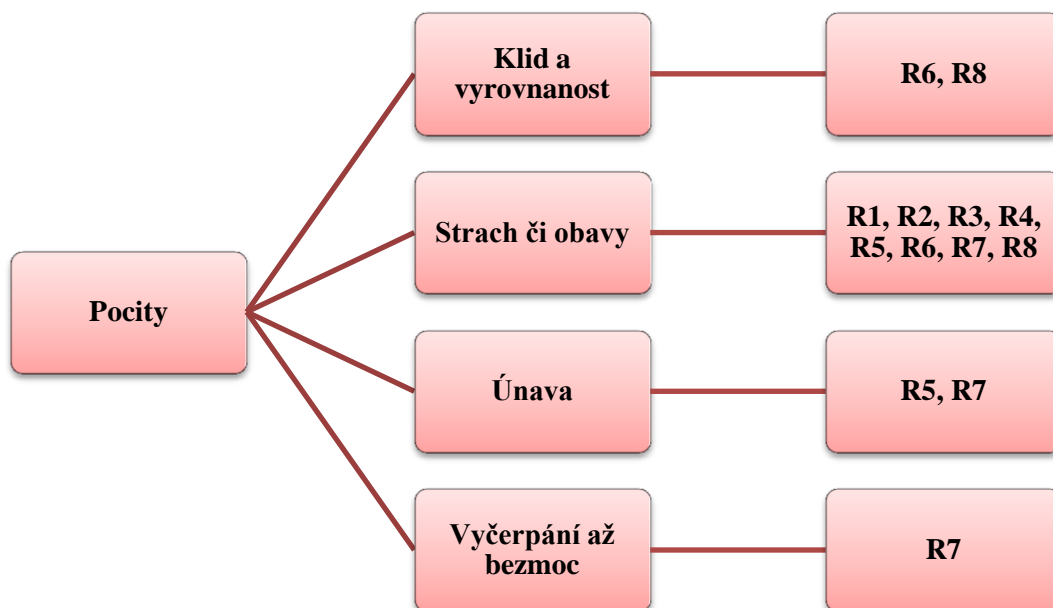
Respondentka R7 popsala svůj porod takto: *„První kontrakce byly velice slabé zhruba v intervalu 15 minut a vůbec mi nevadily. Silné bolesti přišly najednou až o dvě a půl hodiny později a to už jsem jela do porodnice. Lékař mě vyšetřil a říkal, že tam je ještě zbytek hrdla. Nevěděla jsem, co to znamená, ale doktor mi řekl, že to bude ještě chvíli trvat. Bolesti postupně silily, až se mi zdály být téměř nesnesitelné, v tu chvíli mi naštěstí zavedli epidurál, o který jsem už dlouho žádala. Potom bolesti ustoupily a já to zvládala mnohem lépe. Sice jsem bolesti pořád cítila, ale jen mírné. Chodila jsem do sprchy a využívala míč. Velké bolesti se vrátily až před koncem porodu. Ty byly vážně nesnesitelné, naštěstí ale netrvaly dlouho. Po skoro dvanácti hodinách se mi narodil můj vytoužený chlapeček.“*

Respondentka R8 vyprávěla o svém třetím porodu: *„Přenášela jsem asi dva dny, takže mi pak při kontrole v ambulanci udělal doktor Hamiltona a do půl hodiny mi začaly bolesti. Ke zmírnění bolestí jsem využívala hlavně různé úlevové polohy. Bolesti postupně zesilovaly a já jela do porodnice. Přijela jsem s nálezem branka 6 cm*

a zároveň mi odtekla plodová voda. Než sestřičky udělaly příjem, byla jsem na lemu. Chvilku jsem na sále postála ještě u postele a šla jsem tlačit. Porod trval asi 4 hodiny.“

Podkategorie Pocity žen

Schéma 8 Pocity žen před a během porodu



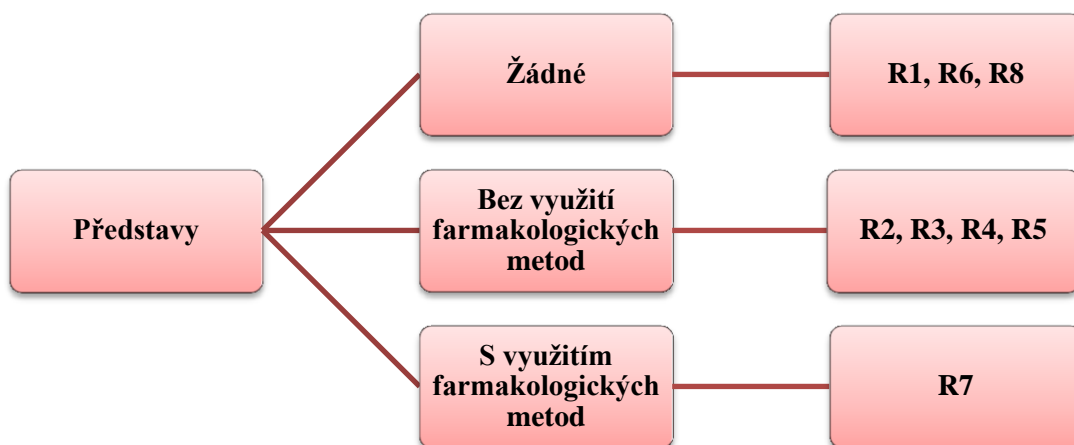
Zdroj: Vlastní šetření

Respondentky popisovaly před a během porodu různé pocity, všechny se ale shodly na tom, že měly mírné obavy, některé i strach, a to především o miminko. Tři z respondentek (R1, R3, R7) uvedly, že se před porodem bály bolesti. R1 uvedla: „Trochu jsem se obávala bolesti, a aby se dítě narodilo zdravé.“ R2: „Před porodem jsem se obávala toho, že indukce bude trvat pět dní, jako u předchozího porodu. Při porodu jsem se ke konci obávala o miminko.“ R3 řekla: „Před porodem jsem se bála, aby všechno dopadlo dobře a aby miminko bylo zdravé. Bolesti jsem se obávala, ale říkala jsem si, že je to normální a že to určitě dobře dopadne.“ R4: „Při porodu jsem se bála o chlapečka, to je jasné. Nechtěla jsem, aby museli použít

nějaké ty kleště a aby se mu nezlomila třeba nějaká kost.“ R7 uvedla: „Měla jsem velký strach před porodem i během něj. Nechci, aby to vyznělo nějak špatně, samozřejmě jsem se bála především o miminko, ale také o sebe. Bála jsem se bolesti a nástřihu.“ Dvě z dotazovaných (R5, R7) uvedly, že se během porodu cítily unavené, jedna z těchto žen (R7) dokonce popsala pocity vyčerpání až bezmoci. R5 uvedla: „Byla jsem tak unavená. Lékař mi opakovaně doporučoval ten epidurál, ale já ho nechtěla. Nakonec jsem to zvládla bez něj. Dostala jsem se do stavu vnímání doktora a porodní asistentky, poslouchala je na slovo a zjistila, že zabírá, co mi radí. Pak už to šlo dobře. Myslím, že mi pomohlo, že jsem dříve závodně sportovala a byla zvyklá na fyzickou zátěž a umění soustředit se na výkon.“ R7 řekla: „Během porodu jsem se cítila hrozně unavená, ta bolest mě vyčerpávala. Slíbili mi epidurál, ale pořád na něco čekali. V jednu chvíli jsem se cítila bezmocně, nemohla jsem nic. Pak přišel konečně doktor a dal mi ten epidurál, to byla na čas úleva.“ Dvě z dotazovaných (R6, R8) popsaly pocity klidu a vyrovnanosti. R6 uvedla: „Měla jsem pocity klidu a vyrovnanosti, obávala jsem se jen toho, aby vše probíhalo hladce, bez komplikací a větších lékařských zásahů a taky aby miminko bylo v pořádku.“ R8: „Cítila jsem se vyrovnaná. Při předchozích porodech jsem neměla žádné komplikace, já i děti jsme byly úplně v pořádku, takže jsem nebyla nijak omezovaná. Byla jsem klidná a i díky tomu se miminku dařilo dobře.“

