

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Lenka Keilová

Využití a spokojenost rodiček s epidurální analgezií při porodu

Use of and satisfaction with maternal epidural analgesia during labor

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2014

Prohlášení.

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 18. 12. 2014

Lenka Keilová

Podpis:

Identifikační záznam:

KEILOVÁ, Lenka. *Využití a spokojenost rodiček s epidurální analgezií při porodu. [Use of and satisfaction with maternal epidural analgesia during labour]*. Praha, 2014. 73 s., 6 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí závěrečné práce Kulhavá, Miluše.

Poděkování

Velmi ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Miluši Kulhavé za její pomoc, rady a připomínky při psaní této práce a MUDr. Pavlíně Noskové a kolegyni Bc. Gabriele Jurigové za jejich cenné rady. Velké díky patří také mé rodině, která mi v době vzniku této práce a v době celého studia, byla velkou oporou.

Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo zjistit zda rodičky využívají možnost epidurální analgezie a zda byly s účinky analgezie spokojené. Práce je rozdělena na část teoretickou, kde je popsán historický vývoj analgezie a metody tlumení bolestí. Dále jsou v teoretické části popsány neuroaxiální metody používané při spontánním porodu a císařském řezu. Indikace, kontraindikace a možné komplikace. V praktické části bakalářské práce jsem pro získání dat kvantitativního výzkumu použila techniku dotazníkového šetření. Cíle práce jsem si zvolila následující: zjistit, zda byly rodičky při příjmu na porodní sál informovány o možnostech využití epidurální analgezie při porodu, zda rodičky využívají možnost epidurální analgezie, zda byly s účinky analgezie spokojené. Zjistit, z jakého důvodu rodičky nevyužily epidurální analgezi a zda byly rodičky spokojené s volbou epidurální anestezie u císařského řezu.

Z výsledků práce je zřejmé, že rodičky využívají možnost epidurální analgezie a jsou personálem porodního sálu o možnostech analgezie informovány již při příjmu na porodní sál. Rodičky využívají nejčastěji analgezi z důvodu prožití bezbolestného porodu. Naopak nejčastějším důvodem proč rodičky epidurální analgezi nevyužily, byl nedostatečný čas pro aplikaci analgezie z důvodu rychle postupujícího porodu. Ženy, které rodily císařským řezem byly s anestezií spokojené a využily by tuto možnost i při dalším operačně vedeném porodu. Pro využití epidurální analgezie při dalším porodu kladně odpověděly i ženy rodící spontánně. Stanovené cíle práce byly naplněny.

Neuroaxiální metody se v porodnictví využívají velmi často, proto je dobré rodičky včas a dostatečně informovat o těchto metodách. Proto si myslím, že vydání stručné brožury o metodách tlumení bolestí, vydané daným porodnickým zařízením, by v rozhodování rodičkám velmi pomohlo.

Klíčová slova: bolest, epidurální analgezie, porod, porodní bolest.

The Abstract

The aim of bachelor work was to find out if the mothers in labor use the opportunity of epidural analgesia and their satisfaction with the effect of this type of analgesia. This work is divided into two parts – theoretical and practical. Historical development of epidural analgesia and another methods of pain softening is described in theoretical part. This part further describes neuro-axial methods used during spontaneous labor and during Cesarean section, indication, contraindication and possible complications. Questionnaire research method was used for data collecting in the practical part. The objectives of the bachelor work are following: to prove if mothers in labor were informed about possibilities of epidural analgesia application during the labor while being admitted to the delivery-room, if mothers in labor use the opportunity of epidural analgesia, if they were satisfied with the effect of analgesia. To find out the reason for not using the epidural analgesia. To find out if mothers in labor were satisfied with epidural anesthesia during the Cesarean section.

As the results of the research show, the mothers in labor use the possibility of epidural analgesia application and also are informed about epidural analgesia while being admitted by the staff of the delivery-room. The mothers in labor use epidural analgesia to go through the labor painless most often. On the other side lack of time to apply the analgesia due to quick labor is the main reason for not-applying epidural analgesia. Women delivering by Caesarean section were satisfied with the anesthesia and want to use this method again when delivering by the chirurgical way. Woman who delivered by spontaneous way also declared for using epidural analgesia. The aims appointed for the bachelor thesis, were achieved.

Neuro-axial methods are used in obstetrics very often, therefore it is important to inform mothers in labor sufficiently and soon enough. The brief brochure published by particular obstetrics institution should highly help mothers in labor with their decision making.

Key words: pain, epidural analgesia, labor, parturition.

Obsah

Úvod	9
1 Vývoj porodnické analgezie a anestezie v České republice	10
2 Porodnická analgezie	13
2. 1 Porodní bolest	13
2. 2 Nefarmakologické metody	14
2. 3 Farmakologické metody	21
3 Neuroaxiální metody analgezie a anestezie v porodnictví	24
3. 1 Epidurální analgezie u spontánního porodu	24
3. 1. 1 Indikace k epidurální analgezii ze strany matky	24
3. 1. 2 Indikace k epidurální analgezii ze strany plodu	27
4 Neuroaxiální anestezie u císařského řezu	28
4. 1 Epidurální anestezie	28
5 Kontraindikace neuroaxiální blokády	30
6 Možné komplikace neuroaxiální blokády	31
7 Empirická část	37
7. 1 Výzkumná metoda	37
7. 2 Volba problému	38
7. 3 Cíle výzkumného šetření	38
7. 4 Charakteristika výzkumného vzorku	39
7. 5 Průběh výzkumného šetření	43
7. 6 Výsledky šetření	43
7. 7 Vyhodnocení cílů	63
8 Diskuse	65
9 Návrhy pro praxi	69

10 Závěr.....	70
11 Seznam informačních zdrojů.....	71
12 Seznam příloh.....	74

Úvod

Téma mé bakalářské práce „Využití a spokojenost rodiček s epidurální analgezií při porodu“ jsem si zvolila, protože daná problematika je mi velmi blízká. Pracuji jako porodní asistentka na porodním sále, kde se s potřebou tlumit bolest setkávám téměř denně a před necelým rokem jsem tlumení porodních bolestí sama řešila.

V dnešní době je stále častěji diskutována analgezie používaná během porodu, jak zdravotnickými pracovníky tak laickou veřejností. Myslím si, že veřejnost zejména budoucí matky se tlumením bolesti zabývá stále častěji. V mnoha informačních zdrojích se můžeme dočíst o možnostech tlumení porodních bolestí. Především na internetu je na mnoha serverech laickou veřejností tato tematika velmi diskutována a to jak ženami tak jejich partnery, kteří z mých zkušeností mnohdy ženám tlumení bolestí pomocí epidurální analgezie zakazují. Ženy těhotné, plánující těhotenství i netěhotné řeší, jak budou zvládat porod a jestli vůbec tišících léků využijí. Myslím si, že je dobré předem se o metodách informovat, ale validními informacemi a nenechat se odradit mnohdy velmi negativními reakcemi žen po porodu. Personál porodních sálů samozřejmě pomáhá při rozhodování tím, že vysvětlí proč, kdy a jakou metodu je dobré v dané situaci využít. Dále pak záleží pouze na rodičce, jak se rozmyslí a jestli vůbec metody tlumící porodní bolesti využije. Ať už jsou to farmakologické nebo nefarmakologické metody. Proto jsem si ve své závěrečné práci zvolila následující cíle. Hlavním cílem bych chtěla zjistit, zda rodičky byly při příjmu na porodní sál informovány o možnosti využití epidurální analgezie při porodu. První dílčí cíl má zjistit, zda rodičky využívají možnost epidurální analgezie. Druhý dílčí cíl zjišťuje, proč si rodičky vybraly metodu epidurální analgezie. Třetí dílčí cíl má zjistit, zda byly rodičky s účinky epidurální analgezie spokojené. Čtvrtým cílem je zjištění z jakého důvodu rodičky nevyužily epidurální analgezi. Posledním pátým dílčím cílem bych chtěla zjistit, zda byly rodičky spokojené s volbou epidurální anestezie u císařského řezu.

1 Vývoj porodnické analgezie a anestezie v České republice

Již ve starších českých porodnických učebnicích z druhé poloviny 19. století se můžeme dočíst, že se u nás začaly ozývat hlasy o potřebě tlumit porodní bolest. Současně ale následovaly připomínky o úskalích analgezie u porodu. Dr. Čeněk Křížek vydal v roce 1876 učebnici „Základové porodnictví pro lékaře“, ve které popisuje podání opia, morfinu, chloralhydrátu a chloroformu během porodu. V roce 1921 se tišením bolesti při porodu zabíral prof. Václav Rubeška, který stručně zmiňuje analgezi inhalací chloroformovou a éterovou (Pařízek, 2012a). V době mezi světovými válkami se porodnická analgezie rozvíjela a využívala především na porodnických klinikách. Přednosta II. gynekologicko-porodnické kliniky, prof. A. Ostrčil, se věnoval analgezii za porodu v tom smyslu, jak ji chápeme dnes. Považoval analgezii za součást lékařského vedení porodu. Celá jeho škola i on sám patřili k zastáncům aktivnějšího vedení porodu. Pojem „lékařské vedení porodu“ propagoval právě prof. Ostrčil. Lze jej právem považovat za předního průkopníka porodnické analgezie v Československu. V roce 1926 navrhl používat metralginové, posléze neometralginové čípky. Jejich účinek spočíval v navození mráкотného stavu s urychlením děložních stahů. Čípky obsahovaly látky sedativní, analgetické, spasmolytické a tonizující. Byly zaváděny na počátku druhé fáze I. doby porodní. Na klinice prof. Ostrčila byly zkoušeny i jiné metody vedení porodu, Potterova metoda za použití chloroformové narkózy nebo metoda Delmasova, označovaná jako „vyprázdnění dělohy na konci těhotenství v libovolném čase“, za použití subarachnoidální anestezie. K těmto metodám zaujal prof. Ostrčil nakonec kritické stanovisko a metody zavrhl. Ve stejné době byla v porodnických sanatoriích a klinikách prováděna inhalací analgezie pomocí éteru, chloroformu a chloretylénu. Zkoušena byla také rektální aplikace éteru s olivovým olejem a chloralhydrátu s olivovým olejem a alkoholem. Porodnické analgezii se věnuje řada českých porodníků z pražských a brněnských klinik. Zvláštní zřetel byl kladen na analgezii v případě operačních porodů. Prof. K. Klaus, přednosta bývalé I. gynekologicko-porodnické kliniky v Praze, poukazoval na možnost aplikace regionálních technik. Ve 30. letech minulého století vydal v němčině, češtině a srbochorvatštině publikace k otázkám použití lumbální anestezie u císařského řezu (Pařízek, 2012a).

Po 2. světové válce se na I. gynekologicko-porodnické klinice v Praze začíná podávat během porodu samotný pethidin (opioidní analgetikum). B. Srp, J. Budínský a E. Štika

na téže klinice prosazují na konci 50. let minulého století do běžné porodnické praxe aplikaci phenothiazinových preparátů ve směsi s pethidinem a tzv. neuroleptickou analgezií, která se v omezené míře používá v ČR doposud.

Období 50. let minulého století je v Čechách negativně ovlivněno novou ideologií. Přijímání sovětských zkušeností a metod ovlivnilo lékařskou vědu a praxi. Zejména psychoprofylaxe vedoucí k tzv. bezbolestnému porodu byla neobyčejně prosazována a masově prováděna. Z hlediska nesplněných nadějí o analgetické účinnosti byla psychoprofylaxe zdiskreditována. Typickým příkladem oné doby je pohnutý osud lékaře brněnské gynekologicko-porodnické kliniky prof. J. Kříže. Jako mladý asistent začal na svém pracovišti v letech 1949-1950 aplikovat epidurální analgezií během spontánního porodu. Na činy prof. Kříže nikdo nenavázal a proto jeho práce i metoda upadly na dlouho v zapomnění. Prof. Jaroslav Kříž byl v roce 1964 vězněn pro úmysl opustit svou vlast. Po propuštění byl komunistickým režimem mnoho let persekuován v osobním i profesním životě (Pařízek, 2012a).

Vývoj medicíny v naší zemi v letech 1948-1989 nebyl zastaven, ale byl ochromen nedostatkem odborných kontaktů, literárních informací, technických prostředků a farmaceutických preparátů, které byly v zahraničí běžně dostupné. „Přesto u nás existovali průkopníci, kteří se uměle vytvořeným problémům nepoddávali“ (Pařízek, 2012a). Ovlivnění Headových zón a intradermální aplikace prokainu v sakrální a suprapubické krajině bylo zkoušeno v pražském Ústavu pro péči o matku a dítě. Paracervikální blokáda, hypnóza a pudendální blokáda byly prováděny na II. gynekologicko-porodnické klinice v Praze, kde se také určitou dobu prováděla i abdominální dekomprese. O aplikaci těchto metod se značnou měrou zasloužili prof. MUDr. Antonín Doležal, DrSc. a doc. MUDr. Josef Bendl, CSc.

Začátkem 60. let Josef Bendl provádí „toulouskou metodu“, kterou potkal stejný osud jako abdominální kompresi. Od obou metod bylo zcela upuštěno. „Koncem 60. let průkopník české regionální (neuroaxiální) analgezie/anestezie Dimitrij Miloschewsky začíná v Praze s renesancí regionální anestezie u císařského řezu“ (Pařízek, 2012a). Epidurální analgezií u spontánního porodu začali anesteziologové provádět v Praze již v 70. letech, ale jejich snaha se po několika desítkách porodů s touto technicky náročnou metodou nesečkala se zájmem porodníků. V Čechách se od její aplikace opět na dlouhou dobu ustoupilo. V důsledku zapomnění na práci J. Kříže se dlouho mylně tradovalo, že se jednalo o první

pokusy s epidurální analgezií u porodu v Čechách. Teprve třetí pokus zavádění epidurální analgezie v našem porodnictví začal a nakonec se i zdařil až po roce 1988 (Pařízek, 2012a).

Na konci 80. let byla v Čechách velmi obtížně dostupná zahraniční lokální anestetika. Technické prostředky potřebné k aplikaci regionální analgezie/anestezie nebyly téměř k dispozici. Lékaři té doby byli v zájmu věci nuceni improvizovat. Nedostatkový bupivakain se z důvodu úspor ředil, nebo nahrazoval tuzemským trimekainem a používaly se mnohokrát resterilizované punkční jehly. Pro dovoz jednorázových technických prostředků k epidurální analgezií byl nutný souhlas ministerstva zdravotnictví. Přitom termín „epidurální analgezie“ byl pro úředníky zodpovídající za tehdejší plánované zdravotnické zásobování zcela neznámý. Kromě pudendální a paracervikální analgezie byly ostatní regionální metody v porodnictví neznámou kapitolou i pro porodníky a porodní asistentky.

Nekomplikovaný a nekonfliktní rozvoj epidurální analgezie u porodu nastal až po roce 1991 na půdě Gynekologicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. K tomuto rozvoji velkou měrou přispěl J. Bendl, přednosta jmenované kliniky, který usiloval o zavádění a rozvoj nových metod a technik v oblasti porodnické anestezie a analgezie. A tak tato pražská klinika, která se ve své historii významnou měrou zasloužila o rozvoj většiny metod porodnické analgezie v České republice, přispěla i ke zrodu posledních a nejmodernějších metod neuroaxiální analgezie. V roce 1992 vzniklo na Gynekologicko-porodnické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze postgraduální výukové centrum porodnické analgezie a anestezie. Zvláštní zřetel byl kladen na neuroaxiální techniky (Pařízek, 2012a).

18. června 1994 byla na Gynekologicko-porodnické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze založena Sekce porodnické analgezie a anestezie. Tato odborná sekce byla ještě téhož roku řádně přijata do České gynekologicko-porodnické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně (Pařízek, 2012a).

Za zakladatele epidurální analgezie u porodu v České republice je dnes právem považován anesteziolog a porodník doc. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.

2 Porodnická analgezie

Porodnická analgezie v dnešní době nejenže matce ani plodu neškodí, ale zdá se, že jim dokonce prospívá. Hlavním smyslem porodnické analgezie není jen tlumení bolesti, ale ochrana rodičky před eskalací nadměrného porodního stresu. Ve správnou dobu podaná vhodná analgezie usnadní přerušování bludného kruhu: strach-napětí-bolest, nebo umožní této situaci zcela předejít. Dostupná farmaka a techniky nabízejí široké možnosti tlumení bolesti při porodu, které se mohou lišit svou účinností, délkou analgetického účinku a technickou náročností. Pro použití metod porodnické analgezie dnes platí základní podmínky: žádná metoda nesmí ovlivnit zdraví matky ani dítěte, neměla by ovlivnit činnost dělohy a měla by být dostatečně analgeticky účinná. Žádná z dnes používaných metod by neměla ovlivnit duševní stav rodičky natolik, aby došlo k narušení prožitku ženy z porodu dítěte.

Analgezie přispívá také k odstranění nesprávného způsobu dýchání v průběhu děložních kontrakcí a tím napomáhá udržovat acidobazickou rovnováhu ve fyziologických mezích v krvi matky a plodu (Kolektiv autorů, 2006).

2. 1 Porodní bolest

Od nepaměti je porodní bolest chápána jako neoddělitelná součást porodu. Je to jediná bolestivá reakce člověka, která nevzniká z důvodu nemoci a má fyziologickou příčinu. Jedná se o reakci, která připravuje těhotnou ženu na dlouho očekávaný porod. Rodičky prožívají porodní bolest zcela individuálně a závisí na celé řadě aspektů, které jsou odvozené od celého souboru somatických, psychologických a sociálních vlivů. I přes srovnatelnou přípravu rodiček na porod, jsou známy rozdílné druhy chování žen při prožívání děložních kontrakcí (Pařízek, 2008).

Snaha a účinnost ulehčit ženám od porodních bolestí vždy závisely na úrovni myšlení, zkušeností a znalostí dané doby. Rozvoj vědeckého poznání ve druhé polovině a především na konci 20. století zásadním způsobem rozšířil znalosti o podstatě bolesti a o mechanismech, kterými bolest ovlivňuje průběh porodního děje. Účinný boj proti bolestem při porodu očekává většina rodiček.

Přes nesporné pokroky moderní medicíny, ani v současné době neexistuje v porodnictví ideální analgetická metoda tlumení bolesti při porodu (Pařízek, 2009).

2. 2 Nefarmakologické metody

Každá žena by měla mít alespoň rámcovou představu, jestli bude chtít při porodu tišit bolest, a pokud ano, tak kterou metodou. Porodní sály nabízejí škálu metod porodnické analgezie, aby bylo možné uspokojit přání většiny žen jak metodami farmakologickými tak nefarmakologickými.

Mezi nefarmakologické metody tišení bolesti při porodu řadíme předporodní přípravu, přítomnost partnera u porodu, přirozený porod, akupunkturu, hydroanalgezi, transkutánní elektrickou nervovou stimulaci, audioanalgezi a alternativní polohy.

Předporodní příprava

Příprava těhotných žen k porodu vznikla nezávisle v Anglii a v sovětské Ukrajině a byla několik desetiletí chápána jako metoda, která snižuje porodní bolest. Vyvinula se z metody hypnosuggestivní, ze snah o vedení porodu v hypnóze.

Němečtí autoři inspirovali leningradské psychiatry Platonova a Velvovského a od 20. let minulého století se objevují první sovětské publikace o využití hypnózy a sugesce v porodnictví. Z této metody se později vyvinula tzv. porodnická psychoprofylaxe, která se udržela dodnes, dnes se jí ovšem říká Lamazova metoda. Vědecké ověření analgetického efektu Lamazovy metody provedl v 80. letech 20. století Melzack s nepříliš povzbudivým výsledkem. Někteří lektoři dosáhli poklesu porodní bolesti, ale i v těchto případech zůstala potřeba farmakologické analgezie stejná jako u nepřipravených rodiček.

V Anglii vytvořil koncept přirozeného porodu Dick-Read. Těhotné učil relaxační cviky a v průběhu porodu se snažil snižovat úzkost ženy. Později doplnil vysvětlení mechanismu porodu a nácvik rychlého dýchání během kontrakce a tím se přiblížil porodnické psychoprofylaxi (Kratochvíl, 2009).

