

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Elena Frühbauerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Tišení bolesti u porodu

Bakalářská práce

2025

Elena Frühbauerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Elena Frühbauerová**
Osobní číslo: **Z22016**
Studijní program: **B0913P360036 Porodní asistence**
Téma práce: **Tišení bolesti u porodu**
Téma práce anglicky: **Pain relief during childbirth**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Kopáčová, DiS.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Tišení bolesti porodu jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30. 4. 2025

Elena Frühbauerová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych těmito pár řádky vyjádřila své upřímné poděkování všem, kteří mi byli během studia oporou a pomocí. Na prvním místě děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Kopáčové, která mi věnovala cenné rady, odborné vedení a trpělivost podporu při zpracovávání mé práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za jejich podporu, pochopení a motivaci během celého studia. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem akademikům, kteří mě provedli studiem v oboru porodní asistence a podíleli se tím na získávání mé odbornosti. Všem jmenovaným patří moje upřímné poděkování a uznání.

ANOTACE

Bakalářská práce s názvem “Tišení bolesti u porodu” zahrnuje anatomii ženských pohlavních orgánů, fyziologii bolesti, historický vývoj porodnické analgezie a detailní popis farmakologických a nefarmakologických metod tlumení bolesti.

KLÍČOVÁ SLOVA

Porod, bolest, analgezie, metody tišení bolesti, historie porodnické analgezie

TITLE

Pain relief during childbirth

ANNOTATION

This bachelor's thesis focuses on the topic of pain relief during childbirth. It describes both pharmacological and non-pharmacological methods used to reduce labor pain. It is also devoted to the history of obstetric analgesia, the role of midwife in pain relief, and includes a brief overview of the anatomy. It describes labor pain throughout all stages of childbirth.

KEYWORDS

Childbirth, pain, analgesia, pain relief methods, history of obstetric analgesia

OBSAH

1	Úvod.....	10
2	Cíle a metody práce	11
2.1	Cíl práce.....	11
2.2	Metody k dosažení cíle	11
3	Teoretická část	12
3.1	Anatomie.....	12
3.1.1	Vnitřní pohlavní orgány	12
3.1.2	Vnější pohlavní orgány	13
3.2	Porodní bolest	14
3.2.1	Vedení bolesti	14
3.3	Vnímání bolesti rodičkou.....	15
3.3.1	Bolest v první době porodní.....	15
3.3.2	Bolest ve druhé době porodní	15
3.4	Historie porodnické analgezie a anestézie	15
3.4.1	Pravěk	16
3.4.2	Starověk	16
3.4.3	Středověk	17
3.4.4	Novověk-James Young Simpson.....	17
3.5	Metody porodnické analgezie	17
3.5.1	Nefarmakologické metody.....	18
3.5.2	Farmakologické metody	20
3.6	Porodní bolesti a úloha porodní asistentky	25
4	Výzkumná část.....	27
4.1	Metodika sběru dat.....	27
4.1.1	Analýza dat	27
4.1.2	Charakteristika souboru respondentů.....	27

4.2	Cíle a průzkumné otázky	27
4.3	Analýza dat	29
5	Diskuze	37
6	Závěr	43
7	Použitá literatura	44
7.1	Primární zdroje	44
7.2	Sekundární zdroje	45
7.3	Odborné články	45
7.4	Internetové zdroje	46
7.5	Ostatní	47
8	Přílohy	49

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Graf znalosti žen o metodách tišení porodní bolesti před porodem (Zdroj: Vlastní)	29
Obrázek 2 - Graf zdroje informací o metodách tišení porodní bolesti (Zdroj: Vlastní)	30
Obrázek 3 - Využité analgetické metody (Zdroj: Vlastní).....	31
Obrázek 4 - Účinnost analgetických metod (Zdroj: Vlastní).....	32
Obrázek 5 – Porodní plán (Zdroj: Vlastní)	32
Obrázek 6 - Analgezie v porodním plánu (Zdroj: Vlastní).....	33
Obrázek 7 - Graf poskytování nabídek analgezie (Zdroj: Vlastní).....	33
Obrázek 8 - Respektování přání ženy ohledně analgezie během porodu analgezie (Zdroj: Vlastní).....	34
Obrázek 9 - Doprovod ženy u porodu (Zdroj: Vlastní)	34
Obrázek 10 - Druh zvoleného doprovodu u porodu (Zdroj: Vlastní)	35
Obrázek 11 - Vnímání účinku přítomnosti blízké osoby na zmírnění bolesti při porodu (Zdroj: Vlastní).....	36
Tabulka 1 - Kombinace metod (Zdroj: Vlastní)	31

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CTG	Kardiotokografie
ČGPS	Česká gynekologická a porodnická společnost
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
IUGR	Intrauterinní růstová restrikce
PCA	Patient Controlled Analgesia
TENS	Trasnutální elektrická nervová stimulace
tzv.	Takzvaný
tj.	To jest
USA	Spojené státy americké
UNIPA	Unie porodních asistentek
VAS	Vizuální analogová škála
WHO	World Health Organization

1 ÚVOD

Tišení bolesti u porodu je důležitou součástí moderní porodnické péče, která zásadně ovlivňuje prožitek rodičky a průběh celého porodu. Dnešní doba nabízí mnoho způsobů, jak účinně tlumit bolest. Na výběr je mnoho farmakologických, nebo nefarmakologických metod. Vzhledem k tomu, že porod je pro ženu jedním z nejintenzivnějších fyzických i psychických zážitků, je volba vhodné analgezie klíčová.

Teoretická část je zaměřena především na metody porodnické analgezie. Obsahuje stručný popis ženských pohlavních orgánů a ucelený přehled vývoje porodnické analgezie od pravěku až po novověk. Dále se věnuje patofyziologii porodní bolesti a prožívání bolesti v první a druhé době porodní. Je zde zahrnuta také kapitola, v níž je popsána úloha porodní asistentky při tlumení porodních bolestí.

Teoretická část je tvoří základ pro praktickou část, která směřuje k získání dat ohledně zkušenosti žen s porodní analgezií. K této části byla data dosažena pomocí kvantitativní výzkumu.

2 CÍLE A METODY PRÁCE

2.1 Cíl práce

Teoretickým cílem bakalářské práce bylo především shrnutí teoretických poznatku ohledně porodnické analgezie. Hlavním průzkumným cílem bylo zjistit, jaké mají ženy zkušenosti s tlumením porodních bolestí ve zdravotnických zařízeních.

2.2 Metody k dosažení cíle

Metodou průzkumné části bakalářské práce byl kvantitativní výzkum v podobě dotazníkového šetření. Dotazníky byly distribuovány na oddělení šestinedělí a v blízkém okolí. Ženy dotazníky vyplňovaly dobrovolně a byly zcela anonymní

3 TEORETICKÁ ČÁST

3.1 Anatomie

Cílem této kapitoly je stručné seznámení s anatomii ženského pohlavního ústrojí. Také slouží pro lepší představu popisovaných skutečností pro kapitoly pozdější.

Reprodukční orgány ženy umožňují vývoj nového jedince v průběhu gravidity, tvoří pohlavní buňky, produkují hormony, umožňují pohlavní spojení, porod a kojení. Ženské pohlavní orgány lze rozdělit na zevní a vnitřní. K zevním pohlavním orgánům patří velké a malé stydké pysky (*lat. labia majora pudendi et labia minora pudendi*), stydký pahorek (*lat. mons pubis*), velké a malé předsíňové žlázy (*lat. glandula vestibulares majores et glandula vestibulares minores*), topořivá tělesa (*lat. bulbus vestibuli*), pošťeváček (*lat. clitoris*), poševní předsíň (*lat. vestibulum vaginae*) (Charamza, Kopecký, 2020, s. 75; Stuchlá, 2024, s. 443).

3.1.1 Vnitřní pohlavní orgány

Do vnitřních pohlavních orgánů zahrnujeme pochvu (*lat. vagina*), dělohu (*lat. uterus*), párové vaječníky (*lat. ovaria*) a párové vejcovody (*lat. tubae uterinae*) (Charamza, Kopecký, 2020, s. 75).

Stydký pahorek neboli hrma (*lat. mons pubis*) je tuková vyvýšenina nad symfýzou. V pubertě ji pokrývá tzv. pubické ochlupení ve tvaru trojúhelníku. (Charamza, Kopecký, 2020, s. 86; Kachlík, 2018, s. 79).

Velké stydké pysky (*lat. labia majora pudendi*) jsou zhruba 8 cm dlouhé a 2-3 cm široké kožní valy složené z tukového vaziva. V pubertě jsou pokryté hrubými chlupy. Vybíhají ze stydkého pahorku a kaudálně přecházejí do kůže hráze (*lat. perineum*) (Kachlík, 2018, s. 79; Charamza, Kopecký, 2020, s. 86).

Malé stydké pysky (*lat. labia minora pudendi*) jsou narůžovělé kožní řasy podobné sliznici. Jsou složené z elastického kolagenního vaziva. Obsahují mnoho mazových žlázek, především na vnitřní straně, které vytvářejí kožní maz tzv. smegma (Charamza, Kopecký, 2020, s. 86, 87).

Pošťeváček (*lat. clitoris*) je orgán tvořen z erektilní tkáně. Jeho stavba i tvar je podobný penisu. Skládá se ze dvou ramen (*lat. crura clitoridis*). Má erektilní mechanismus pomocí městnání krve (Charamza, Kopecký, 2020, s. 87; Orel, 2019, s. 917-920).

3.1.2 Vnější pohlavní orgány

Vaječník (*lat. ovarium*) je párová pohlavní žláza, která je zodpovědná za produkci a dozrávání vajíček. Je zhruba 3-5 cm dlouhý a 1,5-3 cm široký. Ovarium je fixováno vazem po stranách dělohy (*lig. ovarii proprium*). U mladých dívek je bělavé barvy a hladkého povrchu. Ve stáří je mírně atrofovaný a svrašťelý až na čtvrtinu své hmotnosti (Fiala, P. et al., 2015, s. 139; Charamza, Kopecký, 2020, s. 75).

Vejcovod (*lat. Tuba uterina*) je párový orgán, dlouhý 8-15 cm a široký 0,5 cm. Je dělen na čtyři části. Infundibulum je nálevkovitého tvaru, ze kterého vybíhá 10-15 vaječnickových trásní (*lat. fimbriae tubae*). Vejcovodová buňka (*lat. Ampula tubae uterinae*) je vřetenovitě rozšířená část vejcovodu, kde zpravidla dochází k oplodnění vajíčka. Pars uteina prochází zhruba 1 cm stěnou uteru a ústí do dělohy (*lat. ostium uterinum tubae*) (Charamza, Kopecký, 2020, s. 79; Orel, 2019, s. 937-939).

Děloha (*lat. uterus*) je dutý orgán hruškovitého tvaru. Uložena v malé pánvi mezi konečníkem a močovým měchýřem. Umožňuje vývoj oplozeného vajíčka. Na děloze můžeme popisovat děložní dno (*lat. fundus uteri*), které je umístěno kraniálně a ventrálně od ústí tub do dělohy. Laterálně přechází v děložní rohy (*lat. cornu uteri*). Tělo (*lat. corpus uteri*) má přední a zadní plochu (*lat. facies vesicalis et intestinalis*). Děložní tělo se kaudálně zužuje a přechází v zúžení (*lat. istmus uteri*). Krček (*lat. cervix uteri*) je část dělohy, na který se upíná pochva. Uprostřed čípku je kruhový či oválný otvor (Kachlík, 2018, s. 77; Orel, 2019, s. 927-929).

Děložní stěnu tvoří sliznice (*lat. endometrium*), která vystýlá děložní dutinu. Je krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami a sekrečními buňkami. Děložní svalovina (*lat. myometrium*) je tvořena ze tří vrstev. Umožňuje zvětšování dělohy v těhotenství a vypuzování plodu za porodu. Perimetrium tvoří sériová, která dělohu pokrývá (Charamza, Kopecký, 2020, s. 81).

