

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Tereza Kynclová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Bolest u porodu
Tereza Kynclová

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Kynclová**
Osobní číslo: **Z15327**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Bolest u porodu**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
 2. Stanovení cílů a metodiky práce.
 3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
 4. Analýza a interpretace získaných dat.
 5. Zhodnocení výsledků práce.
-

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. BAŠKOVÁ, Martina. Metodika psychofyzické přípravy na porod. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.
2. ČERMÁKOVÁ, Blanka. K porodu bez obav. Brno: Cpress, 2017. ISBN 978-80-265-0579-2.
3. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
4. MANDER, Rosemary. Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-810-8.
5. ROKYTA, Richard. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
6. ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
7. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče). Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Vendula Mikšovská

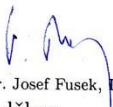
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce:

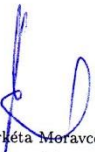
1. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

7. května 2018


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. února 2018

Prohlášení autora

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 7.5.2018

.....
Tereza Kynclová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Vendule Mikšovské za odborné vedení bakalářské práce, její pomoc, trpělivost a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které věnovaly svůj drahocenný čas a vyplnily můj dotazník.

ANOTACE

Bakalářská práce je teoreticko-průzkumná. V teoretické části se zabývám pochopením bolesti při porodu. Hlavní podstatou práce je popsat nefarmakologické a farmakologické metody, kterými lze ovlivnit porodní bolest, a vysvětlit, jak jednotlivé metody fungují. V praktické části byly stanoveny výzkumné otázky zjišťující informovanost rodiček o možnostech tlumení porodní bolesti, preferovanost jednotlivých metod rodičkami a jejich účinnost. Pomocí anonymního dotazníkového šetření vlastní konstrukce jsou vyhodnoceny výsledky získané na oddělení šestinedělí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Bolest u porodu, farmakologické metody, nefarmakologické metody

TITLE

Labor pain

ANNOTATION

This thesis is based on theory and research. The first part is about understanding of the labor pain and non-pharmacological and pharmacologic methods which could have an effect on the labor pain. Also, there is an explaining of these methods. In the research part there are questions for expecting mothers about the knowledge of the possible way to reduce the pain. Which of these methods are preferred by them and its effectivity. Thanks to the anonymous questionnaire, made for the purpose of this thesis, we have the outcomes acquired on the lying-on ward.

KEYWORDS

Labor pain, non-pharmacological methods, pharmacologic methods

OBSAH

0	ÚVOD	12
1	CÍL PRÁCE	13
1.1	Cíl teoretické části	13
1.2	Cíle praktické části	13
2	TEORETICKÁ ČÁST	14
2.1	Porod	14
2.2	Doby porodní	14
2.3	Bolest.....	15
2.4	Vnímání bolesti	15
2.5	Hodnocení bolesti.....	16
2.6	Škály pro hodnocení bolesti	16
2.7	Porodní bolest.....	17
2.8	Fyziologie děložních činností	18
2.9	Metody tlumení porodní bolesti	19
2.10	Nefarmakologické metody	19
2.10.1	Psychoprofylaxe.....	19
2.10.2	Hypnóza	19
2.10.3	Muzikoterapie	20
2.10.4	Přítomnost partnera u porodu	20
2.10.5	Hydroanalgezie	21
2.10.6	Polohování	21
2.10.7	Elektroanalgezie, transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS)	22
2.10.8	Aromaterapie	22
2.10.9	Masáže	22
2.10.10	Akupunktura.....	23
2.10.11	Dechové cvičení	23

2.11	Farmakologické metody	24
2.11.1	Inhalační analgezie	24
2.11.2	Systémová analgezie	24
2.11.3	Infiltrační analgezie	25
2.11.4	Pudendální analgezie	26
2.11.5	Paracervikální analgezie	26
2.11.6	Kaudální analgezie.....	26
2.11.7	Epidurální analgezie	27
2.11.8	Subarachnoidální analgezie	28
3	PRAKTICKÁ ČÁST	29
3.1	Metodika průzkumu	29
3.2	Výzkumný vzorek	29
3.3	Zpracování dat.....	30
3.4	Výzkumné otázky.....	30
3.5	Interpretace výsledků	31
4	DISKUZE	56
5	ZÁVĚR	60
6	POUŽITÁ LITERATURA	62
7	PŘÍLOHY	66

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Parita respondentek	31
Obrázek 2 Nejvyšší dosažené vzdělání	32
Obrázek 3 Absolvování předporodních kurzů dle parity	33
Obrázek 4 Vyhledávání informací dle parity	34
Obrázek 5 Zdroje informací	35
Obrázek 6 Informovanost zdravotnickým personálem	36
Obrázek 7 Znalost nefarmakologických metod	37
Obrázek 8 Znalost farmakologických metod	38
Obrázek 9 Měly respondenty v úmyslu родit bez využití farmak?	39
Obrázek 10 Využití nefarmakologické metody	40
Obrázek 11 Využití farmakologické metody	41
Obrázek 12 Vyzkoušely respondenty nejprve nefarmakologické metody?	42
Obrázek 13 Masáže	44
Obrázek 14 Aromaterapie	45
Obrázek 15 Hydroanalgezie	46
Obrázek 16 Poslech hudby	47
Obrázek 17 Psychická podpora	48
Obrázek 18 Polohování	49
Obrázek 19 Ostatní nefarmakologické metody	50
Obrázek 20 Nitrožilní analgezie	52
Obrázek 21 Inhalační analgezie	53
Obrázek 22 Čípky	54
Obrázek 23 Intramuskulární analgezie	55
Obrázek 24 Vizuální analogová škála bolesti	67
Obrázek 25 Lokalizace bolesti v I. a II. DP	67
Obrázek 26 Polohy pro I. DP	68
Obrázek 27 Pudendální analgezie	69
Obrázek 28 Paracervikální analgezie	69
Tabulka 1 Využití znalostí z předporodního kurz	33

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

°C	stupně Celsia
cm	centimetry
DP	Doba porodní
hod	hodina
mg	miligram
min	minuta
mm Hg	Torr
např.	například
NRS	Numerická škála
PA	Porodní asistentka
s.	strana
Sb.	Sbírka zákonů
WHO	World Health Organization

0 ÚVOD

Porodní bolest je nedílnou součástí porodního děje, který každá rodička pociťuje a chápe zcela individuálně. Je pochopitelné, že s příchodem termínu porodu vznikají u rodiček možné obavy. Každá rodička se však může na průběh porodu připravit, informovat se a vybrat si určité metody ke snížení porodní bolesti.

V dnešní době mají rodičky řadu možností, odkud se mohou informovat o porodu a jeho dění. Vhodné jsou předporodní kurzy, kde rodičky získají potřebné znalosti a dovednosti, které následně mohou aplikovat v průběhu porodu. Rodičky mohou využít i jiné zdroje, jako je odborná literatura, zdravotnický personál, internetové zdroje či od jiných matek, které mají již zkušenost s porodem. Pomocí získaných znalostí si může rodička udělat celkovou představu o průběhu porodu, a zvolit si tak vhodnou metodu ke snížení porodní bolesti. Nefarmakologické metody jsou vhodné pro rodičky, které se přiklánějí k přirozenému porodu bez zásahů medikamentů. Nemají žádný negativní vliv na rodičku a plod. Farmakologické metody jsou vhodné k tlumení silných až středně silných porodních bolestí. Mají však i některé nežádoucí účinky, které mohou negativně ovlivnit rodičku a plod. Obě tyto metody lze navzájem kombinovat.

Porod je intimní záležitost, a proto je nutné mít na paměti stud rodičky. Důležitou roli zde hraje empatický přístup a profesionalita zdravotnického personálu. Je nutné získat si důvěru rodičky, a vybudovat tak pozitivní vztah mezi rodičkou a ošetřujícím personálem. Při zajištění co nejlepšího komfortu, pocitu bezpečí a intimity rodičky si může ošetřující personál získat potřebnou důvěru a lepší spolupráci v celém dění porodu.

Důvodem zvolení tohoto tématu je skutečnost, že bolest u porodu je stále diskutovaným tématem. S přibývajícimi nároky rodiček je nutné tyto metody dobře znát a své odborné znalosti stále aktualizovat.

1 CÍL PRÁCE

1.1 Cíl teoretické části

Popsat problematiku porodní bolesti a především metody, kterými lze tuto bolest ovlivnit.

1.2 Cíle praktické části

Zjistit informovanost rodiček o metodách tlumení bolesti při porodu.

Zjistit jaké metody tlumení porodní bolesti ženy nejčastěji využívají k zvládnání porodní bolesti.

Zjistit míru úlevy od porodních bolestí při použití jednotlivých metod tlumení bolesti.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část popisuje problematiku porodní bolesti s hlavním zaměřením na nefarmakologické a farmakologické metody.

2.1 Porod

Porod je děj, při kterém dochází k úplnému vypuzení plodového vejce porozením nebo vynětím z těla matky. Porodem nazýváme každé těhotenství bez ohledu na délku gravidity, při kterém je narozen živý novorozenec. Po narození musí mít novorozenec minimální hmotnost 500 gramů a projevovat alespoň jednu ze známek života (srdeční činnost, dýchací pohyby, pohyby svalstva, pulsace pupečníku). Pokud má novorozenec nižší porodní hmotnost jak 500 gramů, musí projevovat alespoň jednu ze známek života déle než 24 hodin. (Čech, Hájek, Maršál a Srp, 2006, s. 121; Roztočil, 2008, s. 109)

2.2 Doby porodní

Průběh porodu lze rozdělit do jednotlivých dob porodních, které jsou následně popsány níže. První doba porodní (I. DP), neboli doba otevírací, je začínající fáze porodu, při které nastupují pravidelné děložní kontrakce. Konec první doby porodní je po úplném zániku porodní branky. Dochází k postupnému otvírání porodních cest, ke zkracování děložního hrdla, ke vzniku a zániku porodní branky a k následnému vytvoření souvislého kanálu s pochvou. Rodičky popisují tupou bolest. Délka I. DP je u prvorodiček (primipar) 8-11 hod. a u vícero diček (multipar) 5-8 hodin. I. DP se dělí na tři fáze:

První fáze je označována jako fáze latentní. Dochází k dilataci děložního hrdla do průměru 3- 4 centimetrů. Na začátku této fáze jsou kontrakce nepravidelné, v konečné fázi se zpravidelňují. Jejich frekvence je cca po 5 minutách. Typické jsou bolesti v křížové oblasti zad a jsou podobné menstruačním bolestem.

Druhá fáze je označována jako fáze aktivní. Dochází k dilataci porodnické branky do průměru 4-8 centimetrů. Děložní hrdlo se spotřebovává. Děložní kontrakce jsou pravidelné a jejich frekvence je cca po 3 minutách. Intenzita porodních bolestí je středně silná až silná.

Třetí fáze je označována jako fáze přechodná. Dochází k dilataci porodnické branky v průměru 8-10 centimetrů. Frekvence děložních kontrakcí je cca po 2-3 minutách, avšak prodlužuje se jejich délka trvání. Intenzita děložních kontrakcí je silná. (Moravcová, Petržílková, 2015, s. 23-24; Pařízek, 2005, s. 233-238)

Druhá doba porodní (II. DP), neboli doba vypuzovací začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Délka II. DP je u primipar v průměru 20-60 minut a u multipar v průměru 10-30 minut. Plod sestupuje porodními cestami. Rodička pociťuje sestup hlavičky plodu na pánevní dno, přičemž udává tlak na konečník. Frekvence děložních kontrakcí je cca 3-5 kontrakcí během 10 minut. Intenzita porodních bolestí je velmi silná. (Binder, Vavřínková, 2016, s.62; Moravcová, Petržílková, 2015, s. 24)

Třetí doba porodní (III. DP), neboli doba k lůžku začíná porodem plodu a končí vypuzením placenty, plodových obalů, pupečníku a retroplacentárního hematomu. V této době dochází k výrazné retrakci myometria. Délka III. DP je v průměru 5-10 minut. (Roztočil, 2008, s. 117)

Čtvrtá doba porodní (IV. DP), neboli poporodní období, začíná porodem placenty a končí 2 hodiny po porodu plodu. Ve IV. DP je žena ohrožena časným poporodním krvácením. (Roztočil, 2008, s. 118)

2.3 Bolest

Světová zdravotnická organizace popsala definici bolesti jako následující: „*Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání.*“ (Rokyta, 2009, s. 21) Na této definici se shodli zástupci mezinárodní Asociace pro studium bolesti (IASP) a také jí přijala Světová zdravotnická organizace (WHO). Definice obsahuje dodatek, který uvádí, že bolest je subjektivní. Vnímání bolesti se liší dle věku, pohlaví, rasy a etniky. V minulosti byla bolest chápána, jako senzorický fenomén na základě alterace, další dimenze byly přiřazovány sekundárně, jako reakce na bolest. Dnes je charakterizována jako subjektivní prožitek zahrnující tři základní dimenze: senzorickou, emoční a kognitivně vyhodnocovací. Bolest můžeme rozdělit dle délky trvání na akutní a chronickou. Akutní je popisována jako symptom nemoci, chronická je diagnózou sama o sobě. (Vaňásek, Čermáková a Kolářová ,2014, s. 7; Rokyta, 2009, s. 21)

2.4 Vnímání bolesti

Bolest periferní je vnímaná pomocí receptorů, kterým říkáme nociceptory či nocisenzory. Nocisenzory jsou na povrchu buněčných membrán a řadíme je do třech skupin. První skupinou jsou vysokoprahové mechanosenzory, které slouží k vnímání tlaku, tahu a vibrací. Druhá skupina polymodální nocisenzory, které vnímají bolestivé podměty, jako jsou tepelné a chladové stimuly. Třetí skupinou jsou volná nervová zakončení, což jsou volná nervová zakončení na periferních aferentních vláknech. Volná nervová zakončení vedou informace z kůže a sliznice do prodloužené míchy. (Rokyta, 2009, s. 35-36)

Senzory začínají fungovat, až když bolest zesílí na určitou míru (hodnotu). Periferní nervová vlákna jsou rozlišena podle rychlosti vedení od 0,5 m/s do 120 m/s. Rychlost závisí na myelinu, což je bílkovina, která pokrývá nervová vlákna. Myelin obtočením kolem neuronů tvoří myelinovou pochvu, která je přerušována Ranvierovými zářezy. Elektrický vzruch probíhá po myelinu, přeskočí přes zářezy a dále probíhá po vláknech. Ze zadních míšních kořenů se informace o bolesti přenesou do míchy, kde vstoupí do zadních rohů míšních do šedé hmoty míšní. Šedá hmota míšní je rozdělena na Rexedovy zóny. Bolest je vedena z míchy do mozku pěti drahami. (Rokyta, 2009, s. 35-36)

2.5 Hodnocení bolesti

Pro získání informací o bolesti komunikujeme s pacientem. Během rozhovoru se dotazujeme na lokalizaci bolesti, intenzitu, časový průběh, zhoršující a úlevové faktory. Důležitou částí rozhovoru je získání informací o psychologickém stavu pacienta, zkušenostech a očekávání od bolesti. (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 7-14; Rokyta, 2009, s. 23)

2.6 Škály pro hodnocení bolesti

Numerická škála (NRS) slouží k popisu bolesti pomocí číselné hodnoty. Na levém konci číslo 0 představuje žádnou bolest, na pravém konci číslo 10 nesnesitelnou bolest (viz příloha A). Mírnou bolest na NRS je popisována hodnotou 1-4, středně silná bolest 5-6 na NRS a silná bolest 7-10 na NRS. (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 12)

Vizuální analogová škála udává intenzitu bolesti. Škála je vyobrazená pacientovi pomocí úsečky. Úsečka na začátku značí žádnou bolest a na konci značí nesnesitelnou bolest pomocí číselných hodnot jako u předchozí škály NRS. Úsečka má vertikální či horizontální směr. (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 12)

Na mapě bolesti podle M.S. Margolese je zobrazené celé lidské tělo. Pacient kroužkuje místa, kde se bolest vyskytuje. Pro detailnější znázornění bolesti pacient použije barvy. Barva modrá značí povrchovou bolest, barva červená značí hlubokou bolest a barva žlutá označuje křeče či nepohyblivost kloubů. (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 13)

2.7 Porodní bolest

Podle autora Rokyty: „*Porodní bolest představuje zvláštní kategorii bolesti, kde se prolíná fyziologický význam s patofyziologickými mechanizmy. Porodní bolest je přirozený stav, který provází téměř každý porod. Z hlediska nejmodernějších poznatků v anesteziologii je dnes možné porodní bolest výrazně redukovat. Pain rating index (podle Melzacka) má u porodní bolesti skóre 30-33. U nepřipravených primipar má hodnotu 35-37, u multipar 30-33 bez ohledu na to, zda byly připraveny na bolest.*“ (Rokyta, 2012, s. 97).

