

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Pavλίna Trojanová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Bolest po porodu

Pavλίna Trojanová

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavčina Trojanová**
Osobní číslo: **Z12313**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Bolest po porodu**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

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

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

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. BINDER, Tomáš. Porodnictví. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
2. HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
3. KOUDELKOVÁ, Vlasta. Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí. 1. vyd. Praha: Triton, 2013, 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1.
4. ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
5. VAŇÁSEK, Jaroslav, ČERMÁKOVÁ Kateřina a Iveta KOLÁŘOVÁ. Bolest v ošetrovatelství. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014, ISBN 978-80-7395-769-8.

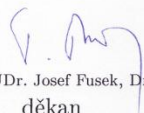
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Helena Petržílková


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **6. června 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **25. srpna 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 24. června 2016

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 25. 8. 2016

Pavλίna Trojanová

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Heleně Petržílkové za věnovaný čas, cenné rady a za odborný dohled při vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala své rodině a přátelům za podporu při psaní této bakalářské práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem respondentkám za ochotu a vstřícnost při vyplňování dotazníků k mé bakalářské práci.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku bolesti v raném šestinedělí po vaginálně vedeném porodu, na její nejčastější příčiny a péči porodní asistentky o ženy v tomto období. Výzkumnou část tvoří rozbor dotazníkového šetření. U vybraného vzorku respondentek byly vyhledávány nejčastější bolesti objevující se v raném šestinedělí. Dále bylo zjišťováno jaké farmakologické a nefarmakologické metody tlumení bolesti jsou nejpoužívanější v tomto období, a jak intenzivní bolesti subjektivně pociťují respondentky po využití těchto metod.

KLÍČOVÁ SLOVA

bolest, farmakoterapie, porodní asistentka, šestinedělí

TITLE

Pain after childbirth

ANNOTATION

Bachelor thesis is focused on the pain in the early postpartum period after giving birth vaginally administered on its most frequent causes and midwifery care for women during this period. The research forms part of the analysis of the survey. The selected sample of respondents were searched frequently occurring pain in the early postpartum period. It was also examined how pharmacological and non-pharmacological methods of pain control are the most used in this period, and how intense the pain subjectively felt by the respondent after using these methods.

KEYWORDS

pain, pharmacotherapy, midwife, childbed

OBSAH

0	Úvod.....	10
	CÍL PRÁCE	11
	I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1	BOLEST	12
1.1	Typy bolesti.....	12
1.1.1	Akutní bolest.....	12
1.1.2	Chronická bolest	13
1.2	Hodnocení bolesti.....	13
1.2.1	Nástroje pro hodnocení bolesti	13
1.3	Farmakoterapie v raném šestinedělí.....	14
1.3.1	Farmakologické metody	14
1.3.2	Nefarmakologické metody.....	15
2	NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY BOLESTÍ V RANÉM ŠESTINEDĚLÍ.....	16
2.1	Péče porodní asistentky o involuci děložní v šestinedělí.....	16
2.2	Péče porodní asistentky o prsy a kojení v šestinedělí	17
2.2.1	Problémy s uvolňování mléka.....	18
2.2.2	Bolestivé nalití prsů	18
2.2.3	Retence mléka.....	18
2.2.4	Trhliny bradavek (ragády)	18
2.3	Péče porodní asistentky o poranění hráze	19
2.3.1	Trhlina hráze (ruptura).....	19
2.3.2	Nástřih hráze (epiziotomie)	20
2.3.3	Hematom.....	20
2.3.4	Zánět v ráně	20
	II. VÝZKUMNÁ ČÁST	22
3	VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY	22

3.1	Výzkumné cíle	22
3.2	Výzkumné otázky.....	22
4	METODIKA A VÝKUMNÝ VZOREK	23
4.1	Metodika výzkumu.....	23
4.2	Výzkumný vzorek	23
4.3	Zpracování dat.....	24
5	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	25
	DISKUZE	44
	ZÁVĚR	49
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
	SEZNAM PŘÍLOH.....	53
	Příloha A: Dotazník	53
	Příloha B: Škály bolesti	57
	Příloha C: Involuce děložní v jednotlivých dnech po porodu	58

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 - Termín porodu	25
Obrázek 2 - Vedení porodu.....	26
Obrázek 3 - Komplikace raného šestinedělí	29
Obrázek 4 - Intenzita bolesti hráze	32
Obrázek 5 - Intenzita bolesti prsou	32
Obrázek 6 - Intenzita bolesti břicha	33
Obrázek 7 - Intenzita bolesti při močení.....	34
Obrázek 8 - Intenzita bolesti při vyprazdňování stolice	34
Obrázek 9 - Farmakologické metody.....	36
Obrázek 10 - Intenzita bolesti hráze po farmakoterapii.....	38
Obrázek 11 - Intenzita bolesti prsou po farmakoterapii	38
Obrázek 12 - Intenzita bolesti břicha po farmakoterapii	39
Obrázek 13 - Intenzita bolesti při močení po farmakoterapii	40
Obrázek 14 - Intenzita bolesti při vyprazdňování stolice po podání farmakoterapie	40
Obrázek 15 - Bolest hráze po podání nefarmakologických metod	43
Obrázek 16 - Intenzita bolesti prsou po podání nefarmakologických metod	43
Obrázek 17 - Vizuální analogová škála bolesti	57
Obrázek 18 - Numerická škála bolesti	57
Obrázek 19 - Obličejová škála bolesti	57
Obrázek 20 - Involuce děložní.....	58
Tabulka 1 - Epiziotomie	27
Tabulka 2 - Ruptura hráze	27
Tabulka 3 - Komplikace raného šestinedělí.....	28
Tabulka 4 - Poporodní bolesti.....	31
Tabulka 5 - Farmakoterapie	35
Tabulka 6 - Nefarmakologické metody	41
Tabulka 7 - Využité nefarmakologické metody	41

0 ÚVOD

Bolest jako taková je součástí porodu již od nepaměti. Málokterá žena je však na ni připravena a tím méně je připravena na bolesti, které následují po porodu. Bolest po porodu působí jak na složku fyzickou, tak emocionální, ale každá žena ji prožívá zcela jinak. Po porodu může mít žena pocit ztráty přitažlivosti, neužitečnosti nebo může trpět depresemi. Najednou se nestará jen o sebe, ale musí se starat i o dítě, které je na ní závislé a už to ženu vyčerpává po psychické stránce. Nejde jen o přebalování, koupání a kojení. Žena musí k dítěti v noci vstávat, což jí velmi vyčerpává hlavně po fyzické stránce a pokud trpí jakoukoliv bolestí, je vstávání o to náročnější. Období raného šestinedělí je velice individuální a u žádné ženy se nedá předem předvídat jeho průběh.

Velkou roli ve zvládnutí období raného šestinedělí má porodní asistentka, která tráví s ženou po porodu nejvíce času. Je na ní, aby ženu dostatečně informovala o všech změnách, které v jejím organizmu po porodu nastanou a mohla jí v tomto období podporovat. Ženy dnes mají po příchodu z nemocnice také možnost kontaktovat soukromou porodní asistentku, která se zabývá terénní péčí a s ní konzultovat problémy nebo potíže, které by se mohly v šestinedělí vyskytnout. I přesto, že bolesti po porodu trápí téměř každou ženu, se o tomto tématu příliš nehovoří. O bolestech po porodu by měly být informovány také ženy před vlastním porodem, nejlépe na kurzech předporodní přípravy. Tyto ženy potřebují stejnou míru informací jako ženy po porodu, aby byly připravené a bolest po porodu je nezaskočila. Úlohou porodní asistentky na oddělení šestinedělí je mimo jiné také sledování, hodnocení a zapisování bolesti, její intenzity a trvání do dokumentace v porodní asistenci. Mezi další povinnosti porodní asistentky patří edukování nečekaných o možnostech, jak farmakologické tak nefarmakologické léčby bolesti a o možnostech terapie po propuštění z nemocnice. Po dobu mé praxe na porodním sále a oddělení šestinedělí jsem se setkala s řadou žen, které trpěly poporodními bolestmi a měly mnoho otázek, ale i s ženami, které rodily podruhé a vícekrát a mnohdy tápaly a styděly se o problémech mluvit. Právě to byl důvod, proč jsem si vybrala toto téma bakalářské práce. Ráda bych byla ženám nápomocna, uměla jim odpovídat na jejich dotazy a mohla jim poskytnout náležitou péči. Zajímá mě, jakými bolestmi nejvíce ženy po porodu trpí a jestli znají možnosti, jak si od bolestí pomoci.

CÍL PRÁCE

Hlavní cíle

Hlavním cílem teoretické části je přiblížit čtenáři problematiku poporodní bolesti, její druhy, metody hodnocení bolesti v porodní asistenci a terapii bolesti.

Výzkumná část má jako hlavní cíl zjistit, jak vybraná skupina respondentek vnímá bolest v raném šestinedělí.

Dílčí cíle

Zjistit, jaké bolesti nejčastěji respondentky pociťují v raném šestinedělí.

Porovnat účinnost farmakologických a nefarmakologických metod z pohledu oslovených respondentek v období raného šestinedělí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 BOLEST

„Bolest je to, co člověk cítí, když říká, že ho to bolí.“

McCaffery M.

Bolest je podle Světové organizace pro léčbu bolesti (IASP - International Association for the Study of Pain) a Světové zdravotnické organizace (WHO – World Health Organization) definována jako nepříjemná sensorická a emoční zkušenost, která se vztahuje k aktuální nebo potenciální poruše tkání nebo skutečnost popsaná v termínech takového poškození.

Bolest dělíme na dva základní typy – akutní a chronickou a je charakterizována třemi základními dimenzemi – sensorickou, emoční a kognitivně vyhodnocovací (Vaňásek, 2014, s. 7).

1.1 Typy bolesti

Bolest dělíme na akutní, chronickou dále na fantomovou (bolest vnímaná v amputované části těla), kauzalgii (trvalá pálivá bolest), neuralgii (vzniká drážděním nervů) nebo bolest povrchovou a hlubokou somatickou (viscerální) (Vaňásek, 2014, s. 8 – 9).

1.1.1 Akutní bolest

Vzniká okamžitě po bolestivém podnětu. Nejčastěji se jedná o bolesti svalové, kloubní, slizniční, bolesti zubů a kolikovitě bolesti. Akutní bolest trvá několik hodin, dnů, týdnů, maximálně však 3 měsíce. Vzniká na podkladě poškození tkáně nebo orgánu, mechanicky nebo na základě nemoci.

Bolest akutní je velmi dobře lokalizovatelná a je varovným signálem poškození organismu, který přivádí nemocného k lékaři.

Mezi typické příznaky akutní bolesti patří pocení, zrychlený tep, zrychlené dýchání, paralýza střev, retence moči, hyperglykémie, vazokonstrikce (Vaňásek, 2014, s. 7 – 8; Rokyta, 2009, s. 32 – 35).

1.1.2 Chronická bolest

Bolest chronická trvá delší dobu, obvykle 3 – 6 měsíců, ale může trvat i delší nebo naopak kratší dobu. Jedná se o bolest, která se stala samostatným onemocněním.

Mezi nejčastější chronické bolesti patří vertebrogenní bolesti, osteoartritida, revmatoidní artritida, osteoporóza, myofasciální syndrom a bolesti hlavy.

Typickými příznaky chronické bolesti jsou poruchy spánku a chování, deprese, změny osobnosti, zhoršená kvalita života, sociální izolace, zácpa, a ztráta zaměstnání (Vaňásek, 2014, s. 7 – 8; Rokyta, 2009, s. 32 – 35).

1.2 Hodnocení bolesti

Hodnocení bolesti je důležitým faktorem pro účinnou léčbu, avšak bolest je subjektivní počitek a neexistuje žádná metoda, která by dokázala objektivně změřit její intenzitu. Pro získání anamnézy se nejčastěji používá rozhovor s klientem, který je přizpůsobený jeho zdravotnímu stavu. K hodnocení bolesti užíváme kategoriální nebo analogové stupnice, podle kterých klient označuje intenzitu a kvalitu vnímání bolesti. U akutní bolesti, která bývá způsobena traumatem, může rozhovor trvat několik málo minut, naopak u bolesti chronické bývá rozhovor delší. Během rozhovoru s klientem se zaměřujeme na lokalizaci bolesti, intenzitu, časový průběh, vyvolávající, zhoršující a úlevové faktory. Další součástí anamnézy je pozorování a to hlavně neverbálních projevů bolesti, mezi které patří vzdechy, pláč, nářek, mimické projevy bolesti, poloha těla, pocit na zvracení, závratě nebo bušení srdce. Důležité je během anamnestického rozhovoru klást otázky na to, kdy bolesti začaly, charakter bolesti, místo, kde se bolest vyskytuje, jak je bolest silná a jak často se vyskytuje (Vaňásek, 2014, s. 12 – 15; Rokyta, 2009, s. 35 – 37).

1.2.1 Nástroje pro hodnocení bolesti

V porodní asistenci se používá několik nástrojů pro hodnocení bolesti, pomocí nichž se hodnotí intenzita a umístění bolesti. Mezi nejčastěji používané nástroje pro hodnocení bolesti patří **Vizuální analogová škála bolesti (VAS – Visual Analogue Scale)**, na které klienti hodnotí intenzitu bolesti pomocí vodorovné nebo svislé stupnice od 0 do 10, kdy nula znamená žádná bolest a deset je bolest nesnesitelná (Rokyta, 2009, s. 35 – 37).

Další velmi používanou škálou je **Numerická škála bolesti**, která obdobně jako VAS používá k určení intenzity bolesti číselnou stupnici od 0 do 10 (Vaňásek, 2014, s. 13).

Obličejová škála bolesti (Faces Pain Scale) se nejčastěji používá v pediatrii a u lidí se zhoršenou schopností komunikace, kdy nedovedou popsat intenzitu bolesti. Obličejové znázorňují stav pohody až po nejvyšší stupeň utrpení (Příloha B) (Rokyta, 2009, s. 35).

Mezi další používané nástroje patří **Dotazník McGillovy Univerzity (MPQ – McGill Pain Questionnaire)** a to ve své zkrácené formě. Tento dotazník je zaměřen na charakter bolesti a její výstižný popis. Ke zhodnocení, jak bolest ovlivňuje klienty během jejich denních aktivit, slouží **Dotazník interference bolestí s denními aktivitami (DIBDA)**, kdy si klient zvolí v tabulce možnost, která odpovídá jeho skutečně prožívané bolesti. **Mapa bolesti podle M. S. Margolese** je pomocný nástroj, který slouží k upřesnění místa bolesti, kterou klient pociťuje a jejího charakteru. Pro vyznačení místa bolesti se používají barevné fixy. Červená barva znamená palčivou bolest, modrá barva poté bolest jako takovou, žlutá barva signalizuje bolest tupou, bodavou nebo řezavou a zelená barva znamená bolest svíravou (Rokyta, 2009, s. 35 - 37; Vaňásek, 2014, s. 13; Janáčková, 2007, s. 16).

1.3 Farmakoterapie v raném šestinedělí

Po spontánně vedeném vaginálním porodu je několik možností, jak tlumit poporodní bolesti. Nedělký mají na výběr mezi farmakologickými a nefarmakologickými metodami analgezie, ale nejčastěji jsou na oddělení šestinedělí tyto metody kombinovány. Léky na tlumení bolesti ordinuje vždy lékař a je nutné je užívat dle jeho ordinace (Rokyta, 2009, s. 4).

Cílem léčby bolesti je snížit nebo úplně odstranit bolest klienta s minimálními vedlejšími účinky. V porodní asistenci se využívá, jak farmakologická léčba bolesti tak také nefarmakologická (Rokyta, 2009, s. 4).

1.3.1 Farmakologické metody

Farmakologická léčba je základem, jak pro léčbu akutní tak chronické bolesti. Podle intenzity bolesti je léčba rozdělena do tří základních stupňů a tvoří analgetický žebříček podle WHO pro léčbu nádorové bolesti a mezi další důležitá vodítka pro léčbu bolesti patří oxfordská liga analgetik, která se zaměřuje zejména na farmakoterapii akutní bolesti. Nedělký mají k dispozici jak perorální analgetika, tak rektální čípky. Při silných bolestech je možnost využít i injekční analgezie, nebo pokud byl porod vedený v epidurální anestezii je možné analgetika podat do epidurálního katetru (Hakl, 2012, s. 21; Fait, 2014, s. 54).