Pochva (*lat. vagina*) je elastický, trubicový, oploštělý orgán. Kraniálně se upíná na cervix, dolní konec ústí v poševní vchod (*lat. ostium vaginae*). Tvoří odvodný kanál pro menstruační krev a při porodu tvoří měkké porodní cesty (Kachlík, 2018, s. 78-79; Orel, 2019, s. 925-926).

Pánev (*lat. Pelvis*) se skládá ze dvou pánevních kostí (*lat. ossa coxae*), které se vzadu pojí s kostí křížovou (*lat. os sacrum*). V přední části jsou spojeny prostřednictvím stydké spony (*lat. Symphysis pubica*) (Charamza, Kopecký, 2020, s. 51).

Křížová kost (*lat. os sacrum*) je kaudální část páteře (*lat. columna vertebrais*). Skládá se z pěti obratlů, které se směrem dolů vyklenují dorsálním směrem. Směrem dolů se zužuje a přechází v kostrč (*lat. os coccygeus*; Charamza, Kopecký, 2020, s. 51).

Z funkčního hlediska zařazujeme mezi pohlavní orgány i prs (*lat. mamma*). Během nitroděložního vývoje je přítomen o obou pohlavní. V pubertě se po hormonálním řízením vyvíjí pouze u ženského pohlaví (Stuchlá, 2024, s. 446).

3.2 Porodní bolest

Porodní bolest je specifický typ bolesti, kde se prolíná její důležitý fyziologický význam s patofyziologickými mechanismy. Přestože se mnoho žen na porod připravuje, může je samotná intenzita bolesti překvapit (Wilhelmová, 2021, s. 295).

3.2.1 Vedení bolesti

Receptory bolesti, tzv. nociceptory, jsou aktivovány během porodu v důsledku mechanického tlaku a natahování tkání plodem a děložními kontrakcemi. Bolestivé podněty jsou přenášeny do dorzálních míšních kořenů prostřednictvím dvou hlavních typů nervových vláken (Wilhelmová, 2021, s. 296; Gonzalez, M. et al., 2021).

První skupinou jsou slabě myelinizovaná vlákna A δ (rychlá vlákna), která vedou bolestivé podněty, zejména z vysokoprahových mechanoreceptorů a polymodálních nociceptorů. Druhou skupinu tvoří nemyelinizovaná C vlákna, označovaná také jako pomalá, která přenášejí tupou, dlouhotrvající bolest pocházející ze specifických nociceptorů (Wilhelmová, 2021, s. 296 Gonzalez, M. et al., 2021).

Z dorzálních rohů míšních segmentů pokračují nervové signály spinoalamickou dráhou do thalamu a následně do somatosenzorické kůry mozku, kde dochází k vnímání lokalizace, intenzity a trvání bolesti (Wilhelmová, 2021, s. 296 Gonzalez, M. et al., 2021).

Při porodu je stimulována zejména široká oblast především v dermatomech S2-S4 a Th10-L1. Kde jde o rozsáhlou stimulaci příčně pruhovaného svalstva a hladkého svalstva dělohy (Wilhelmová, 2021, s. 296).

3.3 Vnímání bolesti rodičkou

3.3.1 Bolest v první době porodní

První doba porodní (otevírací) začíná nástupem pravidelných děložních stahů. Kontrakce mají otevírací efekt porodních cest, kdy dochází k postupné dilataci až úplnému spotřebování a zániknutí krčku dělohy (Prochazka, M. et al., 2020, s. 394).

Během otevírací fáze porodu vnímá rodička bolest především v oblasti podbřišku a beder. Tato bolest bývá zpočátku mírná, postupně však zesiluje a často připomíná menstruační křeče (Wilhelmová, 2021, s. 301).

Bolest v této fázi vzniká v důsledku několika faktorů, přičemž hlavní roli hraje ischemie myometria a mikrotraumatizace měkkých porodních cest. Z hlediska původu lze porodní bolest rozdělit na viscerální a somatickou. Viscerální složka bolesti je důsledkem rytmických kontrakcí myometria, které vedou ke zkracování a postupnému zániku děložního hrdla. Napínání hrdla děložního (později i porodní branky) aktivuje mechanoreceptory v okolních tkáních (Ptáček, Bartůněk, 2024, s. 164-165).

Děložní kontrakce zároveň ovlivňují cévní zásobení. Dochází nejprve k omezení žilního, následně i tepenného průtoku. Kontrakce navíc stimulují uvolňování různých mediátorů, jako jsou draselné ionty (K^+), histamin, serotonin a bradykinin, které aktivují chemoreceptory a přispívají k intenzivnějšímu vnímání bolesti (Wilhelmová, 2021, s. 301; Ptáček, Bartůněk, 2024, s. 164-165).

3.3.2 Bolest ve druhé době porodní

Druhá doba porodní začíná úplným otevřením porodní branky a končí vypuzením plodu. Somatická bolest se objevuje až ke konci první doby porodní, přičemž nejintenzivněji je pociťována ve druhé době porodní. Hlavní příčinou je sestup vedoucí části plodu do dolních částí malé pánve. Bolest je způsobena roztažením pochvy, tlakem na hráz, napětím děložních vazů a pánevních orgánů a natažením svalstva pánevního dna. (Gonzalez, M. et al., 2021; Wilhelmová, 2021, s. 302; Ptáček, Bartůněk, 2024, s. 164-165).

3.4 Historie porodnické analgezie a anestézie

Už od pradávna je snaha o tlášení jakékoliv bolesti. Ve starších kulturách se porodní bolest potlačovala různými magickými úkony. Historici se domnívají, že kdysi nebyl porod tak bolestivý jako dnes. To je připisováno jejich fyzicky náročnému životu a přírodnějšímu způsobu života než dnes (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 15).

3.4.1 Pravěk

Archeologické nálezy naznačují, že v pravěku ženy čelily mnoha rizikům spojených s reprodukcí. To mělo za následek kratší délku života ve srovnání s muži. Nálezy deformovaných pánevních kostí, společné hroby matek a novorozenců či úmrtí při porodu ukazují na náročnost reprodukce. V těchto dobách byly k tlumení bolesti používány především amulety, které sloužily jako ochrana před uhrnutím nebo škodlivým působením zlých démonů (Roztočil a kol., 2008, s. 15; Boudová, P. et al., 2015; Roztočil a kol., 2017, s. 37).

3.4.2 Starověk

V různých částech světa byly metody tlumení porodních bolestí odlišné. Například v Egyptě využívali působení tepla, kdy žena klečela na vyhřátých kamenech. Další metodou byly masáže a ochranné náboženské rituály (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 21-22).

V Persii se jako účinná analgetická metoda používala konzumace vína v průběhu porodního procesu. V Číně byl k usnadnění porodu podáván lékaři opium. To bylo užíváno perorálně, inhalováno nebo byly tvořeny obklady, které měly zmírňovat porodní bolesti, a dokonce mělo vést k usnadnění porodu a zlepšení polohy plodu v děloze (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 21-22).

V egyptské civilizaci existovalo několik písemných pramenů zabývajících se těhotenstvím, porodem a souvisejícími komplikacemi. Mezi ně patří například Ebersův papyrus či gynekologický papyrus z Káhunu. Egypťané věřili, že polohu a průběh porodu lze ovlivnit různými rituály, modlitbami a kouzly. Porodníci se také snažili zabránit neplodnosti či těhotenským komplikacím. Důležitou roli hrály bohyně, které měly rodičky chránit (Roztočil a kol., 2017, s. 37).

V Řecku pomáhali při porodu ženám hlavně porodní báby, které už odstupovaly od magických rituálů. Významnou porodní bábou byla Aspasia, která popsala různé polohy plodu. Ke zmírnění porodních bolestí doporučila ženám cvičení (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 26).

Stáří Římané používali pro usnadnění porodu porodní židli. V pozdní římské době porodní báby považovaly za nutné manuálně dilatovat děložní krček nebo přetrhávat plodové obaly (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 27).

U Germánů se na porodu podílelo několik žen s porodní bábou. Během porodu se rodiče stlačovalo břicho nebo ji protlačovali mezerami mezi stromy. Pro urychlení porodu porodní báby využívaly sil rituálů a amuletů (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 29).

3.4.3 Středověk

Náboženskou ideologií byl zastaven dosavadní vývoj medicíny. Výjimkou nebylo ani porodnictví, které bylo vyložením bible markantně ovlivněno. Pomoc při porodu poskytovala zcela nevzdělaná žena, která se spoléhala jen na svoje zaklínací formule. Věřilo se, že porodní komplikace způsobuje samotný d'ábel či čarodějnice. Jedinou povolenou analgetickou metodou bylo předčítání z Bible. V 15. století vznikaly různé babické řády, které se v období renesance dále rozvíjely (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 30).

3.4.4 Novověk-James Young Simpson

Na vývoji anestézie se významně podílel William Thomas Green Morton, který podal dietyletér (éter) aby uvedl svého pacienta do narkózy před stomatochirurgickým výkonem (16. říjen 1846). Nebyl však první lékař, který éter svým pacientům podával, jako první byl William E. Clark a Crawford W Long. Výsledky jejich pokusů nebyly včas demonstrovány a publikovány (Pařízek, 2014, s. 6,7; Duinová, Sutcliffová 2024. s. 30).

Můžeme tedy říci, že se k tišení bolesti v 19. století používal výhradně éter. Jinak tomu nebylo ani v odvětví porodnictví. James Young Simpson, profesor porodnictví na universitě v Edinburghu (1811-1870) se zajímal o způsobu zmírnění bolesti při porodu. Éter poprvé u porodu použil 19. ledna 1847 v Edinburghu. Dítě se narodilo mrtvé, ale Simpson pozoroval výraznou úlevu od bolesti. Přestože výsledek porodu nebyl zcela pozitivní, zapsal se do historie jako začátek porodnické analgezie. Dále se začal se používat například i ve Francii, Německu nebo USA (Pařízek, 2014, s. 6,7; Duinová, Sutcliffová 2024. s. 30).

Používání éteru J.Y. Simpsonovi zcela nevyhovovalo, zejména díky jeho výbušným vlastnostem a obtížnou manipulací. Za pomoci svých dvou asistentů (Duncan M., Keith G.) hledali vhodnější látku pro porodnickou analgezi. Roku 1847 byl vynalezen chloroform, který byl téhož roku úspěšně aplikován (Pařízek, 2014, s. 6,7; Duinová, Sutcliffová 2024. s. 30).

Používání analgezie bylo od začátku využívání doprovázeno kontroverzím hlavně v náboženských kruzích. Mnoho duchovních vycházelo z názoru, že bolest při porodu je vůle boží (Pařízek, 2014, s. 6,7).

3.5 Metody porodnické analgezie

Lidé hledaly způsoby, jak zmírnit bolest, už od pradávna. Důvodem bylo především zlepšení kvality života, zvládnání běžných zdravotních obtíží, ale také aby umožnili pokrok například

v oboru chirurgie. Jinak tomu nebylo v oboru porodnictví (Roztočil, 2024, s. 30; Duinová, Sutcliffová 2024. s. 30).

Účinné zvládnání porodní bolesti je klíčovou součástí porodní péče a přispívá k lepšímu průběhu porodu i celkovému komfortu rodičky. Existuje řada metod, které mohou bolest zmírnit nebo zcela potlačit, přičemž volba vhodné analgezie závisí na individuálních preferencích ženy, průběhu porodu a zdravotním stavu matky i dítěte. Porodnickou analgezií lze rozdělit na nefarmakologickou a farmakologickou (Prochazka, M. et al. 2020, s. 503; Bašková, 2015, s. 295-298).

3.5.1 Nefarmakologické metody

Nemedikamentózní metody ovlivnění porodní bolesti se začaly rozvíjet jako reakce na široké využívání medikamentózního vedení porodu, které bylo dominantní především v první polovině 20. století (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 37, 38).

3.5.1.1 Předporodní příprava

Předporodní příprava připravuje ženu na průběh porodu. Minimalizuje její strach z porodu a fyzicky ji připravuje na porodní zátěž. Podstatou této metody je vytvořit u ženy reflexy, které jsou vázány na porodní proces. Hlavním cílem je změna vnímání bolesti a podpora aktivní spolupráce rodičky u porodu. Využívá se zejména dýchacích technik, které zlepšují kontrolu nad bolestí (Hájek et al., 2014, s. 198; Bartůněk, Ptáček, 2024, s. 174).