Kontrakce jsou nezbytné pro porození plodu přirozenou cestou. Každá rodička je chápána a prociťuje zcela individuálně, proto je důležité ze strany ošetřujícího personálu přistupovat ke každé rodičce zcela individuálně. Porodní bolest připravuje rodičku k porodu. Dle klinické zkušenosti porodní bolest ovlivňuje průběh a typ porodu. Musíme tedy přihlížet k tomu, je-li průběh porodu bez komplikací, či se vyskytují nějaké abnormality, jako jsou např. nevhodné postavení plodu, dystokie ramének, protražovaný porod nebo porod ukončený pomocí instrumentaria. Dále, zda byl porod vyvolávaný či posílen uterotoniky. (Pařízek, 2012, s. 97-102)

Při porodu se vyplavují hormony, jako je adrenalin a endorfiny. Adrenalin dodá rodičce sílu a endorfiny obecně napomáhají ke zlepšení nálady. Hormony, které ovlivňují spouštěcí mechanismus děložních kontrakcí, jsou progesteron, oxytocin, estrogeny, fetální kortizol, prostaglandiny E2 a F2 – alfa. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 372; Roztočil, 2009, s. 100)

Lokalizace bolesti v průběhu I. a II. době DP (viz příloha B), na kterém můžeme vidět, že na začátku I. DP otevírací je bolest lokalizována v dolním děložním segmentu. Dochází k dráždění dělohy, což vede k bolestem kolikovitého charakteru. Jde o bolest viscerální, která se šíří do Headových zón v podbřišku a v křížové oblasti. V II. DP se jedná o bolest somatickou. Dochází k mikrotraumatizaci měkkých porodních cest, bolest dále pokračuje do oblasti stehů přes nerus pudendus do zadního rohu míšního k oblasti S₂ – S₄. Při nadměrném vyplavování adrenalinu dochází k útlumu děložní aktivity, proto je důležité v konečné fázi I DP a na začátku II. DP snižovat bolest a podporovat psychický komfort rodičky proti stresu. (Pařízek, 2012, s. 102; Roztočil, 2017, s. 470-471)

Dle Dicka Reada porodní bolest negativně ovlivňuje porodní děj. „*Iniciuje bludný kruh bolest – napětí – strach a tím se podílí na vzniku cervikokorporální dystokie. Negativně ovlivňuje stav plodu/novorozence. Prodlužuje porod a negativně působí na vztah matka – novorozenec.*“ (Roztočil, 2008, s. 470).

Průměrná porodní bolest na NRS škále je přiřazována k číslu 8 ale interpretace hodnoty může být pouze aproximativní. (Roztočil, 2008, s. 314)

2.8 Fyziologie děložních činností

Kontrakce děložní svaloviny je dějem reverzibilním, rytmicky se opakujícím, při kterém dochází ke stahu a následné relaxaci svalových buněk. Retrakce je dějem ireverzibilním, u kterého dochází k trvalému, nevratnému zmenšení a přetáčení svalových buněk. (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 180)

Pomocí bazálního tonu, který je základní hodnotou kontrakce, se popisuje intrauterinní tlak. Výše intrauterinního tlaku v klidovém období je 8-12 mm Hg a v průběhu porodu se zvýší až na 12-18 mm Hg. Hodnoty nesmí přesáhnout 20 mm Hg. Sledovat děložní činnost můžeme pomocí CTG monitoru, palpačně, a dle subjektivních údajů od rodičky. U děložní činnosti hodnotíme začátek v čase, intenzitu, frekvenci, pravidelnost, délku, lokalizaci a subjektivní pocit rodičky. (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 180; Moravcová, Petržílková, 2015, s. 40)

„Vlastní kontrakce má své vzestupné raménko, znázorňující depolarizační vlnu svaloviny (stadium incrementi). Jeho strmost se v průběhu porodu mění. Zpočátku je vzestup rychlejší, ke konci porodu pomalejší. Vrchol kontrakce (acme) má obvykle jen krátké trvání, po kterém následuje sestupné raménko (stadium decrementi), vyjadřuje repolarizační fázi děložní svaloviny. Její strmost je na začátku porodu vyšší, později se zplošťuje.“ (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 180)

Kontrakční vlna vychází z děložních rohů od fundu směrem k dolnímu děložnímu segmentu a celou dělohou proběhne za 15 sekund. Při kontrakci dochází k tlaku na naléhající část plodu, která se přesouvá kraniálním směrem do dolního děložního segmentu. (Hájek, 2004, s. 341-347; Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 180-183)

2.9 Metody tlumení porodní bolesti

Na snížení porodní bolesti se rodičkám nabízí několik metod, které můžeme zařadit do dvou hlavních skupin, a to metody nefarmakologické a farmakologické. (Pařízek, 2004, s. 2)

2.10 Nefarmakologické metody

Pomáhají usnadnit průběh porodu a snížit porodní bolesti. Výhodou nefarmakologických metod je, že nepředstavují žádné riziko pro matku či plod. Nemají žádné škodlivé účinky, nevyvolávají alergické reakce oproti farmakologickým metodám. Jsou vhodné pro fyziologické porody. (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 198-199)

2.10.1 Psychoprofylaxe

Předporodní příprava jsou kurzy pro těhotné ženy a budoucí rodiče. Během jednotlivých hodin formou diskuze či nácviku si těhotné ženy osvojí a rozšíří informace o těhotenství, porodu a šestinedělí. Základní nastínění obsahu kurzů jsou témata: Fyziologické změny v těhotenství, životospráva, předporodní období, příjem do porodnice, charakteristika porodních kontrakcí, jejich možnosti ovlivnění (tlumení bolesti při porodu) a podrobnější nastínění doby porodní na porodním sále. Nedílnou součástí kurzu je následná péče o novorozence. (Roztočil, 2008, s. 150-151)

Psychoprofylaxe rodičky spadá do kompetencí porodní asistentky (PA). Předporodní kurzy nabízejí porodnice, soukromé gynekologické ordinace či terénní PA. Informace PA, která má alespoň tříletou praxi na porodním sále. (Ratislavová, 2008, s. 50)

Pozitiva, které přináší předporodní příprava dle Aleše Roztočila: „*Snižuje porodní bolest a úzkost, snižuje nutnost aplikace léků, zkracuje porod, zvyšuje sebekontrolu rodičky, psychologický přínos prožitků z porodu, žena prožívá radost ze spolupráce s manželem, vytváří se pozitivní vztah matky k novorozenci, jsou vytvořeny předpoklady pro zdárný průběh šestinedělí.*“ (Roztočil, 2008, s. 150).

Představitelé předporodní přípravy z historie: Dick – Readova metoda, Velvovskij (světová škola), Lamazova metoda, Zilgrie, Scheila Kitzinger. (Ratislavová, 2008, s. 52)

2.10.2 Hypnóza

Pod pojmem hypnóza si můžeme představit stav, kdy se tělo rodičky i její mysl zcela uvolní, avšak rodička je zcela při vědomí. Pro využití hypnózy během porodu je zapotřebí se intenzivně připravit pomocí speciálního kurzu, kde si rodičky osvojí konkrétní metody, mezi které patří dýchání, relaxace, naladění pozitivních myšlenek a představa o hypnoporodu.

Hypnóza je založena na principu sugesce a distrakce rodičky. Její účinek je pouhých 25%, tato hodnota je popisována rodičkami dle jejich sugestibility. Je méně využívanou metodou a z časového hlediska je náročná. (Kudela, 2004, s. 169)

2.10.3 Muzikoterapie

Hudba napomáhá ke zklidnění a uvolnění celého těla. Dochází k dráždění sluchového centra. Podstatou hudby využití při porodu, je podpora nálady rodičky a odpoutání od sledování času. U některých rodiček se může bolest na nějaký čas utlumit. Rytmus hudby dodává jakýsi řád, podle kterého pomocí svého tempa napomáhá regulovat dýchání rodičky. Navozuje rytmické pohyby či způsobí tanec rodičky, a tím může porod lépe prostupovat porodními cestami. Jaká hudba se preferuje při porodu? Nejčastěji se preferují přírodní tóny tzv. bílý šum, tón tekoucí vody atd. Jako další možností je hudba dle vlastního výběru rodičky. (Mander, 2014, s. 189)

2.10.4 Přítomnost partnera u porodu

Přítomnost partnera u porodu nabízí rodičce psychickou i fyzickou podporu. Po psychické stránce muž rodičce dodává pouhou svojí přítomností pozitivní energii, snižuje strach, dodává pocit jistoty a bezpečí. Fyzická opora, kterou zaujímá partner při porodu, je vzhledem k délce porodu a ubývání sil rodičky přínosem. Napomáhá rodičce s polohováním, doprovází ji na toaletu či do sprchy, při chůzi dělá stabilní podporu. Během kontrakcí napomáhá jejich lepšímu zvládnutí pomocí masáže a určuje rytmus dýchání. V západní Evropě je z 90% partner přítomen u porodu, oproti tomu v ČR je to od 50% do 70%. (Bašková, 2015, s. 60)

Každý partner by si měl sám určit, zda chce být přítomen u porodu, či nikoliv. Partner by neměl být donucen ke své přítomnosti, neboť to může vnášet negativní vliv na celý porod a následný dopad na partnerský vztah. V 70. letech byla přítomnost otce u porodu zcela zakázána. Jiná než zdravotnická osoba u porodu představovala přenos infekce, nežádoucí chování a podle mnohých odporníků mohl mít porod v očích partnera negativní dopad na sexuální život rodičovského páru. I v dnešní době je pro ošetřující personál otec u porodu drobná komplikace. Například, když se vyskytnou nečekané komplikace či krizové situace. Při takové situaci se zdravotnický personál musí postarat nejen o rodičku, ale i o doprovázející osobu. (Hanáková, Chvílová-Weberová a Volná, 2015, s. 130-146)

2.10.5 Hydroanalgezie

Voda má blahodárný a vícestranný účinek pro rodičku. Teplá koupel, kterou PA při porodu může nabídnout rodičce v průběhu I. DP, napomáhá k uvolnění svalů, k posílení děložní činnosti a uvolnění psychiky. Při ponoření těla do vody dojde k nadnášení, odlehčení a snížení tlaku na pánevní orgány. Napomáhá zaujmout vhodnou polohu a hlavička plodu navozuje flexi. Teplota vody by měla být okolo 37 °C, pozor na vyšší teplotu. Mohlo by dojít ke komplikacím, zejména k přehřátí matky a plodu. Aktivně nabízíme rodičce tekutiny při pobytu ve vaně. (Čermáková, 2017, s. 102; Mander, 2014, s. 166)

K dalším metodám hydroanalgezie se nabízí využití sprchy. Sprcha je nejvyužívanější a nejdostupnější metoda. Pro lepší komfort pobytu ve sprše můžeme vložit do sprchy míč, na který si rodička sedne. Během kontrakce rodička střídavě sprchuje postižená místa bolestí. Studené obklady nabízíme rodičce pro osvěžení. Teplé obklady či termofory se přikládají na bederní oblast zad. Další využití hydroanalgezie při porodu: intradermální injekce sterilní vodou a porod do vody. Výhoda hydroanalgezie je snadná dostupnost. Nevýhodou je nízká analgetická účinnost. (Čermáková, 2017, s. 102; Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 199)

2.10.6 Polohování

Poloha rodičky ovlivňuje průtok krve dělohou, placentou a následně má vliv na okysličení plodu. Vhodné je, aby rodička v průběhu porodu měnila svoji polohu po 30-60 minutách. Změna polohy napomáhá prokrvení části, která byla před tím zatěžována. Během první doby porodní jsou vhodné polohy ve stoje, čili horizontální, které vlivem gravitace napomáhají sestupu plodu porodními cestami (viz příloha C). Při vertikálních polohách se anatomicky změny poměry v pánvi. Nepatrně se prostor pánve zvětší a dochází ke snížení tlaku hlavičky na svaly a nervy v křížové oblasti. (Bašková, 2015, s. 77-78; Čermáková, 2017, s.102; Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 199)

Pomůcky vhodné pro polohování rodičky jsou například gymnastický míč, kde musíme dodržet několik zásad. Nohy musí být dostatečně široko od sebe a chodidla po celé své ploše na podložce. Kolena a kyčle rodičky musí vytvářet 90° úhel. Rodička je v mírném předklonu, čímž dojde k přenesení zátěže na dolní končetiny a zabraňuje přepadení dozadu. Během kontrakce si rodička uleví od bolesti buď krouživými pohyby v pánvi, či lehkým poskakováním. (Bašková, 2015, s. 77-78; Čermáková, 2017, s. 102; Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 199)

V dřepu se zvětší průměr pánve až o 2 centimetry. V této poloze rodička využije více síly na zapojení břišního lisu během druhé doby porodní, a tak plod lépe sestupuje do porodních cest. Jako pomůcku pro zaujmutí polohy v dřepu se nejčastěji používá porodní stolička. Nevýhodou porodní stoličky je, že při delším pobytu na porodní stoličce dochází k otoku vulvy a následnému většímu porodnímu poranění. (Bašková, 2015, s. 77-78; Čermáková, 2017, s. 102; Pařízek, 2015, s. 144-163; Štomerová, Dvořáková a Menčlová, 2008)

2.10.7 Elektroanalgezie, transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS)

Elektroanalgezie je založená na principu elektrických stimulů na kůži v oblasti Th11 – L1. Využití je vhodné při sakrálních (křížových) bolestech zad během porodu. Nástup účinku není okamžitý, ale pozvolný do 40 minut. Metodu lze kombinovat s ostatními farmakologickými i nefarmakologickými metodami. Výhoda je jednoduché použití a nemá negativní vliv na matku ani plod. Analgetická účinnost je okolo 15 %. (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 199; Pařízek, 2015, s. 144-163)

2.10.8 Aromaterapie

Éterické oleje se vytváří pomocí destilace rostlin, ovocných slupek, kůry, kořenů a větviček. Vpravení olejů do organismu pomocí inhalace nazýváme aromaterapie. Vůně může pozitivně ovlivnit psychiku a lidské emoce. Rodičky reagují na vůni během porodu různě, a proto musíme dbát na množství a koncentraci. (Lunny, Noe, ed, 2005, s. 20; Fritz, 2014, s. 11)

Oleje aplikujeme přes kůži prostřednictvím masáže nebo přidáním blahodárné směsi do koupele. Při masáži je důležité éterické oleje naředit oleji nosnými, např. panenským rostlinným olejem. Vhodné éterické oleje pro porod: levandule, heřmánek, citron, růžové dřevo, růže v jobobě, geranium, rozmarýn, jasmín, hřebíček, kadidlovník, šalvěj muškátová. Výhodou je jednoduché použití, rodička tuto metodu může provádět sama nebo její doprovod.

Analgetická účinnost je menší než 10 %. (Fritz, 2014, s. 7-56; Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 199; Mander, 2014, s. 162; Pařízek, 2015, s. 144-163)

2.10.9 Masáže

Masáž pomáhá k uvolnění ztuhlých svalů. Některé rodičky jsou dotyky během porodu nepříjemné. Rodička si sama zvolí typ masáže a následně si určí, jak silným tlakem má masírující osoba tlačit na daná místa. Masážní pohyby je nutné střídat, jinak masáž ztrácí účinnost. (Štomerová, 2010, s. 108-109)

Efleráž je masáž jemnými dotyky, kterou si rodička provádí sama. Pomocí krouživých pohybů či osmiček si rodička masíruje a hladí břicho či stehna. (Čermáková, 2017, s. 101)

Tlakovou masáž provádí druhá osoba. Je nutné vyvinutí tlaku na postiženou část, kterou masírujeme krouživými pohyby, tahem od páteře do bočních partií a vybodováním. Nesmí se zapomínat na oblast ramenních kloubů. Při jejich stažení dochází ke stažení svalů dna pánevního. Masáž provádíme dlaněmi, prsty, míčky nebo plastovou lahví, do níž napustíme studenou vodu. Rodička by při masáži měla být uvolněná a minimálně zapřená či ležet. A plod by se měl sklánět k břišní stěně. (Čermáková, 2017, s. 101)

2.10.10 Akupunktura

Do těla rodičky se vpichují tenké jehly, které přeruší vedení bolestivých vzruchů. Tím následně dochází ke zmírnění porodní bolesti. Mechanismus účinku spočívá v uvolňování hormonů v lidském organismu. Základní kořeny této metody sahají do vzdálené Číny a jihovýchodní Asie, pro které je tato metoda typická. Literatura uvádí nízký analgetický účinek, který je cca 5 %. (Binder, Vavřínková, 2016, s. 221; Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 199; Hanáková, Chvilová-Weberová a Volná, 2015, s. 89)

2.10.11 Dechové cvičení

Nádech přináší sílu a výdech uvolnění. Nádech by měl být krátký a výdech dvakrát delší. V první době porodní rodička praktikuje klidné břišní dýchání a při konci I. DP, když rodička popisuje tlak na konečník, praktikuje zrychlené povrchní dýchání nosem nebo ústy. (Moravcová, Petržílková, 2015, s. 40-14; Štromerová, 2010, s. 100)

2.11 Farmakologické metody

Mají vysoce analgetický účinek, avšak při jejich použití je nutno s nimi nakládat velice opatrně. Musíme mít na paměti, že plod a matka reaguje na podané léky rozdílně. Cíl analgezie je snížení či potlačení porodní bolesti, urychlení první doby porodní, zklidnění rodičky a zlepšení spolupráce mezi rodičkou a porodníkem. (Binder, Vavřínková, 2016, s. 218-220; Hájek, 2004, s. 401-403; Hájek, Čech a Maršál, 2014; s. 199-202)

2.11.1 Inhalační analgezie

Oxid dusný neboli rajský plyn má nejenom analgetický účinek, ale také navozuje euforizující, sedativní a relaxační účinek. Složení plynů je následující: 50 % oxidu dusného (N₂O) a 50 % kyslíku (O₂). Účinek je individuální, ovlivňuje ho řada faktorů, jako je způsob podání, rychlost podání a podaná koncentrace. U některých osob vzniká při podání oxidu dusného analgetická tolerance. Je bez zápachu, neovlivňuje průtok krve orgány a pouze v nepatrném množství je metabolizován. Především je vyloučen ve velké míře zpět plícemi. Entonox je tlakový přístroj, který obsahuje již zmiňovanou plynnou směs a skládá se z ventilového systému. (Pařízek, 2012, s. 203-206; Pařízek, 2015, s. 123-127; Linde Gas a.s., 2016)

Jeho použití je využíváno v porodnictví, především v I. DP, na konci II. DP a při ošetření porodních poranění. Inhalační anestezie je preferována ženami, které odmítají epidurální analgezií či jinou analgosedaci. Použití Entonoxu je jednoduché, žena ho může používat sama za pomoci vyškoleného zdravotnického personálu, jako je porodní asistentka. Pomocí náustku nebo masky rodička začne inhalovat danou plynnou směs zhruba půl minuty před začátkem kontrakce. Po vdechnutí plynné směsi nastává úlevový účinek od děložních kontrakcí. Dále je to pocit euforie, tepla po celém těle a lehkost dolních končetin. Inhalační analgezií mohou využívat rodičky s vysokým krevním tlakem i astmatem. Mezi nevýhody patří individuální účinek, malátnost a nauzea. (Pařízek, 2015, s. 144-163)

2.11.2 Systémová analgezie

Opioidy, analgetik

Autor Pařízek charakterizuje systémovou analgezií jako následující: „*Systémová analgezie představuje soubor způsobů, kdy se podáním centrálně účinných látek modifikuje vnímání bolesti – zvýšením prahu vnímané bolesti a změnou jejího emocionálního náboje.*“ (Pařízek, 2004)

Podáním opioidů dochází k regulaci děložních činností, k rychlejší dilataci porodnické branky. Vhodné použití u protražovaných porodů při nepravidelných děložních kontrakcích společně s oxytocinem. Nežádoucím účinkem opioidů je zvýšená srdeční činnost, dechová deprese, která může negativně ovlivnit a ohrozit matku i plod na životě. Jejich sedativní účinek může způsobit snížení spolupráce rodičky v průběhu porodu. (Pařízek, 2012, s. 134-140)

Pethidin se využívá v I. DP buď intramuskulárně v dávce 50-100 mg (možnost opakovaného podání po 1-3 hodinách, nástup účinku do 40 až 50 minut), nebo intravenózním použitím v dávce 25 mg, s možností opakování po 1–3 hodinách. Denní dávka nesmí přesáhnout 125 mg, nástup účinku za 5-10 minut. (Pařízek, 2012, s. 134)

Nalbuphin má vysoký analgetický účinek, který je srovnatelný s morfiem, oproti jiným opioidům má nejnižší depresivní účinek na dýchání. Ceiling effect znamená, že přes zvyšující se dávku Nalbuphinu nedochází k útlumu dýchacího centra. Aplikuje se intravenózně a je vhodný pro použití v I. DP. Je vhodný ke zmírnění velmi silné porodní bolesti. Mezi vedlejší účinky se řadí dechová deprese, pruritus, pocení, nauzea, zvracení, vertigo (závrať), sucho v ústech, bolesti hlavy, zácpa a retence moči. Vylučuje se do mateřského mléka.