Analgetika – Perorální analgetika patří mezi nejvyužívanější metody analgezie v raném šestinedělí. Mezi nejčastěji užívaná perorální analgetika patří léky na bázi paracetamolu

(Ataralgin™, Paralen™, Panadol™), dále se mohou užívat nesteroidní antirevmatika (Ibalgin™) a při zánětech se mohou kombinovat s antibiotiky (Rokyta, 2009, s. 16).

Rektální čípky – Rektální čípky jsou u nedělek také často používané a jsou předepisovány i v případech, kdy nedělky pocítují bolest při vyprazdňování často způsobené hemoroidy. Mezi nejběžněji předepisované patří diklofenak (Dicloream™), paracetamol (Paralen™ supp.) nebo indometacinové čípky (Rokyta, 2009, s. 16).

Injekční analgetika – Injekční analgetika jsou ordinována zejména u velmi silných bolestí a po porodu vedeném pomocí císařského řezu, vakuumextraktoru nebo pomocí porodnických kleští. Mezi nejvyužívanější patří piritramid (Dipidolor), který se řadí mezi silné opiáty (Rokyta, 2009, s. 16).

1.3.2 Nefarmakologické metody

Tyto metody lze užívat bez předpisu lékaře a je pouze na nedělce, jak často a v jakém množství jich bude využívat. Úkolem PA je edukovat nedělku o těchto metodách a jejich správném využití nejen v raném šestinedělí ale i po propuštění z oddělení šestinedělí. Mezi nefarmakologické metody využívané v raném šestinedělí patří léčba chladem, kterou nedělky využívají zejména ke zmírnění otoku a bolestivosti hráze, ale také k chladivým obkladům prsou v případech, kdy jsou prsa bolestivě nalitá. Mezi další často využívanou metodu se řadí masáže, zejména prsů, které slouží k uvolnění bolestivě nalitých prsů nebo při retenci mléka. Masáže mohou nedělky provádět v teplé sprše, kdy přívětivě působí teplá voda nebo pomocí éterických olejů vhodných pro období šestinedělí. Hydroterapie neboli sprchování vlažnou vodou je nedělkám doporučováno ke zmírnění otoků a bolestivosti v oblasti hráze a prsů zároveň se jedná o prevenci vzniku infekce (Koudelková, 2013, s. 34 – 43; Gregora, 2011, s. 67 - 69).

2 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY BOLESTÍ V RANÉM ŠESTINEDĚLÍ

Šestinedělí je období, které trvá do 42. dne po porodu. Je charakterizováno fyziologickými změnami organismu, kdy se vrací do podoby před těhotenstvím. Šestinedělí dělíme na:

Rané (časné) – prvních 7 dní po porodu, patří sem již IV. doba porodní, která začíná porodem placenty a končí dvě hodiny po porodu, kdy je nedělka přestěhována z porodního sálu na oddělení šestinedělí (Hájek, 2014, s. 208).

Pozdní – je charakterizováno od sedmého dne do šesti týdnů po porodu a je to doba nutná k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů (Hájek, 2014, s. 208).

Mezi nejčastější bolesti raného šestinedělí, které jsou v literatuře popisovány, patří involuce děložní, bolest v oblasti hráze způsobenou poraněním hráze, hematodem nebo zánětem v místě poranění hráze. V literatuře jsou uváděny jako další z častých bolestí bolesti prsou, které bývají často bolestivě nalité anebo jsou na prsních bradavkách přítomny ragády (trhliny). Tyto bolesti trápí klientky nejčastěji v raném šestinedělí, ale mohou trvat i po celou dobu pozdního šestinedělí (Roztočil, 2008, s. 127).

2.1 Péče porodní asistentky o involuci děložní v šestinedělí

Děloha prochází během šestinedělí největšími změnami. V průběhu těhotenství zvětšila svou hmotnost z 80 g až na 1 000 g, několikanásobně zvětšila svůj objem a musí se navrátit do svého původního stavu. (Hájek, 2014, s. 209).

Na změnách dělohy se podílejí tři základní procesy. Retrakce, při které dochází ke zkracování pružných svalových vláken a v důsledku toho se začíná odlučovat placenta, kontrakce, kdy se aktivně smršťuje *myometrium* (děložní svalovina) a tvoří se retroplacentární hematom a involuce, což je postupný proces, při kterém se srašťují a zmenšují svalová vlákna (Hájek, 2014, s. 209).

Děloha má po porodu oválný tvar a dosahuje 1 – 2 prsty pod pupek. Za fyziologickou involuci děložní je považováno zavinování dělohy 1 cm za 24 hodin (Příloha C). U multipar a vícečetných těhotenství bývá involuce pomalejší. Stahování dělohy brání také plný močový měchýř a naplněné střevní kličky. Involuce děložní je pociťována jako slabé děložní kontrakce a její intenzita se zvyšuje při kojení, kdy je do krve vyplavován hormon oxytocin, který vyvolává děložní kontrakce. Se smršťováním dělohy dochází k uzavírání

děložních cév, což vede k odumření zbylé děložní sliznice, a vše pak z těla odchází ve formě očístků. Očistky (*lochia*) jsou směsí raného sekretu, děložní sliznice, krevních sraženin, tkáňového moku a sekretů z děložního hrdla, pochvy a vulvy. Podle barvy a délky trvání jsou očistky rozděleny na *lochia rubra*, ve kterých v prvních třech dnech po porodu převládá krevní složka, čtvrtý den po porodu jsou nahnědlá - *lochia fusca*, mezi pátým až sedmým dnem získávají očistky žlutavou barvu - *lochia flava*. Po prvním týdnu jsou očistky již bělavé barvy - *lochia alba* a do konce šestinedělí převládají *lochia mucosa*, hlenovité. Očistky mají alkalické pH, a tím zvyšují riziko infekce, proto je v šestinedělí velice důležitá hygiena rodidel (Hájek, 2014, s. 209 - 210; Binder, 2011, s. 80 – 83; Roztočil, 2008, s. 128).

Porodní asistentka (PA) může podpořit involuci děložní již na porodním sále a to včasným přiložením novorozence k prsu matky a následným kojením. Dále zjišťuje náplň močového měchýře, pohmatem nad sponu stydkou, sleduje pohmatem výšku děložního fundu, tonus děložní a kontroluje vzhled i množství odcházejících očístků a podává léky dle ordinace lékaře k urychlení zavinování dělohy a tím i zamezení větší krevní ztráty. Dále PA sleduje citlivost dělohy na pohmat, zajistí dostatek hygienických vložek, čisté osobní prádlo a lůžkoviny. Klientce je doporučeno používat síťované jednorázové kalhotky nebo prodyšné bavlněné látkové kalhotky. Důležitá je edukace klientky o zavinování dělohy a o intenzitě kontrakcí při zavinování dělohy. Involuce děložní je zejména u vícerodiček velmi bolestivá a klientkám připomíná kontrakce. Pokud se děloha nezavinuje, PA informuje lékaře a doporučí nedělce polohu na břicho s podloženým polštářem v oblasti břicha, poučí ji o možnostech cvičení, eventuálně může nedělce položit na břicho závaží s pískem k urychlení zavinování dělohy (Hájek, 2014, s. 208 – 210; Binder, 2011, s. 80 – 83; Moravcová, 2015, s. 52 – 53; Koudelková, 2013, s. 44 - 47).

2.2 Péče porodní asistentky o prsy a kojení v šestinedělí

Po porodu se spontánně rozvíjí tvorba mateřského mléka (laktace), většinou okolo druhého až třetího dne po porodu. Dochází k nalití a ztvrdnutí prsů což může být u řady klientek bolestivé. Tvorba mléka je hormonálně ovlivněna prolaktinem a oxytocinem, ale souvisí také se stavem centrálního nervového systému. V prvních 48 hodinách se tvoří mlezivo (kolostrum), které obsahuje velké množství bílkovin, vitaminů a protilátek. Laktaci podporuje časté přikládání novorozence k prsu, ale přikládání nemělo být delší než 20 minut z každého prsu, jinak hrozí vznik ragád bradavek. Ty vyvolávají při kojení silné bolesti. Prevencí těchto problémů je důsledná edukace nedělky o správné technice kojení a přikládání novorozence k prsu. Nedílnou součástí péče o prsy je důsledná hygiena. Prsní bradavky

a dvorce znamenají otevřenou bránu pro infekci a tím možnost nepříjemné komplikace v podobě zánětu (Koudelková, 2013, s. 34 – 43; Hájek, 2014, s. 211 – 212).

2.2.1 Problémy s uvolňování mléka

Uvolňování mléka může být negativně ovlivněno stresem, používáním dokrmů nebo omezeným kojením. Jedná se o stav, kdy jsou prsy velmi pevné, plné a bolestivé. Tento stav je vyvolán jak rychlým nástupem laktace, tak otokem prsu. Nejčastěji k této situaci dochází v prvních 48 – 72 hodinách po porodu nebo kdykoliv po prodloužení pauzy mezi kojením. Prevencí a léčbou je pravidelné kojení, a pokud nedělka z jakéhokoliv důvodu nemůže kojít, je jí doporučeno odstříkání mléka buď ručně nebo pomocí manuální či elektrické odsávačky, aby nedocházelo k retenci mléka nebo zánětu. K uvolňování mléka může napomoci horká sprcha, horké obklady nebo nahřáté gelové vložky či pleny (Koudelková, 2013, s. 96).

2.2.2 Bolestivé nalití prsů

Objevuje se mezi 3. – 5. dnem po porodu, kdy dojde k přechodnému nalití prsou. Prsa jsou oteklá, horká na pohmat, bolestivá a zatvrdlá. Je nutné již od počátku kojení zahájit prevenci – časné přiložení novorozence k prsu po porodu, roaming – in, kojení dle chuti dítěte bez omezování délky a frekvence. Léčbou bolestivě nalitých prsů je častější kojení, stimulování prsu masáží, odstříkání trochy mléka před kojením, studené obklady na otok prsů mezi kojením a teplé obklady k uvolnění mléka před kojením (Koudelková, 2013, s. 96; Gregora, 2011, s. 67 - 69).

2.2.3 Retence mléka

Při retenci mléka jsou prsy velké, nalité, tvrdé a v některých případech může mít nedělka i zvýšenou teplotu nebo horečku. Nejčastější příčinou je nesprávná technika sání a omezované kojení. Podstatou je ucpání jednoho z vývodů mléčné žlázy zaschlým mlékem s následným otokem. PA nedělce doporučí teplou sprchu, používání teplých gelových obkladů nebo nahřátých plen. Provádět masáž prsou teplou vodou i manuálně ve sprše a to vždy před kojením. Je vhodné zvýšit častost přikládání novorozence k prsu (Koudelková, 2013, s. 97 – 98).

2.2.4 Trhliny bradavek (ragády)

Ragády jsou výsledkem nesprávné techniky sání a chybné polohy při kojení. K jejich vzniku stačí i jedno špatné přiložení novorozence k prsu. Nedělky se musí držet zásady, že kojení nesmí bolet. PA edukuje a kontroluje techniku a polohu při kojení, případně je upraví, doporučí používat chrániče bradavek do podprsenky mezi kojením i během kojení, edukuje

nedělkou, jakým způsobem má potírat poraněnou bradavku mateřským mlékem nebo hojivým krémem (Bepanthen) a hlavně poučí nedělkou o správné hygieně a častém větrání prsou. PA si ověří, jestli nedělka správně provádí doporučená opatření a pravidelně kontroluje hojení a eventuální známky zánětu (Koudelková, 2013, s. 97 – 98; Mydlilová, 2016, s. 27).

2.3 Péče porodní asistentky o poranění hráze

Porodní asistentka pečuje o bolest v oblasti hráze vzniklou otlaky, hematomem, epiziotomií nebo spontánní rupturou hráze. PA edukuje nedělkou o důsledném dodržování hygieny a pravidelně kontroluje hojení a stav porodních poranění. PA edukuje nedělkou o častém sprchování v oblasti poranění hráze vlažnou vodou po každé toaletě a dokonalým vysušením, samozřejmostí je pravidelná výměna hygienických vložek, které musí být prodyšné (vložky s igelitovou složkou napomáhají množení bakterií). Je nutné edukovat nedělkou o častém mytí rukou, otírání do jednorázových ručníků a eventuálně o používání dezinfekce na ruce. Nedělce s epiziotomií nebo rupturou PA doporučí vstávat a sedat si přes bok. K pohodlnějšímu a méně bolestivému sezení je nedělce doporučeno používat zejména v prvních dnech po porodu podložku (nafukovací kruh). Pokud se rána hojí sekundárně, PA aplikuje hojivé gely, masti či oleje s příměsí dubové kůry nebo heřmánku. K základní hygieně je nedělce doporučeno používání intimních gelů s hojivými přísadami a PA podává léky dle ordinace lékaře (metody vlhkého hojení ran, antibiotika, aplikace čistících i granulačních přípravků např. BetadinTM). PA pravidelně sleduje stav rány, krvácení, známky zánětu, vznik hematomu a bolestivost a změny hlásí lékaři (Koudelková, 2013, s. 31 – 33; Hájek, 2014, s. 446).

2.3.1 Trhlina hráze (ruptura)

Ruptura hráze je jedním z nejčastějších porodních poranění po spontánním vaginálním porodu. Postihuje obvykle všechny vrstvy, které tvoří hráz (kůži, podkoží, svalstvo) a zároveň část pochvy. Nejčastější příčinou ruptury hráze bývá špatné chránění hráze při porodu, předčasná deflexe hlavičky nebo příliš rychlý prostup hlavičky, kdy hráz nemá čas se přizpůsobit a rozvinout. Podle toho, jaké vrstvy hráze jsou poraněny, rozeznáváme:

1. stupeň – poranění kůže
2. stupeň – poranění svalstva perinea, svěrač není zasažen
3. stupeň – poranění postihující anální kanál
- 3a - poranění postihující < 50 % tloušťky zevního análního svěrače

3b – poranění postihující > 50 % tloušťky zevního análního svěrače

3c – poranění zevního a vnitřního svěrače, anální sliznice není poškozena

4. stupeň – poranění zevního a vnitřního svěrače a poranění anální sliznice (Hájek, 2014, s. 441 – 442).

2.3.2 Nástřih hráze (epiziotomie)

Nástřih hráze je nejčastější porodnický výkon, který se provádí v závěru druhé doby porodní při prořezávání hlavičky. Tento výkon se provádí především u primipar, kdy hráz brání hlavičce plodu v jejím prostupu a hrozí ruptura hráze a poševního introitu. Dalšími důvody pro provedení epiziotomie jsou např. rigidita a zjizvení hráze, velmi pevná a vysoká hráz, velký plod, předčasný porod, před porodnickými operacemi – porod per forcipem, vakuumextrakce nebo porod plodu koncem pánevním (Hájek, 2014, s. 467 – 469).

2.3.3 Hematom

Hematom v oblasti hráze a pochvy způsobuje u nedělek bolesti hlavně při posazování a chůzi. Může nedělku omezovat v běžných denních činnostech a v péči o novorozence. Na vzniku hematomu se podílí trauma (operační výkon, epiziotomie, ruptura) nebo se krev dostává mimo krevní řečiště samovolně při antikoagulační léčbě nebo při vrozených poruchách srážení krve. Hematom je výron krve mimo krevní řečiště, čímž je poškozováno okolí a může tím být způsoben zánět, který má za následek otok a další bolest. Lokalizace a velikost jsou důležitými aspekty, jelikož se liší v závažnosti, způsobu diagnózy a léčby. Jedná se o časnou komplikaci, která může být působena nezastaveným nebo následným krvácením. Je nutné provést neodkladnou revizi nástřihu se zástavou krvácení (Zeman, 2004, s. 328; Koudelková, 2013, s. 31 – 33).