Podkategorie Představy o tišení bolesti

Schéma 9 Představy žen před porodem o tišení bolesti během porodu



Zdroj: Vlastní šetření

Schéma ukazuje, jaké měly respondentky před porodem představy o tišení bolesti během porodu. Čtyři z dotazovaných žen (R2, R3, R4, R5) si představovaly svůj porod bez využití farmakologických metod. R2 uvedla: „Věděla jsem, že to zvládnou bez epidurálu, jen za pomoci partnera, masáže a vody, nechtěla jsem, aby se kvůli němu porod zasekl, také jsem nechtěla žádné tišící léky kvůli miminku.“ R3: „Přesvědčovala jsem se, že to všechno zvládnou, byla jsem i zvědavá, jaké to všechno bude. Porod jsem chtěla prožít pouze s alternativními metodami, neplánovala jsem využít léky. Doufala jsem, že porod proběhne rychle a bez komplikací.“ R4 řekla: „Porod jsem si představovala takový, jaký byl. Nechtěla jsem žádné léky na bolest a chtěla jsem to mít co nejrychleji za sebou, což se mi oboje podařilo splnit.“ Jedna z respondentek (R7) si představovala, že během porodu využije farmakologických metod. R7 uvedla: „Už před porodem jsem věděla, že chci epidurál.“ Tři respondentky (R1, R6, R8) neměly žádné představy o tišení bolesti během porodu. R1 řekla: „Doufala jsem, že porod bude kratší a méně bolestivý. O konkrétním řešení jsem nepřemýšlela.“ R6 uvedla: „Porod jsem si představovala tak, že vše mám ve své hlavě, jako jestli mě to bude bolet nebo ne, takže nebudu potřebovat žádnou pomoc na tišení. Žádné tišení

bolesti jsem řešit ani nechtěla.“

Podkategorie Preference farmakologické metody

Schéma 10 Preference farmakologické metody



Zdroj: Vlastní šetření

Schéma 10 znázorňuje, kterou z farmakologických metod ženy preferovaly. Pouze jedna respondentka (R7) preferovala využít na tišení bolesti během porodu farmakologickou metodu, konkrétně epidurální analgezie. R7 uvedla: „Z farmakologických metod pro mě byla jasnou volbou epidurální analgezie. Od svého lékaře jsem věděla, že má největší tišící účinek. Byla jsem rozhodnutá již před porodem, že chci epidurál využít.“ Sedm z dotazovaných (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8) preferovalo nevyužít žádnou farmakologickou metodu na tišení bolesti. R2 uvedla: „Nepreferovala jsem žádnou farmakologickou metodu, nechtěla jsem nic.“ R3: „Neplánovala jsem žádnou formu léků na bolest. Věděla jsem ale určitě, že bych nechtěla epidurál kvůli zpomalení porodu.“ R4: „Nepreferovala jsem vůbec žádnou farmakologickou metodu a díky zázračné rychlosti nebyla žádná potřeba.“

Podkategorie Využitá farmakologická metoda

Schéma 11 Využitá farmakologická metoda

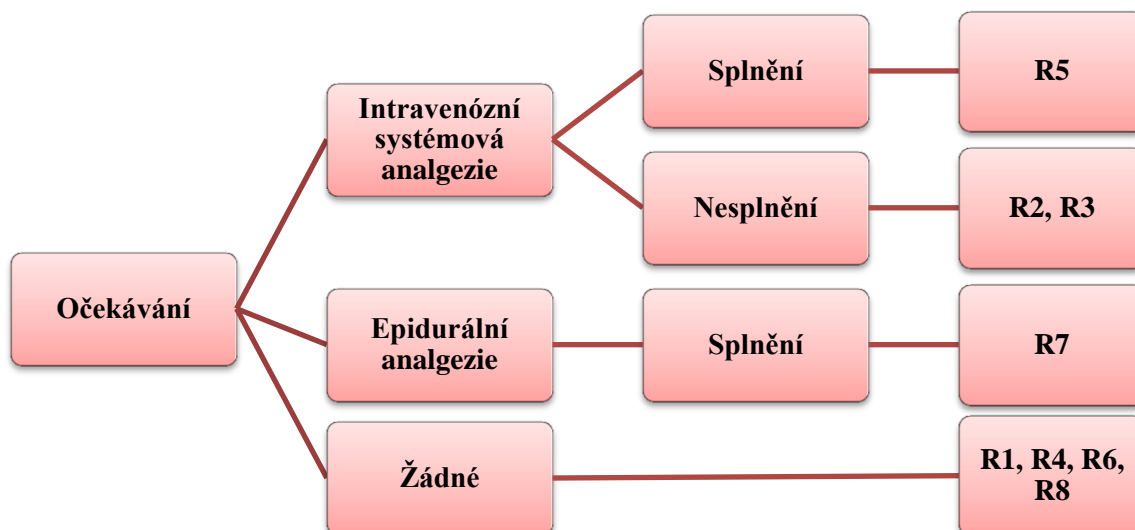


Zdroj: Vlastní šetření

Schéma ukazuje, zda respondentky nějakou farmakologickou metodu k tišení bolesti využily a jakou. Čtyři respondentky (R2, R3, R5, R7) využily k tišení bolesti jednu farmakologickou metodu a čtyři ženy (R1, R4, R6, R8) nevyužily žádnou farmakologickou metodu. Z farmakologických metod využila jedna respondentka (R7) analgezie epidurální a tři respondentky (R2, R3, R5) intravenózní systémové analgezie. Jenda ze tří žen (R3), které využily systémovou analgezi, věděla, že se jednalo o Nubain, zbylé dvě respondentky (R2, R5) nevěděly, o jaké farmakum se jednalo. R2 uvedla: „Využila jsem nabízenou injekci na otevírání. Že to byla injekce i na bolest jsem se dozvěděla až později.“ R3: „..., ale když mi lékař injekci opakovaně nabízel a říkal, že porod půjde lépe, souhlasila jsem.“ R5 řekla: „Lékař mi opakovaně nabízel epidurál, ten jsem nechtěla. Nakonec jsem přistoupila na nějakou injekci, která mi měla ulevit a porod urychlit.“ R7 uvedla: „Využila jsem epidurál, který jsem od začátku chtěla. Nabízeli mi i plyn a injekci, ale já chtěla epidurál. Bála jsem se, že když využiju něco jiného, tak už mi ho nedají.“