Metoda psychoprofylaxe se rozštěpila do dvou směrů. Sovětská škola preferovala fyziologické aspekty a připouštěla kombinaci s farmakologickou porodnickou analgezií. Francouzská škola spojila psychoprofylaxi s některými úvahami, kdy jakákoli medikace

je škodlivá pro další emoční vývoj vztahu mezi matkou a dítětem. „Pokračováním tohoto směru je tzv. něžný porod dle Leboyera“ (Pařízek, 2012a).

Jako metoda porodnické analgezie, předporodní příprava, ustoupila dnes zcela do pozadí. Důraz se klade na její význam pro prožitek porodu a pro přípravu k rodičovství. V širším smyslu si předporodní příprava dává za cíl informovat rodičky o správné životosprávě v těhotenství, informuje rodiče o sociálních a pracovních důsledcích těhotenství. Seznamuje rodičku i jejího partnera s průběhem porodu, včetně porodnických operací. Informuje o možnostech porodnické analgezie a seznamuje ženu o zásadách péče o dítě po porodu. Velmi přínosná je návštěva porodního sálu, která je součástí předporodní přípravy, kdy je rodička seznámena s prostředím a personálem porodního sálu (Slezáková, 2011).

Přítomnost otce u porodu

Po tisíciletí byl porod záležitostí „porodních bab“ a starších, zkušených žen, kterým se rodička vždy svěřovala. Jejich roli posléze převzal lékař a další nemocniční personál. Porodní bába, dnes porodní asistentka, je často klíčovou postavou při porodu. Rodičky jsou při porodu po tělesné a psychické stránce v situaci, která je naprosto vzdálená světu mužů. V dřívějších kulturách byla přítomnost partnera u porodu velmi neobvyklá. V západní společnosti se objevila až v 70. letech 20. století.

Otázku přítomnosti otce u porodu by měli budoucí rodiče včas prodiskutovat, nejpozději v posledním měsíci těhotenství. Při řešení tohoto rozporuplného problému by se rodiče neměli nechat ovlivnit současnými směry a pojednáními v tisku a ostatních sdělovacích prostředcích. Muž by neměl být nucen k přítomnosti u porodu a nikdo nemá právo požadovat od ženy ve jménu partnerství, aby se ukazovala svému partnerovi v intimních chvílích, když to je pro ni nemilé. Důvody pro i proti přítomnosti partnera u porodu jsou pravděpodobně v rovnováze. Co pro jednoho může být pozitivní zážitek, může být pro jiného psychickým traumatem, proto je třeba si uvědomit, že budoucí otec může přijít zcela nepřipraven na porodní sál, který zejména při více porodech, neskýtá právě idylický obraz. Většina mužů představuje pro svoji ženu, když je v těžké situaci, opravdu pomoc. Rodička má pocit, že je sama mezi cizími lidmi, partner ji drží za ruku, uklidňuje a dodává odvalu. Je prokázáno, že podpora rodící ženy trvale přítomnou osobou má příznivý vliv na samotný průběh porodu a snižuje spotřebu analgetik (Vaculková, 2008). „Dnes patří k dobrému

tónu přítomnost partnera u porodu jeho dítěte. Nebylo by však dobře, kdyby se muž při svém rozhodování podřizoval této dnes již téměř konvenci“ (Pařízek, 2012a).

Přirozený porod

Za tzv. přirozený porod se dnes považuje způsob vedení porodu, kdy se nepodávají léky tišící bolest ani jiné farmakologické prostředky. Smyslem přirozeného porodu je minimalizovat farmakologický vliv na dítě. Tento směr vyústil na konci první poloviny 20. století z mylného pocitu porodníků, že porodní bolesti lze zvládnout použitím morfinu a pethidinu. V roce 1942 organizovaly ženy demonstrace za přirozený porod, tím chtěly zohlednit psychologické a fyzické potřeby rodičky během porodu a její aktivní účast na tomto fyziologickém procesu (Balasková, 2010).

Řada významných osobností, většinou z řad porodníků, se touto problematikou zabývala nejen prakticky, ale postupy i literárně zpracovala (Pařízek, 2009).

Grantly Dick-Read

G. Dick-Read je považován za průkopníka západoevropského směru přípravy k porodu. V roce 1933 zveřejnil svá pozorování o příčinách porodních bolestí. Ve své první knize „Childbirth without fear“ objasňuje mechanismus syndromu strach-napětí-bolest. Své názory rozvíjel na základě empirických studií, kdy sledoval porody zvířat i žen na velkostatku, kde žil. Své představy si utvrzoval jako pomocný porodník při práci při porodech doma a v porodnicích v Londýně. Utrvoval se v názorech, že strach je hlavní příčina bolesti během porodu. Posléze jako vojenský lékař v Kongu, asistoval u porodů v buši a viděl ženy, které byly při porodu zcela klidné. Dick-Read se stal terčem kritiky za svá tvrzení, ženy v buši mají přírodní postoj k porodu a proto nemají porodní bolesti. Některé dobrovolnice potvrdily, že byly nabádány k tichému chování během porodu, aby nerušily zlé duchy. Praxe ukázala, že ani odborným a správným vedením přípravy k porodu, nelze porodní bolest zcela vyřadit.

Fernand Lamaze

Francouz F. Lamaze vycházel z učení a studií I. P. Pavlova, který se zabýval reflexní teorií a neurofyziologií bolesti koncem 20. let 20. století. V roce 1952 zavedl Fernand Lamaze ukrajinsko-ruskou metodu na svém pracovišti v Policlinique des Metallurgistes v Paříži, kde působil jako přednosta. Metoda spočívala ve zvýšení aktivity mozkové kůry za účelem

vytvoření tzv. pozitivního centra podráždění během porodu, přičemž periferní vzruchy budou z dělohy a porodních cest inhibovány a nenastane jejich převedení do vědomí rodičky. Fernand Lamaze propagoval názor, že tréninkem naučené chování rodiček může být úspěšně využito pouze v případě, kdy je jednotně podporováno veškerým personálem porodního sálu. „Kladl velký důraz na důsledné školení vybraných žen a na profesní vzdělání svého pracovního týmu“ (Pařízek, 2012a). Lamazova metoda, i přes svá racionální opodstatnění, má nízkou analgetickou účinnost. Úleva činila pouhých 10 % od porodních bolestí.

Sheila Kitzingerová

Práce Sheily Kitzingerové vychází z vědomostí a poznatků Dick-Reada, F. Lamaze a z vlastních zkušeností z oboru sociálních věd a z vlastních zkušeností s porody svých pěti dcer. Ve svých dodnes vycházejících publikacích apelovala na přírodní sílu a zodpovědnost každé těhotné, rodičky a kojící matky. Do popředí předporodní přípravy klade individualitu, kulturní orientaci a společenské vlivy. Práce S. Kitzingerové má ráz emancipační, povyšuje zkušenosti a posiluje osobnost těhotné ženy. Z důvodu upevnění partnerské podpory během těhotenství, porodu, kojení až do pozdější péče o dítě, vědomě přijímala do svých kurzů i muže. Cvičební program Kitzingerové se věnoval poznání vlastního těla. Dále zdůrazňovala hodnotu relaxačního dechového rytmu a procvičovala se ženami zdůrazněné vydechování s vokály (vzdychání, sténání) a při velmi silných kontrakcích poukazovala na tzv. vysoké dýchání. Velký důraz kladla na uvolnění a relaxaci pánevního dna. Při porodu se vyhýbala slovu „tlačit“ a nahrazovala je výrazem „vysunutí nebo vydýchání plodu“. Hlavním cílem Sheily Kitzingerové bylo odstranění strachu z „průchodu a opuštění“ dítěte.

Frederic Leboyer

Francouzský porodník F. Leboyer je průkopníkem nové techniky vedení porodu. Kritizoval ve své publikaci „Porod bez násilí“ způsob porodnické péče, který je dle Leboyera plný stresujících vlivů na rodičku, plod i novorozence. Neklid rodící ženy způsobuje rušné prostředí porodního sálu, neosobní přístup personálu, pohled na zdravotnickou techniku, hluk a ostré osvětlení. Novorozenci byli po porodu stresováni především držením za dolní končetiny a polohou hlavou dolů, změnou prostředí, přerušením pupečníku, světlem a chladem, proto údajně novorozenec pláče. F. Leboyer navrhl postup snižující stresové

vlivy na rodičku a novorozence. Rodičky jsou umístěny v klidných místnostech s nepřímým tlumeným světlem, personál se baví potichu, klidným hlasem je trpělivý, pozorný a soustředěný. Bezprostředně po porodu je novorozenec položen na matčino břicho v poloze v klubíčku a nechá se dotepat pupečník. Frederic Leboyer klade důraz na první poporodní zážitky novorozence a matky a na vytvoření pozitivní atmosféry v průběhu porodu.

Michel Odent

Michel Odent narozený roku 1930, pracoval jako chirurg a pouze sporadicky vypomáhal s operačními porody (císařský řez, klešťový porod). Během vojenské služby v Africe mohl pozorovat rozdíly mezi snahou afrických žen родit vestoje nebo vsedě a pokyny evropských lékařů a porodních asistentek, aby porod probíhal vleže na zádech. V malé městské nemocnici nedaleko Paříže, se začal M. Odent věnovat porodnictví. Inspiroval se F. Leboyerem a hledal možnosti alternativ ve vedení porodu. Ženám přisuzoval aktivnější roli a kriticky hodnotil přítomnost otce u porodu. Narozdíl od Lamaze, který nabádal rodičky k sebekontrolě, M. Odent prosazuje instinktivní chování žen. Rodička by měla mít možnost chovat se svobodně, včetně uvolnění formou křiku, pláče nebo nařikání. Porodní asistentky by měly nechat ženu родit v jakékoliv poloze a třeba i do vody. Svoji oblibu v používání vody, hlavně v první době porodní, zdůvodňuje M. Odent tím, že ve vodě je porod snazší, pohodlnější, plynulejší a méně bolestivý (Odent, 2007). Michel Odent se nezabýval porodnickou problematikou komplexně, zlehčuje závěry klinických studií a povyšuje literární prameny, které potvrzují jeho argumenty. Intenzivně se věnuje subjektivním prožitkům ženy a téměř nevěnuje pozornost intrauterinnímu stavu plodu. Jeho kniha „Birth reborn“ se stala kultovním dílem pro zastánce alternativních způsobů porodu.

Komplikace přirozeného porodu

Mezi komplikace, se kterými je možno se setkat, je skutečnost, že rodičky i přes intenzivní předporodní přípravu jsou překvapeny intenzitou porodních bolestí. V takovém případě může vzniknout pocit nedůvěry k veškerému předchozímu činění a to se může v průběhu porodu obrátit proti ní samé nebo proti personálu. Proto je třeba přesných informací, které informují objektivně a realisticky o problematice porodu, porodních bolestí a narození dítěte. Každá rodička musí být připravena na veškeré eventuality, které mohou během

porodu nastat. Velmi důležitý je způsob, jakým jsou informace podány. Nesmí ženu vystrašit, naopak musí vědět, že pokud nastane komplikace, odborně vzdělaný personál je připraven všechny nepravidelnosti řešit a vyřešit. Žena musí vědět, že nezvládnutý porod vlastními silami není osobní prohra, a stane-li se tak, pak jsou další možnosti, jak okolnosti usměrnit ke zdaru porodního prožitku a zdraví dítěte.

Akupunktura

Akupunktura jako alternativní možnost ovlivnění těhotenských potíží a usnadnění porodu je u nás prováděna od konce 80. let. Metoda patří k jedné z nejstarších v tradiční čínské medicíně, udává se stáří několik tisíc let (Pařízek, 2009). Akupunktura pracuje s bioenergiemi a vitální silou, která se nazývá v čínské medicíně čchi. Léčebným cílem akupunktury je normalizace energetických poměrů a harmonizace toku energie po akupunkturních drahách. K léčbě akupunkturou jsou indikovány veškeré poruchy zdraví ve stádiu funkčním a bioenergetickém, naopak kontraindikace jsou absolutní a relativní. Mezi relativní kontraindikace řadíme i těhotenství, proto je důležité při použití akupunktury přísně dodržovat doporučené postupy. Přesto může být akupunktura velmi účinná a pro plod méně nebezpečná než použití farmak. Využívá se účinek sedativní, analgetický a vegetativně stabilizující. Akupunktura může přispět k uspíšení porodu, snížení porodních bolestí a snížení bolestivosti výkonů, jako je například epiziotomie. Z časového hlediska lze využití akupunktury rozdělit na období těhotenství, porodu a období poporodní. Akupunktura může přinést podstatnou pomoc, a to bez vedlejších nebo toxických účinků.

„Použití akupunktury v porodnictví není u nás běžné a je spíše teoretickou alternativou klasické západní medicíny“ (Pařízek, 2012a).

Hydroanalgezie

Po staletí je známo využívání vody a vodních koupelí pro zmírnění porodních bolestí. Základní metodou hydroanalgezie u porodu je relaxační koupel, porod do vody a intradermální injekce sterilní vodou (Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2006).

Porod do vody

Porod do vody je díky svým zastáncům mylně považován za „přirozenější“ způsob porodu a to přesto, že ani lidé primitivní tento způsob porodu nepoužívali. Při takto vedeném

porodu rodička je ve vodě nejen I. dobu porodní, ale ve vodě i dítě porodí. Porod do vody má svá pro i proti. Jako výhoda se udává zvýšená relaxace porodních cest a s tím spojená kratší I. a II. doba porodní. Nevýhodou je technická náročnost. Speciální vana musí mít protiskluzový povrch, musí mít možnost rychlého napuštění i vypuštění vody s regulací teploty. Nezbytností jsou hygienická opatření. Kontraindikací porodu do vody jsou diabetes, placenta praevia, krvácivé stavy, kardiopatie, hepatitidy a HIV matky. Velmi často se kritizuje časová náročnost při nutnosti ukončit porod operačně obzvláště ve II. době porodní (Čech et al., 2006). „Česká gynekologická a porodnická společnost J. E. Purkyně prostřednictvím své Sekce perinatální medicíny stanovila v roce 1998 přesné podmínky, za kterých lze v České republice akceptovat vedení porodu ve vodě“ (Pařízek, 2012b).

Relaxační koupel

Relaxační koupel rodička využívá v průběhu porodu občas a samotný porod je veden v nevodním prostředí. Výhodou je příjemný pocit a nadlehčování rodičky při změnách polohy a zvýšená psychická i somatická relaxace. Nevýhodou je obtížné použití kardiokografu a je kontraindikována epidurální analgezie z důvodu rizika vzniku infekce.

Intradermální obštriky vodou

Tato technika spočívá v aplikaci vody do oblasti beder a okolo os lacrum (kost křížová). Používá se zhruba 0,1 ml sterilní vody. Úleva nastává zhruba za 30 sekund, snižují se zejména sakrální bolesti. Aplikace vody je bolestivá a z toho důvodu se upřednostňuje použití fyziologického roztoku nebo trimekainu. Výhodou této metody je její jednoduchost. Metodu může provádět porodní asistentka, avšak analgetická účinnost je nízká (Pařízek, 2009).

Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS)

Metoda transkutánní nervové stimulace (dále jen TENS) je jednoduchá analgetická metoda, kdy je spojen psychologický a somatický účinek. TENS je aplikace elektrického proudu přes pokožku za účelem zmírnění bolesti. Elektrody se lepí párově v oblasti Th₁₀ - L₁ pro I. dobu porodní a dále na úrovni S₂-S₄ pro II. dobu porodní. TENS byla poprvé využita pro porodnickou analgezii ve Švédsku a jako ostatní metody byla podrobena výzkumu z hlediska bezpečnosti pro rodičku a plod. Rodička si během porodu stimulaci sama reguluje v souladu s děložními kontrakcemi. Při stimulaci pociťuje v místě elektrody

příjemné brnění. Nevýhoda této metody vyplývá z jejího principu. Stimulace v sakrální oblasti negativně ovlivňuje sledování srdeční akce plodu pomocí kardiokografu.

TENS, by se měla díky své dostupnosti na tuzemském trhu, stát součástí spektra porodnické analgezie každého porodnického zařízení (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014).

Audioanalgezie

Metoda představuje přenos tzv. bílého šumu, který rodička v průběhu porodu poslouchá ze sluchátek. Šum se skládá z mnoha zvuků o různé frekvenci připomínající zvuk zurčící vody. Audioanalgezi lze měnit. Rodičky mohou poslouchat svou oblíbenou hudbu, hudební motivy a kompozice, které mají psychický a relaxační účinek. Relaxační hudbu je možno využít i jako doplněk jiných metod porodnické analgezie, včetně epidurální při spontánním i operačně vedeném porodu.

Alternativní polohy při porodu

Poloha vleže na zádech nebo na boku byla zavedena v době, kdy se porodnictví začali věnovat lékaři. A to z důvodu potřeby chránit při porodu hráz před trhlinami. Této poloze je vytýkáno, že není přirozená a že plod musí být vypuzen horizontálním směrem. Naopak při porodu v jiné poloze než na zádech, například vkleče, je plod při postupu porodními cestami vypuzován směrem dolů a dochází k využití gravitace. Tento názor je nesprávný. Z hlediska fyzikálního nemá gravitace na pohyb plodu v porodních cestách vliv.

Snaha o alternativní polohy často nebere v potaz riziko rozsáhlých poranění pochvy a hráze s následnými poruchami jako jsou inkontinence moče a stolice (Pařízek, 2008).

2. 3 Farmakologické metody

Cílem porodnické analgezie je regulace porodních bolestí. Analgezie nejen že pomáhá ke komfortu rodící ženy, ale také snižuje rizika porodu z hlediska rodičky i dítěte. Přílišná intenzita porodních bolestí, spolu se strachem přispívají k poruchám děložní práce a k protrahovanému porodu. Taková situace může negativně ovlivnit stav plodu. Při vedení porodu za pomoci farmak je nezbytná psychická podpora porodní asistentky a lékaře. Dobré psychologické klima vede k výraznému snížení podávaných farmak.

Farmaka podávaná v průběhu porodu se obvykle podávají v minimalizovaných dávkách. I přesto je třeba brát v potaz, že léky prostupují v různé míře placentou a mohou negativně působit na plod a novorozence. Navíc se mohou v krvi plodu hromadit a časem dosáhnout významně vyšších koncentrací než v krvi matky. „Nejvýznamnějším nežádoucím účinkem jsou poruchy dýchání a poruchy neurofyziologické adaptace“ (Málek, 2011). Enzymové systémy novorozenců nejsou dotvořeny a proto metabolismus léků a následné vylučování trvá déle než u dospělého člověka. Při využití analgezie u porodu se proto musí brát v úvahu veškeré možné nežádoucí účinky farmak na plod. Ke snížení porodních bolestí a stresu se při porodu využívají sedativa, analgetika a inhalační anestetika.

Sedativa

Vlivem těhotenství dochází u žen k emočním změnám. V průběhu těhotenství se může vyskytnout strach a obavy, které ovlivňují emoční rovnováhu matky a mohou vést k pestrým psychickým reakcím. Charakteristické projevy jsou úzkost z neznámého, strach o sebe a o dítě, dále mohou nastat obavy z postižení dítěte a strach z anestezií. Úzkost a strach může ovlivnit lékař a porodní asistentka. Kde se objeví strach a úzkost vyšší intenzity, je na místě podání sedativ nebo anxiolytik. Příznivý účinek na porod má snížení strachu a obav (Málek, 2011).

Benzodiazepiny

Benzodiazepiny patří mezi nejčastěji využívaná anxiolytika. Mají anxiolytický, amnestický, svalově relaxační, antikonvulzivní a sedativně hypnotický účinek. Negativním účinkem může být hyperalgický a antanalgetický efekt. Mezi používané benzodiazepiny patří diazepam. Vzhledem k dlouhému poločasu rozpadu je třeba opatrnosti při jeho používání. Bezpečné je použití dávky do 10 mg. V praxi je znám tzv. floppy infant syndrom vznikající po aplikaci diazepamu ve vyšších dávkách.