Mezi další opioidy patří Tramadol a Pentazocin, jejich využití je méně časté. (Pařízek, 2012, s. 134-140; Procházka, Pilka, Bubeníková a et, 2016, s. 186)

2.11.3 Infiltrační analgezie

V gynekologii a porodnictví se využívá infiltrace perinea a pochvy, které se řadí mezi nejčastěji využívané metody. Nejčastěji je aplikovaný 1% Mesocain, který se vpraví do lumbálního a sakrálního plexu. Používá se před provedením epiziotomie, pro ošetření porodnického poranění. Délka účinku je okolo 45 minut. (Binder, 2011, s. 279; Fait, Zikán a Mašata, 2017, s. 363; Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 200)

2.11.4 Pudendální analgezie

Provádí se pomocí vpravení lokálního anestetika skrz hráz až k sedacím hrbolům, přesněji jde o blokádu větví pudendálního nervu (nervus pudendus) (viz příloha D). Úlevový účinek je v oblasti hráze a zevní třetiny pochvy. Využití je vhodné v II. DP. Navodí relaxaci svalů hráze a napomáhá snadnějšímu prostupu hlavičky plodu. Metoda je vhodná jak pro fyziologický porod termínový, tak i pro porod předčasný. Další využití je při epiziotomii, porodu koncem pánevním, při klešťovém porodu či při použití vakumextraktoru. Kontraindikací je hlavička plodu v pánevním východu. Mezi vyskytující se vedlejší účinky patří alergická reakce, která se objeví v souvislosti na konkrétní podané anestetikum, dále mechanické poškození plodu nebo matky. (Binder, Vavřínková, 2016, s. 219; Pařízek, 2012, s. 209-210; Pařízek, 2015, s. 129; Procházka, Pilka, Bubeníková, et , 2016, s. 189)

2.11.5 Paracervikální analgezie

Je přerušování vedení bolesti v nervových drahách v oblasti děložního hrdla, části dutiny břišní a horní poloviny pochvy. Anestetikum se vpraví do oblasti děložního hrdla (cervixu) (viz příloha E). Využití metody je velmi vzácné. Podmínky pro podání jsou: vyvinuté poševní klenby, porodnická branka v průměru 3-4 centimetrů a kontinuální CTG monitorování plodu. Vhodné použití je při rigidní brance a bolestivém fyziologickém porodu. Absolutní kontraindikací je předčasný porod a známky chronické či akutní hypoxie plodu. Aplikace lokálního anestetika je za pomoci speciální paracervikální jehly, při jejíž aplikaci rodička zaujímá gynekologickou polohu. Výhodou je vysoký analgetický účinek, který trvá až 90 minut. Nevýhodou je přechodná bradykardie plodu, která se vyskytuje u 10-15% případů. (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 200; Pařízek, 2012, s. 212-214; Pařízek, 2015, s. 144-163; Procházka, Pilka, Bubeníková a et, 2016, s. 189; Mother-Care-Centrum, c2014)

2.11.6 Kaudální analgezie

Kaudální analgezie pro dnešní porodnictví nemá velké zastoupení, a proto se již od této metody v porodnictví zcela ustoupilo. Lokální anestetikum se aplikuje přes hiatus sacralis do epidurálního prostoru. (Pařízek, 2015, s. 144-163; Mother-Care-Centrum, c2014)

2.11.7 Epidurální analgezie

Epidurální analgezie navodí přechodné přerušení nervových vzruchů. Pro porodnictví je typická aplikace v dolním hrudníku a v lumbální oblasti, kdy rodička zaujímá polohu na levém boku. Směs samostatného analgetika či kombinace s opioidem se vpraví do epidurálního prostoru v oblasti L1-L2 nebo L3-L4. Odstraní se tak bolestivé podmíněty z děložních kontrakcí a rozpínání děložního hrdla. Podmínky pro podání jsou následující: vyplněný informovaný souhlas rodičky s podáním epidurální analgezie, porodnická branka v průměru 3-4 centimetrů (u primipar), porodnická branka v průměru 2-3 centimetrů (u multipar), vedoucí část plodu musí být vstoupilá v pánevním vchodu. Další důležitou podmínkou je, že dirupce vaku blan se může udělat nejméně 30 min. před podáním či 30 min. po zavedení epidurální analgezie. Výhodou metody je, že je neúčinnější z porodnické analgezie. Její účinnost je více než 90 %, má příznivý vliv na porodní proces a psychiku rodičky. Jedná se o metodu zcela bezpečnou jak pro matku, tak pro plod, neboť se do krevního řečiště dostává malé množství analgetické látky.

Příznivě ovlivňuje nervová vlákna sympatiku, navozuje vazodilataci, a tím i lepší prokrvení dělohy a placenty. Plod je tak lépe zásoben kyslíkem a dalšími důležitými látkami. Nevýhodou epidurální analgezie je technická a časová náročnost, hrozící perforace dura mater (tvrdé mozkomíšní pleny) či oslabení děložních činností. Provedení spadá do kompetencí pouze zkušeného anesteziologa. Absolutní kontraindikací pro podání je alergie na anestetikum, infekce v místě vpichu, poruchy hemokoagulace u matky, akutní nebo hrozící hypoxie plodu, předčasné odlučování placenty. (Binder, Vavřínková, 2016, s. 218-219; Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 201-202; Pařízek, 2015, s. 131-139)

Pohybová aktivita během epidurální analgezie není omezena, rodička se může volně pohybovat. Vhodné je využití porodní stoličky či posedu na gymnastickém míči. Relaxační sprcha je i v tomto směru povolena. (Pařízek, 2015, s. 131-139)

2.11.8 Subarachnoidální analgezie

Lokální anestetikum je vpraveno do subarachnoidálního prostoru ihned se dostává do mozkomíšního moku a následně dochází k bezprostřednímu přerušení vedení vzruchů. Technika aplikace je velmi podobná epidurální analgezi s tím rozdílem, že jehla musí proniknout až za dura mater (tvrdou mozkomíšní plenu). Po vytažení jehly zůstane malý otvor, ze kterého vytéká mozkomíšní mok do epidurálního prostoru, což může vyvolat nepříznivé bolesti hlavy. Proto je velmi důležité volit vhodnou tloušťku punkční jehly a tvar jejího hrotu. Indikace, kontraindikace a podmínky pro podání subarachnoidální analgezie jsou shodné jako u epidurální analgezie. (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 202; Pařízek, 2012, s. 280-283)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Bakalářská práce je teoreticko-průzkumná. V praktické části je popsán průzkum, který probíhal na podkladech z dotazníkového šetření.

3.1 Metodika průzkumu

Data byla získána pomocí anonymního dotazníkového šetření za použití dotazníku vlastní konstrukce. Vzor dotazníku (viz. Příloha E) obsahoval uzavřené strukturované otázky, které měly předem stanovené odpovědi, s jednou možnou volbou. U otázek č. 11, 12, 14 a 15 bylo respondentkám nabídnuto více možných variant odpovědí. Otázky otevřené, kde respondentky vpisovaly své vlastní odpovědi, byly následující: č. 1, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14 a 15. Celkový počet otázek v dotazníku byl 15. Respondentky daly souhlas s dotazníkem prostřednictvím jeho vyplnění.

Pro ověření srozumitelnosti otázek bylo uděláno pilotní šetření, při kterém bylo rozdáno 13 dotazníků. Bylo zjištěno, že respondentky nesprávně vyplňují otázku č. 4 (Pokud jste absolvovala předporodní kurz, aplikovala jste Vaše získané znalosti v průběhu porodu?). Tuto otázku měly vyplňovat pouze ty respondenty, které kurz absolvovaly. Při kontrolování vrácených dotazníků bylo zjištěno, že na tuto otázku odpovídaly i ty respondentky, které kurz neabsolvovaly. Tato chyba byla odhalena a při dalším rozdáni dotazníků bylo respondentkám zdůrazněno, ať na otázku č. 4 odpovídají jen v případě, když kurz absolvovaly.

Průzkumné šetření probíhalo v období od února 2018 do března 2018. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 58. Z prvních 13 dotazníků bylo provedeno pilotní šetření. Pět dotazníků respondentky nevyplnily. Celkový počet zařazených dotazníků do průzkumné práce byl tedy 40.

3.2 Výzkumný vzorek

Sběr dat probíhal v nemocnici krajského typu. Respondentky byly rodičky po spontánním porodu hospitalizované na oddělení šestinedělí. Za rodičkami jsem docházela osobně na oddělení. Respondentky k vyplňování dotazníků přistupovaly velmi ochotně. Byl jim poskytnut dostatečný prostor na vyplnění. Respondentky daly souhlas s dotazníkem prostřednictvím jeho vyplnění. Počet respondentek byl 40.

3.3 Zpracování dat

Text k bakalářské práci byl psán v programu Microsoft Office Word (2016), který je určený pro psaní text. V praktické části byl použit program Microsoft Office Excel (2016), ve kterém byly tvořeny grafy a tabulky. A pro detailnější popis výsledků hodnot v grafu byl použit pro výpočet relativní četnosti $f_i(\%) = n_i/n \times 100$. Vysvětlení veličin: f_i je označena relativní četnost, která udává podíl absolutní hodnoty a celkové hodnoty četnosti, n_i znamená absolutní četnost (počet respondentů), n udává celkovou četnost všech respondentů.

3.4 Výzkumné otázky

Jaká je informovanost respondentek o možnostech tlumení porodních bolestí?

Jaké metody tlumení porodní bolesti respondentky nejvíce preferují?

Jaká je z pohledu respondentek neúčinnější metoda tlumení porodních bolestí?

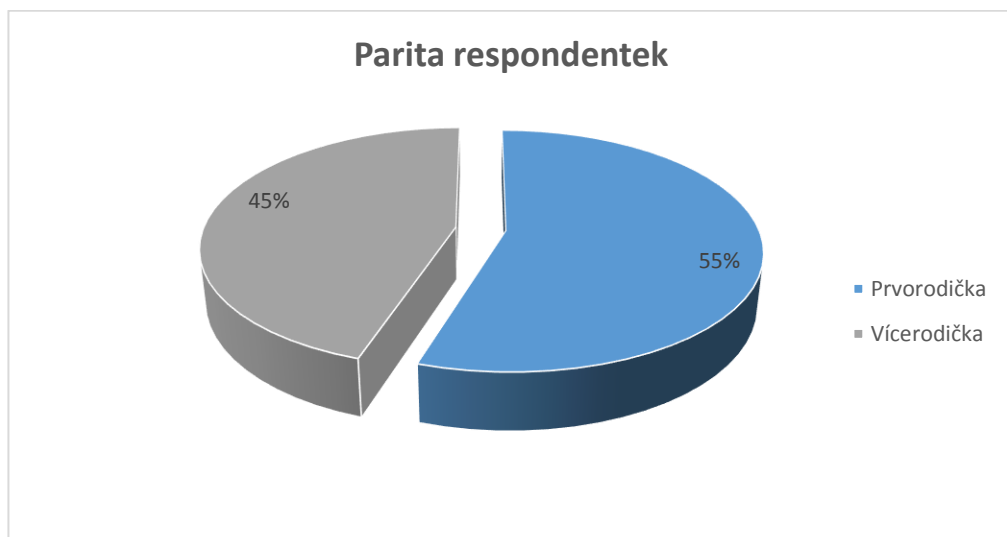
3.5 Interpretace výsledků

Otázka č. 1 - Kolik Vám je let?

V první otázce byly respondenty, po zpracování všech odpovědí, zařazeny do čtyř věkových kategorií. První kategorií byly respondenty ve věku 22-26 let v počtu 5 (12,5%) žen. Do druhé kategorie byly zařazeny respondenty ve věku 27-31 let v počtu 9 (22,5%) žen. Ve třetí kategorii byly respondenty ve věku 32-37 let v celkovém počtu 18 (45%) žen. Zároveň byl v této kategorii nejvyšší počet respondentek. Čtvrtá kategorie ve věku 37-41 obsahovala 8 (20%) respondentek.

Otázka č. 2 - Jste prvorodička či vícerodička?

- Prvorodička
- Vícerodička

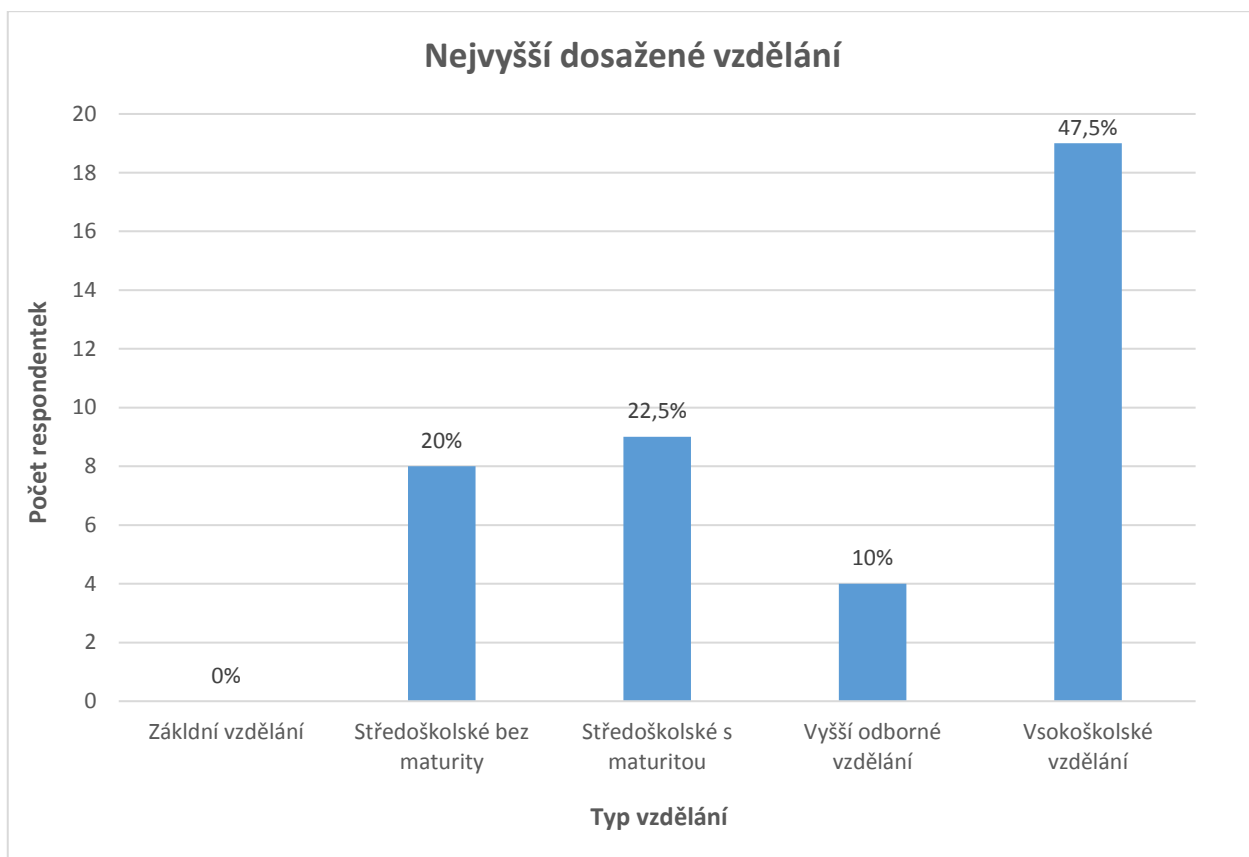


Obrázek 1 Parita respondentek

Otázka č. 2 se dotazovala na paritu rodiček. Z celkového počtu 40-ti tázaných respondentek tvořily četnější skupinu prvorodičky (primipary), tedy 22 (55%) respondentek. Menší skupinu tvořily vícerodičky (multipary), tedy 18 (45%) respondentek. Data jsou zobrazena ve výšečovém grafu na obrázku č. 1.