Podkategorie Splnění očekávání

Schéma 12 Splnění očekávání



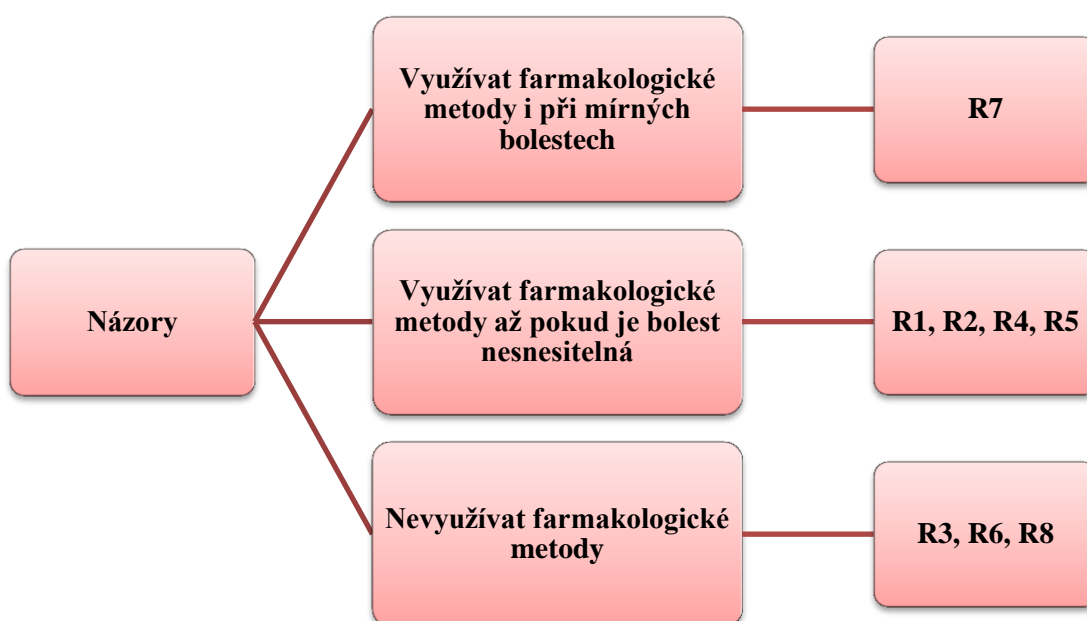
Zdroj: Vlastní šetření

Schéma 12 znázorňuje, jak dané metody splnily očekávání respondentek. Jelikož čtyři respondentky (R1, R4, R6, R8) nevyužily žádnou farmakologickou metodu, neměly ani žádná očekávání. Čtyři z dotazovaných (R2, R3, R5, R7) využily jednu farmakologickou metodu. R5 využila intravenózní systémovou analgezi a R7 epidurální analgezi, obě respondentky očekávaly zmírnění bolesti a u obou respondentek použitá metoda splnila jejich očekávání. U druhých dvou respondentek (R2, R3), které využily intravenózní systémovou analgezi, metoda jejich očekávání nesplnila. R2 uvedla: „Nechtěla jsem žádné tišící léky kvůli miminku. Za to se na lékařku zlobím, že mi neřekla, že je to injekce na bolest. Nechtěla jsem nic, co by mohlo přejít i k miminku. Po injekci se mi chtělo spát, to mi nevyhovovalo a bolesti jsem stejně stále cítila.“ R3 řekla: „Původně jsem myslela, že léky nebudu potřebovat, ale když mi lékař injekci opakovaně nabízel a říkal, že porod půjde rychleji, souhlasila jsem. Sestřičky mi potom říkaly, že se mi může točit hlava, abych byla opatrná při vstávání, ale byla jsem po ní dost omámená. Ovlivnilo to u mě ihned po porodu kontakt s miminkem. Bála jsem se vzít si ho k sobě, abych ho nepustila a chtělo se mi

spát. Tak jsem si to nepředstavovala.“ R5: „Injekce splnila mé očekávání. Čekala jsem, že se porod rozběhne a bolesti se zmírní, to se taky stalo.“ R7 uvedla: „Epidurální analgezii považuji za zázrak. Nečekala jsem, že nebudu bolesti cítit vůbec, ale že se zmírní a já budu schopna je snášet. Úlevu jsem cítila ihned po zavedení, bolesti byly najednou snesitelné a já věděla, že to zvládnou. Silné bolesti se vrátily až těsně před koncem porodu, s tím jsem ale počítala.“

Podkategorie Názor na farmakologické metody

Schéma 13 Názor na využití farmakologických metod při porodu



Zdroj: Vlastní šetření

Schéma zobrazuje, jaké názory mají ženy na využívání farmakologických metod k tišení bolesti během porodu. Tři respondentky (R3, R6, R8) by farmakologické metody nevyužívaly vůbec. R3 uvedla: „Po zkušenosti s tou formou injekce, kterou jsem dostala, bych si ji už dát nenechala. Raději bych nevyužívala žádné tyto metody a bolesti vydržela.“ R6: „Pokud nějaká žena tyto metody potřebuje, má na ně právo. Ale já osobně jsem zastáncem přirozených metod, na které se v lékařství trochu

zapomíná.“ R8: „K farmakologickým metodám mám negativní postoj. Přijde mi, že ty léky často ovlivňují miminka. Zvládla jsem tři porody pouze za pomoci nefarmakologických metod a šlo to.“ Čtyři z dotazovaných (R1, R2, R4, R5) by k těmto metodám přistupovaly až v případě nesnesitelné bolesti a jedna z respondentek (R7) by farmakologické metody využívala i při mírných bolestech. R1 řekla: „Pokud jsou bolesti alespoň trochu snesitelné, nevyužívat žádné takové metody. K těm přistoupit až v krajním případě. Myslím si, že spíše škodí, než pomáhají.“ R2 uvedla: „Myslím si, že bolest k porodu patří a podpora partnera, porodní asistentky a lékaře je klíčová. Bolest se dá zvládnout i za pomoci nefarmakologických metod, jen je potřeba, aby byly hojně nabízeny. K farmakologickým metodám bych přistupovala jen v krajních případech, vadí mi, že často mají negativní vliv na miminko.“ R4: „K těmto metodám bych přistoupila až když bych dál nemohla. Ale žena toho vydrží hodně, takže dle mého soudu je to zbytečné. Dost určitě bych ale mluvila jinak, kdybych zažila zdlouhavý porod.“ R5 uvedla: „Pokud to není nezbytně nutné, raději tyto metody nepoužívat. Mohou mít negativní vliv na miminko a to se mi nelíbí. Pokud by se ale žena měla hroutit bolestí, tak ano, využít.“ Poslední z respondentek (R7) má k farmakologickým metodám pozitivní postoj a v rozhovoru uvedla: „Je přece moderní doba, tak proč bychom měly trpět. Pokud jsou takové možnosti, jaké v dnešní době jsou, tak proč je nevyužít. K farmakologickým metodám mám kladný vztah a jsem ráda, že jsem během porodu mohla jednu z těchto báječných metod využít. Nicméně si nemyslím, že je nutné k tišení bolesti přistoupit, až když je bolest nesnesitelná a žena trpí, ale hned v jejích počátcích.“

5 Diskuze

Porodní bolest je součástí téměř všech porodů. Bolest je pouze subjektivní vjem a každá žena ji tedy vnímá jinak. I přesto, že je porodní bolest považována za fyziologickou, pro některé ženy je tato bolest nesnesitelná. Právě díky moderním poznatkům v anesteziologii je možno tuto bolest zmírnit různými farmakologickými metodami (Čech, 2006; Pařízek, 2012a). Před provedením výzkumného šetření v této bakalářské práci jsme se domnívali, že je většina rodiček o farmakologických metodách tišení bolesti při porodu dostatečně informována. Výsledky nás velmi překvapily.

V této bakalářské práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit předporodní informovanost žen o farmakologických metodách tišení bolesti během porodu a druhým cílem bylo zjistit názory žen na využití farmakologických metod během porodu. K výzkumnému šetření byl použit kvalitativní výzkum formou rozhovorů. Rozhovory byly prováděny s osmi ženami do pěti měsíců po porodu v jejich domácím prostředí v průběhu měsíce května 2015. Na začátku rozhovoru byly pokládány ženám otázky ke zjištění identifikačních údajů. V další části rozhovoru se již otázky týkaly informovanosti o farmakologických metodách a názorů žen na tyto metody.