Neuroleptika

V porodnictví se užívají neuroleptika v nižších dávkách než v psychiatrii a neurologii. Výhodou neuroleptik je jejich antiemetický účinek, i když v dnešní době je jejich význam v porodnické analgosedaci pouze historický. V kombinaci s analgetiky dochází k vzájemné potenciaci jejich účinků. Mezi neuroleptika patří promethazin, chlorpromazin a thiethylperazin. Neuroleptika mají silný účinek v psychomotorické sedaci a v porodnictví se používají v případech silného psychického stresu rodičky (Málek, 2011).

Analgetika

Analgetika se využívají k tlumení bolestí při porodu. U rodiček je častý nežádoucí účinek opioidů nauzea a zvracení. Při správném dávkování nemají opioidy vliv na tonus děložního svalstva a dochází ke zrychlení porodu. Opioidy působí také při nepravidelných kontrakcích společně s použitím oxytocinu. Mezi nejčastěji používané opioidy patří pethidin, který je výhodný i pro svůj spasmolytický efekt na děložní branku (Málek, 2011). V současné době je však jeho použití jako analgetika již opsolentní, z důvodu jeho krátkého účinku a jeho toxického metabolitu norpetidinu. Dalším používaným analgetikem, zejména v systému PCA (patient controlled analgesia), je nalbuphin a remifentanil.

Inhalační anestetika

K samotné porodnické analgezi se inhalační anestetika s výjimkou oxidu dusného téměř nepoužívají.

Oxid dusný

Oxid dusný, zvaný též rajský plyn, je nasládlý a nedráždivý plyn. Vykazuje psychicky relaxující a euforizující účinky. Oxid dusný má analgetický účinek, který je individuální a ovlivněn je řadou faktorů, jako jsou nadmořská výška, způsob a rychlost podání a koncentrace. Jedním z prvních příznaků účinku oxidu dusného je pocit omámení, někdy až točení hlavy. Dochází k parestezii horních a dolních končetin. Ve vlnách probíhá po těle pocit tepla. Nastupuje analgezie a dochází k pocitu euforie. Oxid dusný je možné kombinovat s jinými dnes používanými analgetickými metodami. Podává se na konci II. doby porodní u rodičky s epidurální analgezií, kdy její účinek není již tak silný. „K inhalační sedaci je podáván nejčastěji v koncentraci 50 % spolu s 50 % kyslíku (Entonox)“ (Pařízek, 2012b).

3 Neuroaxiální metody analgezie a anestezie v porodnictví

Neuroaxiální metody v porodnictví jsou využívány u spontánního porodu a císařského řezu. U spontánního porodu epidurální analgezie a u císařského řezu epidurální (peridurální, extradurální) anestezie, spinální (subarachnoidální) anestezie a kombinovaná spinální-epidurální anestezie. Neuroaxiální techniky poskytují efektivní možnost jak potlačit porodní bolesti v každé fázi porodu. Množství lokálních anestetik v krvi matky a tím i nebezpečí nežádoucích účinků pro rodičku a plod závisí na vlastnostech a množství podaného léku. Využití epidurálního a subarachnoidálního katétru je nespornou výhodou neuroaxiálních metod v porodnictví. Díky katétru je možné v případě indikace jakékoliv porodnické operace přejít z neuroaxiální analgezie do neuroaxiální anestezie. Katétr je možné využít i v pooperačním období (Pařízek, 2012b).

3. 1 Epidurální analgezie u spontánního porodu

Epidurální analgezie (peridurální, extradurální) je dočasné přerušení nervových vzruchů podáním anestetika nebo analgetika do epidurálního prostoru v oblasti páteře. Epidurální analgezi lze provést v jakémkoliv úseku páteře, avšak z porodnického hlediska připadá v úvahu dolní hrudní a lumbální oblast. Vhodnou dobu pro podání epidurální analgezie určuje porodník. Při aplikaci epidurální analgezie je důležitá spolupráce rodičky s anesteziologem. V epidurální analgezi se podává směs 0,0625-0,125% bupivakain a sufentanil.

3. 1. 1 Indikace k epidurální analgezi ze strany matky

Mezi základní indikace epidurální analgezie patří žádost rodičky tlumit porodní bolesti. Analgezie je nezbytná u rodiček, které nadměrně prožívají bolesti a u kterých se porod časově prodlužuje. Intenzivní bolesti nastávají u rodiček, jejichž plod je uložen v zadním postavení. V tomto postavení dochází k mechanickému dráždění měkkých tkání porodních cest záhlavím plodu, obzvláště lumbosakrálních nervových svazků.

Epidurální analgezie lze aplikovat i v případech, kdy jiné metody analgezie jsou neúčinné.

Kardiovaskulární onemocnění

Epidurální analgezie je indikována u mnoha kardiálně nemocných žen. Analgezie pomáhá vyřadit nežádoucí hemodynamické účinky, které jsou způsobeny porodní bolestí a stimulací sympatiku. Těhotné ženy, se závažným kardiálním onemocněním, by měly být sledovány v perinatologickém centru s odpovídající infrastrukturou jak pro matku tak pro novorozence. Těhotnou ženu by měl s předstihem vyšetřit kardiolog, který předkládá porodníkovi návrh na léčebný postup v průběhu těhotenství a vyjadřuje se ke způsobu vedení porodu. Epidurální analgezie může vést u závažných kardiálních poruch i k nežádoucím účinkům a komplikacím, při kterých dochází k omezení kompenzačních mechanismů v případě nadměrné sympatikolytické reakce a hrozí komplikace z nežádoucí změny distribuce krevního oběhu. Při péči o těhotné, kardiologicky nemocné ženy, je velmi důležitá spolupráce zkušeného kardiologa, porodníka a anesteziologa (Hájek, 2004).

Plicní onemocnění

Při plicních onemocněních chrání epidurální analgezie před nadměrnou zátěží vyvolanou hyperventilací, ke které dochází v průběhu děložních kontrakcí. Porodní stres může vést k akutnímu zhoršení plicních funkcí rodičky. Mezi plicní onemocnění patří astma bronchiale, bronchitida a infekce horních cest dýchacích (Hájek, 2004).

Neurologická onemocnění

Epidurální analgezie je indikována u žen po úrazech páteře, kde může být samotná aplikace velmi obtížná nebo dokonce nemožná. I přes to, by měl být pokus o aplikaci analgezie učiněn. Epilepsie je další z indikací k epidurální analgezii. Při zátěži vzniklé porodem a změnou acidobazické rovnováhy vlivem hyperventilace, může dojít k epileptickému záchvatu. Analgezie v průběhu porodu významně snižuje, nebo odstraňuje hyperventilaci.

Sclerosis multiplex a myasthenia gravis jsou indikací k epidurální analgezii. V těchto případech je pravděpodobnost operačního ukončení. Někdy je císařský řez indikován primárně. U sclerosis multiplex se před punkcí doporučuje aktuální a detailní vyšetření neurologem. Jeho záznam je ve zdravotnické dokumentaci, pro případ stížností pro zhoršení stavu matky po porodu (Hájek, 2014).

Endokrinologická onemocnění

Mezi nejčastější onemocnění v těhotenství patří diabetes mellitus. Rodičkám, které jsou dobře kompenzovány v těhotenství, hrozí během porodu energetické vyčerpání a placentární dysfunkce. Epidurální analgezie snižuje porodní stres, šetří mateřské zásoby energie, významně snižuje sklon matky k metabolické acidóze a zvyšuje uteroplacentární perfuzi. Při operačně ukončeném porodu s epidurální analgezií, je zkrácená doba pooperačního hladovění (Peschout, 2013). „Epidurální analgezie u rodící ženy s diabetem mellitus je metodou volby, protože snižuje mateřskou i perinatální morbiditu“ (Pařízek, 2012a).

Preeklampsie

Epidurální analgezie uleví od porodních bolestí a při správně zvoleném místě podání analgezie (Th₁₂-L₁), dochází k blokádám nejen kaudálně uloženého segmentu autonomního sympatického nervového systému, ale i nadledvin matky. Tato blokáda účinně působí na regulaci krevního tlaku. U rodiček s preeklampsií dochází po epidurální analgezii ke zvýšení placentárního průtoku (Pařízek, 2012b). Samotná epidurální analgezie pomáhá snižovat krevní tlak.

Alkoholismus, nikotinismus, narkomanie

Těhotné ženy závislé na alkoholu mohou mít zvýšenou toleranci k některým sedativům a analgetikům a sníženou citlivost k lokálním anestetikům. Epidurální analgezie vyvolává spolehlivější znečitlivění než systémová analgetika.

Epidurální analgezie zvyšuje uteroplacentární perfuzi, proto je indikována v případě nikotinismu. Kouření v těhotenství způsobuje chronickou placentární insuficienci a poruchu výživy plodu.

Ženy narkomanky jsou většinou dobře informované o účincích léků, proto u nich dochází k intenzivnějšímu strachu z bolesti. Epidurální analgezie je u žen s drogovou závislostí metodou volby. Také je důležité ženu psychicky uklidnit a epidurální analgezii včas nabídnout. Sufentanil je možné použít i u rodiček v substitučním programu. U dlouhodobě abstinujících žen je dobré vyhnout se podání opioidů, proto je epidurální analgezie podaná pouze se samotným lokálním anestetikem (Vavřínková, 2013).

Úzkostná rodička

Ženám, které mají nadměrný strach z porodních bolestí, při kterém zažívají úzkostné stavy je dobré již v předporodní přípravě nabídnout epidurální analgezi jako nejefektivnější způsob tišení bolestí při porodu. Takovýmto ženám je třeba věnovat zvláštní pozornost a přizpůsobit se jejich potřebám. Epidurální analgezie svou účinností odbourává původní nedůvěru nebo antagonistický postoj k personálu a zdravotnickému zařízení.

3. 1. 2 Indikace k epidurální analgezi ze strany plodu

Intrauterinní růstová retardace plodu

Intrauterinní retardace plodu přináší z hlediska plodu porodní riziko a může vyvrcholit ve stav ohrožující život plodu. Zvyšuje perinatální mortalitu a morbiditu, zejména v kombinaci s preeklapsií a diabetem rodičky. Díky epidurální analgezi dochází ke zvýšení uteroplacentární perfuze (Hájek, 2004).

Předčasný porod

Předčasně rodící se plod je somaticky i funkčně nezralý a porod představuje pro plod riziko. Žena rodící před očekávaným termínem porodu není na porod psychicky připravena, proto i přes nižší tělesnou hmotnost plodu, je porod bolestivější. Epidurální analgezie tlumí porodní bolest a tím napomáhá k atraumatickému průběhu porodu. Epidurální analgezie u předčasného porodu snižuje perinatální mortalitu a morbiditu, proto je metodou volby (Roztočil, 2008).

Vícečetné těhotenství a poloha koncem pánevním

Při porodu dvojčat nebo plodu v poloze koncem pánevním, je bezpodmínečně nutná dobrá činnost dělohy. Je důležité vyvarovat se vlivů, které vedou ke snižování děložní činnosti. Epidurální analgezie je indikována z důvodu snadného přechodu k anestezii, protože je zvýšená pravděpodobnost operačního ukončení původně spontánně vedeného porodu (Roztočil, 2008).

Mezi další porodnické indikace k epidurální analgezi patří indukovaný porod, protrahovaný porod, abnormální kardiokografický záznam, stav po císařském řezu, porod mrtvého plodu a ukončení těhotenství ve II. nebo III. trimestru a anesteziologické indikace.

4 Neuroaxiální anestezie u císařského řezu

„Císařským řezem dnes u nás končí skoro čtvrtina porodů a dá se předpokládat, že tento trend bude i přes veškerou snahu nadále stoupat“. (Bláha, Nosková, Klozová, Seidlová, Šťourač, Pařízek, 2014). Pro výkon vedený v neuroaxiální anestezii je nezbytná psychologická příprava rodičky, která spočívá v informovanosti o průběhu aplikace anestezie i celém průběhu operačního výkonu. Podstatné je upozornit na fáze operace provázené určitým diskomfortem a mírnou bolestí. Důležité je upozornit rodičku o tom, že způsob znecitlivění je účinný a spolehlivý a že je vždy možnost anestezii rozšířit nebo doplnit, či přejít na anestezii celkovou, kdykoliv v průběhu císařského řezu. Podmínkou neuroaxiální anestezie u císařského řezu je dostatečný účinek, který je daný adekvátním rozsahem blokády. Rozsah a účinnost je dána velikostí dávky lokálního anestetika, jeho koncentrací a místem vpichu.

Neuroaxiální anestezie u císařského řezu je celosvětově převažující metodou znecitlivění. Vedoucí technikou je spinální anestezie (subarachnoidální), před epidurální a kombinovanou spinální-epidurální (Bláha, 2013).

4. 1 Epidurální anestezie

Přestože spinální anestezie u císařského řezu převažuje, má i epidurální anestezie své místo. U plánovaného císařského řezu má epidurální anestezie nezastupitelnou výhodu v možnosti pooperační analgezie a v případě akutního operačního výkonu její význam stoupá díky zvyšujícímu se počtu rodiček s již zavedeným epidurálním katétre. Pomalejším nástupem účinku epidurální blokády dochází k méně významnému rozvoji hypotenze oproti spinální blokáde. Při aplikaci epidurální anestezie může dojít k intoxikaci lokálním anestetikem. Příčinou bývá nepoznaná intravazální aplikace, nejčastěji do venózního vertebrálního plexu.

Volba lokálního anestetika je důležitá, nikoliv co se týče kvality anestezie, ale rychlosti nástupu účinku (lidokain 8 - 10 minut, bupivakain 30 - 40 minut). V případě akutního císařského řezu hrozí riziko nedostatečného času k proniknutí anestetika do silnějších sakrálních kořenů a vznik diskomfortu rodičky při manipulaci s peritoneem. To platí hlavně při již zavedeném epidurálním katétru (Bláha et al., 2014).

Výhody epidurální anestezie

Mezi výhody epidurální analgezie patří možnost využít již dříve zavedený katétr k poporodní analgezii. Možnost titrovat rozsah blokády a prodloužit dobu účinku anestezie. V neposlední řadě je výhodou možnost kontinuální pooperační analgezie.

Nevýhody epidurální anestezie

Nevýhodou je pomalejší nástup účinku, větší potřebná dávka lokálního anestetika, což může mít za následek systémovou toxicitu a riziko postpunkční cefaley (Bláha et al., 2014).

5 Kontraindikace neuroaxiální blokády

Kontraindikace neuroaxiální blokády jsou absolutní, relativní, obecné a specifické.

Absolutní kontraindikací jsou specifické hodnoty trombocytů, času krvácivosti, protrombinového času (Quickův čas) a parciálního tromboplastinového času (aPTT). Veškeré tyto faktory se vyšetřují u těhotných s poruchou krevní srážlivosti a hraniční hodnoty těchto faktorů vedou k absolutní kontraindikaci neuroaxiální blokády, stejně tak intravenózní podání terapeutických dávek heparinu. Kontraindikací je také alergie na lokální anestetika, infekce v místě vpichu, sepse a neléčená bakteriémie, zvýšený nitrolební tlak, nesouhlas rodičky a nedostatečný čas k podání neuroaxiální blokády (Penka, Binder, Dulíček, 2010).

Relativní kontraindikací je podání různých derivátů heparinu, které jsou užívány jako prevence tromboembolické nemoci. Při aplikaci nefracionovaného heparinu a fracionovaného nízkomolekulárního heparinu je možno s danou časovou prodlevou epidurální analgezií aplikovat (Penka et al., 2010). Mezi další relativní kontraindikace patří onemocnění mozku a míchy, těžké deformity páteře a výhřez plotének. Z anamnézy zjištěné časté bolesti zad a hlavy, klinicky nevýznamná koagulopatie a obtížná spolupráce s rodičkou. V neposlední řadě relativní kontraindikací je i nezkušený anesteziolog.

Mezi obecné kontraindikace patří nedostatečné technické vybavení pro monitoring a resuscitaci rodičky a přístup na operační sál.

Specifickými kontraindikacemi jsou akutní hypoxie plodu a velké krvácení, tzv. žok (život ohrožující krvácení) v průběhu porodu. Obě tyto situace nesnesou odklad operačního ukončení těhotenství (Hájek, 2004).

6 Možné komplikace neuroaxiální blokády

Přes své nesporné medicínské výhody a vysoký analgetický účinek, není neuroaxiální blokáda prosta těžkostí a úskalí. Komplikace neuroaxiální blokády dělíme na obecné a specifické. Specifické se týkají porodnické problematiky, kdy je třeba brát v potaz fyziologické nebo patologické změny rodičky v těhotenství a možný vliv použitých farmak na plod a na poporodní novorozeneckou adaptaci i na ranný postnatální vývoj. S obecnými komplikacemi se můžeme setkat i v jiných lékařských oborech.

Uznání rizik a uveřejnění komplikací neuroaxiálních blokády, jak při spontánním porodu tak při císařském řezu, pomáhají zájmu rodiček a zároveň přinášejí prospěch této složité metodě (Pařízek, 2012a).

Toxicita lokálních anestetik

Nejobávanější komplikací podání neuroaxiální blokády je toxicita lokálních anestetik projevující se příznaky kardiálními a neurologickými. Moderních anestetik je nutné používat nejmenší množství a nejnižší ještě účinné koncentrace. O toxicitě anestetik rozhoduje dávka a koncentrace anestetika, místo podání, chemické složení, rychlost aplikace a účinek adrenalinu. Časné symptomy toxického ohrožení vycházejí z poruch některých funkcí centrální nervové soustavy.

Prevencí toxické reakce je vyvarování se intravaskulární aplikaci lokálního anestetika. Nutnou, ne však zcela jistou známkou, je negativní aspirace z jehly či katétru. Testovací dávka s adrenalinem, jejímž cílem je zvýšení tepové frekvence pacientky, může být u žen v pokročilém stadiu těhotenství a během kontrakcí při probíhajícím porodu při fyziologicky zvýšené tepové frekvenci nespecifická (Šťourač, Bláha, Nosková, Klozová, Seidlová, 2014).

Při terapii toxických účinků anestetik je zásadní vybavení porodního sálu technicky a personálně. Porodní sály musí být vybaveny všemi pomůckami pro kardiopulmonální resuscitaci. Jedná se o zajištění aplikace kyslíku obličejovou maskou nebo intubací a umělou plicní ventilací, intravenózní aplikací farmak tlumících křečové stavy a poruchy srdečního rytmu a možnost kardiální defibrilace. Při řešení toxické reakce na lokální anestetika, je důležité aplikovat lipidovou infuzi.

Alergie na lokální anestetika

Alergie na anestetika bývá vzácná ale nevylučuje se. Klinické projevy alergie závisí na množství histaminu, který se v průběhu reakce uvolňuje. Projevy mohou být lehké nebo závažnější. Nejzávažnější projev alergie je toxický šok vzniklý masivním vyplavením histaminu. Tento stav vážně ohrožuje život, proto je důležité poskytnout rychlou a cílevědomou léčbu (Bláha et al., 2014).

Hypotenze

Hypotenze je běžnou komplikací neuroaxiálních blokad. V případě, že je hypotenze závažná a dlouhotrvající, dochází ke zhoršení uteroplacentární perfuze, což způsobuje hypoxii plodu, acidózu, zhoršení poporodní adaptace a může vyústit až v trvalé hypoxické poškození. Hypotenze může také vést k závažným mateřským komplikacím, kterými jsou ztráta vědomí, možná aspirace, apnoe a srdeční zástava.

Příčinou hypotenze je blokáda sympatiku, která ovlivňuje tonus hladkého svalstva cév. Délka trvání hypotenze může být dána rychlostí nástupu blokády a jejím rozsahem, což je i důvodem méně častého výskytu hypotenze u epidurální anestezie oproti subarachnoidální (spinální) anestezii. Při epidurální anestezii dochází k pomalejšímu nástupu blokády, což dává prostor pro časnější a tím efektivnější zahájení léčby před dosažením větší tíže hypotenze. Jako prevence hypotenze se používá několik postupů s různou měrou úspěchu a to včetně levostranné dislokace dělohy, prehydratace, podání vazopresorů, zdvižení nebo komprese dolních končetin. V současné době je za dostatečnou prevenci považováno podání infuzního roztoku krystaloidu v průběhu nástupu neuroaxiální blokády. V případě nezvládnuté hypotenze a nedostatečném efektu efedrinu, je třeba podat noradrenalin, který z důvodu vazokonstrikce placentárních cév není lékem první volby v porodnické analgezií a anestezii. Lékem první volby je efedrin, při současném podání krystaloidů metodou co-load. Jeho aplikace je účinná a bezpečná (Šťourač et al., 2014).