Příprava žen na porod vznikla jako metoda porodnické analgezie s cílem snížit porodní bolest. Britský porodník G. D. Read zdůrazňoval, že strach může být hlavní příčinou bolesti, protože způsobuje svalové napětí, omezuje prokrvení tkání a tím zvyšuje vnímání bolesti. Tento „bludný kruh“ bolesti a úzkosti lze přerušit pomocí správného dýchání, relaxačních technik a nácviku tlačení. Tyto metody si ženy osvojují již před porodem v rámci předporodních kurzů. (Bašková, 2015, s. 306-308).

Mnohé studie ukázaly, že vlivem stresu a úzkosti může být práh bolesti posunut oběma směry. Bolestivé stavy významně ovlivňují nejvyšší úroveň řídicích procesů, tj. psychiku, a proto zároveň ovlivňují i funkci cele pohybové soustavy (Hudáková, Kopáčiková, 2017 s. 175-176).

3.5.1.2 Otec u porodu

V 80. letech 20. století proběhla řada diskuzí o povolení doprovodu u porodu. I přes prvotní obavy o zanesení infekce na porodní sál se dnes doprovodu hojně využívá. Dle zákona č.

372/2011 Sb., o zdravotních službách, má žena právo na přítomnost blízké osoby během porodu (ČLS JEP, 2023; Chmel, 2011, s. 29).

WHO doporučuje, aby měla každá rodička možnost zvolit si doprovod dle jejího přání. Tato podpora by měla zahrnovat nejen psychickou podporu, ale také pomoc při podpoře správného dýchání, změnách polohy a komunikaci se zdravotnickým personálem. Přítomnost blízké osoby u porodu přispívá k pocitu bezpečí a pozitivně ovlivňuje její celkové vnímání porodu, které může mít analgetické účinky (WHO, 2018 s. 37).

3.5.1.3 Elektroanalgezie

Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS) se využívá především k léčbě chronické i akutní bolesti, včetně porodních bolestí. Elektrody se umísťují do oblasti dolní části zad. Rodička si může intenzitu impulzů regulovat sama. Princip této metody spočívá v blokování přenosu bolestivých podnětů do mozku a současně stimuluje uvolňování endorfinů. Její velkou výhodou je absence vedlejších účinků jak pro plod, tak pro rodičku (Ptáček, Bartůněk, 2024, s. 179–180).

Na druhou stranu je její analgetická účinnost poměrně nízká. Pařízek (2015, s. 118) uvádí, že míra úlevy od bolesti dosahuje přibližně 15 %. Podle Unie porodních asistentek (UNIPA, 2023) se TENS doporučuje především v první době porodní, zatímco ve druhé době porodní jeho použití UNIPA nepodporuje.

3.5.1.4 Aromaterapie

Aromaterapie je jednou z metod nefarmakologické léčby porodních bolestí. Využívá esenciální oleje z rostlin k ovlivnění tělesného i duševního stavu člověka. Aromaterapie působí na organismus dvěma hlavními způsoby. Prvním způsobem je inhalace, kdy při vdechování vůně dochází ke stimulaci limbického systému v mozku. Druhým způsobem je resorbce kůží pomocí obkladu, masáže nebo koupele. Předem je třeba zjistit, zda žena neměla na některý z olejů dříve alergickou reakci. (Wilhelmová, 2021, s. 310).

Pařízek (2015, s. 152) hodnotí aromaterapii jako metodu s nízkou analgetickou účinností. Nicméně, některé studie naznačují, že může přispět ke snížení vnímání bolesti. Například přehled studií, který zahrnoval 33 výzkumů zaměřených na použití aromaterapie při porodu prokázal, že aromaterapie může pomoci snížit porodní bolest a úzkost (Tabatabaei, Mortazavi, 2019).

3.5.1.5 Hydroanalgezie

V rámci hydroanalgezie lze využít relaxační koupele, sprchování teplou vodou nebo intradermální injekce sterilní vodou. Díky relaxačnímu efektu vody dochází k relaxaci a uvolnění svalů, což vede k menší bolesti během kontrakce a většímu uvolnění mezi nimi (M Health Fairview, 2021; Hájek, Z. et al, 2014 s. 119).

Tato metoda může být vhodnou volbou pro ženy, které se chtějí vyhnout farmakologickému tišení bolesti. Hydroterapie navíc může podpořit plynulejší průběh porodu (M Health Fairview, 2021).

Relaxační koupele se využívá především v první době porodní. Některá nemocniční zařízení umožňují využití vany i ve druhé době porodní, kdy žena porodí plod do vany. Při využití vany je vhodná teplota vody 37-38 °C. Vyšší teploty by mohly vést k přehřátí matky a plodu. (Čermáková, 2017, s. 101).

Přestože je hydroanalgezie snadno dostupná a neinvazivní, její analgetický účinek je relativně nízký. (Hájek, Z. et al, 2014, s. 119; Pařízek, 2015, s. 152).

3.5.1.6 Akupunktura

Akupunktura je terapeutická metoda tradiční čínské medicíny, která vychází z propojení vnějších projevů na povrchu těla s funkcemi vnitřních orgánů. Princip této metody spočívá v aplikaci tenkých jehel do specifických bodů na těle. Tyto body leží na tzv. meridiánech. Stimulace nervových zakončení v kůži a svalech vede k vyplavení endorfinů a enkefalinů. Tyto látky jsou tělu vlastní opioidy. (Pařízek, 2015, s. 152; Hájek, Z. et al, 2014 s. 119).

Mnozí odborníci se shodují na nízkém analgetickém účinku. (Pařízek, 2015, s. 152). (Hájek, Z. et al, 2014 s. 119). V roce 2019 byla provedena studie, která zjišťovala účinky akupunktury a akupresury na zvládnutí bolesti při porodu. Přehledová analýza zahrnující 28 studií porovnávala účinnost těchto metod ve srovnání s placebo stimulací, běžnou péčí nebo jinými nefarmakologickými postupy. Výsledky studií naznačují, že akupunktura i akupresura mohou hrát roli v nefarmakologickém tišení porodní bolesti, avšak vzhledem k nízké jistotě některých důkazů je zapotřebí dalšího výzkumu (Smith, C. et al., 2020).

3.5.2 Farmakologické metody

Většina žen dnes očekává efektivní a bezpečné metody pro zmírnění bolesti během porodu. Odborné organizace, včetně WHO, gynekologických a porodnických společností, doporučují, aby každá rodička měla možnost využít analgezií odpovídající její individuální situaci. Zároveň

by porodnické analgetikum mělo splňovat dobré analgetické účinky, bezpečnost pro plod i matku a jednoduché podání farmaka (Fait, T. et al., 2017, s. 358; Ptáček, Bartůněk, 2024, s. 170-172).

3.5.2.1 Systémová analgezie

Systémovou analgezií se rozumí aplikace účinné látky do těla, která působí na centrální nervovou soustavu rodičky. Do systémové analgezie spadají opioidy (Hájek, Z. et al, 2014 s. 119).

Opioidy

Opioidy jsou jednou z možností farmakologického tlumení porodních bolestí. Jejich výhodou je silný analgetický účinek. Naopak nevýhodou je tlumení dechového centra a snížení úrovně vědomí. Pokud jsou rodičce aplikovány opioidy, je nutné zajistit zvýšený dozor. Po jejich podání je také nezbytné sledovat srdeční aktivitu plodu, jelikož hrozí riziko poporodní dechové deprese. Opioidy zvyšují tonus hladké svaloviny, což může vést k retenci moči a nemožnosti se vymočít (Fait, T. et al., 2017, s. 359).

Dolsin (pethidin) je jedním z často používaných opioidů při porodu. Podává se v dávkách 50–100 mg intramuskulárně nebo subkutánně. Jeho analgetický účinek je slabší než u morfinu, ale působí kratší dobu (2–3 hodiny) (Procházka, M. et al. 2020, s. 503).

Nevýhodou Dolsinu je, že prochází placentární bariérou a může u novorozence vyvolat dechovou depresi. Z tohoto důvodu Česká gynekologicko-porodnická společnost (ČGPS) a Česká lékařská společnost J. E. Purkyně (ČLS JEP) jeho používání nedoporučují (ČGPS a ČLS JEP, 2018, s. 148; Fait, T. et al., 2017, s. 359; Procházka, M. et al. 2020, s. 503).

Podání Dolsinu se nedoporučuje u rodiček s preeklampsií a eklampsií, protože by mohlo zhoršit jejich stav a zvýšit riziko komplikací (Fait, T. et al., 2017, s. 359).

Nalbufin je středně silné opioidní analgetikum, které má ve srovnání s Dolsinem vyšší analgetický účinek. Oproti jiným opioidům výrazně méně ovlivňuje dechové centrum, protože se specificky váže na κ -receptory (Fait, T. et al., 2017, s. 359; Pařízek, A. et al., 2012 s. 202).

Jednou z jeho výhod je tzv. “ceiling effect” tzn. při zvyšování dávky nedochází k výraznějšímu útlumu dýchání, což zvyšuje jeho bezpečnost ve srovnání s jinými opioidy (Pařízek, A. et al., 2012 s. 202; Fait, T. et al., 2017, s. 359).

Nalbufin je kontraindikován u pacientů s onemocněním ledvin a jater. Jeho současné podání s morfinem nebo fentanylem se nedoporučuje, protože by mohlo ovlivnit jejich analgetické účinky (Pařízek, A. et al., 2012 s. 202).

Remifentanil patří mezi ultrakrátce působící opioidy. Někteří odborníci navrhují jeho využití jako alternativu k epidurální analgezií, a to zejména formou podání v režimu pacientem kontrolované analgezie (PCA). Typická dávka bolusu se pohybuje mezi 20–40 µg, přičemž účinek se dostavuje přibližně za jednu minutu a maximální efekt je patrný během 60 sekund, s celkovým poločasem eliminace kolem 2,5 minuty (Procházka, M. et al. 2020, s. 503; Fait, T. et al., 2017, s. 359).

I když remifentanil vykazuje sedativní účinky, může také vést k dechové depresi. Existují dokonce studie, které naznačují možné riziko dechové zástavy u novorozenců. Vzhledem ke svému rychlému metabolismu je však jeho negativní vliv na dítě minimální. (Procházka, M. et al. 2020, s. 503; Fait, T. et al., 2017, s. 359).

3.5.2.2 Regionální analgezie

Představuje soubor metod, které působí regionálně, tedy místně, metody tím se modifikuje vnímání bolesti. Do této kategorie spadá pudendální analgezie, paracervikální analgezie

Pudendální analgezie spočívá v aplikaci lokálního anestetika do oblasti pudendálního nervu nebo jeho větví. Nejčastěji se využívá při operačním ukončení porodu, například při použití porodnických kleští či vakuumextrakce. Uplatnění nachází také při předčasném porodu, kde pomáhá uvolnit pánevní dno a tím chrání hlavičku dítěte (Fait, T. et al., 2017, s. 364; Pařízek, 2015, s. 129; Hájek, Z. et al, 2014 s. 200).

K nejčastěji používaným anestetikům patří 1 % trimekain s účinkem přibližně 60 minut nebo 0,25 % bupivakain, který působí 1 až 2,5 hodiny. Tato metoda účinně tlumí bolest v oblasti hráze a vnější třetiny pochvy. (Fait, T. et al., 2017, s. 364; Pařízek, 2015, s. 129).

Pudendální analgezie se často využívá při spontánním porodu, zejména ke zmírnění bolesti ve druhé době porodní, ale také při předčasném porodu nebo instrumentálním porodu. Kontraindikací mohou být výrazné anatomické odchylky nebo velmi rychlý porod. Nevýhodou může být prodloužení druhé doby porodní, protože tlumení bolesti může vymizet nutkání k tlačení (Hájek, Z. et al, 2014 s. 200; Fait, T. et al., 2017, s. 364).

Paracervikální blokáda funguje na principu přerušení vedení bolestivých vzruchů v nervových drahách v oblasti děložního hrdla. Tento postup spočívá v infiltrační blokádě plexus uterovaginalis, který je zodpovědný za přenos vjemů z děložního těla a hrdla (Hájek, Z. et al, 2014 s. 200; Fait, T. et al., 2017, s. 364).

