

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Dominika Krivdová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Predpôrodná príprava, edukácia a bolesť počas pôrodu

Podtitul:

Predpôrodná príprava a jej vplyv na pôrodnú bolesť

Prehlásenie autora

Prehlasujem, že som diplomovú prácu vypracovala samostatne s použitím literatúry a ďalších literárnych prameňov uvedených v zozname.

V Olomouci dňa

.....

podpis

Pod'akovanie

Na tomto mieste by som sa rada poďakovala mojej vedúcej práce doc. PhDr. Jane Marečkovej, Ph.D. za odborné vedenie diplomovej práce, trpezlivosť a vecné rady, ktoré mi poskytla. Taktiež by som rada poďakovala osloveným respondentkám za účasť pri zbere dát a vedeniu nemocnice Mělník za umožnenie výskumu.

Obsah

1 Úvod	5
2 Prehľad odborných poznatkov	7
2.1 Vývoj predpôrodnej prípravy	9
2.2 Predpôrodná príprava dnes	12
2.3 Predpôrodná príprava ako predmet výskumu	15
2.4 Bolesť.....	16
2.5 Pôrodná bolesť.....	18
2.6 Moderné teórie bolesti	20
2.7 Delenie pôrodnej bolesti.....	21
2.8 Príčina pôrodnej bolesti	23
2.9 Hodnotenie bolesti.....	23
2.9.1 Melzack a jeho nástroj merania pôrodnej bolesti	25
2.10 Pôrodná bolesť ako predmet výskumu	26
3 Empirická časť	29
3.1 Metodika výskumu	29
3.2 Výsledky	34
3.2 Analýza výsledkov	75
3.3 Diskusia	79
4 Záver.....	85
Súhrn	86
Referenčný zoznam literatúry.....	88
Zoznam skratiek	93
Zoznam obrázkov	94
Zoznam tabuliek.....	94
Zoznam grafov.....	95
Zoznam príloh	97

1 Úvod

Keď sa povie slovo pôrod, väčšina z nás si ho spojí so slovom bolesť a s jej negatívnym prežitkom. Ale bolesť v prípade pôrodu má aj pozitívny náboj a to v podobe šťastia z narodenia dieťaťa.

Aby pôrod v pamäti ženy ostal peknou spomienkou a bola hrdá na seba ako túto jedinečnú životnú situáciu zvládla, je dôležité mať relevantné informácie o tehotenstve a pôrode. V minulosti sa ženy spoliehali na svoju pôrodnú bábu a jej skúseností a informácie. Ale v 21. storočí, máme rôzne možnosti ako tieto informácie získať a môcť tak pomôcť vlastnému dieťaťu narodiť sa. Jednou z mnoho možností je získanie informácií priamo od skúsených pôrodných asistentiek v predpôrodných kurzoch. Najviac vyhľadávanými informáciami sú odpovede na otázku ako zvládnuť pôrodnú bolesť. Existuje viacero možností, farmakologické i nefarmakologické. Samotné predpôrodné kurzy vznikli ako určitý druh analgézie. Ich hlavným zmyslom bolo znížiť túto bolesť. Podkladom pre vznik takejto nefarmakologickej analgézie bola hypnosugescia. Ovládať svoju myseľ, znamená ovládať svoje telo a správne pracovať s bolesťou, aby bolesť, v priebehu pôrodu nebola prekážkou, ale naopak našou pomocou priviesť na svet dieťa.

Predpôrodné kurzy v súčasnosti, majú ženu nie len naučiť pracovať s bolesťou vo svoj prospech a tým bolesť akceptovať a znížiť, ale aj pochopiť ženské telo v priebehu tehotenstva a pripraviť ženu na novú rolu – rolu matky.

Ciele práce

Hlavný cieľ

Aký má vplyv predpôrodná príprava u vybraného súboru žien na bolesť počas pôrodu.

Čiastkové ciele:

Aké najčastejšie metódy tlmenia bolesti u vybraného súboru žien boli použité.

V akom okamžiku pôrodu, bola pociťovaná najväčšia bolesť u vybraného súboru žien.

Aká intenzita bolesti je pociťovaná po pôrode v prvých 24 hodinách u vybraného súboru žien.

Ako ženy vo vybranom súbore hodnotia celkovú bolesť pôrodu.

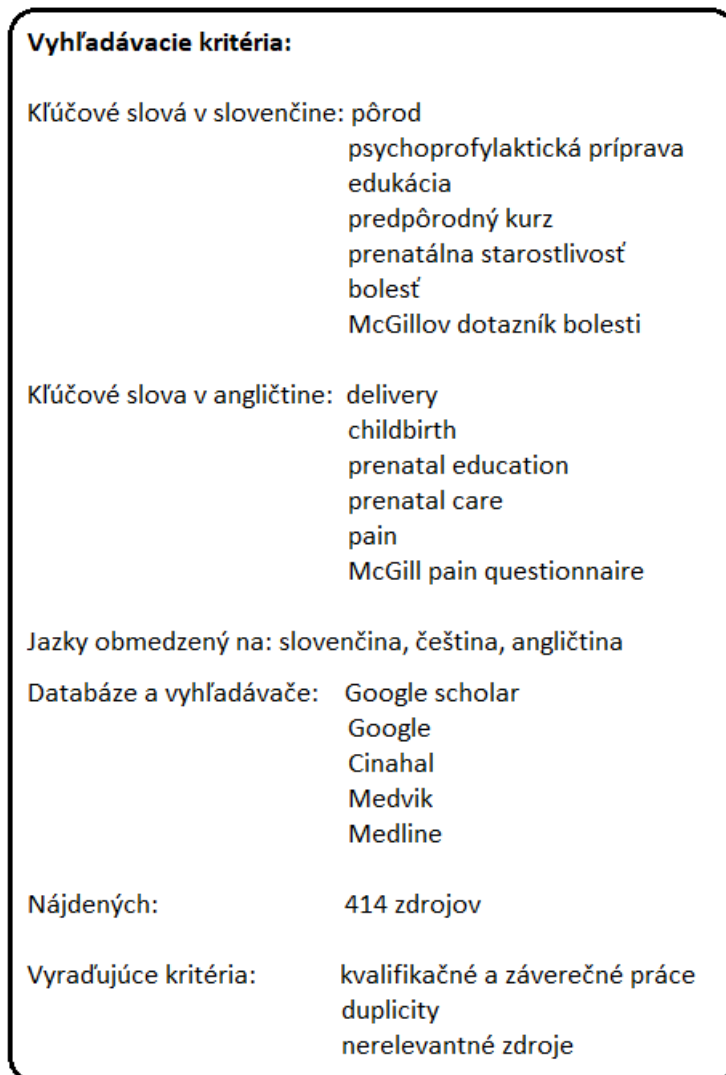
Výskumné otázky:

1. Koľko % žien s psychoprofylaktickou prípravou využilo tíšenie bolesti farmakologickou metódou oproti ženám bez psychoprofylaktickej prípravy?
2. Aké sú najčastejšie využívané farmakologické prostriedky na tíšenie bolesti v priebehu pôrodu?
3. Koľko % žien využilo viac ako jeden farmakologický prípravok na tíšenie bolesti v priebehu pôrodu?
4. Do akej miery je rozdielne vnímanie pôrodnej bolesti v dobách pôrodných u žien s psychoprofylaktickou prípravou oproti ženám bez psychoprofylaktickej prípravy?

2 Prehľad odborných poznatkov

Pred spracovaním získaného prehľadu odborných poznatkov bola vytvorená široká literárna rešerše. Pre správne vyhľadávanie rešerši bola využitá tzv. mapujúca rešeršná otázka a štrukturované vyhľadávanie v elektronických zdrojoch Google, Google Scholar, Cinahal, Medvik, Medline. Rešerše boli vykonané v novembri 2019. Popis stratégie je uvedený v obrázku 1.

Obrázok 1 Rešeršná stratégia



Relevantné zdroje: 64

knihy: 25

odborné články v časopisoch: 19

odborné články vo zborníkoch: 17

webové stránky: 3

Zahraničné zdroje: 38

Pre tvorbu diplomovej práce bolo využitých 64

2.1 Vývoj predpôrodnej prípravy

Mnoho literárnych prameňov uvádzajú, že ženy v minulosti nemali tak bolestivý pôrod ako dnes.

Ako uvádza Hudáková, Kopáčiková, príprava žien k pôrodu vznikla ako určitý druh analgézie. Jej hlavným zmyslom bolo znížiť pôrodnú bolesť. Vyvinula sa z hypnosuggestívnej metódy. Prvá správa o hypnopôrode sa objavila už v roku 1833, kde hypnopôrod pomenovali ako magnetizmus. Vo väčšej miere hypnózu do pôrodníctva zaviedol nemecký psychológ - Oettingen v Heidelbergu (Hudáková, Kopáčiková, 2017)

Binder píše, že systém predpôrodnej prípravy, taktiež nazývaný psychoprofylaxe, vznikla v 20. storočí v Sovietskom zväze. Bašková (2015) vysvetľuje, že autori tejto metódy Velvoský a Platonov, vychádzali z Pavlovovho učenia o nepodmienených reflexoch, že ak správne použijeme psychoprofylaktickú metódu na pôrod, môžeme dosiahnuť pôrodu bez bolesti, pretože príčina bolesti je zakotvená v podmienenom reflexe, v negatívnych emóciách a vo vzťahoch medzi podráždením a útlmom v mozgovej kôre. Hudáková, Kopáčiková uvádza, že podstatou bolo naučiť ženy ignorovať sprievodnú pôrodnú bolesť, sústredení mysli na iný vnem tela, že i samotná predstava o bolesti môže vyvolať bolesť. Velvoský a Platonov prehlásili, že bolesť pri pôrode nie je nutná a že už aj samotná slovná sugescia môže pôsobiť analgeticky. (Hudáková, Kropáčiková 2017).

Súčasne anglický lekár Dick-Read popisoval chovanie žien pri pôrodných bolestiach, kde prišiel na fakt, že strach z pôrodu predlžuje samotný pôrod. Popísal takzvaný blúdívý kruh strach-spazmus-bolesť. Podľa Dicka- Reada strach, úzkosť a napätie aktivuje vegetatívny systém, hlavne jeho sympatickú časť a dochádza k neprokrveniu tkanív a tým k vzniku bolesti (Bašková, 2005). V roku 1933 publikoval Dick – Read knihu Pôrod bez strachu – relaxační techniky, kde svoju metódu popísal. Vychádzal z kritiky zasahovanie lekárov do pôrodného deja, a poukazoval na dôležitosť správnej relaxácie a dýchania počas kontrakcie i mimo nej. Jedná sa o hlboké brušné dýchanie spoločne s uvoľňovaním svalstva za pomoci uvoľňovacích polôh. (Hudáková, Kropáčiková 2017). Prikláňal sa k tomu, že strach môžeme vo veľkej miere eliminovať poučením ženy o priebehu pôrodu, prípravou na pôrod a v podporou kontaktu blízkej osoby u pôrodu (Roztočil a kol. 2008).

Propagátorka prirodzeného pôrodu v USA bola Elisabeht Bingová, vyštudovaná fyzioterapeutka a pôrodná lektorka, ktorá sa narodila v Berlíne v roku 1914. Študovala v Londýne, ale po vojne žila v New Yorku. Úzko spolupracovala s pôrodníkom Benjaminom Segalem a v roku 1960 založili Americkú spoločnosť pre psychoprofylaxiu v pôrodníctve. Ktorá sa neskôr premenovala na Lamaze International. Táto spoločnosť sa chcela odlišiť od psychoprofylaxii Readovej metódy prirodzeného pôrodu tým, že zdôrazňovala sofistikovanejšiu Pavlovskou základňu teórie a rigoróznejšie klinické štúdie (Bing, 1994).