Otázka č. 3 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní vzdělání
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání



Obrázek 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

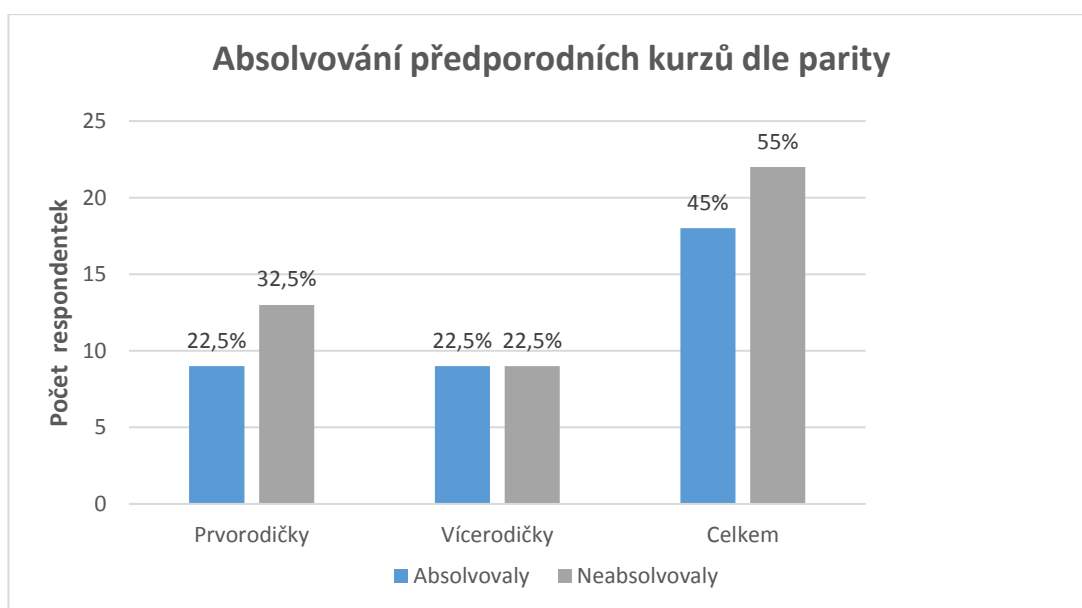
Tato otázka se týkala na nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Nejvíce respondentek 19 (47,5%) dosáhlo vysokoškolské vzdělání. Druhé nejčastěji dosažené vzdělání respondentkami 9 (22,5%) bylo středoškolské s maturitou. Další dosažené vzdělání respondentek 8 (20%) bylo středoškolské vzdělání bez maturity. Nejméně respondentek dosáhlo vyššího odborného vzdělání, a to 4 (10%). Ani jedna respondentka neměla pouze základní vzdělání. Data jsou zobrazena ve sloupcovém grafu na obrázku č. 2.

Otázka č. 4 - Pokud jste absolvovala předporodní kurz, aplikovala jste Vaše získané znalosti v průběhu porodu?

- Ano
- Ne
- Nepamatuji si

Tabulka 1 Využití znalostí z předporodního kurzu

Aplikovala jste vaše zkušenosti z předporodního kurzu v průběhu porodu?			
Parita	Ano	Ne	Nepamatuji si
Prvorodičky	9	0	0
Vícerodičky	8	0	1



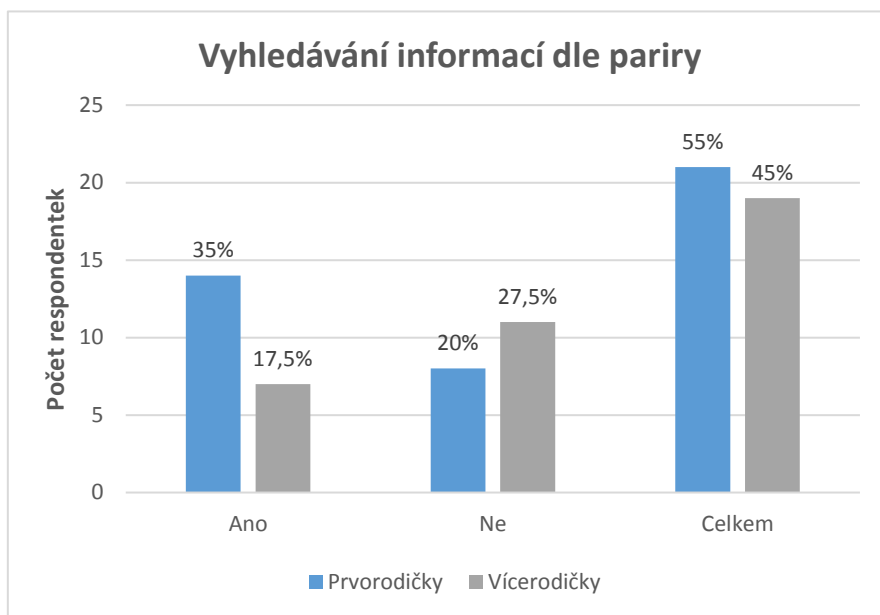
Obrázek 3 Absolvování předporodních kurzů dle parity

Tabulka č. 1 zobrazuje respondentky, které absolvovaly předporodní kurz, a jsou rozděleny dle parity. Devět prvorodiček a 8 vícerodiček uvedlo, že aplikovaly získané znalosti z předporodního kurzu v průběhu porodu. Jedna respondentka vícerodička, uvedla, že si nevzpomíná, zda znalosti z něj získané aplikovala v průběhu porodu či nikoliv.

Na obrázku č. 3 ve sloupcovém grafu je zobrazeno všech 40 respondentek, které jsou rozděleny dle parity a dle toho, zda předporodní kurz absolvovaly, či nikoliv. Počet respondentek, které absolvovaly předporodní kurz, byl 18 (45%) a 22 (55%) respondentek kurz neabsolvovalo. Z respondentek, které absolvovaly předporodní kurz bylo 9 (22,5%) prvorodiček a 9 (22,5%) vícerodiček. Dále 13 (32,5%) prvorodiček a 9 (22,5%) vícerodiček kurz neabsolvovalo.

Otázka č. 5 - Vyhledávala jste si před porodem informace o tlumení porodní bolesti?

- Ano
- Ne

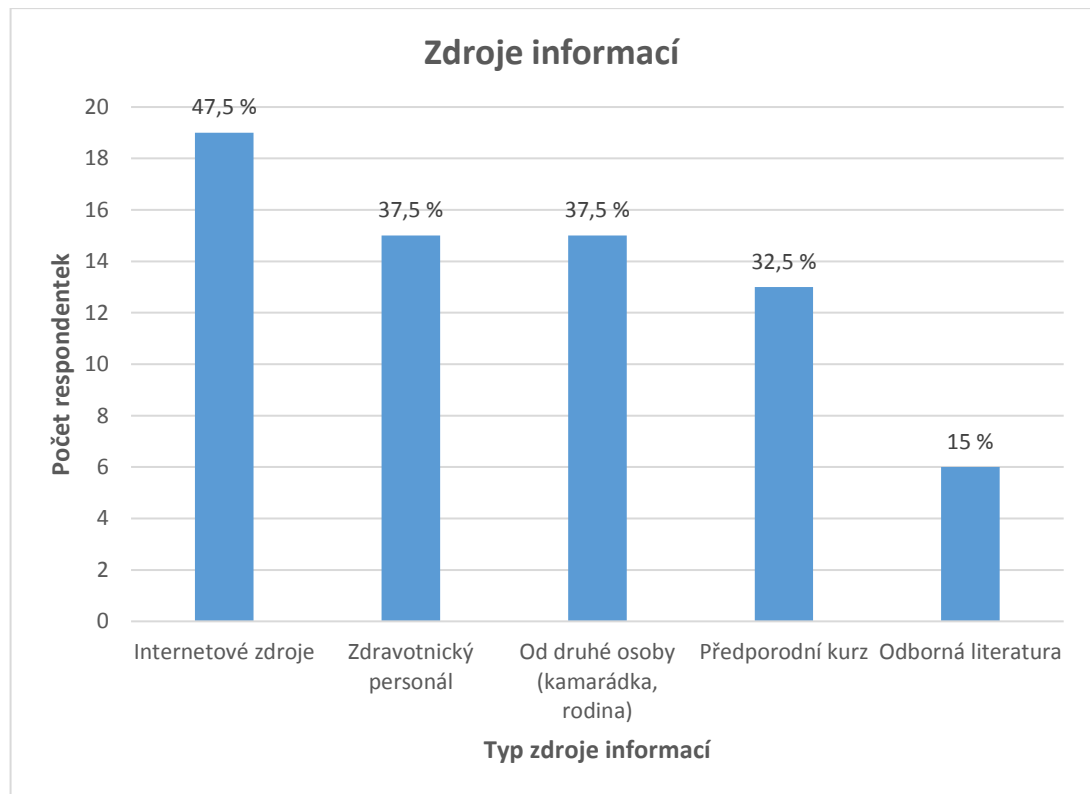


Obrázek 4 Vyhledávání informací dle parity

V otázce č. 5 respondenty odpovídaly, zda si informace o možnostech tlumení porodní bolesti vyhledávaly před porodem. Z celkového počtu 40-ti tázaných respondentek bylo 22 (55%) prvorodiček a 18 (45%) vícero-diček. Z 22 prvorodiček si 14 (35%) prvorodiček vyhledávalo informace o tlumení porodní bolesti před porodem a 8 (20%) prvorodiček informace nevyhledávaly. Z 18 (45%) vícero-diček si 7 (17,5%) vícero-diček vyhledávaly informace o tlumení porodní bolesti před porodem a 11 (27,5%) vícero-diček informace nevyhledávaly. Z grafu vyplývá, že 21 (55%) respondentek se informovalo a 19 (45%) respondentek se neinformovalo o možnostech tlumení bolesti při porodu. Výsledky jsou zobrazeny na obrázku č. 4 ve sloupcovém grafu.

Otázka č. 6 - Kde jste získala informace o metodách tlumení bolesti při porodu? Možnost více odpovědí.

- Internetové zdroje
- Zdravotnický personál, porodní asistentka či lékař
- Odborná literatura, brožura
- Od druhé osoby (kamarádka, rodina)
- Předporodní kurz
- Vlastní odpověď

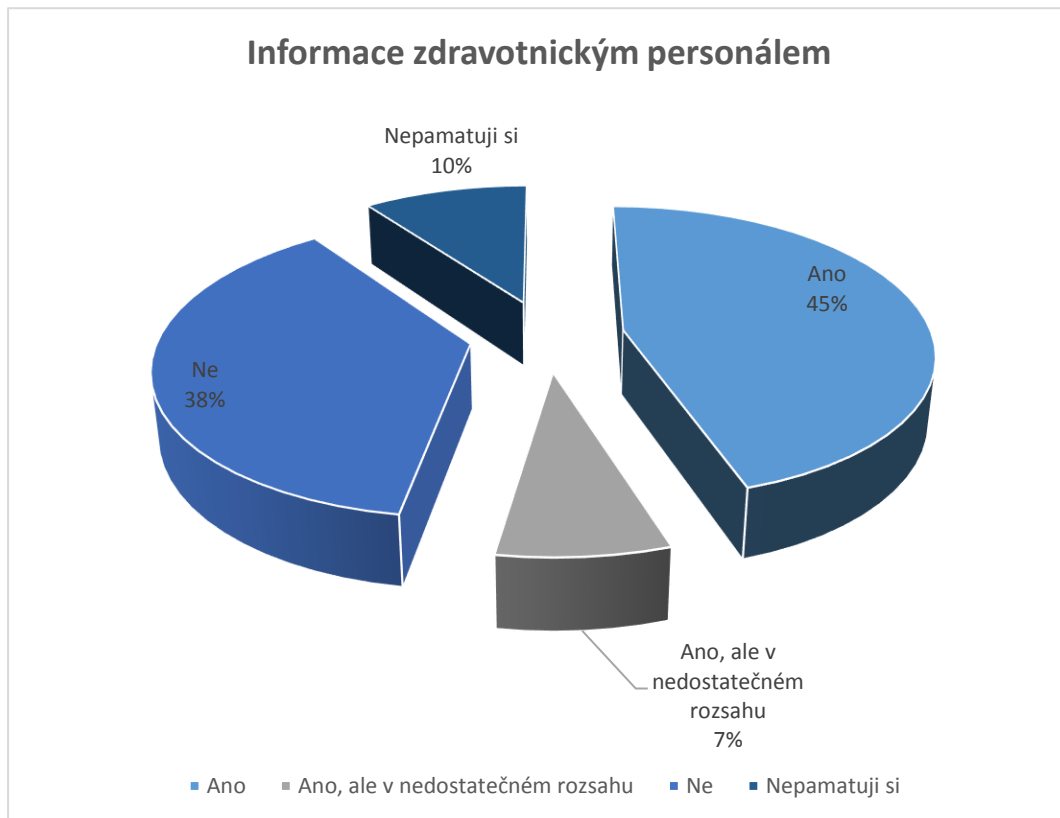


Obrázek 5 Zdroje informací

Otázka č. 6 se dotazovala respondentek na zdroj informací o metodách tlumení bolesti při porodu. Respondentky mohly označit jednu či více odpovědí. Nejčtenějším zdrojem informací byly internetové zdroje, kde tuto variantu uvedlo 19 (47,5 %) respondentek. Mezi další časté využívané zdroje patřil zdravotnický personál a druhá osoba jako je např. kamarádka či rodina. Tuto variantu zvolilo 15 (37,5 %) respondentek. Dále to byl předporodní kurz, kde se 13 (32,5%) žen dozvědělo o metodách. Z odborné literatury čerpalo pouze 6 (15%) žen. Data jsou zobrazena na obrázku č. 5 ve sloupcovém grafu.

Otázka č. 7 - Byla jste informována zdravotnickým personálem o možnostech tlumení porodní bolesti?

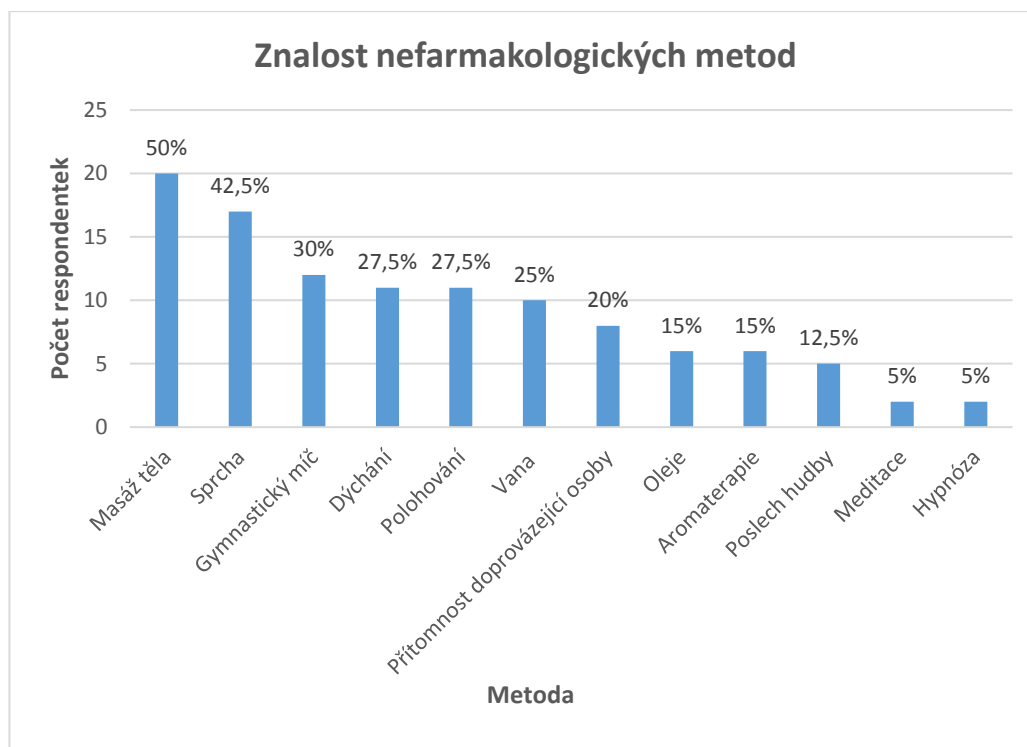
- Ano, v dostatečném rozsahu
- Ano, ale v nedostačujícím rozsahu a to z důvodu:
- Ne
- Nepamatuji si



Obrázek 6 Informovanost zdravotnickým personálem

Na tuto otázku z celkového počtu 40 respondentek odpovědělo 18 (45%) respondentek, že bylo v dostatečném rozsahu informováno zdravotnickým personálem o možnostech tlumení bolesti při porodu. Pouze 3 (7%) respondentky odpověděly, že byly informovány, ale v nedostatečném rozsahu. Důvod, proč jejich edukace nebyla dostatečná, nevedly, i když tu možnost měly. Dále z obrázku č. 6 z výšečového grafu vyplynulo, že nebylo informováno 15 (38%) respondentek a zbylé respondentky 4 (10%) si danou zkušenost už nepamatují. Výsledky jsou zobrazeny ve výšečovém grafu na obrázku č. 6.

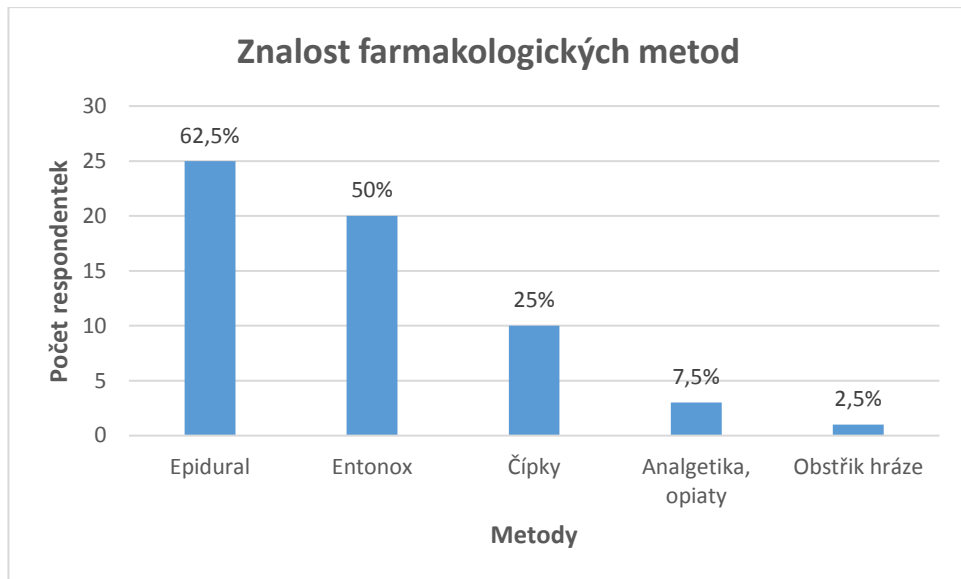
Otázka č. 8 – Vypište, prosím, všechny nefarmakologické (nelékové) metody tlumení porodní bolesti, které znáte.



