

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Postoj těhotných žen k bolesti při porodu

Jana Karbanová

Bakalářská práce

2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 12. 4. 2013

.....
Jana Karbanová

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Vendule Mikšovské za věnovaný čas, cenné rady a odborný dohled při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám za ochotu a vstřícnost při vyplňování dotazníku k mé bakalářské práci. Zároveň bych ráda poděkovala celé své rodině, která mě ochotně podporovala během celého studia.

V Pardubicích dne 12. 4. 2013

.....

Jana Karbanová

SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá metodami tlumení porodní bolesti a postojem těhotných žen k bolesti při porodu.

V teoretické části jsou uvedeny dosavadní poznatky z odborné literatury uvádějící současné farmakologické a nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti, definici porodu a charakteristiku porodních bolestí.

Výzkumná část zjišťuje pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníkového šetření informovanost těhotných žen o metodách tlumení porodních bolestí. Dále zjišťuje míru obav těhotných žen z bolesti při porodu, a jak velkou bolest očekávají těhotné ženy během porodu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Těhotná žena, porodní bolest, tlumení bolesti, porod

TITLE

Attitude to pregnant pain during childbirth.

ABSTRACT

This thesis deals with labor pain control methods and attitudes of pregnant women to the pain of childbirth.

The theoretical part consists of existing knowledge from the literature showing the current pharmacological and non-pharmacological pain control methods birth, childbirth definition and characteristics of labor pains.

The research part determined using non-standardized anonymous questionnaire informing pregnant women about methods of birth control pain. It also investigates the level of concern of pregnant women pain in childbirth, and how much they expect pain during childbirth.

KEY WORDS

Pregnant woman, labor pain, pain management, childbirth

OBSAH

ÚVOD	12
CÍL PRÁCE	13
I TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Porod	14
1.1 Průběh porodu	14
1.1.1 Období biologické přípravy	14
1.1.2 I. Doba porodní – otevírací	15
1.1.3 II. Doba porodní – vypuzovací.....	15
1.1.5 IV. Doba porodní – poporodní období	16
1.3 Strach z porodu	16
2. Bolest při porodu	17
2.1 Charakteristika bolesti v průběhu porodu	17
2.1.1 Bolest v první době porodní	17
2.1.2 Bolest ve druhé době porodní	17
2.1.3 Bolest ve třetí době porodní	17
2.2 Faktory ovlivňující bolest při porodu	18
2.2.1 Somatické faktory	18
2.2.2 Psychosociální faktory	18
2.2.3 Faktory centrálního nervového systému	19
3. Tlumení porodních bolestí	20
3.1 Nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti	20
3.1.1 Psychologické metody	20
3.1.1.1 Předporodní příprava	20
3.1.1.2 Hypnóza	21
3.1.1.3 Audioanalgezie - muzikoterapie	21
3.1.2 Přítomnost otce u porodu	21
3.1.3 Alternativní polohy	21
3.1.4 Dechová cvičení.....	23
3.1.5 Hydroanalgezie	23
3.1.5.1 Intradermální injekce sterilní vodou	24
3.1.6 Elektroanalgezie (TENS)	24
3.1.7 Akupresura	24

3.1.8 Masáže	25
3.1.9 Homeopatie	25
3.1.10 Aromaterapie, fytoterapie	25
3.2 Farmakologické metody tlumení porodní bolesti	26
3.2.1 Centrální analgezie	26
3.2.1.1 Analgetika a sedativa	26
3.2.1.2 Inhalační analgezie	27
3.2.2 Regionální analgezie	27
3.2.2.1 Epidurální analgezie	27
3.2.2.2 Subarachnoideální analgezie	28
3.2.2.3 Pudendální analgezie	28
3.2.2.4 Paracervikální analgezie	29
3.2.2.5 Infiltrace pochvy a hráze	29
II VÝZKUMNÁ ČÁST	30
4. Výzkumné otázky	30
5. Metodika výzkumu	31
5.1. Výzkumný nástroj	31
5.2 Výzkumný vzorek	32
5.3. Analýza dat	33
6. Interpretace výsledků dotazníkové části A	34
7. Interpretace výsledků dotazníkové části B	38
8 DISKUZE	60
ZÁVĚR	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
SEZNAM PŘÍLOH	68
Příloha A – Charakteristika bolesti v jednotlivých fázích porodu	69
Příloha B – Intradermální injekce sterilní vodou	70
Příloha C – Entonox	71
Příloha D – Dotazník	72
Příloha E – CD se zdrojovými daty	77

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 <i>Graf týdne těhotenství respondentek</i>	35
Obrázek 2 <i>Graf vzdělanosti respondentek</i>	36
Obrázek 3 <i>Graf počet porodů</i>	37
Obrázek 4 <i>Graf hodnocení předporodní přípravy</i>	39
Obrázek 5 <i>Graf obav z bolesti při porodu</i>	41
Obrázek 6 <i>Graf očekávané bolesti při porodu</i>	43
Obrázek 7 <i>Graf informovanosti těhotných žen</i>	44
Obrázek 8 <i>Graf hodnocení informací</i>	45
Obrázek 9 <i>Graf zdroje informací</i>	47
Obrázek 10 <i>Graf informovanosti o metodách tlumení bolesti</i>	49
Obrázek 11 <i>Graf tlumení bolesti u předchozího porodu</i>	50
Obrázek 12 <i>Graf opakování metody tlumící bolest</i>	51
Obrázek 13 <i>Graf metod tlumení bolesti při porodu</i>	52
Obrázek 14 <i>Graf nefarmakologické metody tlumení bolesti</i>	54
Obrázek 15 <i>Graf farmakologické metody tlumení bolesti</i>	55
Obrázek 16 <i>Graf názoru těhotných žen na nefarmakologické metody</i>	57
Obrázek 17 <i>Graf názoru těhotných žen na farmakologické metody</i>	59
Obrázek 18 <i>Bolest v jednotlivých fázích porodu</i>	69
Obrázek 19 <i>Místa aplikace intradermálních injekcí sterilní vodou</i>	70
Obrázek 20 <i>Místa aplikace intradermálních injekcí - Michealisova routa</i>	70
Obrázek 21 <i>Podání Entonoxu</i>	71

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 <i>Návratnost dotazníků</i>	32
Tabulka 2 <i>Věk respondentek</i>	34
Tabulka 3 <i>Absolvování předporodního kurzu</i>	38

SEZNAM ZKRATEK

WHO	světová zdravotnická organizace
VEX	vakuumextraktor
TENS	transkutánní elektrická nervová stimulace
Th10	10 hrudní obratel
L1	1 bederní obratel
S2	2 křížový obratel
S4	4 křížový obratel
tzv.	takzvaný
např.	například
Hz	hertz
CH	centizimální ředění podle Hahnemanna
PK	porodní kurz
T	těhotenství

ÚVOD

Bolest je nedílnou součástí porodu již od nepaměti a záleží především na těhotné ženě, jak bude svou bolest při porodu vnímat a prožívat. Zároveň má každá žena možnost náležitě se na svůj porod připravit. Vhodným výběrem metody tlumící porodní bolest nebo řádnou předporodní přípravou může ovlivnit svůj postoj k bolesti při porodu.

V současné době má těhotná žena široký výběr informačních zdrojů. Může získávat informace z médií, odborných knih, předporodních kurzů nebo čerpat ze zkušeností blízkého okolí. Má možnost získat informace o průběhu těhotenství nebo porodu a může si vybrat z mnoha farmakologických i nefarmakologických metod tlumení bolesti při porodu. Zároveň má možnost volby porodnického zařízení, které ji bude nejvíce vyhovovat a které má k dispozici vhodné prostředky k tlumení porodní bolesti. Záleží tedy především na rozhodnutí těhotné ženy, jak se k přípravě na porod postaví. Nicméně neměli bychom zapomínat ani na důležitou roli lékaře a porodní asistentky. V rámci této problematiky je nesmírně důležitý jejich kladný přístup a především jejich schopnost vysvětlit a doporučit všechny dostupné a vhodné metody k tlumení bolesti při porodu.

Důvodem k výběru tohoto tématu byl zejména fakt, že se v rámci své blokové praxe na porodním sále stále setkávám s rodičkami, které nejsou dostatečně informovány o možnostech tlumení porodních bolestí a nemají ani dostatečné vědomosti o průběhu porodu. Tato skutečnost, ve většině případů, nepříznivě ovlivňuje vnímání a prožívání bolesti během porodu. Z tohoto důvodu jsem chtěla zjistit informovanost těhotných žen o metodách tlumení porodních bolestí, zmapovat možný vliv parity a týdne gravidity na bolest při porodu a zjistit očekávání těhotných žen v rámci dané problematiky.

CÍL PRÁCE

Pro bakalářskou práci, jsou stanoveny tyto cíle:

Hlavní cíl:

- Zjistit informovanost těhotných žen o metodách tlumení bolesti při porodu.

Dílčí cíle:

- Zjistit jakou metodu tlumení bolesti při porodu by těhotné ženy preferovaly.
- Zmapovat možný vliv parity na očekávanou intenzitu bolesti při porodu.
- Vymezit spojitost mezi týdnem gravidity a obavami z bolesti při porodu.

I TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část prezentuje dosavadní poznatky z odborné literatury a přibližuje nám charakter porodních bolestí a dostupné metody tlumení bolesti při porodu.

1 Porod

Porod je děj, při kterém dochází k vyloučení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) z dělohy matky. Označujeme tak, každé ukončené těhotenství, při kterém se narodí živý jedinec s porodní hmotností alespoň 500g, nebo s menší hmotností než 500g, pokud je jeho délka života více než 24 hodin a projevuje alespoň jednu ze známek života (akce srdeční, dýchací pohyby, aktivní pohyb svalstva, pulsace pupečníku). U mrtvě narozeného plodu je nově stanovenou podmínkou pro porod rovněž hmotnost 500g. (Čech, 2006, s. 121; Roztočil, 2008, s. 109)

Dle světové zdravotnické organizace (WHO) je normální porod definován jako „*spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.*“ (Aperio, 2013)

1.1 Průběh porodu

Průběh porodu dělíme na období biologické přípravy, tři doby porodní a poporodní období, které může být také označováno jako čtvrtá doba porodní.

1.1.1 Období biologické přípravy

Období biologické přípravy je charakterizováno výskytem příznaků značících blížící se porod, u prvorodiček můžeme tyto příznaky zaznamenat již v průběhu posledního měsíce těhotenství a naopak u vícerodiček jsou známky blížícího se porodu patrné až těsně před porodem. V tomto období dochází především ke zvýšení děložní dráždivosti, což se projevuje výskytem předporodních kontrakcí neboli výskytem Dolores praesagientes (Braxton – Hicksovy kontrakce). Jako další známky blížícího se porodu uvádí odborná literatura pokles děložního fundu, rozvoj poševní klenby a změnu konzistence a lokalizace děložního hrdla. (Roztočil, 2008, s. 113 - 114)

1.1.2 I. Doba porodní – otevírací

První doba porodní je fáze porodu, při které nastupují pravidelné děložní kontrakce působící na postupné otevírání porodních cest. Otevírání porodních cest je charakterizováno zkracováním děložního hrdla, jeho zánikem a vznikem a rozvojem děložní branky. Děložní branka se v této fázi porodu postupně rozvíjí z průměru asi 2 cm do 10 cm, kdy hovoříme o tzv. „zašlé“ brance a konci první fáze porodu. První doba porodní trvá u prvorodiček průměrně 10 až 12 hodin, u vícerodiček 6 až 8 hodin. (Pařízek, 2005, s. 233 a 238)

První dobu porodní dělíme na tři fáze:

- Latentní fáze – porodnická branka o průměru 2 – 2,5 cm, intenzita děložních kontrakcí se zvyšuje, na konci této fáze se kontrakce objevují každých 5 – 6 minut a trvají 30 – 40 sekund.
- Aktivní fáze – dilatace děložní branky do 8 cm, děložní kontrakce jsou častější, relativně kratší a vedou k rychlému rozvoji děložní branky, obvykle dochází k odtoku plodové vody.
- Tranzitorní fáze – dilatace děložní branky na 8 – 10 cm, děložní kontrakce jsou silné, trvají 50 – 60 sekund a jejich frekvence je kolem 1 – 2 minut. (Roztočil, 2008, s. 114)

1.1.3 II. Doba porodní – vypuzovací

Druhá doba porodní začíná úplným zánikem děložní branky a končí porodem plodu. Intenzita děložních kontrakcí během druhé doby porodní sílí, děložní stahy jsou častější a trvají déle. Zašlá branka a sestup hlavičky na pánevní dno vyvolává tlak na konečník, pocit nucení na stolicí a nutkání na tlačení. Progrese plodu závisí na síle děložních kontrakcí, ale i na aktivní spolupráci rodičky, která pomocí břišního lisu vytlačuje hlavičku plodu porodními cestami směrem k pánevnímu východu. Druhá doba porodní trvá u prvorodiček okolo jedné hodiny, u vícerodiček 20 až 30 minut. (Pařízek, 2005, s. 243 - 244)

1.1.4 III. Doba porodní – doba k lůžku

Třetí doba porodní začíná porodem plodu a končí vypuzením placenty, plodových obalů, pupečníku a retroplacentárního hematomu. V této fázi porodu dochází k výrazné retrakci dělohy. Třetí doba porodní trvá průměrně 5 – 10 minut.

1.1.5 IV. Doba porodní – poporodní období

Čtvrtá doba porodní začíná porodem placenty a končí dvě hodiny po porodu. Během tohoto období je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením. (Roztočil, 2008, s. 117 - 118)

1.3 Strach z porodu

Nadměrné obavy a strach vedou u těhotných žen ke zvýšení citlivosti na bolest a zároveň snižují toleranci bolesti. Kromě toho přílišné obavy vedou ke snížení prokrvení dělohy, snižují účinnost kontrakcí a vyvolávají pnutí svalstva, které působí proti vypuzování plodu z dělohy. (Leifer, 2004, s. 173 - 174)

S omezeným množstvím kyslíku a krve se dolní kruhová vlákna u děložního hrdla stáhnou a sevřou, místo toho, aby se uvolnila a otevřela. Horní svislé svaly se neustále snaží pohybovat kruhovými svaly nahoru a dolů, ty ale kladou odpor a děložní hrdlo tak zůstává napjaté a uzavřené. Navíc pokud tyto dvě skupiny svalů působí proti sobě, rodící žena pociťuje značnou míru bolesti.

Nepřiměřený strach matky může negativně ovlivňovat i plod v děloze. Horní děložní svaly tlačí a vypuzují hlavičku plodu proti pevně sevřeným dolním svalům dělohy, což vede ke zpomalení porodu nebo k úplné zástavě průběhu porodu. Omezený přívod kyslíku do dělohy navíc znamená, že je narušen i přísun kyslíku pro plod. (Monganová, 2010, s. 67)

2. Bolest při porodu

„Porodní bolest je jedinou bolestivou reakcí člověka, která nevzniká z důvodů nemoci. Jedná se o účelnou reakci, která připravuje těhotnou ženu na očekávaný porod. Jiný význam bolesti u porodu se dosud nepodařilo prokázat.“ (Pařízek, 2005, s. 255)

2.1 Charakteristika bolesti v průběhu porodu

Vnímání a prožívání bolesti při porodu je velice individuální záležitostí, která závisí na mnoha fyzických, psychických a sociokulturních aspektech. Z toho vyplývá, že každá žena prožívá a vnímá porodní bolesti zcela odlišně a závisí především na jejím postoji k bolesti při porodu, současném psychickém rozpoložení a prostředí, ve kterém se rodící žena nachází. (Labusová, 2013)

2.1.1 Bolest v první době porodní

V první době porodní jde o typickou viscerální bolest, která vychází z děložního těla. Tato bolest dosahuje nejvyšší intenzity během kontrakce a narůstá s postupem první doby porodní. Je tupá, těžko lokalizovatelná a přenáší se do lumbální oblasti a okolí pupku, zároveň vystřeluje do slabin.

2.1.2 Bolest ve druhé době porodní

Začátkem druhé doby porodní se stupňuje tlak naléhající části plodu na senzitivní struktury pánve a roztahuje se svalstvo pánevního dna a hráze, což vede ke vzniku somatické bolesti. Zvyšující se tlak a napínání vede ke vzniku drobných trhlinek fascií a podkožních tkání, ale dochází i ke zvyšování tlaku na perineum. Tato bolest je ostrá a dobře lokalizovatelná v oblasti lumbálního a sakrálního segmentu. (Eliášová, 2008, s. 65 - 66)

2.1.3 Bolest ve třetí době porodní

Po porodu plodu se obnovují děložní kontrakce, které jsou o mnoho slabší než v předchozích porodních dobách. Nazývají se kontrakce k lůžku a rodička je často ani nepocítuje. Bolest ve třetí době porodní je tedy spojena hlavně s ošetřením porodního poranění. (Roztočil, 2008, s. 117), (Viz. příloha A)

2.2 Faktory ovlivňující bolest při porodu

Bolest během porodu je ovlivněna několika různými faktory, které můžeme rozdělit na somatické faktory, psychosociální faktory a faktory centrálního nervového systému.

2.2.1 Somatické faktory

Mezi hlavní somatické faktory, které ovlivňují bolest během porodu, patří:

- Přípravenost děložního hrdla
- Páneve – Velikost a tvar pánve má vliv na obtížnost nebo snadnost, s jakou bude plod sestupovat pánví. Pánevní abnormality mohou porod prodloužit nebo zkomplikovat.
- Intenzita porodu – Krátký a intenzivní porod způsobuje mnohem větší bolest než porod pozvolnější. Kontrakce jsou intenzivnější a nastupují ihned po sobě, což vede k rychlejšímu vyčerpání rodičky než při pomalejším porodu. Kromě toho rychlý porod snižuje možnosti farmakologického tlumení bolesti.
- Vyčerpanost – Vyčerpanost rodičky výrazně snižuje její schopnost vyrovnávat se s bolestí, a tím ovlivňuje i její aktivní zapojení do průběhu porodu.
- Naléhání a pozice plodu – Hlavička plodu provede spotřebování a dilataci děložního hrdla nejúčinněji. Plod naléhající atypickou částí těla, dilatuje děložní hrdlo nerovnoměrně, a tak je otevírání porodních cest méně účinné. (Leifer, 2004, s. 173)

2.2.2 Psychosociální faktory

Hlavními psychosociálními faktory ovlivňující porodní bolesti, jsou:

- Strach a obavy – Působení strachu a obav při porodu závisí na jejich míře a intenzitě. Určitá míra strachu může ženu motivovat k naučení a aplikaci technik snižující bolest při porodu. Naopak přílišné obavy vedou ke snížení tolerance bolesti, napnutí svalstva, snížení průtoku krve dělohou a tím způsobují i menší účinnost kontrakcí.
- Příprava k porodu – Ženy, které absolvují předporodní přípravu, mívají menší strach z neznámého. Naučí se, jak zvládnout porodní bolesti a získají informace o průběhu porodu a farmakologických i nefarmakologických možnostech tlumení bolesti.
- Kultura – Kultura značně ovlivňuje názory na porod a chování při porodu. V některých kulturách je porodní bolest vyjadřována hlasitým prožitkem, jinde je naopak požadováno mlčenlivé snášení bolesti při porodu nebo je přirozené, že žena rodí sama v ústraní. Jednotlivé národy se liší i prahem bolesti.

- Předchozí zkušenost – Předchozí zkušenost s porodem má vliv na reakci rodičky při právě probíhajícím porodu. Ženy srovnávají bolestivost, délku trvání i průběh porodů.
Jestliže měla žena při předchozím porodu epidurální analgezii, pravděpodobně nebude umět zvládat bolest při porodu, a pokud nebude znovu možná epidurální analgezie, žena bude ve stresu, protože bude srovnávat bezbolestný porod s bolestivým. Rodička, která měla obtížný a dlouhý porod, bude při dalším porodu pociťovat nadměrné obavy a strach. Pokud byl první porod veden císařským řezem, rodička většinou nebývá ochotná родit vaginálně.
- Podpora blízkých – Pro rodičku je při porodu velice důležitá podpora a motivace od blízké osoby. Řada průzkumů prokázala, že individuální podpora rodičky má příznivý vliv na průběh i vnímání porodu. Jako ovlivnitelné aspekty porodu, které souvisí s podporou blízkých, jsou uváděny hlavně doba porodu a potřeba analgetik. Ženu při porodu nejčastěji doprovází manžel nebo otec dítěte, někdy je to ale i matka či přítelkyně. (Ratislavová, 2008, s. 68; Leifer, 2004, s. 173 - 174)

2.2.3 Faktory centrálního nervového systému

Faktory ovlivňující porodní bolesti v úrovni centrálního nervového systému jsou endorfiny a vrátková teorie.

- Vrátková teorie – Byla popsána v roce 1965 R. Melzackem a P. D. Wallem. Popisuje, jak jsou vedeny bolestivé podněty do mozku a jak jsou v mozku interpretovány. Zjednodušeně jde o schopnost otevírat a zavírat vrátka, kterými vedou vzruchy do mozku, a tím ovlivňovat vedení informací o bolestivé události. Na otevírání a zavírání vrátek má vliv myšlení, vnímání, představivost nebo úsudek, tyto kognitivní funkce jsou formovány zejména osobnostní charakteristikou, náladou, vlivem prostředí, situací a učením.
- Endorfiny – Endorfiny jsou tělem produkované látky podobné morfinu. Hladina endorfinů dosahuje při porodu nejvyšších hodnot a jejich vyplavování způsobuje stav, kdy žena potřebuje nižší dávku analgetik než by za normálních okolností vyžadovala. (Leifer, 2004, s. 172 - 173; Ratislavová, 2008, s. 66)

3. Tlumení porodních bolestí

Tlumení porodních bolestí tvoří důležitou součást kvalitní a moderní porodnické péče. Bolest při porodu můžeme zmírnit mnoha různými farmakologickými i nefarmakologickými metodami, které je možné v průběhu porodu vzájemně kombinovat a zvyšovat tak účinek porodnické analgezie. Ta má i další příznivé účinky na porod, mezi které patří zejména snížení strachu a stresu rodičky, uvolnění porodnické branky a zkrácení doby porodu. I přes pozitivní účinky tlumení porodních bolestí nesmíme zapomenout i na negativní ovlivnění matky a plodu při porodu. (Hawkins, 2010, s. 7; Gregorová, 2009, s. 52 - 56)

3.1 Nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti

Nefarmakologické metody tlumí porodní bolesti bez využití léků a to zejména v případech, kdy žena během porodu nechce využít léky nebo regionální analgezii. Popřípadě se používají v některých částech světa, kde nejsou možnosti farmakologického tlumení bolesti k dispozici. Hlavní výhodou nefarmakologických metod je, že neškodí matce ani plodu, jako některé metody s využitím léků. (Datta, 2010, s. 85; Unipa, 2013)

3.1.1 Psychologické metody

Psychologické metody působí především na změnu chování, myšlení a emocí rodičky. V porodnictví se zaměřují především na snížení úzkosti a strachu, čímž ovlivňují hlavně vnímání a prožívání porodních bolestí. Jako další účinek psychologického tlumení bolesti uvádí odborná literatura také zvýšení tzv. Placebo efektu. (Zacharová, 2007, s. 141 - 142)

3.1.1.1 Předporodní příprava

Žena by se měla věnovat přípravě na porod v průběhu celého těhotenství. Kurzy zabývající se přípravou na porod, naučí ženu a jejího partnera dovednostem, které při porodu využijí. Zároveň poskytují informace o průběhu porodu a možnostech tlumení porodní bolesti, což vede ke snížení strachu a napětí při porodu. Dalším obsahem předporodní přípravy bývá cvičení, které připravuje svalstvo na námahu při porodu a zmírňuje bolest v zádech během těhotenství.

Kurzy předporodní přípravy probíhají nejčastěji ve skupině těhotných žen (okolo 6 – 12 žen) a rozsah kurzu bývá optimálně rozložen do šesti lekcí po 60 minutách. Většina předporodních kurzů se skládá z teoretické části, diskuze a praktického nácviku nebo cvičení. (Leifer, 2004, 174 – 175; Ratislavová, 2008, s. 52)

3.1.1.2 Hypnóza

Jedná se o stav změněného vědomí, který je založen na schopnosti odpoutání se od nepříjemného zážitku a psychické relaxaci. Hypnóza je časově náročná metoda a vedle vnímavé ženy vyžaduje i zvláště zkušeného odborníka (lékař nebo psycholog s absolvovaným výcvikem v hypnoterapii). Navíc je tato metoda účinná zhruba jen u 25% rodiček, a proto se v našem porodnictví zatím běžně nepoužívá. (Pařízek, 2005, s. 258; Eliášová, 2008, s. 102)

3.1.1.3 Audioanalgezie - muzikoterapie

Základním principem „léčby hudbou“ je dráždění sluchového centra během kontrakcí přístrojově vytvořeným šumem do sluchátek na uších rodičky. Tato metoda zmírňuje pocit bolesti změnou aktivity v mozkové kůře. Další možností je využití relaxační hudby na porodním sále, kterou si rodička sama zajistí ještě před porodem. (Pařízek, 2005, s. 259)

3.1.2 Přítomnost otce u porodu

Přítomnost otce u porodu má velký, nejen psychologický význam. Muž dodává ženě během porodu odvalu a sílu, uklidňuje ji, drží ji za ruku, dodává ji pocit, že není sama mezi cizími lidmi a aktivně ovlivňuje průběh porodu (např. masáž zad zmírňující bolest). Zároveň je narození dítěte pro muže nezapomenutelný okamžik a mezi otcem a dítětem se vytváří silné citové pouto.

Literatura však upozorňuje i na důkladné zvážení mnohých argumentů proti přítomnosti otce u porodu. Sledování porodu může být pro partnera nepříjemné a může ovlivnit zejména jeho sexuální vztah k partnerce. Stejná situace může nastat i v opačném případě, kdy je přítomnost otce nepříjemná hlavně rodičce. V některých případech je přítomnost partnera u porodu obtíž i pro personál, a to zejména, pokud jeho přítomnost komplikuje práci zdravotníků, například při nečekaných porodnických komplikacích. (Gregora, 2007, s. 41)

3.1.3 Alternativní polohy

Alternativní úlevové polohy jsou zcela jednoduchou a poměrně účinnou metodou tlumení porodních bolestí a navíc umožňují rodičce odpočívat v průběhu první doby porodní. Rodící žena je zaujímá instinktivně a porodní asistentka by ji v nich měla podpořit. Vhodnými úlevovými pozicemi jsou vertikální polohy, a to z důvodu dostatečného uvolnění pánve, snadnější progresí plodu, nižší spotřebě uterotonik a pozitivním účinkem na srdeční frekvenci plodu. (Štomerová, 2010, s. 102, Zwinger, 2004, s. 479)

- Stoj s oporou

Vestoj se žena může opírat o svého partnera nebo o cokoliv pevného, tak aby byla v mírném předklonu. Váha těla je částečně přenesena na horní končetiny, a tím jsou odlehčeny nohy i záda. Při kontrakci je dobré prostřídat tuto pozici s dřepem, jelikož dřep vytváří pro plod největší prostor v pánvi.

- Klek s oporou

Rodící žena klečí s oporou o míč, postel nebo židli. K uvolnění křížové páteře a oblasti pánve pomáhá kroužení nebo houpání pánví ze strany na stranu. Dále je vhodné, aby žena v této pozici zešíroka klečela, a tak vytvářela dostatečný prostor pro plod v pánvi.

- Startovací pozice

Tato pozice je velmi jednoduchá, stabilní a celkem pohodlná. Je velice pohodlná pokud si žena přeje porodit bez přímé asistence porodní asistentky nebo pokud zůstane žena při vlastním porodu sama. Žena zaujme pozici, kdy na jedné noze klečí a sedí si na patě. Druhá noha se opírá o chodidlo. Žena je mírně v předklonu a opírá se o jednu ruku, přičemž druhou ruku má volnou.

- Pozice na všech čtyřech

Tato pozice je velice výhodná u rychle postupujícího porodu, jelikož zpomaluje postup hlavičky plodu a snižuje otok porodnické branky. Mimo jiné snižuje výskyt porodního poranění na minimum. Při dlouhodobém setrvání v této pozici může dojít k únavě paží, tento problém lze zmírnit opřením horní části těla o hromadu polštářů nebo o míč.

- Leh na boku

Pokud je žena unavená a nezvládá zaujmout vertikální polohu, je vhodná poloha na boku. Žena si lehne na bok (využívá se ten bok, kde je hřbet plodu) a porodní asistentka podloží horní koleno polštářem nebo složenou dekou, tím poskytne větší prostor pro postup plodu.

- Poloha koleno – prsní

Tuto polohu je vhodné zaujmout, pokud z porodnické branky zbývá tenký lem a rodička již odolává silným pocitům tlačit. V tomto případě je doporučeno kleknout si na všechny čtyři a dát hlavu k zemi po dobu 4 – 5 kontrakcí. Tato poloha posune plod dolů a uvolní tlak na děložní hrdlo. (Štomerová, 2010, s.102 – 105; Balaskasová, 2009, s. 125)

3.1.4 Dechová cvičení

Dechová cvičení jsou nejučinnější při tlumení porodních bolestí a příznivém průběhu porodu pouze tehdy, pokud se správně nacvičí již před porodem. Pokud těhotná žena neabsolvovala předporodní kurz, snaží se naučit dýchací techniky za pomoci porodní asistentky až tehdy, kdy je potřebuje. Jelikož v případě předčasného uplatnění nebo použití špatné techniky dýchání dochází k předčasnému vyčerpání rodičky. (Leifer, 2004, s. 181)

- Dýchání v první době porodní

Dýchání v první době porodní by mělo být pomalé se zaměřením na výdech. Rodící žena by se měla soustředit na svůj dech a pokusit se uvolnit zejména v ramenou. V pokročilé první době porodní může mít rodící žena potřebu vydávat různé zvuky (např. vzdychat, sténat, mručet nebo křičet). Tuto potřebu by se žena neměla snažit potlačit, neboť vydávání zvuků uleví od bolesti. Během kontrakce žena dýchá mělce a zrychleně, dýchání bývá doprovázeno funěním a nazýváme ho tzv. psí dýchání. (Balaskasová, 2009, s. 118 - 125)

- Dýchání v druhé době porodní

Pokud nastává vhodná chvíle pro tlačení, žena se zhluboka nadechne a tlačí za současného pomalého vydechování, což by mělo trvat zhruba 10 vteřin. Poté vyfoukne, zhluboka se nadechne a znovu tlačí. (Leifer, 2004, s. 182)

3.1.5 Hydroanalgezie

Základní metodou hydroanalgezie během porodu jsou relaxační koupele. Tato metoda spočívá ve využití vodní lázně během první doby porodní a vedení vlastního porodu mimo vodní prostředí. Nicméně součástí porodnické hydroanalgezie je i porod do vody, který je však označován za poměrně kontroverzní porodnickou metodu, a proto se v porodnictví příliš neprovádí. Naopak relaxační koupele, sprcha a horké nebo studené obklady se v současnosti využívají téměř u každého fyziologického porodu.

Výhodou hydroanalgezie je zejména zvýšená relaxace porodních cest, ale i finanční nenáročnost. Naopak nevýhodou této metody je nízká analgetická účinnost, riziko infekce, nedostatečná kontrola plodu a často i omezená možnost využití ostatních metod tlumení bolesti. (Čech, 2006, s. 144; Pařízek, 2002, s. 216 - 217)

3.1.5.1 Intradermální injekce sterilní vodou

Jde o méně známou metodu tlumení bolesti, při které se aplikuje 1 mililitr sterilní vody intradermálně do oblasti křížové v tzv. čtvercovém vzoru. Používá se především při silných bolestech zad a při porodu plodu v zadním postavení. Nástup účinku intradermálního vodního bloku je téměř okamžitý a doba trvání analgezie je 45 minut až 2 hodiny. Mechanismus účinku této metody není zcela znám. Předpokládá se, že ovlivňuje tlumení bolesti na základě stejného principu jako TENS nebo vrátková teorie, což může zahrnovat i stejný mechanismus tlumení bolesti jako při akupunkturu. Nevylučuje se ani kombinace těchto metod. Suresh a Shnider ve své knize uvádí i výsledky kontrolované studie 128 rodiček využívajících během porodu akupunkturu nebo intradermální injekce sterilní vodou. Zjištěním bylo, že rodičky upřednostňují injekce sterilní vodou před akupunkturou, jelikož poskytují větší úlevu od bolesti a vyšší relaxační účinek. (Suresh, 2013, p. 88), (Viz. příloha B)

3.1.6 Elektroanalgezie (TENS)

Transkutánní elektrická nervová stimulace je jednoduchá analgetická metoda, která propojuje psychologický i somatický účinek a napomáhá snižovat potřebu farmak. Tato metoda tlumení porodních bolestí je účinnější v první době porodní, proto je vhodné ji v druhé době porodní kombinovat s pudendální blokádou.

Pro porodnickou analgezi se používají elektrody, které jsou přilepeny pomocí náplastí v oblastech, kde vstupují aferentní nervy do míchy (Th10 – L1 a S2 – S4). Přístroje TENS vysílají stejnosměrné proudové pulsy s doporučenou frekvencí pro porod 40-89 Hz. Rodička si stimulaci ovládá sama v souladu s děložními kontrakcemi a v místě přichycení elektrod pociťuje příjemné brnění.

Pro TENS existuje jediná kontraindikace ze strany matky, a tou je kardiostimulátor. Dle literárních údajů pociťuje úlevu 40-80% rodiček a stupeň analgetického účinku hodnotí od velmi dobrého až po nedostatečnou, v hodnocení záleží na intenzitě proudových pulsů. Největší úleva je popisována v oblasti zad, kdežto v suprapubické a perineální oblasti nebyl uváděn nijak výrazný účinek. (Pařízek, 2002, s. 218 - 219)

3.1.7 Akupresura

Akupresura je tradiční čínská léčebná metoda, při které se stlačují specifické akupresurní body, které mohou zmírnit bolest nebo urychlit porod. Ke stlačení těchto bodů se používá palec nebo špička prstu.

Nejúčinnějšími body pro tlumení bolesti při porodu jsou bod Ho-ku a bod sleziny č. 6. Bod Ho-ku leží na hřbetě ruky, tam, kde se stýkají záprstní kůstky palce a ukazováku. Tento bod by měl být stlačován rovnoměrně palcem proti záprstní kůstce ukazováku, a to po dobu nejméně deseti vteřin. Bod sleziny č. 6 se nachází na vnitřní straně holeně asi čtyři prsty nad kotníkem, stlačujeme ho palcem proti kosti po dobu jedné minuty. (Simkinová, 2000, s. 92)

3.1.8 Masáže

Masáž při porodu může působit několika účinky. Již samotný dotek je mírnou formou masáže a žena tak vnímá přítomnost blízké osoby. Intenzivnější masáž působí na uvolnění ztuhlých svalů a pomáhá odvést pozornost od bolesti pociťované během porodu. Aby měla masáž zmíněné účinky, je třeba, aby si žena sama určila, jak velkou silou bude masírována. (Štomerová, 2010, s. 108)

3.1.9 Homeopatie

Homeopatie je dávná léčebná metoda, založena na pravidlech zákona podobnosti. Zákon podobnosti nám říká, že látka schopná vyvolat u zdravého jedince soubor poruch, je schopná léčit stejný soubor příznaků u tohoto jedince v jiné daleko menší dávce.

V průběhu porodu se nejčastěji užívá *Caulophyllum thalictroides* 9 CH, které uvolňuje děložní hrdlo, pomáhá při nepravidelných kontrakcích a posiluje děložní činnost. Užívá se 5 granulí po třiceti minutách po odtoku plodové vody. Další využití homeopatie v porodnictví je například pro odlišení předporodních kontrakcí od porodních stahů, kdy se podává 5 granulí *Actaea racemosa* 1 – 3krát denně v posledním měsíci těhotenství. (Formánková, 2008, s. 15 a 79)

3.1.10 Aromaterapie, fytoterapie

O aromaterapii hovoříme, pokud rodička bylinné extrakty vdechuje. Pokud rodička nebo porodní asistentka bylinné extrakty vtírá do kůže, pak hovoříme o fytoterapii. Bylinné extrakty napomáhají při porodu stahům dělohy, prohlubují dýchání nebo zmírňují bolesti. Působí také na psychické a emoční úrovni a podle výběru oleje napomáhají zmírnit napětí a stres, dodat odvalu a sílu, osvěžit nebo naopak uvolnit a regenerovat. Mezi éterické oleje používané při porodu patří zejména černý pepř, fenykl, geranium, heřmánek římský, jasmín, kadidlo, levandule, růže či šalvěj muškátová. Při použití bylinných extraktů bývá udávána pouze mírná analgetická účinnost. (Čech, 2006, s. 144; Zrubecká, 2008)

3.2 Farmakologické metody tlumení porodní bolesti

Farmakologické metody tlumí porodní bolesti pomocí léků, které mohou být použity samostatně nebo ve spojení s nefarmakologickými metodami tlumení bolesti. Jsou využívány pro úlevu od porodních bolestí v první i druhé době porodní a léky požívané k tomuto typu analgezie jsou klasifikovány do několika kategorií. (Datta, 2010, s. 95)

3.2.1 Centrální analgezie

Centrální analgezie aplikovaná subkutánní, intramuskulární nebo intravenózní cestou, je široce používána po celém světě, ať už jako samostatná analgetická metoda nebo jako metoda využívaná před podáním regionální porodnické analgezie. (Fishman, 2010, p. 798)

3.2.1.1 Analgetika a sedativa

Analgetika tlumí bolest působením na centrální nervovou soustavu v oblasti mozkové kůry a thalamu, čímž ovlivňují přímo vnímání a interpretaci bolesti. K potlačení bolesti při porodu se používají především opiátová analgetika podávaná intravenózně. Soudobá existující data naznačují, že opiáty porodní bolest zcela neutlumí, pouze ji sníží. Jedním z nejvíce běžně používaných systémových opiátů je Pethidin (Dolsin). Nicméně, v současnosti existuje jen málo studií srovnávající jednotlivé opiáty a malý vědecký důkaz o tom, že některý z opiátů je lepší než jiný. Všechny mají podobné, s dávkou související, pro matku a plod nežádoucí účinky. Mezi mateřské nežádoucí účinky patří nevolnost, hypotenze, zvracení, zpomalené vyprazdňování žaludku, pocit nepohody a respirační deprese. Všechny opiáty prostupují placentou, čímž mohou způsobit bradykardii plodu a nepravidelnost srdečního rytmu. Pravděpodobnost novorozenecké respirační deprese závisí na dávce a načasování podání opiátů. (Rošková, 2012, s. 42 - 51; Fishman, 2010, p. 798)

Sedativa jsou během porodu používány k útlumu nadměrného strachu a napětí rodící ženy, tím napomáhají docílit příznivého průběhu porodu a mohou přispět i ke snížení bolesti. Mezi nejčastěji podávanými anxyolitiky patří diazepam v dávce 5 – 10 mg intramuskulárně nebo intravenózně, tato dávka účinně snižuje strach i obavy rodící ženy. Nevýhodou je hypnotický a amnestický účinek na rodičku, který nepříznivě ovlivňuje aktivní průběh porodu. U novorozence může dojít vlivem této dávky diazepamem k poklesu tělesné teploty, snížení svalového tonu, poruchám srdeční frekvence nebo může vést k dechové depresi novorozence. (Pařízek, 2002, s. 223 – 224)

3.2.1.2 Inhalační analgezie

Při inhalační analgezii se využívají plyny a kapaliny, jejichž páry mají analgetický účinek. Nosným plynem je kyslík, který se kombinuje s opiáty a myorelaxancii. Do dýchacích cest se dostávají umělým nebo spontánním dýcháním. (Slezáková, 2012, s. 106)

- Entonox

Přípravek Entonox je směs lékařských plynů k okamžitému použití, skládá se z 50% oxidu dusného a 50% kyslíku. Mechanismus účinku Entonoxu zatím není zcela znám. Předpokládá se, že analgetický účinek souvisí s obsahem oxidu dusného, který způsobuje uvolňování endorfinu a serotoninu.

Podání Entonoxu během porodu vyžaduje zejména správné načasování inhalace. Vzhledem k rychlému nástupu a ústupu účinku je nutné, aby rodička začala inhalovat několik vteřin před začátkem kontrakce. Inhalace se skládá ze tří hlubokých nádechů těsně před začátkem kontrakce a v průběhu kontrakce.

Přípravek Entonox je vysoce bezpečné, neinvazivní a účinné analgetikum, které se snadno podává a má rychlý nástup i odeznění účinku. Směs oxidu dusného a kyslíku tvoří jednoduchou a bezpečnou metodu v porovnání s jinými metodami analgezie užívanými při porodu. Oxid dusný nemá vliv na délku porodu a nemá žádné relaxační účinky na dělohu. (Linde industrial gases, 2013), (Viz. příloha C)

3.2.2 Regionální analgezie

Regionální analgezie působí, na rozdíl od centrální analgezie, pouze na míšní úrovni, kde blokuje nervové svazky a periferní nervy. Koncentrací lokálního anestetika lze ovlivnit, zda je blokován veškerý nervový přenos nebo zda jsou zachovány pocity doteku a tlaku. (Málek, 2011, s. 101)

3.2.2.1 Epidurální analgezie

Epidurální analgezie znamená podání lokálního anestetika samostatně nebo v kombinaci s opioidem do epidurálního prostoru, který se nachází mezi spinální tvrdou plenou (dura mater) a stěnou páteřního kanálu. Epidurální analgezii lze provést v jakékoliv části páteře, v porodnictví se však nejčastěji využívá lumbální oblast.

Aplikaci anestetika je nutné provádět zásadně mimo děložní kontrakci, neboť během ní dochází k zužování epidurálního prostoru a hrozí perforace dury mater. Do epidurálního prostoru je zaveden katétr, kterým jsou aplikována analgetika. Léky jsou aplikovány ke spinálním nervům, které vedou bolestivé signály, proto je epidurální analgezie vysoce účinná metoda tlumení bolesti. (Čech, 2006, s. 123 – 124; Málek, 2011, s. 21; Kolektiv autorů, 2006, s. 149)

Místní anestetika užívaná v porodnické epidurální analgezii jsou ropivakain, bupivakalin nebo levobupivakain, ostatní anestetika používaná v epidurální analgezii jsou z hlediska vedlejších účinků na matku i plod nepoužitelná. Dávku anestetika lze snižovat nebo zvyšovat opioidem (nejčastěji sufentanil) tak, aby měla rodička dostatek síly k aktivnímu vedení druhé doby porodní. Epidurální analgezii je možné dávkovat bolusově nebo kontinuálně, ale neměla by rodičku omezovat v chůzi, sezení na baloně a jiných činnostech. (Málek, 2011, s. 21)

3.2.2.2 Subarachnoideální analgezie

Subarachnoideální analgezie neboli míšní analgezie je aplikace anestetika nebo analgetika do subarachnoideálního prostoru. Využívá se zejména, pokud není dostatek času pro umístění epidurálního katétru nebo je epidurální analgezie kontraindikována a poskytuje okamžitou úlevu od bolesti. Nicméně, tato metoda se kvůli své jednorázové aplikaci (nezavádí se katetr) používá jen zřídka v moderním porodnictví. (Suresh, 2013, p. 126 - 127)

3.2.2.3 Pudendální analgezie

Pudendální blok je obvykle prováděn během druhé doby porodní, nebo těsně před porodem ke zmírnění bolesti, která vzniká při distenzi pochvy, vulvy a perinea. V porodnictví se dále využívá při klešťovém porodu nebo porodu per VEX, kdy provádíme rozsáhlou epiziotomii. Pudendální analgezie způsobuje blokádu svalů perinea a vnějšího anální svěrače, ale nemá vliv na bolest způsobenou kontrakcemi. Nejčastěji je prováděna transvaginálně. Lékař zavede injekci k pudendálnímu nervu v oblasti sedacího hrbolu. Jehla je aplikována přibližně 1 cm hluboko do tkáně, a poté se vstříkuje 10 ml lokálního anestetika (lidokain 1%, mepivacaine 1% nebo chlorprocaine 2%). Tato technika je pak opakována na opačné straně. Nevýhodou pudendální analgezie je její účinnost závislá na zkušenostech porodníka, nemožnost tlumit porodní bolesti způsobené děložními kontrakcemi a nižší účinnost než u neuroaxiální analgezie. (Suresh, 2013, p. 133)

3.2.2.4 Paracervikální analgezie

Paracervikální blok je účinná metoda lokální analgezie, která vede ke zmírnění děložních kontrakcí během první doby porodní. Při správné technice provedení, uvádí až 75% rodiček efektivní analgezii. Aplikace injekce s místním anestetikem se provádí po obou stranách hrdla děložního u čísel 4 a 8. Dle americké studie v roce 1950 až 1960 ovlivňuje správná technika provedení účinnost analgezie i výskyt fetální bradykardie. Submukózní aplikace lokálních anestetik vede k výrazně menšímu výskytu bradykardické epizody než při hlubší injekci. Výhodou paracervikální analgezie je její vysoká účinnost a rychlý nástup účinku v první době porodní. (Ratcliffe, 2008, s. 530, Pařízek, 2002, s. 239)

3.2.2.5 Infiltrace pochvy a hráze

Znecitlivění pochvy a hráze je jedna z nejčastěji používaných metod místní analgezie v běžné porodnické praxi. Bývá prováděna před epiziotomií nebo ošetřením většího poranění pochvy a perinea. Výhodou infiltrační analgezie je finanční nenáročnost a jednoduchost provedení metody. (Pařízek, 2002, s. 231)

II VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá analýzou a zpracováním dat získaných z dotazníkového šetření.

4. Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou následující:

Otázka č. 1

Je většina těhotných žen dostatečně informována o možnostech tlumení bolesti při porodu?

Otázka č. 2

Znají těhotné ženy všechny možnosti tlumení bolesti při porodu?

Otázka č. 3

Očekávají těhotné ženy na konci těhotenství větší bolest při porodu než těhotné ženy na začátku těhotenství?

Otázka č. 4

Očekávají vícerodičky menší intenzitu bolesti při porodu než prvorodičky?

Otázka č. 5

Volí těhotné ženy epidurální analgezii, jako farmakologickou metodu tlumení bolesti, kterou by chtěli u porodu nejčastěji využít?

5. Metodika výzkumu

Výzkumné šetření, týkající se postoje těhotných žen k bolesti, je podrobně rozebráno v následujících kapitolách.

5.1. Výzkumný nástroj

K dosažení stanovených cílů bakalářské práce, byla zvolena metoda anonymního dotazníku, který byl elektronicky rozeslán těhotným ženám v různém týdnu těhotenství po celé České Republice a který je součástí bakalářské práce jako příloha D.

Dotazník byl sestaven na základě prostudované literatury. Celkem jej tvořilo 18 otázek rozdělených do dvou částí. První část dotazníku obsahovala čtyři položky zaměřené na zjištění týdne těhotenství, věku respondentek, nejvyššího dosaženého vzdělání a parity respondentek. Druhou část tvořil nestandardizovaný dotazník. Otázky dotazníku byly identifikační (otázky č. 1,2,3,4), polootevřené (otázky č. 11,12,16,17) a uzavřené. Otázky uzavřené byly výběrové (otázky č. 1,2,3,4,5,9,10,13,14,15,18,19), další otázky dotazníku byly výčtové (otázky č. 6,11,12,16,17) a škálové (otázky č. 7,8).

Otázky č. 1 – 4 byly identifikační a zjišťovaly věk respondentek, týden těhotenství, jejich nejvyšší dosažené vzdělání a pokolikáté budou rodit. V otázkách č. 5 a 6 uváděly respondentky, zda absolvovaly kurz předporodní přípravy nebo alespoň jeho část a v čem jim tento kurz v rámci předporodní přípravy pomohl. Otázky č. 7 a 8 zjišťovaly na stupnici od 1 do 10, jak velké obavy mají respondentky z bolesti při porodu a jak velkou bolest při porodu očekávají.

Následující otázky č. 9 – 12 měli za cíl zjistit informovanost respondentek o možnostech tlumení bolesti při porodu. Na otázku č. 10 odpovídaly pouze respondentky, které v předchozí otázce uvedli, že jsou dostatečně informované a hodnotily zde spokojenost s podanými informacemi. V otázkách č. 11 a 12 respondentky uváděly, jaké možnosti tlumení bolesti při porodu znají a kde získávaly informace o těchto metodách. Otázky č. 13 – 17 zjišťovaly, jakou metodu tlumení bolesti při porodu preferují těhotné ženy. Na otázku č. 13 odpovídaly pouze respondentky, které budou rodit opakovaně a na otázku č. 14 odpovídaly jen respondentky, které u předchozího porodu zvolili některou z metod tlumení bolesti. V otázkách č. 18 a 19 uváděli respondentky svůj názor na nefarmakologické a farmakologické možnosti tlumení bolesti při porodu.

5.2 Výzkumný vzorek

Výzkumné šetření probíhalo v období prosinec 2012 až únor 2013. Účelem vlastního výzkumného šetření bylo získat dostatečné množství potřebných dat ke zmapování postoje těhotných žen k bolesti při porodu.

Vlastní výzkum probíhal ve dvou etapách. Na začátku prosince 2012 byla u deseti respondentek provedena pilotážní studie, která měla upozornit na nedostatky a nejasnosti v dotazníku. Vzhledem k tomu, že se ze strany dotazovaných objevily pouze drobné připomínky, byl dotazník po minimálních úpravách použit i ve vlastním výzkumném šetření. Druhá etapa tedy probíhala ve výše stanoveném období od prosince 2012 do února 2013.

K provedení vlastního výzkumu bylo třeba získat dvě vyrovnané skupiny těhotných žen v první a druhé polovině těhotenství. První skupina těhotných žen zahrnovala respondentky ve 12. až 24. týdnu těhotenství a druhou skupinu zastupovaly těhotné ženy ve 25. až 40. týdnu těhotenství. Dále jsem oslovené respondentky rozdělila na prvorodičky a víceroďičky.

V průběhu výzkumného šetření bylo elektronicky rozesláno celkem 85 dotazníků (100%). K vyhodnocení se vrátilo 68 řádně vyplněných dotazníků. Celková návratnost byla tedy 80%. Jeden dotazník byl neúplně vyplněn a 16 dotazníků nebylo vůbec navraceno. Při zpracovávání dat výzkumného šetření bylo pracováno pouze s řádně vyplněnými dotazníky.

Těhotným ženám ve 12. až 24. týdnu těhotenství bylo elektronicky rozesláno 45 dotazníků, z nichž bylo řádně vyplněno a navraceno 34 dotazníků, návratnost činila 76%. U druhé skupiny respondentek, tedy těhotných žen ve 25. až 40. týdnu těhotenství, bylo z 40 elektronicky rozeslaných dotazníků vráceno 34 řádně vyplněných dotazníků, jejich návratnost se rovnala 85%. Shrnutí získaných dat je uvedeno v tabulce 1.

Tabulka 1: Návratnost dotazníků

Návratnost dotazníků	12. až 24. týden T		25. až 40. týden T		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Rozdáno	45	100,00	40	100,00	85	100,00
Vráceno	34	75,55	34	85,00	68	80,00

Zkoumaný soubor respondentek byl sestaven na základě následujících kritérií:

- Těhotná žena
- Souhlas s účastí na výzkumném šetření (byl dán vlastním vyplněním dotazníku)

5.3. Analýza dat

Data získaná v dotazníkovém šetření byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2007. Výsledky byly interpretovány slovním komentářem u jednotlivých otázek a zpracovány pomocí tabulek a grafů. V jednotlivých tabulkách a grafech jsou hodnoty uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost udává počet respondentek, které odpověděli na danou otázku. Relativní četnost je podíl absolutní četnosti a celkové četnosti. Při interpretaci výsledků byly údaje v procentech zaokrouhleny na celá čísla. Pro prezentaci výsledků byly zvoleny grafy sloupcové, výsečové a pruhové.

Přehled použitých četnostních veličin:

n.....celková četnost

n₁.....absolutní četnost

p₁.....relativní četnost

Suma (Σ).....celkový součet

Vzorec pro výpočet relativní četnosti v procentech **$p_1 = n_1/n * 100$**

6. Interpretace výsledků dotazníkové části A

Pro přiblížení souboru respondentek uvádíme čtyři základní charakteristiky respondentek, vyplývající z dotazníkové části A.

Otázka č. 1 – Kolik je Vám let?

- a) Méně než 20 let
- b) 20 – 25 let
- c) 26 – 30 let
- d) 31 – 35 let
- e) Více než 35 let

Ze zkoumaného souboru 68 (100%) respondentek odpověděly těhotné ženy na otázku, kolik je Vám let, následovně: 1 (2%) respondentka uvedla, že je jí méně než 20 let, 29 (43%) respondentek uvedlo, že jsou ve věku 20 – 25 let, 21 (31%) respondentek odpovědělo, že jsou ve věku 26 – 30 let, 15 (22%) respondentek je ve věku 31 – 35 let a 3 (4%) respondentky označilo věk vyšší než 35 let. Přehled souhrnných dat prezentuje tabulka 2.

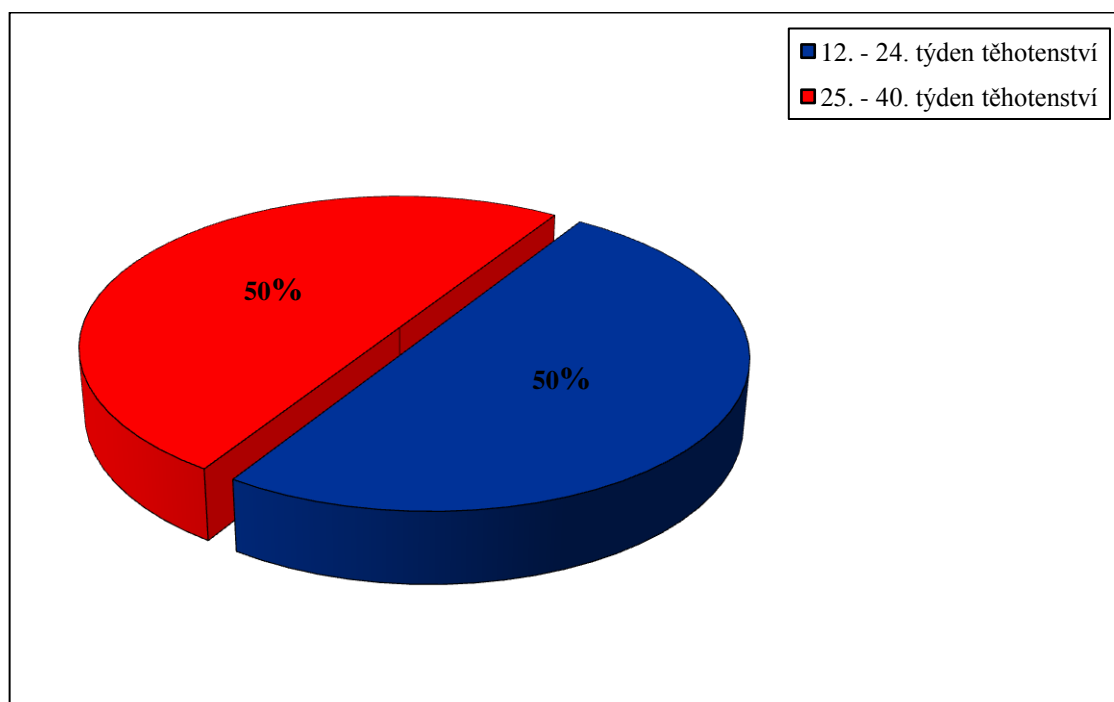
Tabulka 2: Věk respondentek

Věk respondentek	12. až 24. týden T		25. až 40. týden T		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Méně než 20 let	1	2,94	0	0,00	1	1,47
20 - 25 let	15	44,12	14	41,18	29	42,65
26 - 30 let	12	35,29	9	26,47	21	30,88
31 - 35 let	5	14,71	10	29,41	15	22,06
Více než 35 let	1	2,94	2	5,88	3	4,41
Celkem	34	100,00	34	100,00	68	100,00

Otázka č. 2 – V jakém týdnu těhotenství právě teď jste?

- a) 12. – 24. týden těhotenství
- b) 25. – 40. týden těhotenství

Z celkového počtu 68 respondentek (100%) odpověděly těhotné ženy na otázku, v jakém týdnu těhotenství právě teď jste, následovně: 34 (50%) respondentek uvedlo 12. -24. týden těhotenství a 34 (50%) respondentek odpovědělo, že jsou právě ve 25. – 40. týdnu těhotenství. Výsledky jsou znázorněny v grafu 1.

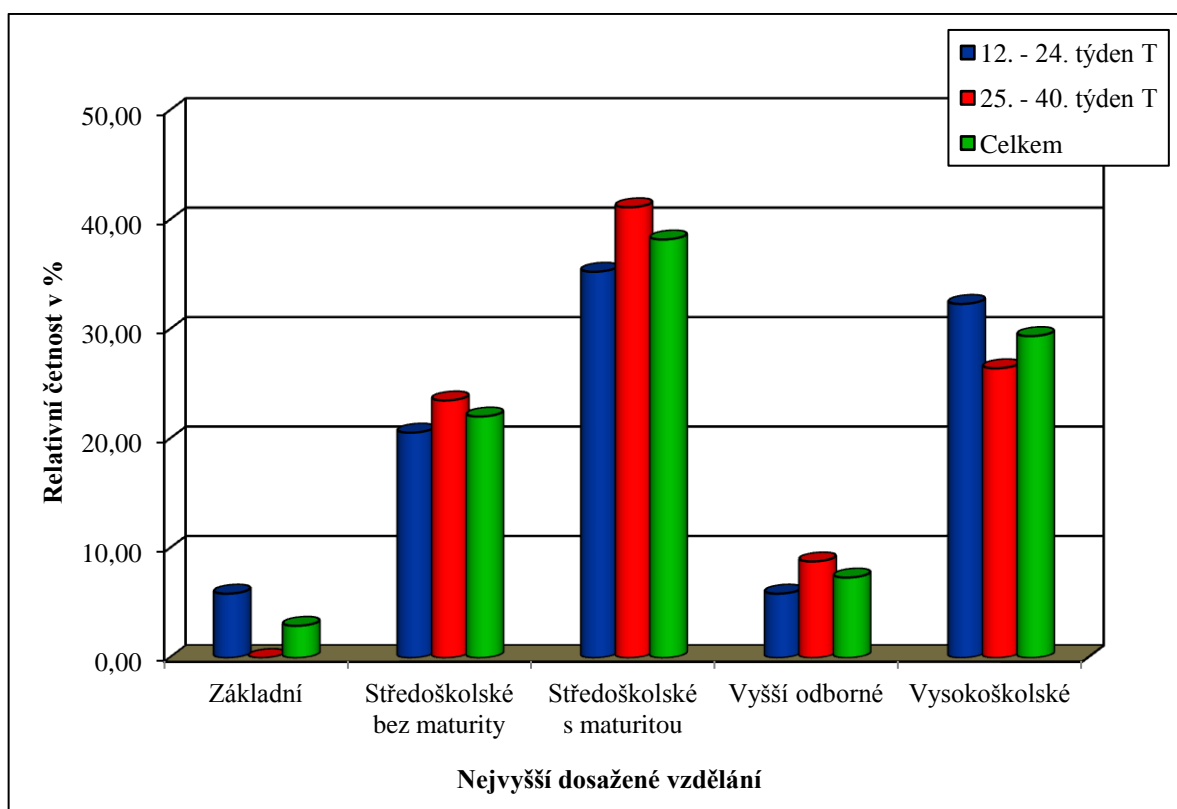


Obrázek 1: Graf týdne těhotenství respondentek

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

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

Na otázku, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, odpověděly 2 (3%) respondentky, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je základní, 15 (22%) středoškolské bez maturity, 26 (38%) respondentek uvedlo, jako své nejvyšší dosažené vzdělání, středoškolské s maturitou, 5 (7%) vyšší odborné a 20 (29%) respondentek má vysokoškolské vzdělání. Získaná data týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání prezentuje graf 2.

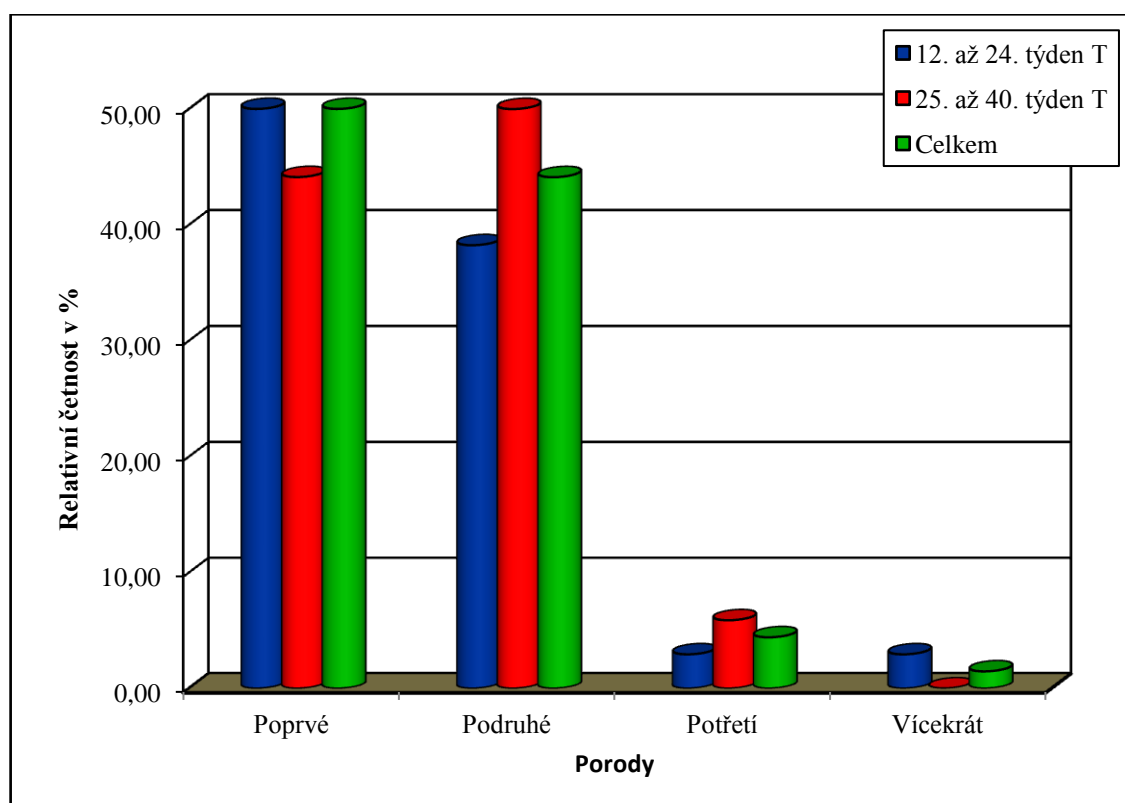


Obrázek 2: Graf vzdělanosti respondentek

Otázka č. 4 – Po kolikáté budete rodit?

- a) Poprvé
- b) Podruhé
- c) Potřetí
- d) Vícekrát

Z celkového souboru 68 (100%) respondentek uvedlo 34 (50%) respondentek, že budou rodit poprvé, 30 (44%) respondentek podruhé, 3 (4%) respondentky budou rodit potřetí a 1 (2%) respondentka odpověděla, že bude rodit vícekrát. Kompletní data prezentuje graf 3.



Obrázek 3: Graf počet porodů

7. Interpretace výsledků dotazníkové části B

Tato část bakalářské práce prezentuje specifická data získaná z dotazníkové části B.

Otázka č. 5 – Absolvovala jste kurz předporodní přípravy?

- a) Ano, kompletní kurz (přednášky, cvičení, návštěva porodního sálu)
- b) Ano, pouze přednášky
- c) Ano, pouze cvičení
- d) Ano, návštěvu porodního sálu
- e) Ne, teprve plánuji návštěvu předporodního kurzu
- f) Ne a nebudu absolvovat

Na otázku, absolvovala jste kurz předporodní přípravy, odpovědělo 68 (100%) respondentek následovně: 8 (12%) dotázaných respondentek uvedlo, že absolvovaly kompletní kurz předporodní přípravy, 2 (3%) respondentky absolvovaly přednášky, 2 (3%) respondentky navštěvovaly v rámci předporodní přípravy pouze cvičení, 3 (4%) respondentky uvedly, že absolvovaly návštěvu porodního sálu, 15 (22%) respondentek teprve plánuje návštěvu předporodního kurzu a 36 (53%) respondentek žádnou předporodní přípravu neabsolvovalo. Z výše uvedených dat vyplývá, že těhotné ženy v nadpoloviční většině neabsolvuji žádnou předporodní přípravu. Souhrn údajů týkajících se absolvování předporodní přípravy prezentuje tabulka 3.

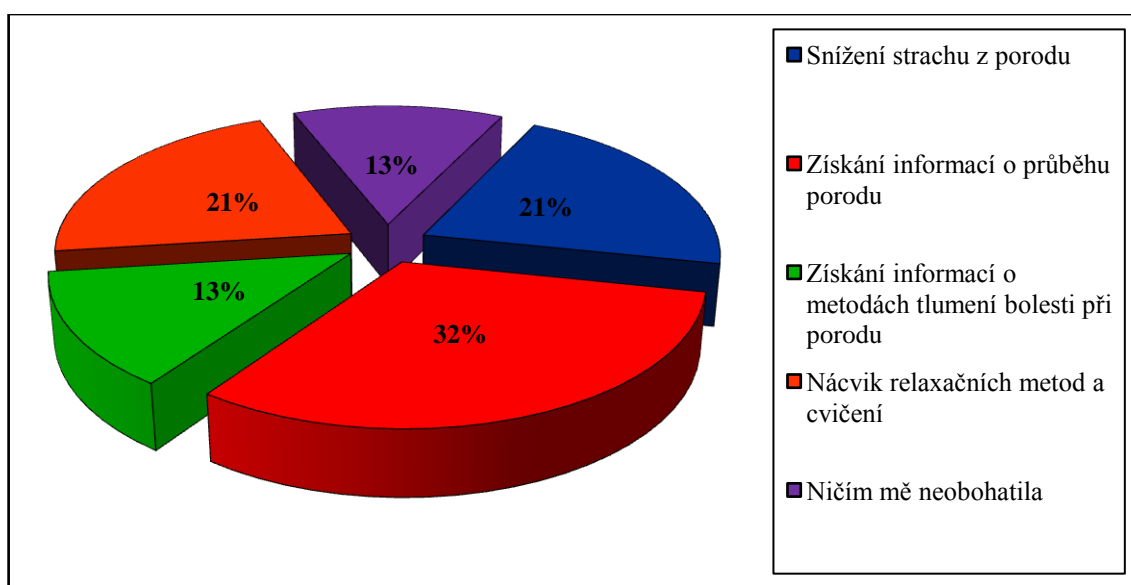
Tabulka 3: Absolvování předporodního kurzu

Absolvování předporodního kurzu	12. - 24. týden T		25. - 40. týden T		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, kompletní kurz	4	11,76	4	11,76	8	11,76
Ano, pouze přednášky	0	0,00	2	5,88	2	2,94
Ano, pouze cvičení	2	5,88	0	0,00	2	2,94
Ano, návštěvu porodního sálu	1	2,94	2	5,88	3	4,41
Ne, teprve plánuji návštěvu PK	13	38,24	2	5,88	15	22,06
Ne a nebudu absolvovat	14	41,18	22	64,71	36	52,94
Celkem	34	100,00	34	100,00	68	100,00

Otázka č. 6 – Pokud jste kurz předporodní přípravy absolvovala, v čem si myslíte, že Vám pomohl? (Můžete zvolit více odpovědí)

- a) Snížení strachu z porodu
- b) Získání informací o průběhu porodu
- c) Získání informací o metodách tlumení bolesti při porodu
- d) Nácvik relaxačních metod a cvičení
- e) Ničím mě neobohatila

Na otázku týkající se hodnocení absolvovaného kurzu předporodní přípravy s více možnými odpověďmi (celkem 38 (100%) odpovědí), odpověděly těhotné ženy následovně: 8 (21%) respondentek uvedlo, že jim návštěva předporodního kurzu pomohla ve snížení strachu z porodu, 12 (32%) respondentek získalo informace o průběhu porodu, 5 (13%) respondentek získalo informace o metodách tlumení bolesti při porodu, 8 (21%) respondentek odpovědělo, že jim absolvování předporodního kurzu pomohlo v nácviku relaxačních metod a cvičení a 5 (13%) respondentek předporodní příprava ničím neobohatila. Ze získaných dat je zřejmé, že absolvováním předporodní přípravy, získávají těhotné ženy převážně informace o průběhu porodu. Přehled získaných informací o předporodní přípravě prezentuje graf 4.



Obrázek 4: Graf hodnocení předporodní přípravy

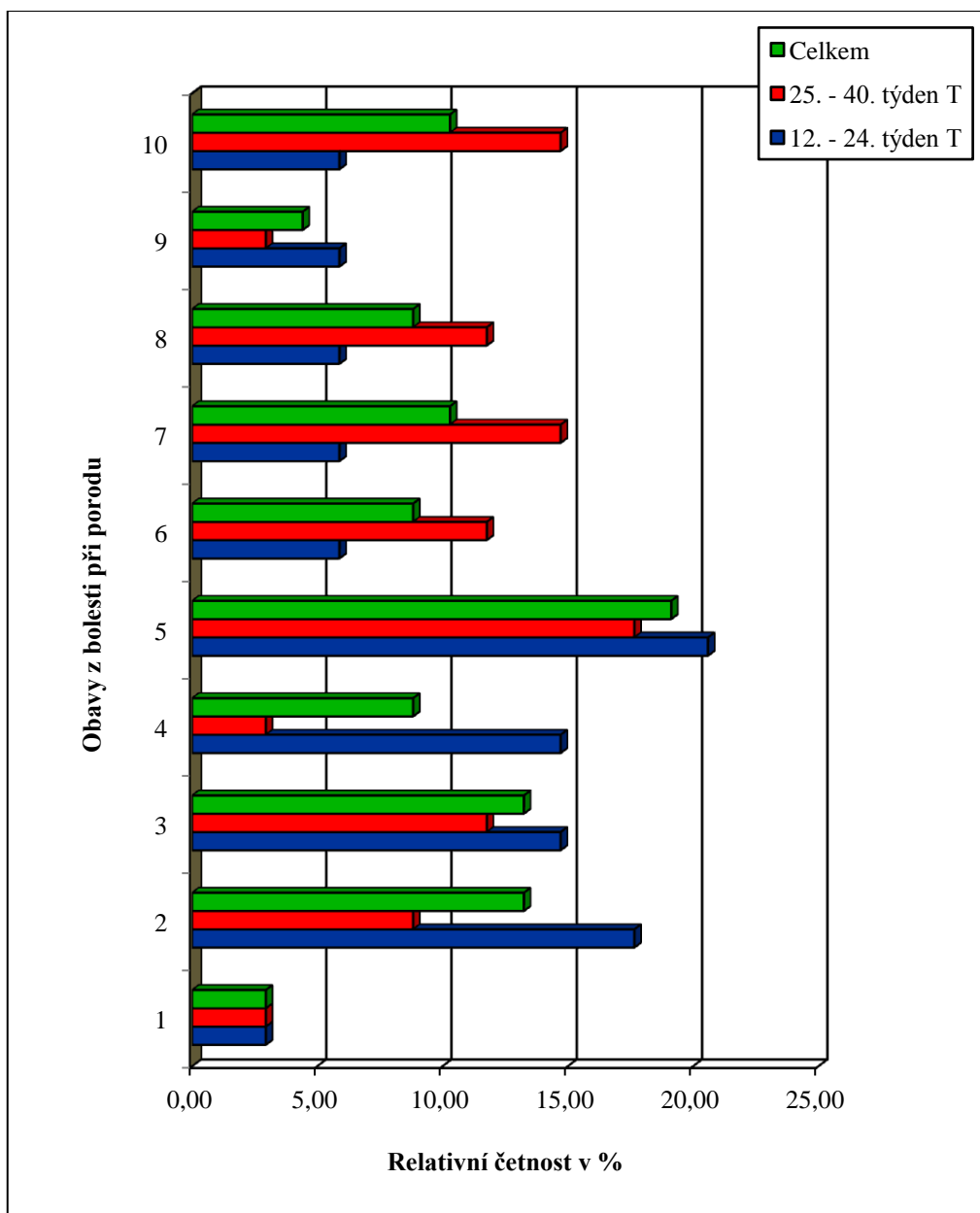
Otázka č. 7 – Jak velké máte obavy z bolesti při porodu?

Na stupnici od 1 do 10 označte číslo, které odpovídá Vašemu tvrzení

(1 – žádné obavy, 10 – velké obavy)

A horizontal scale consisting of a single horizontal line with ten vertical tick marks extending both above and below the line. The tick marks are evenly spaced and correspond to the numbers 1 through 10, which are printed below the line.

Z celkového počtu 68 (100%) respondentek zhodnotily těhotné ženy obavy z bolesti při porodu následovně: 2 (3%) respondentky nemají žádné obavy z bolesti při porodu, 9 (13%) respondentek označilo své obavy z bolesti číslem 2, 9 (13%) respondentek číslem 3, číslem 4 zhodnotilo své obavy 6 (9%) respondentek, číslo 5 uvedlo 13 (19%) respondentek, číslo 6 označilo 6 (9%) respondentek, číslem 7 ohodnotilo své obavy 7 (10%) respondentek, 6 (9%) respondentek je ohodnotilo číslem 8, číslo 9 zvolily pouze 3 (4%) respondentky a velké obavy (číslo 10) uvedlo celkem 7 (10%) respondentek z uvedeného souboru. Celkový přehled dat týkajících se hodnocení obav z bolesti při porodu prezentuje graf 5.

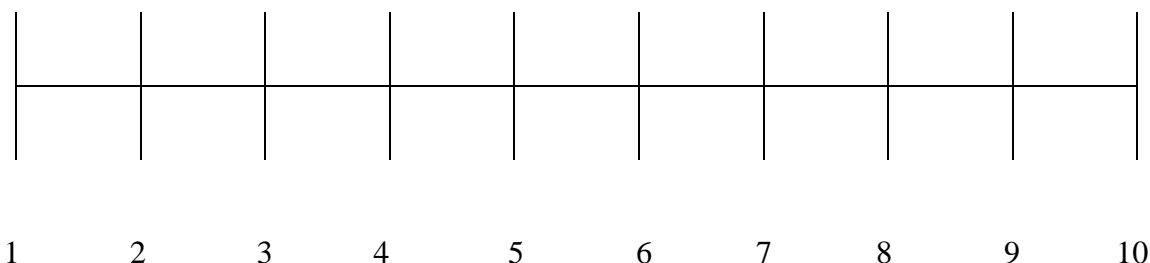


Obrázek 5: Graf obav z bolesti při porodu

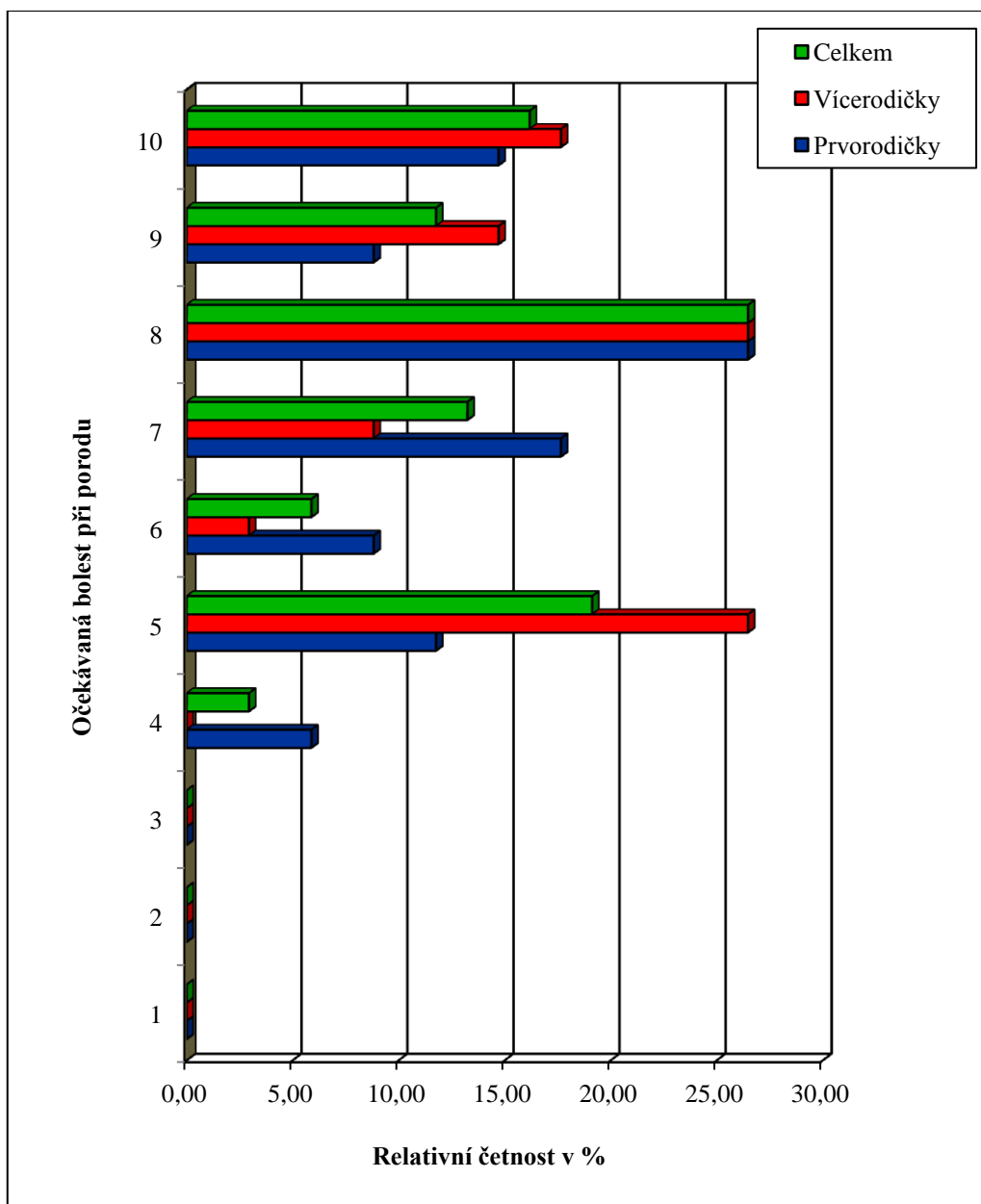
Otázka č. 8 – Jak velkou očekáváte bolest při porodu?

Na stupnici od 1 do 10 označte číslo, které odpovídá Vašemu tvrzení.

(1 – žádná bolest, 10 – nesnesitelná bolest)



Na otázku, jak velkou očekáváte bolest při porodu, uvedly 2 (3%) respondentky číslo 4, nižší číslo, označující očekávanou bolest při porodu, nevedla žádná respondentka, 13 (19%) respondentek přiřadilo očekávanou bolest při porodu k číslu 5, k číslu 6 přiřadily bolest při porodu 4 (6%) respondentky, číslo 7 označilo 9 (13%) respondentek a nejvíce těhotných žen, tedy 18 (27%) respondentek, přirovnalo očekávanou bolest při porodu k číslu 8, číslo 9 zvolilo 8 (12%) respondentek a jako nesnesitelnou bolest uvedlo bolest při porodu 11 (16%) respondentek. Kompletní přehled dat prezentuje graf 6.

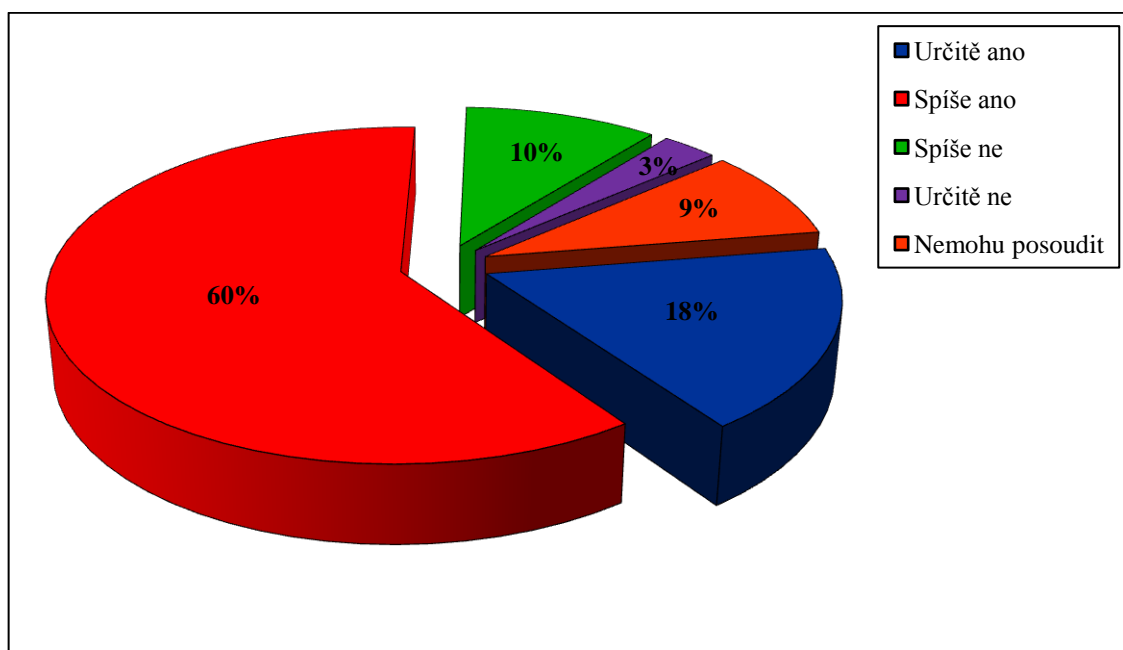


Obrázek 6: Graf očekávané bolesti při porodu

Otázka č. 9 – Myslíte si, že máte dostatečné množství informací o možnostech tlumení bolesti při porodu?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nemohu posoudit

Z celkového souboru 68 (100%) respondentek odpověděly těhotné ženy na otázku, myslíte si, že máte dostatečné množství informací o možnostech tlumení bolesti při porodu, následovně: 12 (18%) respondentek uvedlo odpověď určitě ano, 41 (60%) respondentek odpovědělo spíše ano, spíše ne uvedlo 7 (10%) respondentek, 2 (3%) respondentky si myslí, že určitě nemají dostatečné množství informací o metodách tlumení bolesti a 6 (9%) respondentek uvedlo, že míru získaných informací nemohou posoudit. Z výše uvedených dat vyplývá, že většina těhotných žen udává dostatečné množství informací o metodách tlumení bolesti při porodu. Získaná a zpracovaná data zobrazuje graf 7.

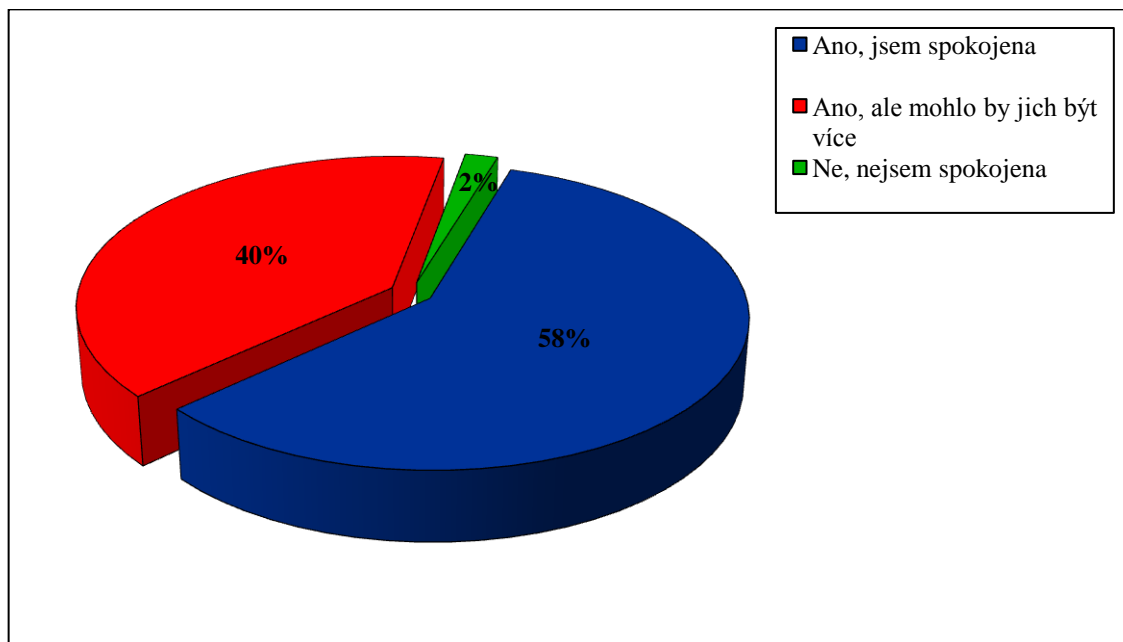


Obrázek 7: Graf informovanosti těhotných žen

Otázka č. 10 – Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, jste s podanými informacemi spokojena?

- a) Ano, jsem spokojena
- b) Ano, ale mohlo by jich být více
- c) Ne, nejsem spokojena

Na otázku hodnotící podané informace o metodách tlumení bolesti při porodu, odpovídala pouze ta část těhotných žen, které v předchozí otázce uvedly, že jsou s podanými informacemi spokojeny. Celkem odpovědělo 53 (100%) respondentek, z nichž 31 (58%) respondentek bylo s podanými informacemi spokojeno, 21 (40%) respondentek bylo spokojeno, ale zároveň uvedlo, že by jich mohlo být více a pouze 1 (2%) respondentka nebyla s informacemi spokojena. Ze získaných dat vyplývá, že jsou těhotné ženy se získanými informacemi převážně spokojeny. Získané odpovědi jsou zpracovány v grafu 8.

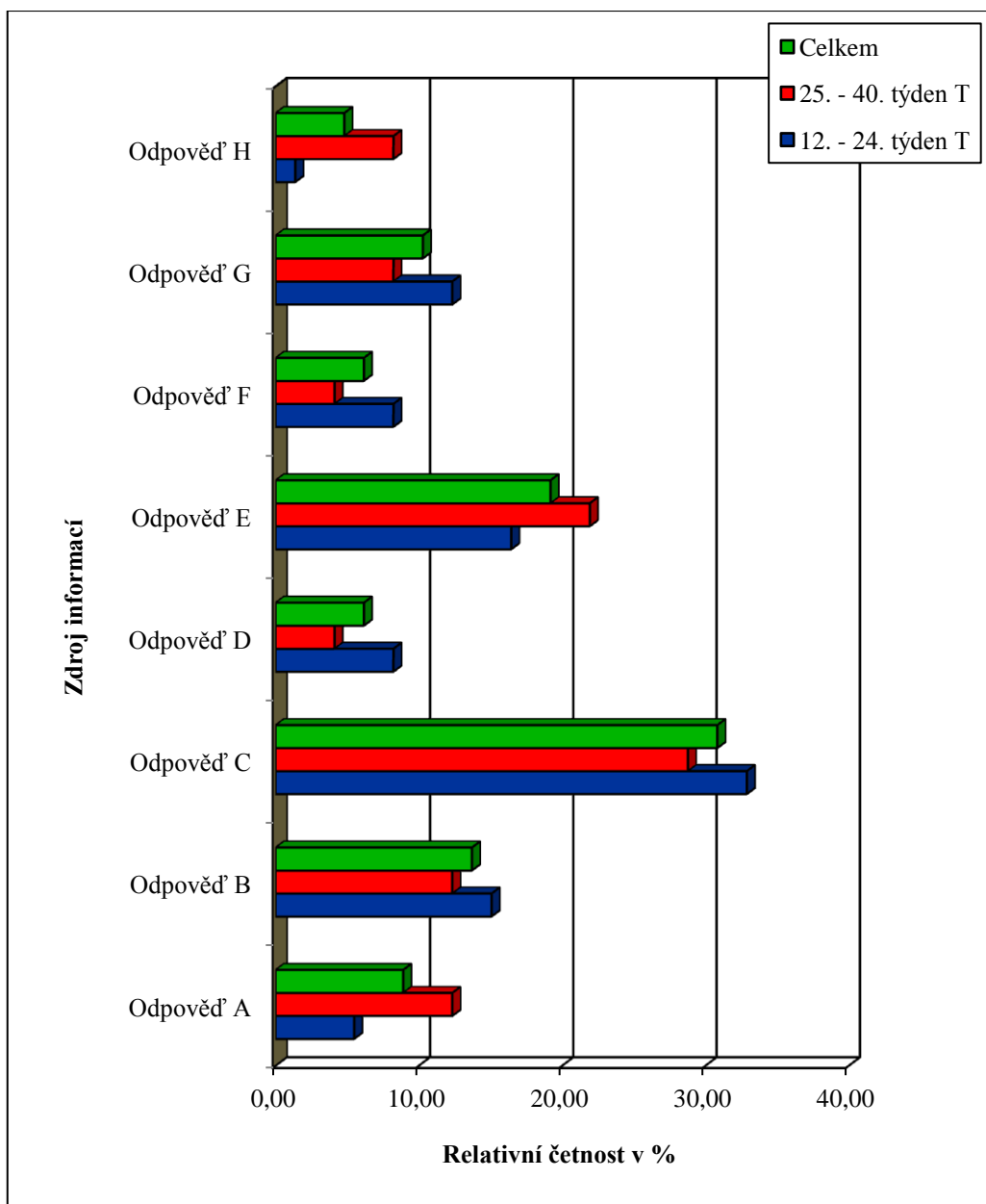


Obrázek 8: Graf hodnocení informací

Otázka č. 11 – Z jakého zdroje jste získávala informace o metodách tlumení bolesti při porodu? (Můžete zvolit více odpovědí)

- a) Předporodní kurz
- b) Odborné knihy
- c) Internet
- d) Rodinný příslušník
- e) Kamarádky
- f) Nevyhledávala jsem informace
- g) Lékař
- h) Jiný.....

Na otázku, z jakého zdroje jste získávala informace o metodách tlumení bolesti při porodu s více možnými odpověďmi (celkem 146 (100%) odpovědí), odpověděli těhotné ženy následovně: 13 (9%) respondentek získávalo informace z kurzu předporodní přípravy, 20 (14%) respondentek z odborných knih, nejvíce těhotných žen tedy 45 (31%) respondentek získávalo informace z internetu, 9 (6%) respondentek uvedlo jako zdroj informací rodinného příslušníka a 28 (19%) respondentek kamarádku, 9 (6%) respondentek informace nevyhledávalo vůbec, pouze 15 (10%) respondentek zjišťovalo informace u lékaře a 7 (5%) respondentek uvedlo jiný zdroj – nejčastěji to byly těhotné ženy působící v oboru, takže získávaly informace na pracovišti, dále uváděli zjištění informací při předchozím porodu nebo z televizních pořadů. Z výše uvedených údajů vyplývá, že těhotné ženy nejčastěji zjišťují informace z internetu nebo se informují u kamarádek. Přehledná data znázorňuje graf 9.



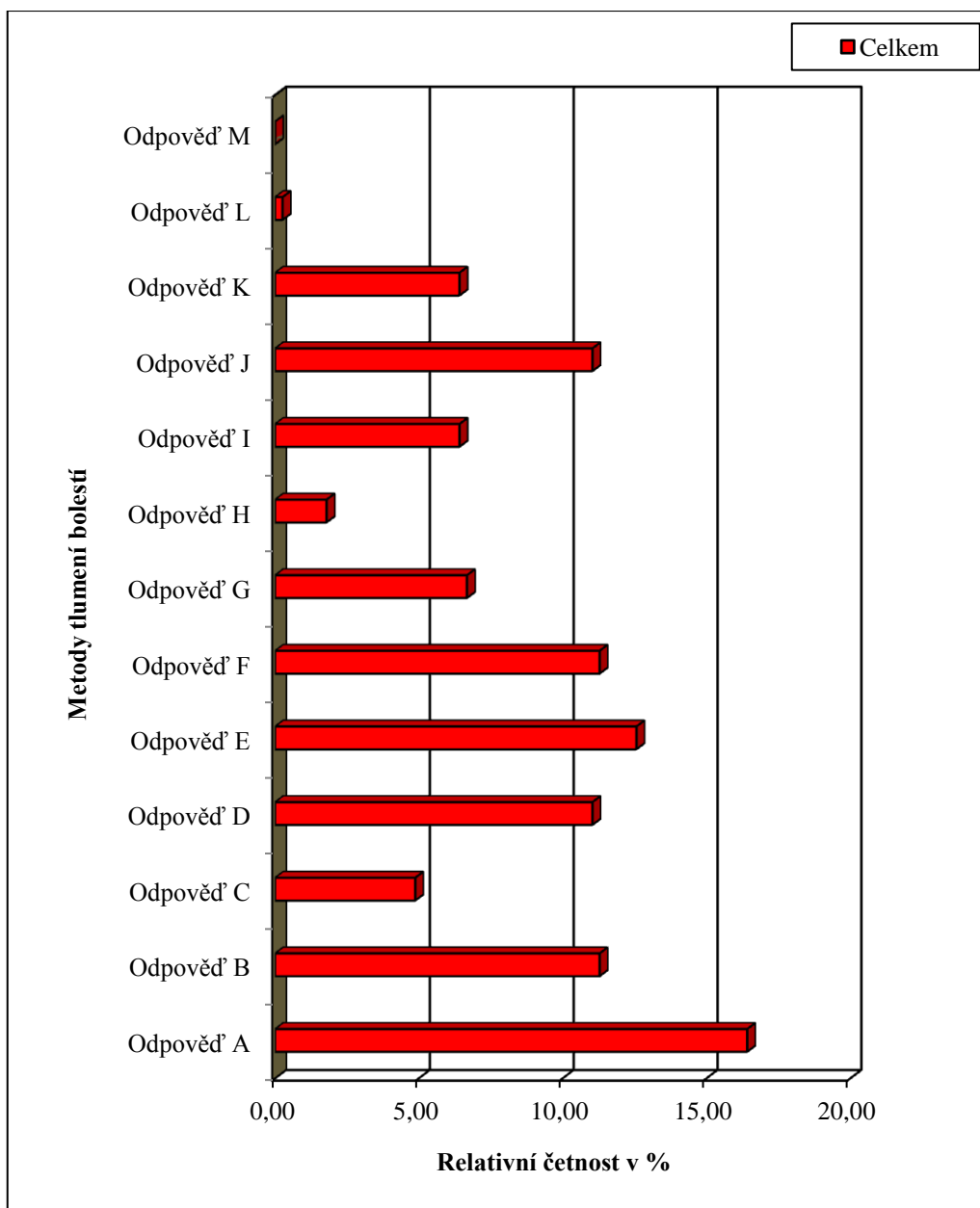
Obrázek 9: Graf zdroje informací

Otázka č. 12 – Které možné způsoby tlumení porodních bolestí znáte?

(Můžete zvolit více odpovědí)

- a) Epidurální analgezie
- b) Aplikace léků proti bolesti (do žíly, do svalu)
- c) Inhalační analgezie (vdechování léku proti bolesti – Entonox)
- d) Masáže, relaxační techniky
- e) Přítomnost blízké osoby při porodu
- f) Hydroanalgezie (sprcha, koupel)
- g) Aromaterapie (vdechování rostlinných silic)
- h) Hypnóza
- i) Muzikoterapie (poslech hudby)
- j) Dechová cvičení
- k) Alternativní polohy v I. době porodní
- l) Žádné
- m) Jiné.....

Na otázku, které možné způsoby tlumení porodních bolestí znáte s více možnými odpověďmi (celkem 390 (100%) odpovědí), odpověděli těhotné ženy následovně: 64 (17%) respondentek epidurální analgezi, 44 (11%) respondentek zná aplikaci léků proti bolesti do žíly a do svalu, pouze 19 (5%) těhotných žen ví o inhalační analgezi, masáže a relaxační techniky zná 43 (11%) respondentek, přítomnost blízké osoby označilo 49 (13%) respondentek, 44 (44%) těhotných žen má povědomí o hydroanalgezi, 26 (7%) respondentek zná aromaterapii, hypnózu uvedlo pouze 7 (2%) respondentek, muzikoterapii označilo jako možnost tlumení bolesti 25 (7%) respondentek, 43 (11%) těhotných žen uvádí dechová cvičení, alternativní polohy v I. době porodní zná 25 (7%) respondentek a pouze 1 (1%) těhotná žena nezná žádné metody tlumení bolesti. Z výše uvedených dat vyplývá, že většina těhotných žen zná z metod tlumení porodních bolestí hlavně epidurální analgezi a aplikaci léků proti bolesti, z nefarmakologických metod převládá přítomnost blízké osoby u porodu, hydroanalgezie, dechová cvičení, masáže a relaxační techniky. Komplexní přehled dat prezentuje graf 10.

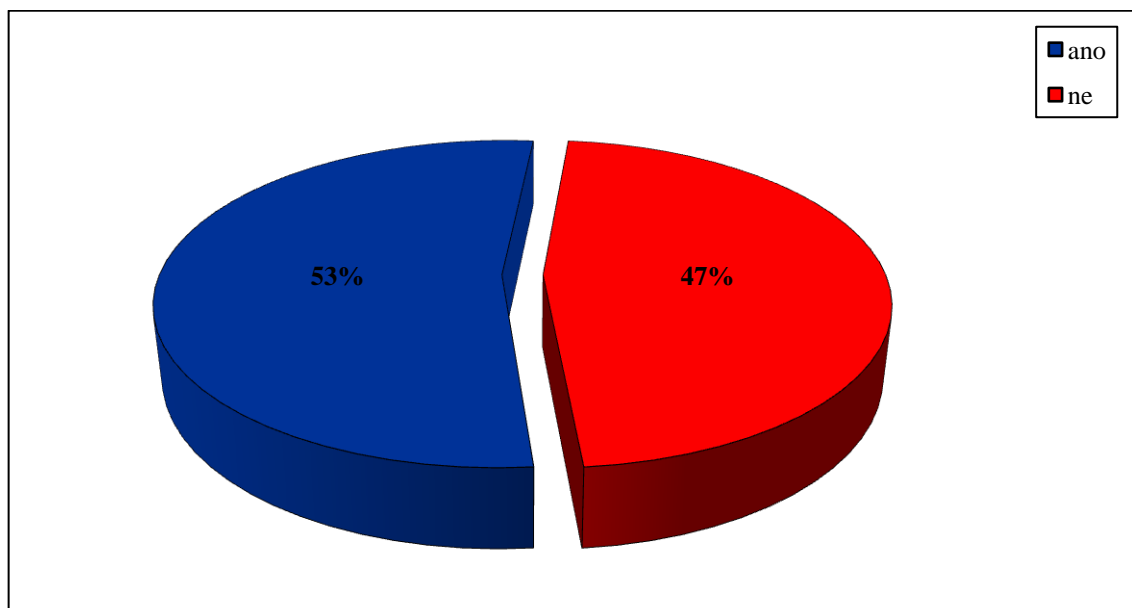


Obrázek 10: Graf informovanosti o metodách tlumení bolesti

Otázka č. 13 – Pokud budete rodit opakovaně, využila jste u předchozího porodu tlumení bolesti?

- a) Ano
- b) Ne

Na otázku, pokud budete rodit opakovaně, využila jste u předchozího porodu tlumení bolesti, odpovídali, ze souboru 68 respondentek, pouze víceroďičky, které jsou zastoupeny 34 (100%) respondentkami. U předchozího porodu využilo 18 (53%) respondentek tlumení porodních bolestí a 16 (47%) těhotných žen žádnou z metod tlumení bolesti při porodu nevyužilo. Z výše uvedených dat vyplývá, že víceroďičky již využily tlumení porodních bolestí u předchozích porodů. Souhrn dat prezentuje graf 11.

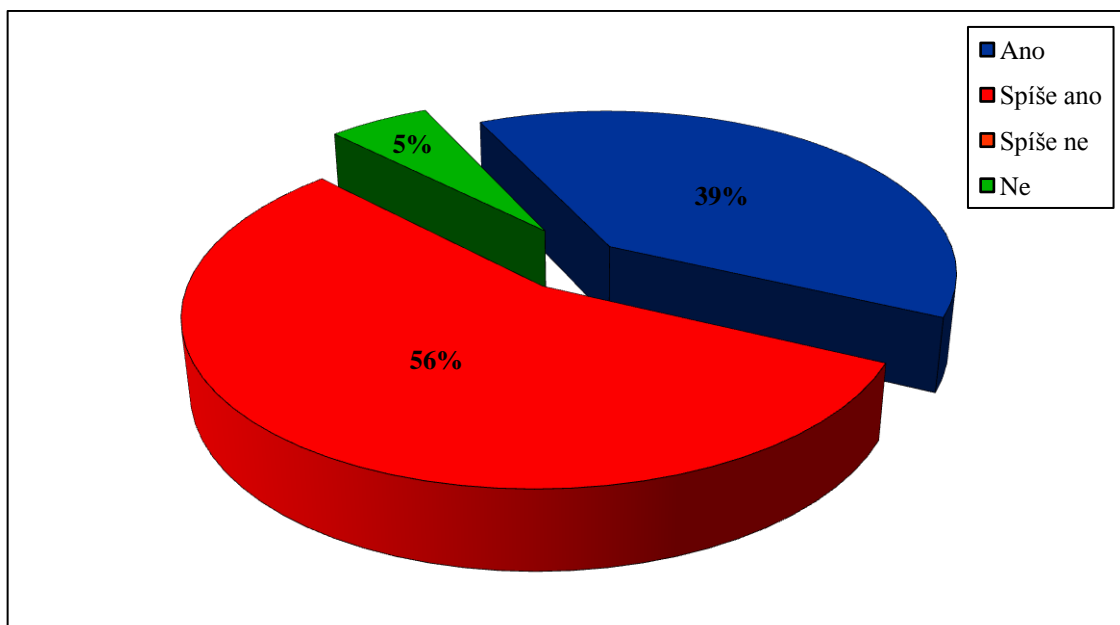


Obrázek 11: Graf tlumení bolesti u předchozího porodu

Otázka č. 14 – Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, zvolila byste znovu stejnou metodu tlumení bolesti, jako u předchozího porodu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Ze zkoumaného vzorku 18 (100%) respondentek odpovědělo na otázku, pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, zvolila byste znovu stejnou metodu tlumení bolesti, jako u předchozího porodu, 7 (39%) respondentek ano, 10 (56%) respondentek spíše ano a pouze 1 (5%) respondentka odpověděla ne. Ze získaných dat vyplývá, že většina těhotných žen využije metodu tlumení porodních bolestí, kterou zvolila již u předchozího porodu. Získaná data zobrazuje graf 12.

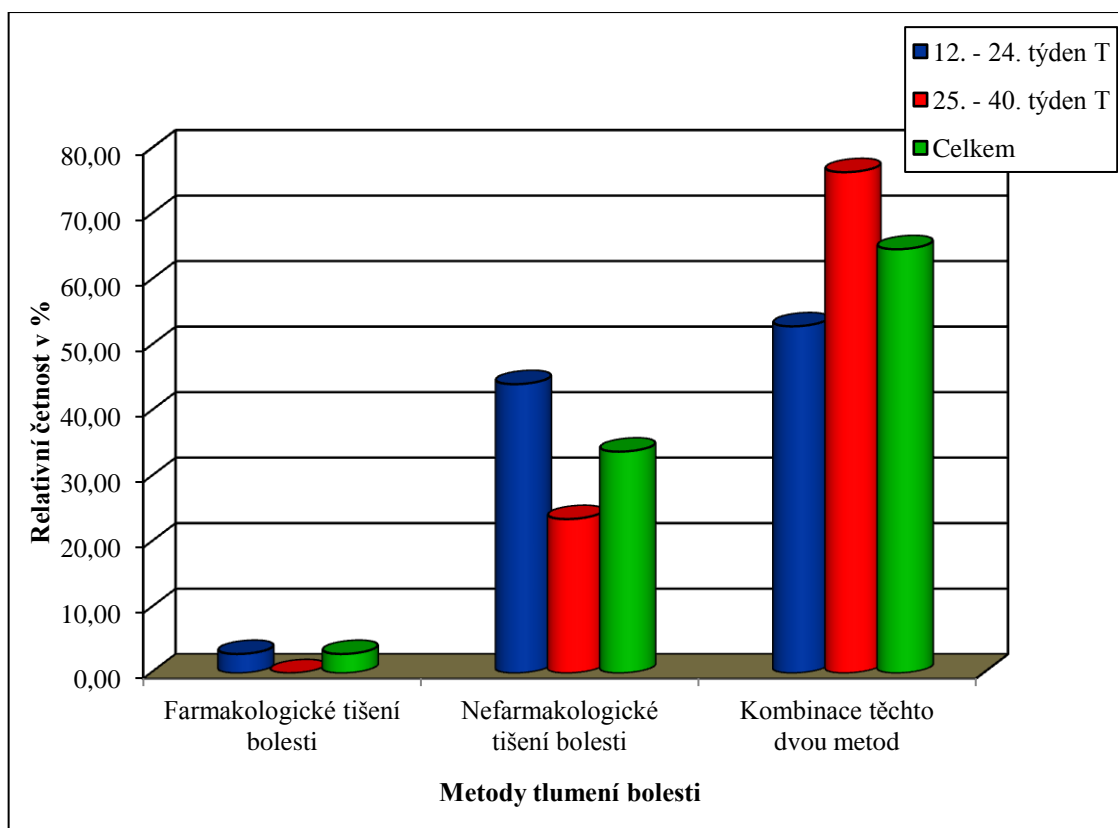


Obrázek 12: Graf opakování metody tlumící bolest

Otázka č. 15 – Jakou metodu tlumení bolesti při porodu, byste ráda zvolila?

- a) Farmakologické tišení bolesti (podání léků)
- b) Nefarmakologické tišení bolesti
- c) Kombinace těchto dvou metod

Z celkového počtu 68 (100%) respondentek odpověděly těhotné ženy na otázku, jakou metodu tlumení bolesti při porodu, byste ráda zvolila, takto: 1 (2%) respondentka uvedla farmakologické tišení bolesti (podání léků) při porodu, 23 (34%) těhotných žen by si přálo nefarmakologické tišení bolesti a 44 (65%) respondentek by rádo zvolilo kombinaci těchto dvou metod. Z výše uvedených dat vyplývá, že většina těhotných žen by při porodu ráda zvolila kombinaci metod farmakologického i nefarmakologického tlumení porodních bolestí. Detailní přehled údajů zobrazuje graf 4.

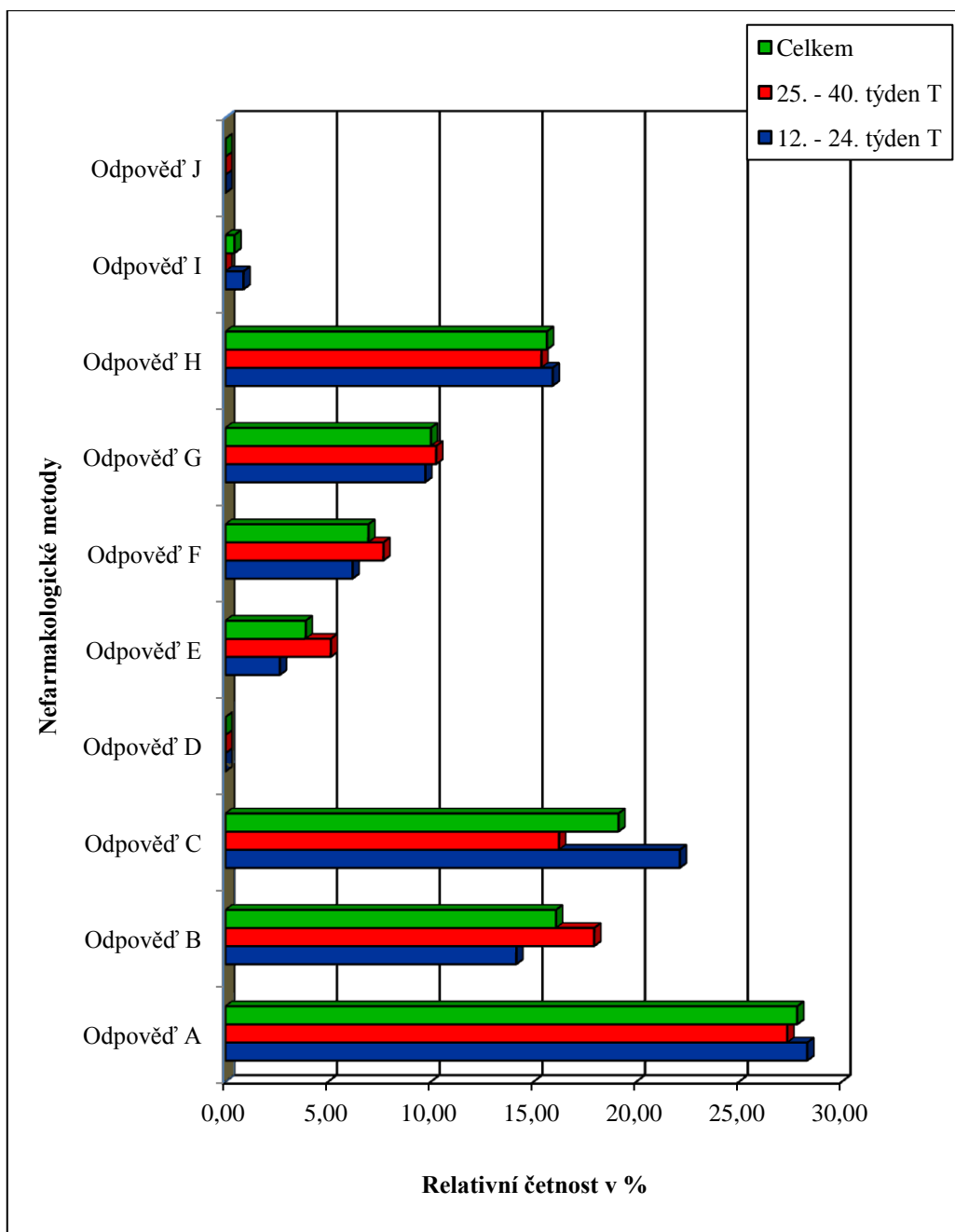


Obrázek 13: Graf metod tlumení bolesti při porodu

Otázka č. 16 – Z nefarmakologických metod byste ráda zvolila? (Můžete zvolit více odpovědí)

- a) Přítomnost blízké osoby při porodu
- b) Masáže, relaxační techniky
- c) Hydroanalgezii (sprcha, koupel)
- d) Hypnózu
- e) Aromaterapii
- f) Muzikoterapii
- g) Alternativní polohy
- h) Dechová cvičení
- i) Žádnou
- j) jiné.....

Na otázku, z nefarmakologických metod byste ráda zvolila s více možnými odpověďmi (celkem 230 (100%) odpovědí), odpověděli těhotné ženy následovně: téměř většina těhotných žen, tedy 64 (28%) respondentek, by si u porodu přála přítomnost blízké osoby, 37 (16%) respondentek by u porodu rádo využilo masáže a relaxační techniky, 44 (19%) těhotných žen označilo hydroanalgezii, žádná (0%) těhotná žena nezvolila, jako alternativní metodu tlumení bolesti při porodu, hypnózu, 9 (4%) těhotných žen si přeje u svého porodu využít aromaterapii, 16 (7%) respondentek uvažuje o muzikoterapii, 23 (10%) respondentek využije k tlumení porodních bolestí alternativní polohy, 36 (16%) těhotných žen aplikuje dechová cvičení a 1 (1%) respondentka nevyžije žádnou z nefarmakologických metod tlumení bolesti při porodu, jinou možnost neuvedla žádná z respondentek. Z výše uvedených dat vyplývá, že z nefarmakologických metod tlumení porodních bolestí, využijí těhotné ženy u svého porodu hlavně přítomnost blízké osoby, hydroanalgezii, masáže, relaxační techniky a dechová cvičení. Podrobné schéma odpovědí prezentuje graf 13.

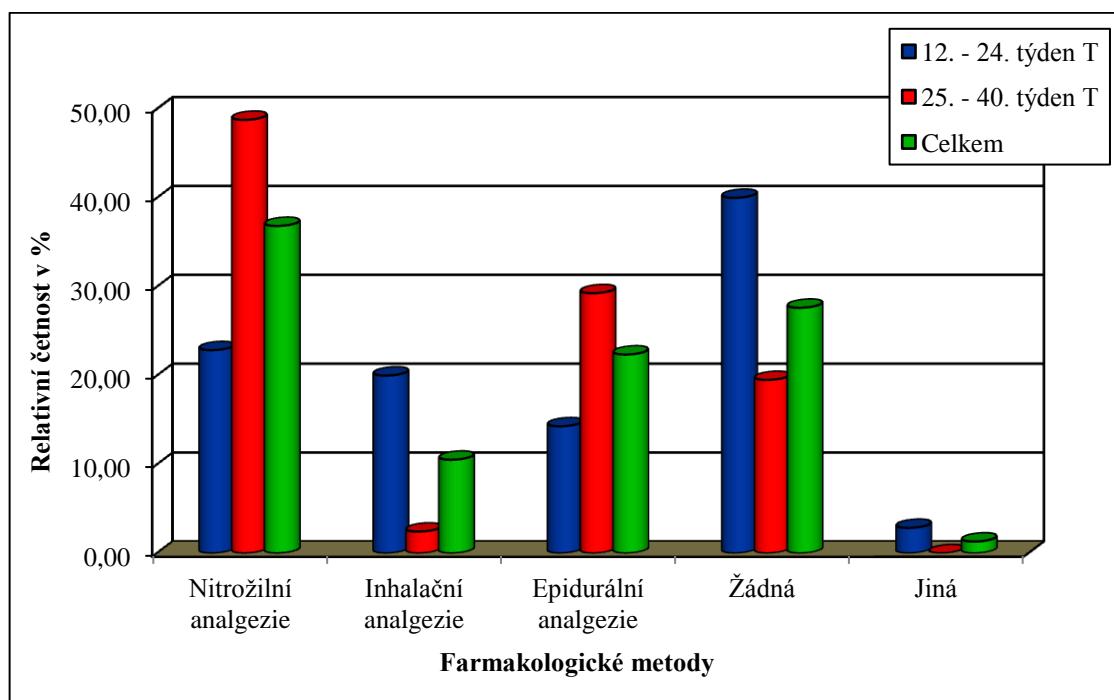


Obrázek 14: Graf nefarmakologické metody tlumení bolesti

Otázka č. 17 – Z farmakologických metod byste ráda zvolila? (Můžete zvolit více odpovědí)

- a) Nitrožilní analgezií – podání léku do žíly
- b) Inhalační analgezií – vdechování léku (Entonox)
- c) Epidurální analgezií – podání léku do páteřního kanálu
- d) Žádnou
- e) Jiné.....

Na otázku, z farmakologických metod byste ráda zvolila s více možnými odpověďmi (celkem 76 (100%) odpovědí), odpovědělo 28 (37%) respondentek nitrožilní analgezií, 8 (11%) respondentek označilo inhalační analgezií, 17 (22%) těhotných žen by rádo využilo epidurální analgezií, 21 (28%) respondentek nechce při porodu žádnou z farmakologických metod tlumení bolesti a 1 (1%) respondentka zvolila jinou možnost, ve které uvedla, že neví, kterou z farmakologických metod by ráda zvolila. Z výše uvedených dat je zřejmé, že těhotné ženy by z farmakologických metod nejraději využily nitrožilní analgezií při porodu. Souhrnná data jsou uvedena v grafu 14.

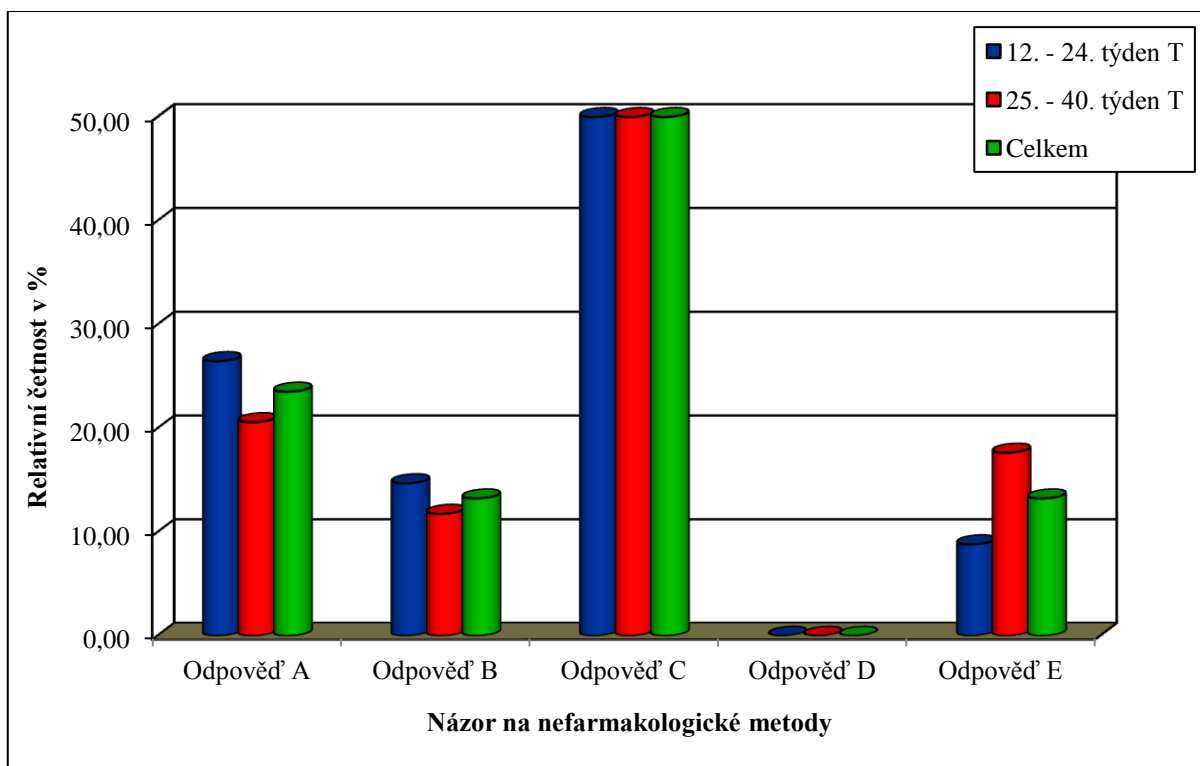


Obrázek 15: Graf farmakologické metody tlumení bolesti

Otázka č. 18 – Jaký je Váš názor na využívání nefarmakologických metod tlumení bolesti během porodu?

- a) Nefarmakologické tlumení bolesti při porodu je velice účinné
- b) Nefarmakologické metody tlumí bolest při porodu pouze minimálně
- c) Nefarmakologické tlumení bolesti při porodu má pouze psychologický účinek
- d) Nefarmakologické tlumení bolesti při porodu nemá význam a raději bych volila jinou metodu tlumení bolesti
- e) Nevím nic o nefarmakologickém tlumení bolesti při porodu

Ze zkoumaného souboru 68 (100%) respondentek odpovědělo na otázku, jaký je Váš názor na využívání nefarmakologických metod tlumení bolesti během porodu, následovně: 16 (24%) respondentek si myslí, že nefarmakologické tlumení bolesti při porodu je velice účinné, 9 (13%) těhotných žen uvádí, že nefarmakologické metody tlumí bolest při porodu pouze minimálně, 34 (50%) těhotných žen tvrdí o nefarmakologických metodách, že mají pouze psychologický účinek, žádná (0%) respondentka si nemyslí, že nefarmakologické tlumení bolesti při porodu nemá význam a 9 (13%) respondentek neví nic o nefarmakologickém tlumení bolesti při porodu. Ze získaných dat je zřejmé, že těhotné ženy považují za hlavní účinek nefarmakologických metod, účinek na psychiku, který má během porodu nemalý význam. Získaná data jsou zpracována a zobrazena v grafu 15.

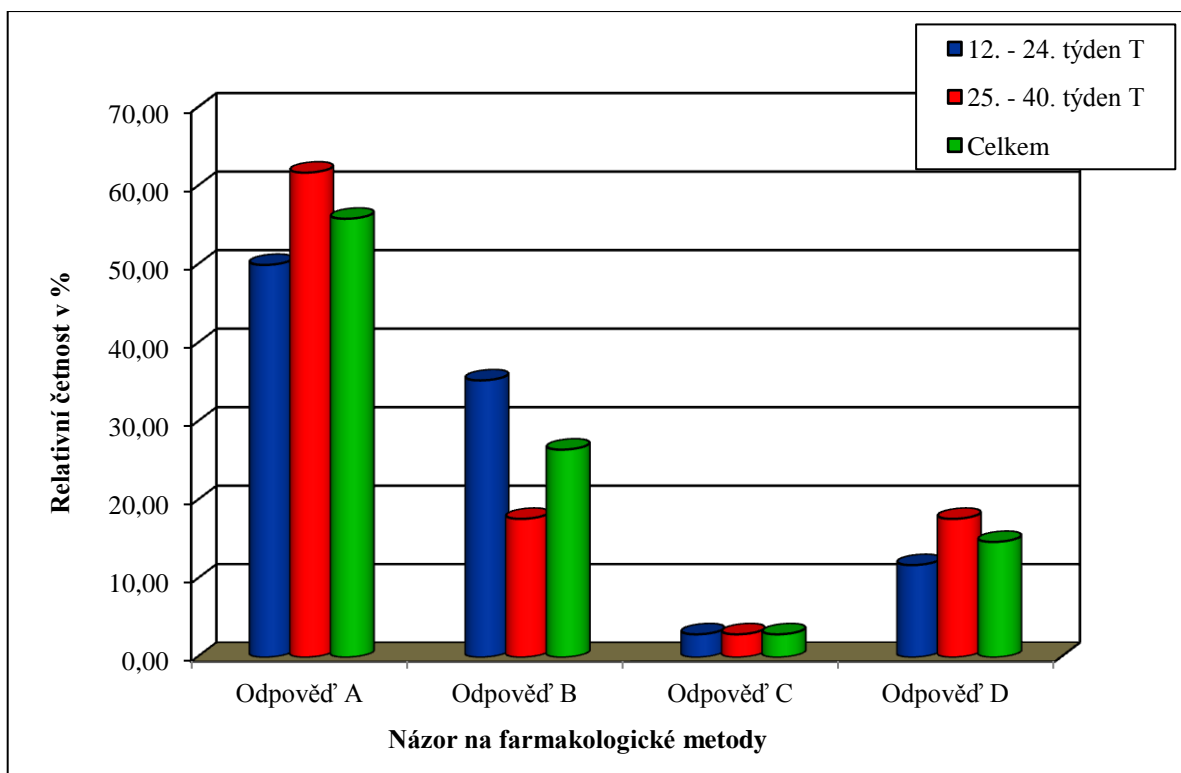


Obrázek 16: Graf názoru těhotných žen na nefarmakologické metody

Otázka č. 19 – Jaký je Váš názor na využívání farmakologických metod (léky) tlumení bolesti během porodu?

- a) Farmakologické tlumení bolesti při porodu je velice účinné a bezpečné
- b) Farmakologické tlumení bolesti při porodu je nebezpečné pro matku i dítě
- c) Farmakologické tlumení bolesti při porodu je neúčinné a raději bych zvolila jinou metodu tlumení bolesti během porodu
- d) Nevím nic o farmakologickém tlumení bolesti při porodu

Z celkového počtu 68 (100%) respondentek odpověděly těhotné ženy na otázku, jaký je Váš názor na využívání farmakologických metod tlumení bolesti během porodu, takto: 38 (56%) těhotných žen se ztotožňuje s názorem, že farmakologické tlumení bolesti při porodu je velice účinné a bezpečné, 18 (26%) těhotných žen si myslí, že je farmakologické tlumení bolesti nebezpečné pro matku i dítě, pouze 2 (3%) respondentky uvádí, že farmakologické tlumení bolesti je neúčinné a raději by zvolily jinou metodu tlumení porodních bolestí a 10 (15%) respondentek neví nic o farmakologickém tlumení bolesti během porodu. Z výše uvedených dat je patrné, že více jak polovina těhotných žen považuje farmakologické metody tlumení bolesti při porodu za účinné a bezpečné. Komplexní přehled dat prezentuje graf 16.



Obrázek 17: Graf názoru těhotných žen na farmakologické metody

8 DISKUZE

Tato část bakalářské práce se zabývá porovnáním zpracovaných dat výzkumného šetření s výzkumnými otázkami, které byly navrženy na základě stanovených cílů bakalářské práce.

Výzkumná otázka č. 1: Je většina těhotných žen dostatečně informována o možnostech tlumení bolesti při porodu?

K posouzení této výzkumné otázky byly v dotazníku použity otázky č. 9, 10 a 11. Tyto otázky zjišťují, zda mají těhotné ženy dostatečné množství informací o možnostech tlumení bolesti při porodu, jestli jsou s podanými informacemi spokojeny a kde tyto informace získávaly.

Po zpracování získaných dat mohu výzkumnou otázku potvrdit. Většina těhotných žen v rámci tohoto dotazníkového šetření, je dostatečně informována o možnostech tlumení bolesti při porodu. Celkově 78% dotázaných respondentek uvedlo, že má dostatečné množství informací o možnostech tlumení bolesti při porodu. Zároveň jsou téměř všechny těhotné ženy s podanými informacemi o možnostech tlumení bolesti při porodu spokojeny, toto tvrzení potvrzují následující výsledky: 58% těhotných žen je zcela spokojeno s podanými informacemi a 40% těhotných žen je s informacemi spokojeno, ale uvádí, že by jich mohlo být více. Jediným, dle mého názoru, sporným výsledkem v rámci této výzkumné otázky je fakt, že těhotné ženy získávají informace především na internetu nebo od kamarádek a vlivem této skutečnosti mohou být informace zkreslené nebo dokonce nepravdivé. V rámci tohoto dotazníkového šetření vyhledávalo celkem 31% respondentek informace na internetu, 19% respondentek zjišťovalo informace od kamarádky a pouze 10% těhotných žen získalo informace o možnostech tlumení porodních bolestí od lékaře.

Výzkumná otázka č. 2: Znají těhotné ženy většinu možností tlumení bolesti při porodu?

Ve druhé výzkumné otázce bylo zjišťováno, které způsoby tlumení porodních bolestí znají těhotné ženy. Informace byly získávány z dotazníkové otázky č. 12.

Výsledky dotazníkového šetření ukázali, že z celkového počtu 68 těhotných žen zná 64 respondentek epidurální analgezii, 49 dotázaných uvedlo přítomnost blízké osoby při porodu, 44 dotázaných zná aplikaci léků proti bolesti a hydroanalgezii, 43 respondentek má povědomí o masážích, relaxačních technikách a dechovém cvičení, 26 respondentek zná

aromaterapii, 25 respondentek zná muzikoterapii a alternativní polohy v I. době porodní, 19 dotázaných uvádí inhalační analgezii, o hypnóze ví pouze 7 dotazovaných a 1 těhotná žena uvádí, že nezná žádnou metodu tlumení porodních bolestí.

Z výše uvedených výsledků nelze jednoznačně potvrdit nebo vyvrátit hodnocenou výzkumnou otázku. Je zřejmé, že většina těhotných žen zná pouze „základní“ metody tlumení bolesti během porodu. Méně používané metody tišení bolesti jsou pro mnoho těhotných žen zcela neznámé.

Výzkumná otázka č. 3: Mají těhotné ženy na konci těhotenství větší obavy z bolesti při porodu než těhotné ženy na začátku těhotenství?

Ke zjištění této výzkumné otázky byla zhodnocena otázka č. 7, která porovnávala hodnocení obav z bolesti při porodu u těhotných žen ve 12. – 24. týdnu těhotenství a u těhotných žen ve 25. – 40. týdnu těhotenství.

Těhotné ženy ve 25. – 40. týdnu těhotenství označily své obavy z bolesti při porodu nejčastěji číslem 5 – 10, celkově v tomto rozmezí hodnotilo obavy z bolesti při porodu 74% dotazovaných. Naopak 71% těhotných žen ve 12. – 24. týdnu těhotenství označilo obavy z bolesti při porodu nejčastěji číslem 1 – 5.

Z výše zpracovaných dat je patrné, že se výzkumná otázka potvrdila. Dle mého názoru je tento výsledek očekávaný, neboť myšlenky těhotné ženy v pokročilém týdnu těhotenství již směřují k blížícímu se porodu a tudíž i k myšlenkám na porodní bolest. Naopak těhotné ženy v prvních fázích těhotenství myslí spíše na fyziologický průběh těhotenství a o bolesti během porodu zatím tolik nepřemýšlejí.

Výzkumná otázka č. 4: Očekávají vícerodičky menší intenzitu bolesti při porodu než prvorodičky?

Pro hodnocení výzkumné otázky jsem využila zpracovanou otázku č. 8, ve které těhotné ženy označovaly intenzitu očekávané bolesti při porodu na číselné škále od 1 do 10. Otázka byla dále rozvedena na hodnocení těhotných žen ve 12. – 24. týdnu těhotenství a těhotných žen ve 25. – 40. týdnu těhotenství, tyto výsledky byly následovně porovnávány mezi sebou.

Po zhodnocení výsledků se výzkumná otázka nepotvrdila. V hodnocení očekávané intenzity bolesti při porodu se vícerodičky i prvorodičky téměř shodují, významný rozdíl se v tomto dotazníkovém šetření neprokázal.

Výzkumná otázka č. 5: Volí těhotné ženy epidurální analgezií, jako metodu tlumení bolesti, kterou by chtěli u porodu nejčastěji využít?

Při hodnocení výzkumné otázky jsem vycházela z odpovědí na otázky č. 15 (Jakou metodu tlumení bolesti při porodu, byste ráda zvolila?), 16 (Z nefarmakologických metod byste ráda zvolila?) a 17 (Z farmakologických metod byste ráda zvolila?).

Ze zpracovaných dat vyplynulo, že 65% těhotných žen by při porodu rádo využilo kombinaci farmakologického i nefarmakologického tlumení bolesti při porodu. Konkrétně by kombinaci těchto dvou metod rádo zvolilo 76% těhotných žen ve 25. – 40. týdnu těhotenství a 53% těhotných žen ve 12. – 24. týdnu těhotenství. Téměř polovina žen na začátku těhotenství by volila pouze nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí.

Většina žen by ráda z nefarmakologických metod tlumení bolesti využila přítomnost blízké osoby (28%) a hydroanalgezií (19%). Z farmakologických metod by nejvíce dotázaných využilo nitrožilní analgezií (37%) a jen 22% těhotných žen by rádo zvolilo epidurální analgezií.

Po zpracování získaných dat se tedy výzkumná otázka nepotvrdila. Během porodu si těhotné ženy přejí využít kombinaci farmakologických i nefarmakologických metod tlumení bolesti, v rámci tohoto dotazníkového šetření by těhotné ženy nejraději využily kombinaci přítomnosti blízké osoby a hydroanalgezie s nitrožilní analgezií.

ZÁVĚR

V bakalářské práci s názvem „Postoj těhotných žen k bolesti při porodu“ jsem se zaměřila na problematiku tlumení porodních bolestí. Zajímala jsem se především o informovanost těhotných žen v rámci této problematiky a zjišťovala jsem jejich očekávání spojená s nastávajícím porodem. Celkem jsem si stanovila 4 cíle.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost těhotných žen o metodách tlumení bolesti při porodu. Výsledek dotazníkového šetření byl velice pozitivní, jelikož po zpracování výsledků vyplývá, že jsou těhotné ženy dostatečně informovány o metodách tlumení bolesti při porodu a s podanými informacemi jsou spokojeny. Jediným poněkud znepokojujícím výsledkem je fakt, že téměř každá těhotná žena získává informace z internetu nebo od kamarádek. Jen malé množství těhotných žen získává informace od lékaře nebo v rámci předporodního kurzu a odborných knih.

Druhý cíl měl zjistit, jakou metodu tlumení bolesti při porodu by těhotné ženy preferovaly. Po zpracování výsledků se ukázalo, že těhotné ženy preferují kombinaci farmakologického i nefarmakologického tlumení porodních bolestí. Konkrétně by nejraději zvolili přítomnost blízké osoby a hydroanalgezii v kombinaci s nitrožilní analgezií. Předpokládala jsem, že budou těhotné ženy preferovat spíše epidurální analgezii, a to zejména kvůli své vysoké účinnosti, tento fakt se však v dotazníkovém šetření nepotvrdil. Zajímavý byl i výsledek, že téměř polovina těhotných žen ve 12. až 24. týdnu těhotenství by ráda zvolila pouze nefarmakologické tlumení bolesti, zatímco ženy ve 25. až 40. týdnu těhotenství jednoznačně preferovaly kombinaci obou metod. Důvodem by mohly být větší obavy z bolesti při porodu, které se u těchto žen dále prokázaly.

Další cíl měl zmapovat možný vliv parity na očekávanou intenzitu bolesti při porodu. Očekávala jsem označení nižší intenzity bolesti u vícerodiček, jelikož již bolest při porodu zažily a budou tak moct objektivně označit intenzitu bolesti bez zkreslené představy a strachu z neznámého. Zhodnocením výsledků mého výzkumného šetření se však ukázalo, že parita na očekávanou intenzitu bolesti nemá žádný vliv.

Posledním cílem bylo vymezit spojitost mezi týdnem gravidity a obavami z bolesti při porodu. Zpracování výsledků na určitou spojitost poukázalo. Těhotné ženy na konci těhotenství uvedly, že mají určité obavy z bolesti při porodu. Na tento fakt může poukazovat

výsledek, že by rády zvolily farmakologické tlumení bolesti než jen „psychologický účinek“ nefarmakologických metod. U žen v první polovině těhotenství tomu bylo naopak.

Bakalářská práce mě obohatila o mnoho nových teoretických i praktických poznatků v dané problematice. Jsem ráda, že jsem se ve výzkumné části práce mohla zabývat očekáváním těhotných související s bolestí při porodu a nezkoumala jsem pouze zpětné hodnocení této bolesti. Myslím, že právě v tomto je má práce odlišná od ostatních a bylo by zajímavé porovnat, zda se očekávání, přání a plány těhotných žen v rámci dané problematiky během porodu uskuteční nebo budou změněny.

Závěrem bych si přála, aby má bakalářská práce byla přínosem pro těhotné ženy, které si přejí zvolit vhodnou metodu tlumení bolesti pro sebe i své miminko, ale stále nemohou najít tu nejvhodnější. Zároveň doufám, že bude má práce přínosem i pro porodní asistentky, které by měli znát veškeré medikamentózní i alternativní metody tlumení bolesti, aby mohli rodiče poskytnout tu nejvhodnější metodu tišení bolesti, která jim je právě k dispozici.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knihy:

- 1) BALASKAS, Janet. *Aktivní porod*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010. 223 s. ISBN 978-802-5701-782.
- 2) ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Porodnictví*. 2. doplněné vyd. Praha: Grada, 2006, 546 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
- 3) ELIÁŠOVÁ, Anna. *Pôrodná asistencia I: Fyziológia*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 2008. 104 s. ISBN 80-8063-261-8.
- 4) FORMÁNKOVÁ, Kateřina. *Poznááme homeopatii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4727-363.
- 5) GREGORA, Martin, Miloš VELEMÍNSKÝ, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
- 6) KOLEKTIV AUTORŮ; *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4717-203.
- 7) LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.
- 8) MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 188 s. ISBN 978-802-4736-426.
- 9) MONGAN, Marie F. *Hypnoporod*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010, 243 s. ISBN 978-807-3873-646.
- 10) PAŘÍZEK, Antonín. *Knih o těhotenství @ porodu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 425 s. ISBN 80-726-2321-4.
- 11) PAŘÍZEK, Antonín. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 535 s. ISBN 80-716-9969-1.
- 12) RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- 13) RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
- 14) ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
- 15) SIMKIN, Penny. *Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. 1. vyd. Praha: Argo, 2000, 245 s. ISBN 80-720-3308-5.

- 16) SLEZÁKOVÁ, Lenka a Hana ČOUPKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 249 s. ISBN 978-80-247-3602-0.
- 17) ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010, 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
- 18) ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-802-4720-685.
- 19) ZRUBECKÁ, Adéla a Ivana AŠENBRENEROVÁ. *Aromaterapie v životě ženy*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2008, 239 s. ISBN 978-802-0419-385.
- 20) ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 532 s. ISBN 80-726-2257-9.

Elektronické knihy:

- 21) DATTA, Sanjay, Bhavani Shankar KODALI and Scott SEGAL. *The obstetric anesthesia handbook* [online]. 5th ed. New York: Springer, c2010. 475 p. [cit. 2013-01-15]. ISBN 978-038-7886-015.
- 22) FISHMAN, Scott, Jane BALLANTYNE and James P. RATHMELL. *Bonica's management of pain* [online]. 4th ed. Baltimore, MD: Lippincott, Williams, c2010. 1661p. [cit. 2013-02-04]. ISBN 07-817-6827-6.
- 23) RATCLIFFE, Stephen D. *Family medicine obstetrics* [online]. 3rd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, c2008. 707 p. [cit. 2013-01-22]. ISBN 03-230-4306-2.
- 24) SURESH, Maya and Sol M. SHNIDER. *Shnider and Levinson's anesthesia for obstetrics* [online]. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams, c2013. 902 p. [cit. 2013-03-18]. ISBN 978-145-1114-355.

Časopisy:

- 25) GREGOROVÁ, Radka. Musí porod bolet? *Moje zdraví*. Praha: 2009, č. 5, s. 52-56. ISSN 1214-3871.
- 26) ROŠKOVÁ, Sylvia. Bolest: Fyziologie, fáze a léčba. *Sestra*. Praha: 2012, roč. 22, č. 4, s. 42 – 51. ISSN 1210-0404.
- 27) HAWKINS, Joy L., Epidurální analgezie během porodu. *Gynekologie po promoci*. Praha: 2010, roč. 10, č. 3, s. 7. ISSN 1213-2578.

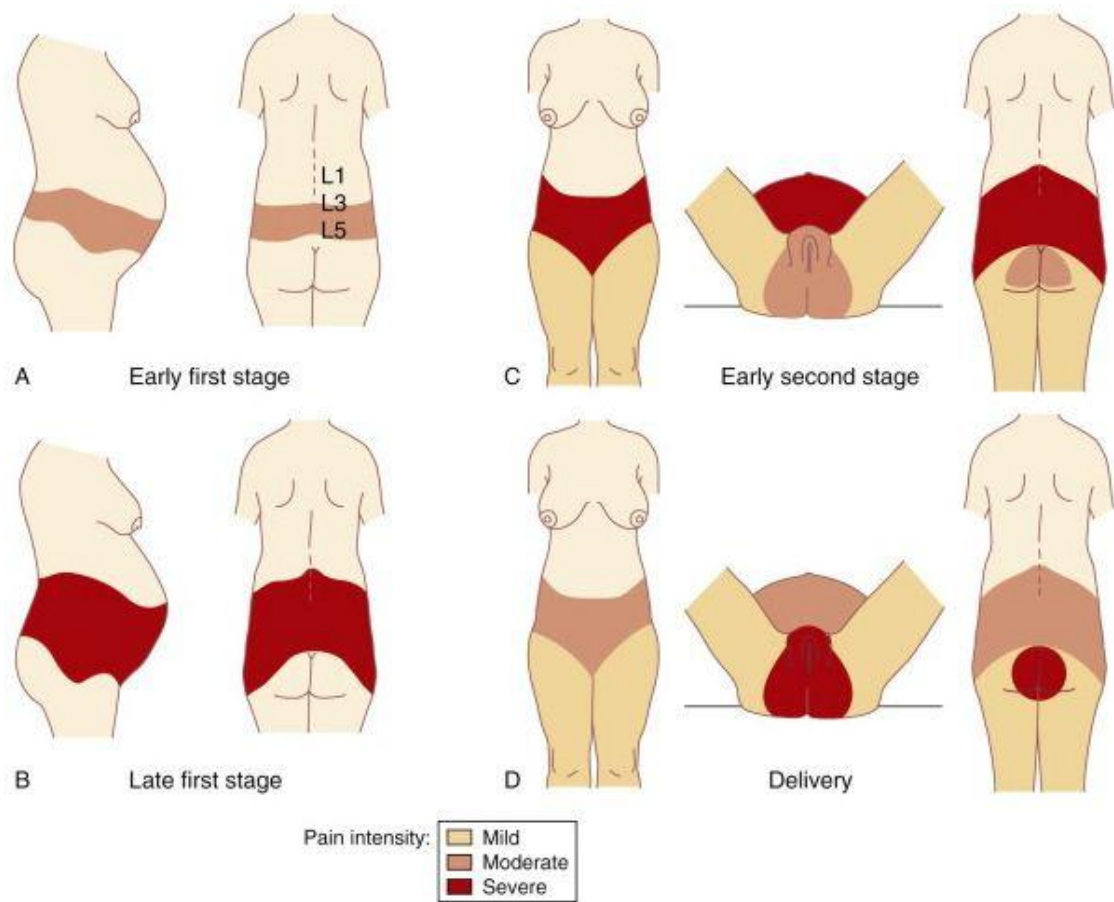
Internetové zdroje:

- 28) Porodní bolesti a jak je zvládat a využít. *Unipa: Unie porodních asistentek* [online]. [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=60:porodniboolesti&catid=42:porod&Itemid=124i_plyny/entonox.html
- 29) Entonox: Vysoce účinné analgetikum pro úlevu od krátkodobé bolesti. *Linde industrial gases* [online]. [cit. 2013-01-07]. Dostupné z: http://www.linde-gas.cz/cs/produkty_and_zasobovani/medicinalni_plyny/entonox.html
- 30) LABUSOVÁ, Eva. Cesty ke spokojenému porodu: porodní bolesti a způsoby jejich ovládní. *Rodičovství - psychologie - zdraví* [online]. [cit. 2013-04-05]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/cesty/I_5.php
- 31) WHO - definice normálního porodu. *Aperio: společnost pro zdravé rodičovství* [online]. [cit. 2013-04-09]. Dostupné z: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=60:porodniboolesti&catid=42:porod&Itemid=124

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A <i>Charakteristika bolesti v jednotlivých fázích porodu</i>	69
Příloha B <i>Intradermální injekce sterilní vodou</i>	70
Příloha C <i>Entonox</i>	71
Příloha D <i>Dotazník</i>	72
Příloha E <i>CD se zdrojovými daty</i>	77

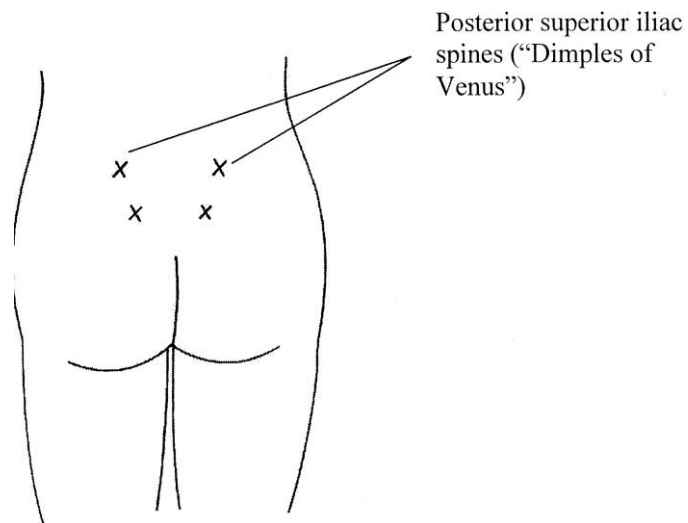
Příloha A – Charakteristika bolesti v jednotlivých fázích porodu



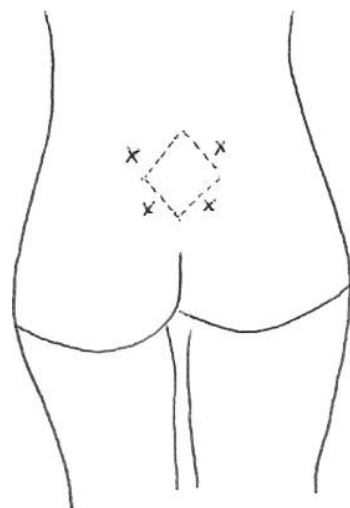
Obrázek 18: Bolest v jednotlivých fázích porodu¹

¹ Pregnant in Dubai. Information and advice on common pregnancy problems by a Fetal and Maternal Medicine Consultant. *Epidural as pain relief in labour* [online]. 2011, 23. 6. 2011 [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: <http://pregnantindubai.blogspot.cz/2011/06/pain-relief-in-labour-epidural.html>

Příloha B – Intradermální injekce sterilní vodou



Obrázek 19: Místa aplikace intradermálních injekcí sterilní vodou²

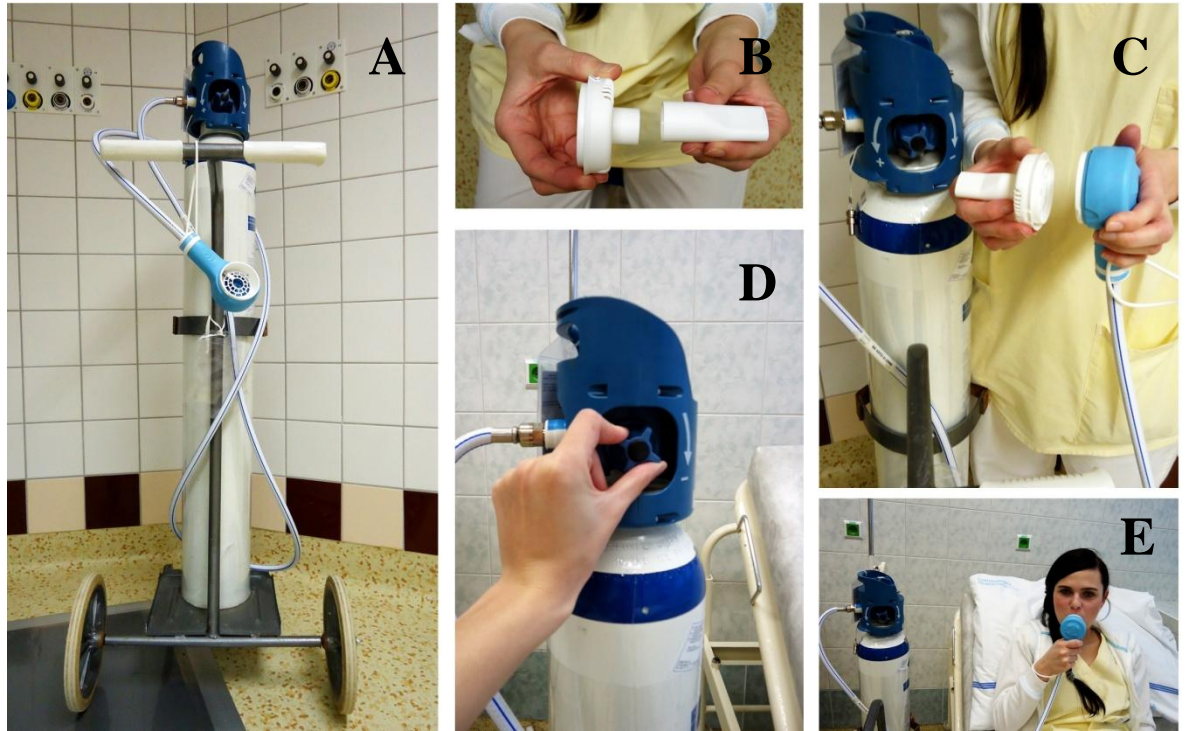


Obrázek 20: Místa aplikace intradermálních injekcí - Michealisova routa³

² Science direct. The world’s leading full. *Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering* [online]. 2004, 7. 7. 2004 [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952304003551>

³ Science direkt. The world’s leading full. *US Midwives’ knowledge and use of sterile water injections for labor pain*. [online]. 2007, 8. 9. 2007 [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952307003911>

Příloha C – Entonox



Obrázek 21: Podání Entonoxu: A – Plynová láhev Entonox, B – Nasazení náustku k bakteriálnímu filtru, C – Nasazení bakteriálního filtru na nádechový ventil, D – Otevření lahve otočením ovládacího kolečka proti směru hodinových ručiček, E – Inhalace entonoxu

Příloha D – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jana Karbanová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Porodní asistentka, Fakulty zdravotnických studií, Univerzity Pardubice.

Touto cestou bych Vás ráda požádala o co nejpřesnější vyplnění otázek následujícího dotazníku, který bude sloužit k vypracování výzkumné části mé bakalářské práce na téma **Postoj těhotných k bolesti při porodu**.

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Odpovědi budou použity jen k vyhodnocení praktické části bakalářské práce. Svou odpověď prosím označte, a pokud není uvedeno jinak, vybírejte vždy jen jednu odpověď. Vyplněný dotazník mi prosím zašlete na emailovou adresu: karban.jana@seznam.cz.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu ke spolupráci.

Jana Karbanová

Dotazníková část A: obecná část

Pokud není u otázky uvedeno jinak, označte prosím jednu odpověď.

1) Kolik je Vám let?

- a) Méně než 20 let
- b) 20 – 25 let
- c) 26 – 30 let
- d) 31 – 35 let
- e) Více než 35 let

2) V jakém týdnu těhotenství právě teď jste?

- a) 12. – 24. týden těhotenství
- b) 25. – 40. týden těhotenství

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

4) Po kolikáté budete rodit?

- a) Poprvé
- b) Podruhé
- c) Potřetí
- d) Vícekrát

Dotazníková část B: specifická data

Pokud není u otázky uvedeno jinak, označte prosím jednu odpověď.

5) Absolvovala jste kurz předporodní přípravy?

- a) Ano, kompletní kurz (přednášky, cvičení, návštěva porodního sálu)
- b) Ano, pouze přednášky
- c) Ano, pouze cvičení
- d) Ano, návštěvu porodního sálu
- e) Ne, teprve plánuji návštěvu předporodního kurzu
- f) Ne a nebudu absolvovat

6) Pokud jste kurz předporodní přípravy absolvovala, v čem si myslíte, že Vám pomohl?

(můžete zvolit více odpovědí)

- a) Snížení strachu z porodu
- b) Získání informací o průběhu porodu
- c) Získání informací o metodách tlumení bolesti při porodu
- d) Návčik relaxačních metod a cvičení
- e) Ničím mě neobohatila

7) Jak velké máte obavy z bolesti při porodu?

Na stupnici od 1 – do 10 označte číslo, které odpovídá Vašemu tvrzení.

(1 – žádné obavy, 10 – velké obavy)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8) Jak velkou očekáváte bolest při porodu?

Na stupnici od 1 – do 10 označte číslo, které odpovídá Vašemu tvrzení.
(1 – žádná bolest, 10 – nesnesitelná bolest)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9) Myslíte si, že máte dostatečné množství informací o možnostech tlumení bolesti při porodu?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nemohu posoudit

10) Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, jste s podanými informacemi spokojena?

- a) Ano, jsem spokojena
- b) Ano, ale mohlo by jich být více
- c) Ne, nejsem spokojena

11) Z jakého zdroje jste získávala informace o metodách tlumení bolesti při porodu?
(můžete zvolit více odpovědí)

- a) Předporodní kurz
- b) Odborné knihy
- c) Internet
- d) Rodinný příslušník
- e) Kamarádky
- f) Nevyhledávala jsem informace
- g) Lékař
- h) Jiný

12) Které možné způsoby tlumení porodních bolestí znáte?

(můžete zvolit více odpovědí)

- a) Epidurální analgezie
- b) Aplikace léků proti bolesti (do žíly, do svalu)
- c) Inhalační analgezie (vdechování léku proti bolesti – Entonox)
- d) Masáže, relaxační techniky
- e) Přítomnost blízké osoby při porodu
- f) Hydroanalgezie (sprcha, koupel)
- g) Aromaterapie (vdechování rostlinných silic)
- h) Hypnóza
- i) Muzikoterapii (poslech hudby)
- j) Dechová cvičení
- k) Alternativní polohy v I. době porodní
- l) Žádné
- m) Jiné.....

13) Pokud budete rodit opakovaně, využila jste u předchozího porodu tlumení bolesti?

- a) Ano
- b) Ne

14) Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, zvolila byste znovu stejnou metodu tlumení bolesti, jako u předchozího porodu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

15) Jakou metodu tlumení bolesti při porodu, byste ráda zvolila?

- a) Farmakologické tišení bolesti (podání léků)
- b) Nefarmakologické tišení bolesti
- c) Kombinace těchto dvou metod

16) Z nefarmakologických metod byste ráda zvolila?

(můžete zvolit více odpovědí)

- a) Přítomnost blízké osoby při porodu
- b) Masáže, relaxační techniky
- c) Hydroanalgezií (sprcha, koupel)
- d) Hypnózu
- e) Aromaterapii
- f) Muzikoterapii
- g) Alternativní polohy
- h) Dechová cvičení
- i) Žádnou
- j) Jiné

17) Z farmakologických metod byste ráda zvolila?

(můžete zvolit více odpovědí)

- a) Nitrožilní analgezií – podání léku do žíly
- b) Inhalační analgezií – vdechování léku (Entonox)
- c) Epidurální analgezií – podání léku do páteřního kanálu
- d) Žádnou
- e) Jiné

18) Jaký je Váš názor na využívání nefarmakologických metod tlumení bolesti během porodu?

- a) Nefarmakologické tlumení bolesti při porodu je velice účinné
- b) Nefarmakologické metody tlumí bolest při porodu pouze minimálně
- c) Nefarmakologické tlumení bolesti má pouze psychologický účinek při porodu
- d) Nefarmakologické tlumení bolesti při porodu nemá význam a raději bych volila jinou metodu tlumení bolesti
- e) Nevím nic o nefarmakologickém tlumení bolesti při porodu

19) Jaký je Váš názor na využívání farmakologických metod (léky) tlumení bolesti během porodu?

- a) Farmakologické tlumení bolesti při porodu je velice účinné a bezpečné
- b) Farmakologické tlumení bolesti při porodu je nebezpečné pro matku i dítě
- c) Farmakologické tlumení bolesti při porodu je neúčinné a raději bych zvolila jinou metodu tlumení bolesti během porodu
- d) Nevím nic o farmakologickém tlumení bolesti při porodu

Příloha E – CD se zdrojovými daty