Na myšlienky ruských autorov naviazal francúzsky pôrodník Fernand Lamaze. V lete roku 1951 pricestoval do ZSSR, kde bol svedkom pôrodu využívajúceho psychoprofylaxiu a vrátil sa do Francúzska ďalej ju šíriť. V marci roku 1952 zrealizoval v nemocnici Les Bluets prvý francúzsky pôrod za použitia psychoprofylaxie a tým sa nemocnica stala akýmsi tréningovým centrom psychoprofylaxie (Lamaze, 1972). Lamaze je autorom knihy *Accouchement sans douleur*, ktorá zoznámila západnú európu z psychoprofylaktickou prípravou. Tiež vychádzal z Pavlova a jeho nepodmienенých reflexov. Hlavnou metódou je takzvané odpútaní mysle od tela a dostatok informácií na odstránenie strachu a zmiernenia bolesti (Macku, 1998). Tvrdí, že nové informácie a tréning mysli potlačujú negatívne emócie. Podporoval prirodzený pôrod a odmietal farmakologické vedenie pôrodu, ktoré ničí väzby medzi matkou a dieťaťom. Jeho metóda sa rozšírila po celom svete, hlavne Európy, USA a Japonsku (Hudáková, Kropačiková, 2017). Jeho programovanie psychiky žien prebiehalo v 8-12 lekciách a s nácvikom už od 3.mesiaca tehotenstva. Lekcie obsahovali jak teoretickú tak praktickú časť a prítomnosť partnera bola nevyhnutná (Rastislavova, 2008). Vo Francúzsku pokračoval v jeho metóde, Lamazov žiak Pierre Vellay, ktorý k jeho metóde pripojil ešte psychoanalýzu (Hudáková, Kropačiková, 2017).

Adriana Zillo a Dr. Hans Greising vytvorili metódu Zilgrei. Metóda spočívala na pohybe a pohybových stupňoch, držania tela a dychovom cvičení. Metóda vyzdvihuje dôležitosť pohybu, najmä pohyb pánvi, čo pomáha rozširovať pôrodný kanál a tým zmierňuje bolesť. Metóda absolútne vylučuje pasívne leženie na lehatku (Rastislavova, 2008).

Anglická odbornica Sheila Kitzinger, využívala znalosti aj zo sociálnej antropologie, sociologie a vlastných pôrodov, chápe prípravu na pôrod ako prípravu nie

len k narodeniu dieťaťa, ale ako príprava k rodičovstvu. Pri pôrode uprednostňovala polohu na stoličke (Rastilavova, 2008).

Frederick Leboyer je autorom takzvaného nežného pôrodu, jeho zásadou je psychologická príprava matky a budovanie vzťahu k dieťaťu už prenatálne (Roztočil, 1996). Prednosť pôrodu bez násilí je, že poskytuje nový pohľad na vedenie pôrodu a nutnosť humanizácie, podpora rodičky. Nevýhoda je, že pôrod bez násilí sa nemôže uplatniť pri každom pôrode, pretože pri vzniku patológie je nutné jednat' rýchle. (Roztočil a ko., 2001). Pařízek (2015) uvádza, že Frederick Laboyer kritizoval vo svojej publikácii z roku 1974 spôsob pôrodnickej starostlivosti. Prostredie pre rodiacu ženu predstavuje rušivé prostredie pôrodného sálu, pohľad na zdravotnícku techniku, neosobný prístup personálu, ostré osvetlenie, neprirodzená poloha rodičky pri druhej dobe pôrodnej, hluk a iné.

Prácou Leboyara, sa nechal inšpirovať Michel Odent, francúzsky pôrodník, ktorý svoju metódu sústredil hlavne na princípe inštinktívneho chovania. Jeho zásadou je, navodenie správnej atmosféry, kontakt personálu s matkou už behom tehotenstva, empatia pôrodnej asistentky, ktorá predáva hodnotné informácie a matka využíva svoju intuíciu (Odent, 1995). Michel Odent je tiež autorom idey pôrodu do vody a hydroterapie, podporuje aktivitu ženy behom pôrodu a je proti prítomnosti otca pri pôrode, pretože otec často krát môže pôsobiť svojou osobnosťou rušivo na ženu a celý priebeh pôrodu. Pri pôrode považuje monitorovanie plodu a vaginálne vyšetrenie za nepotrebné. Prehlasuje, že vaginálny nález vieme určiť podľa správania matky a kardiografia môže pôsobiť stresujúco. (Bašková, 2015).

Kanadský fyziológ Melzack, sa na prelome 70tich a 80tich rokoch začal venovať pôrodnej bolesti. Skonštruoval si vlastní dotazník, ktorý využíval pri svojom výskume. Zistil, že pôrodná bolesť je jedna z najväčších bolestí vôbec, ale každá žena ju prežíva inak. Zistil, že prítomnosť partnera bolesť zväčšuje. Taktiež študoval analgetickú účinnosť prípravy ženy k pôrodu. Výsledkom je, že ženu je potrebné pripraviť nie len na fyziologicky priebeh pôrodu, ale aj na možné komplikácie a vaginálne operácie ktoré môžu nastať (Bašková, 2005).

Ako uvádza Kuželová, v 50. A 60. Rokoch všetky gynekologické časopisy Západu, ale aj Východu, boli zaplnené skvelými účinkami Lamazovej metódy. V roku 1954 Charkovská pôrodnica uviedla, že 43,8% rodičiek, uviedlo, že nemali počas pôrodu žiadnu bolesť, 37,2% iba miernu, znesiteľnú bolesť a iba v 5,5% bol účinok

Lamazovej metódy neúčinný. Lamaze svoje výsledky v roku 1955 publikoval. Jeho výsledky boli tak zavratné, že na prvom svetom kongrese psychomotorickej gynekológie a pôrodnictva sa všetky prednášky týkali prípravou tehotných žien k pôrodu, okrem jednej, preto v roku 1960 Česká gynekologická a pôrodnická spoločnosť usporiadala celoštátnu konferenciu na túto tému. (Kuželová, 2003) Avšak na konci 70tich rokoch nadšenie z psychoprofylaxie začal klesať, pretože sa ukázalo, že analgetický účinok je neuspokojivý, preto na základe výzkumu vychádza nová koncepcie psychoprofylaxie, ktorá nezdôrazňuje analgetický účinok, ale prípravu na reálny priebeh pôrodu a šestonedelia (Roztočil, 1996). V ČSSR sa psychoprofilaktická príprava realizuje stále častejšie iba ako formalita a kolónky pre štatistiky ostávajú prázdne. (Kuželová, 2003)