Útlum dechové činnosti a dušnost

K útlumu dechové činnosti dochází při podání velkého množství lokálního anestetika místo do epidurálního prostoru, do prostoru subarachnoidálního, nebo po aplikaci vysoké koncentrace lokálního anestetika nebo opioidu.

Nejčastější příčinou dušnosti je probíhající hypotenze s hypoperfuzí mozkového kmene, snížená propriocepce z oblasti hrudníku, poloha vleže, která zvyšuje tlak břišních orgánů proti bránici. S bloádou bráničního nervu se setkáváme pouze u vysoké nebo totální neuroaxiální blokády (Pařízek, 2012b).

Bolest při aplikaci neuroaxiální blokády

Po lokálním znecitlivění kůže a podkoží místa vpichu, samotná punkce epidurálního i subarachnoidálního prostoru je téměř nebolestivá. Dojde-li k mechanickému inzultu nervového svazku jehlou, hrozí jeho poškození, a v tomto případě je důležité se dalších pokusů o punkci v daném prostoru vzdát. Bolest, či pobolívání zad v místě vpichu je po aplikaci epidurální analgezie běžné i několik týdnů.

Neurologické poškození

Neurologická poškození nastávají výjimečně, ale pokud k poškození dojde, potíže bývají dlouhodobé a někdy až trvalé. Neurologických poškození se těhotné ženy nejvíce obávají. Při podezření na neurologickou komplikaci vlivem neuroaxiální blokády, by měl celý stav posoudit zkušený neurolog. Při aplikaci neuroaxiální blokády u již preexistujícího neurologického onemocnění se doporučuje zanesení aktuálního neurologického „status praesens“ do dokumentace pacientky a stejně tak podrobný rozhovor s pacientkou v rámci předanestetického vyšetření včetně zaznamenání případných rizik do souhlasu pacientky s anestezií (Šťourač et al., 2014).

Retence moči

Neuroaxiální blokády zvyšují výskyt retence moči. Může dojít až ke katetrizaci močového měchýře. Důležité je sledovat výdej moči, protože vlivem blokády dochází ke ztrátě pocitu nutkání na močení. Dojde-li k retenci moči, je třeba zavést drenáž močového měchýře cévkováním, jinak může dojít k atonii až ireverzibilnímu poškození detruzorového aparátu močového měchýře (Hájek, 2004).

Vliv na motoriku

Částečné snížení aktivity příčně pruhovaného svalstva je vlivem lokálních anestetik pravidlem, ale v průběhu porodu k ovlivnění motoriky nesmí dojít, proto se anestetika podávají ve velmi nízkých koncentracích.

Postpunkční cefalea

Postpunkční bolest hlavy je komplikací, se kterou se v souvislosti s neuroaxiálními blokádami poměrně často setkáváme v běžné anesteziologické praxi. Klinické projevy se objevují obvykle do 48 hodin od perforace dura mater v souvislosti s punkcí epidurálního, respektive subarachnoidálního prostoru. Klinické projevy se typicky zhoršují po patnácti minutách ve vertikální poloze a po uložení do horizontální polohy po třiceti minutách odezní. Dalšími příznaky postpunkční cefaley jsou diplopie, nauzea, zvracení, tinitus a ztuhnutí šíje. Obtíže vyšší intenzity trvají bez léčby průměrně dva týdny, kdy 70 % bolestí vymizí zcela během sedmi týdnů a v 90 % dochází k úpravě stavu spontánně do šesti měsíců. Léčba postpunkčních bolestí hlavy zahrnuje konzervativní složku, která spočívá v preferenci horizontální polohy, podání běžných analgetik, intravenózní nebo perorální podání tekutin a podání metylxantinů, jejichž podstatou je vazokonstrikce dilatovaných cév v mozku. Je možné podat kofein cestou nápojů, nebo ve formě kombinované s paracetamolem a syntophylinem ve formě infuze. Při selhání konzervativní léčby se jako léčebná metoda používá tzv. krevní plomba, která spočívá v aplikaci 10-20 ml autologní čerstvé krve do místa předchozí neúspěšné punkce. Účinnost metody je v rychlém zvýšení tlaku v epidurálním prostoru, vyrovnaní tlakového spádu a v trvalém zakrytí otvoru v dura mater koagulovanou a později determinovanou krví. Výkon vyvolává zpravidla okamžitou a většinou trvalou úlevu. Postup se může opakovat při obnově potíží, nedejde-li k úlevě je třeba uvažovat o jiné příčině potíží (Pařízek, 2012b).

Páteřní hematoma a infekční komplikace

Ačkoliv je výskyt hematoma nebo abscesu nízký, jsou případné dopady těchto komplikací na život matky natolik devastující a invalidizující, že je třeba věnovat náležitou pozornost prevenci a včasné léčbě. Vznik páteřního hematoma je většinou spojen s koagulační poruchou. Absces souvisí s dlouhodobě zavedeným epidurálním katétre a imunokompromitovaným pacientem. Symptomy ukazující na páteřní hematoma vznikají obvykle do 48 hodin po neuroaxiální blokádě. Rizikovými faktory hematoma jsou opakované a traumatické punkce, antikoagulační terapie, vrozené poruchy koagulace a zavedení epidurálního katétru.

Symptomy abscesu vznikají až s několikadenním odkladem. Rizikovým faktorem je nedostatečná asepsa v průběhu aplikace, zavedení katétru, traumatická nebo opakovaná

punkce, septický stav v době aplikace a zavedení katétru déle než 72 hodin. Příznaky obou komplikací záleží na lokalizaci. Bolest zad vystřelující do končetin a břicha je společným příznakem. U abscesu dochází k vzestupu zánětlivých markerů a zvýšení tělesné teploty. V případě podezření na obě zmíněné komplikace, je metodou volby pro diagnózu provedení magnetické rezonance bederní a hrudní páteře a to nejlépe na pracovišti s neurochirurgickou službou a s minimálním časovým odstupem od vzniku symptomů. Při léčbě obou komplikací zůstává metodou volby neurochirurgem provedená dekompresní laminektomie a revize příslušného prostoru. Narůstající hematom může způsobit míšňí kompresi a ischemii. Předpokládá se, že nedojde-li k evakuaci hematomu do 6-8 hodin od vzniku prvních symptomů, hrozí vznik trvalé paraplegie (Šťourač et al., 2014).

Syndrom aorto-kavální komprese

Syndrom aorto-kavální komprese je patofyziognomický pro třetí trimestr těhotenství. Při rozvinutí syndromu dochází ke snížení preloadu a srdečního výdeje tlakem těhotné dělohy na dolní dutou žílu a vzniklou hypotenzí dochází ke zhoršení uteroplacentární perfuze. Prevencí aorto-kavální komprese je poloha na levém boku v průběhu aplikace neuroaxiální blokády a poloha s levostrannou dyslokací dělohy (náklon doleva) při čekání na nástup neuroaxiální blokády (Pařízek, 2012a).

Nauzea a zvracení

Nejčastější příčinou nauzey a zvracení je hypotenze, proto je velmi důležitá její důsledná prevence, a manipulace na peritoneu při císařském řezu. Nauzea a zvracení má obzvláště u císařského řezu různou incidenci a tíži, která je závislá na mnoha preexistujících faktorech, porodnické a anesteziologické technice, nebo na preventivních a léčebných opatřeních v průběhu výkonu. Pro prevenci zejména pooperační nauzey a zvracení zatím nebyl shledán žádný léčivý přípravek jako univerzálně účinný. Jako účinné léky při výskytu intraoperační nauzey a zvracení, byly shledány thietylperazin (Torecan) a metoclopramid (Degan) a léčiva z třídy setronů. Jejich vzájemná kombinace může zvýšit jejich účinek (Bláha et al., 2014).

Selhání neuroaxiální blokády

Selhání neuroaxiální blokády při císařském řezu je definováno jako nedostatečná úroveň blokády jejím rozsahem, hloubkou a délkou trvání. U spontánního porodu je selhání asociováno častěji, může souviset s umístěním katétru, který může vycestovat mimo

epidurální prostor. Prevencí selhání je standardizovaný způsob zavedení a fixace katétru, kombinace lokálního anestetika a opioidu, rozhovor s rodičkou, který ji upozorní na diskomfort v průběhu výkonu (tlak, doteky). Dalším preventivním opatřením je poskytnutí dostatečného času k nástupu anestezie i v oblasti hrudních a sakrálních segmentů.

Nepřiměřeně vysoký rozsah neuroaxiální blokády

Takovýto rozsah blokády může být způsoben několika mechanismy. Mezi základní patří kraniálnější rozšíření epidurálně nebo subarachnoidálně podaného lokálního anestetika, nebo nevhodně zvolené místo vpichu. Další může být aplikace nadměrné dávky lokálního anestetika do epidurálního nebo subarachnoidálního prostoru a nechtěná aplikace epidurálního objemu anestetika subarachnoidálně či subdurálně. Rozsah šíření lokálního anestetika lze rozpoznat krátce po aplikaci, ale maximální rozsah šíření může být až za několik minut od aplikace anestetika. Rizikem takového zpoždění je podcenění situace a nedostatečné sledování rodičky, to může způsobit pozdní reakci anesteziologa. Může dojít k náhlé blokáde inervace dýchacích svalů, že rodička není schopná včas informovat o svém stavu anesteziologa. Pociťuje-li rodička dušnost a snižuje se její schopnost odkašlat dosáhla blokáda Th₂. Dojde-li k bezvědomí a dechové nedostatečnosti následuje uvedení do celkové anestezie s umělou plicní ventilací. I přes veškeré komplikace je nezbytné pokračovat ve vybavení plodu císařským řezem (Šťourač et al., 2014).

Totální subarachnoidální anestezie

Totální subarachnoidální anestezie je forma nepřiměřeně vysoce nasedlé blokády. K tomuto stavu dojde při aplikaci epidurální dávky subarachnoidálně a dochází k vysokému kraniálnímu šíření lokálních anestetik. Jedním z prvních příznaků je slabost nebo brnění horních končetin, dále dochází k poruše ventilace až apnoe a bezvědomí. Terapie totální subarachnoidální anestezie je zajištění životních funkcí rodičky a to především zajištěním dýchacích cest. Dále je potřebná adekvátní substituce tekutin a vazopresorová podpora k dosažení dostatečného perfuzního tlaku. Zároveň by měl proběhnout akutní císařský řez (Šťourač et al., 2014).

7 Empirická část

7. 1 Výzkumná metoda

Ve své bakalářské práci jsem pro získání dat kvantitativního výzkumu použila techniku dotazníkového šetření (viz. Příloha E).

Kvantitativní výzkum je metoda sběru dat vědeckého i nevědeckého zkoumání, která má za cíl popsat zkoumanou oblast. Výzkum se dá provádět několika metodami, avšak kvantitativní průzkum je pro svou jednoduchost a nenáročnost nejčastěji využíván. Kvantitativní výzkum je takový sběr dat, který je zaměřen na větší množství respondentů. Nejčastěji se využívá pro sběr dat forma dotazníku, který je dále zpracován a vyhodnocen. Kvantitativní výzkum zahrnuje shromažďování a analýzu numerických informací, řadí se k „těžké vědě“, jeho zaměření je stručné a jasné, usuzování logické a deduktivní (Kutnohorská, 2009).

Dotazník můžeme definovat jako soubor vybraných otázek, které slouží k nashromáždění primárních dat. Takto lze s vysokou efektivitou vzhledem k potřebnému času a úsilí tazatele a respondenta i za relativně nízkých nákladů získat velké množství dat. Dotazník může být anonymní i neanonymní. Neanonymní vyžaduje písemný souhlas. Mezi nejčastější formy dotazování patří forma písemná. Respondenti odpovídají s rozmyslem a mají méně zábran při odpovídání na citlivější otázky.

Nevýhodou dotazníkového šetření může být nízká návratnost a možnost, že respondent nemusí dotazník vyplňovat samostatně.

V záhlaví dotazníku bylo uvedeno, za jakým účelem je dotazník distribuován a jak bude s výsledky naloženo. Nestandardizovaný dotazník byl tvořen patnácti otázkami. Úvodní tři otázky jsou demografické a týkají se věku rodiček, četnosti porodů a způsobu vedení porodu, ostatní otázky se vztahují k dané problematice. Dále se dotazník rozděluje na ženy, které rodily spontánně a na ty které rodily císařským řezem. Otázky č. 4-11 se týkají spontánního porodu a otázky č. 12-15 se vztahují k císařskému řezu. Z výsledků vyplynulo, že šest žen rodilo primárně spontánně, avšak porod byl ukončen císařským řezem. Tyto ženy odpovídaly na všechny otázky. V dotazníku jsou použity otázky otevřené, uzavřené, škálové a polootevřené. V jedné otevřené otázce odpovídají spontánně rodivší ženy, z jakého důvodu nevyužily možnost epidurální analgezie při porodu. V devíti

uzavřených otázkách ženy vybíraly ze dvou či více možných odpovědí. V jedné škálové otázce hodnotily rodičky bolest před a po aplikaci epidurální analgezie. Ve čtyřech polootevřených otázkách odpovídaly respondentky svými slovy, pokud si nevybraly z daných možností.

Pomocí kvantitativního výzkumu jsem se snažila nashromáždit potřebné informace týkající se stanovených cílů. Dotazník byl anonymní a dobrovolný, což je uvedeno i v jeho záhlaví.

7. 2 Volba problému

Téma bakalářské práce „Využití a spokojenost rodiček s epidurální analgezií při porodu“ jsem si vybrala, protože je mi daná problematika velmi blízká. Pracuji již několik let jako porodní asistentka na porodním sále. Zajímalo mě, zda se ženy informují o možnostech epidurální analgezie, nakolik analgezii využívají a zda byly s účinky epidurální analgezie spokojené. Výzkum se věnoval ženám, které rodily spontánně nebo císařským řezem.

7. 3 Cíle výzkumného šetření

Hlavní cíl:

Zjistit, zda rodičky byly při příjmu na porodní sál informovány o možnosti využití epidurální analgezie při porodu.

Dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda rodičky využívají možnost epidurální analgezie.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, proč si rodičky vybraly metodu epidurální analgezie.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda byly rodičky s účinky epidurální analgezie spokojené.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit, z jakého důvodu rodičky nevyužily epidurální analgezii.

Dílčí cíl č. 5: Zjistit, zda byly rodičky spokojené s volbou epidurální anestezie u císařského řezu.

7. 4 Charakteristika výzkumného vzorku

Cílovou skupinu dotazníkového šetření tvořily ženy, které rodily od října do listopadu 2014. Rodily spontánně, nebo císařským řezem a využily k tlumení porodních bolestí neuroaxiální metody. Mezi spontánně rodícími ženami jsou rodičky u kterých porod začal spontánně, ale z důvodů nastalých komplikací byl porod ukončen císařským řezem.

Výzkum byl realizován v Praze na Gynekologicko-porodnické klinice U Apolináře.

Výsledky demografických otázek jsou následující.

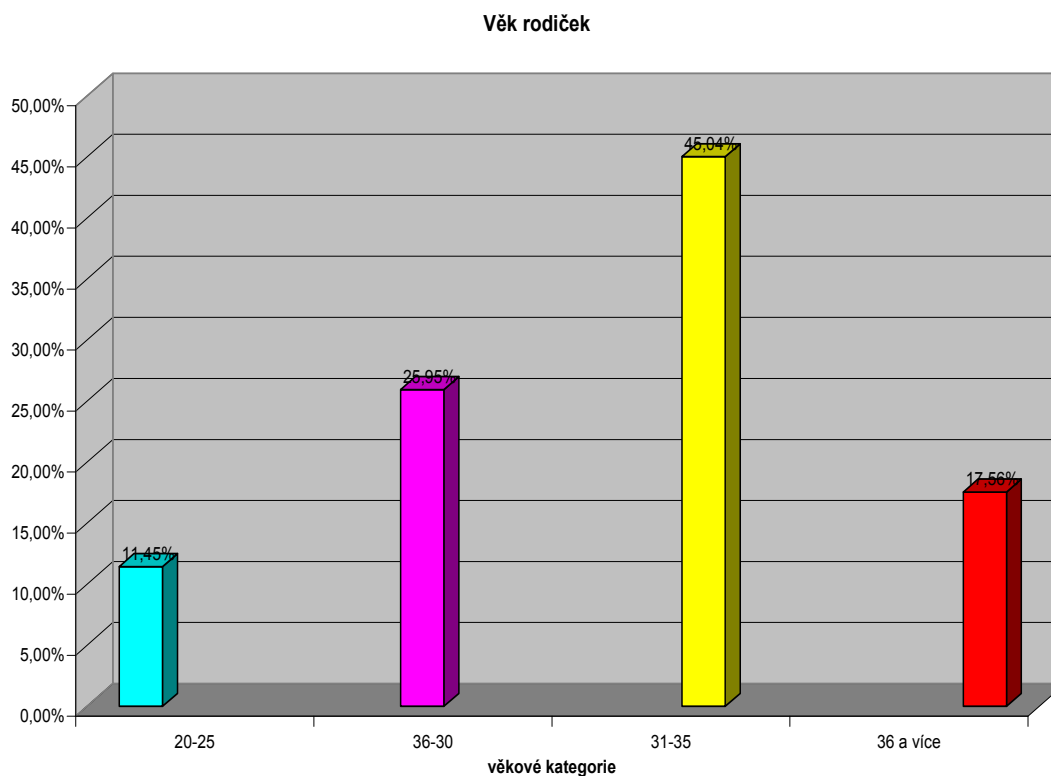
Vyhodnocení otázky č. 1

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1: Věk rodiček

Věk rodiček	Z celkového počtu žen	%
20-25	15	11,45
26-30	34	25,95
31-35	59	45,04
36 a více	23	17,56
celkem	131	100,00

Graf č. 1: Věk rodiček



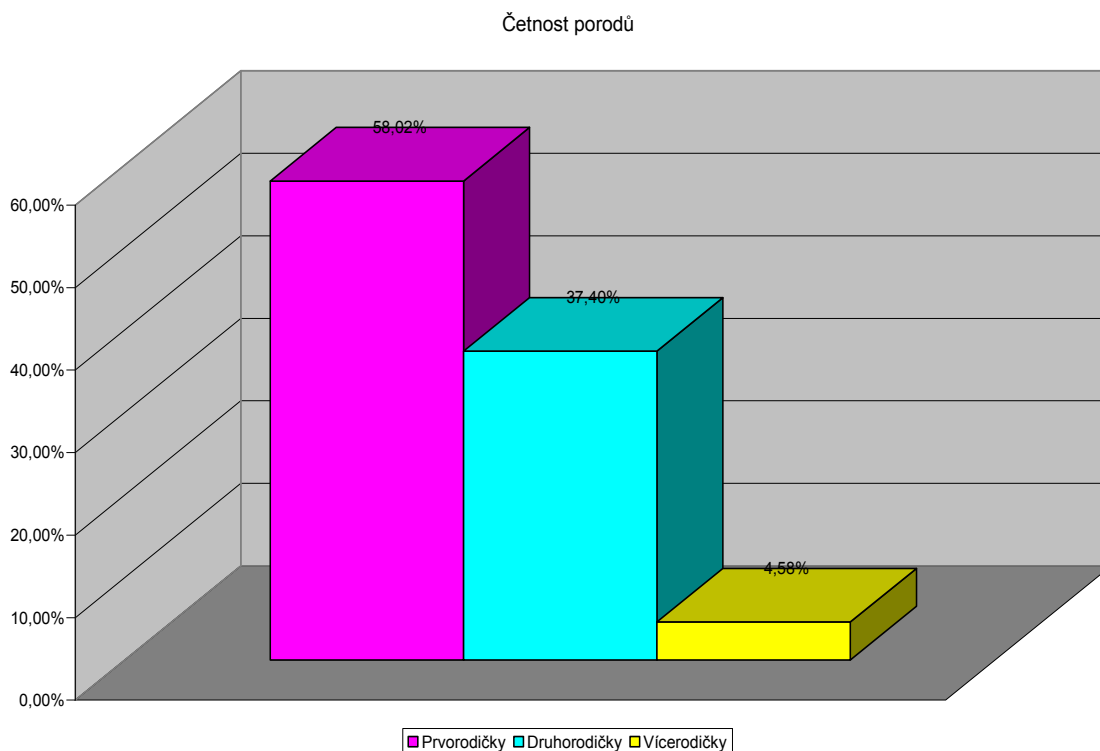
Vyhodnocení otázky č. 2

Otázka č. 2: Po kolikáte jste rodila?