2.3.4 Zánět v ráně

Zánět je odpovědí organismu na poškození tkáně. Fyziologicky zastává obrannou funkci, ale může být také poškozujícím faktorem. Zánět probíhá nejprve lokálně a poté následuje systémová odpověď organismu – horečka, zvýšení počtu bílých krvinek, zrychlení srdeční akce. Zánět v ráně po vaginálním porodu je způsoben sekundární infekcí hematomu nebo neléčenou předporodní kolpítidou. Nejčastěji vzniká při nedostatečném dodržování hygieny v šestinedělí. Léčí se jako lokální zánět s včasnou drenáží a při horečnatém průběhu s aplikací antibiotik. Mezi klinické projevy zánětu, které se hodnotí pomocí Celsových znaků, řadíme zčervenání (*rubor*), které je projevem překrvení zánětlivého ložiska, při kterém se

zvyšuje množství krve v jeho cévní síti. Dalším znakem je zteplání (*calor*), které je dáno zvýšeným průtokem krve zánětlivým ložiskem. Bolest (*dolor*) je způsobena chemickými, fyzikálně – chemickými a mechanickými změnami v místě zánětu. Posledním znakem zánětu je otok (*tumor*), který souvisí se zvýšeným množstvím krve v ložisku a následným výstupem tekutiny z krve do tkání (Hořejší, 2013, s. 64).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

3.1 Výzkumné cíle

Výzkumné cíle této práce byly stanoveny následovně:

1. Zjistit, jaké poporodní bolesti nejčastěji pociťují respondentky ve zkoumaném souboru v období raného šestinedělí.
2. Zjistit, jak respondentky ve zkoumaném souboru hodnotí účinnost farmakologických metod tlumení bolesti.
3. Zjistit, jak respondentky ve zkoumaném souboru hodnotí účinnost nefarmakologických metod tlumení bolesti.

3.2 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů práce a studia literatury k dané problematice byly zvoleny tyto výzkumné otázky:

1. Jaké nejčastější poporodní bolesti pociťují respondentky ve zkoumaném souboru?
2. Jak respondentky ve zkoumaném souboru, které využily farmakologických metod tlumení bolesti v raném šestinedělí, hodnotí účinnost těchto metod?
3. Jak respondentky ve zkoumaném souboru hodnotí účinnost nefarmakologických metod tlumení bolesti v raném šestinedělí?

4 METODIKA A VÝKUMNÝ VZOREK

4.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce je zpracována na základě výsledků dotazníkového šetření, které bylo realizováno od června do července 2016 na oddělení šestinedělí nemocnice krajského typu. Dotazník byl anonymní a byl použit pouze pro tento výzkum (Příloha A). Dotazník se skládá ze 12 otázek, obsahuje otázky otevřené (1), uzavřené (4) a polouzavřené (7). Otázky uzavřené byly výběrové, výčtové a škálové.

4.2 Výzkumný vzorek

Z celkem 60 (100 %) rozdaných dotazníků jich bylo vyplněno 47 (78 %). K vyhodnocení výzkumu byly použity pouze řádně vyplněné dotazníky, kterých bylo 46. Z důvodu nekompletního vyplnění byl 1 dotazník vyřazen. Tento výzkumný vzorek nemůže být považován za reprezentativní z důvodu malého počtu respondentek.

Otázky č. 1 a č. 2 jsou demografické. Na základě variační šíře byl věk respondentek rozdělen do 5 skupin. Tomuto rozdělení se věnuje první otázka dotazníku. Z celkového počtu 46 (100 %) respondentek, 2 (4 %) spadají do věkové kategorie méně než 20 let, 12 (26 %) respondentek se řadí do druhé věkové kategorie 21 – 25 let, 18 (40 %) respondentek spadá do věkové kategorie 26 – 30 let, 12 (26 %) respondentek se řadí do věkové kategorie 31 – 35 let a 2 (4 %) respondentky se nachází ve věkové kategorii nad 35 let. V souboru respondentek prvorodiček byla nejvíce zastoupenou věkovou kategorií skupina respondentek mezi 26 – 30 lety (44 %) a u vícerodiček se jednalo o kategorii 31 – 35 let (57 %).

Druhá otázka dotazníku se zabývá zjištěním, pokolikáté respondentky rodily. Z celkového počtu 46 (100 %) respondentek jich 32 (70 %) rodilo poprvé a 14 (30 %) žen rodilo dvakrát a více. Cílem této otázky bylo získat dva stejně velké soubory prvorodiček a vícerodiček, což se z důvodu malého výzkumného vzorku nepodařilo.

Dotazníky byly rozdávány ženám hospitalizovaným na oddělení šestinedělí nemocnice krajského typu. Všechny dotázané ženy souhlasily se zařazením do výzkumu. Podmínkou pro vyplnění dotazníku bylo, aby se žena nacházela v období raného šestinedělí po vaginálně vedeném porodu. Na oddělení jsem ženám dotazníky rozdávala já osobně nebo službu konající porodní asistentka, která byla informovaná o požadavcích pro vyplnění dotazníku. Při vyplňování mnou rozdaných dotazníků jsem byla přítomna na oddělení, abych mohla

zodpovídat případné dotazy respondentek k otázkám. Při výběru respondentek jsem se řídila podle tabulky, která je umístěna na pracovišti sester, kde je uváděno, zda je žena po spontánním porodu, vaginálním operačním porodu nebo po porodu císařským řezem a kolikátý den po porodu je. Dotazníky byly shromažďovány na pracovišti sester na oddělení šestinedělí v uzavřeném boxu. Vzhledem k anonymitě dotazníku, nebyla vyžadována jména respondentek.

4.3 Zpracování dat

Ke zpracování výsledků byl použit počítačový program Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. Pro přehlednost byla všechna získaná data nejdříve zpracována pomocí čárkovací metody. Dále byly výsledky zpracovány metodou popisné statistiky a prezentovány v podobě tabulek a grafů. Při interpretaci výsledků byly údaje v procentech zaokrouhleny na celá čísla.

Vzorec pro výpočet relativní četnosti v procentech $f_i = n_i / (n * 100)$

n rozsah souboru

n_i absolutní četnost

f_i relativní četnost (v %)

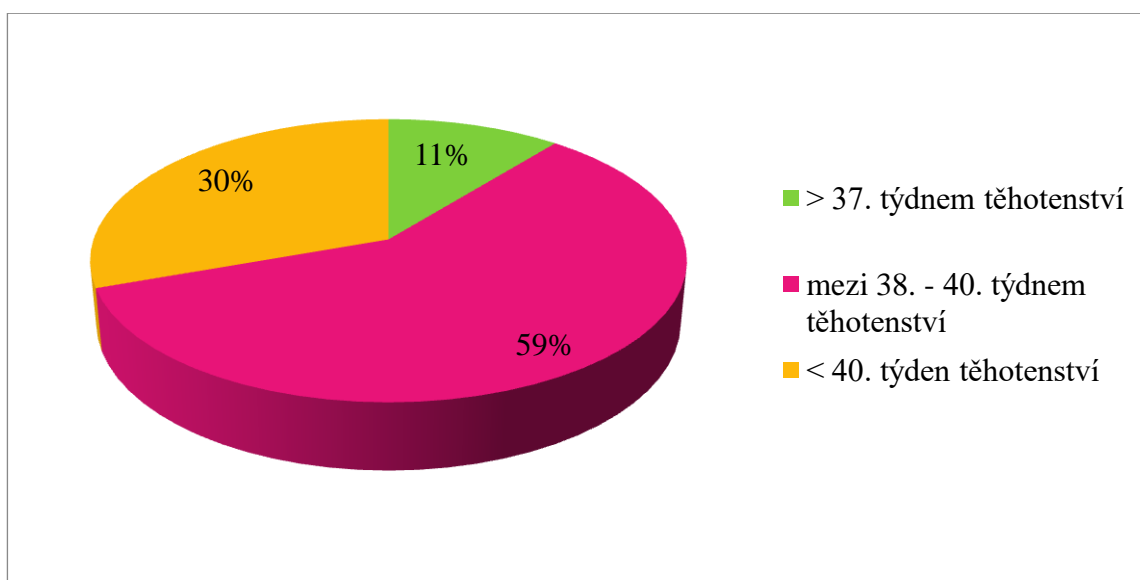
(Bártlová, 2008).

5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole jsou vyhodnocovány výsledky dotazníkového šetření.

Otázka č. 3 – V kolikátém týdnu jste rodila?

- a) Před termínem porodu (> 37. týdnem těhotenství)
- b) V termínu porodu (38. – 40. týden těhotenství)
- c) Po termínu porodu (< 40. týdnem těhotenství)

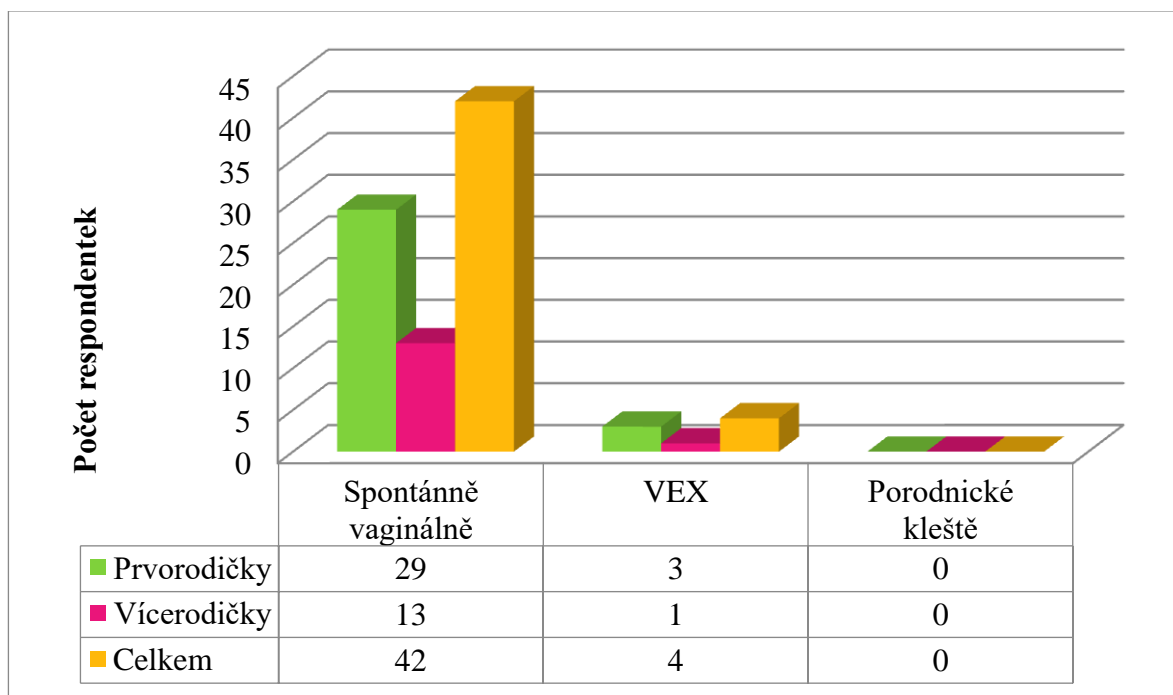


Obrázek 1 - Termín porodu

Cílem této otázky bylo zjistit, jestli u vybrané skupiny respondentek proběhl porod v termínu. Z celkového souboru 46 (100 %) respondentek proběhl porod v termínu u 27 (59 %) respondentek, před termínem porodu rodilo 5 (11 %) respondentek a po termínu porodu rodilo 14 (30 %) respondentek (Obrázek 1).

Otázka č. 4 – Jakým způsobem byl vedený Váš porod?

- a) spontánně vaginálně
- b) pomocí vakuumextraktoru (VEX)
- c) pomocí porodnických kleští



Obrázek 2 - Vedení porodu

Z výsledků vyplynulo, že z celkem 46 (100 %) respondentek byl porod ukončen pomocí vakuumextraktoru u 4 (9 %) respondentek. Jednalo se o 3 (7 %) prvorodičky a 1 (2 %) víceroďičku. Čtyřicet dva (91 %) respondentek rodilo spontánně vaginálně. Porodnické kleště nebyly použity u žádné z respondentek ve zkoumaném souboru (Obrázek 2).

Otázka č. 5 – Byl u Vás proveden nástřih hráze při porodu?

a) ano

b) ne

Tabulka 1 - Epiziotomie

Nástřih hráze	Prvorodičky		Víceřodičky	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Proveden	23	72,00	5	36,00
Neproveden	9	28,00	9	64,00
Celkem	32	100,00	14	100,00

Z celkem 32 (100 %) prvorodiček byl u 23 (72 %) proveden nástřih hráze. Devět (28 %) prvorodiček porodilo bez nutnosti nástřihu hráze. U víceřodiček z celkového počtu 14 (100 %) byl nástřih proveden u 5 (36 %) respondentek a 9 (64 %) respondentek porodilo bez nástřihu hráze. Nástřih byl vždy proveden u porodu za použití vakuumextraktoru, což bylo ve čtyřech případech. Právě jednou z podmínek použití vakuumextraktoru je provedení vydatné epiziotomie (Tabulka 2).

Otázka č. 6 – Došlo u Vás ke spontánní ruptuře (trhlině) hráze při porodu? (Bez nástřihu hráze)

a) ano

b) ne

Tabulka 2 - Ruptura hráze

Ruptura hráze	Prvorodičky		Víceřodičky		Celkem	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Ano	2	6,00	0	0,00	2	4,00
Ne	30	94,00	14	100,00	44	96,00
Celkem	32	100,00	14	100,00	46	100,00

Cílem této otázky bylo zjistit, jak často dochází při vaginálně vedeném porodu k rupturám hráze. Z celkového výzkumného souboru 46 (100 %) respondentek došlo k ruptuře hráze při

spontánním porodu u 2 (4 %) respondentek, žádná z těchto respondentek neměla porod vedený pomocí VEXu. (Tabulka 2).

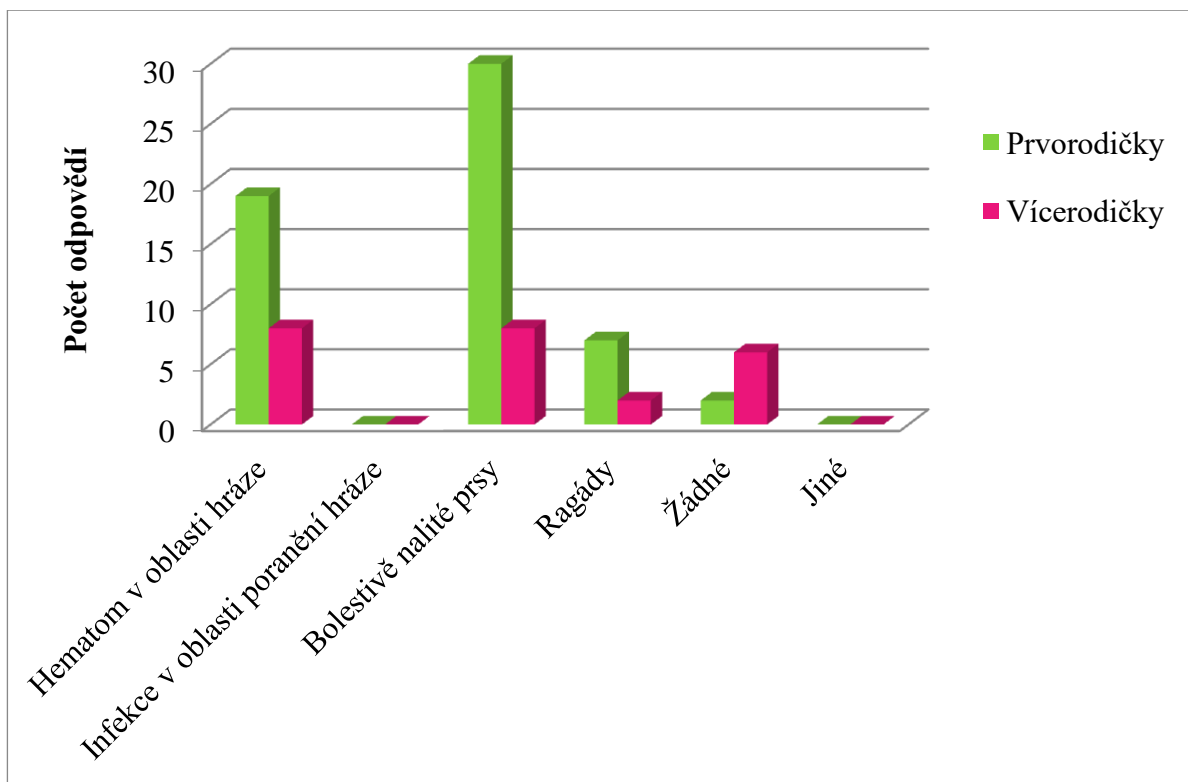
Otázka č. 7 – Vyskytla se u Vás některá z uvedených komplikací v období raného šestinedělí?