Vránová, vo svojej knihe *Historie babictví a současnost porodní asistence*, popisuje spomienky pôrodných asistentiek ako pripravovali ženy k pôrodu. Výpoveď pôrodných asistentiek, ktoré svoju prax vykonávali od 50rokov 20.teho storočia uvádzali, že neexistovali predpôrodné kurzy ako v súčasnosti, záležalo to od pôrodnej asistentky a od záujmu matiek. Niektoré pôrodné báby chodili do domácnosti, iné podávali informácie pri návšteve lekára. Pri veľkom záujme, pôrodná bába, jeden deň v týždni, upravila čakáreň pre budúce matky tak, aby tam mali príjemné posedenie na žienkach a mohli poprípade cvičiť tehotenské cviky.

V 80. Rokoch Psychosomatická sekcia Gynekologickej a pôrodnickej spoločnosti kde Pečená, bola hlavnou autorkou, vytvorili koncepciu predpôrodnej prípravy. Príprava zahrňuje 6 hodín, ktoré obsahujú telesné a psychické zmeny v tehotenstve, bolesť a možnosti zníženia bolesti, predpôrodné obdobie, príjem a prvá doba pôrodná, druhá doba pôrodná, tretia doba pôrodná, telesne a psychické zmeny v šestonedelí, kojenie, starostlivosť o matku a dieťa (Kuželová, 2003).

2.2 Predpôrodná príprava dnes

21. storočí je nárast matiek, ktoré sa o svoje tehotenstvo a pôrod viac zaujímajú ako v minulosti (Pařízek, 2008). Aktívne zisťujú rôzne informácie o tehotenstve a zmenách v tehotenstve, o pôrode a rôznych možnostiach zvládnutia bolesti, prítomnosti partnera a následnej starostlivosti o dieťa. Väčšinu informácií získavajú na internete a sociálnych sieťach združujúce mamičky, v časopisoch a v neposlednej rade aj v populárne - náučných knihách. (Gregora a Velemínsky ml. 2017). Najviac

objektívnych informácií však získavajú na kurzoch profylactickej prípravy – predpôrodných kurzoch.

Rastislavová (2008) popisuje pôrod ako životnú situáciu, na ktorú je potrebné sa pripraviť a tiež ako životnú ženskú múdrosť, ktorá je predávaná z generácie na generáciu. Bašková (2015) uvádza, že základným cieľom kurzu predpôrodnej prípravy je eliminácia úzkosti a strachu z pôrodu a získanie reálneho obrazu o pôrode na základe kognitivity. Firouzbakht et al. (2014) dodáva, že by tehotné ženy počas celého tehotenstva mali byť plne informované a edukované vo všetkých oblastiach týkajúcich sa tehotenstva, pôrodu, pôrodnej bolesti, čo pomôže ženám aktívne kontrolovať pôrod, prekonať strach a mať príjemný zážitok z narodenia dieťaťa. Hanáková (2015) vo svojej publikácii popisuje, že predpôrodné kurzu posilujú dôveru rodičiek v zdravotnícky personál. Gregora a Velemínsky ml. (2017) dodáva, že edukované matky sú pripravené matky a na pôrodnom sále sa cítia istejšie, lepšie spolupracujú a tým celý pôrod uľahčujú nie iba sebe ale aj na svet prichádzajúcemu dieťaťu. Na druhej strane matky, čo neprešli predpôrodným kurzom, Roztočil (2017) uvádza, že majú dlhší pôrod. Naopak Mander (2014) sa zamýšľa nad vrodennými schopnosťami žien súvisiace s pôrodom a vnára sa mu otázka prospešnosti akéhokoľvek učenia vôbec, koľko času a ako efektívne je kladený dôraz na bolesť behom pôrodu v psychoprofylactickej príprave.

Ako uvádza Bašková (2015) v súčasnosti neexistujú jednotné štandardy, ktoré by obsahovali jednotnú obsahovú náplň predpôrodných kurzov. Náplň, frekvenciu, dĺžku a formu edukácie si volí sama pôrodná asistentka, ktorá vedie predpôrodný kurz. Hart (2010) uvádza skladbu predpôrodných kurzov. Predpôrodný kurz by mal obsahovať edukáciu z najdôležitejších teoretických poznatkov, z učenia relaxačných techník, z techník správneho dýchania v rôznych fázach pôrodu a ďalších informácií špecifických pre dané pracovisko. Lally et al (2014), dodáva, že väčšina žien by uvítala na predpôrodných kurzoch viac informácií o metódach tlmenia bolesti a ďalších nefarmakologických spôsoboch tíšenia pôrodných bolestí, pretože Lally et al tvrdí, že žena, ktorá ma dostatočné informácie a možnosť sa podieľať na spolurozhodovaní akú formu tíšenia bolesti zvolí, ovplyvňuje celý jej priebeh pôrodu. Roztočil (2017) doporučuje trvanie predpôrodnej prípravy v minimálne v šiestich lekciách, čím naväzuje na Mariu Pečenovú, v trvaní 60minút, pričom prvé dve lekcie by mali prebehnúť v prvej polovici tehotenstva a zvyšok lekcii po 32. týždni tehotenstva. Ale ako správne

podotkla Bašková (2015), je veľmi dôležité aby pôrodná asistentka, ktorá vedie predpôrodný kurz, mala dobré nie len odborné znalosti, ale aj komunikačné. Predpôrodná príprava by mala byť obohatená o odborníka z oboru neonatológie, fyzioterapie, psychológa, anesteziológa alebo detskú sestrou (Roztočil 2017). Lally et al (2014) tvrdí, že pre pôrod je veľkým prínosom vytvorenie si dobrého vzťahu medzi odborníkmi účastných sa pôrodu ako je gynekológ – pôrodník alebo pôrodná asistentka s rodičkou. Blackford (2000) dodáva, že je nevyhnutné aby sestry stále aktualizovali svoje vedomosti súčasným objavom a novým zisteniam a tým podporovali v matkách, čo najlepšie výsledky. Tiež upozorňuje na to že, je potrebné zahrnúť do edukácie aj matky so zdravotným postihnutím a matky rôzneho etnického pôvodu a mať k tomu potrebné informácie o ich zvláštnostiach a možnostiach.