Výsledky výzkumného šetření byly rozděleny do dvou hlavních kategorií. První kategorie byla dále rozdělena na šest podkategorií a cílem bylo zjistit, zda jsou ženy informovány o farmakologických metodách tišení bolesti při porodu. V jednotlivých podkategoriích bylo cílem zjistit, jakým způsobem se ženy informují před porodem, jaké využívají zdroje k získání informací a zda se o tuto problematiku zajímají i nastávající matky samy od sebe. Dále bylo zjišťováno, jakým způsobem jsou rodičky informovány v této problematice přímo na porodním sále a jaké jim zde jsou nabízeny farmakologické metody a zda se cítily v této problematice dostatečně informované. V poslední podkategorii bylo cílem získat užitečné informace a návrhy pro zlepšení informovanosti v tomto tématu.

V praxi se můžeme setkávat se dvěma extrémny týkající se názoru na množství informací o porodu. Někteří lidé, mezi něž patří i francouzský porodník Odent (2007),

zastávají názor, že porod je reflexní děj, který vyžaduje přirozený instinkt a potlačení racionálního myšlení, při kterém mají informace spíše negativní vliv. Druhá skupina zase upřednostňuje získávání maxima informací. Těchto dvou extrémů jsme si mohli všimnout i v našem výzkumném šetření. Jedna z respondentek (R1) neprojevovala téměř žádný zájem o informace, naopak další z dotazovaných (R7) získávala informace ze všech dostupných zdrojů, které měla, aktivně si sama informace vyhledávala a vyptávala se zdravotnického personálu. Nejsem zastáncem ani jednoho z těchto extrémních postojů, ztotožňuji se s názorem Novákové (2010), členky výboru Unie porodních asistentek, která ani jeden z těchto extrémů nepovažuje za přínosný. O teoretických znalostech zastává názor, že méně je více a záleží především na kvalitě poskytovaných informací. Nováková říká, že některé z žen, dokáží své tělo vnímat, mají dobré rodinné i finanční zázemí, na dítě se těší a věří především samy sobě. Uvědomují si, že 90 % porodů probíhá bez komplikací a právě díky tomu ke svému porodu přistupují bez větších obav. Právě tyto ženy nepotřebují nepřeborné množství informací. Z respondentek, které se zúčastnily našeho výzkumného šetření, sem spadají tři ženy (R3, R6, R8). Dále Nováková (2010) říká, že mnoho žen ale nečeká děti za příznivých podmínek a zároveň současná společnost vyvíjí na nastávající matky velký tlak, aby byly ve všech svých rolích dokonalé. Takovéto ženy mají potřebu získat si mnoho informací. Z respondentek, které se zúčastnily našeho výzkumného šetření, sem spadají tři ženy (R2, R5, R4).

Z výzkumného šetření vyplynulo, že tři ženy (R5, R6, R8) využily informací již z předchozího porodu. Domnívali jsme se, že všechny ženy, které již rodily, alespoň nějaké informace během předchozího porodu získaly. Zajímavé bylo, že dvě z žen (R2, R4) v rozhovoru uvedly, že nevyužily žádných informací z předchozího porodu, jelikož žádné neměly. Šest dotazovaných (R2, R3, R4, R5, R6, R7) projevilo aktivní zájem na vyhledávání informací. Jedna z žen (R1) uvedla, že její zájem byl spíše pasivní a informace, které získala, jí byly aktivně předány od její sestry. Jedna z respondentek (R4) se v rozhovoru zmínila, že nějaké informace sama vyhledávala, nicméně jim nerozuměla a tedy pro ni neměly žádný přínos. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pokud ženy pátrají samy po informacích, nejvíce využívají internet, který využilo pět

respondentek (R2, R3, R4, R6, R7) a informace od rodiny a přátel, které také využilo pět respondentek (R1, R3, R4, R5, R7). Hledat informace na internetu je jistě jeden z nejjednodušších způsobů, nedomníváme se však, že informace z internetu jsou vždy pravdivé, důvěryhodné a vědecky podložené. I Nováková (2010) uvádí ve svém článku, že zdroje jsou často příliš povrchní a jednostranné, vědecky nepodložené, bez uvádění názorů konkrétních odborníků a často vytržené z kontextu. Celkem tři ženy (R2, R5, R7) získaly informace před porodem od zdravotnického personálu, z toho všem třem respondentkám byly informace podány na předporodním kurzu a pouze dvěma z nich (R5, R7) v těhotenské poradně. Dle našeho mínění právě zde by ženy měly získávat informací nejvíce, jelikož tyto informace podávají odborníci. Zajímavý je názor jedné z respondentek (R2), která uvedla, že podávání informací v těhotenské poradně nepovažuje za vhodné, jelikož by jí přišlo spíše jako strašení dopředu. Naopak čtyři dotazované (R1, R4, R5, R6) by uvítaly více informací již v těhotenské poradně a to především formou letáků, jelikož se jim zde dostává mnoho informací nejen o porodu, ale samozřejmě i ještě o probíhajícím těhotenství a ženy nejsou schopny všechny informace vstřebat.

Tři ženy (R1, R4, R8) uvedly, že jim na porodním sále nebyly podány žádné informace o farmakologických metodách tišení bolesti. Takács (2015) poukazuje na to, že zdravotník musí vyhodnotit danou situaci a zohlednit stav ženy, která musí být schopna podávané informace vnímat. Zdravotník musí zvolit vhodnou dobu pro podání informací, podat je včas, informace musí podat v adekvátní šíři a musí být jednoznačné. Je možné, že respondentka R1 dostatečně nevnímala informace podané ze strany zdravotníků, jelikož porod trval déle než devět hodin a je velmi nepravděpodobné, že by nebyla rodičce nabídnuta žádná možnost tišení bolesti farmakologickou cestou. Pěti ženám (R2, R3, R5, R6, R7) byla nabídnuta systémová analgezie, z toho ji využily tři ženy (R2, R3, R5) a třem ženám (R5, R6, R7) byla nabídnuta epidurální analgezie a tuto metodu využila jedna respondentka (R7). V České republice jsou jednoznačně nejvíce využívanými a nabízenými farmakologickými metodami systémová a epidurální analgezie, což potvrdilo i toto výzkumné šetření. Žádné jiné farmakologické metody ženám nabídnuty nebyly. Zajímavé bylo, že tři respondentky (R2, R3, R5) samy od sebe

vedly, že by nechtěly epidurální analgezií buď z důvodu zpomalení porodu, nebo obav z ukončení porodu císařským řezem. Pařízek (2012a) uvádí, že epidurální analgezie se podává v České republice u 15 % porodů, na rozdíl od USA, kde epidurální analgezií využije 61 % rodiček. Dále se zmiňuje o tom, že neexistují žádné práce, které by popisovaly v souvislosti s epidurální analgezií prodloužení doby porodu, četnosti klešťových porodů nebo císařského řezu. Naopak Buckleyová (2009) je zastáncem názoru, že při epidurální analgezií u rodičky chybí silné kontrakce a právě to prodlužuje druhou dobu porodní a nárůst klešťových porodů.

V rozhovorech čtyři ženy (R3, R6, R7, R8) uvedly, že se cítily o farmakologických metodách tišení bolesti při porodu dostatečně informovány. Dvěma respondentkám (R2, R5) se zdálo, že měly informací nedostatek, přičemž jedna z nich (R2) by si přála získat více informací při příchodu na porodní a sál a druhá (R5) v těhotenské poradně. Dvě ženy (R1, R4) měly pocit, že neměly informace žádné, přičemž jedna respondentka (R1) žádné informace ani nevyžadovala a druhá dotazovaná (R4) by byla ráda, kdyby se o těchto metodách dozvěděla už v těhotenské poradně. Domníváme se, že by bylo vhodné se ženám o farmakologických metodách zmínit již v těhotenské poradně a shodujeme se tedy s názorem čtyř respondentek. Naopak si myslíme, že na porodním sále nemusí být vždy čas a žena nemusí být v takovém stavu, aby byla schopna pojmout příliš velké množství informací. Proto by se informace na porodním sále měly týkat jen toho nejnnutnějšího. Samozřejmě se vždy jedná o subjektivní pocit ženy, pro jednu ženu může být dané množství informací dostatečné a pro druhou zase nedostatečné.