- a) hematom v oblasti hráze (modřina)
- b) infekce v oblasti poranění hráze (zánět)
- c) bolestivě nalité prsy
- d) ragády (trhliny na bradavkách)
- e) žádné
- f) jiné, uveďte jaké

Tabulka 3 - Komplikace raného šestinedělí

Odpověď	n_i	f_i (%)
Hematom v oblasti hráze	27	57,00
Infekce v oblasti poranění hráze	0	0,00
Bolestivě nalité prsy	38	83,00
Ragády	9	20,00
Žádné	8	17,00
Jiné	0	0,00

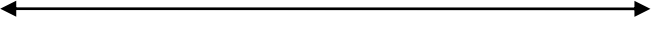
Cílem této otázky bylo zjistit, jaké z komplikací raného šestinedělí se u respondentek nejčastěji vyskytují. Tato otázka měla na výběr více možných odpovědí. Hematom v oblasti hráze udávalo 27 (57 %) respondentek, infekci v oblasti poranění hráze neuváděla žádná z dotázaných žen, možnost bolestivě nalitých prsou vybralo 38 (83 %) respondentek, ragády se objevily u 9 (20 %) respondentek a 8 (17 %) respondentek nemělo žádnou z uvedených komplikací raného šestinedělí. Možnost jiné nevyužila žádná z dotázaných respondentek. Nejvíce ženy z komplikací raného šestinedělí uvádí bolestivě nalité prsy a hematom v oblasti hráze (Tabulka 3).

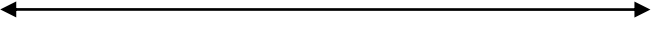



Obrázek 3 - Komplikace raného šestinedělí

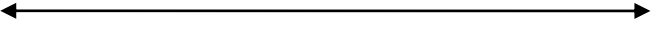
Respondentky prvorodičky udávaly jako nejčastější komplikaci raného šestinedělí bolestivě nalité prsy, které jako odpověď uvedlo 30 (94 %) respondentek a hematom v oblasti hráze, který udávalo 19 (59 %) respondentek. Jako nejméně zastoupenou možnost uváděly respondentky výskyt ragád, kterou volilo 7 (22 %) respondentek. Respondentky víceroďičky uváděly jako nejvíce zastoupené komplikace bolestivě nalité prsy a hematom v oblasti hráze, obě možnosti zvolilo 8 (57 %) respondentek. Ragády se objevily u 2 (14 %) respondentek. Celkem u 8 (19 %) respondentek se neprojevila žádná z uvedených komplikací raného šestinedělí – 2 prvorodičky, 6 víceroďiček (Obrázek 3).

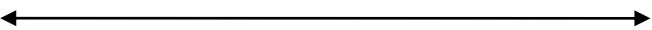
Otázka č. 8 – Pociťovala jste v období raného šestinedělí některé z uvedených poporodních bolestí? Pokud ano, vyberte jaké a vyznačte jejich intenzitu na stupnici intenzity bolesti. (0 – žádná bolest, 5 – středně silná bolest, 10 – nesnesitelná bolest)


a) bolest hráze 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

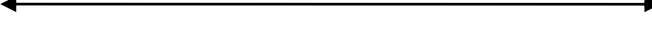
b) bolest prsou 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c) bolest břicha 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d) bolest při močení 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

e) bolest při vyprazdňování stolice 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

f) bolest hlavy 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

g) bolesti zad 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

h) jiné, uveďte jaké:

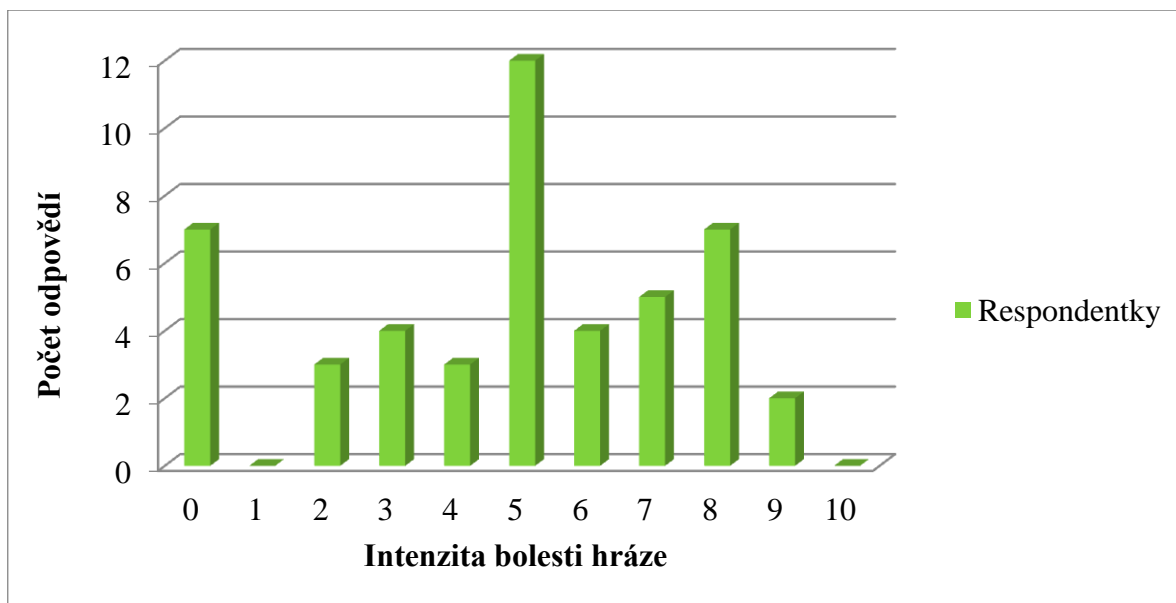
i) nepociťovala jsem žádnou bolest (nepokračujte ve vyplňování dotazníku)

Tabulka 4 - Poporodní bolesti

Odpovědi	n_i	f_i (%)
Bolest hráze	39	85,00
Bolest prsou	46	100,00
Bolest břicha	44	96,00
Bolest při močení	28	61,00
Bolest při vyprazdňování stolice	11	24,00
Bolest hlavy	0	0,00
Bolesti zad	0	0,00
Jiné	1	2,00
Žádné	0	0,00

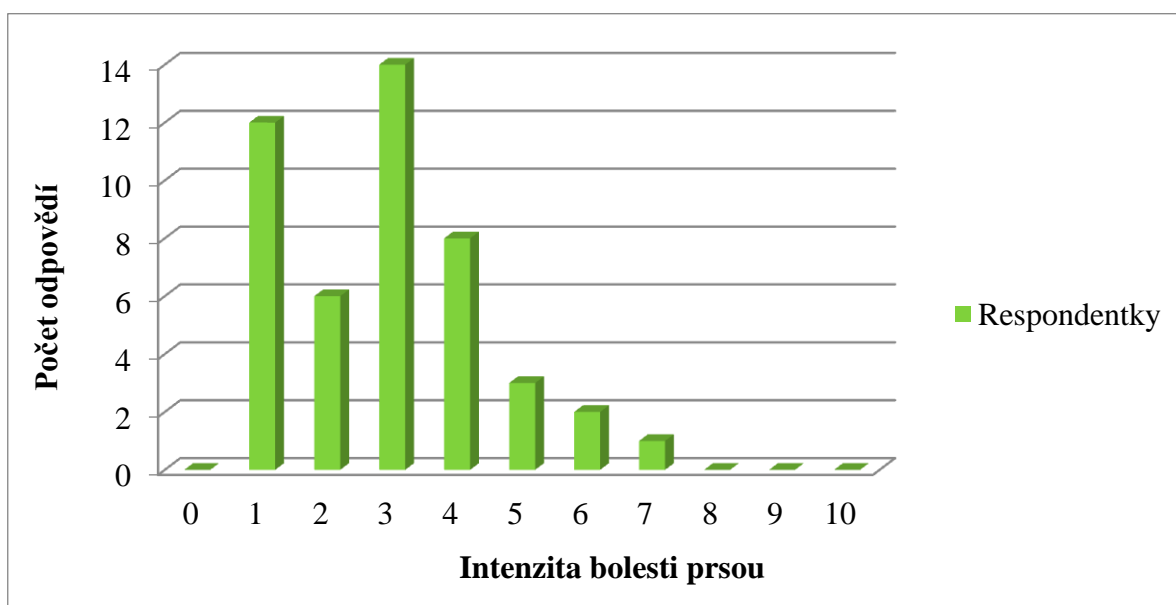
Tato otázka měla za cíl zmapovat, jaké bolesti se v období raného šestinedělí ve zkoumaném souboru respondentek nejčastěji vyskytují a jakou mají intenzitu. Respondentky měly na výběr více možných odpovědí a u každé odpovědi uvést intenzitu dané bolesti. U každého typu bolesti je uvedena nejčastěji subjektivně vnímaná intenzita bolesti. Jako nejčastější bolest raného šestinedělí respondentky vybraly bolest prsou, kterou pociťovalo všech 46 respondentek (100 %) a bolest břicha, kterou uvedlo 44 (96 %) respondentek (Tabulka 4).

Bolest hráze pociťovalo celkem 39 (85 %). Žádnou bolest nepociťovalo 6 (13 %) respondentek, intenzitu 1 neoznačila žádná (0 %) respondentka, intenzitu 2 označily 3 (7 %) respondentky, intenzitu 3 zvolily čtyři (9 %) respondentky, intenzitu 4 vybraly tři (7 %) respondentky, intenzitu 5 (středně silná bolest) označilo celkem dvanáct (26 %) respondentek, intenzitu 6 vybraly 4 (9 %) respondentky, intenzitu 7 označilo 5 (11 %) respondentek, intenzitu 8 zvolilo 7 (15 %) respondentek, intenzitu 9 zakroužkovaly 2 (3 %) respondentky a 10 (nesnesitelná bolest) nezvolila žádná (0 %) z respondentek. Nejčastěji respondentky vybraly intenzitu 5, kterou zvolilo 12 (26 %) respondentek (Obrázek 4).



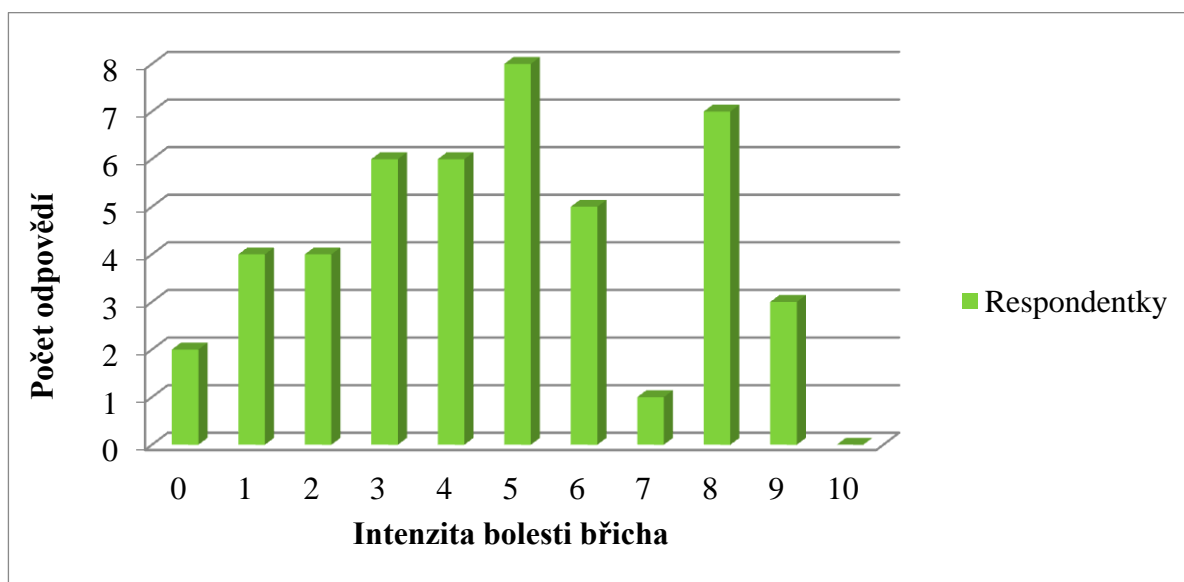
Obrázek 4 - Intenzita bolesti hráze

Bolesti prsou pociťovalo všech 46 (100 %) respondentek ze zkoumaného souboru. Celkem 12 (26 %) respondentek označilo intenzitu 1, šest (13 %) respondentek vybralo intenzitu 2, 14 (31 %) respondentek označilo intenzitu bolesti 3, osm (17 %) respondentek zakroužkovalo intenzitu 4, tři (7 %) respondentky vybraly intenzitu 5, dvě (4 %) respondentky označily intenzitu 6 a jedna (2 %) respondentka pociťovala bolest intenzity 7. Nejčastěji respondentky pociťovaly intenzitu 3, kterou zvolilo 14 (30 %) respondentek (Obrázek 5).



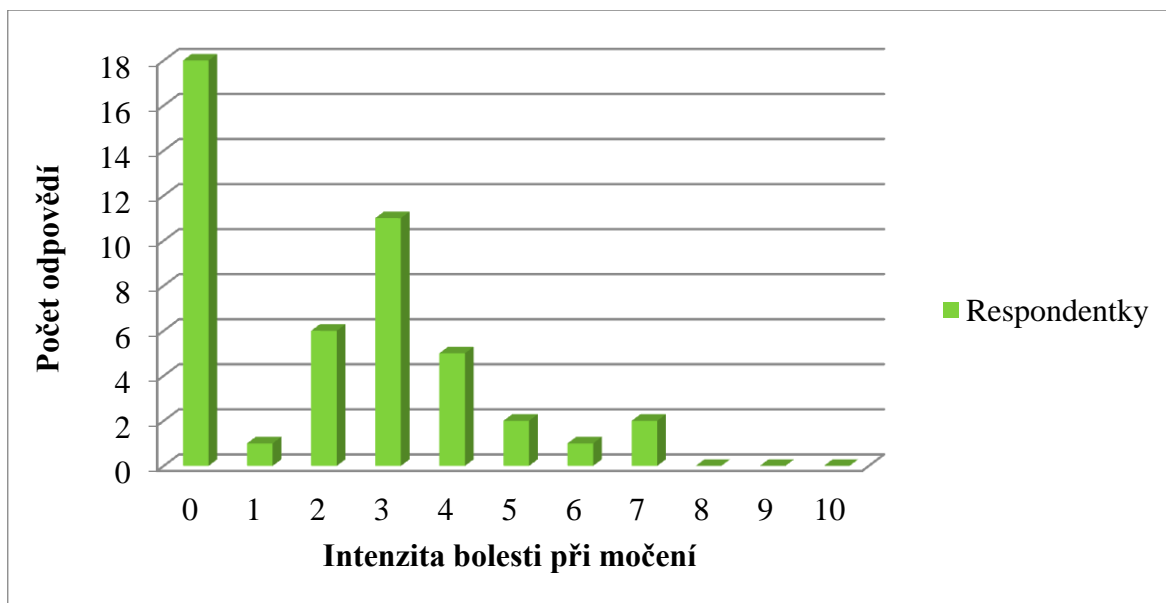
Obrázek 5 - Intenzita bolesti prsou

Bolest břicha v souvislosti se zavinováním dělohy pociťovalo 44 (96 %) respondentek a 2 (4 %) respondentky nepociťovaly žádnou bolest břicha. Intenzitu 1 a 2 zvolily 4 (9 %) respondentky, intenzitu 3 a 4 zvolilo 6 (13 %) respondentek, intenzitu 5 zakroužkovalo 8 (17 %) respondentek, intenzitu 6 zvolilo pět (11 %) respondentek, intenzitu 7 vybrala 1 (2 %) respondentka, intenzitu 8 vybralo celkem 7 (15 %) respondentek a intenzitu 9 pociťovaly 3 (7 %) respondentky. Bolest o intenzitě 10 nevybrala žádná (0 %) z dotázaných respondentek. Nejčastěji zastoupenou intenzitou bolesti byla intenzita 5, kterou zvolilo 8 (17 %) respondentek. Intenzivnější bolesti pociťovaly respondentky vícerodičky. Zatímco prvorodičky uváděly nejvíce zastoupenou intenzitu bolesti 3 na škále bolesti, u vícerodiček byla nejvíce zastoupena intenzita 5, 6 a 9 na škále bolesti. (Obrázek 6).