Lundgren a Dahlberg (1998) upozorňuje, že nie je dobré zanedbávať ani prípravu druhorodičiek, aj keď už majú skúsenosť s pôrodom. Doporučuje prebrať v rámci predpôrodnej prípravy aj skúsenosti z predchádzajúcich pôrodov. Ženy tak môžu lepšie pochopiť napríklad dôvody operačnej intervencie, odmietnutie úľavy od bolesti a iné.

Mydlilová a kol. vo svojej štúdií *Náplň predpôrodných kurzu z hľadiska kojenia*, uvádza, že pokiaľ v predpôrodnom kurze je venovaná lekcia ku kojeniu, spravidla túto lekcii budúce matky najviac vynechávajú s domienkou, že je to prirodzená vec a nie je potreba sa to učiť. Vo viac ako tretine kurzov nie je táto otázka vôbec riešená.

Bašková (2015) vo svojej publikácii opisuje aj požiadavky na priestory. Mali by spĺňať hygienické bezpečnostné požiadavky, ideálne je možnosť občerstvenia, dostupnosť pitnej vody, dostupnosť sociálneho zariadenia a bezproblémové parkovanie. Základné pomôcky ako stoličky, podložky, lavičky, žinenky, premietacia technika, názorné pomôcky.

Napriek všetkému Pařízek (2013) tvrdí, že výsledky merania bolestí u žien s predpôrodnou prípravou neodpovedajú očakávaniu, ktorú si pôrodnici predstavovali a sľubovali. Pôvodná snaha o bezbolestný pôrod nebola síce nikdy dosiahnutá, ale význam predpôrodnej prípravy by nemal byť podceňovaný.

2.3 Predpôrodná príprava ako predmet výskumu

Gabriela Štěchová, študentka Jihočeskej univerzity v Českých Budejovicích, zkúmala vo svojej bakalárskej práci kvalitatívny výskumom predpôrodnú prípravu v Českých Budejoviciach. Pri otázkach využitia informácií pri pôrode, konkrétne o príprave na pôrodnú bolesť, respondentky dostali informácie tlmení bolesti počas pôrodu, ale väčšina z nich to nepokladala za dôležitú náplň predpôrodného kurzu, nechávali to na aktuálnu situáciu pri pôrode. V rozhovoroch po pôrode nijak nehodnotili vplyv predpôrodnej prípravy na bolesť, využili farmakologické tíšenie bolesti podľa doporučenia lekára. Tri z nich využili nefarmakologické tíšenie bolesti, úľavové polohy a hydroanalgéziu.

Lenka Jirsová, študentka Masarykovej univerzity v Brne, mala za hlavný cieľ svojej bakalárskej práce zistiť ako sú ženy pripravené na pôrod po psychosociálnej stránke, kde sa pýtala aj na účasť žien na predpôrodných kurzoch a ich spokojnosť. Využila kvantitatívnu metódu dotazníkovým šetrením. V závere vyšlo, že vyše 60% žien, ktoré sa zúčastnili jej prieskumu sa zúčastnilo predpôrodného kurzu, pretože sa chceli dozvedieť čo najviac informácií o tehotenstve a pôrode. Vyplýval i fakt, že ak by nemocnica poskytovala individuálnu prípravu tento počet žien by sa ešte zvýšil, pretože rada zo žien nechce zdieľať svoje pocity pred ostatnými ženami a preto by túto možnosť privítali.

Galdunová Helena realizovala výskum od januára do decembra 2008 v Prešovskej fakultnej nemocnici, kde skúmala či má psychofyzická príprava pozitívny vplyv na priebeh pôrodu prvoroďčiek a na stav novorodenca tesne po ňom. V Slovenskej republike predpôrodne kurzy organizujú nemocnice štátne alebo neštátne, gynekologické ambulancie, centrá a kluby pre tehotné ženy. Tieto kurzy musia prebiehať pod vedením certifikovaných pôrodných asistentiek, ktoré majú minimálne trojročnú prax na pôrodnom sále, čo nariaďuje zákon č.322/2006Z.z. o spôsobe vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a certifikovaných pracovných činností. Výskumu sa zúčastnilo 461 prvoroďčiek, kde boli sledované premenné: vek, vzdelanie, rodinný stav, fyziológia gravidity, pôrodný nález na príjme, trvanie prvej doby pôrodnej, Apgar skóre novorodenca, hmotnostný prírastok v priebehu tehotenstva, episiotómie a týždeň gravidity. Skupinu prvoroďčiek s predpôrodným kurzom tvorili 98 žien oproti 363 žien bez predpôrodnej prípravy. Po vylúčení patológií a štatistickom vyvážení skupinu prvoroďčiek bez kurzu tvorili 116 klientiek. Na základe výsledkov

vyšlo u prvorodičiek, ktoré podstúpili predpôrodný kurz sa manifestoval väčší pôrodnický nález ako prvorodičkám bez predpôrodnej prípravy, adekvátnejšie posudzovali priebeh pôrodu, neprichádzali neopodstatnene skoro do pôrodnice. Mali lepšie informácie o priebehu pôrodu.

Bašková a Struhárová mali za cieľ práce zmapovať informovanosť a spokojnosť tehotných žien, ktoré prešli psychoprofylaktickou prípravou. Súbor respondentiek tvorilo 100 tehotných žien hospitalizovaných po pôrode v Trenčianskej pôrodnici v období od januára do apríla 2010. Ako nástroj pre zber dát použili dotazník vlastnej konštrukcie. Z celkového súboru žien 53 absolvovali predpôrodnú prípravu. Výsledky ukázali, že ženy, ktoré prešli kurzom, nadobudli a následne využili svoje vedomosti počas pôrodu. Najvýznamnejší determinant vyšiel vyššie vzdelanie a tým spojený aj vyšší vek absolventiek kurzu. Všetky rodičky hodnotili pozitívne predpôrodnú prípravu.