Tabulka č. 2: Četnost porodů

Četnost porodů	Z celkového počtu žen	%
Prvorodičky	76	58,02
Druhorodičky	49	37,40
Vícerodičky	6	4,58
Celkem	131	100,00

Graf č. 2: Četnost porodů



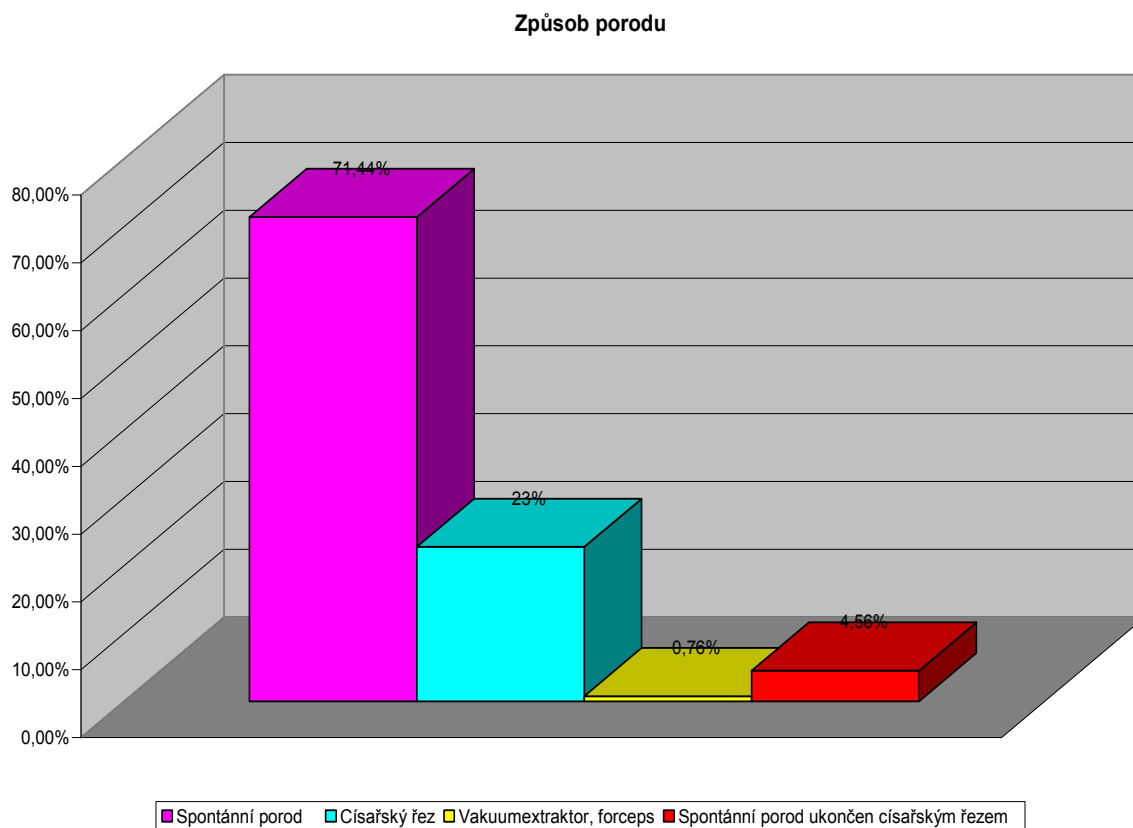
Vyhodnocení otázky č. 3

Otázka č. 3: Rodila jste?

Tabulka č. 3: Způsob porodu

Způsob porodu	Z celkového počtu žen	%
Spontánní porod	94	71,44
Císařský řez	30	23
Vakuumextraktor, forceps	1 forceps	0,76
Spontánní porod ukončen císařským řezem	6	4,56
Celkem	131	99,76

Graf č. 3: Způsob porodu



Na otázku č. 1: Kolik je Vám let? odpovědělo 15 žen ve věkové kategorii 20 - 25 let, což činí 11,45 % z celkového počtu 131 žen. Ve věkové kategorii 26 - 30 let odpovědělo 34 žen, což je 25,95 % z celkového počtu. V kategorii 31 - 35 let odpovědělo 59 žen, což je 45,04 % a v kategorii 36 a více let odpovědělo 23 žen, to činí 17,56 % z celkového počtu dotazovaných.

Na otázku č. 2: Po kolikáte jste rodila? odpovídaly ženy následovně. Z celkového počtu 131 dotazovaných, poprvé rodilo 76 žen což je 58,02 %. Podruhé rodilo 49 žen, což činí 37,40 % a v kategorii potřetí a více, rodilo 6 žen a to činí 4,58 %.

V otázce č. 3, vyhodnocené tabulkou a grafem č. 3, jsem se zabývala způsoby vedení porodu. Nejčetnější skupinu tvořily ženy rodící spontánně. Z celkového počtu 131 dotazovaných, což je 100 %, rodilo spontánně 94 žen, to činí 71,44 %. U jedné ženy, která rodila spontánně, byl porod zakončen pomocí kleští (forceps), což činí z celkového počtu rodiček pouhých 0,76 % (1 žena). Císařským řezem rodilo 23 % (30 žen). Poslední

skupinu tvoří rodičky které rodily primárně spontánně, což je 4,56 %, avšak porod byl z důvodu nastalých komplikací nebo nepostupujícího porodu ukončen císařským řezem. Tato skupina rodiček je z dalšího šetření vyřazena. Pro další zpracování výzkumné části bude tudíž celkový počet žen 125 (100 %).

7. 5 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo na výše zmíněné klinice na odděleních šestinedělí a porodních sálech od října do listopadu 2014. Po domluvě a instruktáži staničních sester, které dále instruovaly porodní asistenty daných oddělení, aby dotazníky rozdávaly rodičkám. Dotazníky respondentky po vyplnění odevzdávaly zpět porodním asistentkám. Distribuováno bylo 150 dotazníků. Návratnost činila 136 dotazníků, přičemž 5 dotazníků bylo chybně vyplněno. Výzkum tudíž vycházel z počtu 131 dotazníků.

Odpovědi byly zpracovány a vyhodnoceny pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Word office a Microsoft Excel 2013.

Výsledky jsou vyjádřeny procentuálně se zaokrouhlením na dvě desetinná čísla, proto jejich součet nemusí být vždy 100 %.

7. 6 Výsledky šetření

Zpracování dotazníku je rozděleno na ženy, jejichž porod byl veden spontánně nebo císařským řezem.

Následující otázky se věnují pouze ženám, které rodily spontánně. Jsou to otázky č. 4 - 11. Spontánně rodilo 94 žen z celkového počtu 125 žen, tudíž pro následující otázky bude 94 rodiček 100 %.

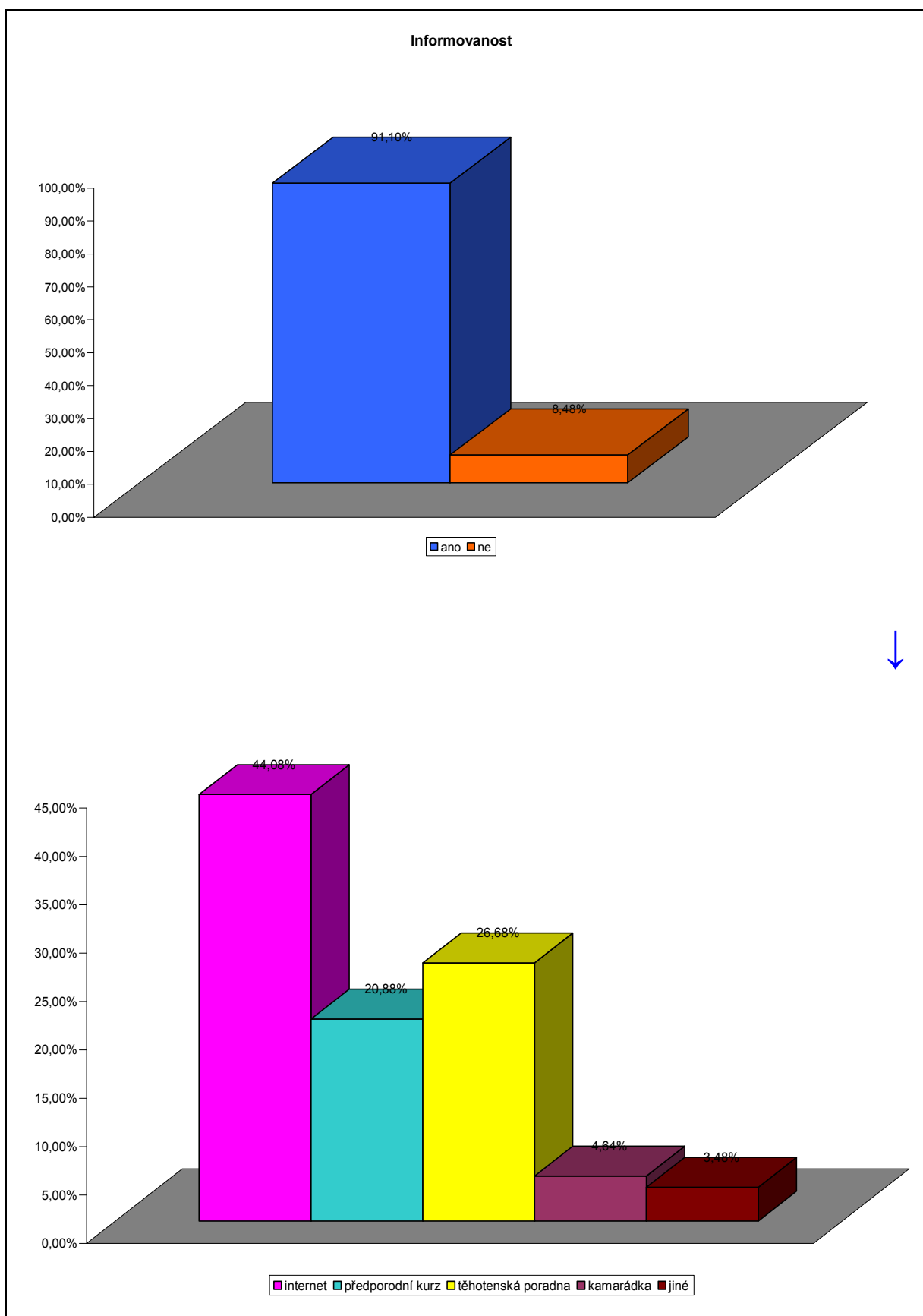
Vyhodnocení otázky č. 4

Otázka č. 4: Informovala jste se předem o možnostech analgezie při porodu? Pokud ano, kde?

Tabulka č. 4: Informovanost rodiček

	Z celkového počtu spontánně rodících žen	%
Ano: kde	86	91,10
Internet	38	44,08
Předporodní kurz	18	20,88
Těhotenská poradna	23	26,68
Kamarádka	4	4,64
Jiné	3	3,48
Ne	8	8,48
Celkem	94	99,58

Graf č. 4: Informovanost rodiček



Tabulka a graf č. 4 znázorňuje odpovědi na otázku č. 4. Z celkového počtu 94 respondentek (100 %) odpovědělo 86 žen ano, což je 91,1 % a 8 žen odpovědělo ne, to činí 8,48 %.

Ženy, které odpověděly ano dále rozvedly odpověď - kde informace zjišťovaly. Nejvíce, tedy 44,08 % (38 žen) zjišťovalo informace na internetu, 20,88 % (18 žen) na předporodním kurzu, 26,68 % (23 žen) v těhotenské poradně, 4,64 % (4 ženy) od kamarádky.

Možnost jiné, zvolilo 3,48 % (3 ženy). Z tohoto počtu 66,66 % (2 ženy) uvedlo jako zdroj informací knihu a 33,33 % (1 žena) uvedla svého obvodního gynekologa.

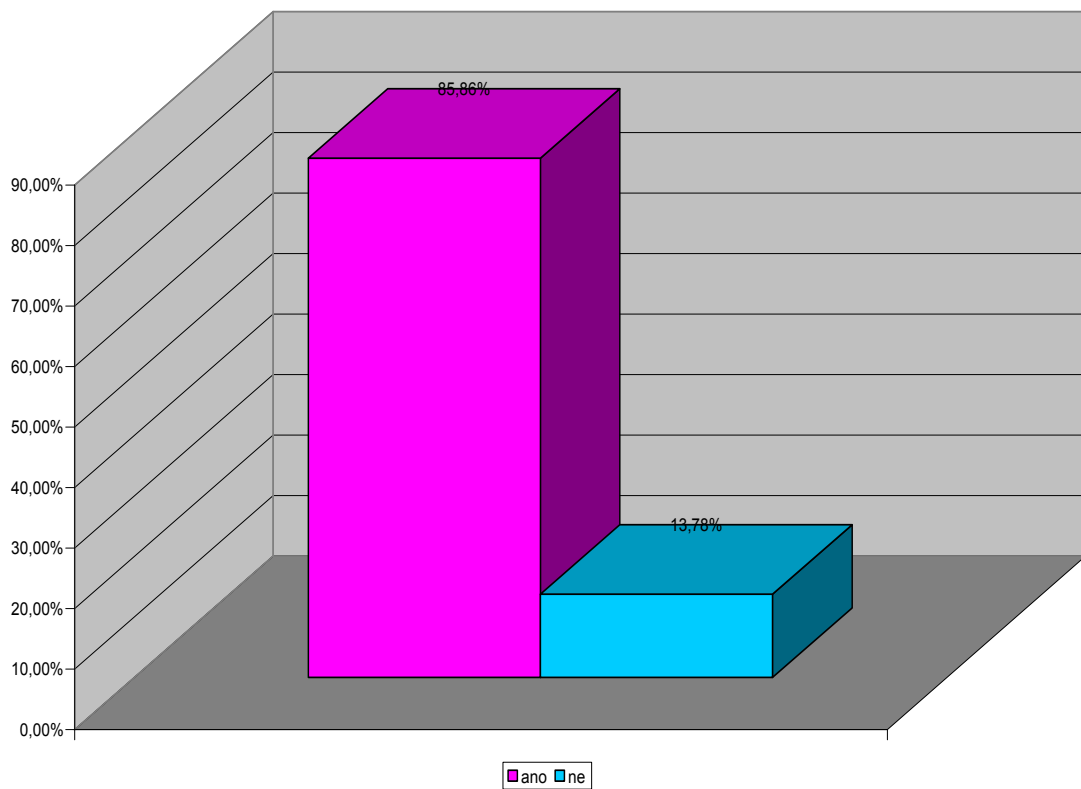
Vyhodnocení otázky č. 5

Otázka č. 5: Byla Vám před porodem personálem nabídnuta možnost epidurální analgezie?

Tabulka č. 5: Nabídnutí analgezie

	Z celkového počtu spontánně rodících žen	%
Ano	81	85,86
Ne	13	13,78
Celkem	94	99,64

Graf č. 5: Nabídnutí analgezie



Tabulka a graf č. 5 znázorňují odpovědi na otázku č. 5. Z celkového počtu 94 spontánně rodících žen (100 %) odpovědělo kladně 85,85 % respondentek (81 žen). Záporně odpovědělo 13,78 % (13 žen).

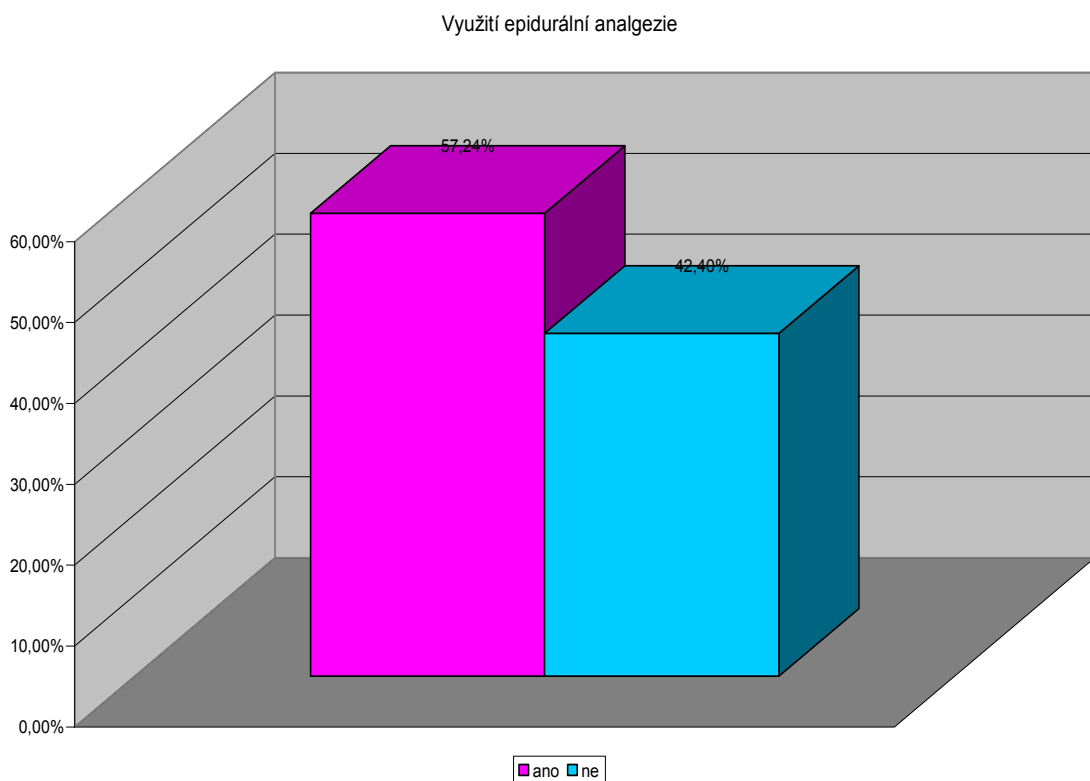
Vyhodnocení otázky č. 6

Otázka č. 6: Využila jste epidurální analgezií při porodu?

Tabulka č. 6: Využití analgezie

	Z celkového počtu spontánně rodících žen	%
Ano	54	57,24
Ne	40	42,40
Celkem	94	99,64

Graf č. 6: Využití analgezie



Tabulka a graf č. 6 vyhodnocují využití epidurální analgezie při porodu. Z počtu 94 žen (100 %) odpovědělo kladně 57,24 % respondentek (54 žen). Záporně odpovědělo 42,40 % (40 žen).

Vyhodnocení otázky se týká žen které odpověděly záporně v otázce č. 6, tudíž pro následující otázku bude 100 % 40 žen.