V druhé části výzkumného šetření jsme se zabývali názory rodiček na využití farmakologických metod při porodu. Nejprve ženy volně vyprávěly o svých porodech, poté byl rozhovor zaměřen na jejich představy a pocity před i během porodu. Dále bylo zjišťováno, zda ženy preferují farmakologické metody tišení bolesti, jaké a také jaký názor na využívání těchto metod mají. Samozřejmě nás také zajímalo, jaké metody ženy využily, jaké měly od těchto metod očekávání a zda se realita shodovala s jejich představami.

Ženy měly před a během porodu různé pocity. Všech osm respondentek uvedlo, že měly strach nebo alespoň mírné obavy. U všech žen bylo předmětem obav především

jejich dítě, což je pochopitelné. Všechny ženy tedy upřednostňovaly své dítě před sebou. Tři dotazované (R1, R3, R7), jedná se o všechny prvorodičky výzkumného souboru, uvedly, že měly strach z bolesti. Ostatní respondentky se o strachu z bolesti nezmínily. Sedlářová (2011) ve výsledcích výzkumného šetření své diplomové práce došla též k závěru, že míra strachu z porodu a obav z porodních bolestí a nástřihu hráze je mnohem častější u prvorodiček, než u žen, které již rodily. Dvě ženy (R6, R8) popsaly pocity klidu a vyrovnanosti. Dle našeho názoru u jedné z žen (R8) hrála velkou roli pozitivní zkušenost z předchozích dvou porodů, naopak u ženy druhé (R6) hrála hlavní úlohu její mysl. Tato žena dopředu věděla, že její porod bude probíhat bez komplikací a bez bolestí. Myslíme si, že právě její pozitivní myšlení mělo dopad na průběh jejího porodu. Dvě respondentky (R5, R7) popsaly pocity únavy a respondentka R7 poté pociťovala pocity vyčerpání. Domníváme se, že vnímání velké bolesti, které jedna z respondentek (R7) prožívala, mohl velmi ovlivnit její přehnaný strach z porodu a bolesti. Podle Alehagena (2006) ze závěrů několika studií vyplývá, že pokud má žena pozitivní očekávání během těhotenství, jsou spojena s pozitivními zkušenostmi během porodu a naopak u ženy, která od porodu očekává negativní prožitky, se často stane, že se její očekávání naplní.

Představy žen o využití farmakologické metody při porodu byly různé. Polovina respondentek (R2, R3, R4, R5) uvedla, že si svůj porod představovala bez tišení bolesti za pomoci farmak a tedy ani žádnou farmakologickou metodu nepreferovala. Pouze jedné z těchto žen (R4) se představa vyplnila, ostatní tři respondentky (R2, R3, R5) využily intravenózní systémové analgezie. Jedna dotazovaná (R7) si představovala, že během porodu využije farmakologické metody a to konkrétně epidurální analgezie, kterou také nakonec využila. Tři ženy (R1, R6, R8) neměly žádnou představu o tišení bolesti během porodu a ani žádnou z farmakologických metod nepreferovaly. Ani jedna z těchto žen žádnou farmakologickou metodu během porodu nevyužila. Farmakologické metody k tišení bolesti tedy nakonec využila polovina respondentek (R2, R3, R5, R7) a druhá polovina žen (R1, R4, R6, R8) žádnou farmakologickou metodu nevyužila. Překvapující je, že tři (R2, R3, R5) z celkem čtyř respondentek, které farmakologické metody nejprve odmítaly, je nakonec využily. Ženy, které si nic neplánovaly,

farmakologické metody využít nepotřebovaly. Jak uvádí Pařízek (2012a) hlavními negativy intravenózní systémové analgezie jsou časté vedlejší účinky na rodičku i na plod. Právě kvůli vedlejším účinkům na rodičku byly dvě respondentky (R2, R3) nespokojené s touto metodou. Další respondentka (R5) byla se systémovou analgezií spokojena a poslední dotazovaná (R7), která využila epidurální analgezií, byla též spokojena. Podle Čecha (2006) se k epidurální analgezií přistupuje tehdy, chceme-li dosáhnout vysokých účinků analgezie. I přesto však není porod s epidurální analgezií zcela bezbolestný, jelikož se úmyslně nechává „zbytek bolesti“ kvůli spolupráci rodičky. Respondentka (R7), která využila epidurální analgezie, přesně popsala, že po zavedení epidurální analgezie bolesti byly stále cítit, ale byly již mírné a tedy pro ženu snesitelné.

Postoj žen k farmakologickým metodám se nám zdá spíše negativní. Tři respondentky (R3, R6, R8) by farmakologické metody k tišení bolesti nevyužívaly vůbec. Jedna z respondentek (R3) z důvodu negativní zkušenosti s intravenózní systémovou analgezií, kdy se rodička cítila příliš utlumena a naopak dvě respondentky (R6, R8) z toho důvodu, že mají velmi pozitivní zkušenost z porodů, které proběhly bez tišení bolesti farmaky. Čtyři ženy (R1, R2, R4, R5) by k těmto metodám přistoupily až v případě nesnesitelné bolesti, z čehož pro nás opět vyplývá, že by se farmakologickým metodám raději vyhnuly. Pouze jedna z respondentek (R7) uvedla, že by farmakologické metody využívala hojně a to již při mírných bolestech. Dle Pařízka (2012a) je cílem porodní analgezie přispívat ke komfortu rodiček a tím také k lepšímu snášení bolesti. Dále je známo, že pokud má žena zmírněné porodní bolesti, mnohem méně dochází k protrahovaným porodům, které mohou mít negativní vliv na plod i rodičku.

Dle našeho názoru ženy nejsou dostatečně edukované v této problematice a ve spojení „farmakologické metody“ vnímají něco negativního a škodlivého. Nedomníváme se, že je nutné farmakologické metody využívat již při mírných bolestech, zastáváme názor, že bolest k porodu patří. Ale je vážně nutné čekat, až když je bolest pro rodičku nesnesitelná a teprve poté přistoupit k tišení bolesti farmakologickými metodami, jak uvedla polovina respondentek? Dle našeho mínění

není. V současné době je moderní medicína velmi daleko a nabízí nám tyto metody. Proč je tedy nevyužít?

Výzkumné šetření ukázalo, že polovina žen se cítila o farmakologických metodách tišení bolesti nedostatečně informována, z čehož vyplývá, že by ženy měly být před porodem o těchto metodách více edukovány. Dále výzkumné šetření ukázalo, že by ženy farmakologické metody tišení bolesti raději nevyužívaly, z důvodu předchozích zkušeností či pocitu, že bolest k porodu patří.

Na závěr bychom rádi zmínili, že mnohé máme ve své hlavě a pokud dokážeme pozitivně myslet a uvažovat, třeba ani žádné farmakologické metody nebudeme potřebovat, stejně jako jedna z respondentek.

6 Závěr

Porod je odjakživa spojován s bolestí rodičky. Porodní bolest ale není považována za něco negativního, ale naopak za něco přínosného a přirozeného. Všechny rodičky mají vlastní intuici, která jim pomáhá se s bolestí vypořádat. Každá z žen je jedinečná a má jiné potřeby. Pokud se bolest vystupňuje natolik, že už ji žena nezvládá, mohou na pomoc přijít farmakologické metody tlášení bolesti a dnešní moderní doba nám nabízí poměrně širokou škálu těchto metod. Nezastupitelnou roli při zvládnání bolesti rodičky hraje porodní asistentka. Porodní asistentka je s rodičkou v kontaktu, hodnotí její bolest a vyhodnocuje účinnosti zvolených léčebných postupů. Vnímá psychický stav žen, její pocity a potřeby. Neméně důležitou úlohu hraje v předávání informací o rodičce ostatním členům zdravotnického týmu.