Bašková, Urbanová et al (2016) analyzovali vo svojej práci vplyv predpôrodnej prípravy na subjektívne vnímanie bolesti, využitie brušného lisu, správneho dýchania a dĺžku prvej doby pôrodnej. Na zber dát použili štandardizovaný pozorovací hárok. Ich vzorku tvorilo 99 žien z toho 44 podstúpilo predpôrodnú prípravu a 55 žien bolo bez predpôrodnej prípravy. Zber dát bol realizovaný v troch slovenských nemocniciach v období od novembra 2014 do marca 2015. Výsledky ukázali, že prvorodičky s psychofyzickou prípravou uvádzali nižšiu intenzitu bolesti na VAS škále proti prvorodičkám bez psychofyzickej prípravy.

2.4 Bolesť

Svetová zdravotnícka organizácia WHO, definuje bolesť ako „*Neprijemná senzorická a emocionálna skúsenosť spojená s akútnym alebo potencionálnym poškodením tkaniva, tiež popisovaná výrazmi tohto poškodenia. Je vždy subjektívna.*“

Kolektív autoriek vo svojej publikácii *Vše o léčbe bolesti – příručka pro sestry* (2006), definuje bolesť ako fenomén, ktorý je nevyhnutný k prežitiu živých organizmov. Pri u akútnej bolesti, predstavuje signál, ktorý varuje, hlási poškodenie a ohrozenie organizmu. Má ochrannú funkciu. Bolesť je hlavným spúšťačom fyziologickej stresovej reakcii, ktorá je škodlivá pre organizmus ak je nedostatočne tlmená.

Křivohlavý (2002) uvádza, že bolesť má vždy dve zložky a to zložku zmyslovú a emočnú. Podľa typu bolesti sú tieto zložky v rôznom pomere. Zmyslová zložka

popisuje intenzitu, kvalitu a lokalizáciu a emočná zložka popisuje emočný dopad na psychický stav jedinca.

Opavský (2011) popisuje bolesť ako informáciu o nejakom poranení alebo chorobe. Je to akýsi obranný mechanizmus. Reakcie sú u každého človeka iné, ale môžu byť ovplyvnené kultúrou z ktorej pochádza, z predchádzajúcou skúsenosťou, s očakávaním a ďalšími inými faktormi. Opavský popisuje bolesť ako zložitý reflexný mechanizmus nie iba ako podnet na udalosť či poškodenie.

Price (2002), vysvetľuje rozdiel medzi bolesťou a utrpením. Tieto dve slová sa často pri pôrode používajú a zamieňajú. V anglickej literatúre sa používajú ako synonymá. Ale bolesť predstavuje vedomí zážitok somatický, emočný alebo spirituálny, ktorý je mimo kontrolu samotného jedinca, naproti tomu utrpenie presahuje vedomú skúsenosť nepohody a je to vplyv bolesti na postoj rodičky a jej kognitívne spracovanie. Rodička utrpenie môže spracovať akceptovane, ľahostajne, zamietavo ... Lowe (2000) vysvetľuje, že utrpenie ako negatívny vplyv môže vychádzať z pocitu potencionálnej ztráty a ohrozenia somatickej integrity. Strachy, vlastnej ztráty a ztráty dieťaťa. Jaroslava Raundenská (2014) vysvetľuje, že ak žena rozumie pôvodu bolesti (dilatácia krčku maternice), bolesť predstavuje dobrý znak postupujúceho pôrodu, rozumie bolesti a verí že bolesť jej pomôže dostať sa k cieľi, neohrozuje ju, ale pomáha. Tým nezmení intenzitu bolesti, ale pôrod nevníma ako utrpenie a má pozitívny vplyv.

I Eberhard et al. (2010) sa zaoberá otázkou bolesti a utrpenia a zameriava sa na Starý zákon v Biblii (3:16) vo výroku, ktorý zaznieva v Biblii: „ Rozmnožím tvoje trápenie a bolesti tehotenstva, synov budeš rodiť v utrpení, budeš túžiť po svojom mužovi, ale on bude nad tebou vládnuť.“ Eberhard si utrpenie v tejto vete nevykladá iba ako bolesť, ale aj ako poranenie panvového dna. Podľa neho poškodenie panvového dna súvisí hlavne s predĺženou druhou pôrodnou dobou o viac ako 60 minút, s vyššou pôrodnou hmotnosťou dieťaťa, s managementom pôrodu, s vaginálnymi pôrodnými zákrokmi ako sú vakuumextraktor a kliešťovi pôrod a tiež primiparitou. Striktne vystupuje proti nástrihu hráze. Vo svojich prácach sa vyjadruje o vhodnosti cvičení a masáže perinea. Poškodenie panvového dna nespôsobuje iba akútnu bolesť, ale aj problémy v ďalšom veku ako inkontinencia, bolestivosť pohlavného styku a prolapsu ženských vnútorných orgánov (Erberhard et al 2005). Pařízek (2013) sa k hodnoteniu bolesti prikláňa k poznaniu, že bolesti prvoroďčiek sú prirodzene horšie, pri pôrode indukovaných s použitím prostaglandínov a tiež väčšie bolesti prisudzuje ak má plod

posteriórne postavenie, pretože to znamená dlhšiu dráhu rotácie hlavičky v pôrodných cestách. Ghislaine potvrdzuje silnejšie bolesti rodičiek s plodom, ktorý má posteriórne postavenie v maternici počas pôrodu (Lecoq et al 1999).