Obrázek 7 Znalost nefarmakologických metod

Otázka č. 8 se dotazovala respondentek na znalost nefarmakologických metod při tlumení porodní bolesti. Odpověď byla otevřeného typu. Nejznámější nefarmakologická metoda, kterou uvedlo 20 (50%) respondentek, byly masáže těla. 17 (42,5) respondentek uvedlo sprchu, 12 (30) respondentek uvedlo gymnastický míč, 11 (27,5%) respondentek uvedlo dýchání a polohování, 8 (20%) respondentek uvedlo přítomnost doprovázející osoby u porodu, 6 (15%) respondentek uvedlo oleje a aromaterapii, 5 (12,5%) respondentek uvedlo poslech hudby. Nejméně znalé metody byly meditace a hypnóza, které znaly pouze 2 (5%) respondentky. Data jsou zobrazena ve sloupcovém grafu na obrázku č. 7.

Otázka č. 9 – Vypište, prosím, všechny farmakologické (lékové) metody tlumení porodní bolesti, které znáte.

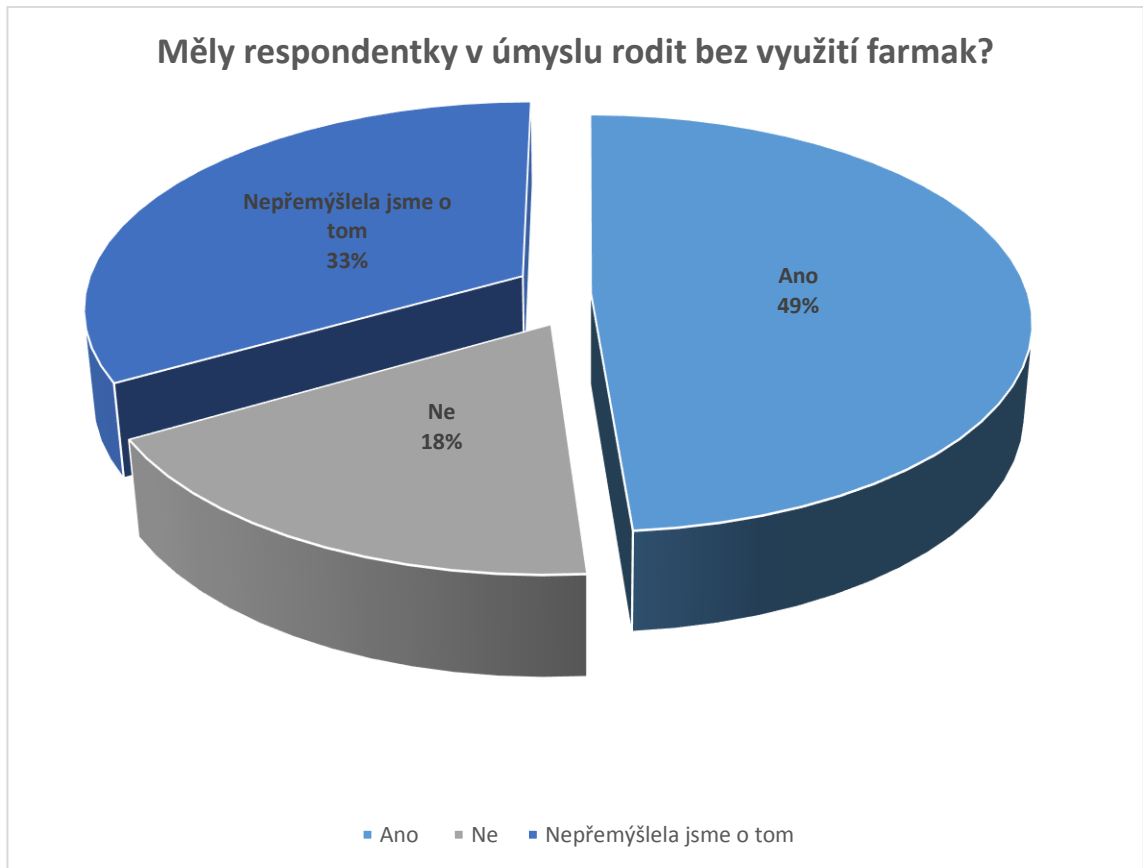


Obrázek 8 Znalost farmakologických metod

Otázka č. 9 se tázala respondentek na jejich znalost farmakologických metod tlumení bolesti. Otázka byla otevřeného typu, kam respondentky vypsaly své znalosti o farmakologických metodách. Nejčastější respondentkami zmiňovaná farmakologická metoda byla epidurální analgezie, kterou uvedlo 25 (62,5%) respondentek. Na druhém místě je Entonox, který uvedlo 20 (50%) respondentek. Rektální čípky uvedlo 10 (25%) respondentek. Analgetika a opiaty uvedly 3 (7,5%) respondentky. A pouze 1 (2,5%) respondentka věděla o metodě obstříku hráze. Data jsou zobrazena ve sloupcovém grafu na obrázku č. 8.

Otázka č. 10 - Když jste přicházela k porodu, měla jste v úmyslu родit bez využití farmakologických metod? (bez použití léků)

- Ano
- Ne
- Nepřemýšlela jsem o tom

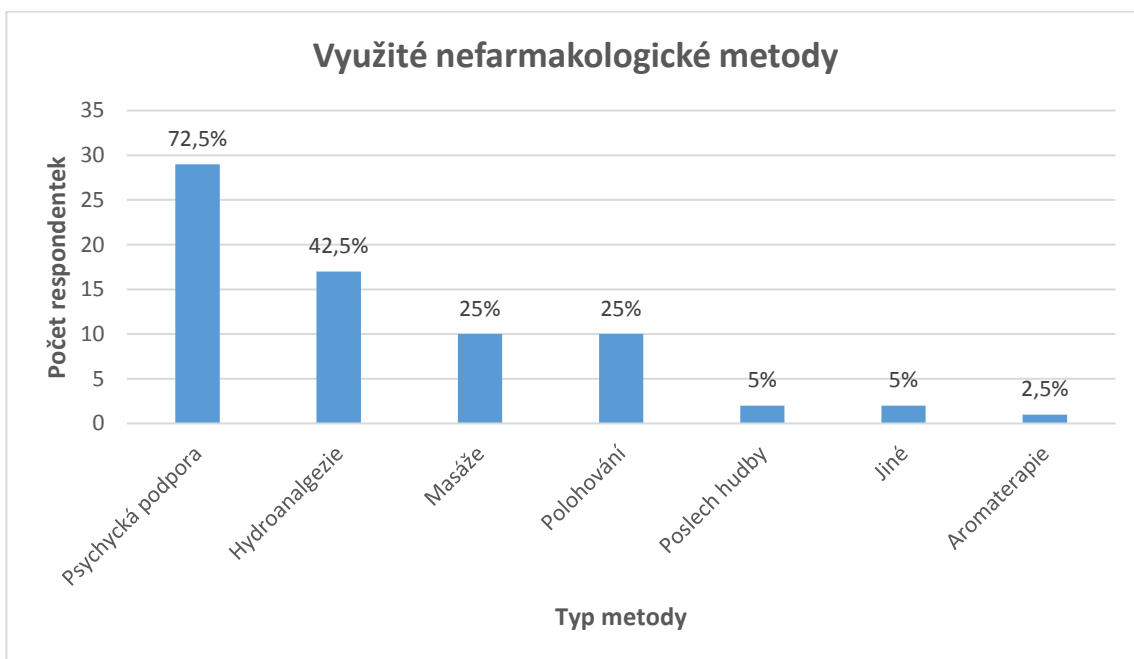


Obrázek 9 Měly respondentky v úmyslu родit bez využití farmak?

Tato otázka se dotazovala, zda respondentky měly v úmyslu родit bez použití farmakologických metod. Na obrázku č. 9 ve výšečovém grafu vidíme, že 19 (49%) respondentek chtělo využít pouze nefarmakologické metody ke snížení porodních bolestí v průběhu porodu. Pouhých 7 (18%) respondentek se rozhodlo využít farmakologické metody ke snížení porodních bolestí v průběhu porodu. Zbývajících 13 (33%) respondentek nad výběrem metod ke snížení porodních bolestí v průběhu porodu nepřemýšlelo.

Otázka č. 11 – Označte, prosím, všechny nefarmakologické (nelékové) metody tlumení bolesti, které jste využila při porodu.

- Masáže
- Aromaterapie
- Hydroanalgezie (koupel, sprchování, obklady)
- Poslech hudby
- Psychická podpora partnera či jiné doprovázející osoby
- Elektroanalgezie (elektrické stimuly přes kůži)
- Hypnóza
- Polohování (např. použití gymnastického míče)
- Žádné
- Jiné:

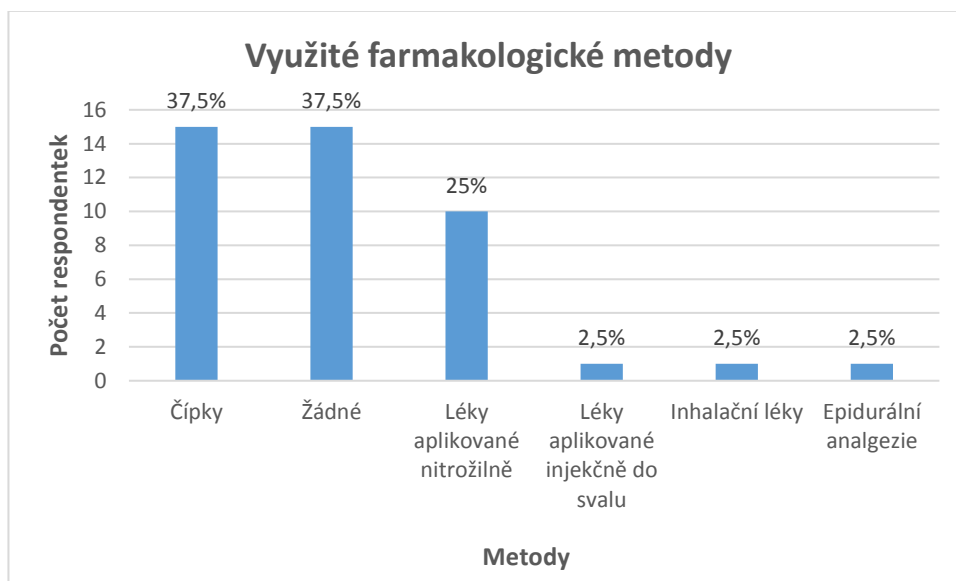


Obrázek 10 Využití nefarmakologické metody

Otázka č. 11 se dotazovala, které nefarmakologické metody respondentky využily při porodu. V této otázce respondentky měly možnost zaškrtnout více odpovědí. Nejvyužívanější nefarmakologickou metodou byla označena psychická podpora od druhé osoby. Ať už je to doprovázející osoba, či porodní asistentka. Tuto metodu využilo 29 (72,5%) respondentek. Druhá nejvyužívanější metoda byla hydroanalgezie. Říká se, že voda má blahodárný účinek na snížení porodních bolestí. Tuto metodu využilo 17 (42,5%) respondentek. Na třetím místě byly dvě metody, a to masáže a polohování, které využilo 10 (25%) respondentek. Ostatní 2 (5%) respondentky uvedly poslech hudby a jiné metody. Mezi jiné metody respondentky uvedly prodávání děložních kontrakcí čili dechová cvičení, pozitivní myšlení a promlouvání během porodu k dítěti. Nejméně využívanou metodou byla označena aromaterapie. Výsledky jsou znázorněné na obrázku č 10 ve sloupcovém grafu.

Otázka č. 12 – Označte, prosím, všechny farmakologické (lékové) metody tlumení bolesti, které jste využila při porodu.

- Léky aplikované nitrožilně (např. Nalbuphin)
- Léky aplikované injekčně do svalu
- Inhalační léky (Entonox)
- Epidurální analgezie
- Čípky
- Žádné
- Jiné:

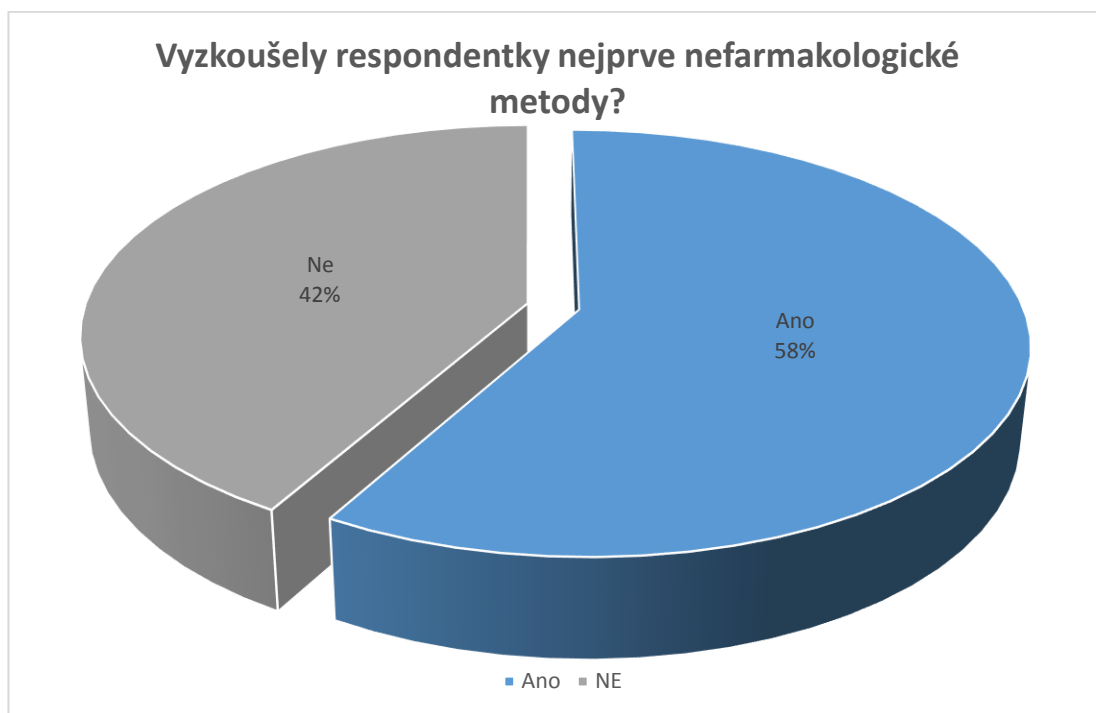


Obrázek 11 Využití farmakologické metody

V otázce č. 12 uváděly respondenty všechny použité farmakologické metody v průběhu porodu. Bylo možné zaškrtnout více metod. Nejvyužívanější farmakologická metoda byla za použití rektálních čípků. Tuto metodu uvedlo 15 (37,5%) respondentek. Druhou nejčastěji využívanou metodou byla nitrožilní analgezie, do které patří např. opioidy a analgetika. Nitrožilní analgezi využilo 10 (25%) respondentek. Mezi nejméně využívané farmakologické metody, které uvedlo po 1 respondentce (2,5%), patří léky aplikované do svalu, inhalační a epidurální analgezie. Data jsou zobrazena ve sloupcovém grafu na obrázku č. 11.

Otázka č. 13 - Pokud jste při porodu využila některou z farmakologických (lékových) metod, vyzkoušela jste nejprve nefarmakologické metody?

- Ano
- Ne, ihned jsem volila farmakologickou metodu



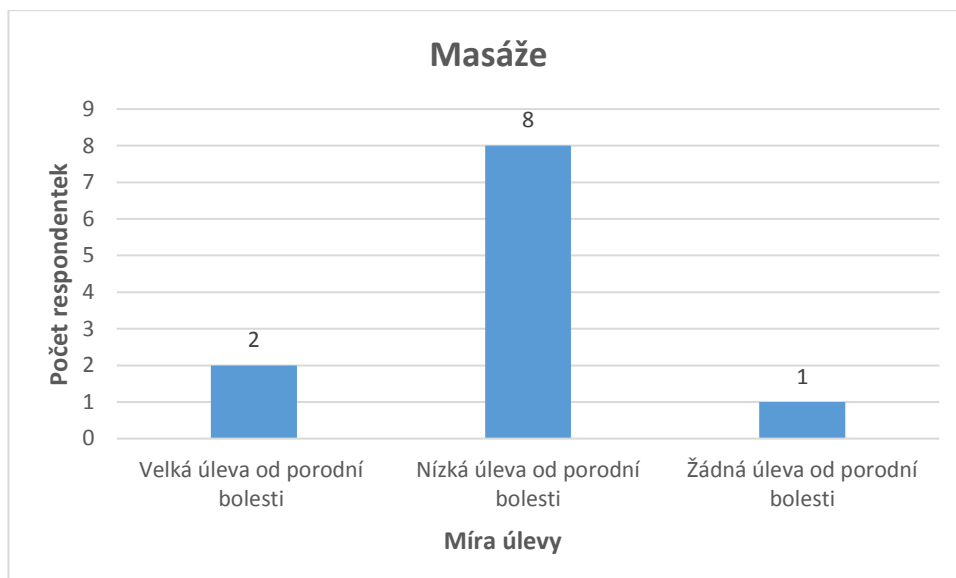
Obrázek 12 Vyzkoušely respondentky nejprve nefarmakologické metody?