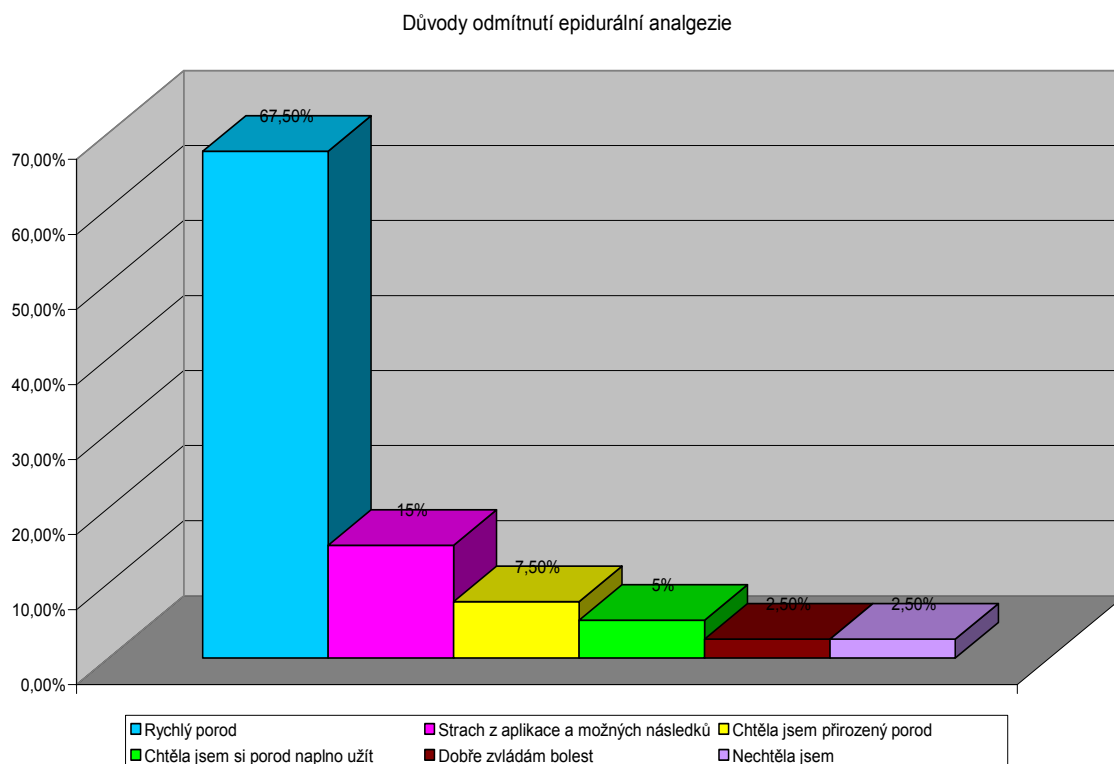
Vyhodnocení otázky č. 7

Otázka č. 7: Pokud jste nevyužila možnost epidurální analgezie, co bylo toho důvodem?

Tabulka č. 7: Odmítnutí analgezie

Důvody odmítnutí analgezie	Z celkového počtu žen	%
Rychlý porod	27	67,50
Strach z aplikace a možných následků	6	15
Chtěla jsem přirozený porod	3	7,50
Chtěla jsem si porod naplno užít	2	5
Dobře zvládám bolest	1	2,50
Nechtěla jsem	1	2,50
Celkem	40	100,00

Graf č. 7: Odmítnutí analgezie



Tabulka a graf č. 7 hodnotí důvody, proč rodičky nevyužily epidurální analgezi u porodu. Z celkového počtu 40 žen (100 %) odmítlo epidurální analgezi 67,50 % (27 žen) z důvodu rychlého porodu, strach z aplikace a možných následků uvedlo 15 % respondentek (6 žen). Přirozený porod uvedlo 7,50 % respondentek (3 ženy). Chtěla jsem si porod naplno užít uvedlo 5 % rodiček (2 ženy). Dobře zvládám bolest - uvedla jedna žena, což je 2,50 % a jedna respondentka uvedla, nechtěla jsem, což činí také 2,50 %.

Hodnocení otázek č. 8 – 11 se týká žen, které využily epidurální analgezi, tudíž pro následující zhodnocení je 54 žen 100 %.

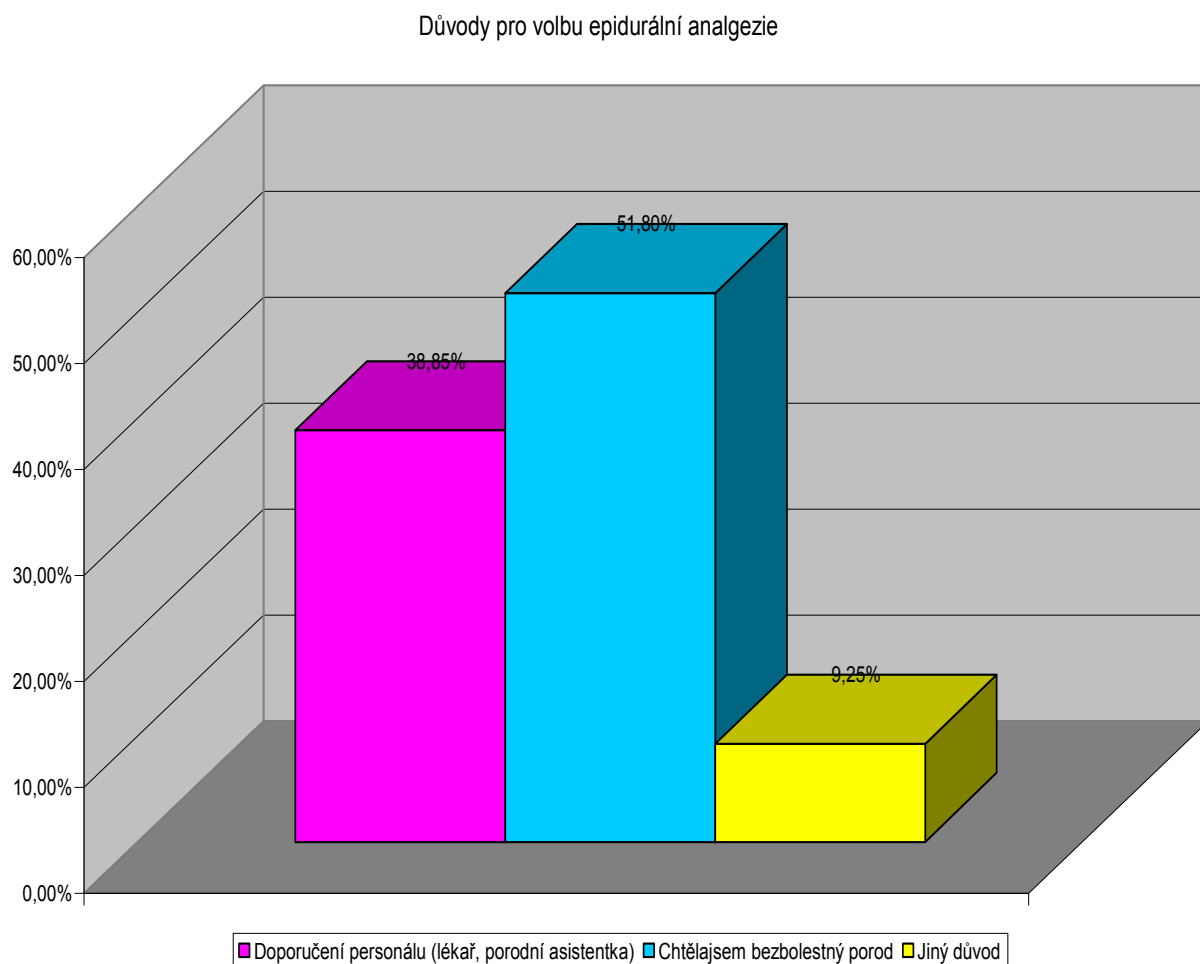
Vyhodnocení otázky č. 8

Otázka č. 8: Proč jste si zvolila metodu epidurální analgezie?

Tabulka č. 8: Volba epidurální analgezie

Volba metody analgezie	Z celkového počtu žen	%
Doporučení personálu (lékař, porodní asistentka)	21	38,85
Chtělajsem bezbolestný porod	28	51,80
Jiný důvod	5	9,25
Celkem	54	99,9

Graf č. 8: Volba epidurální analgezie



Tabulka a graf č. 8 vyhodnocují důvody, proč si rodičky zvolily metodu epidurální analgezie. Doporučení personálu uvedlo 38,85 % (21 žen). Bezbolestný porod chtělo 51,80 % (28 žen).

Poslední možnost, jiný důvod, uvedlo 9,25 % respondentek (5 žen). Z těchto žen 2 respondentky jako důvod uvedly urychlení porodu, to činí 40 %, 2 ženy si chtěly odpočinout před samotným porodem 40 % a 1 žena, což je 20 % se cítila vyčerpaná z kontrakcí, proto si zvolila metodu epidurální analgezie.

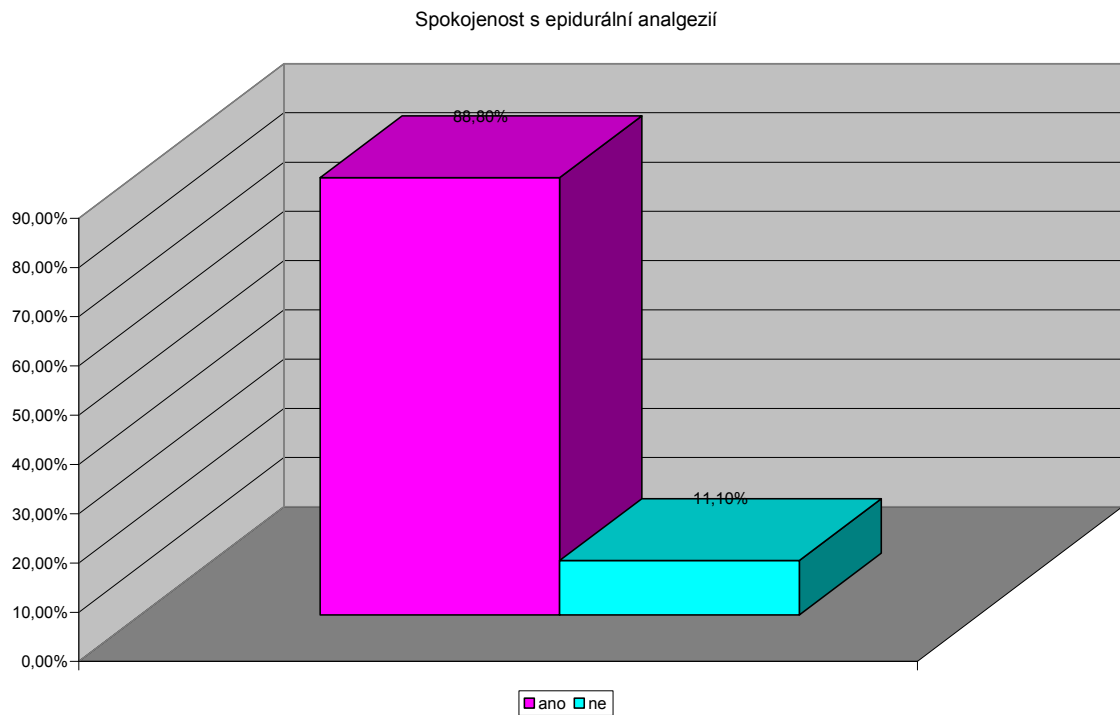
Vyhodnocení otázky č. 9

Otázka č. 9: Byla jste s účinky epidurální analgezie spokojená?

Tabulka č. 9: Spokojenost s analgezií

	Z celkového počtu žen	%
Ano	48	88,80
Ne	6	11,10
Celkem	54	99,9

Graf č. 9: Spokojenost s analgezií



Tabulka a graf č. 9 vyhodnocuje, zda byly respondentky s účinky analgezie spokojené. Kladně odpovědělo 88,80 % rodiček (48 žen). Zápornou odpověď uvedlo 11,10 % rodiček, což je (6 žen).

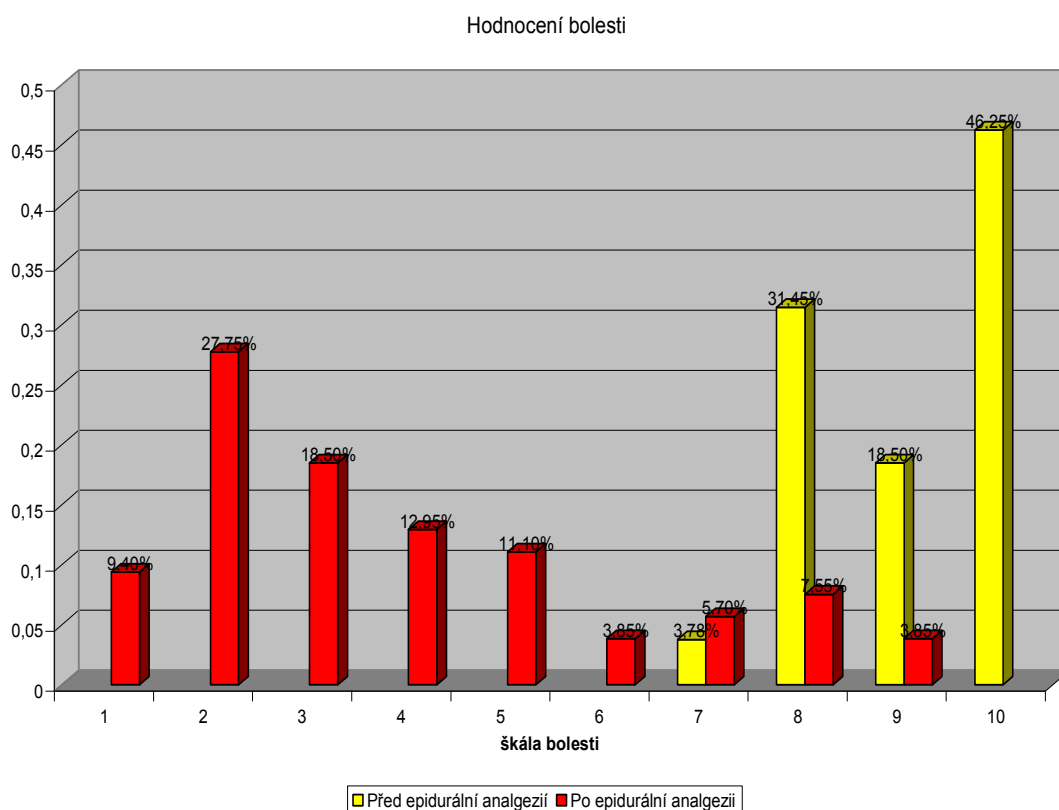
Vyhodnocení otázky č. 10

Otázka č. 10: Ohodnořte na škále 1 – 10 bolest, kterou jste pociťovala, před a po aplikaci epidurální analgezie?

Tabulka č. 10: Hodnocení bolesti

Škála bolesti	Před epidurální analgezií	%	Po aplikaci epidurální analgezie	%
1			5	9,4
2			15	27,75
3			10	18,50
4			7	12,95
5			6	11,10
6			2	3,85
7	2	3,85	3	5,70
8	17	31,45	4	7,55
9	10	18,50	2	3,85
10	25	46,25		
Celkem	54	100,05	54	100,65

Graf č. 10: Hodnocení bolesti



V tabulce a grafu č.10 je znázorněna bolest při porodu před aplikací epidurální analgezie a po aplikaci epidurální analgezie. Nejčastěji udávaly respondentky na škále bolesti č. 10, což je 46,25 % (25 žen) před epidurální analgezií. Po aplikaci analgezie nejčastěji uváděly rodičky na škále bolesti č. 2, to činí 27,75 % (15 žen).

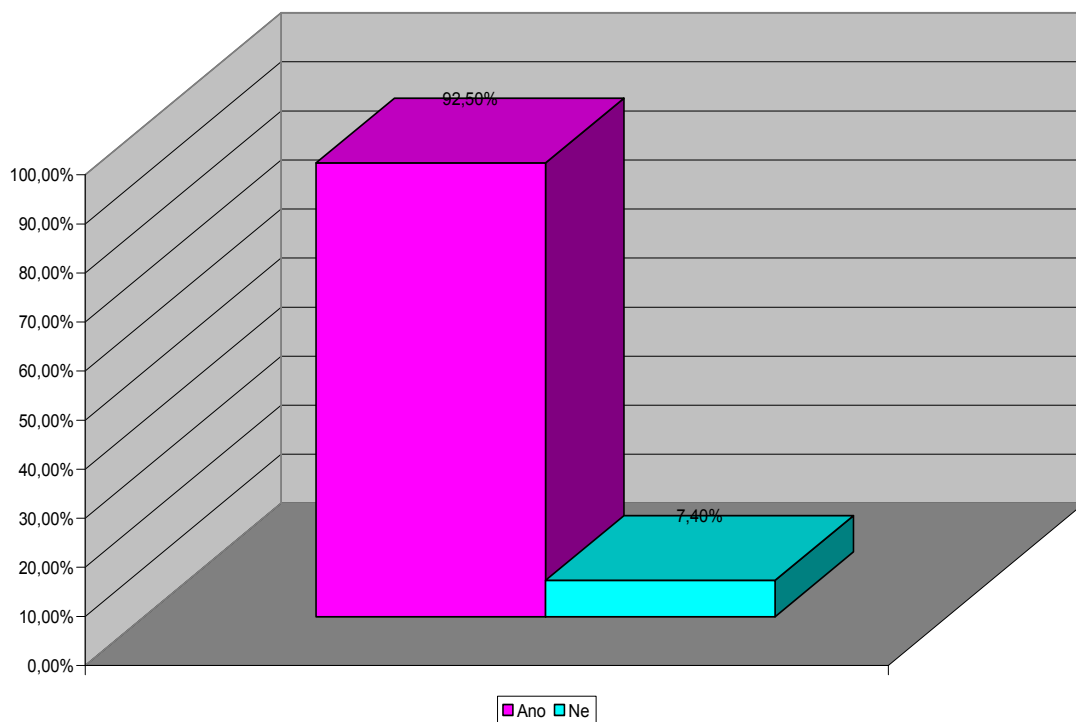
Vyhodnocení otázky č. 11

Otázka č. 11: Využila by jste metodu epidurální analgezie při dalším porodu?

Tabulka č. 11: Analgezie u dalšího porodu

	Z celkového počtu žen	%
Ano	50	92,50
Ne	4	7,40
Celkem	54	99,9

Graf č. 11: Analgezie u dalšího porodu



V tabulce a grafu č. 11 je znázorněno, zda by rodičky využily epidurální analgezi při dalším porodu. Kladně odpovědělo 92,50 % respondentek, což je 50 žen. Záporně odpovědělo 7,40 % (4 ženy).

Následující otázky se týkají žen, které rodily císařským řezem. Jsou to otázky č. 12 – 15.

Císařským řezem rodilo 30 žen z celkového počtu 125 žen, tudíž pro následující otázky bude 30 žen 100 %.

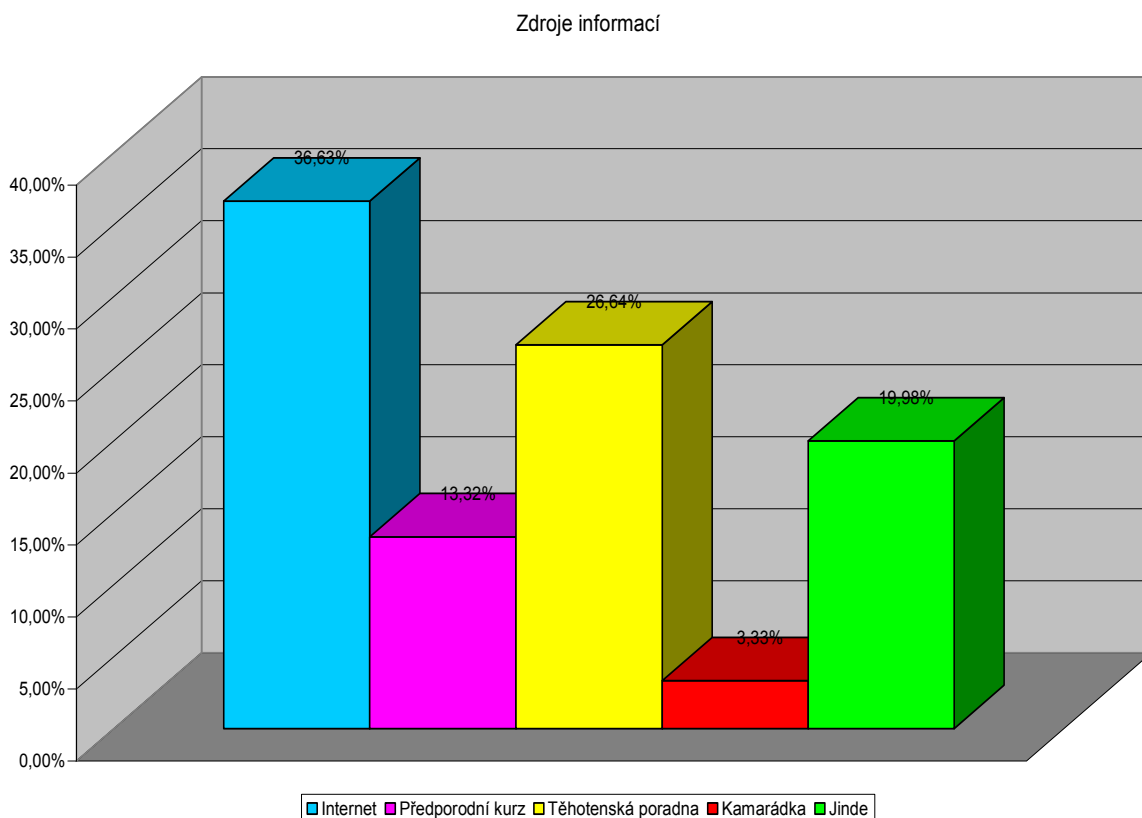
Vyhodnocení otázky č. 12

Otázka č. 12: Kde jste se informovala o možnostech anestezie využívaných při císařském řezu?