Ve výzkumném šetření této bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. Cílem prvním bylo zjistit předporodní informovanost žen o využití farmakologických metod během porodu a druhým cílem bylo zjistit názory žen na využití farmakologických metod při porodu. Z těchto dvou cílů následně vyplynuly dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zaměřila na to, jak jsou rodičky informovány o farmakologických metodách tlášení bolesti při porodu a druhá otázka zjišťovala, jaké názory mají ženy na využití farmakologických metod při porodu. Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat, která probíhala formou rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo osm žen do pěti měsíců po porodu, které rodily spontánně v pražských nemocnicích. Výsledky výzkumné části byly rozděleny do dvou hlavních kategorií, Informovanost žen, Porod a bolest, které se dále dělily na podkategorie.

Během provádění rozhovorů s respondentkami byly zodpovězeny obě výzkumné otázky. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že polovina respondentek se cítila o farmakologických metodách tlášení bolesti dostatečně informována a druhá polovina respondentek se cítila informována nedostatečně nebo vůbec. Většina žen projevila aktivní účast na získávání informací. Při vyhledávání informací ženy nejvíce využívají internet a názory rodiny a přátel. Názory žen na využití farmakologických metod tlášení bolesti byly spíše negativní. Většina žen by farmakologické metody raději nevyužívala

a přistupovala by k nim až v případech nesnesitelné bolesti. Pouze jedna respondentka měla na farmakologické metody velmi kladný názor a hojně by je využívala.

Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál pro studentky porodní asistence i pro porodní asistentky. Dále ji jako edukační materiál mohou využít těhotné ženy a ženy plánující těhotenství.

Seznam informačních zdrojů

1. ALEHAGEN, Siw, 2006. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 85, 56 – 62. ISSN: 1600-0412.
2. BECKMANN, Charles R.B. et al., 2010. *Obstetrics and Gynecology*. 6. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 499 s. ISBN 978-0-7817-8807-6.
3. BERÁNKOVÁ, Světlana, MORAVCOVÁ, Markéta, 2007. *Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. 70 s. ISBN 978-80-7395-011-8.
4. BÍLEK, Jiří, 2014. Akupunktura v těhotenství a perinatálním období – Úvod do tématu. *Asociace českých aromaterapeutů* [online]. Poslední změna 28.01.2015 14:32 [cit. 28.01.2015]. Dostupné z: <http://www.aromaterapie.cz/tri-clanky-na-tema-tehotenstvi-a-akupunktorni-praxe/>
5. BINDER, Tomáš a kol., 2011. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
6. BUCKLEY, Sarah, 2009. *Gentle birth, gentle mothering: A Doctor's Guide to Natural Childbirth and Gentle Early Parenting Choices*. Berkeley: Celestial Arts. 348 s. ISBN 1-58761-322-0.
7. ČECH, Evžen a kol., 2006. *Porodnictví*. 2. přepr. a dopl. vydání. Praha: Grada Publishing. 546 s. ISBN 80-247-1313-9.
8. ČERMÁKOVÁ, Blanka, 2008. *K porodu bez obav*. 1. vyd. Brno: ERA. 144 s. ISBN 978-80-7366-114-4.
9. ČIHÁK, Radomír, 2004. *Anatomie 3*. 2. vyd. Praha: Grada. 692 s. ISBN 978-80-247-1132-4.
10. EVANS, Arthur T., 2007. *Manual of Obstetrics*. 7. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 707 s. ISBN 978-0-7817-9696-5.

11. GABRHELÍK, Tomáš, JUREČKOVÁ, Lucie, 2013. Nalbufin. *Remedia: farmakoterapeutický dvoměsíčník pro lékaře a farmaceuty*. Roč. 23, č. 4, s. 248-252. ISSN 0862-8947.
12. GUPTA, Sadhana, 2011. *A Comprehensive Textbook of Obstetrics and Gynecology*. 1. vyd. New Dalhi: Jaypee Brothers Medical Publishers. 663 s. ISBN 978-93-5025-112-6.
13. HÁJEK, Zdeněk a kol., 2014. *Porodnictví*. 3. přepr. a dopl. vydání. Praha: Grada Publishing. 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
14. KOUTNÁ, Zdeňka, 2014. Porodní asistentka a porodní bolest. *Zdraví E15* [online]. Poslední změna 28.01.2015 18:53 [cit. 29.01.2015]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/porodni-asistentka-a-porodni-bolest-475023>.
15. LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
16. MATLOCH, Zdeněk, MATLOCHOVÁ, Sylvie, 2013. Porodnická analgezie z pohledu anesteziologa – zkušenosti z praxe ve Velké Británii. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. Roč. 24, č. 2, s. 102-106. ISSN 1214-2158; 1805-4412.
17. NOVÁKOVÁ, Věra, 2010. Kolik informací a jaké potřebují ženy před porodem? *UNIPA* [online]. Poslední změna 22.06.2015 18:47 [cit. 22.06.2015]. Dostupné z: http://unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=117:rozhovor-s-veroun&catid=40:rozhovory-s-porodni-asistentkou&Itemid=119
18. ODENT, Michel, 2007. *Birth and Breastfeeding*. 2. vyd. East Sussex: Clairview. 156 s. ISBN 978-1905570-06-5.
19. PAŘÍZEK, Antonín, 2004. Porodnická analgezie. *Moderní babičství: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha: Levret. Č. 3, s. 20-29. ISSN 1214-5572.
20. PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother- Care- Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

21. PAŘÍZEK, Antonín, 2012b. Inhalační analgezie v porodnictví. *Lékařské listy: odborná příloha Zdravotnických novin*. Roč. 2012, č. 9, s. 10-11.
22. PAŘÍZEK, Antonín, 2014. Program INKA – porodní analgezie „na míru“. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. Roč. 79, č. 3, s. 198-205. ISSN 1210-7832; 1805-4455.
23. Porodní bolesti a jak je zvládat a využít. *UNIPA*, 2010 [online]. Poslední změna 22.01.2015 10:12 [cit. 22.01.2015]. Dostupné z: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=60:-porodniboolesti&catid=42:porod&Itemid=124
24. ROKYTA, Richard a kol., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
25. ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 204 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
26. SEDLÁŘOVÁ, Kateřina, 2011. *Vybrané aspekty psychického prožívání ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí*. Olomouc. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie.
27. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 220 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
28. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
29. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2013. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 230 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
30. SLÍVA, Jiří, VOTAVA, Martin, 2011. *Farmakologie*. 1. vyd. Praha: Triton. 394 s. ISBN 978-80-7387-500-8.

31. ŠVAŘÍČEK, Roman a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
32. TAKÁCS, Lea a kol., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
33. VAŇÁSEK, Jaroslav a kol., 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. 55 s. ISBN 978-80-7395-769-8.
34. VAVŘINKOVÁ, Blanka a kol., 2010. Využití nalbuphinu v porodnické analgezii. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. Roč. 75, č. 6, s. 564-568. ISSN 1210-7832; 1805-4455.
35. VOTRUBA, Václav, 2015. Aromaterapie_vysvětlení pojmů. *Asociace českých aromaterapeutů* [online]. Poslední změna 28.01.2015 12:17 [cit. 28.01.2015]. Dostupné z: <http://www.aromaterapie.cz/aromaterapie/>
36. Vyvolání porodu. *Akupunktura*, 2015 [online]. Poslední změna 27.01.2015 22:38 [cit. 27.01.2015]. Dostupné z: <http://www.miluju-akupunkturu.cz/akupunktura/vyvolani-porodu/>
37. WONG, Cynthia A., PAECEMAN, Alan M., 2006. Vliv časně epidurální analgezie na průběh porodu. *Gynekologie po promoci*. Roč. 6, č. 6, s. 37. ISSN 1213-2578.

Seznam tabulek a schémat

Seznam tabulek

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek	37
---	----

Seznam schémat

Schéma 1 Informovanost žen	38
Schéma 2 Informace z předchozího porodu	39
Schéma 3 Zdroje informací před posledním porodem	40
Schéma 4 Zdroje informací na porodním sále	41
Schéma 5 Nabídnuté metody	43
Schéma 6 Komplexní informovanost	44
Schéma 7 Porod a bolest	46
Schéma 8 Pocity žen před a během porodu	49
Schéma 9 Představy žen před porodem o tišení bolesti během porodu	51
Schéma 10 Preference farmakologické metody	52
Schéma 11 Využitá farmakologická metoda	53
Schéma 12 Splnění očekávání	54
Schéma 13 Názor na využití farmakologických metod při porodu	55

Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1 TENS, uložení elektrod a regulace intenzity elektrického proudu rodičkou .	72
Příloha 2 Audioanalgezie.....	73
Příloha 3 Entonox	74
Příloha 4 Vějířovitá infiltrace perinea	75
Příloha 5 Pudendální analgezie.....	75
Příloha 6 Modifikovaná jehla s mandrémem pro paracervikální analgezi	76
Příloha 7 Technika podání paracervikální analgezie	76
Příloha 8 Míšní obaly.....	77
Příloha 9 Zavádění epidurálního katetru a určení délky jeho zavedení v epidurálním prostoru	77
Příloha 10 Kontrola délky zavedeného katetru v epidurálním prostoru	78
Příloha 11 Detail hrotu jehly pro kombinovanou subarachnoidální a epidurální blokádu	78
Příloha 12 Vizuální analogová škála a numerická škála.....	79
Příloha 13 Škála obličejů bolesti	79

Příloha 1 TENS, uložení elektrod a regulace intenzity elektrického proudu rodičkou



Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother-Care- Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

Příloha 2 Audioanalgezie



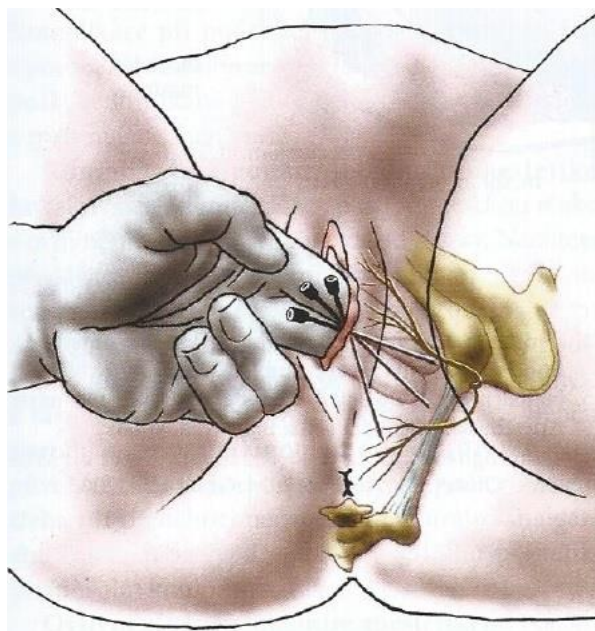
Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother-Care- Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

Příloha 3 Entonox



Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother-Care- Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

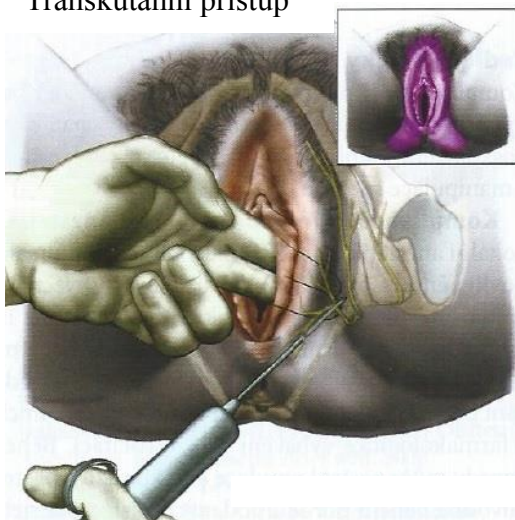
Příloha 4 Vějířovitá infiltrace perinea



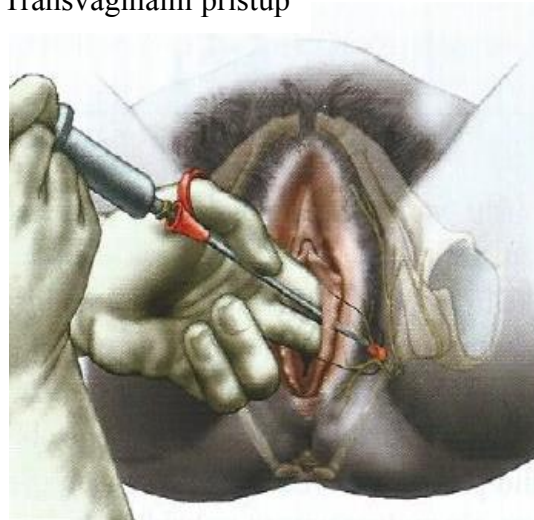
Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother-Care- Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

Příloha 5 Pudendální analgezie

Transkutánní přístup

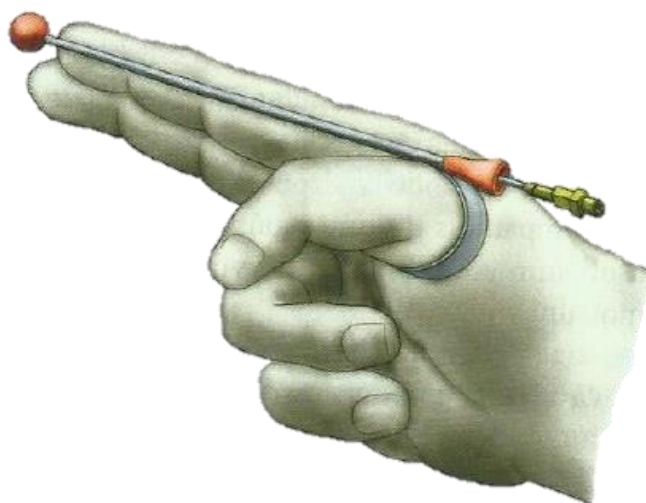


Transvaginální přístup



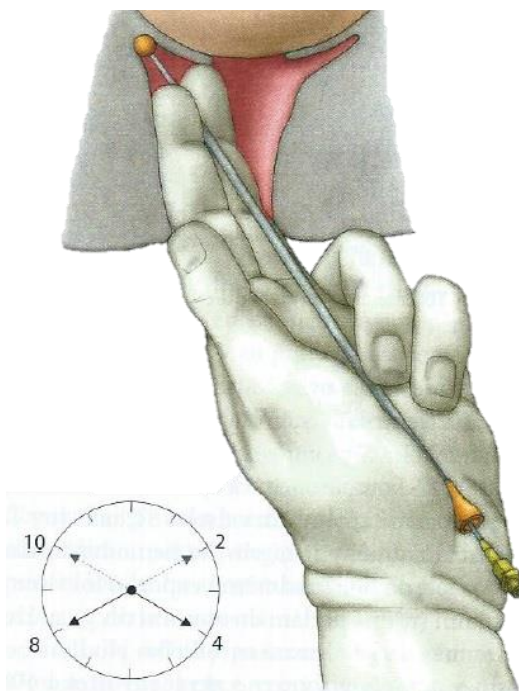
Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother-Care- Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

Příloha 6 Modifikovaná jehla s mandrénem pro paracervikální analgezií



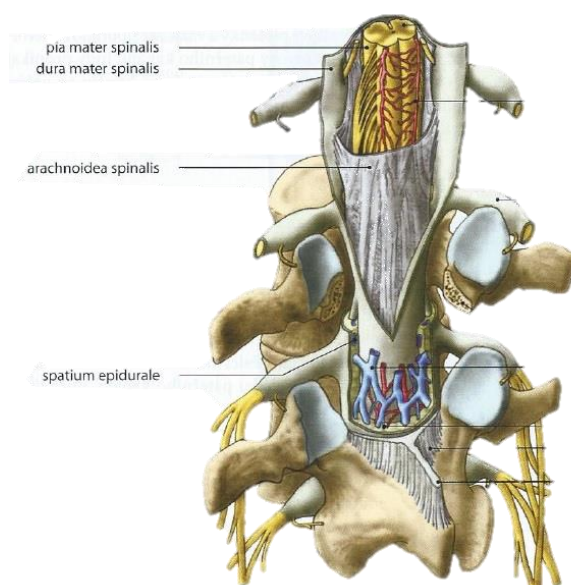
Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother-Care-Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

Příloha 7 Technika podání paracervikální analgezie



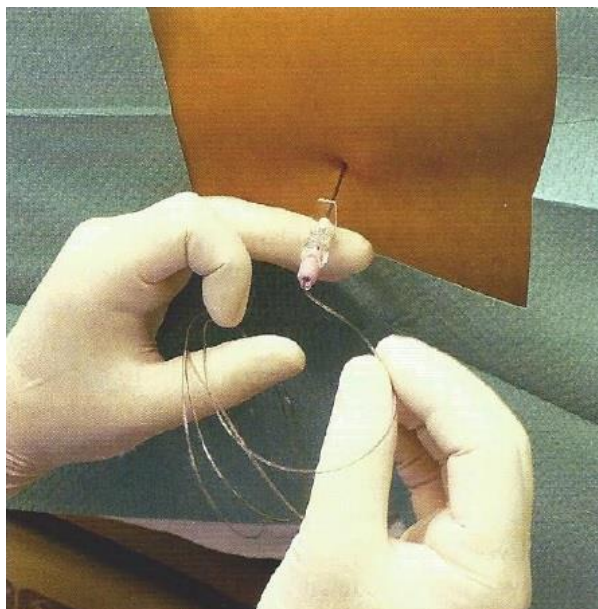
Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother-Care-Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

Příloha 8 Míšní obaly



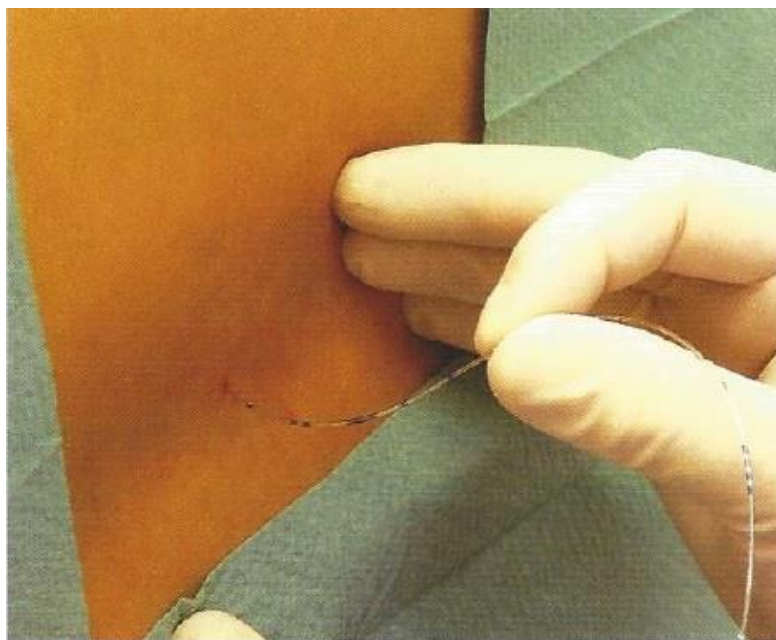
Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother-Care- Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

Příloha 9 Zavádění epidurálního katetru a určení délky jeho zavedení v epidurálním prostoru



Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother-Care- Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

Příloha 10 Kontrola délky zavedeného katetru v epidurálním prostoru



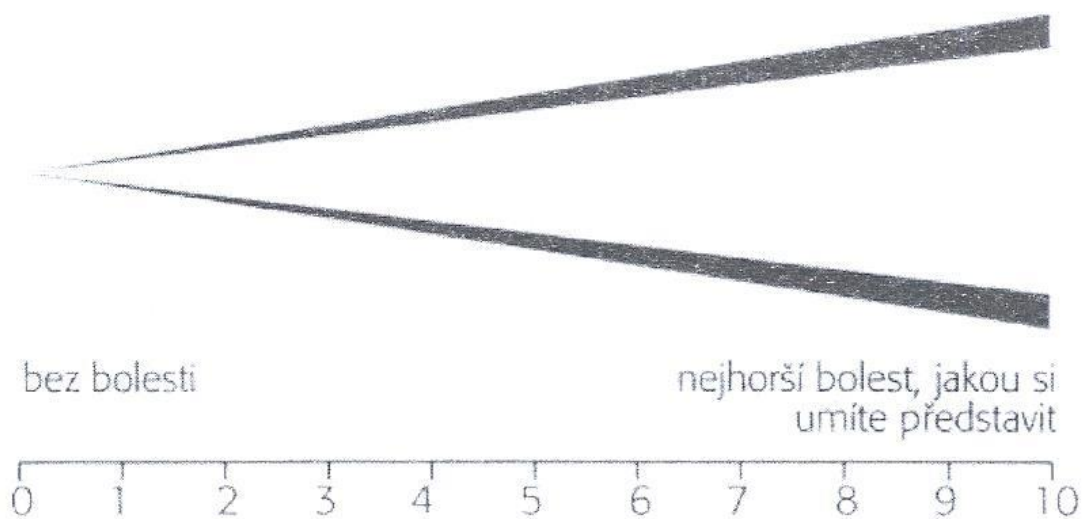
Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother-Care- Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

Příloha 11 Detail hrotu jehly pro kombinovanou subarachnoidální a epidurální blokádu



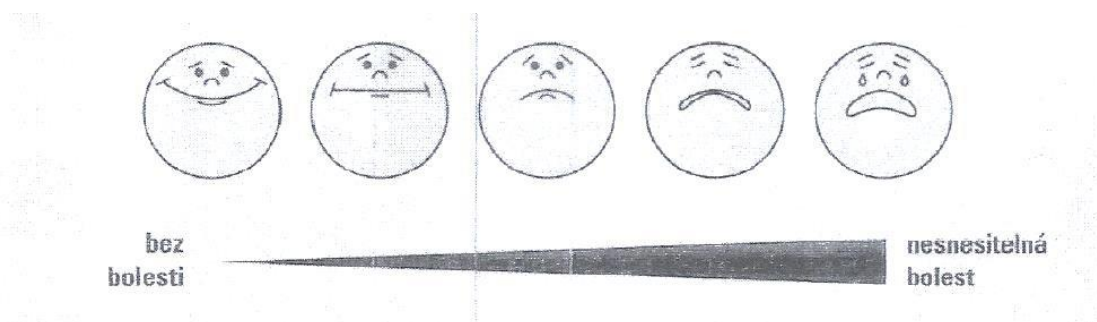
Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother-Care- Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

Příloha 12 Vizuální analogová škála a numerická škála



Zdroj: VAŇÁSEK, Jaroslav a kol., 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. 55 s. ISBN 978-80-7395-769-8.

Příloha 13 Škála obličejů bolesti



Zdroj: VAŇÁSEK, Jaroslav a kol., 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. 55 s. ISBN 978-80-7395-769-8.