2.5 Pôrodná bolesť

Pařízek (2012) uvádza, že pôrodná bolesť je prirodzená bolesť, fyziologická i keď mnoho z žien ju popisujú ako neznesiteľnú. Leifer (2004) popisuje bolesť ako súčasť telesného procesu, žena očakáva pri pôrode bolesť a môže sa na ňu pripraviť. Nie je nekonečná, končí narodením dieťaťa. Pařízek (2006) dodáva, že pôrodná bolesť je síce reakcia na fyziologický podnet, ale je jeden z najintenzívnejších bolestí vnem v ľudskom živote. Nivem a Brodie (1995) má podobný názor ako vyššie uvedené, ale bolesť predstavuje ako skúsenosť, ženy, ako hlboký psychosociálny zážitok, to znamená, že bolesť pri pôrode nemusí vždy pre ženu znamenať iba negatívnu skúsenosť, ale naopak, môže pre ňu predstavovať pozitívny zážitok a jej prvý krok k uvedomeniu si vlastného materstva. Flink (2009), preto pôrodnú bolesť odlišuje od iných typov bolestí, pretože ju vníma ako pozitívny následok pri narodení dieťaťa. Gunasheela a Biliangady (2004), sa zameriava na vzťah matky a dieťaťa v prvých dňoch života a tvrdí, že bolesť a negatívne vzrušenie môžu negatívne ovplyvniť tento vzťah, ktorý je veľmi dôležitý, hlavne v prvých chvíľach života pre naviazanie vzájomného kontaktu.

Riedlova (2007) vyjadruje dôležitosť aby každá žena si uvedomovala, že pôrodná bolesť je prospešná pre ňu samotnú, ale aj pre nenarodený plod. Vďaka nej sa žena mení v matku, ktorá je schopná sa postarať o dieťa, ktoré sa zrodilo z jej tela. Počas pôrodu sa ženská emocionálna i fyzická stránka posúva. Ďalšia pozitívny vplyv pôrodnej bolesti na ženské telo je spustenie produkcie vnútorných opiátov, ktoré pôsobia na matku a dodávajú jej silu a schopnosť pokračovať k pôrodo. Bolesť ovplyvňuje aj nenarodené dieťa a to tým, že dochádza k vyplavovaniu špeciálnych látok, ktoré pripravujú pľúca ma dýchanie vzduchu. V neposlednom rade má bolesť preventívnu úlohu pred nedostatkom kyslíku, kde dochádza prednostne ku krvnému zásobeniu mozgu a srdca. Raudenská (2014) dodáva, že bez zážitku bolesti, strachu a potencionálneho nebezpečia by neexistovalo potešenie z novorodeného života. Preto, by žena mala pociťovať bolesť ako súčasť zrodenia, pretože je to pozitívna sila.

Pôrodná bolesť je teda bolesť akútna, Merskey a Bogduk (1994) ju popisujú ako bolesť, ktorá má viacero komponent. Skladá sa zo senzorickej, emočnej a behaviorálnej komponenty a tie významne ovplyvňujú pozornosť a kognitívne procesy. Melzack a Casey (1968) definuje, celostnú schému pôrodnej bolesti v individuálnom prežití, dlho bola bolesť považovaná za zmyslový zážitok, ale teraz kladú dôraz na senzorickejšiu, motivačnú a kognitívnu zložku. Chapman a Nakamura (1999) dodávajú, že psychologické metódy zvládania pôrodnej bolesti sa primárne zameriavajú na eliminovanie emočnej komponenty. Emočná komponenta, predstavuje úzkosť a strach a ponúka komunikačnú funkciu.

Raudenská (2012) vyzdvihuje techniku KBT – kognitívne – behaviorálnu terapiu na lepšie zvládanie bolesti a stresu pri pôrode. Táto technika zahŕňa dôkladnú edukáciu, sebainštrukciu, imagináciu, hranie rolí a riešenie problémov. Technika má za cieľ pri pôrode odvrátiť pozornosť od bolesti a úzkosti. Príkladom je hypnóza, biofeedback, relaxácia, meditácia, a techniky hlbokého dýchania

Odent (2014) podotkol, že pôrodná bolesť je tak fyziologická a neodmysliteľná súčasť pôrodu, že ak by sme cielene chceli tlmiť pôrodnú bolesť mohli by sme pri to narušiť celý pôrodný proces. V roku 2002 vyjadril, že rodiť je inštinkt, čo znamená že rodiaca žena má najaktívnejšiu časť svojho tela primitívny mozog.

Sullivan (2009), príkladá rolu katastrofickému mysliu spojenou s bolesťou a v roku 2001 defnuje katastrofizáciu ako prehnané mentálne nastavenie, ktoré si človek nesie so sebou, ak prežíva alebo očakáva bolestivú skúsenosť. Sullivan v roku 1995 sa snažil vytvoriť stupnicu katastrofizácie bolesti (PCS), srovnávací nástroj. Tento nástroj meria katastrofické myslenie spojené s bolesťou a rozoznáva 3 dimenzie 1. premietanie, 2. veličovanie a 3. Bezmocnosť

LourdesD´Cruz (2014) uskutočnil štúdiu, kde zistil že u mladých, netehotných žien v Austrálii prevláda obava z prirodzeného spontánneho pôrodu, kde veľké percento týchto žien by primárne volilo cisarský rez. Jeho štúdia dokazuje, že sociálne a kultúrne okolnosti veľmi ovplyvňujú postoj žien k pôrodu.

Howard (2003) hodnotí význam pôrodnej bolesti v súčasnom svete. Hodnota pôrodnej bolesti sa mení a nové generácie súčasných matiek v ekonomicky vyspelých krajinách a opäť objavujú efektívnosť farmakologickej úľavy od bolesti.

Pařízek (2002) uvádza, že v súčasnej dobe sa pôrodná analgézia užíva kombinovane s epidurálnou a subarachnoidálnou. V roku 2004 uviedol že epidurálnu

analgéziu počas pôrodu využívajú matky v USA okolo 75%, vo Francúzsku 50%, vo Veľkej Británii 23%, v Kanade 45% a v Českej republike asi 15% rodičiek.