Tabulka č. 12: Informovanost o anestezii

	Z celkového počtu žen	%
Internet	11	36,63
Předporodní kurz	4	13,32
Těhotenská poradna	8	26,64
Kamarádka	1	3,33
Jinde	6	19,98
Celkem	30	99,9

Graf č. 12: Informovanost o anestezií



V tabulce a grafu č. 12 je znázorněno, jaké informační zdroje respondentky využily k získání informací týkající se anestezie používané u císařského řezu. Nejčastěji respondentky uváděly internetové zdroje 36,63 % (11 žen). Nejméně využily respondentky možnost kamarádka 3,33 % (1 žena).

Možnost jiné uvedlo 19,98 % rodiček (6 žen). Z toho 83,35 % (5 žen) uvedlo jako zdroj informací obvodního gynekologa a 16,67 % (1 žena) jako zdroj informací uvedla knihu Doc. Pařízka „, Kniha o těhotenství a dítěti“.

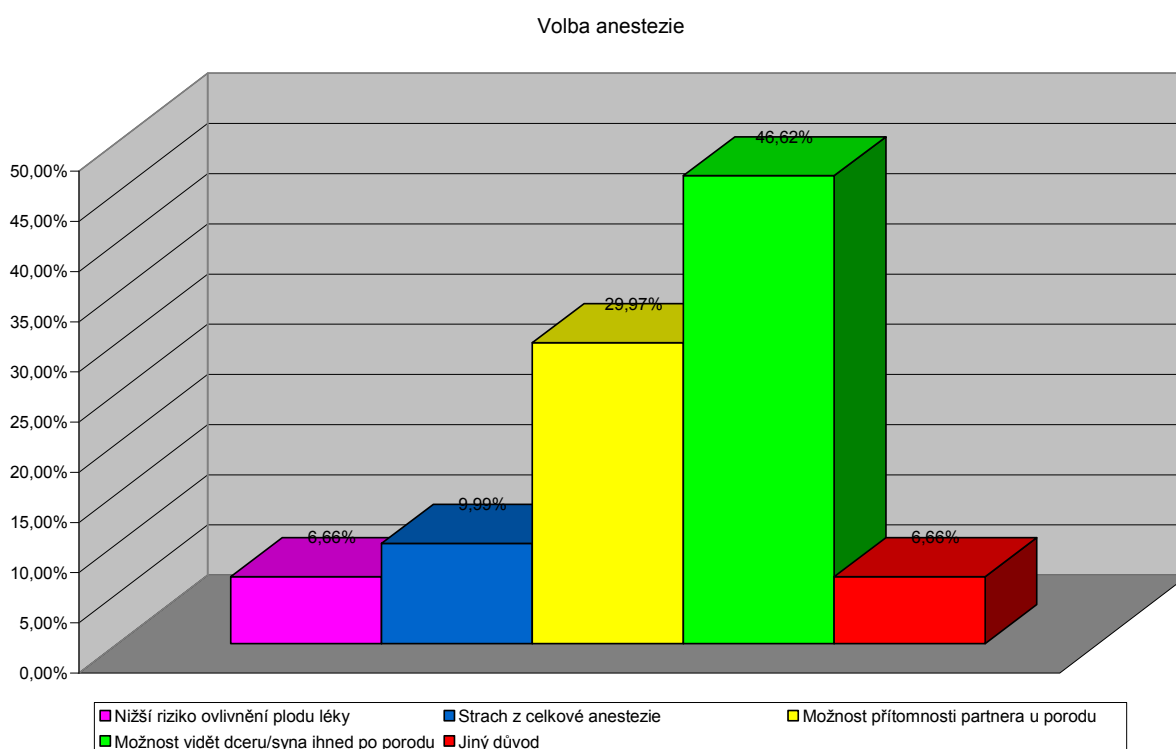
Vyhodnocení otázky č. 13

Otázka č. 13: Proč jste si zvolila tuto metodu anestezie?

Tabulka č. 13: Volba anestezie

Volba anestezie	Z celkového počtu žen	%
Nižší riziko ovlivnění plodu léky	2	6,66
Strach z celkové anestezie	3	9,99
Možnost přítomnosti partnera u porodu	9	29,97
Možnost vidět dceru/syna ihned po porodu	14	46,62
Jiný důvod	2	6,66
Celkem	30	99,9

Graf č. 13: Volba anestezie



V otázce znázorněné tabulkou a grafem č. 13 je vyhodnoceno z jakého důvodu si respondentky vybraly možnost epidurální anestezie. Nejčastější odpovědí byla možnost vidět dceru/syna ihned po porodu. Odpověď uvedlo 46,62 % (14 žen) z celkové počtu 30 respondentek. Další velmi často zvolenou odpovědí byla možnost přítomnosti partnera

u porodu, tu uvedlo 29,97 % respondentek (9 žen). Nejméně častou odpovědí bylo nižší ovlivnění plodu léky 6,66 % (2 ženy). Stejný počet respondentek uvedl možnost jiné 6,66 % (2 ženy), uvedeno bylo doporučení anesteziologa.

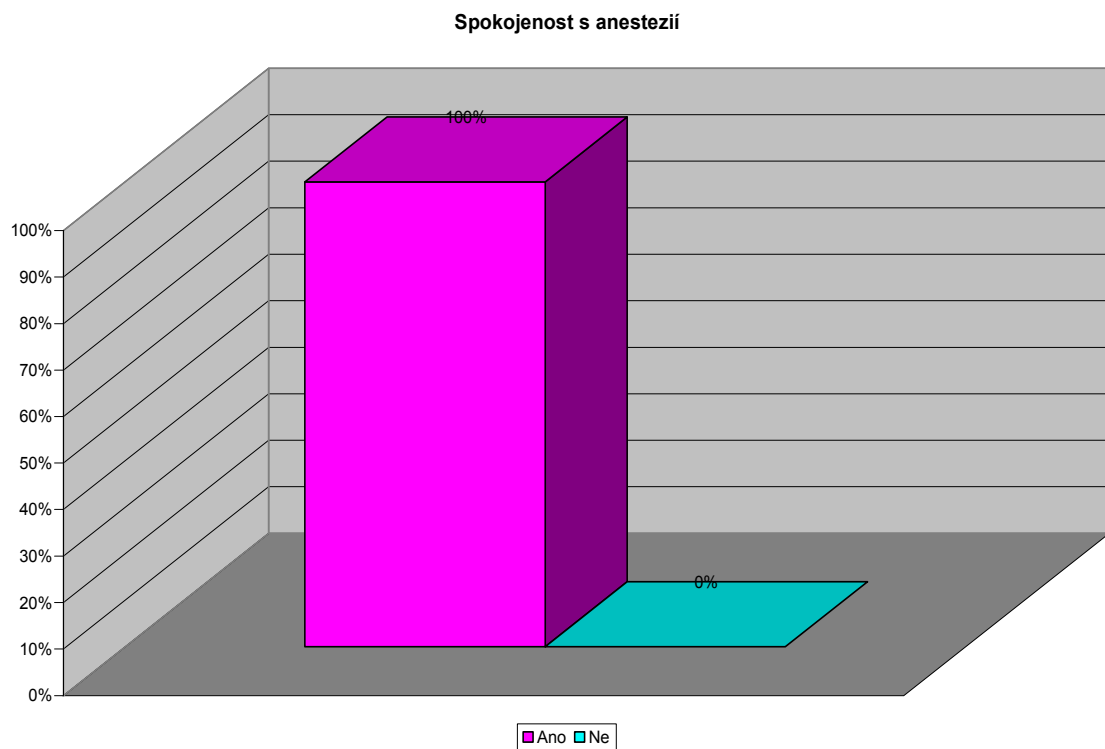
Vyhodnocení otázky č. 14

Otázka č. 14: Byla jste s volbou anestezie spokojená?

Tabulka č. 14: Spokojenost s anestezií

	Z celkového počtu žen	%
Ano	30	100
Ne	0	0
Celkem	30	100,00

Graf č. 14: Spokojenost s anestezií



V tabulce a grafu č. 14 je znázorněna spokojenost rodiček s epidurální anestezií. Kladně odpovědělo 100 % respondentek (30 žen).

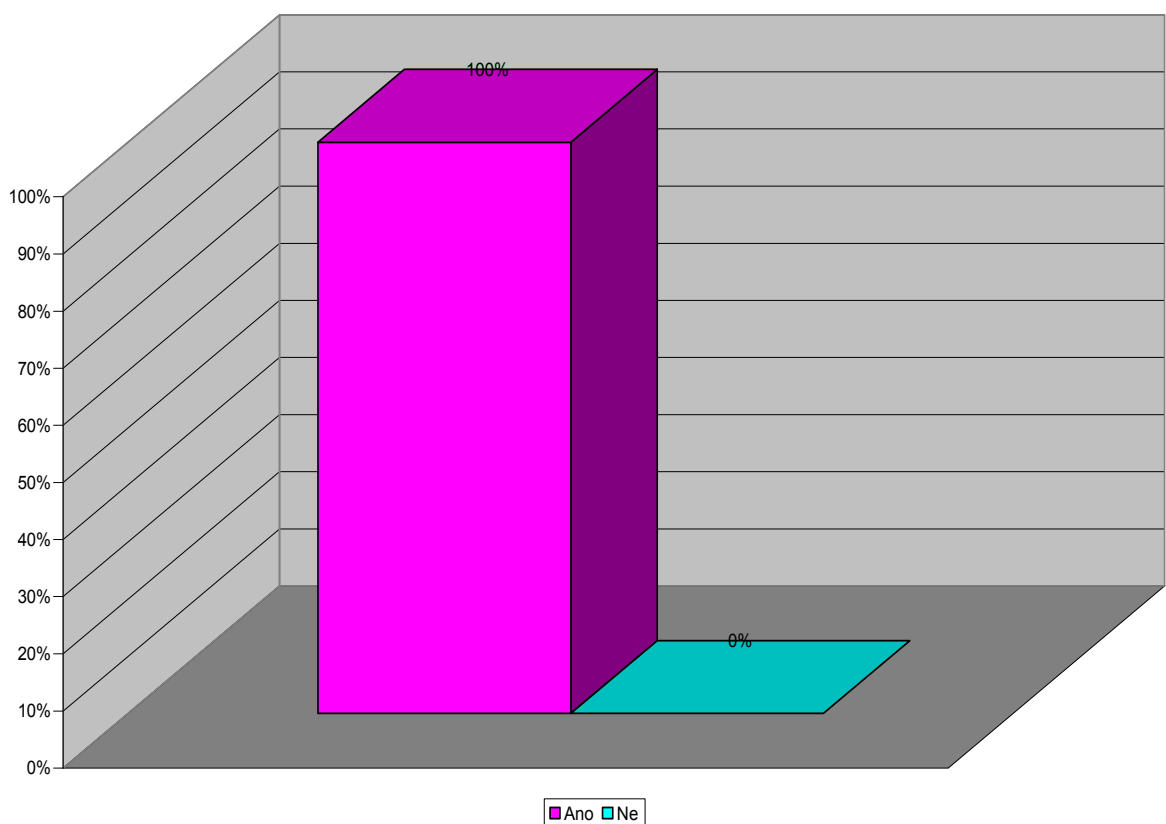
Vyhodnocení otázky č. 15

Otázka č. 15: Vybrala by jste si tuto metodu anestezie i při dalším císařském řezu?

Tabulka č. 15: Volba anestezie

	Z celkového počtu žen	%
Ano	30	100
Ne	0	0
Celkem	30	100

Graf č. 15: Volba anestezie



V tabulce a grafu č. 15 je znázorněno zda by rodičky volily metodu epidurální anestezie u dalšího císařského řezu. Kladně odpovědělo 100 % respondentek (30 žen).

7. 7 Vyhodnocení cílů

Následující kapitola se věnuje stanoveným cílům výzkumného šetření a zda byly cíle zodpovězeny.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda jsou rodičky informovány při příjmu na porodní sál o možnosti využití epidurální analgezie při porodu. Cíl je zodpovězen otázkou č. 5 v dotazníkovém šetření. Otázka zněla: Byla Vám před porodem personálem nabídnuta možnost epidurální analgezie? (tabulka a graf č. 5). Na otázku odpovídaly ženy, které rodily spontánně, což je 71,44 % z celkového počtu respondentek. Kladně opovědělo 85,86 % rodiček (81 žen) a záporně odpovědělo 13,78 % respondentek (13 žen). Z výsledků vyplývá, že personál porodního sálu rodičkám nabízí před porodem možnost epidurální analgezie. Hlavní cíl byl zodpovězen.

Úlohou prvního dílčího cíle bylo zjistit, zda rodičky využívají možnost epidurální analgezie. Cíl je zodpovězen otázkou č. 6 v dotazníkovém šetření. Znění otázky bylo: Využila jste epidurální analgezi při porodu? (tabulka a graf č. 6). Z celkového počtu respondentek kladně odpovědělo 57,24 % rodiček (54 žen), zápornou odpověď uvedlo 42,40 % respondentek (40 žen). Z výsledků vyplývá, že většina rodiček epidurální analgezi při porodu využívá. Cíl číslo jedna byl zodpovězen.

Výsledky otázky č. 8 v dotazníkovém šetření odpovídají na druhý dílčí cíl. Otázka zněla: Proč jste si zvolila metodu epidurální analgezie? (tabulka a graf č. 8). Z celkového počtu respondentek uvedlo 51,80 % rodiček jako nejčastější důvod pro výběr epidurální analgezie možnost bezbolestného porodu (28 žen). Doporučení personálu uvedlo 38,85 % respondentek (21 žen). Možnost jiné uvedlo 9,25 % (5 žen), z toho 40 % rodiček (2 ženy) uvedly jako důvod analgezie urychlení porodu, 40 % žen uvedlo, že si potřebovaly odpočinout před samotným porodem a 20 % (1 žena) jako důvod uvedla celkové vyčerpání a strach z možného nezvládnutí závěru porodu. Z výsledků šetření je patrné, že hlavním důvodem pro využití epidurální analgezie je potřeba bezbolestného porodu. Cíl číslo dva byl zodpovězen.

Odpověď na třetí dílčí cíl vychází z otázky č. 9 v dotazníkovém šetření. Otázka zněla: Byla jste s účinky epidurální analgezie spokojená? (tabulka a graf č. 9). Na tuto otázku kladně odpovědělo 88,80 % respondentek (48 žen), zápornou odpověď uvedlo 11,1 %

dotazovaných (6 žen). Z odpovědí vyplývá, že rodičky byly s volbou epidurální analgezie spokojené. Cíl číslo tři byl zodpovězen.

Úkolem čtvrtého dílčího cíle bylo zjistit, z jakého důvodu rodičky nevyužily epidurální analgezi. Otázka č. 7 dotazníkového šetření zněla: Pokud jste nevyužila možnost epidurální analgezie, co bylo toho důvodem? (tabulka a graf č. 7). Respondentky, které na tuto otázku odpovídaly, záporně odpověděly na předchozí otázku č. 6. To znamená 42,40 % rodiček (40 žen). Rychlý průběh porodu zapříčinil, že již nemohla být analgezie poskytnuta odpovědělo 67,50 % rodiček (27 žen). Strach z jehel, tudíž z aplikace a s tím spojenou obavu z možných komplikací uvedlo 15 % respondentek (6 žen), 7,50 % rodiček chtělo přirozený porod bez použití léků (3 ženy). Možnost naplno si užít porod bez analgezie uvedlo 5 % rodiček (2 ženy). Jedna žena uvedla, že zvládá bolest dobře proto epidurální analgezi nepotřebuje (2,50 %) a jedna rodička uvedla, že epidurální analgezi nechce (2,50 %). Z hodnocení vyplývá, že nejčastějším důvodem proč rodičky nevyužily epidurální analgezi byl příliš rychlý průběh porodu. Dílčí cíl byl zodpovězen.

Odpověď na pátý dílčí cíl vychází z odpovědí rodiček, jejichž porod byl veden císařským řezem. Otázka zněla: Byla jste s volbou anestezie spokojená? (tabulka a graf č. 14). Kladně odpovědělo 100 % respondentek. Rodičky byly s volbou anestezie spokojné. Dílčí cíl byl zodpovězen.

8 Diskuse

Bakalářská práce je zaměřena na ženy, které při spontánním porodu nebo císařském řezu využily k tlumení bolestí neuroaxiální metody. V práci jsem se zaměřila na spokojenost rodiček s těmito metodami a četnost využití, jak při spontánním porodu tak při císařském řezu. Výzkum probíhal v pražské porodnici U Apolináře.

Ve své bakalářské práci jsem výsledky šetření srovnávala s výsledky práce Michaely Kallasové, která se věnovala přínosu epidurální analgezie z pohledu rodiček. Šetření Kallasová prováděla v porodnici Šumperské nemocnice.

Demografické otázky jsem hodnotila s podobnými výsledky jako Kallasová. Nejčastěji uvedenou věkovou kategorií byla dle Kallasové skupina žen ve věku od 26 do 30 let a 31 a více let. Tyto věkové skupiny jsou v mé práci také nejčastěji zastoupeny a to věková kategorie od 26 do 30 let a skupina od 31 do 35 let. Z výsledků je patrné, že věk žen plánujících rodičovství se posouvá směrem nahoru. Tento fakt bohužel vede k nárůstu nefyziologických těhotenství. Dále byla hodnocena parita rodiček. V této otázce se výsledky mé práce i práce Kallasové shodují, tudíž nejčastější skupinu tvořily prvorodičky. Ve své práci jsem se také zaměřila na způsob vedení porodu, kdy nejpočetnější skupinu tvořily spontánně rodící ženy. Tento výsledek mě velmi překvapil. Jak již bylo zmíněno v teoretické části bakalářské práce, stále narůstá počet žen, jejichž porod je veden primárně císařským řezem a tento trend bude i přes veškeré snahy stoupat.

Stejně jako Kallasová jsem zjišťovala, zda se rodičky informovaly o možnostech analgezie a pokud ano uváděly kde. Z výsledků obou prací je patrné, že jako nejčastější zdroj informací rodičky využívají media, především internet. Jako druhou možnost volily ženy předporodní kurz. V této otázce máme stejný názor, a to že volba předporodního kurzu pro získání dostatku informací je velmi dobrá a především přínosná. Rodičky se dozví kvalitní informace od zkušených porodních asistentek, které předporodní kurzy vedou. Součástí těchto kurzů v pražské porodnici U Apolináře je i prohlídka porodních sálů. Díky těmto prohlídkám se alespoň minimálně rodičky seznámí s prostředím kde je čeká narození jejich potomka. Z výsledků práce Kallasové vyplývá, že většina dotazovaných žen považuje získané informace za dostačující (Kallasová, 2010).

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda personál porodního sálu nabízí při příjmu rodičkám epidurální analgezi. Touto otázkou se zabývala ve své práci také Kallasová.

Z výsledků obou prací je zřejmé, že personál epidurální analgezií rodičkám před porodem nabízí. V porodnici U Apolináře již při příjmu na porodní sál. Kallasová uvádí, že rodičkám nabízejí analgezií před porodem především lékaři porodního sálu Šumperské nemocnice (Kallasová, 2010).