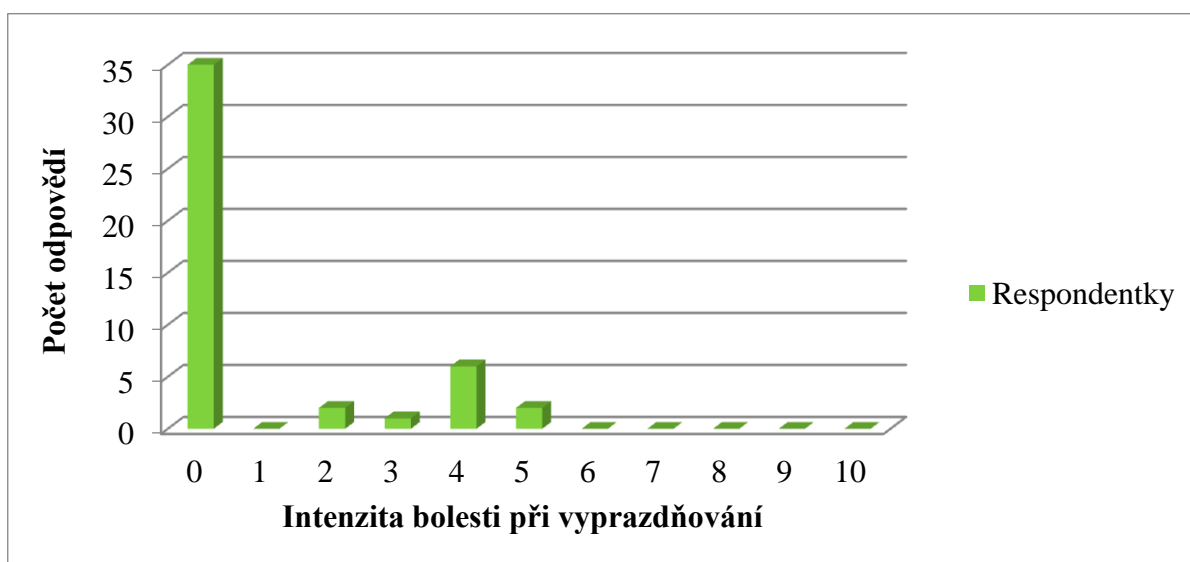
Obrázek 6 - Intenzita bolesti břicha

Bolest při močení udávalo 28 (61 %) respondentek. Osmnáct (39 %) respondentek bolest při močení nepociťovalo a žádná (0 %) z respondentek neoznačila intenzitu bolesti 8 – 10 na škále bolesti. Intenzitu 1 označila jedna (2 %) respondentka, intenzitu 2 vybralo šest (13 %) respondentek, intenzitu 3 udalo jedenáct (24 %) respondentek, intenzitu 4 vybralo pět (12 %) respondentek, intenzitu 5 a 7 označily dvě (4 %) respondentky, intenzitu 6 si vybrala jedna (2 %) respondentka. Nejčastěji označenou byla intenzita 3, kterou pociťovalo 11 (24 %) respondentek (Obrázek 7).



Obrázek 7 - Intenzita bolesti při močení

Bolest při vyprazdňování stolice pociťovalo celkem 11 (24 %) respondentek. Třicet pět (76 %) respondentek žádnou bolest při vyprazdňování nepociťovalo. Intenzitu 1 nevybrala žádná z respondentek. Intenzitu 2 označily dvě (4 %) respondentky, jedna (2 %) respondentka označila intenzitu 3, šest (14 %) respondentek vybralo intenzitu 4 a dvě (4 %) respondentky udaly intenzitu 5. Intenzitu 6 – 10 neudávala žádná z dotázaných respondentek. Jako nejčastější byla zvolena intenzita 4, kterou vybralo 6 (13 %) respondentek (Obrázek 8).



Obrázek 8 - Intenzita bolesti při vyprazdňování stolice

Možnost jiné odpovědi si vybrala jedna respondentka vícerodička. Jednalo se otevřenou odpověď, kdy respondentky měly vlastními slovy popsat, jaké další bolesti je v raném šestinedělí trápily. Tato respondentka uvedla, že ji trápí „bolest konečníku“ související s hemoroidy a bolest přetrvává i mimo vyprazdňování stolice.

Bolest hlavy a zad ne zvolila žádná z respondentek (Tabulka 4).

Otázka č. 9 – Využila jste v období raného šestinedělí některou z farmakologických metod tlumení bolesti? (léky předepsané lékařem – tablety, čípky, injekce)

a) ano využila, napište jaké:

b) ne nevyužila (pokračujte otázkou č. 11)

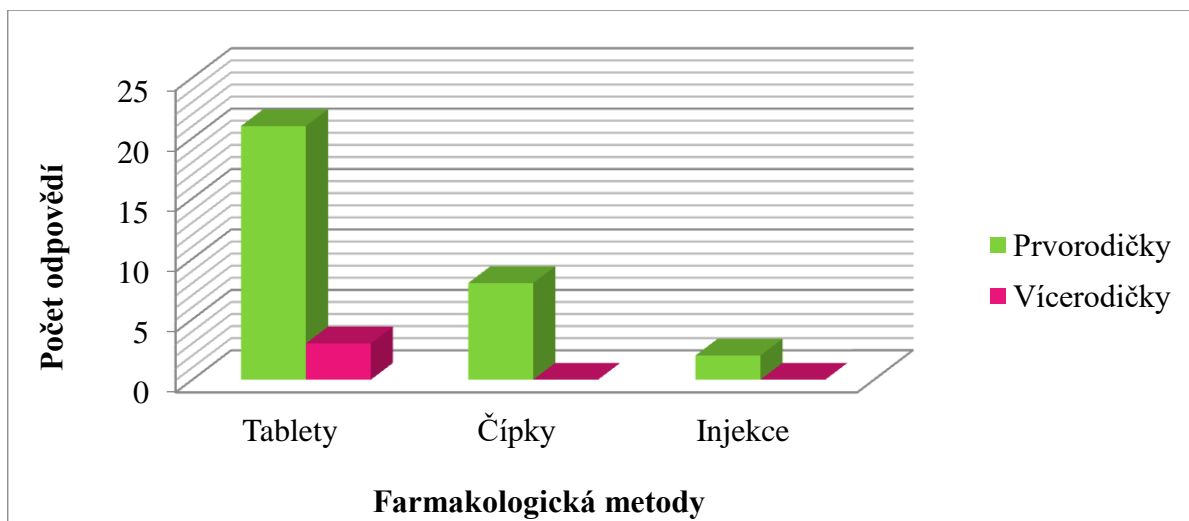
c) ne, tato možnost mi nebyla nabídnuta (pokračujte otázkou č. 11)

Tabulka 5 - Farmakoterapie

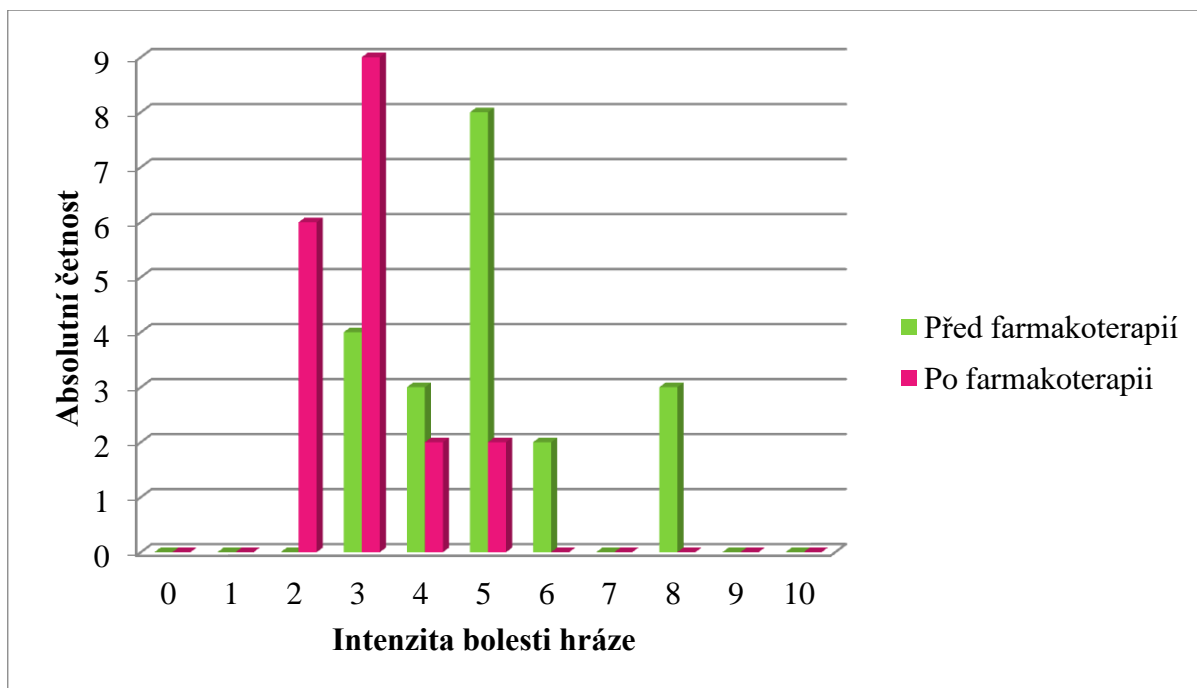
Farmakoterapie	Prvorodičky		Vícerodičky	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Ano využila	24	75,00	3	21,00
Ne nevyužila	8	25,00	11	79,00
Ne nebyla mi nabídnuta	0	0,00	0	0,00
Celkem	32	100,00	14	100,00

Ze 46 (100 %) respondentek farmakologickou léčbu využilo 27 (59 %) respondentek a 19 (41 %) respondentek ji nevyužilo. Všem respondentkám byla možnost farmakologického tlumení bolesti nabídnuta (Tabulka 5).

Farmakoterapii nejvíce využily prvorodičky. Ze souboru 24 (100 %) prvorodiček, které využily farmakoterapii bolesti, jich 21 (88 %) využilo možnost perorálních analgetik, 8 (33 %) respondentek využilo rektální čípky a 2 (8 %) respondentky daly přednost injekci. V souboru vícerodiček využily farmakologické metody pouze 3 (21 %) respondentky ze 14 (100 %) a to metodu perorálních analgetik (Obrázek 9).

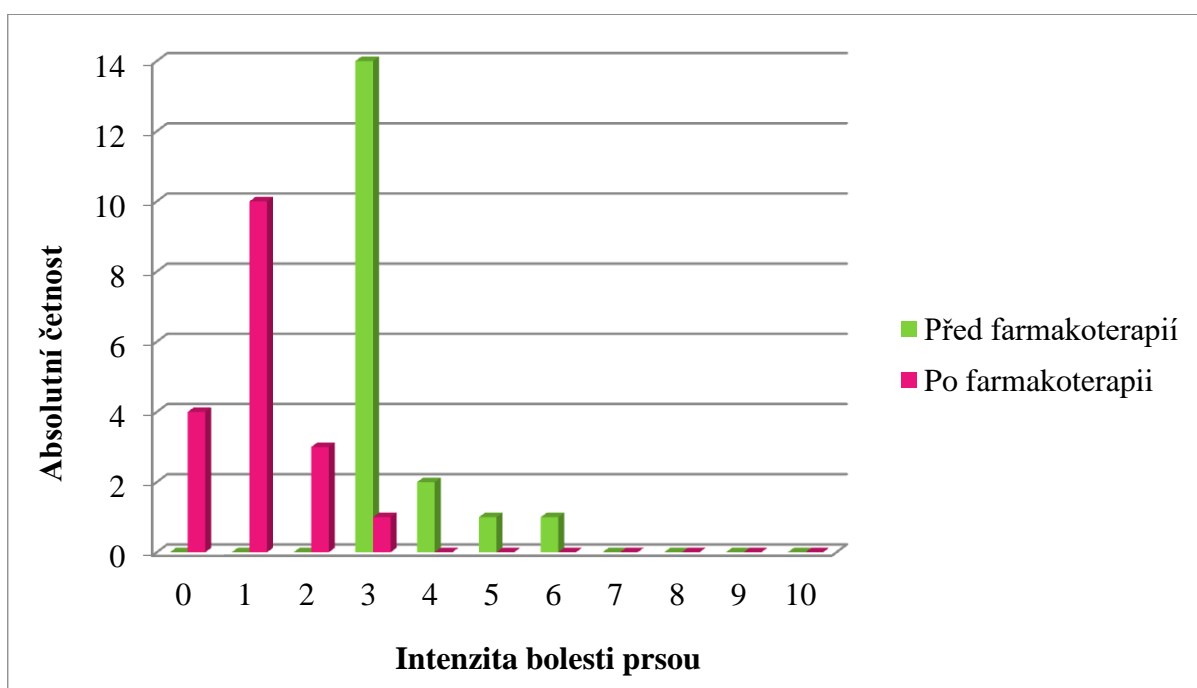


Obrázek 9 - Farmakologické metody



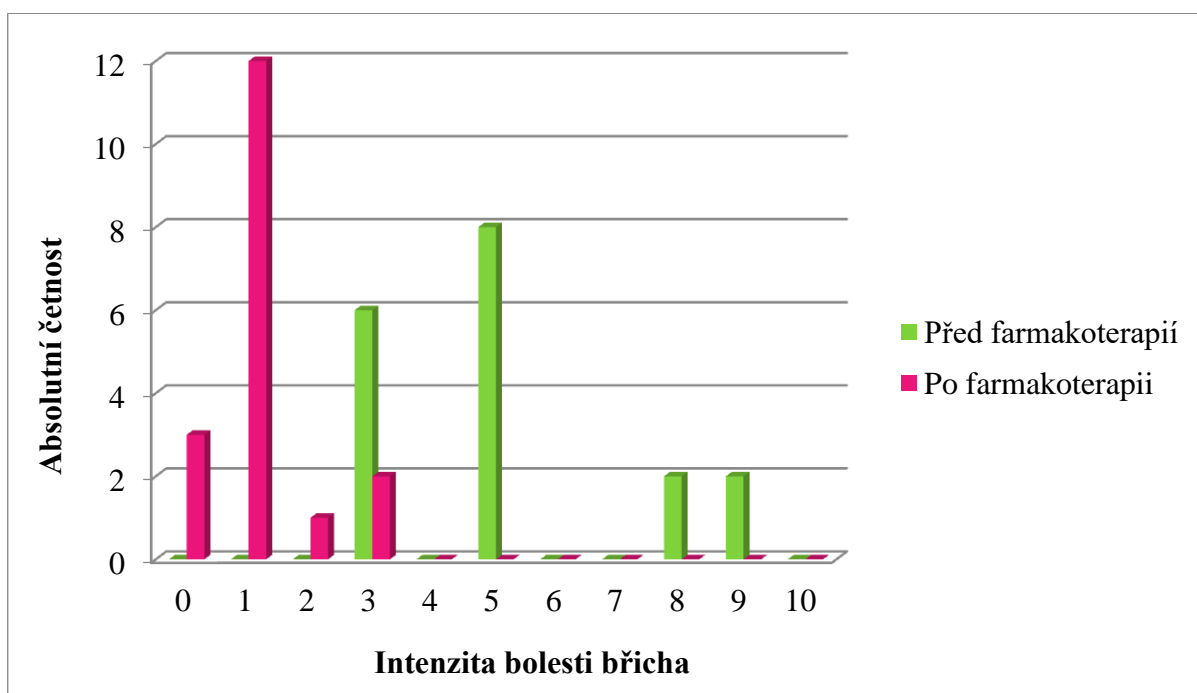
Obrázek 10 - Intenzita bolesti hráze po farmakoterapii

Bolesti prsou pociťovalo před podáním farmakologických metod tlumení bolesti celkem 46 (100 %) respondentek. Před podáním farmakoterapie byla nejvíce respondentkami volena intenzita 3, kterou vybralo 14 (78 %) respondentek a po podání farmakoterapie byla nejvíce zastoupena intenzita 1 na škále bolesti, kterou zvolilo 10 (56 %) respondentek (Obrázek 11).



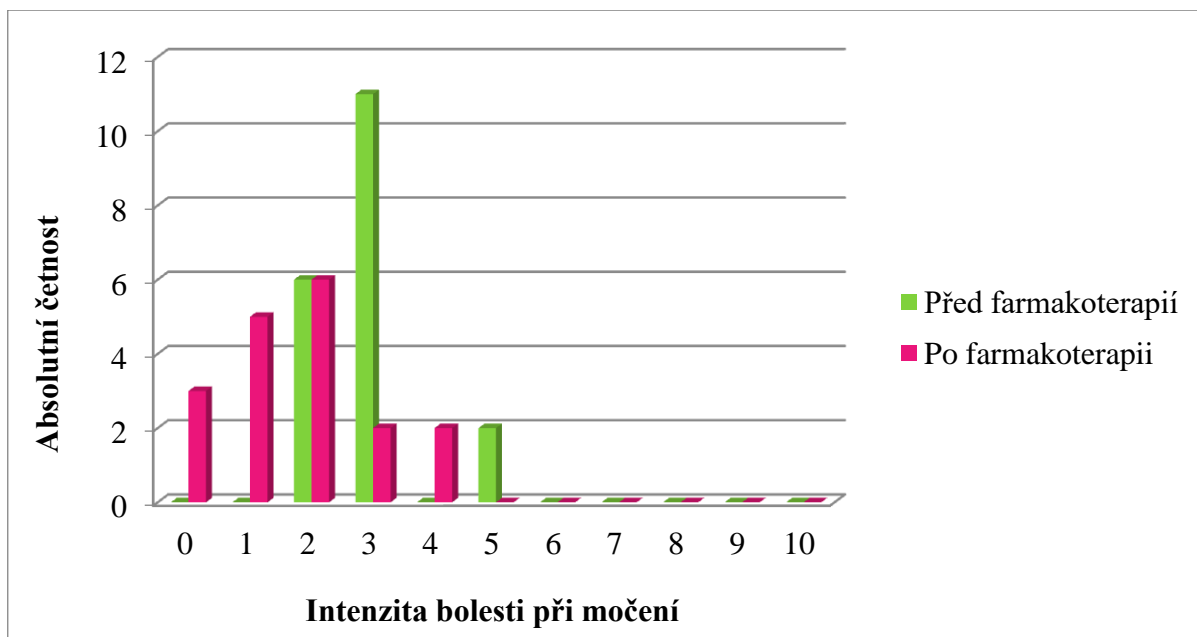
Obrázek 11 - Intenzita bolesti prsou po farmakoterapii

Bolest břicha v souvislosti se zavinováním dělohy pociťovalo celkem 44 (96 %) respondentek a celkem 18 (100 %) jich využilo metod farmakoterapie. Před podáním farmakoterapie byla respondentkami nejčastěji volena intenzita 5 na škále bolesti, kterou vybralo 8 (44 %) respondentek. Po podání farmakoterapie byla nejvíce vybírána intenzita 1 na škále bolesti, kterou zvolilo 12 (67 %) respondentek. Bez bolestí břicha zůstalo celkem 8 (18 %) respondentek (Obrázek 12).



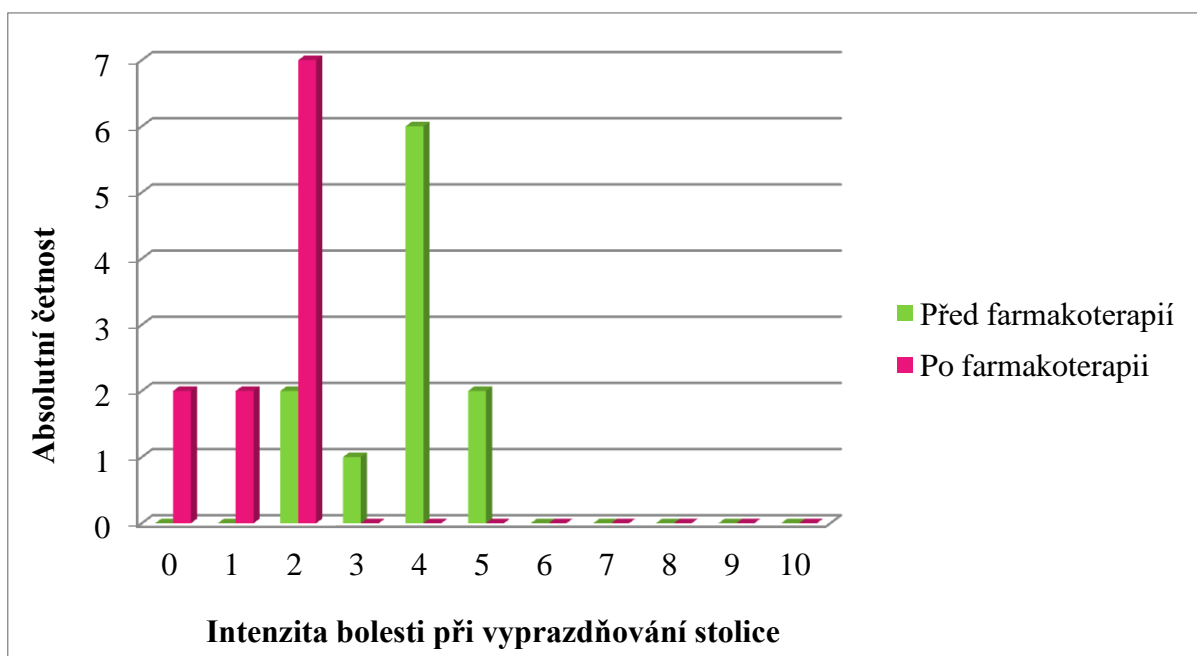
Obrázek 12 - Intenzita bolesti břicha po farmakoterapii

Bolest při močení pociťovalo celkem 28 (61 %) respondentek, z nichž 18 (100 %) využilo metod farmakoterapie bolesti. Před podáním farmakoterapie byla nejčastěji označována intenzita 3 na škále bolesti, kterou vybralo 11 (61 %) respondentek a po podání terapie respondentky nejvíce volily intenzitu 2, kterou vybralo 6 (33 %) respondentek, na škále bolesti. Celkem 3 (17 %) respondentky po terapii nepociťovaly žádnou bolest (Obrázek 13).



Obrázek 13 - Intenzita bolesti při močení po farmakoterapii

Bolest při vyprazdňování stolice pociťovalo 11 (100 %) respondentek a všechny využily metod farmakoterapie. Před podáním farmakoterapie byly bolesti pociťovány nejčastěji intenzitou 4 na škále bolesti, kterou vybralo 5 (45 %) respondentek a po podání terapie se nejčastěji vybraná intenzita snížila na intenzitu 2, kterou vybralo 7 (63 %) respondentek. Dvě (18 %) respondentky již bolest nepociťovaly vůbec (Obrázek 14).



Obrázek 14 - Intenzita bolesti při vyprazdňování stolice po podání farmakoterapie

Otázka č. 11 – Využila jste v období raného šestinedělí nefarmakologické metody tlumení bolesti (led na hráz, studená sprcha, teplé obklady, homeopatika, atd.)?

a) ano, uveďte jaké a na co:

b) ne (dále nepokračujte ve vyplňování dotazníku)

Tabulka 6 - Nefarmakologické metody

Nefarmakologické metody	Prvorodičky		Víceřodičky	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
ano využila	29	63,00	14	30,00
ne nevyužila	3	7,00	0	0,00
celkem	32	70,00	14	30,00

Z celkového počtu 46 (100 %) respondentek jich 43 (94 %) využilo nefarmakologických metod tlumení bolesti. Z tohoto počtu bylo 29 (63 %) prvorodiček a 14 (30 %) víceřodiček. Pouze 3 (7 %) respondentky prvorodičky nefarmakologické metody nevyužily (Tabulka 6).

Tabulka 7 - Využití nefarmakologické metody

Odpovědi	n_i	f_i (%)
Led na hráz	33	72,00
Studená sprcha – bolesti prsou	18	39,00
Studená sprcha – bolest hráze	21	46,00
Teplé obklady – bolesti prsou	12	26,00
Masáže prsou	26	57,00
Bepanthen na ragády	42	91,00

Mezi nejvíce využívané metody patřil krém Bepanthen, který sice není nefarmakologickou metodou, ale byl mezi ně zařazen z důvodu, že se neváže na lékařský předpis a lze ho používat jako prevenci k tvorbě ragád. Využilo ho 42 (91 %) respondentek. Další nejvíce využívanou metodou byla léčba chladem, kam se řadí led na hráz, který využilo 33 (72 %) respondentek, studená sprcha při bolestech hráze, kterou uvedlo 21 (46 %) respondentek a studená sprcha při bolestech prsou, kterou využilo 18 (39 %) respondentek. Mezi hojně využívanou metodou mezi respondentkami patřily masáže prsou, které provádělo 26 (57 %) respondentek a nejméně využívanou metodou byla léčba teplem prostřednictvím teplých obkladů při bolestech prsou, které využilo 12 (26 %) respondentek (Tabulka 7).

Otázka č. 12 – Označte, jak silnou bolest jste po podání nefarmakologických metod tlumení bolesti pocítovala. (0 – žádná bolest, 5 – středně silná bolest, 10 – nesnesitelná bolest)

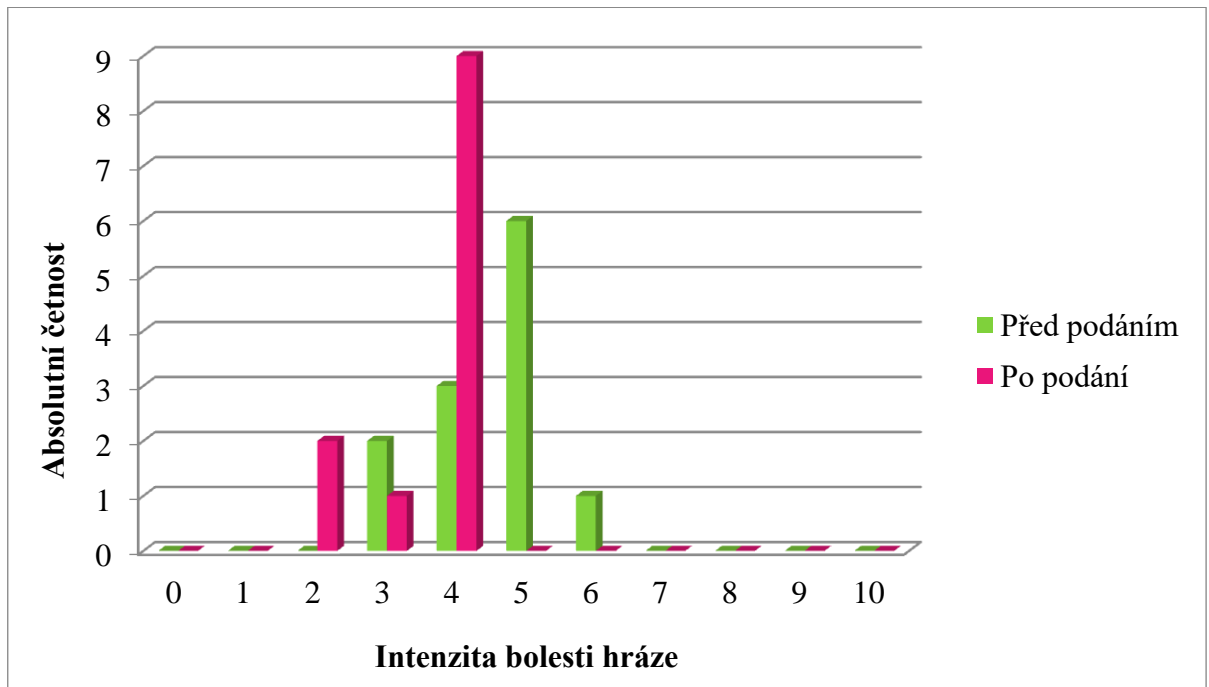
a) bolest hráze	←—————→ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
b) bolest prsou	←—————→ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
c) bolest břicha	←—————→ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
d) bolest při močení	←—————→ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
e) bolest při vyprazdňování stolice	←—————→ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
f) bolest hlavy	←—————→ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
g) bolesti zad	←—————→ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

V této otázce měly respondentky možnost označit více odpovědí.

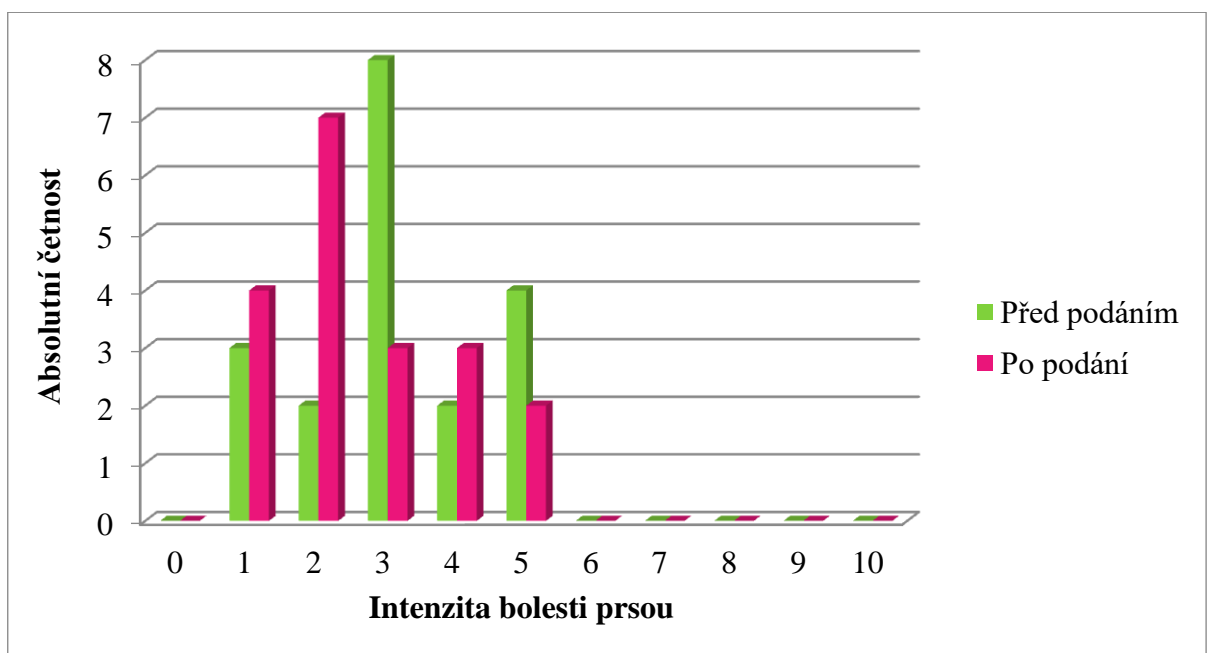
Čtyřicet tři (94 %) žen využilo nefarmakologických metod na tlumení bolesti hráze a prsou, přičemž na bolesti hráze respondentky nejvíce využívaly led nebo studenou sprchu. Z těchto 43 (94 %) respondentek pouze 19 (41 %) nekombinovalo farmakologickou a nefarmakologickou léčbu. Proto pouze tyto respondentky byly vhodné k porovnání účinnosti nefarmakologických metod na tlumení poporodních bolestí.

Bolest hráze udávalo celkem 39 (85 %) respondentek, nefarmakologické metody tlumení bolesti využilo 12 (100 %) respondentek. Při bolestech hráze byla před podáním terapie těmito respondentkami nejčastěji vybírána intenzita 5 na škále bolesti, kterou zvolilo 6 (50 %) respondentek a po podání nefarmakologických metod byla nejčastěji vybírána intenzita 4 na škále bolesti, kterou označilo 9 (75 %) respondentek (Obrázek 15).

Bolest prsou udávaly všechny respondentky ze zkoumaného souboru, ale 19 (100 %) z nich využilo pouze nefarmakologické metody. Nejvíce vybranou intenzitou na škále bolesti byla intenzita 3, kterou zvolilo 5 (26 %) respondentek a po podání terapie se tato intenzita snížila na intenzitu 2, kterou vybralo 7 (37 %) respondentek (Obrázek 16).



Obrázek 15 - Bolest hráze po podání nefarmakologických metod



Obrázek 16 - Intenzita bolesti prsou po podání nefarmakologických metod

DISKUZE

Pro výzkumnou část byly stanoveny tři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1 - Jaké nejčastější poporodní bolesti pociťují respondentky ve zkoumaném souboru? K této otázce se vztahují otázky č. 4, 5, 6, 7 a 8 z dotazníku.

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké typy bolestí nejčastěji pociťují ženy v raném šestinedělí po vaginálně vedeném porodu. Mezi ovlivňující faktory poporodních bolestí, jako je hematom, infekce v oblasti poranění hráze či provedení nástřihu nebo spontánní ruptura hráze patří mimo jiné i způsob vedení porodu. Jednou z nejčastěji uváděných poporodních bolestí je involuce děložní, kterou žena může pociťovat bolestivě, ale jedná se o bolest fyziologickou. Dále se na poporodních bolestech podílí také bolesti prsů způsobené bolestivým nalitím prsů nebo ragádami. Pro porovnání výskytu poporodních bolestí bylo snahou vyhledat dvě stejně velké skupiny respondentek prvorodiček a vícerodiček, ale kvůli malému výzkumnému vzorku se tento cíl nepodařilo splnit.

Nástřihem hráze neboli epiziotomií se v dotazníku zabývá otázka č. 5. Bylo zjištěno, že z celkového počtu 46 respondentek u 28 (61 %) respondentek byl proveden nástřih hráze a u 18 respondentek epiziotomie provedena nebyla. V souboru dotázaných žen se jednalo o 23 prvorodiček a 5 vícerodiček.

Bulová (2012), která se ve své bakalářské práci věnovala výskytu porodních poranění, uvedla, že ve vzorku 1 258 porodů byla epiziotomie provedena u 583 (46 %) respondentek. Při porovnání s výsledky výzkumu této práce bylo zjištěno, že výskyt epiziotomie byl o 15 % vyšší než v práci Bulové (2012). Toto porovnání není optimální kvůli malému výzkumnému vzorku. Habarová (2013), provádějící šetření na Hodonínsku, měla vzorek o 158 ženách, kdy u 78 (49,9 %) žen byla provedena epiziotomie. Otázkou spontánní ruptury hráze, která se také podílí na vzniku poporodních bolestí, se zabývala otázka č. 6 v dotazníku a bylo zjištěno, že ke spontánní ruptuře došlo pouze u 2 (4 %) respondentek z celého výzkumného souboru. Ruptura se vyskytla u prvorodiček po spontánním vaginálním porodu. Porovnání z důvodu velmi malého výzkumného vzorku není možné, ale Bulová (2012) rupturu hráze jakéhokoliv rozsahu uvádí z celkového souboru 1 258 žen u 291 (23 %) respondentek.

Větší výskyt porodních poranění a s nimi spojenými poporodními bolestmi bývá v literatuře uváděn po vaginálních operačně vedených porodech (VEX, porodnické kleště), proto nás zajímalo v otázce č. 4, jakým způsobem byl porod u respondentek veden. Cílem měla být

možnost porovnání výskytu bolestí v raném šestinedělí u spontánního vaginálního porodu a operačního vaginálního porodu, ale z důvodu malého výzkumného vzorku, který tvořily pouze 4 (9 %) respondentky nebylo možné srovnání.

Mezi nejčastější komplikaci raného šestinedělí byla respondentkami označena možnost bolestivě nalitých prsou, která je považována za fyziologickou, pokud není způsobena infekcí. Tuto možnost vybralo 38 (83 %) respondentek. Druhou nejčastěji označenou komplikací byl hematoma v oblasti hráze, který vybralo 27 (57 %) respondentek. Devět (20 %) respondentek zakroužkovalo výskyt ragád, naopak žádná z respondentek nevybrala možnost infekce v oblasti poranění hráze.

Otázkou, jaké nejčastější poporodní bolesti uvádějí respondentky ve zkoumaném souboru, se zabývá otázka č. 8 v dotazníku. Mezi nejčastější bolesti vybrané respondentkami patřily bolest prsou, bolest břicha, bolest hráze, bolest při močení a bolest při vyprazdňování stolice. Bolestmi prsou trpělo všech 46 (100 %) respondentek. Další velmi častou bolestí byla bolest břicha v souvislosti se zavinováním dělohy, kterou pociťovalo 44 (96 %) respondentek, přičemž silnější bolesti pociťovaly spíše vícerodičky. Bolest hráze v souvislosti se samotným porodem, hematoma, epiziotomií nebo rupturou hráze zvolilo 39 (85 %) respondentek. Bolest při močení, jako je pálení nebo řezání, pociťovalo celkem 28 (61 %) respondentek a intenzivnější bolesti pociťovaly prvorodičky. Bolest související s vyprazdňováním stolice byla nejčastěji způsobena přítomností hemoroidů nebo nástřihem hráze. Tento druh bolesti zakroužkovalo 11 (24 %) respondentek.

Výsledky můžeme porovnat opět s prací Sedláčkové (2009), která se zabývala problematikou žen v šestinedělí v péči porodní asistentky v terénu ve Zlínském kraji. Ta ve výsledcích své bakalářské práce uvedla, že z výzkumného vzorku 439 (100 %) respondentek celkem 91 (21 %) trpělo bolestmi nebo poraněním bradavek a bolestmi prsou. Dále uvedla, že 47 (11 %) respondentek udávalo bolest po poranění hráze, hemoroidy a s nimi související bolest udávalo 33 (8 %) respondentek a problémy s močením se vyskytovalo u 13 (3 %) respondentek. Tyto problémy patřily mezi nejčastější. Srovnání není optimální, protože Sedláčková se zabývá problémy v pozdním šestinedělí, kdežto v této bakalářské práci byly respondentky v období raného šestinedělí. Z výsledků je ale zřejmé, že tyto nejčastější bolesti, které respondentky udávaly již v období raného šestinedělí, pociťují i po propuštění do domácí péče. Dále lze výsledky porovnat s prací Janákové (2013), která se ve své bakalářské práci zabývala nejčastějšími obtížemi žen v šestinedělí. Z celkového souboru

40 respondentek více než polovina měla obtíže s porodním poraněním (infekce, psychické potíže, estetické potíže, sexuální obtíže), dále se u 12 (30 %) respondentek vyskytly obtíže při močení (pálení, řezání, samovolný únik moči, infekce) a 10 (25 %) respondentek uvedlo problémy s kojením ze strany matky.

Výzkumná otázka č. 2 - Jak respondentky ve zkoumaném souboru, které využily farmakologických metod tlumení bolesti v raném šestinedělí, hodnotí účinnost těchto metod? K této otázce se vztahují otázky č. 9 a 10 z dotazníku.

Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které využily farmakologické metody tlumení poporodních bolestí. Dále nás také zajímalo, jaké metody respondentky využívaly, a jak silné bolesti po podání těchto léčiv pociťovaly.

Otázkou farmakologických metod se v dotazníku zabývala otázka č. 9. Celkem 27 (59 %) respondentek využilo farmakologických metod tlumení bolesti v raném šestinedělí a nejvíce využívanou metodou byla perorální analgetika (52 %). Devatenáct (41 %) respondentek farmakoterapii nevyužilo. Více těchto metod využívaly prvorodičky, kdy z 24 (100 %) prvorodiček 21 (88 %) respondentek využilo perorální analgetika, 8 (33 %) respondentek si vybralo rektální čípky a 2 (8 %) respondentky si vybraly injekční analgetikum. Z vícerodiček využily pouze 3 (21 %) respondentky ze 14 (100 %) možnost perorálních analgetik. East (2012) uvádí, že z 215 (100 %) žen perorální analgetika využívá 161 (75 %) žen, injekční analgetika 86 (4 %) žen a rektální čípky 54 (25 %) žen. Pokud výsledky porovnáme s výsledky výzkumu této práce zjistíme, že mezi nejčastěji využívané farmakologické metody patří v obou případech perorální analgetika, které v našem výzkumu využilo 24 respondentek (54 %).

Jak respondentky hodnotily účinnost farmakologické léčby, měla za úkol zjistit v dotazníku otázka č. 10, ve které měly respondentky označit nejen druh bolesti, ale také jak intenzivní bolest pociťují po podání farmakoterapie a zapsat ji na škále bolesti. Pouze metod farmakoterapie využilo celkem 18 (100 %) respondentek. Bolest hráze byla před podáním farmakoterapie nejčastěji pociťována intenzitou 5, kterou uvedlo 8 (44 %) respondentek a po podání se bolest snížila na intenzitu 3, kterou uvedlo 9 (50 %) respondentek na škále bolesti. Bolestí prsou trpěly všechny respondentky ze zkoumaného souboru a nejčastěji vybíraly intenzitu 3 na škále bolesti. Tu zvolilo 14 (78 %) respondentek a po podání farmakoterapie byla nejčastěji zvolena intenzita 1, kterou vybralo 10 (56 %) respondentek. Při bolestech

břicha nejčastěji respondentky označovaly intenzitu 5, kterou vybralo 8 (44 %) a po podání farmakoterapie jich nejvíc označilo intenzitu 1, kterou zvolilo 12 (67 %) respondentek. Bolest při močení byla před podáním farmakoterapie nejčastěji intenzity 3, kterou pociťovalo 11 (61 %) respondentek a po podání terapie se snížila na intenzitu 2, kterou označilo 6 (33 %) respondentek na škále bolesti. Bolesti při vyprazdňování stolice byla před podáním farmakoterapie nejčastěji pociťována intenzitou 4, kterou zaškrtnulo 5 (45%) respondentek a po podání terapie došlo ke snížení na intenzitu 2, kterou popisovalo 7 (39 %) respondentek. Můžeme tedy soudit, že u některých respondentek došlo k úplnému vymizení bolesti. Z těchto výsledků můžeme vyvodit, že farmakoterapie je ve věci tlumení poporodních bolestí velmi účinná a v některých případech dochází i k úplnému vymizení některé ze zkoumaných druhů poporodních bolestí v období raného šestinedělí.

Výzkumná otázka č. 3 - Jak respondentky ve zkoumaném souboru hodnotí účinnost nefarmakologických metod tlumení bolesti v raném šestinedělí? K této otázce se vztahují otázky č. 11 a 12 v dotazníku.

Z celkového souboru 46 (100 %) respondentek jich 43 (94 %) využilo metod nefarmakologického tlumení bolesti a pouze 3 (6 %) respondentky tyto metody nevyužily. Mezi nejčastěji využívané nefarmakologické metody patřil led na hráz, který využilo 33 (72 %) respondentek ke zmírnění bolesti a otoku hráze, studená sprcha při bolestech prsou, kterou využilo 18 (39 %) respondentek a při bolesti hráze ji volilo 21 (46 %) respondentek. Dále mezi hojně využívané metody patří potírání prsou (hlavně ragád) mastí Bepanthen, která se neváže na lékařský předpis a není škodlivá pro novorozence. Tuto metodu využilo 42 (91 %) respondentek. Masáže prsou jsou velmi oblíbenou metodou při jejich bolestivém nalití a tuto metodu použilo celkem 26 (57 %) respondentek. Aromaterapii však neuvedla žádná z respondentek. Pokud opět srovnáme s článkem East (2012), která uvádí, že nejvíce užívanou nefarmakologickou metodou, kterou ženy preferují je led na hráz, který využilo 148 (69 %) žen z výzkumného souboru 215 (100 %) respondentek. Toto tvrzení se potvrdilo i v našem výzkumu.

Otázka č. 12 se zabývala podobně jako otázka č. 10 účinností nefarmakologických metod v tlumení poporodních bolestí. Respondentky užívaly nefarmakologické metody pouze na bolesti prsou a bolesti hráze. Tyto metody využilo všech 46 (100 %) respondentek, ale pouze 19 (41 %) respondentek využilo k tlumení bolesti jen nefarmakologické metody. Ke zhodnocení účinnosti nefarmakologických metod byly použity pouze data těchto

respondentek. Bolesti prsou byly před podáním jakékoli terapie nejčastěji pocíťovány intenzitou 3, kterou vybralo 8 (42 %) respondentek a po podání nefarmakologických metod nejčastěji udávaná intenzita 2, kterou zvolilo 7 respondentek (37 %) na škále bolesti. Bolest hráze byla před podáním terapie nejčastěji charakterizována intenzitou 5, kterou vybralo 6 (32 %) a po podání nefarmakologických metod došlo ke zmírnění na intenzitu 4, kterou nejčastěji vybralo 9 (47 %) respondentek.

Závěrem lze říci, že farmakologická léčba bolesti má větší účinnost při tlumení poporodních bolestí a také širší okruh působnosti, protože nefarmakologická léčba je omezena pouze na zevní působení na okruh bolesti. Nejlepší účinnost se dá předpokládat u kombinace farmakologických a nefarmakologických metod, která se běžně používá na oddělení šestinedělí.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na bolest po vaginálně vedeném porodu. V teoretické části práce byly definovány základní pojmy spojené s bolestí, byly popsány typy bolestí, léčba bolesti v raném šestinedělí a metody k hodnocení bolesti v porodní asistenci. Dále jsem nastínila nejčastější příčiny poporodních bolestí a péči porodní asistentky o ně.

Ve výzkumné části jsem se zabývala vyhodnocením výsledků dotazníků a zhodnocení předem stanovených cílů. Z výzkumného šetření vyplynulo, že mezi nejčastější bolesti objevující se v raném šestinedělí respondentky zařadily bolesti prsou, bolesti břicha, bolesti hráze a v menší míře bolesti při močení a bolesti při vyprazdňování stolice. Existuje řada faktorů, které ovlivňují výskyt poporodních bolestí. Mezi ně patří epiziotomie, která byla provedena u více než poloviny respondentek, a která může ovlivňovat bolestivost hráze. Jednoznačně se nedala prokázat souvislost mezi vlivem operativního vedení porodu (VEX, porodnické kleště) a vlivem spontánní ruptury hráze na výskyt poporodních bolestí kvůli malému výzkumnému vzorku.

Dále jsme zjistili, že mezi nejčastěji používanou metodu farmakoterapie respondentky řadily perorální analgetika. Možnost farmakoterapie využila téměř polovina respondentek. U respondentek, které využily metod farmakoterapie, značně klesl výskyt bolestí. Pokud nedošlo k úplnému vymizení bolesti, tak alespoň ke značnému zmírnění. Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že nefarmakologické metody využívají ženy hlavně na bolesti prsou a bolesti hráze a to zejména terapii chladem. Na jiné poporodní bolesti nebyly nefarmakologické metody ve výzkumném vzorku použity. Masáže prsů nejčastěji v kombinaci s teplou sprchou nebo použitím masti Bepanthen při poranění bradavek. Velmi mě překvapilo, že v dnešní době velmi rozšířenou homeopatii nevyužila ani jedna z dotázaných žen. Při vyplňování dotazníků jsem se žen dotazovala, zda něco takového znají, ale většina znala pouze sedací koupele. Osobně se domnívám, že by měly být ženy více edukovány o metodách homeopatie, která jim může pomoci nejen s hojením porodních poranění, ale také při potížích s laktací nebo psychickými problémy spojenými s šestinedelím.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BÁRTLOVÁ S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přepr. a dopl. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.
- BINDER, T. *Porodnictví*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
- BULOVÁ, I. *Porodní poranění ženy při vaginálním porodu*. Brno, 2012. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Miloslava Kameníková.
- EAST, Ch. E. a at al. Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery* [online]. 2012, **28** (1), 93 - 97 [cit. 2016-08-24]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613810001889>
- FAIT, T., M. ZIKÁN a J. MAŠATA. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd., Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-403-6.
- GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd., Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.
- HABARTOVÁ, Z. *Mapování způsobů vedení porodů na Hodonínsku*. Olomouc, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.
- HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd., Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HAKL, M. a kolektiv. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2. dopl. vyd., Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2902-5.
- HOŘEJŠÍ, V. a kolektiv. *Základy imunologie*. 5. vyd., Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-713-2.
- JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnutí*. 1. vyd., Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-210-2.
- JANÁKOVÁ, B. *Nejčastější obtíže žen v šestinedělí*. Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Škorníčková.

KOUDELKOVÁ, V. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2013. ISBN 978-80-7387-624-1.

MORAVCOVÁ, M. a PETRŽÍLKOVÁ H.. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu: přehled péče o fyziologického novorozence*. 1. vyd., Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2015. ISBN 978-80-7395-859-6.

MYDLILOVÁ, A., L. KLIMENTOVÁ, M. PARIKRUPOVÁ a H. NESMĚRÁKOVÁ. *Brožura: Kojení - Vše co potřebujete vědět*. Praha, 2016. Dostupné také z: <http://www.kojeni.cz/maminkam/brozura-kojeni/>.

ROKYTA, R., KOZÁK, J. a kol. *Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti. Bolest: časopis pro studium a léčbu bolesti*. 2009, roč. 12, s. 4-24. ISSN 1212-0634.

ROKYTA, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROKYTA, R., M. KRŠIAK a J. KOZÁK (eds.). *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd., Praha: Tigris, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.

ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd., Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

SEDLÁČKOVÁ, E. *Problematika žen v šestinedělí v péči porodní asistentky v terénu ve Zlínském kraji*. Zlín, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Helena Fremlová.

SMOLKOVÁ, M. *Prevence porodního poranění v oblasti perinea*. České Budějovice, 2016. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová.

ŠIMETKA, O., MICHALEC, I., *Vakuumentrakce*. Česká gynekologie. 2010, roč. 75, č. 5, ISSN 1210-7832.

VAŇÁSEK, J., ČERMÁKOVÁ K. a KOLÁŘOVÁ I. *Bolest v ošetrovatelství*. 1. vyd., Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.

VELEBIL, P., *Epidemiologie vaginálních operací (porodnický forceps a vakuumentrakce)*. Moderní gynekologie a porodnictví. 2009, roč. 18, č. 3, ISSN 1211-1058.

ZEMAN, M. a Z. KRŠKA. *Speciální chirurgie*. 3. dopl. a přeprac. vyd., Praha: Galén, 2014.
ISBN 978-80-7492-128-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Pavlína Trojanová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice a provádím výzkum k bakalářské práci, která se zaměřuje na bolest po porodu v raném šestinedělí, kterým se označuje prvních sedm dní po porodu. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a data v něm získaná budou použita pouze k účelům bakalářské práce.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu

1. Kolik je Vám let?

.....let

2. Po kolikáté jste rodila?

- a. poprvé
- b. podruhé a vícekrát

3. V kolikátém týdnu jste rodila?

- a. před termínem porodu (> 37. týden těhotenství)
- b. v termínu porodu (38. – 40. týden těhotenství)
- c. po termínu porodu (< 40. týden těhotenství)

4. Jakým způsobem byl vedený Váš porod?

- a. spontánně vaginálně
- b. pomocí vakuumextraktoru (VEX)
- c. pomocí porodnických kleští

5. Byl u Vás proveden nástřih hráze při porodu?

- a. ano
- b. ne

6. Došlo u Vás ke spontánní ruptuře - trhlině hráze? (bez nástřihu hráze)

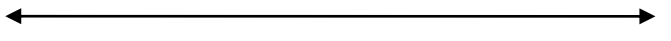
- a. ano
- b. ne

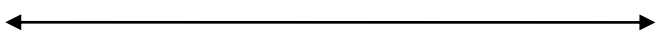
7. Vyskytla se u Vás některá z uvedených komplikací v období raného šestinedělí?

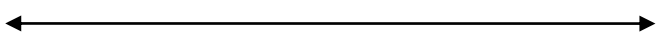
- a. hematom v oblasti hráze (modřina)
- b. infekce v oblasti poranění hráze (zánět v ráně)
- c. bolestivě nalité prsy
- d. ragády (trhliny na bradavkách)
- e. žádné
- f. jiné, uveďte jaké:

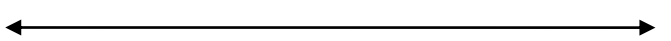
.....
.....
.....

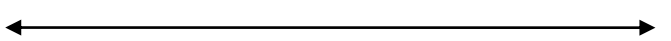
8. Pociťovala jste v období raného šestinedělí některé z uvedených poporodních bolestí? Pokud ano, vyberte jaké a vyznačte jejich intenzitu na stupnici intenzity bolesti. (0 – žádná bolest, 5 – středně silná bolest, 10 – nesnesitelná bolest)

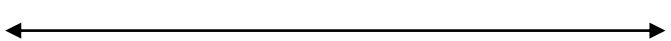
a) bolest hráze 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

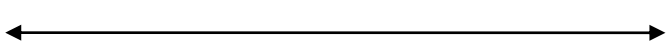
b) bolest prsou 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c) bolest břicha 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d) bolest při močení 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

e) bolest při vyprazdňování stolice 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

f) bolest hlavy 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

g) bolesti zad 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

h) jiné, uveďte jaké:

i) nepociťovala jsem žádnou bolest (nepokračujte ve vyplňování dotazníku)

9. Využila jste v období raného šestinedělí některou z farmakologických metod tlumení bolesti? (léky předepsané lékařem – tablety, čípky, injekce)

a. ano využila, napište jaké:

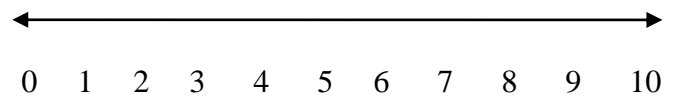
.....
.....
.....

b. ne využila (pokračujte otázkou č. 11)

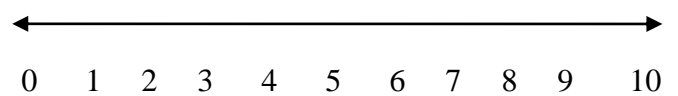
c. ne, tato možnost mi nebyla nabídnuta (pokračujte otázkou č. 11)

10. Označte, jak silnou bolest jste po podání farmakologických metod tlumení bolesti pociťovala. (0 – žádná bolest, 5 – středně silná bolest, 10 – nesnesitelná bolest)

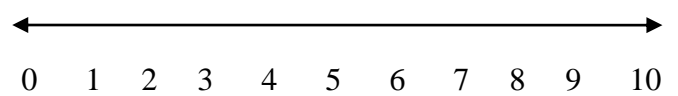
a) bolest hráze



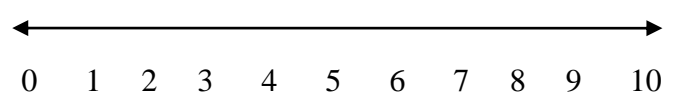
b) bolest prsou



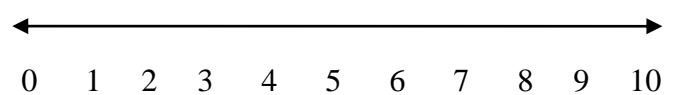
c) bolest břicha



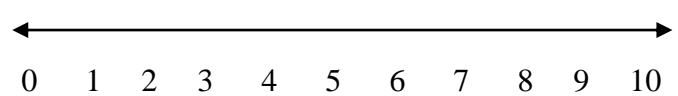
d) bolest při močení



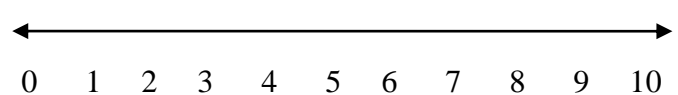
e) bolest při vyprazdňování stolice



f) bolest hlavy



g) bolesti zad



11. Využila jste v období raného šestinedělí nefarmakologické metody tlumení bolesti (led na hráz, studená sprcha, homeopatika, atd.)?

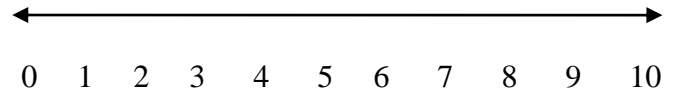
a. ano, uveďte jaké a na co:

.....
.....

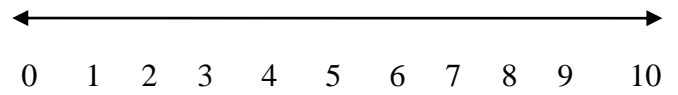
b. ne (dále nepokračujte ve vyplňování dotazníku)

12. Označte, jak silnou bolest jste po podání nefarmakologických metod tlumení bolesti pociťovala. (0 – žádná bolest, 5 – středně silná bolest, 10 – nesnesitelná bolest)

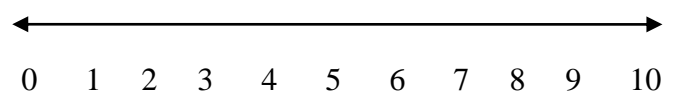
a) bolest hráze



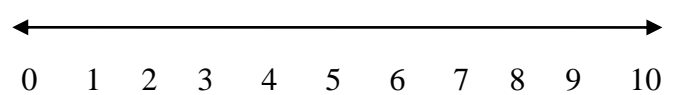
b) bolest prsou



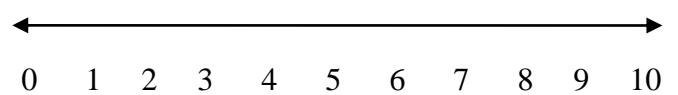
c) bolest břicha



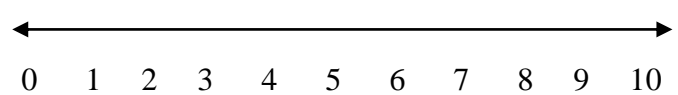
d) bolest při močení



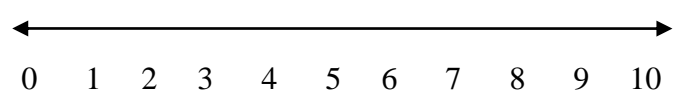
e) bolest při vyprazdňování stolice



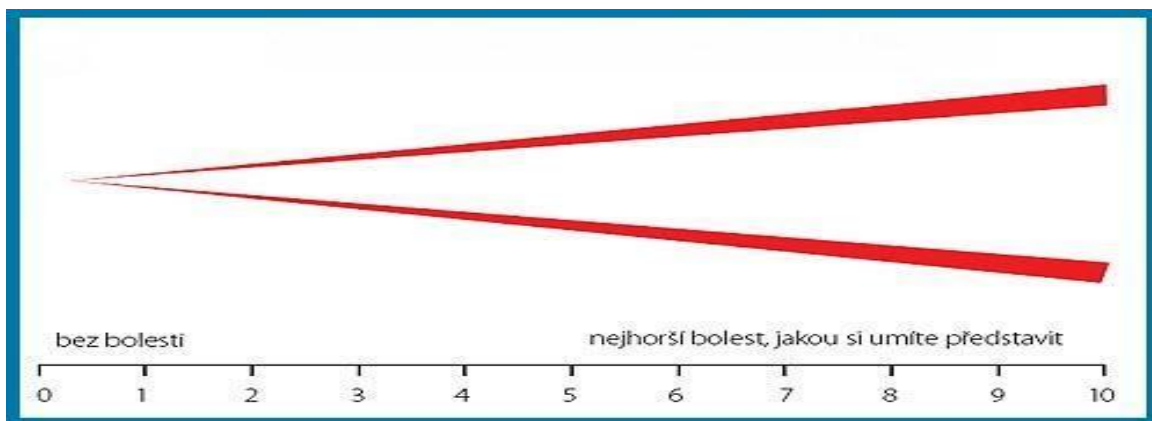
f) bolest hlavy



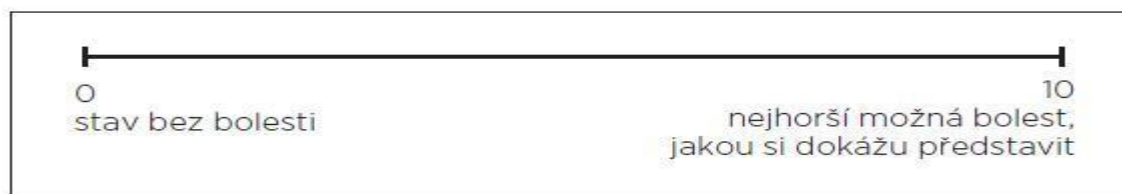
g) bolesti zad



Příloha B: Škály bolesti



Obrázek 17 - Vizuální analogová škála bolesti¹



Obrázek 18 - Numerická škála bolesti²



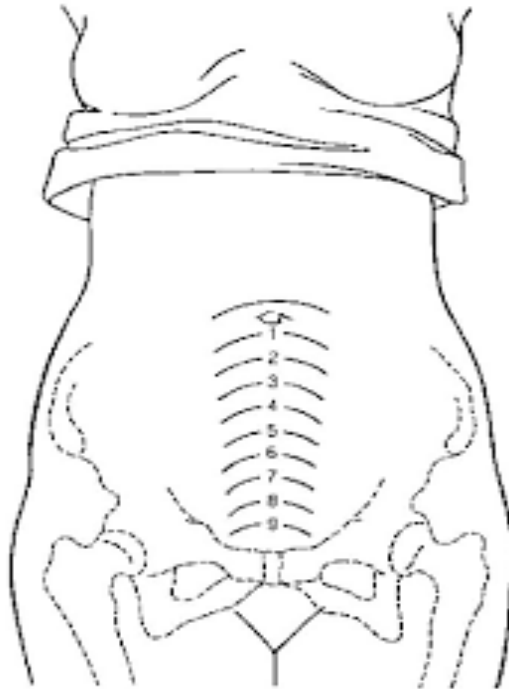
Obrázek 19 - Obličejová škála bolesti³

¹ HAKL, PH.D., MUDr. Marek a MUDr. RADOVAN HŘIB. Farmakoterapie léčby onkologické bolesti. *Interní medicína* [online]. 2007, **2007** 9 (6), 299 - 300 [cit. 2016-08-15]. Dostupné z: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2007/06/12.pdf>

² FRICOVÁ, PH. DPH.D., MUDr. Jitka. Akutní a chronická bolest. *Postgraduální medicína* [online]. 2011, **2011**(3), 1 [cit. 2016-08-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>

³ SLÁMA, PH., MUDr. Ondřej a MUDr. Irena ZÁVADOVÁ. Hodnocení a léčba chronické nádorové bolesti. *Postgraduální medicína* [online]. 2012, **2012**(4), 1 [cit. 2016-08-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/hodnoceni-a-lecba-chronicke-nadorove-bolesti-464250>

Příloha C: Involuce děložní v jednotlivých dnech po porodu



Obrázek 20 - Involuce děložní⁴

⁴ Changes in the reproductive system following delivery: The Uterus. *Obstetric and Newborn Care II*. [online]. San Antonio, Texas: United States Army Medical Department, 2015 [cit. 2016-08-15]. Dostupné z: http://brooksidepress.org/ob_newborn_care_2/?page_id=287