Na Otázku č. 13 z celkového počtu 40-ti tázaných respondentek odpovědělo 24 (60%) respondentek. Početnější skupina v počtu 14 (58%) respondentek se pokusila v průběhu porodu využít nejprve nefarmakologické metody a až poté přistoupila k farmakologickým metodám. Zbýlých 10 (42%) respondentek využilo ihned farmakologické metody, aniž by se pokusily nejdříve použít metodu nefarmakologickou. Data jsou zobrazena ve výšečovém grafu na obrázku č. 12.

Otázka č. 14 - Pokud jste při porodu využila nefarmakologické (nelékové) metody tlumení bolesti, jaký byl dle Vás jejich účinek? Účinek zakřížkujte v daném poli.

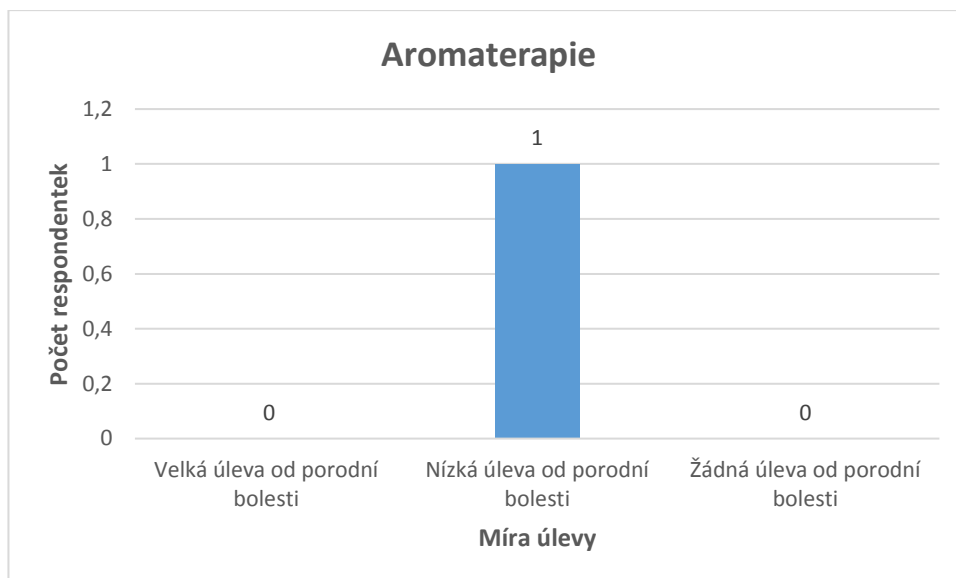
POUŽITÁ METODA	ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI		
	VELKÁ ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI	NÍZKÁ ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI	ŽÁDNÁ ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI
MASÁŽE	II	IIIIIIII	I
AROMATERAPIE		I	
HYDROANALGEZIE	IIII	IIIIII	
POSLECH HUDBY		I	
PSYCHICKÁ PODPORA	IIIIIIIIIIIIIIIIII	IIIIII	II
ELEKTROANALGEZIE			
HYPNÓZA			
POLOHOVÁNÍ	III	IIIIIIII	
JINÉ:	II		

Otázka číslo 14. byla otevřenou odpovědí. Byla sestavená pomocí tabulky, kde měly respondentky vypsané nefarmakologické metody. Ty metody, které při porodu respondentky využily následně označily do daného sloupečku, který značil úlevu od porodní bolesti. Každá nefarmakologická metoda je popsána níže.



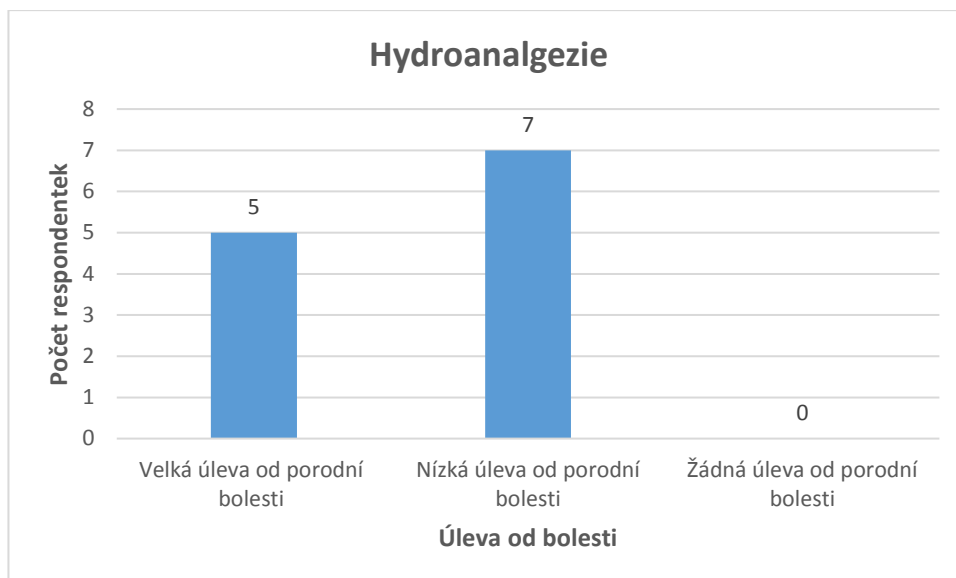
Obrázek 13 Masáže

Masáže při porodu jako nefarmakologickou metodu využilo celkem 11 respondentek. Z toho 2 respondentky při této metodě pocítily velký úlevový účinek od porodních bolestí. Dále 8 respondentek pocítily nízký úlevový účinek a 1 respondentka nepocítila žádný úlevový účinek. Data jsou zobrazena na obrázku č. 13 ve sloupcovém grafu.



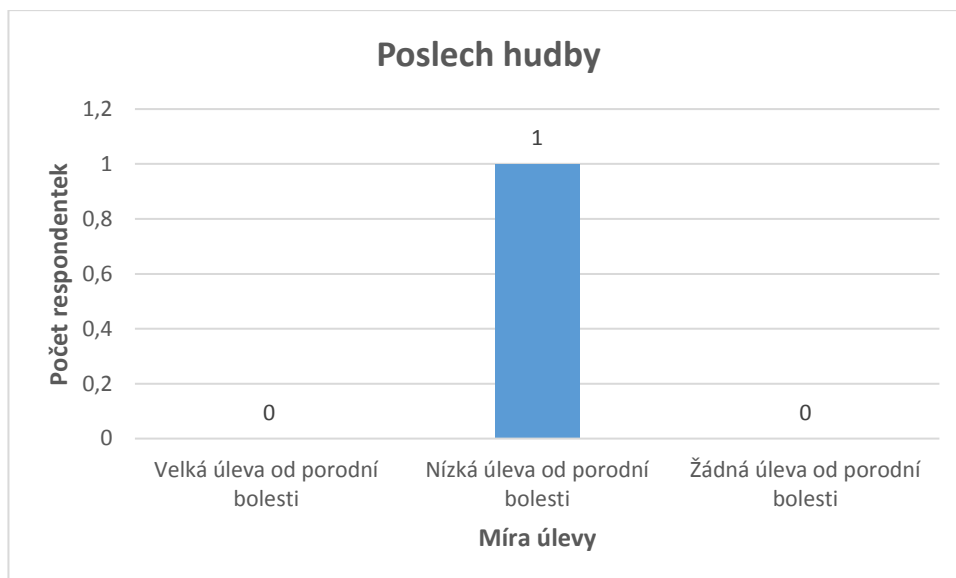
Obrázek 14 Aromaterapie

Aromaterapii využila pouze 1 respondentka, která uvedla, že tato metoda jí přinesla nízký úlevový účinek od porodních bolestí. Data jsou zobrazena na obrázku č. 14. ve sloupcovém grafu.



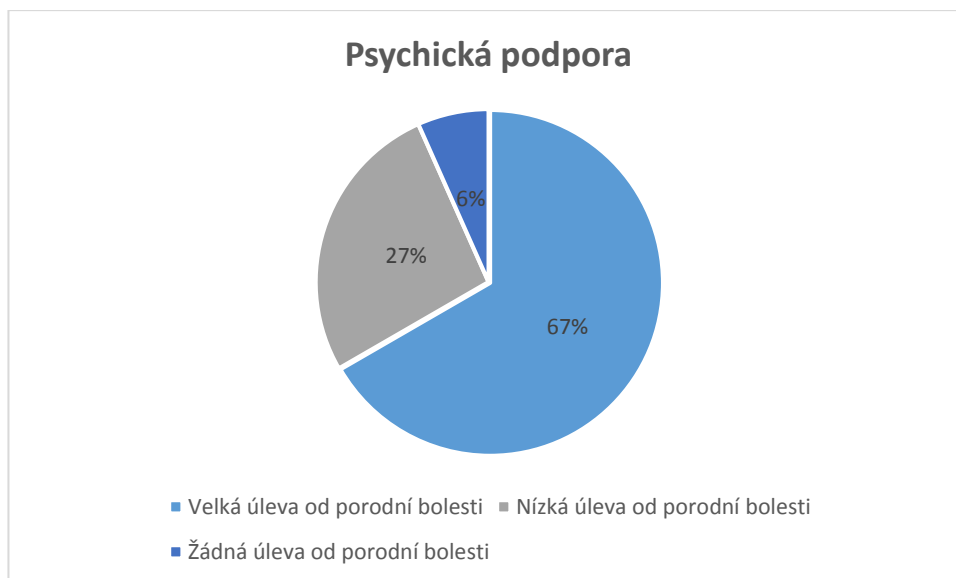
Obrázek 15 Hydroanalgezie

Na obrázku č. 15, ve sloupcovém grafu popisovaly respondentky úlevový účinek pomocí metody hydroanalgezie. Z celkového počtu 12 respondentek, které využily tuto metodu v průběhu porodu, pocítilo 5 respondentek velkou úlevu od porodních bolestí. Četnější skupinu 7 respondentek tvořily ty, které pocítily jen nízký úlevový účinek, avšak ani jedna respondentka neuvědla žádný úlevový účinek.



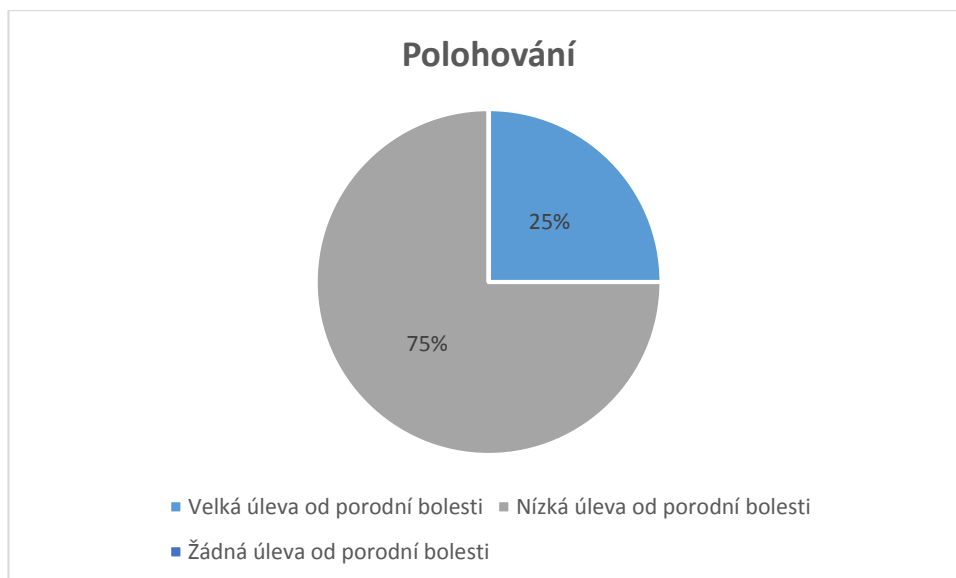
Obrázek 16 Poslech hudby

Pouze 1 respondentka využila poslech hudby při porodu na zmírnění svých porodních bolestí. Tato respondentka uvedla nízký úlevový účinek od porodní bolesti. Data jsou zobrazena na obrázku č. 16. ve sloupcovém grafu.



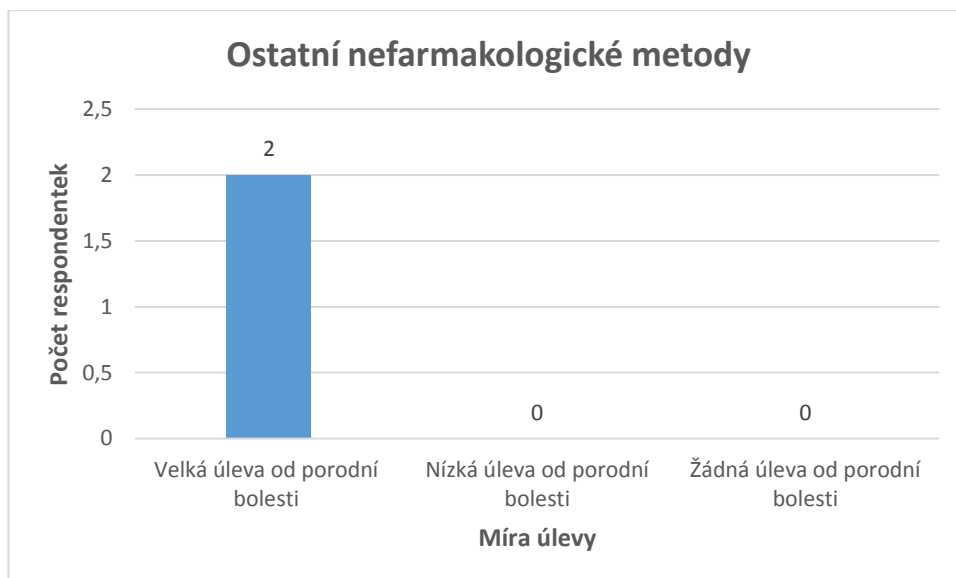
Obrázek 17 Psychická podpora

Z obrázku č. 17 z výsečového grafu vyplývá, že 30 respondentek využilo při porodu psychickou podporu od druhé osoby jako způsob ke snížení porodních bolestí. Nejčetnější skupinu tvořilo 20 (67%) respondentek, kterým tato metoda přinesla velký úlevový účinek. Méně čítnější skupina v počtu 8 (27%) respondentek uvedla, že pocítila nízký úlevový účinek. A pouze 2 (6%) respondentkám tato metoda nepřinesla žádnou úlevu od porodních bolestí.



Obrázek 18 Polohování

Metodu polohování využilo 12 respondentek. Nízkou úlevu od porodní bolesti uvedlo 9 (75%) respondentek a 3 (25%) respondentky uvedly velkou úlevu od porodní bolesti. Výsledky dat jsou uvedeny na obrázku č. 18 ve výšečovém grafu.



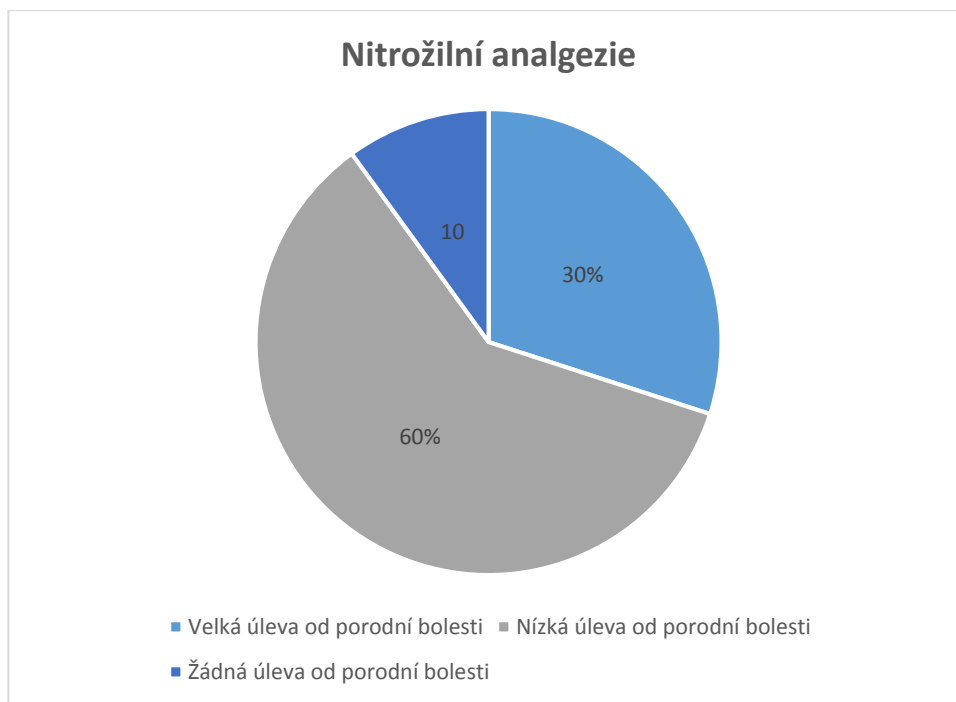
Obrázek 19 Ostatní nefarmakologické metody

Obrázek č. 19 popisuje ostatní nefarmakologické metody, které ve výběru nebyly. Odpověď byla pro respondentky otevřená. Jedna respondentka uvedla jako nefarmakologickou metodu promlouvání k dítěti a následné těšení se na něj, při této metodě respondentka pocítila velký úlevový účinek od porodních bolestí. Další respondentka uvedla pozitivní náladu a prodávání, jakož to velký úlevový účinek od porodní bolesti. Data jsou zobrazena na obrázku č. 19. ve sloupcovém grafu.

Otázka č. 15 - Pokud jste při porodu využila farmakologické (lékové) metody tlumení bolesti, jaký byl dle Vás jejich účinek? Účinek zakřížkujte v daném poli.

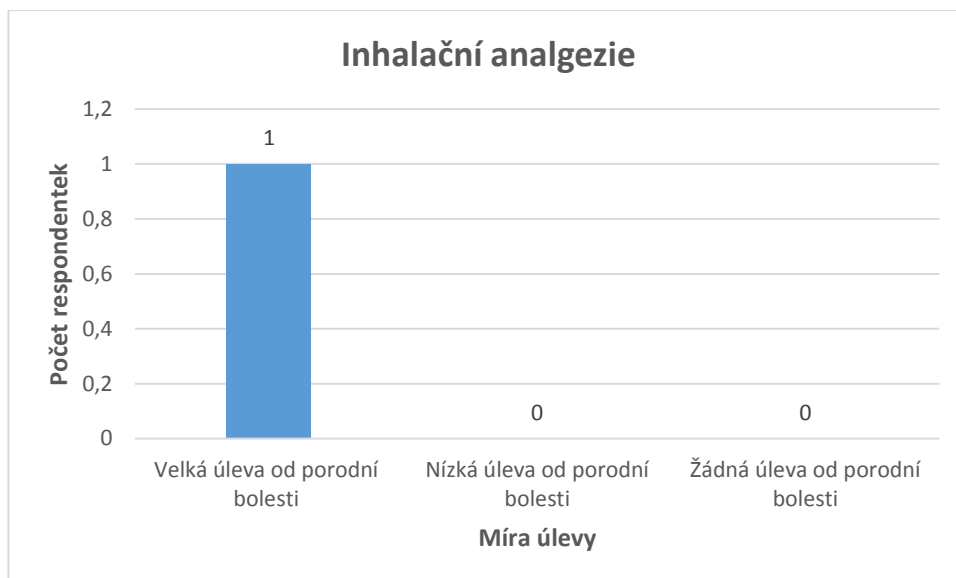
POUŽITÁ FARMAKA	ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI		
	VELKÁ ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI	NÍZKÁ ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI	ŽÁDNÁ ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI
LÉKY APLIKOVANÉ NITROŽILNĚ	III	IIIII	I
LÉKY INHALAČNÍ	I		
ČÍPKY	I	IIIIIII	IIIII
LÉKY APLIKOVANÉ INJEKČNĚ DO SVALU		I	
JINÉ:			

Otázka číslo 15. byla otevřenou odpovědí. Byla sestavená pomocí tabulky, kde měly respondentky vypsané farmakologické metody. Ty metody, které při porodu respondentky využily, následně označily do daného sloupečku, který značil úlevu od porodní bolesti. Každá farmakologická metoda je popsána níže.



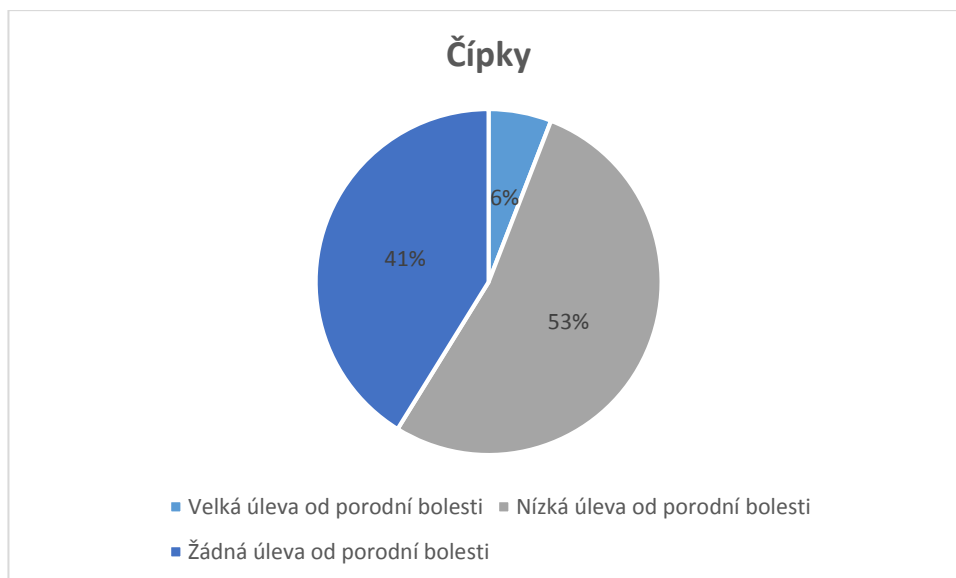
Obrázek 20 Nitrožilní analgezie

Nitrožilní analgezií využilo 10 respondentek. Nejčetnější skupinu v počtu 6 (60%) respondentek tvořily ty, kterým nitrožilní analgezie přinesla jen nízký analgetický účinek. Další 3 (30%) respondentky uvedly velký analgetický účinek a pouze 1 (10%) respondentka uvedla, že tato metoda jí nepřinesla žádný analgetický účinek. Výsledky jsou zobrazeny na obrázku č. 20 ve výšečovém grafu.



Obrázek 21 Inhalační analgezie

Inhalační analgezi využila pouze 1 respondentka, která uvedla, že tato metoda jí přinesla velký analgetický účinek od porodních bolestí. Data jsou zobrazena na obrázku č. 21 ve sloupcovém grafu.



Obrázek 22 Čípky

Rektální čípky jako farmakologickou metodu využilo v celkovém počtu 17 respondentek. Nízkou úlevu od porodní bolesti uvedlo 9 (53%) respondentek. Žádnou úlevu od porodní bolesti uvedlo 7 (41%) respondentek. Velkou úlevu od porodní bolesti uvedla pouze 1 (6%) respondentka. Data jsou zobrazená na obrázku č. 22 ve výšečovém grafu.



Obrázek 23 Intramuskulární analgezie

Tuto metodu využila pouze 1 respondentka, která uvedla nízký analgetický účinek od porodní bolesti. Data jsou zobrazena na obrázku č. 23. ve sloupcovém grafu.

4 DISKUZE

Po provedeném literární rešerši o problematice tlumení bolesti při porodu a metodách, jakými lze porodní bolest snížit, bylo hlavním cílem bakalářské práce odpovědět na tři výzkumné otázky. Pro tento účel byl vytvořen anonymní dotazník vlastní konstrukce, ve kterém byly zpracovány jednotlivé otázky. Odpovědi respondentek byly vyhodnoceny a zpracovány graficky (viz praktická část). Diskuze se zabývá porovnáním výsledků stanovených výzkumných otázek, literatury a bakalářských prací na podobné téma.

První výzkumná otázka: Jaká je informovanost respondentek o možnostech tlumení porodních bolestí? K této VO (výzkumné otázce) se stahovaly následující otázky, které byly použity v dotazníku. Otázka č. 4 - Pokud jste absolvovala předporodní kurz, aplikovala jste Vaše získané znalosti v průběhu porodu? Otázka č. 5 - Vyhledávala jste si před porodem informace o tlumení porodní bolesti? Otázka č. 6 - Kde jste získala informace o metodách tlumení bolesti při porodu? Otázka č. 7 - Byla jste informována zdravotnickým personálem o možnostech tlumení porodní bolesti? Otázka č. 8 - Vypište, prosím, všechny nefarmakologické (nelékové) metody tlumení porodní bolesti, které znáte. Otázka č. 9 - Vypište, prosím, všechny farmakologické (lékové) metody tlumení porodní bolesti, které znáte.

Rodičkám se nabízí hned několik variant, dle jakých si mohou informace o daných metodách zjistit. Existuje mnoho metod pro tlumení či snížení porodní bolesti. Edukace rodiček je důležitá, neboť snižuje strach z neznámého a napomáhá k vytvoření důvěrnějšího vztahu mezi zdravotnickým personálem a rodičkou. Ze získaných poznatků lze říci, že více než polovina dotázaných rodiček si sama vyhledávala informace o metodách tlumení bolesti již před porodem (viz otázka č. 5).

Otázka č. 6 se zabývala tím, kde rodičky informace vyhledávají. Největší zastoupení způsobu získávání informací měly internetové zdroje. Je to nejspíše tím, že internet je pro většinu obyvatel dostupný a slouží jako snadná a rychlá nápověda. Existuje mnoho webových portálů, v nichž budoucí maminky najdou různé diskuze, co se týče porodu a metod pro tlumení bolesti. Také zde najdou mnoho rad a zkušeností ostatních rodiček. Internet však nemusí být vždy spolehlivým a pravdivým zdrojem.

Spolehlivým zdrojem informací jsou předporodní kurzy. Otázka č. 4 se dotazovala respondentek, zda své zkušenosti aplikovaly v průběhu porodu. A téměř 90% rodiček, které kurz absolvovaly, tak následně získané informace aplikovalo při porodu.

Také zdravotnický personál by se měl aktivně podílet na edukaci žen o možnostech tlumení bolesti. Porodní asistentka či lékař by měli nejdříve informovat, jaké metody jsou v daný čas pro rodičku vhodné, a společně za souhlasu rodičky vybrat co nejvhodnější metodu ke snížení porodních bolestí. Avšak je nutné mít na paměti, že každá rodička pociťuje bolest zcela individuálně, a je potřeba k nim tak přistupovat. Z dotazovaných respondentek 45% uvedlo, že bylo informováno o možnostech tlumení bolesti zdravotnickým personálem. Ostatní výsledky jsou znázorněny v otázce č. 7.

Dle Hájka (2014) by měla rodička být dostatečně informovaná o metodách k tlumení porodní bolesti, a to buď z odborné literatury, či předporodního kurzu. Dané zdravotnické zařízení (porodnice) by jí to mělo zajistit a mělo by nabízet více způsobů porodní analgezie, aby mohlo uspokojit většinu rodiček. (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 198)

Ze získaných výsledků lze říci, že rodičky jsou dostatečně informované o metodách k tlumení porodní bolesti. Z výsledků, na které poukazují otázky č. 8 a 9, vyplývá, že každá respondentka dokázala uvést 3-5 nefarmakologických metod a 2-3 farmakologické metody.

Karbanová (2013) psala bakalářskou práci na téma: Postoj těhotných žen k bolesti při porodu. Uvedla ve své práci, že její zkoumaný vzorek respondentek byl také dostatečně informovaný o možnostech tlumení bolesti při porodu. A také poukazuje na to, že ženy čerpají především z internetových zdrojů, které nemusejí být vždy spolehlivé a pravdivé. (Karbanová, 2013, s. 60)

Druhá výzkumná otázka: Jaké metody tlumení porodní bolesti respondentky nejvíce preferují? K této výzkumné otázce se stahovaly následující otázky. Otázka č. 10 - Když jste přicházela k porodu, měla jste v úmyslu родit bez využití farmakologických metod? Otázka č. 11 – Označte, prosím, všechny nefarmakologické (nelékové) metody tlumení bolesti, které jste využila při porodu. Otázka č. 12 – Označte, prosím, všechny farmakologické (lékové) metody tlumení bolesti, které jste využila při porodu. Otázka č. 13 - Pokud jste při porodu využila některou z farmakologických (lékových) metod, vyzkoušela jste nejprve nefarmakologické metody?

Stále častěji se setkáváme s rodičkami, které přijdou na porodní sál s porodním plánem, ve kterém se často vyskytuje požadavek, aby se nezasahovala do porodního děje medikamenty. Pro takové rodičky je vhodná volba nefarmakologických metod, které sníží porodní bolesti bez toho, aby ovlivnily plod či rodičku. Téměř 49% respondentek plánovalo nevyužít farmakologické metody, a dát tak přednost alternativním postupům. K tomu se vztahuje otázka č. 10.

Mezi respondentkami byla nejčastěji využitá metoda v psychické podpoře ze strany partnera či doprovázející osoby, kterou uvedlo 30 respondentek, což z celkového množství tázaných respondentek představuje 75%. Dále to byly metody, jako je hydroanalgezie, kterou uvedlo 42,5% rodiček. Masáže a polohování využilo 25% respondentek. Tyto metody se řadí k nejčastěji využívaným nefarmakologickým metodám.

Roztočil který v knize uvádí nejužívanější nefarmakologické metody, mezi které patří: bazální psychoterapie, relaxační koupel, akupunktura, hypnóza a TENS. (Roztočil, 2017, s. 471)

Otázka č. 12 vypovídala o nejčastěji využívaných farmakologických metodách. Mezi nejčastěji využitými metodami patřily rektální čípky, které z celkového počtu tázaných respondentek využilo 15 (37,5%) respondentek. V počtu 10 (25%) respondentek využilo ke zmírnění porodní bolesti nitrožilní analgezie. Pouze v malém procentu 2,5% využily respondentky metody následující: intramuskulární analgezie, inhalační analgezie a epidurální analgezie. Z celkového počtu využitých metod byly využity častěji nefarmakologické metody, a to celkem 58x. Farmakologické metody byly využity celkem 28x. Musíme však brát ohled na to, že výzkum byl prováděn v jedné krajské nemocnici, a proto se nedá říci, že tyto výsledky jsou platné celoplošně.

Třetí výzkumná otázka: Jaká je z pohledu respondentek nejúčinnější metoda tlumení porodních bolestí? K této výzkumné otázce se stahovaly následující otázky: Otázka č. 14 - Pokud jste při porodu využila nefarmakologické (nelékové) metody tlumení bolesti, jaký byl dle Vás jejich účinek? Otázka č. 15 - Pokud jste při porodu využila farmakologické (lékové) metody tlumení bolesti, jaký byl dle Vás jejich účinek?

Je nutné mít na paměti, že každá rodička má jiný práh bolesti, tím se také může účinnost daných metod u dané rodičky lišit. Nejúčinnější metoda dle respondentek je psychická podpora, kterou uvedlo 30 respondentek, což představuje 75% ze zkoumaného vzorku. Až 67% žen uvedlo, že tato metoda jim přinesla velkou úlevu od porodní bolesti (viz. obrázek č. 24).

Ve výzkumné části Michálkové (2017), která psala bakalářskou práci na téma: Zkušenost rodiček s porodní bolestí, byly popsány podobné výsledky. Její zjištění bylo překvapivé v tom, že většina respondentek zvolila jako nejúčinnější metodu porodnické analgezie je přítomnost partnera u porodu. A jedna respondentka uvedla, jako nejúčinnější nefarmakologickou metodu těšení se na dítě. (Michálková, 2017, s. 50)

Dle autora Antonína Pařízka, který ve své brožuře uvádí, účinnost jednotlivých metod takto: epidurální analgezie 90% účinnost, paracervikální analgezie 75% účinnost, Nalbuphin 50% účinnost, Pethidin, N₂O, předporodní příprava 30% účinnost, hypnóza 25% účinnost, TENS 15% účinnost a akupunktura 5% účinnost. Pro porovnání s výsledky z dotazníkového šetření, vychází pouze jedna metoda čímž je inhalační analgezie, u které Pařízek uvádí účinnost na 30%. Ze získaných výsledků vychází, že tuto metodu využila pouze jedna respondentka, která uvedla že při využití této metody pocítila velký analgetický účinek. (Pařízek, 2015, s. 149)

Nefarmakologická metoda hydroanalgezie nabízí rodičkám více možností, jak tuto metodu aplikovat. Ať je to blahodárná koupel, sprchování a teplé či studené obklady. Hydroanalgezi využilo 12 (30%) respondentek, z toho pouze 5 (12,5%) respondentek pocítilo velký analgetický účinek. Četnější skupinu 7 respondentek tvořily ty, které pocítily jen nízký úlevový účinek. Polohování, je metoda, kterou využilo 12 respondentek a pouze 3 respondentky pocítily velký úlevový účinek. Výsledky z dotazníkového šetření ukázaly, že farmakologické metody jako je nitrožilní analgezie, inhalační analgezie a rektální čípky, mají nízký účinek pro snížení porodních bolestí.

5 ZÁVĚR

Porod patří k jednomu z nezapomenutelných zážitků ženy. Je to jedna z nejvíce bolestivých zkušeností, kterou rodičky popisují, ale zároveň velmi radostná událost. Proto by rodičky měly mít potřebné znalosti o průběhu porodu a možnostech, jak snížit porodní bolest. Předcházejí tím tak strachu z neznámého.

V praktické části bakalářské práce byly stanoveny tři hlavní cíle. Na hlavní cíle bylo odpovězeno pomocí anonymního dotazníkového šetření a jeho výsledků. Šetření se zúčastnilo 40 žen po spontánním porodu, které byly hospitalizované na oddělení šestinedělí.

Prvním cílem bakalářské práce, bylo zjistit informovanost rodiček o metodách k tlumení porodní bolesti. Z výsledků je patrné, že rodičky mají dostatečné informace o možnostech tlumení porodní bolesti. Rodičky se o metodách tlumení porodní bolesti informují již před porodem. Nejčastějším respondentkami použitým zdrojem k získání informací je internet, který však nemusí být vždy spolehlivým zdrojem. Zajímavé bylo, že polovina tázaných respondentek, které absolvovaly předporodní kurz, byly vícerodičky. Tento výsledek mne překvapil, protože jsem předpokládala, že vícerodičky nevyužívají služeb předporodního kurzu. Druhý výsledek, který mne překvapil byl ten, jak malý počet respondentek bylo dostatečně informováno zdravotnickým personálem o možnostech tlumení porodní bolesti. Z jakého důvodu zbytek respondentek nebylo dostatečně nebo zcela vůbec informováno by se dalo polemizovat, nebo udělat další průzkumné šetření.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké nejčastější metody rodičky používají k zvládnutí porodní bolesti. Při rozdělení nefarmakologických a farmakologických metod vyšlo, že preferovanější metody jsou nefarmakologické. Mezi nejčastější metody, které respondentky využívaly, patří (od nejvýznamnějších po nejméně užívané): psychická podpora, hydroanalgezie, rektální čípky, nitrožilní analgezie, polohování, muzikoterapie, aromaterapie, inhalační analgezie a epidurální analgezie.

Třetím cílem bakalářské práce bylo zjistit míru úlevy od porodních bolestí při použití jednotlivých metod tlumení bolesti. Z výsledků jako nejúčinnější metoda na snížení porodní bolesti byla nefarmakologická metoda, a to psychická podpora rodiček. Je zapotřebí brát ženu jako holistický celek, a také k ní tak přistupovat, neboť psychický aspekt je opravdu podstatnou a důležitou částí. Mezi nejméně účinné metody pro snížení porodní bolesti patří rektální čípky a nitrožilní analgezie. Velice mne překvapilo, že z výsledků, jako nejvíce účinné metody pro snížení porodních bolestí vyšly metody nefarmakologické. Metody farmakologické podle zjištěných výsledků měli nízký až žádný analgetický účinek.

Na základě této bakalářské práce se dá říci, že ženy jsou dostatečně informované o metodách snižující porodní bolesti. Dle mého názoru a zkušeností z praxe na gynekologicko-porodnické klinice, rodičky často zapomínají, jaké dané metody se jim nabízí či nevědí, jak je v průběhu porodu aplikovat. Rodičkám by mohlo ulehčit, kdyby každá nemocnice vyhotovila jednoduchou brožuru s popisem daných např. nefarmakologických metod. Tuto brožuru by si mohly rodičky nastudovat před porodem či si jí vzít s sebou do porodnice.

Tato bakalářská práce byla pro mne přínosná. Rozšířila jsem si informace o metodách, kterými lze porodní bolest snížit. Na základě této práce by se mohla dát například zhotovit brožura, která by stručně charakterizovala jednotlivé nefarmakologické metody, které by byly ilustrovány obrázky.

6 POUŽITÁ LITERATURA

1. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.
2. BINDER, Tomáš a Blanka VAVŘINKOVÁ. *Porodnictví: pro porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, 2016. ISBN 978-80-7561-020-1.
3. BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
4. ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Porodnictví*. 2. doplněné vyd. Praha: Grada, 2006, 546 s. ISBN 978-80-247-1303-8
5. ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress, 2017. ISBN 978-80-265-0579-2. MANDER, Rosemary. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-810-8.
6. ENCYKLOPEDIÉ: Porodnická analgie. *PORODNICE.CZ: Porodnická analgie* [online]. Mother-Care-Centrum, c2014 [cit. 2018-03-27]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/encyklopedie/porodnicka-analgie>
7. FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. ISBN 978-80-7345-482-1.
8. FRITZ, Stephanie. *Esenciální oleje v období těhotenství, pro snazší porod a pro miminka*. Praha: Barevný svět, c2014. ISBN 978-80-903543-4-0.
9. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
10. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
11. HANÁKOVÁ, Taťána, Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a Pavla VOLNÁ. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress, 2015. ISBN 978-80-264-0755-3.

12. KARBANOVÁ, Jana. *Postoj těhotných žen k bolesti při porodu*. Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra porodní asistence. Vedoucí práce Vendula Mikšovská.
13. KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-267-4.
14. KUDELA, Milan. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0837-6.
15. Linde Gas a.s. *Linde Gas a.s.: Katalog produktů* [online]. 2016 [cit. 2018-04-27]. Dostupné z: http://www.linde-gas.cz/internet.lg.lg.cze/cs/images/katalog_produkty_2016_web79_74629.pdf?v=3.0
16. LUNNY, Vivian, NOE, Marie, ed. *Vůně života: aromaterapie pro těhotenství a zdravý životní styl*. Praha: One Woman Press, 2005. ISBN 80-86356-40-X
17. MICHÁLKOVÁ, Monika. *Zkušenost rodiček s bolestí při porodu*. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Drahomíra Filausová.
18. MANDER, Rosemary. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-810-8.
19. MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu: přehled péče o fyziologického novorozence*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2015. ISBN 978-80-7395-859-6. strana 40-41
20. PAŘÍZEK, Antonín. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-893-3.
21. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-726-2321-4
22. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-215-2.

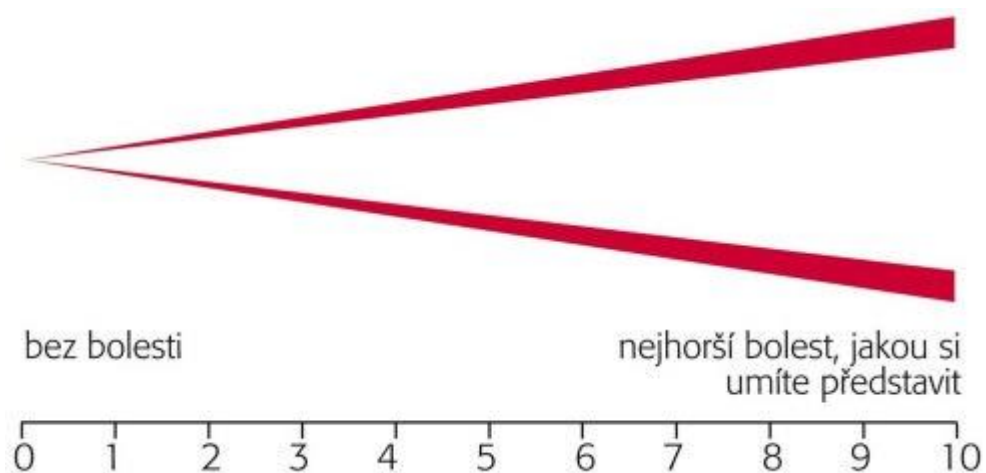
23. PAŘÍZEK, Antonín. *Moderní babictví: Porodnická analgezie* [online]. Praha: LEVRET, 2004, (3), 12 s. [cit. 2018-04-03]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=144>
24. PROCHÁZKA, Martin, Radovan PILKA, Štěpánka BUBENÍKOVÁ, et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.
25. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
26. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
27. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
28. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
29. ŠTROMEROVÁ, BSc, Zuzana, Milena DVOŘÁKOVÁ, BSc a Jana MENČLOVÁ. *Péče porodní asistentky o těhotnou a rodící ženu v prostředí mimo porodnici – rychlý rádce. Porodní dům U Čápa* [online]. Praha: C&COM Advertising, 2008, 30.08.2008 [cit. 2018-04-03]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Images/Brozury/BrozuraPA.pdf>
30. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.
31. UNIPA: *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka* [online]. WHO, c1999 [cit. 2018-04-27]. Dostupné z: https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2017/07/WHO_pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf
32. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.

33. BAJGAROVÁ, Adéla a Lucie GAJDOŠOVÁ. *Polohy pro jednotlivé doby porodní*
In: *APERIO* [online]. Praha: Copyright © APERIO - Společnost pro zdravé
rodičovství, br, 18.03.2011 [cit. 2018-04-04]. Dostupné z:
file:///C:/Users/mm/Desktop/bakal%C3%A1%C5%99ka/Pruvodce_porodnicemi-
Polohy-k-porodu.pdf
34. SÁGOVÁ, Michaela a Marcela ZNOJOVÁ. Chronická bolest.
In: *Https://zdravi.euro.cz/* [online]. Copyright 2018 Mladá fronta, 2005, 05.05.2005
[cit. 2018-04-05]. Dostupné z: [https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-
medicina/chronicka-bolest-hemodialyzovanych-pacientu-zaklady-diagnostiky--
167108](https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/chronicka-bolest-hemodialyzovanych-pacientu-zaklady-diagnostiky--167108)

7 PŘÍLOHY

Příloha A Vizuální analogová škála bolesti	67
Příloha B Lokalizace bolesti v I. a II. DP	67
Příloha C Polohy pro I. DP	68
Příloha D Pudendální analgezie	69
Příloha F Dotazník	70

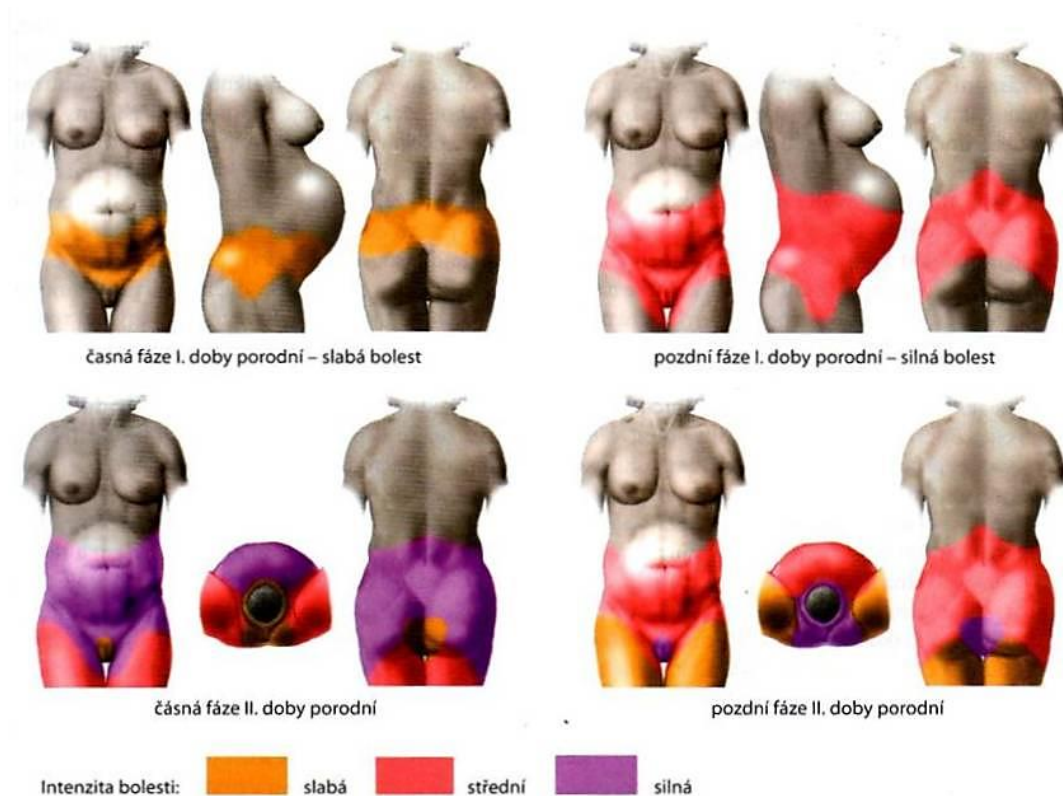
Příloha A *Vizuální analogová škála bolesti*



Obrázek 24 Vizuální analogová škála bolesti

(Ságová, Znojová, 2005)

Příloha B *Lokalizace bolesti v I. a II. DP*



Obrázek 25 Lokalizace bolesti v I. a II. DP

(Pařízek, 2012, s. 101)

Příloha C *Polohy pro I. DP*

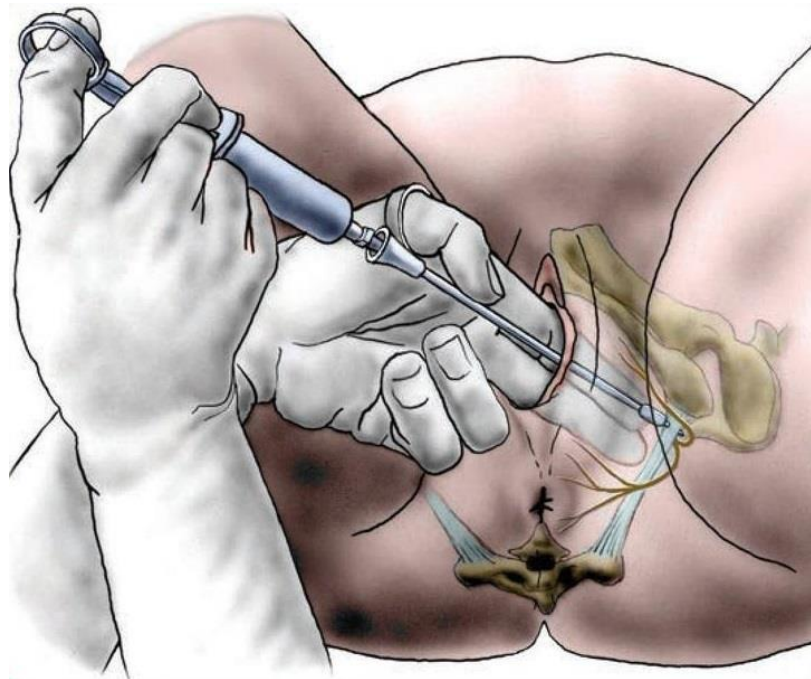
První doba porodní (doba otevírací)



Obrázek 26 Polohy pro I. DP

(Bajgarová, Gajdošová, 2011)

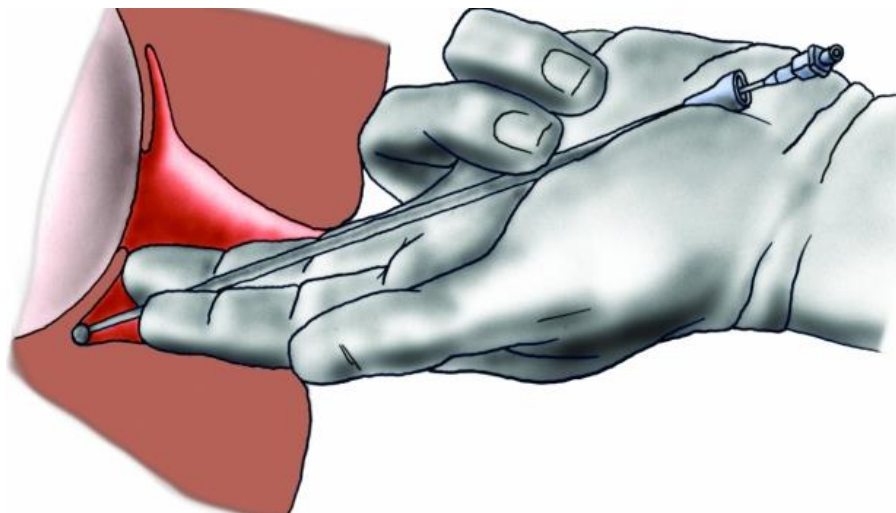
Příloha D *Pudendální analgezie*



Obrázek 27 Pudendální analgezie

(Pařízek, 2015, s. 128)

Příloha E *Paracervikální analgezie*



Obrázek 28 Paracervikální analgezie

(Pařízek, 2015, s. 130)

DOTAZNÍK K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Kynclová a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí bakalářské práce zaměřené na problematiku tlumení bolesti při porodu. Dotazník je zcela anonymní. Pokud není uvedeno jinak, označte prosím křížkem pouze jednu odpověď.

Děkuji za Váš čas věnovaný vyplněním dotazníku.

Tereza Kynclová

1. Kolik Vám je let?

.....

2. Jste prvorodička či vícero dička?

- Prvorodička
- Vícero dička

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní vzdělání
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání

4. Pokud jste absolvovala předporodní kurz, aplikovala jste Vaše získané znalosti v průběhu porodu?
- Ano
 - Ne
 - Nepamatuji si
5. Vyhledávala jste si před porodem informace o tlumení porodní bolesti?
- Ano
 - Ne
6. Kde jste získala informace o metodách tlumení bolesti při porodu? Možnost více odpovědí.
- Internetové zdroje
 - Zdravotnický personál, porodní asistentka či lékař
 - Odborná literatura, brožura
 - Od druhé osoby (kamarádka, rodina)
 - Předporodní kurz
 - Vlastní odpověď:.....
7. Byla jste informována zdravotnickým personálem o možnostech tlumení porodní bolesti?
- Ano, v dostatečném rozsahu
 - Ano, ale v nedostačujícím rozsahu a to z důvodu:
.....
.....
.....
 - Ne
 - Nepamatuji si
8. Vypište, prosím, všechny nefarmakologické (nelékové) metody tlumení porodní bolesti, které znáte.
-
.....
.....
.....
.....

9. Vypište, prosím, všechny farmakologické (lékové) metody tlumení porodní bolesti, které znáte.

.....
.....
.....
.....
.....

10. Když jste přicházela k porodu, měla jste v úmyslu родit bez využití farmakologických metod? (bez použití léků)

- Ano
 Ne
 Nepřemýšlela jsem o tom

11. Označte, prosím, všechny nefarmakologické (nelékové) metody tlumení bolesti, které jste využila při porodu.

- Masáže
 Aromaterapie
 Hydroanalgezie (koupel, sprchování, obklady)
 Poslech hudby
 Psychická podpora partnera či jiné doprovázející osoby
 Elektroanalgezie (elektrické stimuly přes kůži)
 Hypnóza
 Polohování (např. použití gymnastického míče)
 Žádné
 Jiné:.....

12. Označte, prosím, všechny farmakologické (lékové) metody tlumení bolesti, které jste využila při porodu.

- Léky aplikované nitrožilně (např. Nalbuphin)
 Léky aplikované injekčně do svalu
 Inhalační léky (Entonox)
 Epidurální analgezie
 Čípky
 Žádné
 Jiné:.....

13. Pokud jste při porodu využila některou z farmakologických (lékových) metod, vyzkoušela jste nejprve nefarmakologické metody?

- Ano
 Ne, ihned jsem volila farmakologickou metodu

14. Pokud jste při porodu využila nefarmakologické (nelékové) metody tlumení bolesti, jaký byl dle Vás jejich účinek? Účinek zakřížkujte v daném poli.

	ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI		
POUŽITÁ METODA	VELKÁ ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI	NÍZKÁ ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI	ŽÁDNÁ ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI
MASÁŽE			
AROMATERAPIE			
HYDROANALGEZIE			
POSLECH HUDBY			
PSYCHICKÁ PODPORA			
ELEKTROANALGEZIE			
HYPNÓZA			
POLOHOVÁNÍ			
JINÉ:			

15. Pokud jste při porodu využila farmakologické (lékové) metody tlumení bolesti, jaký byl dle Vás jejich účinek? Účinek zakřížkujte v daném poli.

	ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI		
POUŽITÁ FARMAKA	VELKÁ ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI	NÍZKÁ ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI	ŽÁDNÁ ÚLEVA OD PORODNÍ BOLESTI
LÉKY APLIKOVANÉ NITROŽILNĚ			
LÉKY INHALAČNÍ			
ČÍPKY			
LÉKY APLIKOVANÉ INJEKČNĚ DO SVALU			
JINÉ:			