V bakalářské práci jsem se zabývala otázkou, zda rodičky využívají metody epidurální analgezie, zda by je využily při dalším porodu a zda byly s epidurální analgezií spokojené. Z výsledků šetření vyplývá, že rodičky analgezií velmi často využívají a při dalším porodu by si epidurální analgezií k tlumení bolestí opět vybraly. S tímto výsledkem souvisí i další dílčí cíl práce, který se věnuje spokojenosti rodiček s epidurální analgezií. Touto otázkou se zabývala ve své práci také Kallasová. Z výsledků prací je zřejmé, že rodičky byly spokojené s volbou analgezie u porodu a proto by tyto metody opět využily (Kallasová, 2010).

Další diskutovanou otázkou je důvod, proč si epidurální analgezií rodičky vybraly a naopak z jakého důvodu analgezií nevyužily. Nejčastějším důvodem pro volbu analgezie byla potřeba bezbolestného porodu. Z těchto výsledků je patrné, že stále více žen zřejmě nepřijímá bolest při porodu jako fyziologický děj. Proto jsou rodičky leckdy překvapené, že i přes epidurální analgezií slabší bolesti pociťují a v závěru porodu kontrakce cítí stejně bolestivě jako před aplikací epidurální analgezie, což je důležité při závěru druhé doby porodní. Jako druhou nejčastější možnost rodičky uvedly, že jim byla epidurální analgezie vzhledem k situaci doporučena personálem porodního sálu. Hlavním důvodem proč rodičky analgezií nevyužily byl příliš rychlý průběh porodu, tudíž epidurální analgezií nebylo možné aplikovat. Druhou častou odpovědí byl strach z aplikace a možných následků. S tímto faktem by zajisté pomohla brožura o které se zmiňuji v další kapitole. Rodičky by měly informace, které by jim mohly pomoci strach eliminovat.

Jednou z dalších otázek mé bakalářské práce bylo zjistit, jak rodičky hodnotí bolest před a po aplikaci epidurální analgezie. Bolest rodičky hodnotily na škále bolesti od 1 do 10. Nejčastěji uváděly, před aplikací epidurální analgezie, č. 10, č. 9 a č. 8. Po aplikaci analgezie bylo nejčastěji uvedeno na škále bolesti číslo 2 a číslo 3. Podobně hodnotila bolest před a po aplikaci epidurální analgezie ve své práci Kallasová. Před aplikací hodnotily ženy nejčastěji bolest číslem 8. Po aplikaci nejčastěji bylo hodnocení bolesti zastoupeno číslem 2 a číslem 5 (Kallasová, 2010). Z výsledků obou prací vyplývá, že epidurální analgezie účinně ulevuje rodičkám od porodních bolestí.

Michaela Kallasová se ve své práci věnovala nežádoucím účinkům, kdy nejčastěji rodičky uváděly hypotenzi, zvracení a brnění končetin. Touto otázkou jsem se ve výzkumné části bakalářské práce nezabývala. Avšak dle informací, které jsem získala při psaní teoretické části práce mohu říci, že zvracení je ve většině případech způsobeno právě zmiňovanou hypotenzí, čili poklesem krevního tlaku po aplikaci epidurální analgezie při spontánním porodu. U operačních porodů může být zvracení způsobeno tahem za peritoneum, nebo manipulací s dělohou nikoliv samotnou epidurální analgezií. Stejně tak brnění končetin. Kallasová v otázce neuvádí zda horních či dolních končetin, což je zásadní rozdíl. Brnění dolních končetin je známkou epidurální blokády nikoliv nežádoucí účinek. Naopak brnění horních končetin může být způsobeno vyšším rozsahem blokády jak je také zmíněno v teoretické části mé bakalářské práce v kapitole možných nežádoucích účinků neuroaxiálních metod. Brnění končetin však nemusí souviset s epidurální analgezií jako takovou, může být například způsobeno špatným dýcháním rodičky, tzv. hyperventilací v průběhu kontrakcí, nebo na podkladě hysterie. Myslím si, že odpovědi rodiček mohou být v této zkoumané otázce zkreslené.

Výzkumná část mé bakalářské práce se z části věnovala ženám, které rodily císařským řezem. Z výsledků je zřejmé, že metodu epidurální anestezie si nejčastěji rodičky volí z důvodu možnosti vidět novorozenou dceru/syna ihned po porodu a možné přítomnosti partnera u porodu. Při dalším císařském řezu by si metodu epidurální anestezie zvolilo 100 % žen. Přítomnost partnera u císařského řezu v dnešní době využívá většina rodiček, jejichž porod může být veden v epidurální anestezii.

Téma mé bakalářské práce je mi velmi blízké a setkávala jsem se s otázkou zda epidurální analgezií využít či nevyužít velmi často. Při psaní teoretické části práce mi byly informace známé, avšak některými poznatky jsem si rozšířila povědomí například o možných komplikacích, které mohou mít i velmi závažné následky pro rodičku. O historickém vývoji epidurální analgezie a hlavně o úskalích příchodu této metody do našich porodnic. Obrovský podíl na zavedení analgezie u porodu má doc. MUDr. Antonín Pařízek, CSc, který je právem považován za zakladatele epidurální analgezie v České republice.

Závěrem této kapitoly mohu říci, že z výsledků výzkumu obou bakalářských prací je patrné, že epidurální analgezie či anestezie neodmyslitelně patří k porodnictví dnešní doby, kdy rodičky očekávají účinný boj s bolestí při porodu. Zajímají se o tyto metody,

snaží se zjistit potřebné informace již před porodem a z větší části analgezii při porodu využívají, a to jak v porodnici U Apolináře tak v porodnici Šumperské nemocnice.

9 Návrhy pro praxi

Přínosem pro rodičky by zajisté bylo vytvoření stručné brožury, která by se zabývala neuroaxiálními metodami tlumení porodních bolestí. Měla by být stručná a srozumitelná především pro nastávající maminky, které jsou zavaleny informacemi o možnostech tlumení bolestí při porodu a leckdy z přemíry informací váhají zda epidurální analgezií vůbec využít.

Z výsledků práce je patrné, že jako zdroj informací nejčastěji ženy využívají internet. A to i přesto, že tyto zdroje nevypovídají nic o kvalitě informací z nich získaných.. Brožura by se nemusela týkat jen gynekologicko-porodnické kliniky U Apolináře, ale i jiných porodnic. Každá porodnice by uvedla informace o možnostech poskytování analgezie, které by pro ni byly specifické. Například zda je analgezie hrazená pojišťovnou, což je dle mého názoru také velmi podstatná informace pro nastávající rodiče. Myslím, že vydání stručné brožury o metodách tlumení bolestí, by rodičkám v rozhodování o možnosti využití epidurální analgezie velmi pomohlo.

10 Závěr

Porodnická analgezie neodmyslitelně patří k vedení porodu dnešní doby, kdy rodičky očekávají účinný boj proti bolesti. Analgezie není pouze tlumení bolesti jako takové, ale díky analgezii dochází ke snižování stresu působícího na rodičku a plod. Vhodně podaná analgezie napomáhá přerušení kruhu: strach – bolest – napětí.

Bakalářská práce měla zjistit, zda rodičky využívají epidurální analgezii a zda byly s účinky spokojené. Mohu říci, že z výsledků práce je zřejmé, že rodičky využívají možnost epidurální analgezie a jsou personálem porodního sálu o možnostech analgezie informovány již při příjmu na porodní sál. Rodičky využívají nejčastěji analgezii z důvodu prožití bezbolestného porodu. Naopak nejčastějším důvodem proč rodičky epidurální analgezii nevyužily byl nedostatečný čas pro aplikaci analgezie z důvodu rychle postupujícího porodu. Ženy, které rodily císařským řezem, byly s anestezií spokojené a využily by tuto možnost i při dalším operačně vedeném porodu. Pro využití epidurální analgezie při dalším porodu kladně odpověděly i ženy rodící spontánně. Stanovené cíle práce byly naplněny.

Neuroaxiální metody jsou bezesporu nejčastěji využívané metody tlumení bolestí při porodu. I přes přemíru kladů této možnosti analgezie by se nemělo zapomínat na možné komplikace, kterým lze z větší části předejít díky péči porodníků a anesteziologů.

11 Seznam informačních zdrojů

Anim-Somuah, M., Smyth, RMD., Jones, L. (2011). *Pubmed: Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour*. Retrieved: November 17, 2014 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161362>.

Allman, K., G., Wilson, I., H. (2006). *Oxford handbook of anaesthesia*. Second edition. Oxford University Press.

Balasková, J. (2010). *Aktivní porod: Stručný průvodce přirozeným porodem*. Praha: Argo.

Bláha, J. (2013). Porodnická anestezie – Česko versus svět. *Praktická gynekologie*, 17(4), 287-292.

Bláha, J., Nosková, P., Klozová, R., Seidlová, D., Šťourač, P. & Pařízek, A. (2014). Současné postupy v porodnické anestezii III. - regionální anestezie u císařského řezu. *Anestezie a intenzivní medicína*, 25(1), 29-39.

Čech, E., Hájek, Z., Maršál, K., Srp, B. (2006). *Porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing

Gagnon, AJ., Sandall, J. (2007). *The cochrane library: Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both*. Retrieved November 10, 2014 from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002869.pub2/abstract>.

Grant, E., Tao, W., Craig, M., McIntire, D., Leveno, K. (2014). *Pubmed: Neuraxial analgesia effects on labour progression: facts, fallacies, uncertainties and the future*. Retrieved October 25, 2014 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Neuraxial+analgesia+effects+on+labour+progression%3A+facts%2C+fallacies%2C+uncertainties+and+the+future>.

Hamilton – Fairley, D. (2008). *Lecture Notes: Obstetrics and Gynaecology*. (3rd ed.). Wiley.

Hájek, Z., a kolektiv. (2004). *Rizikové a patologické těhotenství*. Grada Publishing.

Hájek, Z., Čech, E., Maršál, K., a kolektiv. (2014). *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing.

- Iqarashi, M. (2004). *Pubmed: Floppy infant syndrom*. Retrieved November 14, 2014 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19078754>.
- Jindrová, B., Stříteský, M., Kunštýř, J. a kolektiv. (2011). *Praktické postupy v anestezii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing.
- Kallasová, M. (2010). *Zhodnocení přínosu porodnické epidurální analgezie z pohledu rodiček* (Bakalářská práce). Dostupné z: <https://theses.cz/>.
- Kolektiv autorů. (2006). *Vše o léčbě bolesti - příručka pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing.
- Kratochvíl, S. (2009). *Klinická hypnóza-3. aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Grada Publishing.
- Málek, J. a kolektiv. (2011). *Praktická anesteziologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing.
- Odent, M. (2007). *Birth and breastfeeding*. Scottish Book Source. Published by Clairview.
- Pařízek, A. a kolektiv. (2012a). *Analgezie a anestezie v porodnictví*. Praha: Galén.
- Pařízek, A. (2008). *Kniha o těhotenství a dítěti*. Třetí vydání. Praha: Galén.
- Pařízek, A. a kolektiv. (2012b). *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén.
- Pařízek, A. (2004). Porodnická analgezie. *Moderní babictví*, 3, 20-29.
- Pařízek, A. (2009). *Kniha o těhotenství a dítěti*. Čtvrté vydání. Praha: Galén.
- Penka, M., Binder, T., Dulíček, P. (2010). Doporučené postupy antitrombotického zajištění těhotných podle rizika tromboembolické nemoci (TEN). *Moderní babictví*, 19, 1-5.
- Peschout, R. (2013). Diabetes mellitus a těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 22(2), 129-136.
- Roztočil, A. a kolektiv. (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada.
- Sachs, A., Smiley, R. (2014). *Pubmed: Post-dural puncture headache: The worst common complication in obstetric anesthesia*. Retrieved November 8, 2014 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25146108>.

Slezáková, L. a kolektiv. (2011). *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III-gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie. 2.*, doplněné vydání. Grada Publishing.

Šťourač, P., Bláha, J., Nosková, P., Klozová, R. & Seidlová, D. (2014). Současné postupy v porodnické anestezii IV.-anesteziologické komplikace u císařského řezu. *Anestezie a intenzivní medicína*, 25(2), 123-134.

Vaculková, E. (2008). Přítomnost partnera u porodu. *Sestra*, 10, 50-51.

Vavřínková, B. (2013). Drogová závislost v těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 22(2), 153-166.

12 Seznam příloh

Příloha A: Seznam tabulek a grafů

Příloha B: Seznam zkratk

Příloha C: Žádost o schválení výzkumného šetření

Příloha D: Stanovisko etické komise

Příloha E: Dotazník

Příloha F: Prohlášení k nahlížení

Příloha A: Seznam tabulek a grafů

Tabulky

Tabulka č. 1: Věk rodiček	39
Tabulka č. 2: Četnost porodů	40
Tabulka č. 3: Způsob porodu	41
Tabulka č. 4: Informovanost rodiček	44
Tabulka č. 5: Nabídnutí analgezie.....	47
Tabulka č. 6: Využití analgezie.....	48
Tabulka č. 7: Odmítnutí analgezie	49
Tabulka č. 8: Volba epidurální analgezie.....	51
Tabulka č. 9: Spokojenost s analgezií.....	53
Tabulka č. 10: Hodnocení bolesti.....	54
Tabulka č. 11: Analgezie u dalšího porodu.....	56
Tabulka č. 12: Informovanost o anestezii	57
Tabulka č. 13: Volba anestezie	59
Tabulka č. 14: Spokojenost s anestezii	61
Tabulka č. 15: Anestezie a další porod	62

Grafy

Graf č. 1: Věk rodiček.....	40
Graf č. 2: Četnost porodů.....	41
Graf č. 3: Způsob porodu	42
Graf č. 4: Informovanost rodiček	45

Graf č. 5: Nabídnutí analgezie	47
Graf č. 6: Využití analgezie	48
Graf č. 7: Odmítnutí analgezie	50
Graf č. 8: Volba epidurální analgezie	52
Graf č. 9: Spokojenost s analgezií.....	53
Graf č. 10: Hodnocení bolesti	55
Graf č. 11: Analgezie u dalšího porodu	56
Graf č. 12: informovanost o anestezii	58
Graf č. 13: Volba anestezie	59
Graf č. 14: Spokojenost s anestezii	61
Graf č. 15: Anestezie a další porod	62

Příloha B: Seznam zkratek

žok život ohrožující krvácení

tzv. takzvaný

Příloha C: Žádost o schválení výzkumného šetření

Vážená etická komise,

Jmenuji se Lenka Keilová a jsem studentkou bakalářského oboru Všeobecná sestra na I. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. K úspěšnému dokončení studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma „Využití a spokojenost rodiček s epidurální analgezií při porodu“. Cílem práce bude zjistit, zda rodičky využívají možnost epidurální analgezie, proč si tuto metodu vybraly a jak byly s účinky analgezie spokojeny. Výzkum bude realizován formou anonymního dotazníkového šetření na Gyn-por. klinice U Apoštináře v období od září do listopadu 2014. Oslovené budou rodičky na porodních sálech a odděleních šestinedělí. Tímto vás žádám o posouzení a povolení tohoto výzkumného šetření.

Předem děkuji

Keilová Lenka


Příloha D: Stanovisko etické komise

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
 128 08 Praha 2
 tel. 224964131
 e-mail: zuzana.balikova@vfn.cz

Vážená paní

Lenka Keilová, DiS.
 Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK
 Apolinářská 18
 128 08 Praha 2

16.10.2014
 čj.1944/14 S-IV (ind.výzkum)

Zasílací adresa: U Svobodárny 1071/7, 190 00 Praha 9

Vážená paní Keilová,
 Etická komise VFN projednala na svém zasedání dne 16.10.2014 Vámi předložený projekt – ind.výzkum:
 čj.: 1944/14 S-IV.

Název studie: Bakalářská práce – dotazníkový projekt:
 Využití a spokojenost rodiček s epidurální analgezií při porodu.

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report from the CT commencement: 1x ročně/Once a year Jiná lhůta/ Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion: Ano/Yes Ne , zdůvodnění/ No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti: 22.9.2014

Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session: 16.10.2014 (15,30 – 18,45 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, na kterých se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled/ List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Lenka Keilová, DiS., Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK, Apolinářská 18, 128 08 Praha 2.	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů/ List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis z 22.9.2014	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník k předkládaným dokumentům – Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii u pacientů (22.9.2014)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro rodičky, česká nedatovaná verze	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci podepsaná Mgr. Svobodovou, vč. Souhlasu vrchní sestry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Lenka Keilová, DiS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise: EK VFN nemá etických námitek proti předloženému projektu a souhlasí s jeho realizací na Gynekologicko-porodnické klinice VFN a 1. LFUK.


 Podpis předsedy EK /Signature of chairperson

1/2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted		
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No	
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MUDr. Hana Honová	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. MUDr. František Perlik, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mistopřed- seda/Vice- chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatric AdolescentMed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
MUDr. Kateřina Rusinová, MgA.	Ž/F	Anesthesiologist- Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

pozn.: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

Ano/Yes Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 16.10.2014

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

2/2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze

Příloha E: Dotazník

Milé maminky,

jmenuji se Lenka Keilová a jsem studentkou bakalářského oboru Všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. K úspěšnému dokončení studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma „Využití a spokojenost rodiček s epidurální analgezií při porodu“. Proto bych Vás ráda požádala o pečlivé vyplnění následujícího dotazníku, který bude použit výhradně pro zpracování mé bakalářské práce a v žádném případě nebude výsledků zneužito k jinému účelu.

Předem děkuji za vyplnění a gratuluji k narození děťátka.

1) Kolik je Vám let?

- a) 20-25
- b) 26-30
- c) 31-35
- d) 36 a více

2) Po kolikáté jste rodila?

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

3) Rodila jste:

- a) spontánně
- b) císařským řezem (pokračujte prosím otázkou č. 12)
- c) jiné: vakuumextraktor, klešťový porod

4) Informovala jste se předem o možnostech analgezie při porodu?

a) ano, uveďte kde: internet

předporodní kurz (porodní asistentka)

těhotenská poradna (lékař, porodní asistentka)

kamarádka

jinde:.....

b) ne

5) Byla Vám před porodem personálem nabídnuta možnost epidurální analgezie?

a) ano

b) ne

6) Využila jste epidurální analgezi při porodu?

a) ano

b) ne

7) Pokud jste nevyužila možnost epidurální analgezie, co bylo toho důvodem?

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

8) Otázky 8 až 11 jsou určeny pro rodičky, které využily při porodu epidurální analgezi.

Proč jste si zvolila metodu epidurální analgezie?

a) doporučení personálu (lékař, porodní asistentka)

b) chtěla jsem bezbolestný porod

c) jiný důvod, uveďte jaký.....

9) Byla jste s účinky epidurální analgezie spokojená?

a) ano

b) ne

10) Ohodnoťte na škále 1-10 bolest, kterou jste pociťovala (zakroužkujte)

a) před epidurální analgezií (1-2-3-4-5-6-7-8-9-10)

b) po aplikaci epidurální analgezie (1-2-3-4-5-6-7-8-9-10)

11) Využila byste metodu epidurální analgezie při dalším porodu?

a) ano

b) ne

12) Kde jste se informovala o možnostech anestezie využívaných při císařském řezu?

a) internet

b) předporodní kurz

c) těhotenská poradna

d) kamarádka

e) jinde, uveďte kde.....

13) Proč jste si zvolila tuto metodu anestezie?

a) nižší riziko ovlivnění plodu léky

b) strach z celkové anestezie

- c) možnost přítomnosti partnera u porodu
- d) možnost vidět dceru/syna ihned po porodu
- e) z jiného důvodu, uveďte jakého.....

14) Byla jste s volbou anestezie spokojená?

- a) ano
- b) ne

15) Vybrala by jste si tuto metodu anestezie i při dalším císařském řezu?

- a) ano
- b) ne

Ještě jednou Vám děkuji za Váš čas, který jste věnovala vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha F: Prohlášení k nahlížení

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis