

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Michaela Kallasová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Zhodnocení přínosu porodnické epidurální analgezie z pohledu rodiček

Bakalářská práce

Autorka:

Michaela Kallasová

4. ročník bakalářský studijní program ošetrovatelství

forma studia: kombinovaná

studijní obor: OŠETŘOVATELSTVÍ

Vedoucí práce:

Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Univerzita Palackého v Olomouci - Fakulta zdravotnických věd

Anotace bakalářské práce

Název práce v ČJ: Zhodnocení přínosu porodnické epidurální analgezie z pohledu rodiček

Název práce v AJ: Evaluation of benefits peidural anesthesia during labour from the view of women giving birth

Datum zadání: 2009-12-07

Datum odevzdání: 2010-04-30

Vysoká škola, fakulta: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd
Ústav:

Autor práce: Michaela Kallasová

Vedoucí práce: Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Porodnická analgezie patří k managementu vedení spontánního porodu. Většina rodiček dnes očekává, že jim bude od porodních bolestí ulehčeno.

Cílem práce bylo zhodnotit informovanost rodiček o metodách tlumení porodních bolestí .Dalším cílem bylo zjistit jejich spokojenost s využitím epidurální analgezie u porodu a zhodnotit její vliv na pocity rodiček, zejména vliv na vnímání bolesti.

V teoretické části jsem se zaměřila na problematiku bolesti, popsala jsem jednotlivé farmakologické i nefarmakologické metody tlumení bolestí. Zvláště jsem se zaměřila na metodu epidurální analgezie .Jsou zde uvedeny indikace, kontraindikace, přednosti i nedostatky.Dále je popsán praktický postup aplikace epidurální analgezie.

Empirická část je založena na průzkumu ,který byl proveden na porodnickém oddělení Šumperské nemocnice a.s. Průzkum byl proveden pomocí anonymního dotazníku, určeného ženám, které podstoupily epidurální analgezi během porodu. Byly analyzovány údaje o informovanosti o možnostech tlumení bolesti, nástupu účinku epidurální analgezie, projevech nežádoucích účinků .Dále hodnocení stupně bolesti před aplikací epidurální analgezie. Výsledky průzkumu jsou zaznamenány v tabulkách a grafech.

Abstrakt v AJ: Obstetric analgesia belong to the management leading spontaneous delivery. Most pregnant women today expect to be facilitated of labor pains.

The aim of this work was asses awareness of pregnant women about birth pangs elevation methods. Another objective was to determine their satisfaction with the use of epidural analgesia during childbirth and to evaluate its effect on the feelings of mothers in particular the effect on pain perception.

In the theoretical part I focused on the issue of pain and I described various pharmacological or nonpharmacological methods of pain control. I particularly focused on the method of epidural analgesia. There are mentioned indications, contraindications, advantages and disadvantiges in this thesis. Further is described a practical procedure for application of epidural analgesia.

The empirical part is based on a survey that was conducted in the maternity department of the Šumperská Nemocnice a.s. hospital. The survey was conducted by using an anonymous questionnaire, designed for women who underwent epidural analgesia during labour. There were analyzed data about awareness about possibilities how to control pain, on the effect of epidural analgesia on pain perception. The survey results are reported in tables and graphs.

Klíčová slova v ČJ: Bolest, epidurální analgezie, porod, spokojenost

Klíčová slova v AJ: Pain, epidural anesthesia, delivery, satisfaction

Rozsah: 56 stran

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením
Mgr. Ludmily Reslerové, Ph.D. a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i
ostatní zdroje.

Současně také souhlasím s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne.....

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D. za ochotu, vstřícnost, trpělivost a cenné rady, které mi byly poskytovány po celou dobu psaní bakalářské práce.

Zároveň chci poděkovat MUDr. Bohuslavu Hudcovi za konzultaci při zpracování teoretické části bakalářské práce.

Obsah

1. Úvod.....	- 7 -
1. Teoretická část	- 8 -
1.1 Bolest.....	- 8 -
1.1.1 Charakter porodní bolesti	- 8 -
1.1.2 Vliv porodní bolesti na matku a plod	- 9 -
1.2 Tlumení bolestí	- 9 -
1.2.1 Historický vývoj.....	- 9 -
1.2.2 Počátky regionální analgezie.....	- 11 -
1.3 Metody porodnické analgezie.....	- 12 -
1.3.1 Nefarmakologické metody	- 12 -
1.3.1.1 Psychologické metody	- 12 -
1.3.1.2 Hypnóza	- 13 -
1.3.1.3 Audioanalgezie	- 13 -
1.3.1.4 Užití bylinných extraktů.....	- 13 -
1.3.1.5 Akupunktura	- 13 -
1.3.1.6 Elektroanalgezie.....	- 13 -
1.3.1.7 Alternativní polohy při porodu	- 14 -
1.3.1.8 Hydroanalgezie	- 14 -
1.3.2 Farmakologické metody	- 15 -
1.3.2.1 Systémová analgezie	- 15 -
1.3.2.2 Inhalační analgezie.....	- 16 -
1.3.2.3 Místní analgezie	- 16 -
Infiltrace Haedových zón	- 16 -
Infiltrace pochvy a perinea.....	- 16 -
1.3.2.4 Regionální analgezie	- 17 -
Pudendální analgezie.....	- 17 -
Paracervikální analgezie	- 17 -
Kaudální analgezie.....	- 17 -
Epidurální analgezie.....	- 17 -
Subarachnoidální analgezie.....	- 18 -
Kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie	- 18 -
1.4 Epidurální (peridurální) analgezie	- 18 -
1.4.1 Indikace k podání epidurální analgezie	- 19 -
1.4.1.1 Indikace ze strany matky.....	- 19 -
1.4.1.2 Indikace ze strany plodu	- 19 -
1.4.1.3 Jiné porodnické indikace.....	- 20 -
1.4.2 Kontraindikace	- 20 -
1.4.3 Postup při epidurální analgezi	- 21 -
1.4.3.1 Souprava pro epidurální analgezi.....	- 22 -
1.4.4 Možné nežádoucí účinky.....	- 22 -
1.4.5 Přednosti epidurální analgezie.....	- 23 -
1.4.6 Nedostatky epidurální analgezie	- 23 -
2. Praktická část	- 24 -
1.5 Metodika výzkumu	- 24 -
1.6 Charakteristika výzkumného vzorku	- 24 -
3. Výsledky analýzy výzkumného šetření.....	- 25 -
4. Diskuse.....	- 44 -
Závěr	- 48 -
Seznam použitých zdrojů	- 49 -
Seznam zkratk	- 50 -
Seznam tabulek	- 51 -
Seznam grafů	- 52 -
Seznam příloh	- 53 -

1. Úvod

Porodní bolest je jedinou bolestivou reakcí člověka, která nevzniká z důvodů nemoci, ale má fyziologickou příčinu. Jedná se o účelnou reakci, která připravuje těhotnou ženu na očekávaný porod. Prožitky porodních bolestí jsou zcela individuální a závisí na celé řadě aspektů které se odvíjí od somatických, psychických a sociálních vlivů.

Ve správnou dobu podaná vhodná analgezie usnadní přerušení bludného kruhu: strach-napětí-bolest nebo umožní této situaci zcela předejít.

Rozvoj vědeckého poznání rozšířil naše znalosti o podstatě bolesti a o mechanismech, jimiž bolest ovlivňuje průběh porodního děje. Tlumení porodních bolestí se stalo nejen účinné, ale i bezpečné.

Během své praxe na porodním sále jsem se setkávala s rodičkami, které očekávaly, že jim bude od porodních bolestí ulehčeno. Velmi mě zaujala porodnická epidurální analgezie, která je v současné době považována za nejúčinnější metodu tlumení porodních bolestí. Ošetrovatelská péče o rodičky s epidurální analgezií vyžaduje odbornou znalost techniky aplikace, možných komplikací a vedlejších účinků na porodní děj.

Na tuto problematiku jsem se rozhodla zaměřit svou bakalářskou práci. Celkovým smyslem bakalářské práce je zjistit, jak hodnotí tuto metodu ženy, které podstoupily porod v epidurální analgezií, jaké možné nežádoucí účinky se nejčastěji vyskytují a jak se projevují.

1. Teoretická část

1.1 Bolest

Bolest je podle WHO definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Je vždy subjektivní.

Vnímání bolesti je individuálně rozdílné, každý vnímá a prožívá bolest jinak. Výjimečně existuje vrozená necitlivost k bolesti. Stejná osoba však může vnímat bolest rozdílně za rozdílných podmínek (v různou denní dobu, během aktivity nebo klidu). Z hlediska přežívání organismu je nepříjemnost bolesti důležitým faktorem, který ho vede k tomu, aby se bolesti a tudíž i poškození vyhýbal.

(Miloschewski, D., 1999 str.17)

1.1.1 Charakter porodní bolesti

Porodní bolest představuje zvláštní kategorii bolesti, kde se prolíná její fyziologický význam s patofyziologickými mechanismy. Porodní bolest je přirozený stav, který provází téměř každý porod. Porodní bolesti jsou fyziologické, ale pro některé ženy nesnesitelné. Z hlediska nejmodernějších poznatků v anesteziologii je dnes možné porodní bolest významně redukovat.

(Pařízek, A., 2002, str.125)

Bolest v I.době porodní je bolest viscerální (tupá). Má původ v děložním těle a narůstá s postupem I.doby porodní. Aferentní dráhy jdou cestou zadních míšních provazců Th11-Th12 a L1 a promítají se do kožních dermatomů Th11 a Th12 a s postupem porodu do rozšířené zóny od Th10 do L2. Postup hlavy plodu do pánve ke konci I.doby porodní vede ke tlaku na lumbosakrální plexus a vyvolává bolest i v segmentech L2-S1.

Bolest v II.době porodní je bolest somatická (ostrá). Aktivuje somatická vlákna v sakrálních segmentech S2, S3, S4 (nervus pudendus).

Trvání porodní bolesti je individuální. Průměr v I.době porodní je u prvorodiček 8 hodin ,u vícero diček 5-6 hodin .Bolest ve II.době porodní je u primipar asi 50 minut,u multipar zhruba 10-15 minut.

(Roztočil,A., 2001, str.279)

1.1.2 Vliv porodní bolesti na matku a plod

Porodní bolest vyvolává segmentální a suprasedimentální reflexní odpovědi .Zvyšuje se ventilace,je stimulován sympatický nervový systém s výsledným zvýšením srdečního výdeje a spotřebou kyslíku. Jsou sníženy gastrointestinální a urogenitální funkce .Změny acidobazické rovnováhy a zvýšené vyplavování katecholaminů zhoršují uteroplacentární perfuzi a dochází i ke snížení děložních kontrakcí .V důsledku uvedených změn je plod ohrožen hypoxemií a metabolickou acidózou, což působí negativně zejména na nezralé plody.Jediným řešením vzniklé situace je odstranit bolest a tím přerušit bludný kruh strach-napětí-bolest. Dalším negativním důsledkem mohou být emoční poruchy matky a negativní ovlivnění vztahu matky k dítěti.

(Roztočil, A.,2001,str.279)

1.2 Tlumení bolestí

1.2.1 Historický vývoj

Porodní bolesti se řadí k nejsilnějším bolestivým zážitkům, které člověka mohou v životě potkat .Proto se lidé odjakživa snažili porodní bolesti mírnit .Způsob analgezie při porodu závisel na rozvoji poznatků určité společnosti a také na jejím náboženství .Během porodu byla ženám poskytována pomoc, v rámci které se mísily přístupy empiricko-rationální s prvky magickými. Panoval názor ,že vše zlé, i bolest a nemoc, způsobují zlí démoni, proti nimž bojují lidem naklonění bohové. Je známo, že i porod měl své bohyně-např.v Babyloně jí byla Ištar, u starých Židů bohyně Laberta.

Obecně se vedení porodu a pomoc při něm lišila v souvislosti úrovně myšlení, zkušenostmi a v kultuře. Například odhánění zlých démonů prováděné šamanem tancujícím

kolem ohně, sypání soli kolem lůžka rodičky, modlitby k patronkám porodu, používání kultovních pásů a amuletů, dotýkání se medailonů apod.

Přelom nastal v zemích, ve kterých se s rozvojem poznání začíná oddělovat racionální medicína od magického světa. Počátky moderní porodnické analgezie položil edinburský porodník James Young Simpson v první polovině 19. století, který zavedl přes velký odpor skotské puritánské společnosti používání chloroformu na tlumení porodních bolestí.

Analgezie v porodnictví nacházela jen velmi obtížně a pomalu své pevné místo. Mnoho duchovních a někteří soudobí lékaři byli toho názoru, že bolest při porodu je vůle Boží. Vycházeli přitom z biblického textu, kde Bůh řekl ženě (Genesis, 3:16): „Velice rozmnožím tvé trápení i bolesti těhotenství, syny budeš rodit v utrpení, budeš dychtit po svém muži, ale on nad tebou bude vládnout.“

Spory Simpsna s jeho okolím trvaly šest let a skončily v okamžiku, kdy James Clark, královský porodník doporučil Simpsonův objev královně Viktorii (1819-1901). Informace o Simpsonových pokusech s éterem a později s chloroformem se stávají inspirací pro další lékaře a Simpson má brzy řadu následovníků. V druhé polovině 19. století se začíná u porodu s intramuskulárním a intravenózním podáváním sedativ a analgetik. Jsou známé pokusy s aplikací opia a sloučenin bromidů.

www.porodnici.cz

Na začátku minulého století byla zavedena do porodní analgezie kombinace morfin (morphin)-scopolamin (hyoscin), která navozovala tzv. mráкотný spánek. Tato metoda nabyla velké obliby a byla používána až do 40. let. Morfin často způsoboval deprese dýchání plodu a scopolamin vedl občas k neklidu matky. Ve 20. letech minulého století získaly oblibu barbituráty. Ve vysokých dávkách však vedly k poruchám dýchání až k apnoe novorozenců. Opiáty jsou používány k tlumení bolestí při porodu dodnes.

(Remedia, 1-2/95, str. 47)

1.2.2 Počátky regionální analgezie

J. Y. Simpson se kromě inhalačních anestetik věnoval i výzkumu o možnostech a výhodách lokálních anestetik. Jako první použil termín lokální anestezie a své neúspěšné pokusy s nejrůznějšími látkami publikoval.

Koncem 19. století byla poprvé vyzkoušena a popsána blokáda nervového plexu. Použil ji newyorský neurolog Leopard Corning (1855-1923), který aplikoval kokain do intervertebrálního prostoru u psa. Není však přesně známo, zda byla použita epidurální či subarachnoidální blokáda.

V roce 1900 byla poprvé popsána A.Kresem spinální anestezie při vaginálním porodu. Její užívání se i přes složité začátky aplikace v Evropě rozšířilo do USA. Zde si tato metoda získala velkou oblibu.

Na začátku 20.století byla popsána většina technik regionální anestezie. Postupně se do praxe zavedla paravertebrální, interkostální, pudendální, paracervikální blokáda. Také objevení epidurální analgezie a anestezie spadá do 20. století. Neurolog Jean-Athanse Sicard a urolog Ferdinand Cathelin ,dva na sobě nezávisle pracující lékaři, jako první provedli kaudální analgezii. Její využití při bolestivých porodech předvídal Ferdinand Cathelin.

V roce 1921 byla nově zavedena metoda lumbální analgezie, kterou později rozvinul A.M.Doglioti z Turína r.1930. V r.1931 se pokusil Eugen Bohdan Burel z Rumunska pomocí vzlínání místního anestetika po niti z hedvábí dosáhnout kontinuální blokády lumbálních nervových plexů. I když jeho pokusy byly logické, p v praxi nebyly příliš účinné.

Významným pokrokem v kontinuální spinální anestezii se stala nová technika ,kterou poprvé popsal Lemon v roce 1940 v USA. Lemmon ponechal spinální jehlu in situ tak, že při přetočení pacienta na záda zůstala dostupná otvorem v operačním stole. Na jehlu se poté nasadila gumová hadička, přes kterou přidával prokain.

V roce 1944 byla vynalezena jehla pro punkci a popsáno zavedení katétru do epidurálního prostoru. Autorem byl Edward Boyce Tuohy. V letech 1950-1955 zaznamenala neuroaxiální analgezie a anestezie prudký pokles popularity, naopak dochází k rozkvětu anestezie celkové. Vznikla totiž mylná domněnka, že regionální techniky nejsou

potřeba. Jedním z příčin byl strach z těžkých neurologických poškození. Teprve čas ukázal, že komplikace regionální anestezie napadaly na metodu regionální anestezie, ale na chybnou manipulaci s anestetiky a nezkušenost odborných lékařů.

(Pařízek,A., 2002, str.38-40)

1.3 Metody porodnické analgezie

1.3.1 Nefarmakologické metody

1.3.1.1 Psychologické metody

Vědomí, že se při porodních bolestech nejedná o ohrožující zážitek, který by přinášel nebezpečí pro matku a plod, ale naopak fyziologický pochod, je důležitý psychologický faktor pro odstranění pocitu strachu z porodu. Podstatou předporodní přípravy je vytvořit u ženy reflexy, které jsou vázány na porodní proces, nevedou k bolestivým prožitkům, ale k aktivnímu soustředění se na jiné podněty-dýchání, svalovou relaxaci apod. Termín psychoprofylaxe se začal používat původně v Rusku a v 50.letech psychoprofylaxi dále rozvinuli Lamaze a Vallay ve Francii. Jejím základem jsou Pavlovovy podmíněné reflexy. Není slibována bezbolestnost při porodu. Při správně psychologicky vedeném porodu se významně sníží spotřeba analgetik a anestetik .Strach vyvolává svalovou tenzi a ta způsobí bolest ,proto je úkolem předporodní přípravy snižovat míru strachu a nacvičit relaxaci ženy ještě před začátkem porodu.

Předporodní psychologická příprava je dnes již detailně propracována. Většinou porodními asistentkami organizované kurzy obsahují přednášky o anatomii ,fyziologii těhotenství a porodu, provádí se v nich nácvik dýchání a relaxace během porodu .Kvalitní předporodní příprava je velmi užitečným doplňkem všech ostatních metod porodnické analgezie.

1.3.1.2 Hypnóza

Metoda je založena na kombinaci silné sugesce a distrakce-izolace od nepříjemného zážitku a koncentrace na jiný, vnesený, podstatně příjemnější zážitek. Hypnóza je časově náročná metoda a vedle senzitivní ženy vyžaduje zkušeného odborníka-hypnotizéra. Hypnóza je z hlediska individuální sugestibility účinná asi jen u 25% rodiček.

1.3.1.3 Audioanalgezie

Audioanalgezie zmírňuje nebo potlačuje pocit bolesti reorganizací aktivity mozkové kůry. Podstatou je dráždění sluchového centra během kontrakcí „bílým šumem“, což je směs všech slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě. Metoda vyžaduje potřebné přístrojové vybavení.

1.3.1.4 Užití bylinných extraktů

Bylinné extrakty je možné používat inhalačně, nebo formou olejových roztoků. Používají se např. extrakty z levandule, hřebíčku, šalvěje. Směsi olejů obsahují např. jasmín, šalvěj muškátovou, kadidlo rozpuštěné v mandlovém oleji.

1.3.1.5 Akupunktura

Akupunktura se využívá v Číně a v zemích jihovýchodní Asie více než 5000let a zahrnuje princip energie Chi, která protéká 12 drahami spojenými s vnitřními orgány. Akupunktura bývá vysvětlována jak uvolňováním endorfinů a enkefalinů, tak i vrátkovou teorií regulace a modulace bolesti. Někteří autoři zdůrazňují neúčinnost akupunktury na mírnění porodních bolestí u žen bílé rasy.

1.3.1.6 Elektroanalgezie

V případě elektroanalgezie se využívá proměnlivých elektrických stimulů na kůži na obou stranách páteře v oblasti obratlů Th11-L1. Síla proudu je maximálně 40 mA a frekvence 40-15 Hz. Tato metoda je vhodná zejména při sakrálních bolestech během porodu. Nástup účinku není okamžitý a rozvine se do 40 minut. Elektroanalgezie je neškodná metoda pro matku a plod, ale není příliš účinná.

1.3.1.7 Alternativní polohy při porodu

Poloha rodičky na zádech je nefyziologická. I. doba porodní může být naopak zkrácena a usnadněna ve vertikální poloze rodičky. Je potvrzeno, že laterální poloha zlepšuje uteroplacentární perfúzi a že poloha v podřepu usnadňuje II. dobu porodní. Michel Odent podporuje myšlenku výběru polohy samotnou matkou. Monitoring plodu může být při některých alternativních polohách obtížný nebo dokonce nemožný, což je nevýhodné a pro plod riskantní. Přání rodičky vybrat si úlevovou polohu by mělo být pokaždé akceptováno, ovšem vždy v rámci bezpečnosti matky i plodu. Zejména bychom měli eliminovat polohu rodičky na zádech, obzvláště v I. době porodní, protože je z hlediska plodu hemodynamicky nevýhodná.

(Moderní babictví, č.3, 2004, str.21-23)

1.3.1.8 Hydroanalgezie

Užívání vodních koupelí pro zmírnění porodních bolestí je známo po staletí. Koupele, relaxační sprchy, horké nebo studené obklady, termofory přikládáné na oblast beder rodičky se začaly opět zdůrazňovat během posledních 20 let.

Pobyt v teplé vodě přináší příjemné pocity, které mají navozovat zvýšení vyplavování endogenních opioidů a současně nižší produkci katecholaminů. Popisuje se rychlejší dilatace děložní branky, zkrácení porodu a nižší četnost operačních intervencí.

Základní metody hydroanalgezie u porodu jsou:

- relaxační koupel
- porod do vody
- intradermální injekce (obstříky) sterilní vodou

(Pařízek, A., 2002, str.216)

1.3.2 Farmakologické metody

1.3.2.1 Systémová analgezie

Systémová analgezie představuje soubor způsobů, kdy se podáním centrálně účinných látek modifikuje vnímání bolesti-zvýšením prahu vnímané bolesti a změnou jejího emocionálního náboje.

Přehled analgetik:

„Malá“analgetika (zejména deriváty kyseliny acetylosalicylové a phenacetinu)-analgetický účinek těchto látek je docílen potlačením syntézy prostaglandinů. Všechny tyto látky mají všeobecně známé vedlejší účinky a mohou u plodu vyvolat předčasné uzavření ductus arteriosus (Bottalova dučej) s následnou plicní hypertenzí .Tato farmaka se v porodnictví používají omezeně.

„Velká“analgetika:

Morfin-hlavní alkaloid opia působí silně depresivně na dechové centrum novorozence, proto se již v porodnictví nepoužívá.

Pethidin (Dolsin)-syntetický opioid, jehož analgetický účinek se podobá morfinu. Představuje dnes nejvíce používaný opioid .Jeho nadměrná dávka však přesto může přivodit depresi dýchání.Stává se to v důsledku nesprávného načasování aplikace na konci I. doby porodní. Komplikace pethidinu u porodu jsou výraznější a závažnější než v případě epidurální analgezie.

Tramadol je centrálně působící analgetikum, neovlivňuje systém prostaglandinů, ani krevní oběh, netlumí dýchání. Váže se na specifické receptory v CNS, které zpracovávají bolestivé (aférentní) vzruchy .Během porodu je možné tramadol intravenózně podávat formou infuzního roztoku.

1.3.2.2 Inhalační analgezie

Celkové anestetikum se podává inhalačně, ale v přesně dosažených analgetických koncentracích.

Přehled inhalačních anestetik:

Oxid dusíku (oxid dusný, rajský plyn) se dnes podává pouze ve směsi s oxidem (směs se vzduchem je zakázána) v poměru 1:1 ze speciálně konstruovaného technického zařízení.

Dostatečnou inhalační anestezii dnes navozuje 1% enfluran v koncentraci, ale vede k excitaci a ke ztrátě sebekontroly. 0,75% isofluranu přináší sice vyšší analgetický účinek, ale nepříjemný zápach a vysoké finanční náklady jsou překážkou v rutinním podávání.

1.3.2.3 Místní analgezie

Infiltrace Haedových zón

Pro malou účinnost a relativně vysoké množství lokálního anestetika (až 100 ml např 1% trimecainu) se běžně metoda neprovádí.

Infiltrace pochvy a perinea

Nejčastěji používaná metoda v běžné porodnické praxi při znečitlivění pochvy a perinea před epiziotomií, před suturou epiziotomie, před suturou ruptury pochvy a perigea. Výhodou je jednoduchost a finanční nenáročnost.

1.3.2.4 Regionální analgezie

Pudendální analgezie

Lokálním anestetikem se infiltruje oboustranně nervus pudendus, kterým vedou nocicepční vzruchy do míšních segmentů S2-S4, proto postihuje pouze perineum a zevní třetinu pochvy. Pudendální analgezie je jednou z nejčastěji aplikovaných analgetických metod.

Paracervikální analgezie

Lokální anestetikum postihuje vodivost v paracervikálních plexech, které zásobují míšní segmenty Th10-L1. Analgeticky postihuje pro porod významnou část dutiny břišní a horní část pochvy. Metoda se dnes používá ve velmi malé míře.

Kaudální analgezie

Lokální anestetikum se aplikuje do epidurálního prostoru cestou přes hiatus sacralis. Od kaudální analgezie se dnes v porodnictví zcela ustoupilo.

Epidurální analgezie

Lokální anestetikum se aplikuje do epidurálního prostoru, čímž se navodí dočasné přerušování vodivosti (blokáda šíření akčního potenciálu) v nervových vláknech příslušné míšní úrovně. Podá-li se s lokálním anestetikem jako adjuvans opioid (morfin, fentanyl, sufentanyl), vzniká další efekt. Opiát, který by samotný bez lokálního anestetika v epidurálním prostoru nebyl účinný, proniká s lokálním anestetikem do mozkomíšního moku a zde vytváří specifickou vazbu s opiátovými receptory v Rexedových zónách příslušné míšní oblasti. V důsledku této reakce pomáhají opiáty v případě epidurální analgezie u porodu snižovat množství a koncentraci jinak samostatně podaného lokálního anestetika a tak epidurálně podané opiáty vedou ke snížení vedlejších účinků epidurální analgezie, zejména hypotenze a poruchy motoriky. Opiáty dále přispívají k urychlení nástupu analgezie a k její zvýšené kvalitě a prodlužují i analgetický účinek.

Subarachnoidální analgezie

Tato metoda je výhodnější v jednodušším technickém provedení, v rychlejším nástupu účinku a v menším množství podané analgetické směsi. Ta se aplikuje přímo do mozkomíšního moku, tím je ovlivněno šíření bolestivých vzruchů jak po nervových drahách, ale i přímo v míše. Ovlivňuje hemodynamiku a motoriku. Nevýhodami jsou vyšší riziko infekce mozkomíšního moku, častější vznik pruritu, fetální bradykardie a postpunkční cefalea. Analgetická dávka se aplikuje jednorázově. Zavádění velmi tenkého katetru je ojedinelé a nese i svá rizika.

Kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie

Předností je rychlý nástup účinku do 5 minut a urychlení I. doby porodní, minimální ovlivnění hemodynamiky a motoriky subarachnoidální metody a možnost prodloužení analgezie epidurální. Nevýhodou tohoto způsobu je technická náročnost, častější bradykardie plodu po aplikaci, pruritus a možný přechod anestetik podaných do epidurálního prostoru do prostoru intratekálního.

Tento způsob regionální analgezie není v porodnictví hojně využíván.

(Moderní babictví 3, 2004, str.23-29)

1.4 Epidurální (peridurální) analgezie

Kontinuální segmentální katérová epidurální analgezie je metodou volby pro farmakologické ztišení bolesti v průběhu spontánního vaginálního porodu. Uvedená centrální blokáda respektuje více než všechny ostatní techniky nervových blokády fyziologické zvláštnosti mechanismů bolesti v průběhu porodního děje.

(Larsen R. a kol., 2001, str.569)

Velmi malé množství místního anestetika se samostatně nebo s přidaným opioidem podává do epidurálního prostoru. Epidurální prostor je oblast, která leží vně obalů míchy. Vnější obal se nazývá dura mater-tvrdá plena. Je to obal, který chrání míchu a mozek. Předpony epi- nebo peri- znamenají u nebo okolo dura mater. Epidurální tedy česky

znamená:okolo tvrdé pleny. Aby epidurální analgezie nenarušovala fyziologii porodu ,zejména pohyb ženy ,alternativní polohy apod., je třeba podat správnou dávku vhodného lokálního anestetika ve správný čas a na správné místo .Nepatrná dávka opioidu se přidává proto, aby bylo možné snížit dávku místního anestetika na minimum, což je velmi důležité. Tím se podařilo odstranit dřívější nedostatky epidurální analgezie u porodu ,totiž častější pokles krevního tlaku rodičky, nemožnost pohybu během porodu a v některých případech častější porodnické operace. Kromě toho opioid dále způsobuje, že analgezie je kvalitnější než v případě samotného lokálního anestetika. Epidurální analgezie patří k nejčastěji podávaným metodám porodnické analgezie a je u rodiček velmi oblíbená.