Metoda se využívá i u rodiček se spastickou brankou. Její aplikace však vyžaduje opatrnost, protože hrozí riziko vedlejších účinků v případě, že se anestetikum dostane přímo do krevního oběhu. Z tohoto důvodu je po jejím podání nutné nepřetržité monitorování plodu pomocí CTG. (Hájek, Z. et al, 2014, s. 200; Fait, T. et al., 2017, s. 364).

K provedení zákroku je nutné, aby byla děložní branka otevřena na 3–4 cm. Aplikace se provádí speciální paracervikální jehlou. Tato metoda je kontraindikována při hypoxii plodu nebo předčasném porodu. Výhodou je vysoká účinnost při tlumení bolesti, nevýhodou však může být dočasná změna srdečního rytmu plodu, což opět zdůrazňuje nutnost kontinuálního monitorování (Hájek, Z. et al, 2014, s. 200; Fait, T. et al., 2017, s. 364).

Epidurální analgezie

Epidurální analgezie patří mezi nejčastěji využívané a nejúčinnější metody tlumení porodních bolestí (Procházka et al., 2020, s. 503).

Principem je podání farmak do epidurálního prostoru pomocí katétru, přičemž se obvykle kombinuje lokální anestetikum s opioidním analgetikem. V Česku se jako lokální anestetikum nejčastěji používá bupivakain nebo levobupivakain v kombinaci se sufentanilem, jako zástupce opioidních analgetik. Koncentrace bupivakainu nebo levobupivakainu se běžně pohybuje v rozmezí 0,0625–0,125 % (Marešová, 2021, s. 585; Nosková et al., 2019, s. 11).

Současný trend směřuje k nižším dávkám lokálních anestetik, kdy cílem je minimalizace hypotenze a redukce přestupu opioidů placentou, což může ovlivnit poporodní adaptaci dítěte (Procházka et al., 2020, s. 503; Marešová, 2021, s. 585).

Epidurální analgezie snižuje hladinu stresových hormonů (adrenalinu, kortizolu, endorfinů), což pomáhá předcházet intrapartální hypoxii plodu. Výhodou je také možnost jejího zahájení bez ohledu na vaginální nález. V případě nutnosti lze analgezii rozšířit na epidurální anestezii, což je využitelné například při císařském řezu (Pařízek, 2015, s. 137).

Epidurální analgezie může být prospěšná u žen s určitými zdravotními komplikacemi, jako jsou kardiovaskulární nebo plicní onemocnění, epilepsie, obezita či psychiatrické poruchy. Ze strany plodu je indikována například u vícečetného těhotenství, intrauterinní růstové restrikce (IUGR),

předčasného porodu nebo porodů koncem pánevním. Mezi absolutní kontraindikace patří alergie na lokální anestetika, infekce v místě vpichu, poruchy srážlivosti krve, závažná hypoxie plodu nebo nesouhlas rodičky. Zavedení epidurální analgezie rovněž nelze provést při krvácení z porodních cest, abrupci placenty či nemožnosti monitorace matky a plodu (Procházka et al., 2020, s. 504-505; Marešová, 2021, s. 585).

Před zahájením epidurální analgezie by měl být přítomen odpovídající nález na porodních cestách (obvykle 3–4 cm u prvorodiček, 2–3 cm u vícerodiček) a podepsaný informovaný souhlas rodičky (Pařízek, 2015, s. 134).

Bezpečnou hladinu trombocytů, většina odborných doporučení stanovuje $75\text{--}100 \times 10^9/l$ jako minimální hodnotu před podáním epidurální analgezie. Pokud neexistují známky krvácivé poruchy, není nutné rutinně provádět kontrolní krevní obraz před výkonem (Marešová, 2021, s. 585; Nosková et al., 2019, s. 11).

3.5.2.3 Inhalační anestézie

Oxid dusný, známý také jako rajský plyn, je v porodnictví jediným běžně využívaným zástupcem této skupiny látek. Nejčastěji se podává ve směsi s kyslíkem v poměru 50:50 pomocí inhalační masky, což umožňuje rodičce samostatně regulovat jeho dávkování dle potřeby (Fait, T. et al., 2017, s. 363).

Jeho hlavní výhodou je rychlý nástup účinku, přičemž neovlivňuje děložní svalovinu ani kontrakce, a tím neprodlužuje délku porodu. Použití je jednoduché, neinvazivní a bezpečné pro plod, přičemž vedlejší účinky jsou minimální. Tato metoda tak představuje efektivní a šetrnou možnost tlumení bolesti během porodu (Fait, T. et al., 2017, s. 363; Hájek, Z. et al, 2014 s. 200).

Je však důležité mít na paměti, že plný analgetický účinek nastupuje až přibližně 50 sekund po inhalaci. Proto je vhodné začít inhalovat přibližně 30 sekund před očekávanou kontrakcí. Kromě analgetického účinku má tato metoda na matku také euforický a relaxační efekt (Fait, T. et al., 2017, s. 363).

V některých případech však analgetická účinnost nemusí být dostatečná, a proto je vhodné kombinovat ji s dalšími farmaky pro dosažení optimální úlevy od bolesti (Fait, T. et al., 2017, s. 363; Hájek, Z. et al, 2014 s. 200).

3.6 Porodní bolesti a úloha porodní asistentky

Porodní bolest představuje významnou fyzickou i psychickou zátěž pro rodičku. Ve společnosti je bolest obecně vnímána jako nepříjemný prožitek, který je třeba potlačit, avšak porodní bolest má fyziologický význam a její zcela odstranění není nutné. (UNIPA, 2017). Klíčové je poskytnout ženě psychickou podporu a odborné rady, které jí pomohou se s bolestí lépe vyrovnat (Ezrová et al., 2019, s. 23).

Pro poskytování odborné péče je kvalitní komunikace velmi důležitá. Porodní asistentka by měla zjistit, jaké má rodička znalosti o možnostech tišení bolesti, a poskytnout jí vyvážené informace, aby se mohla náležitě rozhodnout, která metoda je pro ni nejvhodnější (UNIPA, 2019).

Během porodu by žena měla mít pocit kontroly nad jeho průběhem a být aktivně zapojena do rozhodování o své péči. Klíčem k tomu je otevřená a empatická komunikace mezi porodní asistentkou a rodičkou. Asistentka by se měla snažit navázat důvěrný vztah, aktivně naslouchat a respektovat individuální potřeby a očekávání ženy (UNIPA, 2019; Takács, 2015, s. 44).

Během celého porodu proto porodní asistentka pravidelně sleduje a hodnotí nejen tělesný, ale i duševní stav ženy, včetně jejího vnímání bolesti (Ezrová et al., 2019, s. 19).

Porodní asistentka by měla být schopná nejen rozpoznat a diagnostikovat porodní bolest, ale také zohlednit její komplexní povahu. Kromě fyzického vnímání bolesti je nutné brát v úvahu i emocionální prožitek, chování rodičky a sociální kontext. Každá žena na bolest reaguje individuálně, což může významně ovlivnit její celkový porodní zážitek (UNIPA, 2017; Takács, 2015, s. 149).

Mezi klíčové parametry patří intenzita, charakter a lokalizace bolesti. Nejčastěji se bolest hodnotí na základě verbálního popisu ženy, který je považován za autentický projev jejího subjektivního vnímání bolesti (Takács, 2015, s. 150).

Základním předpokladem pro snížení vnímání porodní bolesti je vhodné prostředí. Porodní asistentka by měla prostředí, ve kterém se žena v průběhu porodu nachází přizpůsobit tak, aby její tělo přirozeně vylučovalo oxytocin a další hormony. Porodní asistentka by měla ženě zajistit klidné, tiché a tmavé prostředí. Místnost by měla být dostatečně tepelně zajištěna (Ezrová et al., 2021, s. 24-25).

Hodnocení intenzity porodní bolesti je zásadní součástí péče o rodičku. Umožňuje porodní asistentce zvolit vhodné metody pro tišení bolesti. Nejčastějším způsobem posuzování intenzity

bolesti je verbální výpověď rodičky. Pokud rodička tvrdí, že bolest zažívá, je nutné tuto informaci brát jak skutečnost (Takács, 2015, s. 150).

K zjišťování intenzity bolesti může existuje mnoho škál, které může porodní asistentka ve své praxi využít. Jedna z nejčastěji využívaných je Vizuální analogová škála (VAS). Tato metoda využívá hodnocení intenzity bolesti, pomocí jednoduché linky. Na jednom konci škály je označení „bez bolesti“ a na druhém „nejhorší možná bolest“. Tato metoda je rychlá, snadno použitelná (Takács, 2015, s. 150; Dušičková, T. et al., 2019, s. 262).

Kromě vizuální analogové škály (VAS) existují i další metody hodnocení intenzity bolesti. Numerická škála umožňuje rodičce vyjádřit intenzitu bolesti pomocí číselné stupnice. Ikonografická škála využívá vizuální symboly, například obrázky obličejů s různými výrazy, což je vhodné zejména pro osoby s jazykovou bariérou. Verbální škály pracují se slovními popisy intenzity bolesti, které rodička vybírá podle svého vnímání (Takács, 2015, s. 150-153; Dušičková, T. et al., 2019, s. 262).

V situacích, kdy není možné získat přímou výpověď rodičky (například z časových důvodů nebo kvůli jazykovým či kognitivním omezením), se lze uchýlit k nepřímému hodnocení bolesti na základě odhadu zdravotníka. Tento způsob však nemusí být vždy přesný, jelikož mezi hodnocením bolesti porodní asistentkou a samotnou rodičkou mohou existovat rozdíly. Přesnost odhadu může ovlivnit i kulturní, etnická a náboženská odlišnost mezi zdravotníkem a rodičkou (Takács, 2015, s. 152-154).

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Metodika sběru dat

V rámci praktické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní forma výzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření (Příloha A). Dotazník byl vytvořen na základě stanovených cílů a výzkumných otázek. Výsledný dotazník obsahoval celkem 11 otázek. Z toho byly 3 otázky polouzavřené a 8 otázek uzavřených.

Dotazníky byly distribuovány dvěma způsoby. První část sběru probíhala na oddělení šestinedělí, a to v období od 10. března do 10. dubna 2025. Rozdávání probíhalo po předchozím souhlasu vedení nemocnice. Druhá část sběru probíhala mezi ženami v mém blízkém okolí, které byly osloveny s žádostí o vyplnění dotazníku v období od ledna do března 2025.

4.1.1 Analýza dat

Získaná data byla zpracována pomocí popisné statistiky a dále byla prezentována s využitím tabulek a grafů v Microsoft Office Excel.

4.1.2 Charakteristika souboru respondentů

Výzkumný soubor tvořily ženy po spontánním vaginálním porodu. Kritériem pro zařazení do šetření bylo, že od porodu neuplynulo více než šest týdnů.

Všechny respondentky byly informovány o anonymitě, dobrovolnosti účasti a účelu výzkumu.

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 33 respondentek, které splňovaly výše uvedené podmínky. Všechny dotazníky byly odevzdány kompletně a tvoří tak 100 % celku.

4.2 Cíle a průzkumné otázky

Cíle:

Hlavní cíl

- Zjistit zkušenosti žen s metodami tišení porodní bolesti

Dílčí cíle

- Zjistit informovanost žen o metodách tišení porodní bolesti
- Zjistit jaké formy tišení porodní bolesti rodičky využívají, jaká je jejich spokojenost s účinkem
- Zjistit, zda ženy zahrnuly do porodního plánu svá přání, týkající se analgezie a zda personál respektoval jejich rozhodnutí

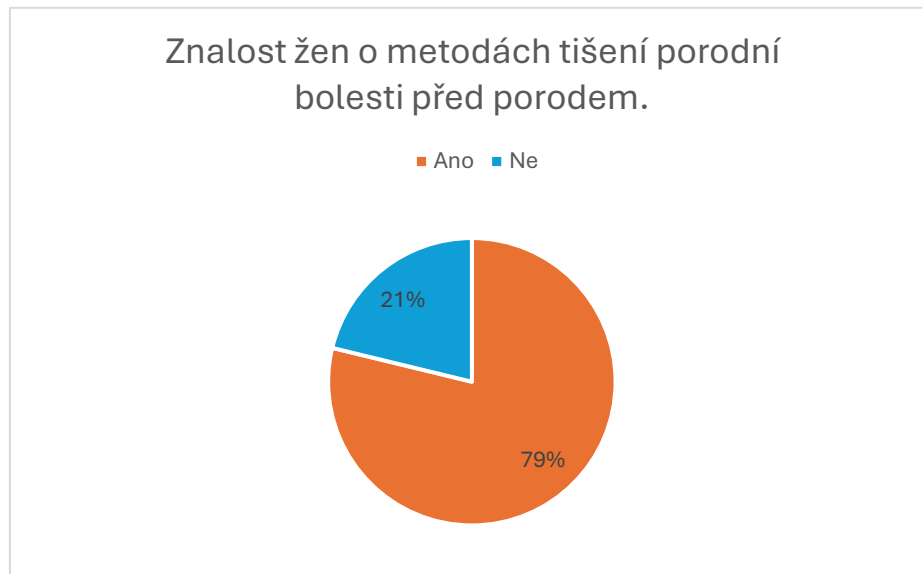
Průzkumné otázky:

- Jaká je informovanost žen o metodách tišení porodní bolesti a jaké zdroje informací nejčastěji využívají?
- Jakou formu tišení porodní bolesti rodičky volí, jaká je její spokojenost s účinkem, a jaký vliv má přítomnost doprovodné osoby na vnímání porodní bolesti?
- Plánovaly ženy v porodním plánu využití určité metody tišení porodní bolesti a bylo jejich přání během porodu respektováno?

4.3 Analýza dat

Otázka č. 1: Zнала jste před porodem některé metody, které tiší porodní bolest?

Z výsledků dotazníku vyplývá, že 79 % (tj. 26) žen uvedlo, že před porodem znaly některé metody tišení bolesti, zatímco 21 % (tj. 7) žen žádné metody neznalo. Tento výsledek naznačuje, že většina rodiček měla před porodem určité povědomí o možnostech analgezie.



Obrázek 1 - Graf znalosti žen o metodách tišení porodní bolesti před porodem (Zdroj: Vlastní)

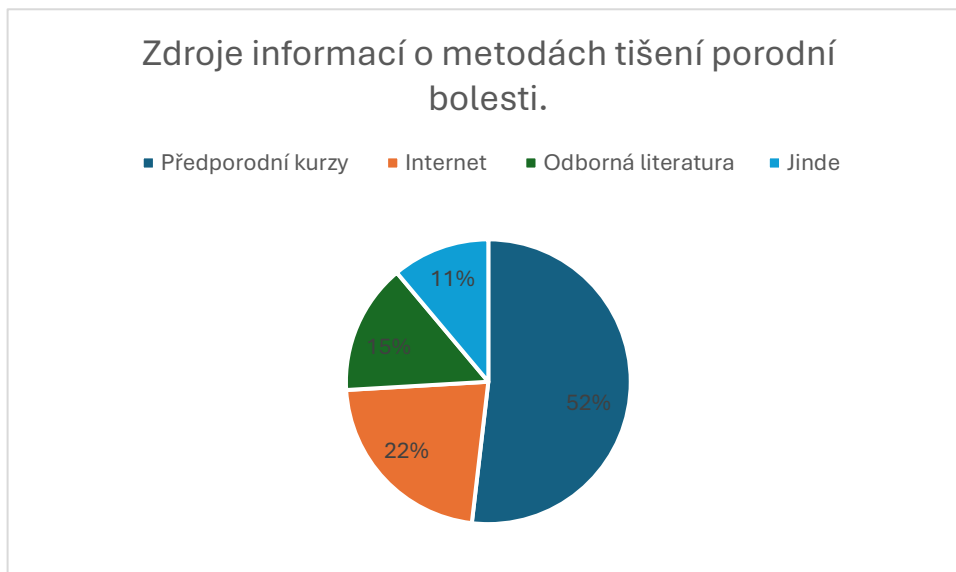
Otázka č. 2: Kde jste se o metodách tišení porodní bolesti při porodu dozvěděla?

Ze souboru žen, které uvedly, že před porodem znaly metody tišení bolesti jsem dále v dotazníku zajišťovala odkud nejčastěji čerpají informace. Je třeba podotknout, že jedna respondentka zvolila dvě možnosti. Celkový počet odpovědí tak činí 27, což dále představuje 100 %.

Z dat vyplývá, že nejčastějším zdrojem informací byly předporodní kurzy 52 % (tj. 14). Dalšími častými zdroji byly internet 22 % (tj. 6) a odborná literatura 15 % (tj. 4).

Zbýlých 11 % (tj. 3) žen uvedlo jiný zdroj, konkrétně gynekologa, zkušenosti známých a konzultaci se soukromou porodní asistentkou

Výsledky poukazují na důležitost předporodní přípravy a dostupnosti informací, přičemž osobní konzultace a sdílení zkušeností také hrají svou roli.



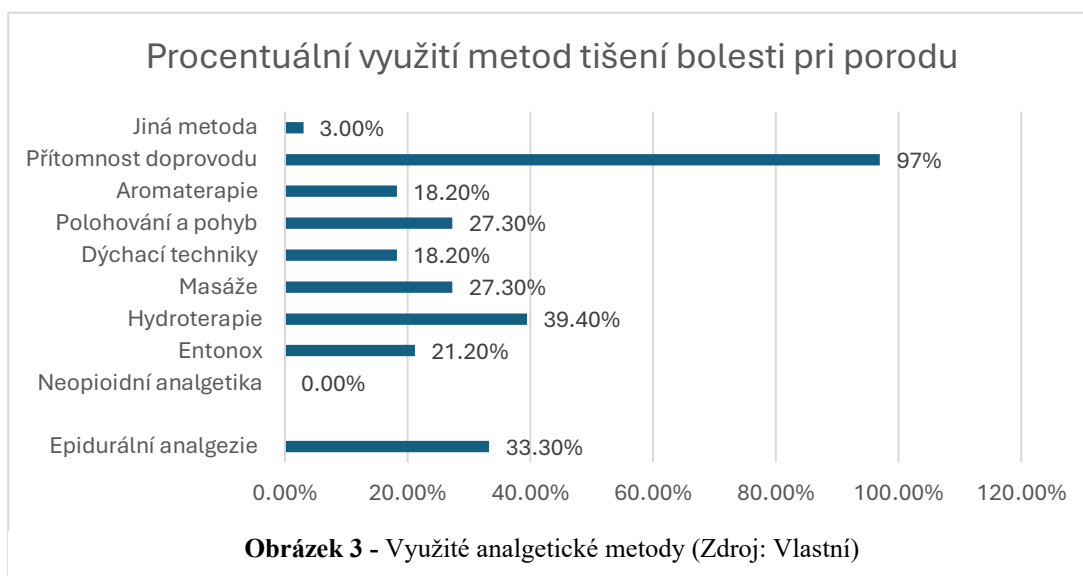
Obrázek 2 - Graf zdroje informací o metodách tišení porodní bolesti (Zdroj: Vlastní)

Otázka č. 3: Využila jste některou z metod tišení bolesti u porodu?

Nejčastěji využívanou metodou byla přítomnost doprovodu, kterou uvedlo 97 % žen (32krát).

Z nefarmakologických metod byla nejvíce využívána hydroterapie (39,4 %; 13krát), dále masáže (27,3 %; 9krát), stejně jako polohování a pohyb (27,3 %; 9krát). Dechové techniky a aromaterapii využilo shodně 18,2 % žen (6krát). Jedna respondentka uvedla jinou metodu, kterou blíže nspecifikovala.

Mezi farmakologickými metodami dominovala epidurální analgezie (33,3 %; 11krát), zatímco Entonox (směs oxidu dusného a kyslíku) byl využit v 21,2 % případů (7krát). Neopioidní analgetika využita nebyla.



Tabulka znázorňuje rozložení počtu využitých metod tišení bolesti mezi respondentkami.

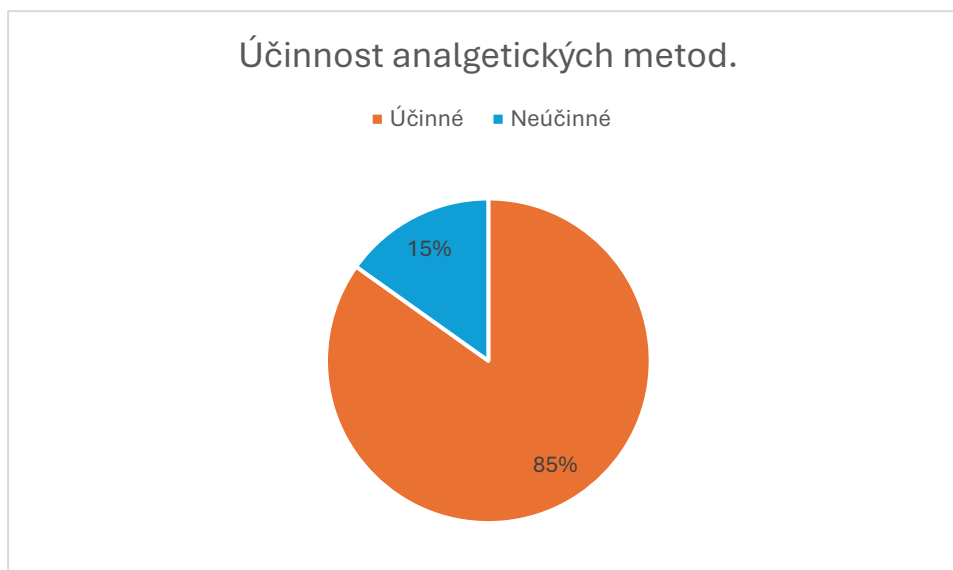
Čtyři ženy (12,1 %) využily pouze jednu metodu tišení bolesti. Největší skupinu tvoří ženy, které kombinovaly dvě metody, kterých bylo 15 žen (45,5 %). Tři metody využilo 6 žen (18,2 %). Čtyři metody zvolily 4 ženy (12,1 %). Pět a šest metod bylo zaškrtnuto shodně dvakrát (6,1 %).

Tabulka 1 - Kombinace metod (Zdroj: Vlastní)

Počet metod	Počet žen
Jedna metoda	4 ženy
Dvě metody	15 žen
Tři metody	6 žen
Čtyři metody	4 ženy
Pět metod	2 ženy
Šest metod	2 ženy

Otázka č. 4: Byla podle Vás zvolená metoda/metody účinné?

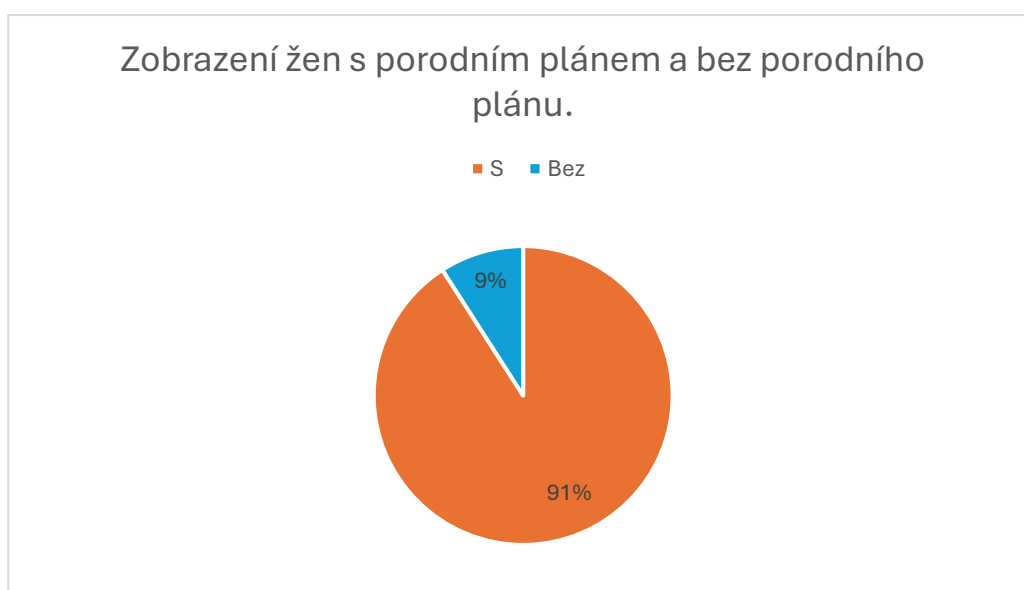
Z výsledků vyplývá, že většina žen 85 % (tj. 28) hodnotila použité metody tišení bolesti při porodu jako účinné. Pouze 15 % (tj. 5) žen uvedlo, že pro ně tyto metody účinné nebyly.



Obrázek 4 - Účinnost analgetických metod (Zdroj: Vlastní)

Otázka č. 5: Měla jste porodní plán?

Z výsledků vyplývá, že 91 % (tj. 30) žen mělo při porodu připravený porodní plán, zatímco pouze 9 % (tj. 3) žen jej nemělo. Tento výsledek ukazuje, že většina rodiček měla představu o průběhu porodu a pravděpodobně se na něj aktivně připravovala.

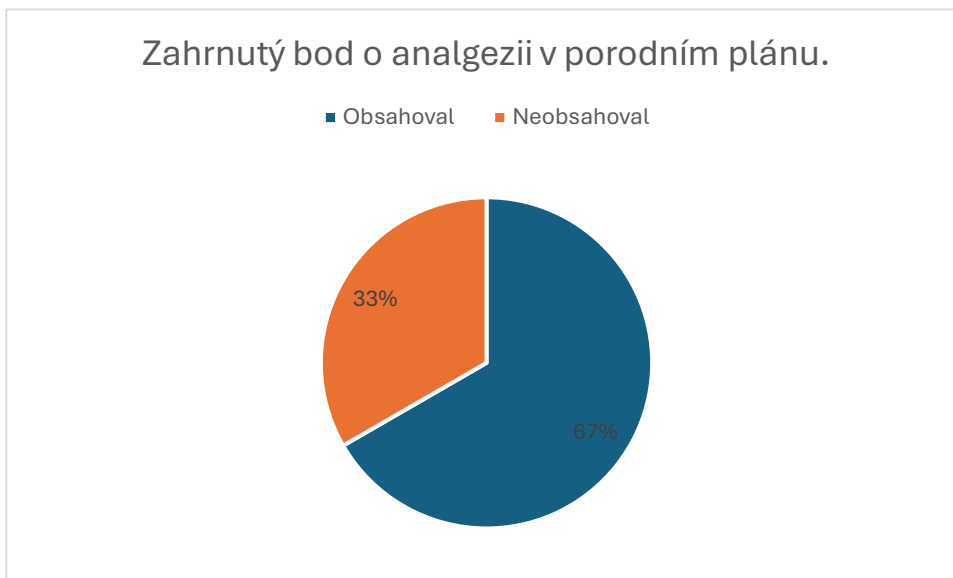


Obrázek 5 – Porodní plán (Zdroj: Vlastní)

Otázka č. 6: Měla jste porodní plán, který by zahrnoval bod o analgezií?

Z žen, které uvedly, že měly při porodu připravený porodní plán (30 žen, tj. 91 % všech respondentek), bylo dále zjišťováno, zda jejich plán obsahoval i bod týkající se tišení bolesti.

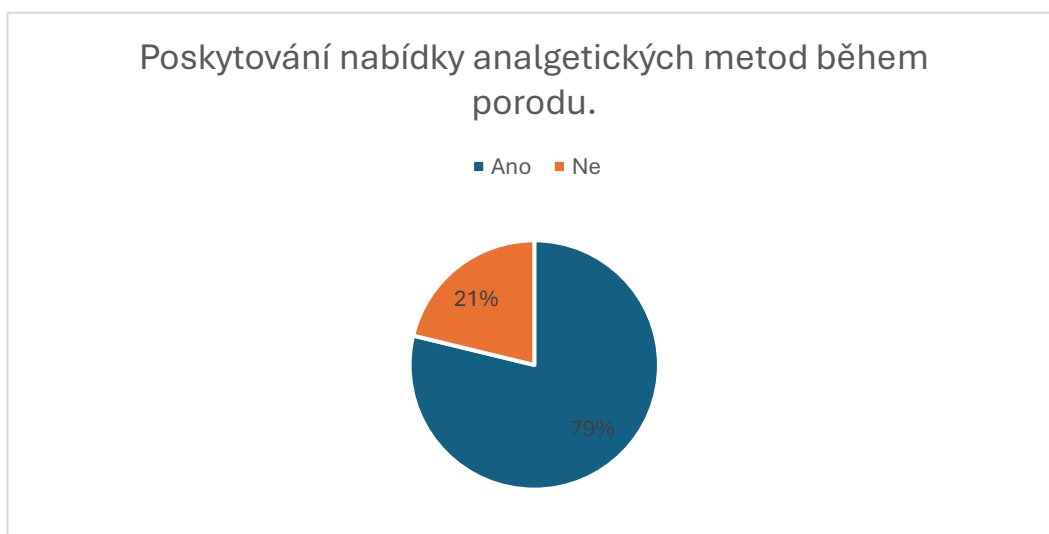
67 % (tj. 20) těchto žen uvedlo, že analgezií do porodního plánu zahrnuly, zatímco 33 % (tj. 10) tuto oblast nezmínilo.



Obrázek 6 - Analgezie v porodním plánu (Zdroj: Vlastní)

Otázka č. 7: Byly Vám analgetické metody při porodu nabízeny?

Z grafu vyplývá, že 79 % (tj. 26) žen uvedlo, že jim při porodu byly nabízeny analgetické metody, zatímco 21 % (tj. 7) žen tyto nabídky neobdrželo.



Obrázek 7 - Graf poskytování nabídek analgezie (Zdroj: Vlastní)

Otázka č. 8: Bylo Vaše přání ohledně analgezie během porodu respektováno?

Na otázku týkající se respektování přání rodičky ohledně analgezie 97 % (tj. 32) žen odpovědělo, že jejich přání bylo respektováno, zatímco 3 % (tj. 1) žena uvedla, že její přání respektováno nebylo. Tento výsledek ukazuje na převážně pozitivní přístup zdravotnického personálu k individuálním přáním žen.



Obrázek 8 - Respektování přání ženy ohledně analgezie během porodu analgezie (Zdroj: Vlastní)

Otázka č. 9: Měla jste u porodu blízkou osobu?

Z odpovědí respondentek vyplývá, že většina žen 97 % (tj. 32 žen) měla u porodu přítomný doprovod. Pouze jedna žena 3 % uvedla, že doprovod přítomný nebyl.

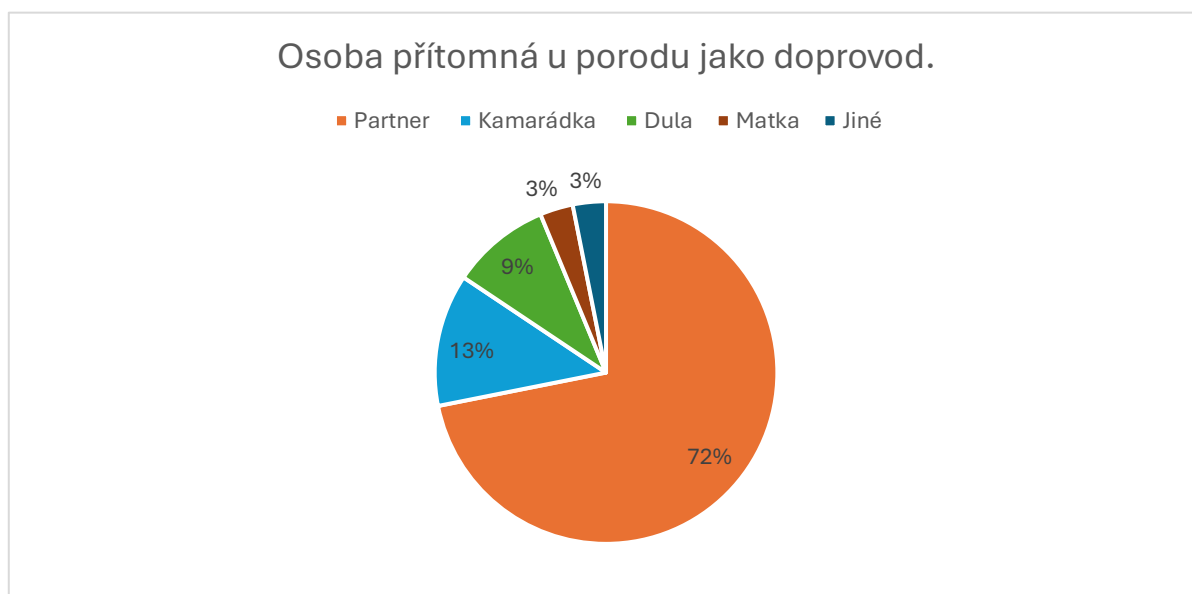


Obrázek 9 - Doprovod ženy u porodu (Zdroj: Vlastní)

Otázka č. 10: Jakou blízkou osobu jste měla u porodu?

Z celkového počtu 32 žen, které měly u porodu přítomný doprovod, 23 žen (72 %) uvedlo jako doprovod partnera, což potvrzuje, že partner bývá nejčastější volbou.

4 ženy (13 %) měly u porodu kamarádku, 3 ženy (9 %) dula a 1 žena (3 %) uvedla matku. Jinou osobu měla u porodu pouze 1 žena (3 %) konkrétně tchýni. Přestože bylo možné vybrat více odpovědí, všechny respondentky označily pouze jednu možnost, což ukazuje, že většina žen měla u porodu pouze jednoho doprovázejícího.



Obrázek 10 - Druh zvoleného doprovodu u porodu (Zdroj: Vlastní)

Otázka č. 11: Měla jste pocit, že Vám přítomnost blízké osoby u porodu pomohla zmírnit bolest?

Na otázku, zda přítomnost blízké osoby pomohla ženám zmírnit bolest u porodu, 94 % (30 žen) odpovědělo kladně, zatímco 6 % (2 ženy) uvedly, že přítomnost blízké osoby v tomto ohledu nepocítily jako přínosnou.



Obrázek 11 - Vnímání účinku přítomnosti blízké osoby na zmírnění bolesti při porodu (Zdroj: Vlastní)

5 DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo odpovědět na výzkumné otázky. Pro tento účel byl vytvořen anonymní dotazník, ze kterého byly následně zpracovány data (viz praktická část). Diskuze se zabývá porovnáním výsledků stanovených výzkumných otázek s jinými výzkumy na podobné téma.

Průzkumná otázka č. 1: Jaká je informovanost žen o metodách tišení porodní bolesti a jaké zdroje informací nejčastěji využívají?

K vyhodnocení této průzkumné otázky byly v dotazníku použity otázky č. 1 a č. 2.

Otázka č. 1 měla za cíl zmapovat, kolik žen mělo povědomí o metodách tišení porodní bolesti. Výsledky ukázaly, že 79 % žen před porodem znalo některé metody tlumení porodní bolesti, zatímco 21 % o žádných metodách nevědělo. K porovnání jsem využila výsledky výzkumu Terezy Svobodové, která se ve své bakalářské práci zabývala informovaností žen o metodách tišení bolesti u porodu.

Svobodová (2023) zjistila, že 91 % žen uvedlo znalost metod tišení porodní bolesti, a pouze 9 % žen je neznalo.

Dále jsem výsledky srovnala také s bakalářskou prací Lenky Juříkové. (Juříková, 2019) interpretovala, že pouze 10 % žen nebylo před porodem seznámeno s metodami porodnické analgezie.

Výzkumy Juříkové i Svobodové shodně poukazují na vysokou míru informovanosti žen o možnostech analgezie v porodnictví. Stejně tak i výsledky mého výzkumu potvrzují, že většina žen má přehled o dostupných metodách tišení porodní bolesti. Ačkoli mezi jednotlivými studii existují určité procentuální rozdíly, všechny tři výzkumy se shodují v tom, že ženy mají **vysokou úroveň informovanosti** o možnostech tlumení porodní bolesti.

Otázka č. 2 zjišťovala, odkud ženy čerpají informace o metodách tišení porodní bolesti.

V rámci výzkumu měly respondentky možnost vybírat ze čtyř nabízených zdrojů informací s možností zvolit také jiný zdroj a konkrétně jej uvést. Jiný zdroj zvolilo 11 % žen, přičemž konkrétně uvedly gynekologa, zkušenosti známých a konzultaci se soukromou porodní asistentkou.

Pro porovnání výsledků byla využita bakalářská práce Terezy Svobodové (2023). Svobodová zjistila, že pouze 7 % žen uvedlo jiný zdroj, který však nebyl blíže specifikován. V tomto ohledu jsou tedy získaná data podobná.

Dalším sledovaným zdrojem byly předporodní kurzy, které podle výsledků tohoto výzkumu představovaly nejčastější zdroj informací, přičemž je uvedlo více jak polovina (52 %) žen. Naproti tomu Svobodová (2023) uvádí, že předporodní kurzy jako zdroj informací využilo pouze 21 % žen. Zde se tedy data významně rozcházejí.

Internet jako zdroj informací uvedlo v mém výzkumu 22 % žen, což je nižší podíl oproti výsledkům Svobodové (2023), která ve svém výzkumu uvedla, že internet byl nejčastěji využívaným zdrojem informací, a to ve 39 % případů. Z toho vyplývá, že v mém výzkumu sehrával internet o něco méně významnou roli při získávání informací o metodách tišení porodní bolesti.

Dalším sledovaným zdrojem informací byla odborná literatura, ze které čerpalo informace 15 % respondentek. Ve srovnání s tímto výsledkem Svobodová (2023) zjistila, že odbornou literaturu využilo pouze 5 % žen.

Z výsledků vyplývá, že ženy čerpají informace z různých zdrojů, přičemž nejvýznamnější roli sehrávají předporodní kurzy. Oproti výzkumu Svobodové (2023) je zde patrný odlišný trend v preferencích jednotlivých informačních kanálů.

Průzkumná otázka č. 2: Jakou formu tišení porodní bolesti rodičky volí a jaká je spokojenost s jejím účinkem?

K vyhodnocení této průzkumné otázky, byly v dotazníku použity otázky č. 3, č. 4, č. 9, č. 10 a č. 11.

Otázka č. 3 měla vyhodnotit jaká je nejčastější metoda porodnické analgezie.

Pro porovnání výsledků byla využita data z bakalářské práce „Analgezie u porodu, možnosti snižování bolesti u porodu“ (Kalmárová, 2023). Podle této bakalářské práce byla nejčastěji využívanou nefarmakologickou metodou hydroterapie (83 %) a přítomnost doprovodu/psychická podpora (82 %). V mém výzkumu byla přítomnost doprovodu taktéž nejčastěji využívanou metodou, a to dokonce v 97 % případů. Oproti tomu využití hydroterapie se mezi oběma studii výrazně liší. Zatímco Kalmárová (2023) uvádí 83 %, v mém výzkumu ji využilo pouze 39,4 % žen.

Další zvolenou metodou bylo polohování a pohyb. Výsledky mého výzkumu ukazují, že tuto metodu využilo 27,3 % žen. Ve srovnání s tím Svobodová (2023) ve své bakalářské práci uvádí, že polohování a pohyb jako metodu tišení bolesti zvolilo 19 % žen.

Další výrazná odlišnost je patrná u aromaterapie. Ve výzkumu Kalmárové (2023) tuto metodu využilo 46 žen (56 %), zatímco v mém výzkumu pouze 18,2 % respondentek.

Naopak výsledky týkající se využití masáží se mezi oběma studii do určité míry shodují. V mém výzkumu byla tato metoda použita v 9 případech (27,3 %), zatímco Kalmárová (2023) uvádí 27 žen (33 %).

Dalším bodem jsou dechové techniky. V porovnání s výsledky Konopníkové (2017), která uvádí, že 60 % žen využívá dechové techniky, v mém výzkumu uvedlo jejich použití pouze 18,2 % respondentek. Tento rozdíl je poměrně výrazný, což mě vedlo k dalšímu prozkoumání dostupné literatury. Wiesnerová (2024) uvádí, že 46,8 % žen dechové techniky při porodu využívá. V tomto případě jsou data podobná a potvrzují, že zhruba polovina žen při porodu s dýcháním pracuje.

V mém výzkumu však tato metoda je velmi málo využívána v poměru s porovnanými výzkumy.

Pokud porovnáme farmakologické metody, v mém výzkumu byla nejčastější volbou epidurální analgezie (33,3 %), což odpovídá i výsledkům studie Kalmárové (2023). Přestože se v obou výzkumech jedná o nejčastěji využívanou farmakologickou analgezi, rozdíl v procentech je značný. Kalmárová (2023) uvádí využití epidurální analgezie pouze u 14 % žen.

Na druhém místě v mém výzkumu následoval Entonox (21,2 %), přičemž Kalmárová (2023) uvádí jeho využití pouze u 6 % žen, což představuje významný rozdíl.

V mém výzkumu žádná z respondentek neuvedla, že by při porodu využila neopioidní analgetika. Ve srovnání s tím Svobodová (2023) ve své bakalářské práci uvádí, že tuto metodu zvolilo pouze 7 % žen. Tento výsledek naznačuje, že neopioidní analgetika nejsou mezi rodičkami příliš preferovanou metodou tišení bolesti při porodu.

Jiné, než uvedené metody ženy využívají jen zřídka. V mém výzkumu uvedla jinou metodu pouze jedna žena (3 %), zatímco ve výzkumu Kalmárové (2023) nebyla tato možnost zvolena žádnou respondentkou.

Ve srovnání s výsledky jiných studií, například Kalmárové (2023) a Svobodové (2023), se v mém výzkumu ukázaly určité odlišnosti ve výběru metod tišení bolesti. Zatímco v jiných studiích byly preferovány například hydroterapie nebo aromaterapie, v mém výzkumu dominovala **přítomnost doprovodu** a v menší míře také polohování a pohyb. Z farmakologických metod byla nejčastěji využívána **epidurální analgezie**.

Otázka č. 4 vyhodnocovala, zda zvolené metody byly účinné či nikoliv.

Všechny dotazované ženy (33, tj. 100 %) odpověděly na tuto otázku. Většina z nich, konkrétně 28 žen (85 %), hodnotila zvolené metody tišení bolesti jako **účinné**, zatímco 5 žen (15 %) je považovalo za neúčinné. Výsledky výzkumu tedy naznačují, že většina žen byla s analgezií spokojená. Podobný závěr uvádí i Juříková (2019) ve své bakalářské práci, kde prezentuje, že 82 % žen (60 respondentek) bylo s účinky analgezie spokojeno, zatímco 18 % je hodnotilo negativně.

Otázka č. 9 mapovala kolik žen mělo u porodu blízkou osobu a **otázka č. 10** dále zjišťovala, jakou blízkou osobu u porodu ženy volily.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že přítomnost doprovodu u porodu je velmi běžná. V tomto výzkumu 97 % žen (32 z 33 dotazovaných) uvedlo, že měly u porodu blízkou osobu, zatímco 3 % žen (1 žena) rodila bez doprovodu.

Dále jsem zkoumala, jaký typ doprovodu ženy volily. Nejčastěji byl přítomen partner (72 %), následovaný kamarádkou (13 %), dulou (9 %), matkou (3 %) a jinou osobou (3 %).

Podobné výsledky uvádí Kortanová (2022), která zjistila, že 84 % žen mělo u porodu přítomného partnera, kamarádku nebo jiného rodinného příslušníka, 2,3 % žen zvolilo dula a 6,1 % jinou blízkou osobu. Celkově tak 92,4 % žen v jejím výzkumu mělo u porodu doprovod.

Že je nejčastější volbou partner, potvrzuje i výzkum Pavlíčkové (2008), která ve své bakalářské práci uvádí, že u všech dotazovaných žen (100 %) byl u porodu přítomen otec dítěte. Tento výsledek dokládá, že ženy nejčastěji volí jako doprovod právě svého partnera.

Z výzkumu můžeme tedy usoudit, že přítomnost blízké osoby u porodu je **běžná**. V mém výzkumu mělo velmi vysoké procento žen doprovod u porodu. Nejčastěji zvoleným typem doprovodu byl **partner** rodičky.

Otázka č. 11 měla vyhodnotit, zda doprovod u porodu pomohl zmírnit poporodní bolesti.

Z 33 dotazovaných žen mělo 32 doprovod u porodu. Tyto ženy byly následně dotazovány, zda pocítily úlevu od bolesti v souvislosti s přítomností doprovázející osoby. Výsledky byly překvapivé, jelikož 94 % (30 žen) uvedlo, že pocítily úlevu od bolesti díky doprovodu.

Podle výzkumu Kalmárové (2023) využilo doprovod u porodu celkem 66 žen. Z těchto žen 41 uvedlo, že pocítilo velkou úlevu od bolesti, 15 žen pocítilo malou úlevu a pouze 10 žen uvedlo, že žádnou úlevu nepozorovaly. Z toho vyplývá, že úlevu od bolesti pocítilo celkem 56 žen, což představuje 84,85 % všech účastnic výzkumu.

Výsledky výzkumů poukazují na výrazně **vysoké procento** žen, které pocítily úlevu od bolesti v souvislosti s doprovázející osobou.

Průzkumná otázka č. 3: Plánovaly ženy v porodním plánu využití určité metody tišení porodní bolesti a bylo jejich přání během porodu respektováno?

Pro odpověď na tuto průzkumnou otázku jsem zahrнула do dotazníku otázky č. 5, č. 6 a otázku č. 8.

Otázka č. 5 měla zjistit, kolik žen mělo k porodu připravený porodní plán. Z výsledků průzkumu vyplynulo, že 91 % žen (30) si porodní plán připravilo, zatímco pouze 9 % (3 ženy) jej nemělo. Tento výsledek naznačuje, že většina dotazovaných žen se na porod předem připravovala a sepsala své preference. Pro srovnání byl použit výzkum M. Rizviho a S. Clarkeové (2017), který ukázal, že písemný porodní plán si připravilo 53,8 % žen.

Tato otázka zároveň sloužila k identifikaci žen s porodním plánem, což bylo klíčové pro **otázku č. 6**, která zjišťovala, zda ženy do porodního plánu zahrnuly i analgezii. Z třiceti dotazovaných žen uvedlo 67 %, že analgezii do svého porodního plánu zahrnuly, zatímco 33 % tuto oblast nezmínilo.

Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že většina žen má představy o metodách zvládnutí porodní bolesti a zahrnuje je do svých porodních plánů.

Existují studie zkoumající, zda ženy zahrnují metody tišení porodní bolesti do svých porodních plánů. Ve většině studií, ženy svá přání konkretizovala. Například studie publikovaná v časopise Journal of Midwifery & Women's Health zjistila, že preference týkající se analgezie byly nejčastějším požadavkem v porodních plánech. Více než 50 % žen uvedlo, že si přejí vyhnout se epidurální analgezii; nicméně 65 % žen nakonec epidurální analgezii během porodu využilo.

Z těchto výzkumů lze usoudit, že více jak polovina žen má svá preference ohledně metody tlášení porodních bolestí a **plánuje** je ve svých porodních plánech.

Otázka č. 8 zjišťovala, zda byla přání žen ohledně analgetických metod při porodu respektována.

Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že 97 % žen (32) uvedlo, že jejich požadavky na analgezii byly během porodu respektovány. Pouze jedna žena (3 %) uvedla, že její přání respektováno nebylo.

Tyto výsledky lze porovnat s výzkumem Mehrabianové (2008), která zjistila, že u 84 % žen byla jejich přání ohledně metod tlášení porodní bolesti splněna, zatímco 15,8 % žen uvedlo, že jejich požadavky respektovány nebyly. Navzdory velkému časovému odstupu mezi těmito výzkumy jsou výsledky do značné míry srovnatelné a naznačují, že většina žen má možnost rozhodovat o analgetických metodách při porodu a jejich přání jsou zdravotnickým personálem **akceptována**.

6 ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zaměřuje na problematiku tišení bolesti u porodu, která je nedílnou součástí moderní porodnické péče a má zásadní vliv na prožitek rodičky i samotný průběh porodu.

Teoretickým cílem práce bylo především zmapovat dostupné metody analgezie. V teoretické části jsou shrnuty poznatky týkající se fyziologie porodní bolesti, jejího vnímání rodičkou v první a druhé době porodní. Vývoje porodnické analgezie v průběhu historie. Dále jsou popsány farmakologické i nefarmakologické metody tlumení bolesti. Poslední kapitola je věnována úloze porodní asistentky při tlumení porodní bolesti.

Praktická část práce byla zaměřena na zjištění zkušeností žen s různými metodami tišení bolesti během porodu. Z výzkumu vyplynulo že je vysoké procento žen, které jsou informovány o metodách tišení porodní bolesti, a to především z předporodních kurzů. Vysoké procento informovanosti je zásadní pro spokojenost s průběhem porodu a získání tak zpětné vazby.

Výsledky ukázaly, že z farmakologických metod ženy nejčastěji upřednostňují Epidurální analgezi a z nefarmakologických metod volí doprovod u porodu (především partnera). Pro uspokojení potřeb je důležité, aby každá žena vyjádřila své preference týkající se průběhu porodu a bylo k nim citlivě a individuálně přistupováno.

Velmi vysoké procento žen si svůj porod plánuje v tzv. porodních plánech, kde zahrnují své preference také ohledně analgezie. Velmi příjemným zjištěním je, že zdravotnický personál přání ohledně metod tlumení porodních bolestí akceptuje, což je stěžejní pro spokojenost rodičky a naplnění jejich potřeb.

Dostupnost a individualizovaný přístup k analgezi by měly být i nadále podporovány jako nedílná součást kvalitní porodnické péče.

7 POUŽITÁ LITERATURA

7.1 Primární zdroje

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, a.s.463 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

FIALA, P et al. 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Karolinum. 243 s.ISBN 978-80-246-2693-2.

HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví. 3. přep. a dopl. vydání*. Praha: Grada Publishing. 583 str. ISBN. 978-80-247-4529-9.

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ, 2017.*Příprava na porod*. Praha: Grada Publishing a.s.579 s. ISBN:978-80-271-9748-4.

KACHLÍK, David, 2019. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Karolínium ISBN:978-80-246-4101-0

OREL, Miroslav, 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla pro humanitní obory*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 978-80-271-1180-0.

MAREŠOVÁ, Pavlína, 2021. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf 767 s. ISBN 978-80-7345-709-9.

PROCHÁZKA, M. et al. 2020.*Porodní asistence*. Praha: Maxdorf s.r.o.788 s.ISBN 978-80-7345-618-4.

ROZTOČIL A et al. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s.408 s. ISBN 978-80-247-7033-8.

ROZTOČIL, et al.2017.*Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing a.s.656 s. ISBN 978-80-271-9757-6.

ROZTOČIL, A et al. 2024. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.800 s. ISBN 978-80-271-7313-6.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2024. *Bolest v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a.s. 384 s. ISBN: 978-80-271-7667-0.

STUHLÁ, Lada, 2024.*Přehled anatomie a fyziologie člověka pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada a.s.763 s. ISBN 978-80-271-7254-2.

TAKÁCS, L. et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada a.s. 1017 s. ISBN:978-80-247-9716-8.

WILHELMOVÁ, R. et al. 2021. *Vybrané kapitoly Porodní asistence*. Ústav zdravotnických věd-Pracoviště nelékařských oborů-Lékařská fakulta MU.554 s.ISBN 978-80-210-8204-5.

7.2 Sekundární zdroje

UNIPA, 2023. Metody tišení bolesti během porodu dle doporučení NICE-péče o zdravou ženu a děti během porodu CG190. In: *unipa.cz* [online]. © 2025 Unie porodních asistentek, z. s. [cit. 2025-02-27]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/metody-tiseni-bolesti-behem-porodu-dle-doporuceni-nice-pece-o-zdravou-zenu-a-deti-behem-porodu-cg190/>

7.3 Odborné články

DUŠIČKOVÁ, T. et al., 2019. Porovnání nástrojů sloužících k hodnocení bolesti v předškolním a mladším školním věku v České republice a zahraničí. *Pediatric pro praxi* [online]. SOLEN, 20 (4), 261-264 [cit. 2025-03-14]. ISSN: 1803-5264. DOI: DOI: 10.36290/ped.2019.053

NOSKOVÁ, P., BLÁHA, J., MANNOVÁ, J., SEIDLOVÁ, D., ŠTOUTAČ, P. 2019. Aplikace epidurální analgezie v porodnictví. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, o. s., 30 (1), 9-13 [cit. 2025-03-05]. ISSN: 1805-4412. DOI: 10.36290/aim.2019.002.

SMITH, C et al., 2020. Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. Oxford, U.K.; Vista, CA, 7;2(2), 28 [cit. 2025-02-28]. ISSN: 1469-493X. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.pub2.

PAŘÍZEK, Antonín, 2014. Porodnická analgezie, aneb historie kontroverzí. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. Česká lékařská společnost JEP, 25(1), 5-7 [cit. 2024-11-20]. ISSN:1214-2158.

Pennell A, Salo-Coombs V, Herring A, Spielman F, Fecho K. Anesthesia and analgesia-related preferences and outcomes of women who have birth plans. *J Midwifery Womens Health*. 2011 Jul-Aug;56(4):376-381[cit. 2025-02-27]. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00032.x. PMID: 21733109.

PULTAROVÁ, Jana, 2017. Střípky z historie babictví. *Florence*. [online]. Care Comm, s. r. o., 17 (7-8), 35. [cit. 2024-11-27]. 2570-4915.

TABATABAEICHEHR, Mahbubeh a Hamed MORTAZAVI, 2020. The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiop J Health Sci.* [online]. Jimma, Ethiopia: Research and Publications Office of Jimma University, 30(3), 449-458 [cit. 2025-02-27]. ISSN: 2413-7170. DOI: 10.4314/ejhs.v30i3.16.

7.4 Internetové zdroje

EZROVÁ, M. et al., 2019. Principy péče v porodní asistenci. In: *unipa.cz* [online]. © 2019 Unie porodních asistentek, Česká komora porodních asistentek. [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2019/04/Z%C3%A1kladn%C3%AD-principy-p%C3%A9%C4%8De-v-porodn%C3%AD-asistenci_v3.pdf

EZROVÁ, M. et al., 2021. Principy péče v porodní asistenci rev.2021. In: *unipa.cz* [online]. © 2021 Unie porodních asistentek. [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2021/07/Zakladni-principy-pece-v-porodni-asistenci-revize-2021.pdf>

GOZNALEZ, M. et al., 2021. Pain Management During Labor: Part 1– Pathophysiology of Labor Pain and Maternal Evaluation for Labor Analgesia. In: *nursingcenter.com* [online]. © 2025 Wolters Kluwer Health, Inc. and/or its subsidiaries. [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=5989459&Journal_ID=3402523&Issue_ID=5989458

M HELAT FAIRVIEW, 2021. What is hydrotherapy, and how can it help during labor? In: *mhealthfairview.org* [online]. © 2025 Fairview Health Services. [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://www.mhealthfairview.org/blog>

UNIPA, 2019. Péče o ženu během porodu dle doporučení NICE. In: *unipa.cz* [online]. © 2025 Unie porodních asistentek, z. s. [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/pece-o-zenu-behem-porodu-dle-doporuceni-nice/>

UNIPA, 2017. Porod je jako výstup na vysokou horou. In: *unipa.cz* [online]. © 2025 Unie porodních asistentek, z. s. [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/porod-jako-vystup-vysokou-horu/>

WHO, 2018. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. In: *who.int* [online]. © 2025 WHO. [cit. 2024-11-27]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

ZÁKONY PRO LIDI, 2025. Zákon č. 372/2011 Sb. In: *zakonyprolidi.cz* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010–2025. [cit. 2024-11-27]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

7.5 Ostatní

JUŘÍKOVÁ, Lenka. *Postoj současných rodiček k analgezií v porodnictví*. Zlín, 2019. 68 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce: MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.

KALMÁROVÁ, Kristýna. *Analgezie u porodu, možnosti snižování bolesti u porodu*. Zlín, 2023. 66 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce: prof. MUDr, Milan Kudela, CSc.

KONOPNÍKOVÁ, Eliška. *Tlumení bolesti při porodu*. Plzeň, 2017. 67 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

KORTÁNOVÁ, Denisa. *Porod v domácím prostředí*. Praha, 2022. 96 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šmatláková

KYNCLOVÁ, Tereza. *Bolest u porodu*. Pardubice, 2018. 73 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr Vendula Mikšovská

MACHOVÁ, Simona. *Doprovod ženy u porodu*. Pardubice, 2021. 62 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Čermák

MEHRABIANOÁ, Aneta. *Porodní plán rodiček a možnosti jeho aplikace na porodním sále*. České Budějovice, 2008. 95 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Koudelková

PLÁTENÍKOVÁ, Tereza. *Porovnání spotřeby analgetik u spontánních porodu vedených samostatně porodní asistentkou a pod vedením lékaře ve FNOL*. Olomouc, 2020. 74 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce: prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

SVOBODOVÁ, Tereza. *Informovanost žen o metodách tlumení bolesti při porodu*. Praha, 2023. 72 s. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5. Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocourková

WEISNEROVÁ, Veronika. *Nefarmakologické metody tišení bolesti během porodu*. Ústí nad Labem 2024. 67 s. Bakalářská práce. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Kamila Bitalová

8 PŘÍLOHY

Příloha A–Dotazník

Vážená paní/ slečno,

Gratuluji Vám k narození Vašeho miminka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění krátkého dotazníku, který se zaměřuje na způsoby tišení bolesti během porodu a jejich účinnost.

Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou sloužit k vypracování bakalářské práce na toto téma.

Vaše zkušenosti a názory jsou velmi cenné a pomohou lépe porozumět tomu, jak různé metody zvládání porodní bolesti vnímají samotné ženy. Vyplnění dotazníku Vám zabere přibližně 5-10 minut.

Děkuji Vám za Vás čas a ochotu podělit se o své zkušenosti.

S úctou,

Frühbauerová Elena, studentka porodní asistence.

1. Znalá jste před porodem některé metody, které tiší porodní bolest?

- Ano
- Ne

2. Kde jste se o metodách tišení bolesti při porodu dozvěděla? (Pokud jste žádné metody tlumící bolest u porodu neznala na otázku neodpovídejte.)

- Předporodní kurzy
- Z internetu
- Z odborné literatury
- Jinde (uvedte):

3. Využila jste nějakou z metod tišení bolesti u porodu? (Je možné vybrat více odpovědí.)

- Epidurální analgezie
- Neopioidní analgetika (např. paracetamol, metamizol)
- Inhalace entonoxu (rajský plyn)
- Teplá voda (vana/sprcha)
- Masáže
- Dýchací techniky
- Polohování a pohyb
- Aromaterapie
- Přítomnost doprovodu
- Jiná metoda (uvedte):

4. Byla podle Vás zvolená metoda/metody účinné?

(Pokud jste nevyužila žádnou metodu, tišící bolest u porodu na otázku neodpovídejte.)

- Ano
- Ne

5. Měla jste porodní plán?

- Ano
- Ne

6. Měla jste porodní plán, který by zahrnoval bod o analgezií?

- Ano
- Ne

7. Byly Vám analgetické metody při porodu aktivně nabízeny?

- Ano
- Ne

8. Bylo vaše přání ohledně analgezie během porodu respektováno?

- Ano
- Ne

9. Měla jste u porodu blízkou osobu?

- Ano
- Ne

10. Jakou blízkou osobu jste měla u porodu?

(Pokud jste u porodu blízkou osobu neměla, na otázku neodpovídejte.)

- Partnera
- Kamarádku
- Dulu
- Matku
- Jinou (uvedte):

11. Měla jste pocit, že Vám přítomnost blízké osoby u porodu pomohla zmírnit bolest?

(Pokud jste u porodu blízkou osobu neměla, na otázku neodpovídejte.)

- Ano
- Ne