(Moderní gynekologie a porodnictví 15, 2006, č. 4, str.528)

1.4.1 Indikace k podání epidurální analgezie

Základní indikace:porodní bolest

1.4.1.1 Indikace ze strany matky

- kardiovaskulární choroby
- plicní choroby
- oční choroby
- neuropatie
- epilepsie
- hepatopatie
- metabolické choroby,zejména diabetes mellitus
- preeklampsie
- nikotinismus,alkoholismus,narkomanie
- úzkostná rodička

1.4.1.2 Indikace ze strany plodu

- partus praematurus
- vícečetné těhotenství
- chronická insuficience placenty
- hypotrofický plod
- poloha plodu koncem pánevním

1.4.1.3 Jiné porodnické indikace

- indukovaný porod(zejména prostaglandiny)
- dystokie cervikokorporální
- stav po operaci děložního hrdla
- porod,kde lze očekávat operační ukončení
- přerušeni těhotenství ve II.nebo III.trimestru(např.z genetické indikace)
- porod mrtvého plodu

(Pařízek, A., 2002, str.257)

1.4.2 Kontraindikace

Kontraindikace epidurální analgezie jsou obecného rázu, především odmítnutí pacientkou, dále poruchy hemokoagulace, místní infekce a sepse.

Kontraindikace z hlediska akutních porodnických stavů jsou:

- placenta praevia
- výhřez pupečníku
- akutní asfyxie plodu

Relativní kontraindikace zahrnují:

- sectio caesarea v anamnéze(možnost přehlédnutí hrozící ruptury dělohy)
- předčasné odlučování lůžka(chybí pocit bolesti)

(Larsen,R., a kol., 2001, str. 570)

1.4.3 Postup při epidurální analgezi

Odebereme podrobnou anesteziologickou anamnézu. Podrobně vysvětlíme rodiče postup při punkci epidurálního prostoru a celý průběh porodu v epidurální analgezi. Rodička podepisuje informovaný souhlas, který se vkládá do dokumentace.

Před vlastní punkcí se natáčí přibližně dvacetiminutový kardiografický záznam a kontrolují se fyziologické funkce. Zahajuje se také prehydratace intravenózním podáním infuze s elektrolyty, jako prevence nežádoucích jevů.

Výkon je prováděn za aseptických podmínek. Nejvhodnější polohou pro aplikaci je levý bok s ohnutím zad do co největšího oblouku, tzv. "kočičí hřbet". Tato poloha zajišťuje ženě dobrý kontakt s podložkou a je lépe omezen nechtěný pohyb při vlastní punkci. Poloha v sedě s předklonem hlavy se volí jen u obézních žen nebo u výrazné skoliózy páteře.

Po uložení do správné polohy se palpačně vyhledá oblast vpichu, kterou je prostor L2-3 a L3-4. Po dezinfekci a zarouškování se infiltruje kůže zad 1% mesocainem. Kůže se probodne silnější jehlou k usnadnění zavedení Tuoyho jehly. Detekce epidurálního prostoru se provádí metoda „ztráty odporu“. Protože u těhotných je tlak v epidurálním prostoru buď atmosférický nebo vyšší, nemusela by být metoda "visící kapky" úspěšná. Stříkačku odpojíme od jehly a zkontrolujeme, zda nevytéká mozkomíšní mok nebo krev. K jednoduššímu zavedení katetru aplikujeme do prostoru asi 3 ml roztoku místního anestetika 0,25% Marcainu. Katetr zavedeme asi 3 cm za špičku jehly, kterou pak opatrně odstraníme a důkladně ho fixujeme.

K analgezi se užívá lokální anestetikum Marcain a opioid Sufenta. Tato kombinace snižuje nežádoucí účinky na motoriku dolních končetin. V podání bolusové dávky se pokračuje v aplikaci buď přes lineární dávkovač nebo opakovanou aplikací malých dávek roztoku.

Kontrolujeme základní životní funkce rodičky, v první půl hodině po 5 minutách a dále každých 15 minut. Veškeré hodnoty a event. medikace zaznamenáváme do anesteziologického záznamu.

(Roztočil, A. a kol., 2001, str.281)

1.4.3.1 Souprava pro epidurální analgezii

- 1 epidurální Tuohyho jehla, velikosti 17 G nebo 18 G, dlouhá 9-10cm
- 1 epidurální katetr 20 G
- 1 jehla pro anestezii kůže
- 1 jehla pro infiltrační anestezii podkoží
- 1x 20ml stříkačka pro místní anestetikum
- 1x 10ml stříkačka pro techniku ztráty odporu
- rouška, tampony
- sterilní rukavice

(Larsen, R. a kol., 2004, str.457)

1.4.4 Možné nežádoucí účinky

Hypotenze může nastat vlivem dočasné blokády nervových vláken sympatiku. Jejím následkem může být snížena uteroplacentární perfuze. Alergie na lokální anestetika amidového typu jsou vzácné, ale nelze je zcela vyloučit a je třeba na ně brát zřetel. Toxicita lokálních anestetik se může v některých případech projevit. Zvláště nebezpečná je rychlá aplikace a vyšší dávka, která může vyvolat generalizované křeče, apnoe, hypoxii a srdeční zástavu. Útlum dechové činnosti může nastat při aplikaci většího množství anestetika do subarachnoidálního prostoru namísto epidurálního.

(Roztočil, A., a kol., 2001, str.282)

1.4.5 Přednosti epidurální analgezie

Hlavní přednost epidurální analgezie spočívá především v její efektivnosti, účinnosti a minimálním riziku pro matku i plod. Má příznivý vliv na porodní proces a psychiku rodičky. Neovlivňuje životní funkce novorozence, ale má vliv na vlákna sympatiku, která způsobují vazodilataci dané oblasti a zlepšují tak uteroplacentární perfuzi. Velkou výhodou je také možnost rozšířit ji na epidurální anestezii, ve které lze provést porodnickou operaci.

(www.porodnice.cz)

1.4.6 Nedostatky epidurální analgezie

Tato metoda představuje náročnost nejen na techniku provedení, ale i z finanční stránky jde o nákladnou záležitost. Tento způsob analgezie vyžaduje zkušeného anesteziologa a vyšší stupeň vybavení porodního zařízení. Určité riziko představuje možná perforace tvrdé pleny s aplikací anestetika do subarachnoidálního prostoru a následným rozvojem postpunkční cefalee nebo totální spinální anestezie. Další možnou nevýhodou je zeslabení děložních kontrakcí.

(www.porodnice.cz)

2. Praktická část

1.5 Metodika výzkumu

Ke sběru dat jsem zvolila anonymní dotazník, který jsem sestavila speciálně pro výzkum své bakalářské práce. Dotazník je technika šetření, při nichž jsou údaje získávány od respondentů písemně na základě vyplňování předtištěných formulářů. Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2009 do března 2010 na porodnickém oddělení Šumperské nemocnice a.s.

Na začátku výzkumu jsem provedla pilotní studii, ve které jsem oslovila 10 respondentem. Na podkladě této pilotní studie jsem stanovila cíle své práce a doplnila otázky v dotazníku.

Dotazník obsahoval celkem 18 otázek. Otázky byly typu uzavřených, kdy respondent má na výběr varianty a označuje tu, která mu nejvíce vyhovuje. Dotazník obsahoval otázky identifikační, pokračoval otázkami zjišťovacími, které se zaměřovaly především na oblast zkušeností s porodnickou analgezií. Všechny získané údaje jsem nejprve vyhodnotila a zaznamenala do tabulek a grafů v programu Microsoft Office Excel.

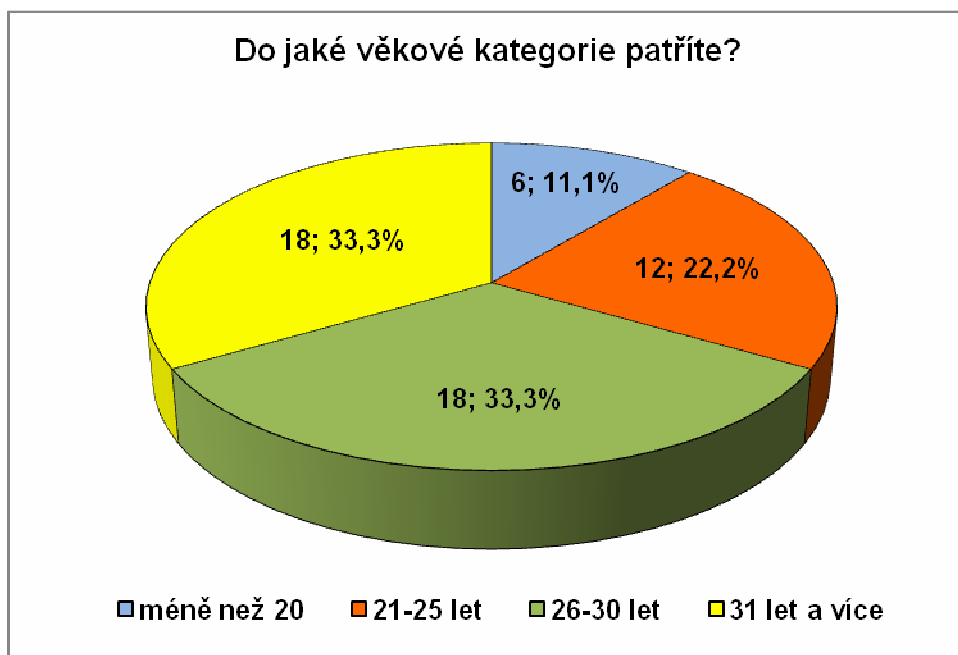
1.6 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvořily ženy po porodech vedených vaginální cestou. Kritériem pro účast na výzkumu bylo podstoupení epidurální analgezie při porodu. Celkem bylo rozdáno a vyplněno 54 dotazníků.

3. Výsledky analýzy výzkumného šetření

1. Do jaké věkové kategorie patříte?		
	Četnost	Procenta
méně než 20	6	11,1
21-25 let	12	22,2
26-30 let	18	33,3
31 let a více	18	33,3
celkem	54	100,0

Tab. č. 1 Věkové kategorie



Obr. č. 1 Věkové kategorie

Z celkového počtu 54 oslovených respondentek je 6 (11,1%) žen ve věku do 20 let , skupinu ve věku 21-25 tvoří 12 (22,2%) žen, 18 (33,3%) žen je ve věku 26-30 let a dotazovaných žen nad 31 let je také 18 (33,3%), jak je znázorněno v tabulce č. 1 a v grafu č. 1.

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?		
	Četnost	Procenta
základní	8	14,8
střední odborné	12	22,2
středoškolské s maturitou	19	35,2
vysokoškolské	15	27,8
celkem	54	100,0

Tab. č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



Obr. č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

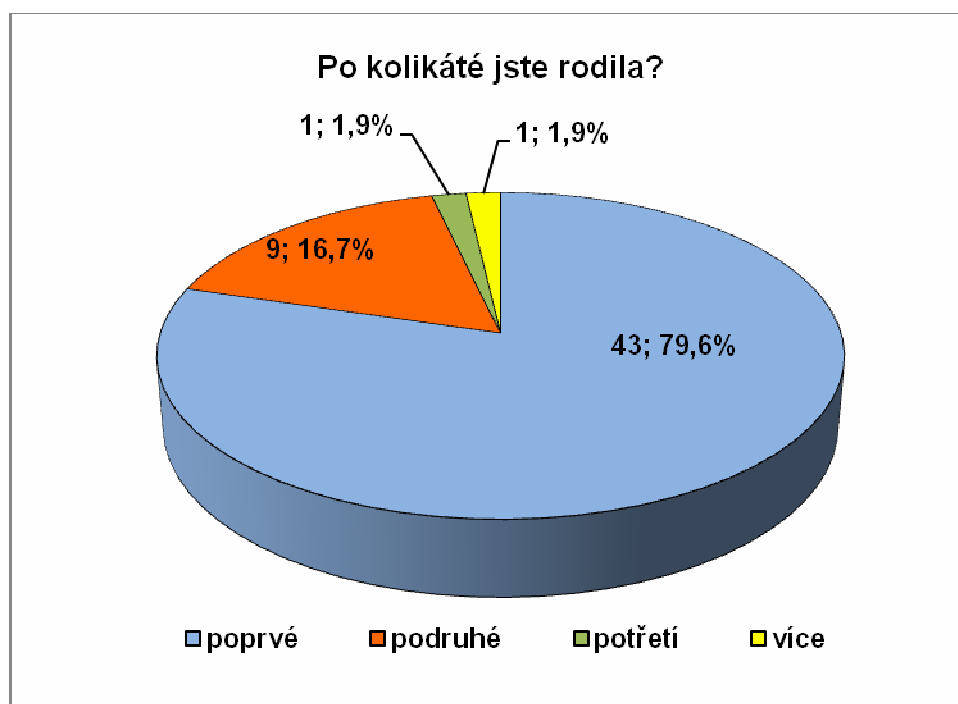
Na grafu č.2 je zobrazeno nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Z celkového počtu 54 dotazovaných žen mělo 8 žen (14,8 %) základní vzdělání, 12 žen (22,2 %) střední odborné vzdělání, 19 žen (35,2 %) vzdělání středoškolské s maturitou a 15 žen (27,8 %) vzdělání vysokoškolské.

Tato otázka nepatří v dotazníku mezi hlavní, zařadila jsem ji pro získání uceleného přehledu o respondentkách.

3. Po kolikáté jste rodila?

	Četnost	Procenta
poprvé	43	79,6
podruhé	9	16,7
potřetí	1	1,9
více	1	1,9
celkem	54	100,0

Tab. č.. 3 Parita žen



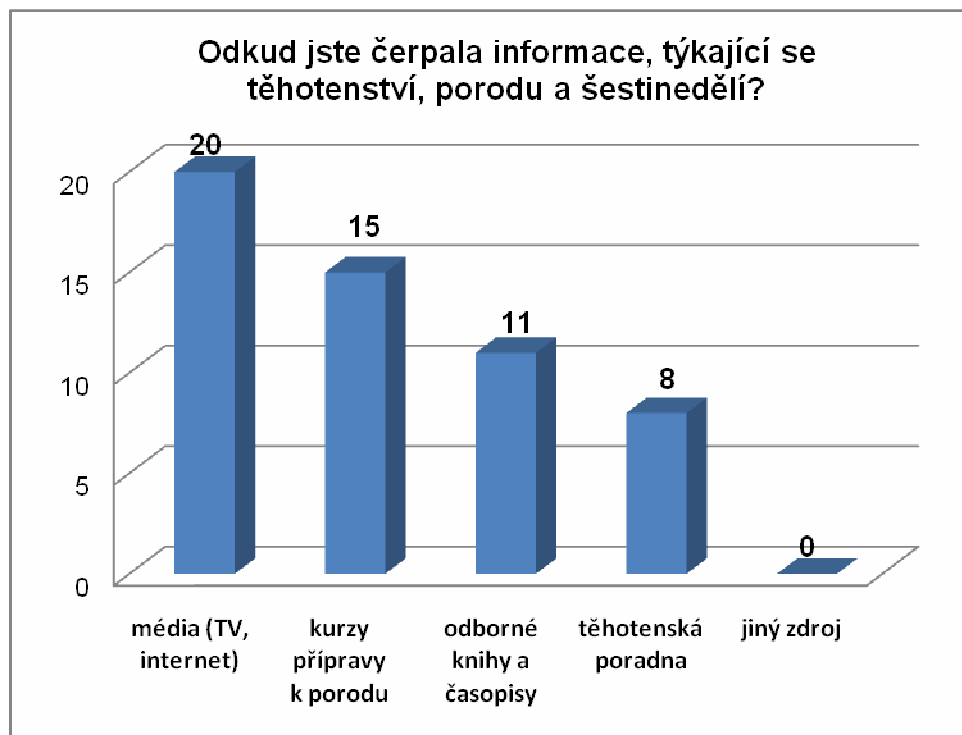
Obr.č.3 Parita žen

Na grafu č. 3 je zobrazena parita žen. Z celkového počtu 54 respondentek bylo 43 žen (79,6%) prvorodiček, 9 žen (16,7%) uvedlo, že rodily podruhé, 1 žena (1,9 %) rodila potřetí a 1 žena (1,9 %) rodila vícekrát, než třikrát.

4. Odkud jste čerpala informace, týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí?

	Četnost	Procenta
média (TV, internet)	20	37,0
kurzy přípravy k porodu	15	27,8
odborné knihy a časopisy	11	20,4
těhotenská poradna	8	14,8
jiný zdroj	0	0,0
celkem	54	100,0

Tab. č. 4 Zdroje informací



Obr. č. 4 Zdroje informací

Z tabulky a grafu č. 4 je zřejmé, že většina dotazovaných získala informace z médií (TV, internet a jiné), tuto skupinu tvoří 20 žen (37,0 %).

Druhou nejvíce využívanou možností k získání informací jsou kurzy přípravy k porodu. Tímto způsobem získalo informace 15 žen (27,8 %).

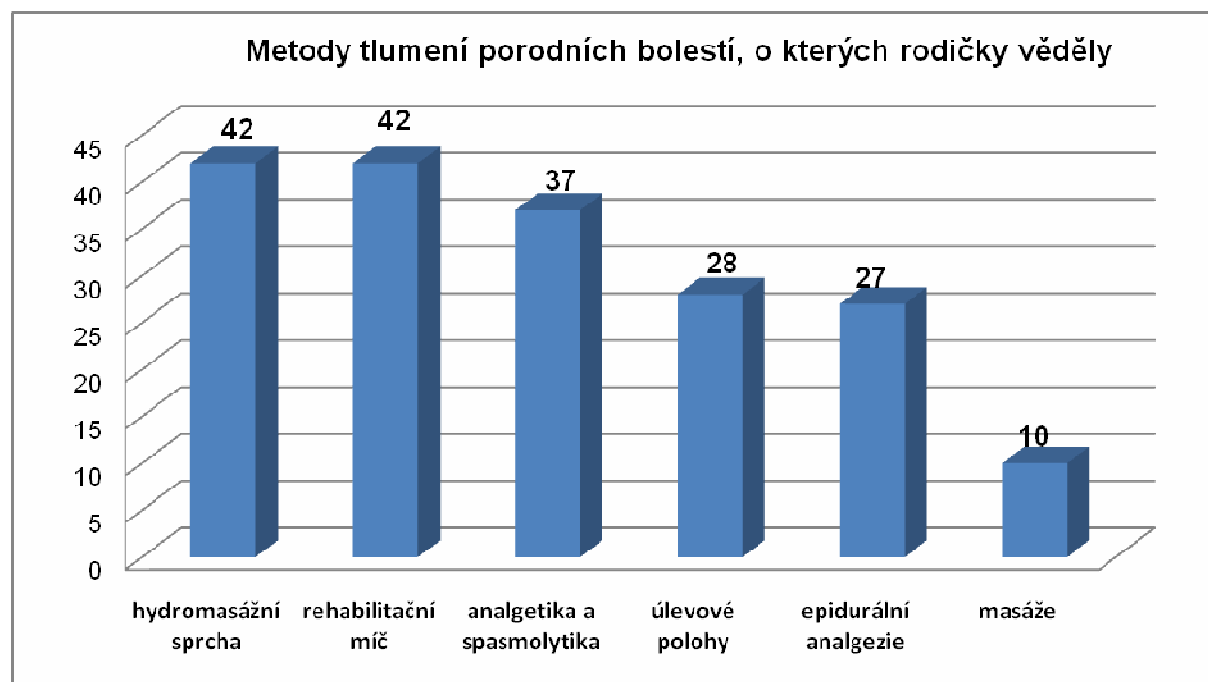
Dalším zdrojem pro získání informací jsou odborné knihy a časopisy. Tuto možnost zvolilo

11 žen (20,4 %). Poradna pro těhotné byla další z možných odpovědí. Touto cestou získalo informace 8 žen (14,8 %). Jiný zdroj k získání informací nevedla žádná z respondentek (0 %).

5. Zaškrtněte uvedené metody tlumení por. bolestí, o kterých jste věděla:

	Četnost	Procenta
hydromasážní sprcha	42	22,6
rehabilitační míč	42	22,6
analgetika a spasmolytika	37	19,9
úlevové polohy	28	15,1
epidurální analgezie	27	14,5
masáže	10	5,4
celkem	186	100

Tab.č. Vědomosti o metodách tlumení porodních bolestí



Obr. č. 5 Vědomosti o metodách tlumení porodních bolestí

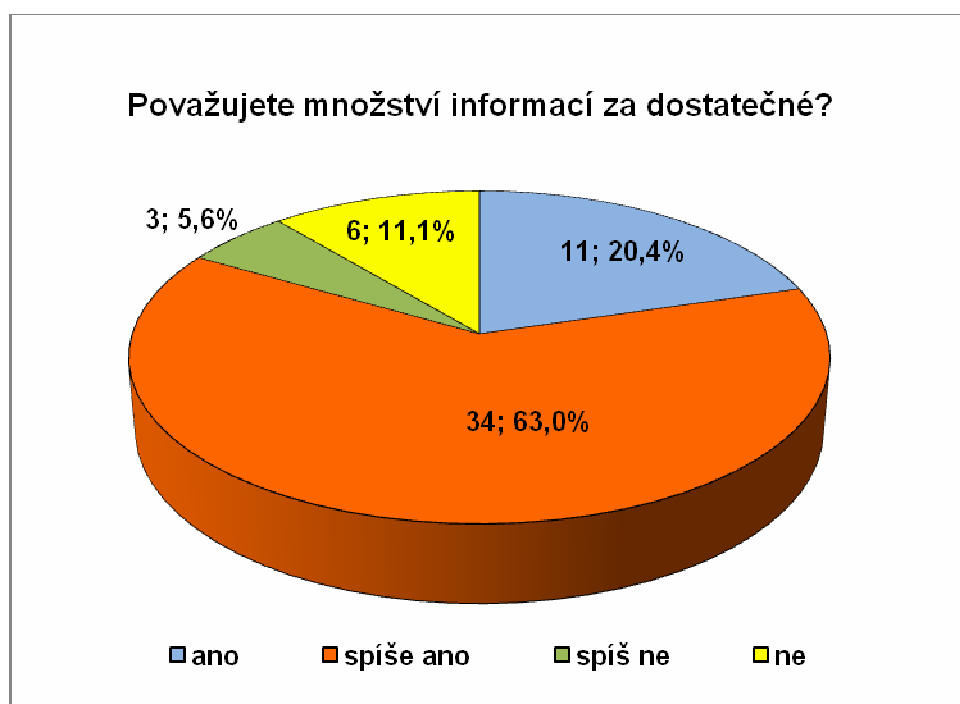
Tabulka č. 5 a graf č. 5 zobrazují, jaké měly respondenty vědomosti o metodách tlumení porodních bolestí. V tomto případě mohly uvést i více vybraných možností.

Nejčastěji uváděly hydromasážní sprchu, 42 odpovědí (22,6 %), rehabilitační míč, 42 odpovědí (22,6 %), analgetika a spasmolytika uvedlo 37 žen (19,9 %), úlevové polohy znalo 28 žen (15,1 %).

Pojem epidurální analgezie znalo 27 žen (14,5 %), masáže uvedlo 10 žen (5,4 %).

6. Považujete množství informací za dostatečné?		
	Četnost	Procenta
ano	11	20,4
spíše ano	34	63,0
spíš ne	3	5,6
ne	6	11,1
celkem	54	100,0

Tab. č 6 Dostatečnost informací

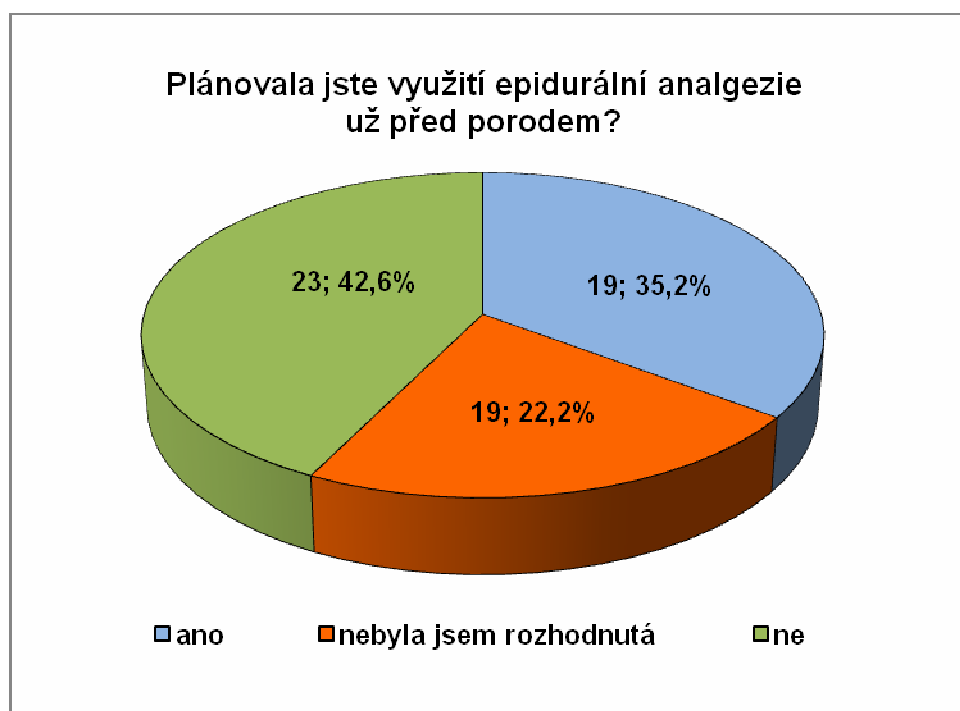


Obr. č 6 Dostatečnost informací

Otázkou č. 6 jsem chtěla zjistit, jak jsou získané informace pro rodičky dostačující. Respondentky vybíraly odpověď ze čtyř variant. Z výsledků je patrné, že informace považuje za dostačující 11 žen (20,4 %), spíše ano 34 žen (63,0 %), spíš ne uvedly 3 ženy (5,6 %). Množství informací jako nedostatečné považuje 6 žen (11,1 %).

7. Plánovala jste využití epidurální analgezie už před porodem?		
	Četnost	Procenta
ano	19	35,2
nebyla jsem rozhodnutá	12	22,2
ne	23	42,6
celkem	54	100,0

Tab. č. 7 Plánování využití EA



Obr. č. 7 Plánování využití EA

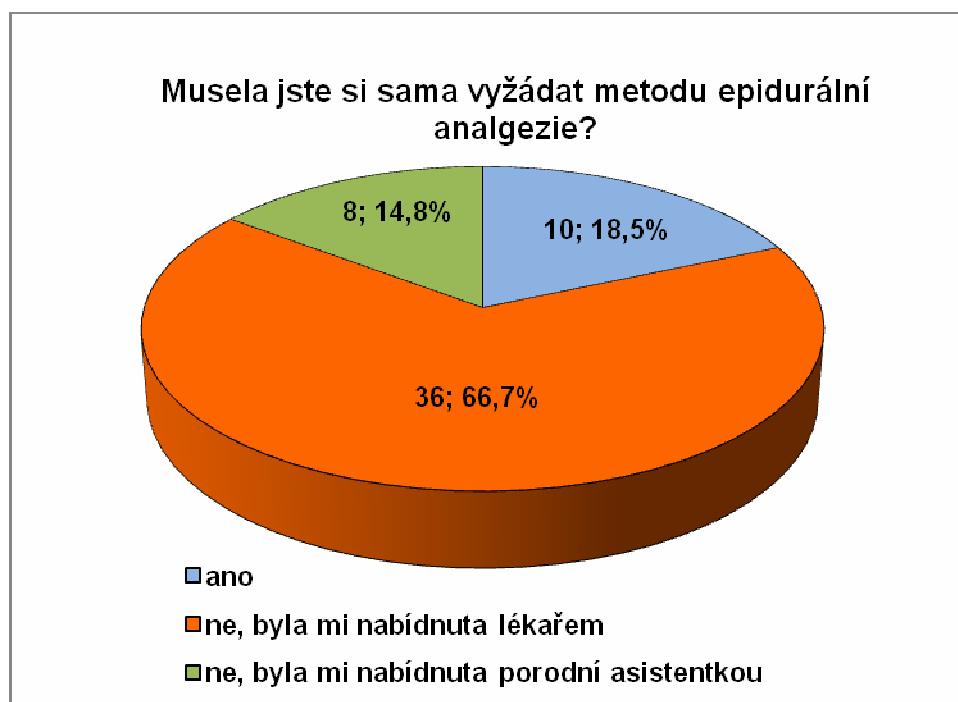
Tuto otázku jsem položila respondentkám se záměrem zjistit, kolik procent rodiček je již v těhotenství rozhodnuto využít epidurální analgezi, jako prostředku zmírnění porodních bolestí.

Z výzkumu vyplývá, že 19 žen (35,2 %) bylo již před porodem rozhodnuto využít tuto možnost, 12 žen (22,2 %) nebylo rozhodnuti.

Zbýlých 23 žen (42,6 %) neplánovalo porod v epidurální analgezi a rozhodly se až po nástupu porodních kontrakcí v I.době porodní.

8. Musela jste si sama vyžádat metodu epidurální analgezie?		
	Četnost	Procenta
ano	10	18,5
ne, byla mi nabídnuta lékařem	36	66,7
ne, byla mi nabídnuta porodní asistentkou	8	14,8
celkem	54	100,0

Tab. č. 8 Vyžádání EA

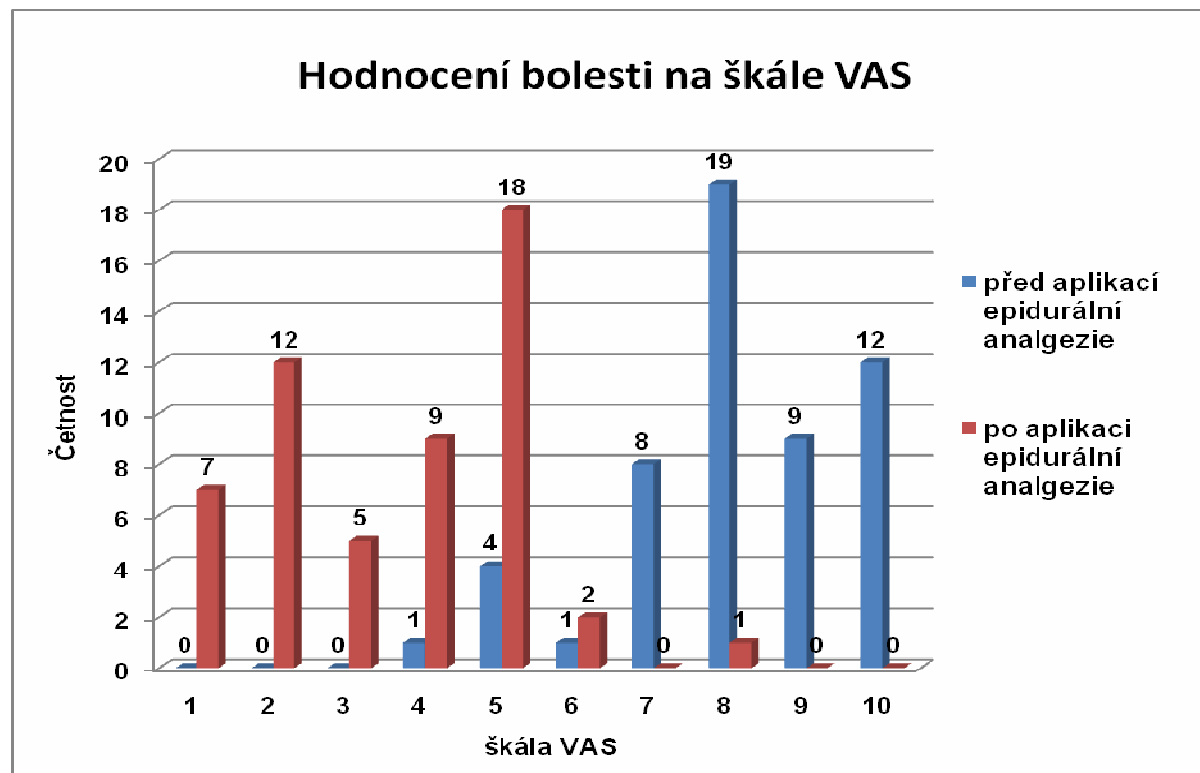


Obr. č. 8 Vyžádání EA

Další otázka výzkumu zjišťovala, jak je aktivní zdravotnický personál na porodním sále v Šumperské nemocnici v nabízení aplikace epidurální analgezie. Tabulka a graf č. 8 znázornují, že 10 rodiček (18,5 %) si musely samy vyžádat epidurální analgezi, lékař na porodním sále nabídl tuto možnost 36 rodičkám (66,7 %) a 8 rodičkám (14,8 %) nabídla tuto možnost porodní asistentka.

VAS	9. Jak hodnotíte bolest před aplikací epidurální analgezie?		10. Jak hodnotíte bolest po aplikaci epidurální analgezie?	
	Četnost	Procenta	Četnost	Procenta
1	0	0,0	7	13,0
2	0	0,0	12	22,2
3	0	0,0	5	9,3
4	1	1,9	9	16,7
5	4	7,4	18	33,3
6	1	1,9	2	3,7
7	8	14,8	0	0,0
8	19	35,2	1	1,9
9	9	16,7	0	0,0
10	12	22,2	0	0,0
Celkem	54	100,0	54	100,0

Tab. č. 9 Hodnocení bolesti



Obr. č. 9 Hodnocení bolesti

V otázce č. 9 měly respondenty označit na vizuální analogové škále (VAS) stupeň bolesti před aplikací EA a v otázce č. 10 měly označit stupeň bolesti po aplikaci EA v I.době porodní. Pro lepší přehlednost a možnost srovnání, jsem odpovědi na tyto dvě otázky zobrazila v jedné tabulce a v jednom grafu.

Před aplikací EA z celkového počtu 54 žen přirovnala 1 žena svou bolest k číslu 4 (1,9 %), 4 ženy k číslu 5 (7,4 %), 1 žena k číslu 6 (1,9 %), 8 žen k číslu 7 (14,8 %), 19 žen (35,2 %) k číslu 8, 9 žen k číslu 9 (16,7 %) a 12 žen k číslu 10 (22,2 %). Čísla 1, 2, 3 na VAS nevedla žádná z dotazovaných žen.

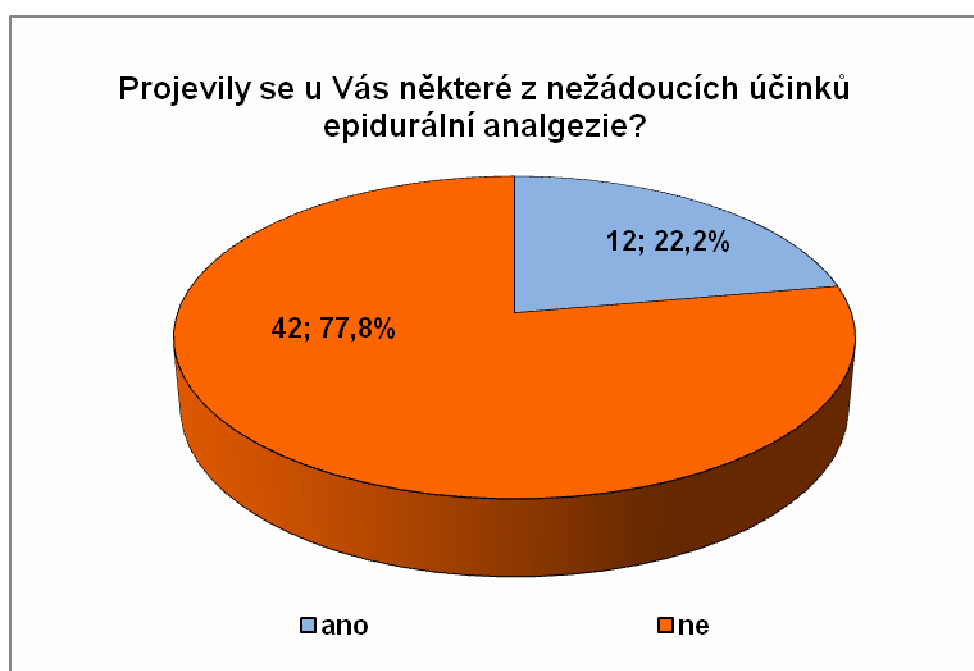
Vyhodnocení otázky č. 10 zobrazuje, jak rodičky vnímaly porodní bolest po aplikaci EA. 7 žen (13 %) označilo číslo 1, 12 žen (22,2 %) číslo 2, 5 žen (9,3 %) číslo 3, 9 žen (16,7 %) číslo 4, 18 žen (33,3 %) číslo 5, 2 ženy (3,7 %) číslo 6 a 1 žena (1,9 %) číslo 8.

Čísla 7, 9, 10 na VAS neoznačila žádná z dotazovaných žen.

Při srovnání hodnocení bolesti na VAS je zřejmé, že se míra bolestivosti děložních kontrakcí v I.době porodní po aplikaci epidurální analgezie výrazně snížila.

11. Projevily se u Vás některé z nežádoucích účinků epidurální analgezie?		
	Četnost	Procenta
ano	12	22,2
ne	42	77,8
celkem	54	100,0

Tab. č. 10 Projevy nežádoucích účinků

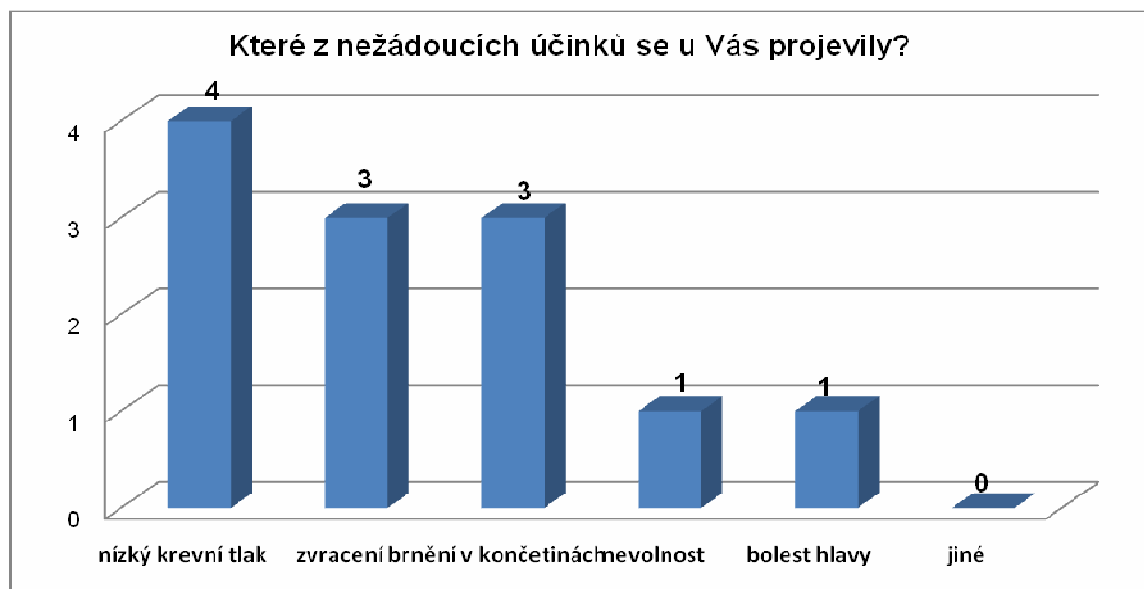


Obr.č. 10 Projevy nežádoucích účinků

Tabulka a graf č. 10 popisuje výskyt nežádoucích vedlejších účinků EA .Nežádoucí účinky EA se projevily u 12 rodiček (22,2 %), 42 rodičky (77,8 %) nepocítily žádné nežádoucí účinky EA.

12. Které z nežádoucích účinků se u Vás projevily?		
	Četnost	Procenta
nízký krevní tlak	4	33,3
zvracení	3	25,0
brnění v končetinách	3	25,0
nevolnost	1	8,3
bolest hlavy	1	8,3
jiné	0	0,0
celkem	12	100

Tab. č. 11 Projevy nežádoucích účinků



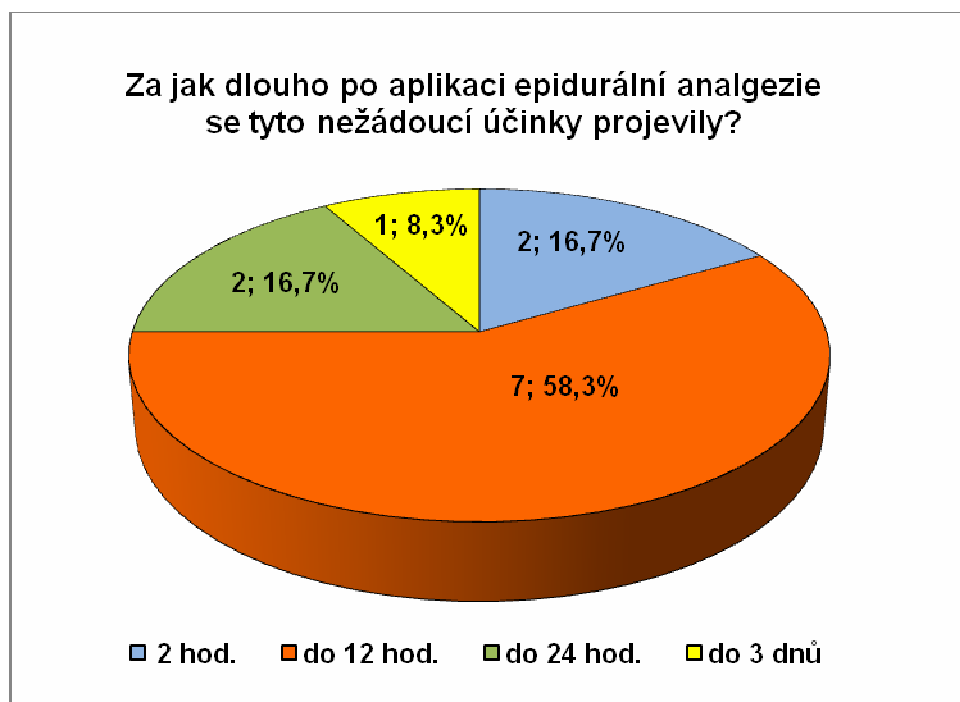
Obr. č. 11 Projevy nežádoucích účinků

Na otázku č. 12 odpovídaly jen ženy, které označily v předchozí otázce možnost a). Z vybraných možností 4 ženy (33,3 %) měly nízký krevní tlak, 3 ženy (25,0 %) udávaly zvracení, 3 ženy (25,0 %) brnění v končetinách, 1 žena (8,3 %) nevolnost a 1 žena (8,3 %) bolest hlavy. Jinou možnost projevu nežádoucích účinků neuvedla žádná z dotazovaných žen.

13. Za jak dlouho po aplikaci epidurální analgezie se tyto nežádoucí účinky projevily?

	Četnost	Procenta
do 20 min.	3	25,0
do 30 min.	6	50,0
do 1 hod.	2	16,7
do 24 hod.	1	8,3
celkem	12	100,0

Tab. č. 12 Doba projevu nežádoucích účinků



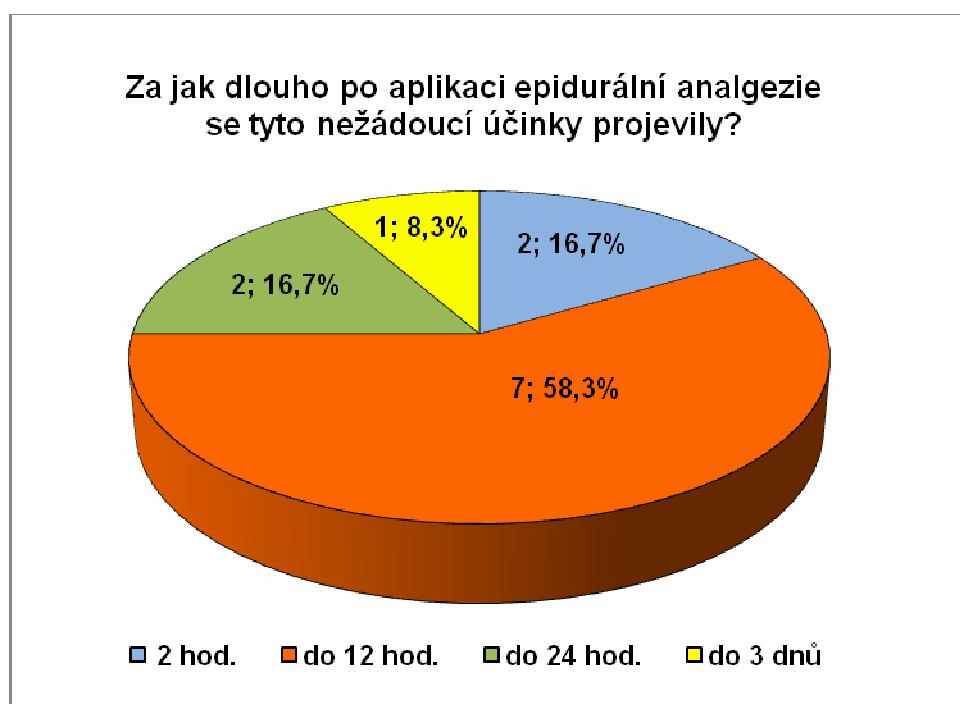
Obr. č. 12 Doba projevu nežádoucích účinků

V otázce č. 13 jsem zjišťovala, za jak dlouho po aplikaci EA rodičky začaly pociťovat některé z nežádoucích účinků. Na tuto otázku odpovídaly jen ženy, které tyto nežádoucí účinky pocítily.

Do 20 min. pocítily nežádoucí účinky 3 ženy (25,0 %), do 30 min. 6 žen (50 %) ,do 1 hodiny 2 ženy (16,7 %), do 24 hodin 1 rodička (8,3 %).

14. Za jak dlouho odezněly projevy nežádoucích účinků?		
	Četnost	Procenta
2 hod.	2	16,7
do 12 hod.	7	58,3
do 24 hod.	2	16,7
do 3 dnů	1	8,3
celkem	12	100,0

Tab. č. 13 Odeznění projevů nežádoucích účinků

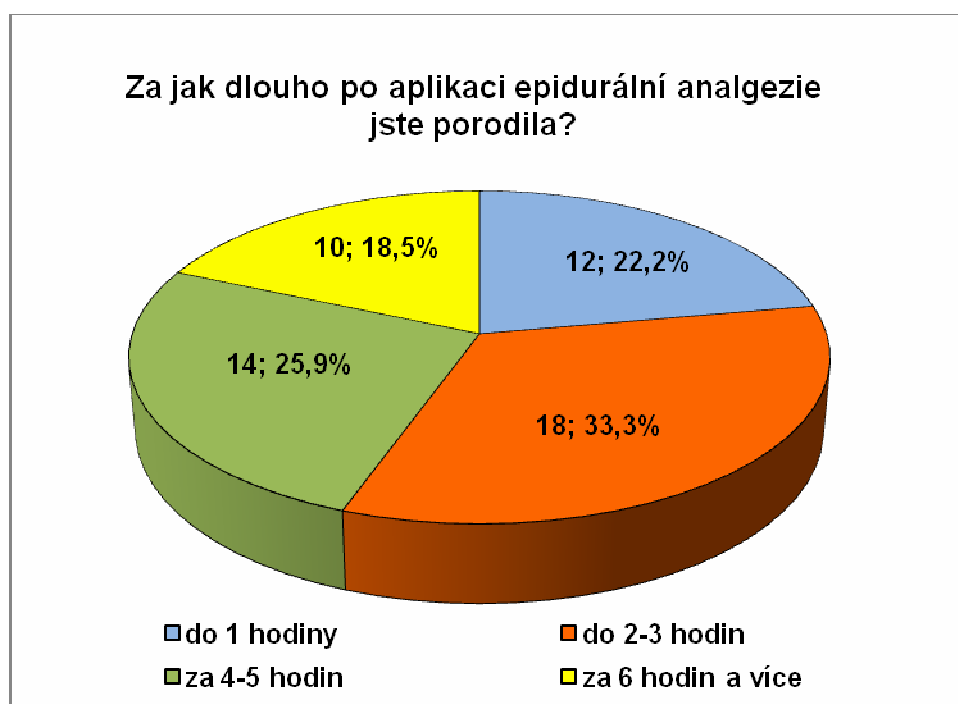


Obr. č. 13 Odeznění projevů nežádoucích účinků

V této otázce respondenty uváděly, za jakou dobu odezněly projevy nežádoucích účinků EA, které pociťovaly po aplikaci EA. Nežádoucí účinky odezněly do 2 hodin u 2 žen (16,7%), do 12 hodin u 7 žen (58,3%), do 24 hodin u 2 žen (16,7%). Pouze jedna žena uvedla odeznění nežádoucího účinku do 3 dnů (8,3%).

15. Za jak dlouho po aplikaci epidurální analgezie jste porodila?		
	Četnost	Procenta
do 1 hodiny	12	22,2
do 2-3 hodin	18	33,3
za 4-5 hodin	14	25,9
za 6 hodin a více	10	18,5
celkem	54	100,0

Tab. č. 14 Trvání I.doby porodní



Obr. č. 14 Trvání I.doby porodní

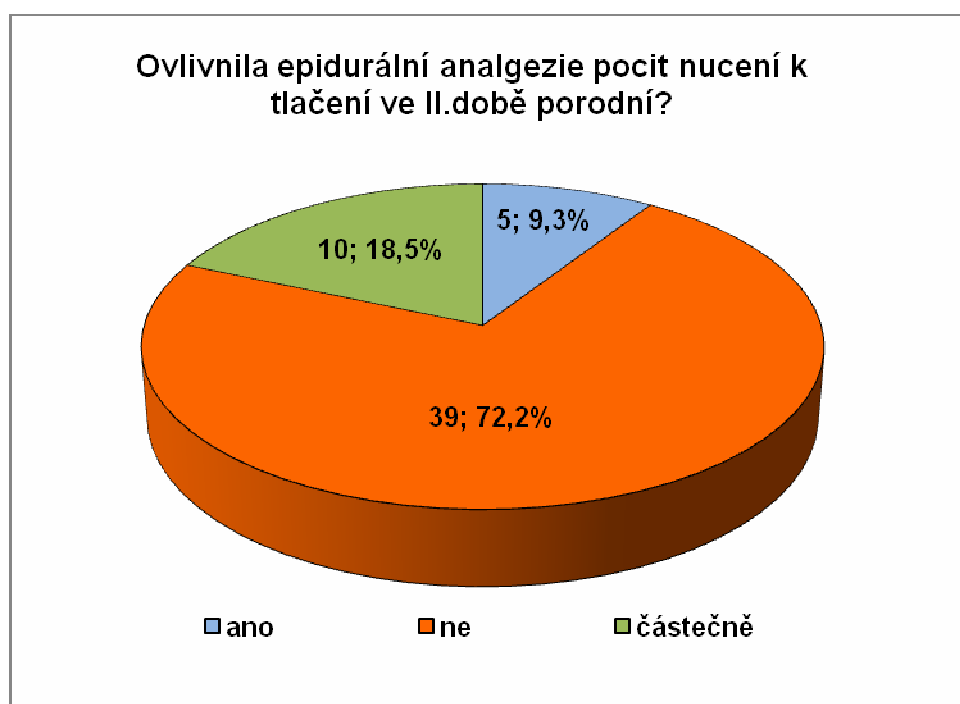
Touto otázkou jsem zjišťovala, jak se podílí EA na délce I.doby porodní.

Do 1 hodiny porodilo 12 rodiček (22,2 %), do 2-3 hodin 18 rodiček (33,3 %), do 4-5 hodin 14 rodiček (25,9 %), za 6 a více hodin 10 rodiček (18,5 %).

Ze získaných výsledků je patrné, že se EA významně podílí i na délce I.doby porodní, protože většina z dotazovaných žen (79,6 %) byly prvorodičky (viz otázka č. 3), u kterých je za přirozených podmínek průměrná délka I.doby porodní 8-12 hodin.

16. Ovlivnila epidurální analgezie pocit nucení k tlačení ve II. době porodní?		
	Četnost	Procenta
ano	5	9,3
ne	39	72,2
částečně	10	18,5
celkem	54	100,0

Tab. č. 15 Průběh II. doby porodní

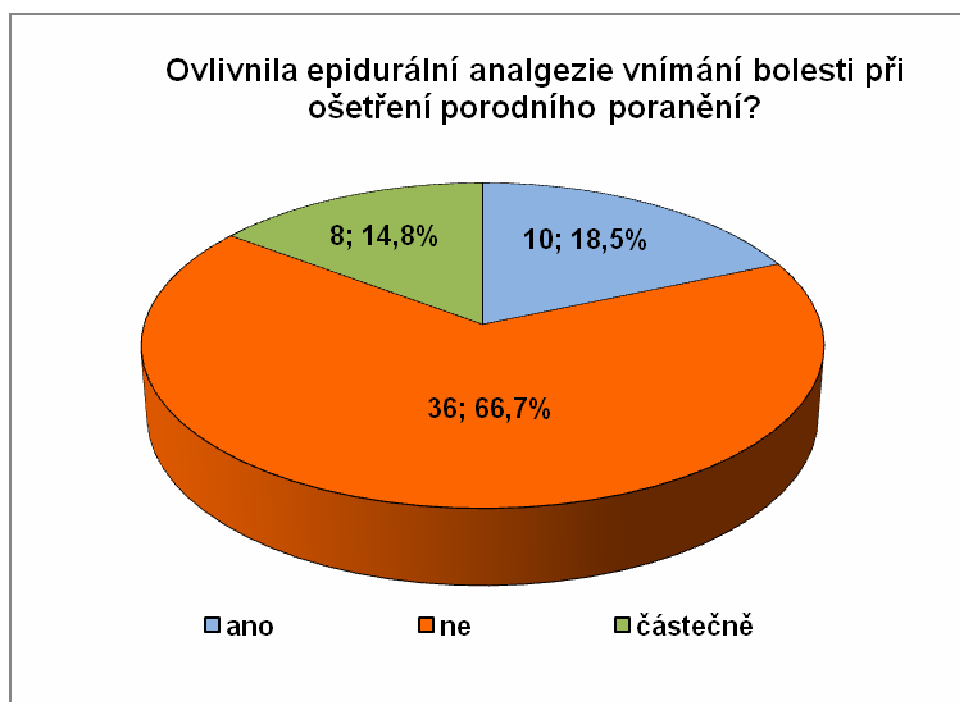


Obr. č. 15 Průběh II. doby porodní

Otázka č. 16 se zabývá vnímáním kontrakcí a tlačení ve II. době porodní .Z celkového počtu 54 dotazovaných žen po spontánním porodu uvedlo 39 žen (72,2 %), že tlačily samy dobře a EA neovlivnila pocit nucení k tlačení, 5 žen (9,3 %) uvedlo, že necítily žádné děložní kontrakce a nevnímaly pocit nucení k tlačení. Možnost částečného ovlivnění II.doby porodní epidurální analgezií uvedlo 10 žen (18,5 %).

17. Ovlivnila epidurální analgezie vnímání bolesti při ošetření porodního poranění?		
	Četnost	Procenta
ano	10	18,5
ne	36	66,7
částečně	8	14,8
celkem	54	100,0

Tab. č. 16 Vnímání bolesti při ošetření porodního poranění

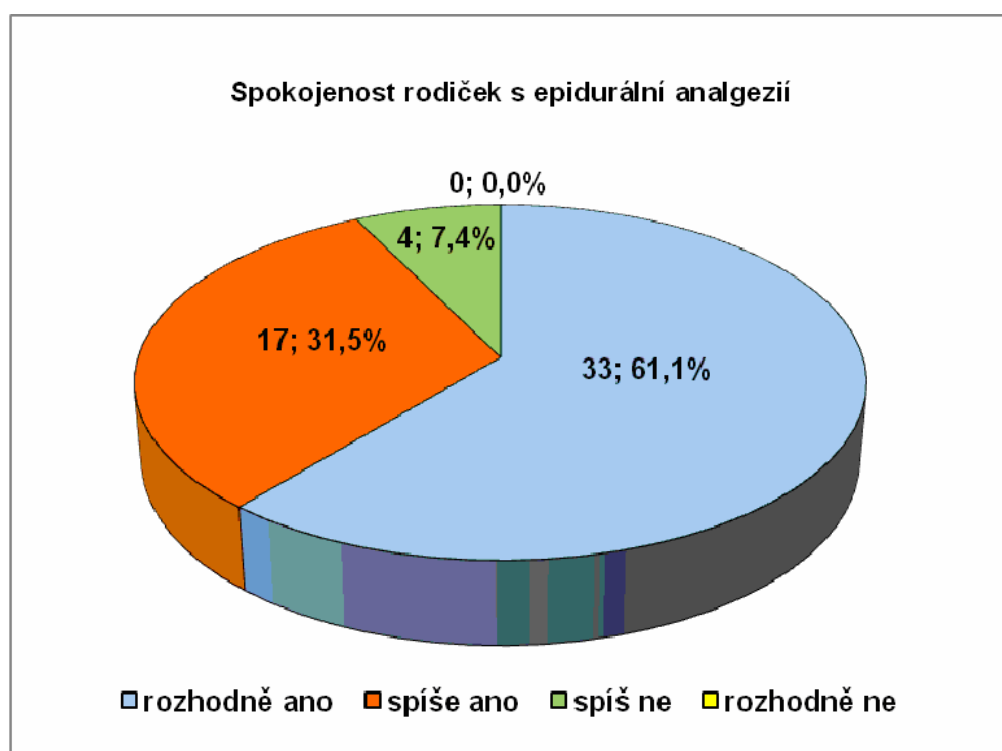


Obr. č. 16 Vnímání bolesti při ošetření porodního poranění

V této otázce jsem se zaměřila na subjektivní vnímání bolesti při sutuře epiziotomie nebo ruptury hráze. Z celkového počtu 54 dotazovaných žen, uvedlo 10 žen (18,5 %) odpověď ano, kdy vnímaly jen slabou bolest, nebo nepříjemné pocity. Odpověď ne označilo 36 žen (66,7 %) a možnost částečně označilo 8 žen (14,8 %).

18. Využila byste při dalším porodu epidurální analgezií?		
	Četnost	Procenta
rozhodně ano	33	61,1
spíše ano	17	31,5
spíš ne	4	7,4
rozhodně ne	0	0,0
celkem	54	100,0

Tab. č. 17 Spokojenost rodiček s epidurální analgezií



Obr. č. 17 Spokojenost rodiček s epidurální analgezií

Z těchto výsledků je naprosto patrné, že porod s epidurální analgezií splnil očekávání rodiček porodu bez bolesti nebo s menší intenzitou bolesti.

Z celkového počtu dotazovaných žen po spontánním porodu by tuto možnost při dalším porodu využilo 33 žen (61,1 %), spíše ano 17 žen (31,5 %), spíš ne 4 ženy (7,4 %).Úplný nezájem o možný další porod v epidurální analgezií nevedla žádná z dotazovaných žen.

4. Diskuse

Názory na mírnění porodních bolestí nejsou dosud jednotné. Jedna část populace preferuje nové a moderní postupy v medicíně a naopak ta druhá část prosazuje návrat zpět k přírodě a odmítá jakékoli zásahy do přirozeného porodního děje. Záleží jen na ženě samotné, zda se rozhodne pro přirozený porod nebo zvolí některou z metod porodnické analgezie.

Ve své bakalářské práci, která je zaměřena na epidurální analgezii při porodu jsem stanovila cíle: zjistit informovanost žen o metodách tlumení bolestí, zhodnotit, jak byly rodičky spokojeny s epidurální analgezií, zdůraznit nejčastěji vyskytovaný nežádoucí účinek po aplikaci této analgezie, čas jeho projevu a odeznění, dozvědět se, jak je zdravotnický personál aktivní v nabízení této analgezie, vyhodnotit pomocí vizuální analogové škály bolesti stupeň bolesti před a po aplikaci epidurální analgezie.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 54 žen (100%). Všechny respondenty podstoupily porod v epidurální analgezii. Ženy byly rozděleny do různých věkových kategorií (Tabulka 1, Graf 1). Ve věku méně než 20 let bylo 6 žen (11,1%). Ve věku 21-25 let odpovídalo 12 žen (22,2%), ve věku 26-30let odpovídalo 18 žen (33,3%) a ve věku 31 let a více také 18 žen (33,3%).

Pro ucelený přehled o respondentkách jsem zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání. Z celkového počtu mělo 8 žen (14,8%) základní vzdělání, 12 žen (22,2%) střední odborné, 19 žen (35,2%) středoškolské s maturitou a 15 žen (27,8%) vzdělání vysokoškolské.

Dále se ve výzkumném šetření zjišťovala parita žen (Tabulka 3, Graf 3). Prvorodiček bylo 43 (79,9%), 9 žen (16,7%) uvedlo, že rodily podruhé, 1 žena (1,9%) rodila potřetí a 1 žena (1,9%) rodila vícekrát, než třikrát.

Výzkumným šetřením se zjišťovalo, odkud čerpaly respondenty informace, týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí (Tabulka 4, Graf 4). Z výsledků je zřejmé, že naprostá většina dotázaných získala informace z médií, tuto skupinu tvoří 20 žen (37,0%). Druhou nejvíce využívanou možností k získání informací jsou kurzy přípravy k porodu. Tímto způsobem získalo informace 15 žen (27,8%). Dalším zdrojem informací jsou odborné knihy

a časopisy, tuto možnost vybralo 11 žen (20,4%). Poradna pro těhotné je další z možných zdrojů informací. Touto cestou získalo informace 8 žen (14,8%).

Trendem dnešní doby je, že se těhotné ženy snaží získat co nejvíce informací. Velkou popularitu získává přirozeně internet. Velmi vhodné je absolvování předporodních kurzů, které jsou již detailně propracovány a vedeny zkušenými porodními asistentkami.

Výzkumným šetřením jsem zjišťovala, jaké mají ženy vědomosti o metodách tlumení porodních bolestí (Tabulka 5, Graf 5). V tomto případě mohly uvést více možností. Nejčastěji respondenty uváděly hydromasážní sprchu, 42 odpovědí (22,6%), analgetika a spasmolytika uvedlo 37 žen (19,9%), rehabilitační míč 42 (22,6%) odpovědí, úlevové polohy znalo 28 žen (15,1%). Pojem epidurální analgezie znalo 27 žen (14,5%), masáže uvedlo 10 žen (5,4%). Z vyhodnocených odpovědí je patrné, že rodičky jsou seznámeny více s nefarmakologickými metodami tlumení bolestí, než s farmakologickými metodami.

Zda jsou získané informace pro rodičky dostačující zobrazuje Tabulka 6 a Graf 6. Z výsledků vyplývá, že informace považuje za dostačující 11 žen (20,4%), spíše ano 34 žen (63,0%), spíše ne uvedly 3 ženy (5,6%). Množství informací jako nedostatečné považuje 6 žen (11,1%).

S množstvím i kvalitou informací souvisí i rozhodnutí žen podstoupit epidurální analgezi při porodu (Tabulka 7, Graf 7). Z výzkumu vyplývá, že 19 žen (35,2%) bylo již před porodem rozhodnuto využít tuto možnost, 12 žen (22,2%) nebylo rozhodnuto. Zbýlých 23 žen (42,6%) neplánovalo epidurální analgezi a rozhodly se až po nástupu porodních kontrakcí. Co se týče epidurální analgezie je velmi vhodné, když má rodička dostatečné množství informací již před porodem.

Tabulka 8 a Graf 8 zobrazují, zda byla epidurální analgezie nabídnuta rodičkám zdravotnickými pracovníky. 10 žen (18,5%) si musely samy vyžádat epidurální analgezi, lékař na porodním sále nabídl tuto možnost 36 ženám (66,7%) a 8 ženám nabídla epidurální analgezi porodní asistentka.

Z výsledků vyplývá, že lékaři i porodní asistentky v Šumperské nemocnici sami aktivně tuto možnost rodičkám nabízejí a snaží se tím usnadnit rodičkám porod.

Hodnocení a identifikace bolesti patří k základnímu zjišťování u rodiček před a po aplikaci epidurální analgezie u porodů vedených vaginální cestou. Rodičky hodnotily bolest před a po podání epidurální analgezie (Tabulka 9, Graf 9). Před aplikací epidurální analgezie přirovnala 1 žena svou bolest k číslu 4 (1,9%), 4 ženy k číslu 5 (7,4%), 1 žena k číslu 6 (1,9%), 8 žen k číslu 7 (14,8%), 19 žen k číslu 8 (14,8%), 9 žen k číslu 9 (16,7%) a 12 žen k číslu 10 (22,2%).

Vnímání porodních bolestí po aplikaci epidurální analgezie označilo 7 žen číslem 1 (13%), 12 žen číslem 2 (21,2%), 5 žen číslem 3 (9,3%), 9 žen číslem 6 (3,7%) a 1 žena číslem 8(1,9%).

Z hodnocení bolesti rodičkami vyplývá, že epidurální analgezie je dostatečně analgeticky efektivní. Nyní se potvrzuje, že nesnesitelná bolest a žádost rodiček patří mezi základní indikaci k provedení epidurální analgezie.

Pro objektivní zjištění spokojenosti rodiček bylo nutné zjistit, zda u nich došlo k projevům nežádoucích účinků epidurální analgezie (Tabulka 10, Graf 10). Nežádoucí účinky se projevily u 12 rodiček (22,2%), 42 rodičky nepocítily žádný z možných nežádoucích účinků. Nejčastěji se u rodiček projevily nízký krevní tlak, 4 ženy (33,3%), 3 ženy uvedly zvracení (25%), 3 rodičky pocítily brnění v končetinách (25%), 1 žena (8,3%) nevolnost a 1 ženy (8,3%) bolest hlavy. Jiný projev nežádoucího účinku neuvedla žádná z dotazovaných žen.

Tyto nežádoucí účinky se projevily nejčastěji do 30 minut po aplikaci, 6 žen (50,0%), do 20 minut u 3 žen (25,0%) , do 1 hodiny u 2 žen (16,7%) . do 24 hodin u 1 ženy (8,3%).

Z Tabulky 13 a Grafu 13 je patrné, že tyto nežádoucí účinky odezněly do 2 hodin u 2 rodiček (16,7%) ,do 12 hodin u 7 rodiček (58,3%) , do 24 hodin u 2 rodiček (16,7%) . Pouze u jedné ženy přetrvávala bolest hlavy 3 dny.

Pro celkový průběh I. doby porodní a zpětné hodnocení porodu s epidurální analgezií bylo nutné zjistit, jak se podílí epidurální analgezie na trvání porodu. Ze získaných výsledků vyplývá, že se epidurální analgezie významně podílí i na délce I. doby porodní. Většina z dotazovaných žen (79,6%) byly prvorodičky, u kterých za přirozených podmínek trvá I. doba porodní 8-12 hodin..

Do 1 hodiny porodilo 12 rodiček (22,2%), do 2-3 hodin 18 rodiček (33,3%) , do 4-5 hodin 14 rodiček (25,9%) , za 6 a více hodin 10 rodiček (18,5%).

Tabulka 16 a graf 16 zobrazují, jak rodičky pociťovaly nucení k tlačení ve II. době porodní, z vyhodnocených odpovědí vyplývá, že u 39 rodiček (72,2%), EA neovlivnila tlak na konečník, 5 rodiček (9,3%) popsalo, že nevnímaly pocit nucení k tlačení. Možnost částečného ovlivnění II. doby porodní připustilo 10 žen (18,5%). Nedostatečné nucení k tlačení vychází podle Pařízka z ovlivnění Fergussonova reflexu nesprávným vedením epidurální analgezie.

Subjektivní vnímání bolesti při ošetření porodního poranění znázorňuje Tabulka 17 a Graf 17 , ovlivnění vnímání bolesti epidurální analgezií připustilo 10 žen (18,5%) , vnímaly jen mírnou bolest. Silnou bolest vnímalo 36 žen (66,7%) a částečné ovlivnění bolesti při šití uvedlo 8 žen (14,8%).

Z dotazníkového šetření je vyplývá, že porod s epidurální analgezií splnil očekávání rodiček porodu bez bolesti nebo s menší intenzitou bolesti. Tuto metodu by opakovaně využilo 33 žen (61,1%) , spíše ano 17 žen (31,5%) , spíše ne 4 ženy (7,4%). Úplný nezájem o možný další porod v epidurální analgezií neuvedla žádná z dotazovaných žen.

Z výsledků plyne, že epidurální analgezie se stává součástí moderního porodnictví a poskytuje komfort, který rodičky očekávají. Epidurální analgezií při porodu v současné době nabízí většina porodnic v České republice.

Závěr

Porodnická analgezie patří k managementu bolesti při vedení porodu. Jejím hlavním smyslem není jen tlumení bolestí, ale i regulace stresové zátěže rodičky i plodu.

Bakalářská práce měla zhodnotit spokojenost rodiček s epidurální analgezií, zjistit výskyt a průběh nežádoucích účinků, ovlivnění II.doby porodní a zmapovat celkovou úroveň informovanosti rodiček o metodách porodnické analgezie. Závěrem lze jednoznačně říci, že většina žen, které jsem pomocí dotazníku oslovila, byla s touto metodou spokojena a opět by se rozhodla u možného dalšího porodu pro aplikaci epidurální analgezie.

V posledních letech se epidurální analgezie stala nejrozšířenější a nejúčinnější metodou tlumení porodních bolestí. Tato analgezie mírní bolest jak v I. době porodní, kdy se dilatují a otevírají porodní cesty, tak ve II. době porodní, kdy dochází k porodu plodu, popřípadě k ošetření porodního poranění.

Přestože u epidurální analgezie převažují klady, nesmí se opomíjet ani její možné komplikace. Téměř všem komplikacím lze předejít poskytnutím kvalitní péče ze strany porodníka, anesteziologa a porodní asistentky.

Seznam použitých zdrojů

1. LARSEN, R. *Anestezie*. Drábková a kolektiv. 7. vyd. Praha: Grada, 2004. 1376 s. ISBN 80-247-0476-5.
2. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 988 s. OSBN 80-247-0668-7.
3. MILOSCHIEWSKI, D. *Regionální anestezie*. 1. vyd. Praha: Adéla 1998. 207 s. ISBN 80-902-532-9-6.
4. PAŘÍZEK, A. *Epidurální analgezie* [online]. c2006-2008 [cit. 2010-02-20]. Dostupný z <http://www.porodnice.cz/node3775>>
5. PAŘÍZEK, A. *Historie tišení bolesti za porodu*: [online] c2002-2006 [cit. 2010-02-20]. Dostupný z <http://www.porodnici.cz/>
6. PAŘÍZEK, A. Porodnická analgezie, *Moderní babictví* 3. Levret 2004 64 s. ISSN 1214-5572.
7. PAŘÍZEK, A. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1.vyd. Praha: Grada 2002. 535 s. ISBN 80-7169-969-1.
8. PAŘÍZEK, A. Porodnická analgezie a anestezie. *Moderní gynekologie a porodnictví*, Levret 2006, 531 s. ISSN 1211-1058.
9. REMEDIA. *Historie a současnost porodnické analgezie*.Panax 1995. 101 s. ISSN 0862-8947.
10. ROZTOČIL, A., a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníku ve zdravotnictví, 2001. 332 s. ISBN 80-7013-339-2.

Seznam zkratk

EA – Epiduralní analgezie

VAS – Vizuální analogová škála

Seznam tabulek

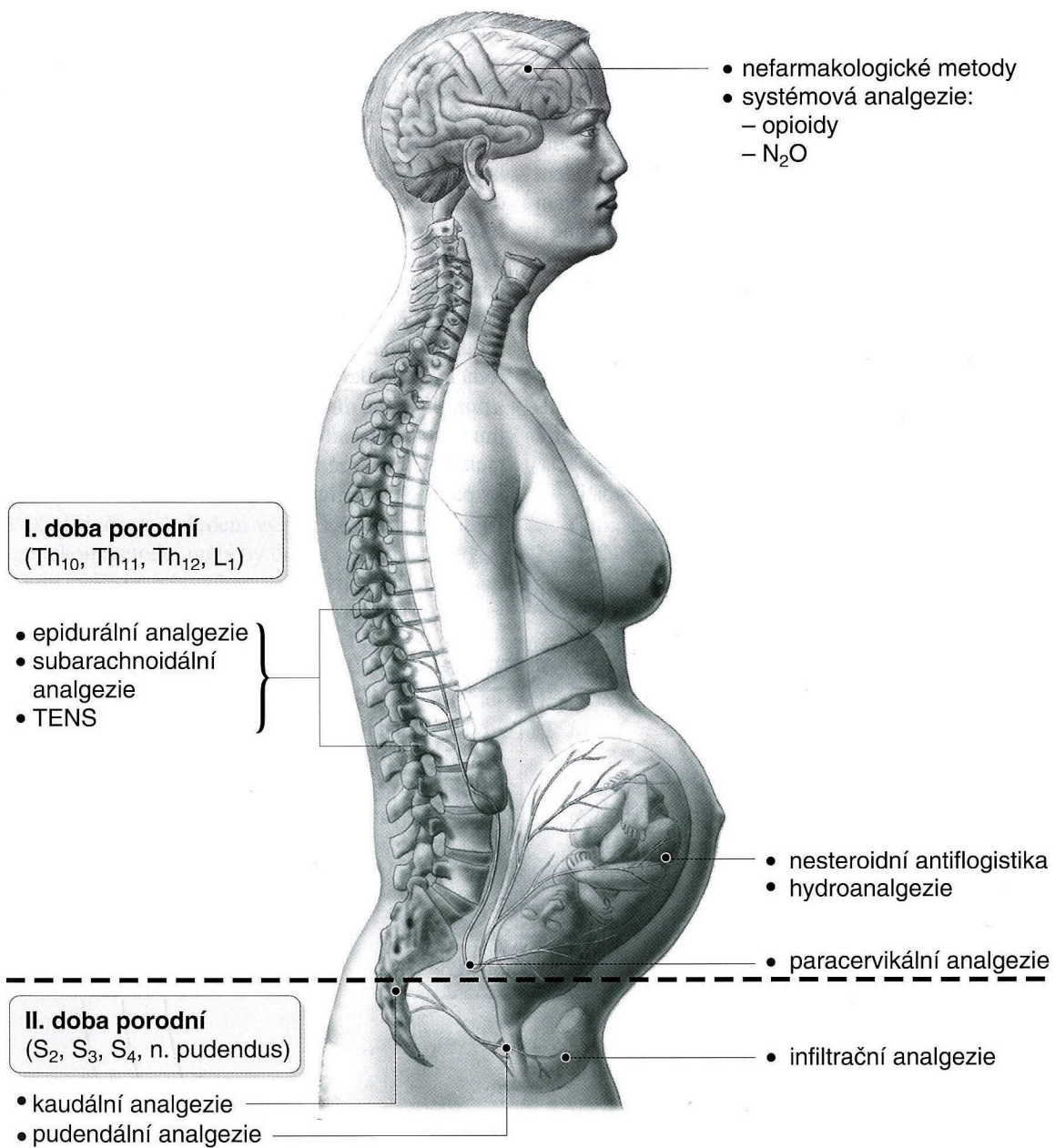
- Tab. č. 1 Věkové kategorie
- Tab. č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání
- Tab. č. 3 Parita žen
- Tab. č. 4 Zdroje informací
- Tab. č. 5 Vědomosti o metodách tlumení porodních bolestí
- Tab. č. 6 Dostatečnost informací
- Tab. č. 7 Plánování využití EA
- Tab. č. 8 Vyžádání EA
- Tab. č. 9 Hodnocení bolesti
- Tab. č. 10 Projevy nežádoucích účinků
- Tab. č. 11 Projevy nežádoucích účinků
- Tab. č. 12 Doba projevu nežádoucích účinků
- Tab. č. 13 Odeznění projevů nežádoucích účinků
- Tab. č. 14 Trvání I.doby porodní
- Tab. č. 15 Průběh II. doby porodní
- Tab. č. 16 Vnímání bolesti při ošetření porodního poranění
- Tab. č. 17 Spokojenost rodiček s epidurální analgezií

Seznam grafů

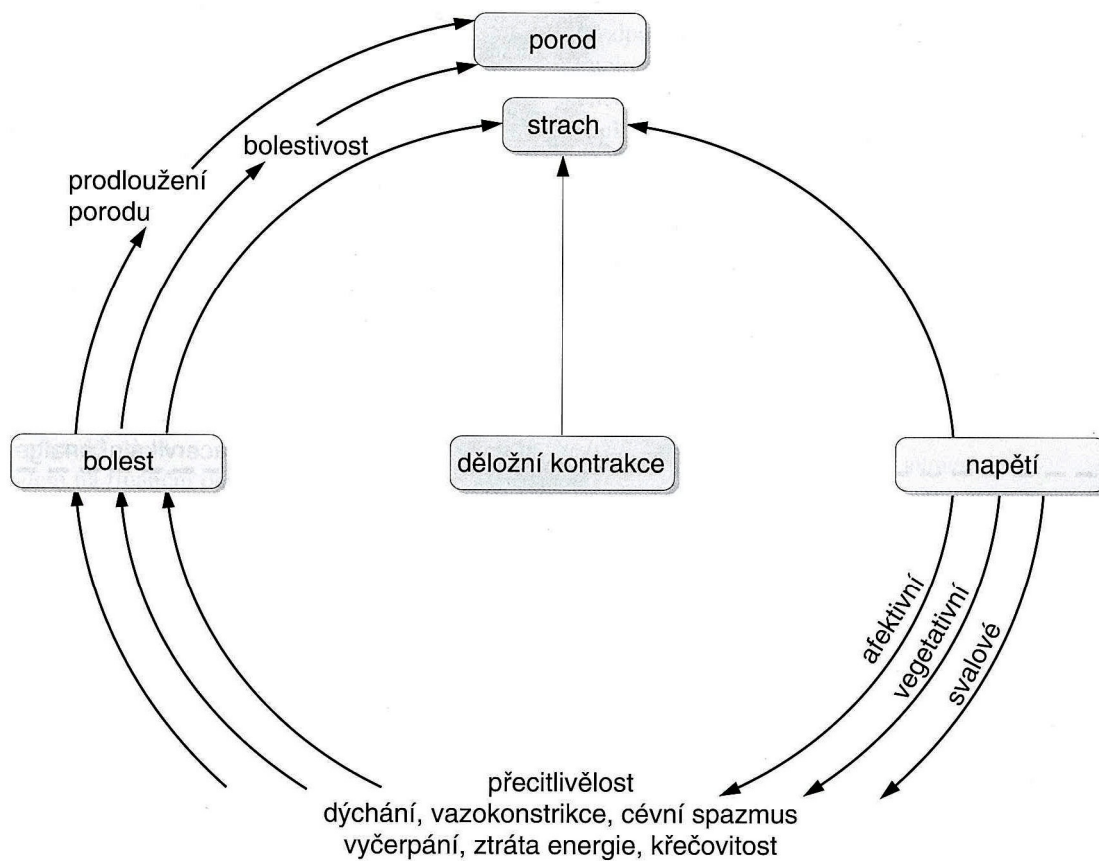
- Obr. č. 1 Věkové kategorie
- Obr. č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání
- Obr.č.3 Parita žen
- Obr. č. 4 Zdroje informací
- Obr. č. 5 Vědomosti o metodách tlumení porodních bolestí
- Obr. č. 6 Dostatečnost informací
- Obr. č. 7 Plánování využití EA
- Obr. č. 8 Vyžádání EA
- Obr. č. 9 Hodnocení bolesti
- Obr.č. 10 Projevy nežádoucích účinků
- Obr. č. 11 Projevy nežádoucích účinků
- Obr. č. 12 Doba projevu nežádoucích účinků
- Obr. č. 13 Odeznění projevů nežádoucích účinků
- Obr. č. 14 Trvání I.doby porodní
- Obr. č. 15 Průběh II. doby porodní
- Obr. č. 16 Vnímání bolesti při ošetření porodního poranění
- Obr. č. 17 Spokojenost rodiček s epidurální analgezií

Seznam příloh

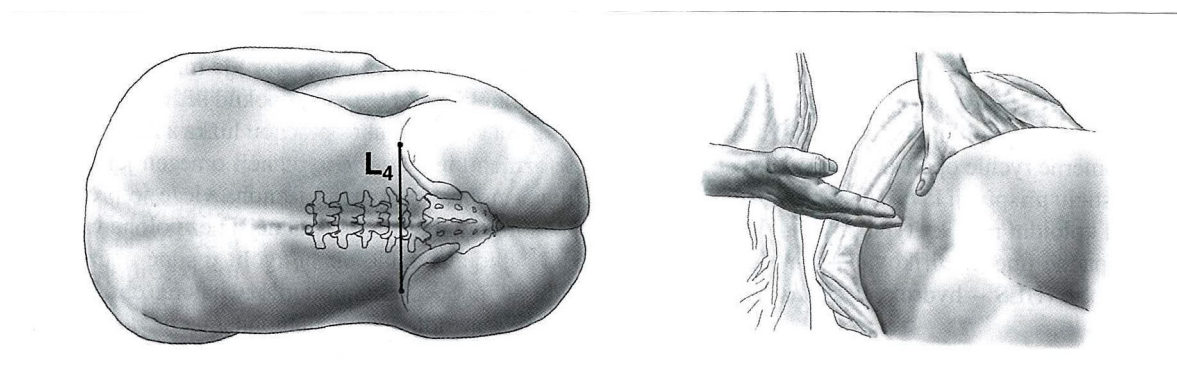
1. Souhlas s realizací výzkumného šetření
2. Dotazník pro maminky
3. Vizuální analogová škála
4. Místa účinku jednotlivých metod porodnické analgezie
5. Circulus vitiosus
6. Intervertebrální prostory, jejich diagnostika při poloze v leže
7. Schéma zavedení katétru v epiduralním prostoru



Místa účinku jednotlivých metod porodnické analgezie



Circulus vitiosus – strach, napětí a bolest



Intervertebrální prostory, jejich diagnostika a označení při poloze v leže

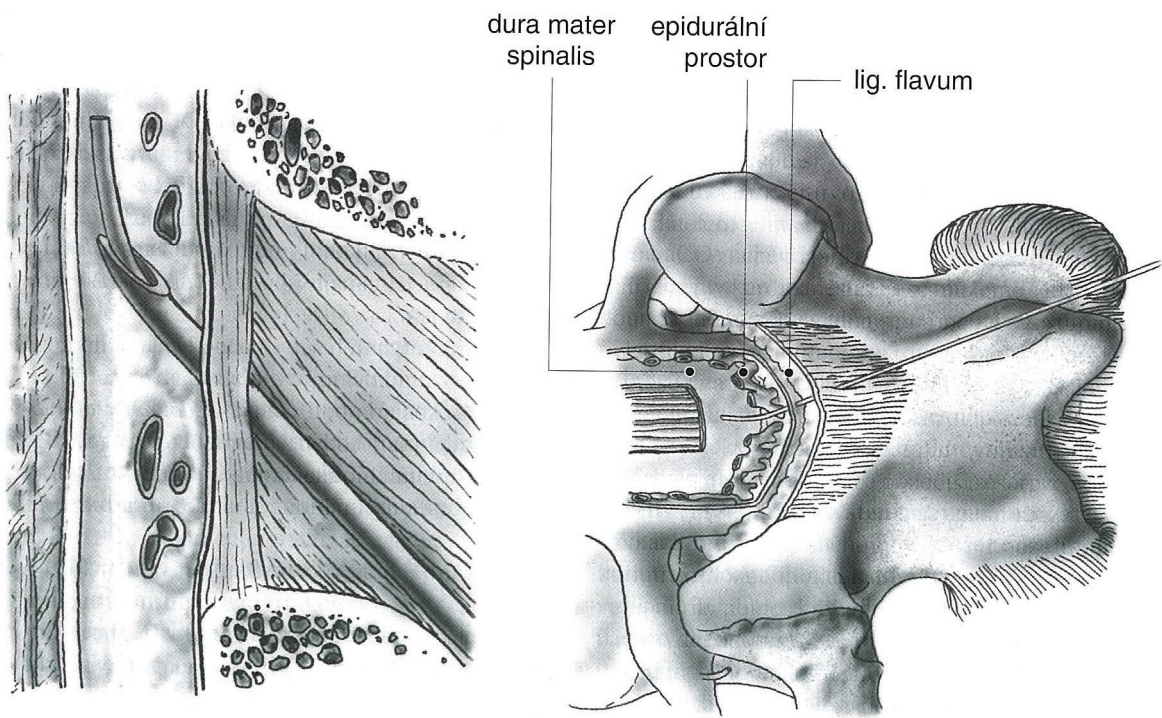


Schéma zavedeného katétru v epidurálním prostoru

Dotazník pro maminky:

Vážená maminko, jmenuji se Michaela Kallasová a studuji 4.ročník bakalářského studia, obor ošetrovatelství na Fakultě zdravotních věd Univerzity Palackého v Olomouci. Dovolte mi, abych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, jehož údaje budou zpracovány v mé bakalářské práci. Účast v dotazníkovém šetření je anonymní a Vaše odpovědi budou použity pouze pro účely tohoto průzkumu. V dotazníkových položkách vybírejte 1 z možností, tu zakroužkujte, popřípadě doplňte. Velice si vážím Vašich upřímných odpovědí, děkuji a gratuluji k narození děťátka.

1. Do jaké věkové kategorie patříte?

- a) méně než 20
- b) 21-25let
- c) 26-30let
- d) 31 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední odborné
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské

3. Po kolikáté jste rodila?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) více

4. Odkud jste čerpala informace, týkající se těhotenství ,porodu a šestinedělí?

- a) těhotenská poradna
- b) kurzy přípravy k porodu
- c) média/TV,internet/
- d) odborné knihy a časopisy
- e) jiný zdroj/uveďte jaký/

5. Zaškrtněte uvedené metody tlumení po.bolestí,o kterých jste věděla:

- a) masáže
- b) úlevové polohy
- c) hydromasážní sprcha
- d) rehabilitační míč
- e) analgetika a spasmolytika
- d) epidurální analgezie

6. Považujete množství informací za dostatečné?

- a) ano
- b) spíše ano

- c) spíš ne
- d) ne

7. Plánovala jste využití EA už před porodem?

- a) ano
- b) nebyla jsem rozhodnutá
- c) ne

8. Musela jste si sama vyžádat metodu epidurální analgezie?

- a) ano
- b) ne, byla mi nabídnuta lékařem
- c) ne byla mi nabídnuta porodní asistentkou

9. Jak hodnotíte bolest před aplikací epidurální analgezie na VAS od č.1 do č.10?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Jak hodnotíte bolest po aplikaci epidurální na VAS od č.1 do č.10?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Projevily se u Vás některé z nežádoucích účinků EA?

- a) ano
- b) ne

12. Které z nežádoucích účinků se u Vás projevily?

- a) nevolnost
- b) zvracení
- c) bolest hlavy
- d) nízký krevní tlak
- e) brnění v končetinách
- f) jiné (prosím uveďte jaké)

13. Za jak dlouho po aplikaci EA se tyto nežádoucí účinky projevily?

- a) do 20min.
- b) do 30min.
- c) do 1hod.
- d) do 24hod.

14. Za jak dlouho odezněly projevy nežádoucích účinků?

- a) do 2hod.
- b) do 12hod.
- c) do 24hod.
- d) do 3dnů

15. Za jak dlouho po aplikaci EA jste porodila?

- a) do 1.hodiny
- b) do 2-3hodin
- c) za 4-5hodin
- d) za 6 hodin a více

16. Ovlivnila EA pocit nucení k tlačení ve II.době porodní?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

17. Ovlivnila EA vnímání bolesti při ošetření porodního poranění?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

18. Využila byste při dalším porodu epidurální analgezií?

- a) rozhodně ano
- b) spíš ano
- c) rozhodně ne
- d) spíš ne