2.6 Moderné teórie bolesti

Bonica a Loeser (2001) vysvetľuje vznik nových teórií o bolesti. Na konci 19. Storočia boli zistené nové poznatky v oblasti anatómie, fyziológie ale i histológie, vďaka ktorým začali vznikať nové moderné teórie bolesti a tie vychádzali hlavne z predstáv Galena, Avicenny a Descarta. Melzack (1978) hovorí konkrétne o teórií špecificity, o teórií kódov a citovej teórií bolesti.

Ševčík (1994) teória špecificity vychádza z Descartovej predstavy. Descart popisoval spoje, ktoré existujú medzi centrom a perifériou ľudského tela, medzi ktorými s prenášajú informácie o vonkajšiom aj vnútornom prostredí. Melzack (1978) to znamená, že existuje cesta bolestivého vnemu z kože, ktorý sa po dráhach presunie až do mozgu. Je to akýsi systém na princípe mechanizmu zvonov v kostole. Johannes Muller je známy autor teórie špecificity nervových energií, vysvetľoval, že mozog dostáva informácie o okolnom svete prostredníctvom sensorických nervov. Ďalším predstaviteľom tejto teórie bol Frey, ktorý nadviazal na Mullerovú teóriu štyroch hlavných kožných pocitov, rozloženie chladového a tepelného čítia na povrchu kože tela a vďaka vývoji histologických techník prišiel k záveru, že všetky podnety z kože majú svoj špecifický receptor.

Melzack (1978) ďalej popisuje aj teórie kódov, ktorá vznikla ako reakcia psychologických predpokladov na teóriu špecificity a jej nedostatkov. Hlavný predstaviteľom tejto teórie je A. Goldscheider. V podstate súhlasí s teóriou špecificity, že informácia z vonkajšieho prostredia sa dostáva a spracováva v mozgu, ale dodáva že táto informácia nie je špecifická modilita k špecifickému receptoru, ale určitý kód. Melzack (1978) uvádza, že podľa tejto teórie vznikne bolesť ak nadmerne dráždime periférny receptor základných zmyslov. To dráždenie vyvolá postupnosť nervových impulzov a tým dôjde k vnímaniu a pociťovaniu bolesti.

Ďalej Melzack (1978) popisuje aj citovú teóriu bolesti. Táto teória sa vracia k predstave Aristotela, že bolesť je ako citový stav. K tejto teórii sa prikláňal aj H. R. Marshall, filozof a psychológ, ktorý problematiku bolesti popisoval ako citovú záležitosť, strach, ktorý vyfarbuje ostatné zmyslové vnemy. Jeho názory boli za svoju extrémnosť kritizované. Ale ak sa pozrieme na sensorickú zložku bolesti, tak má bolesť

silno negatívny afektívny náboj, ktorý nás donúti urobiť také prevencie aby sme sa jej čo najúčinnejším spôsob zbavili. Křivohlavý (1992) sa zaoberal tiež Marshallovým pojatím bolesti a uvádza že okrem emocionálnej a afektívnej zložky má bolesť zložky aj motivačné a vedomé, ktoré doplňujú sensorický vnem.

V roku 1965 prišli R. Melzack a P. Wall na takzvanú vrátkovú teóriu, ktorú publikovali v časopise Science v článku s názvom „ *Pain mechanism: new theory*“. V teórii sa snažia vysvetliť rozdielne vnímania rovnakej stimulácie. Ich poznatky vychádzajú z neurofyziológie, tvrdia, že miecha obsahuje vrátkový mechanizmus, ktorý podporuje alebo potlačuje impulzy z periférnych nervov do mozgu (Rokyta et al 2012). Opavský (2010) podrobnejšie vysvetľuje vrátkovú teóriu na základe aktivity aferentných nervových vlákien malého priemeru, ktoré otvárajú nocicepciu a myelinizované nenociceptívne aferentné nervové vlákna veľkého priemeru zatvárajú nocicepciu. Rovnováha tenkých a hrubých vlákien ovplyvňuje pozíciu vrátiok. Ak sú vrátka otvorené, znamenajú väčšiu intenzitu bolesti a naopak. Vrátky model kontroly preto, predpokladá, že somatické ale i psychogénne faktory posilujú alebo znižia vnímanie bolesti. Pocity ako strach, stres, zlosť, úzkosť môžu tieto vrátka otvoriť a tým zvýšiť intenzitu bolesti, naopak smiech a cvičenie uvoľňujú endorfíny, ktoré pomáhajú vrátka zatvoriť.

2.7 Delenie pôrodnej bolesti

Známy gynekológovia- pôrodnici a zároveň autori knižiek ako Pařízek (2012), Rotočil (2008), Binder (2011), Procházka (2016) pôrodnú bolesť rozdeľujú podľa doby v ktorej sa nachádza.

Bašková (2015) opisuje pôrodnú bolesť v prvej dobe pôrodnej ako bolesť visceralnú, tupú. táto bolesť je vyvolaná pravidelnými kontrakciami maternice a následnou dilatáciou krčka maternice. Pociťovaná je v takzvaných Headových zón v oblasti podbruška a v bedrovej oblasti. Roztočil (2008), tieto bolesti tiež nazýva ako otváracie bolesti. Súhlasí, že bolesti sa vyskytujú najčastejšie v oblasti podbruška a v miestach bedrovej chrbtice, ale dodáva, že sa môžu vyskytovať aj na vnútorných stranách stehien. Pařízek (2012), vysvetľuje bolesti v tejto dobe pôrodnej vznikajú v nocisenzoroch nachádzajúce sa v dolnom segmente maternice a spôsobujú bolestivé dráždenie.

Bašková (2015) definuje bolesť v druhej dobe pôrodnej ako somatickú, ostrú spôsobenú traumatizáciou vagíny a perinea. Binder (2011), dodáva, že táto bolesť je spôsobená otváraním mäkkých ciest pôrodných a prestupom plodu cez tieto cesty. Mäkké pôrodné cesty rozlišujeme vnútorné a vonkajšie. Vnútorné pôrodné cesty sú tvorené dolným segmentom maternice, krčkom maternice, pošvou a vulvou. Táto časť pôrodných ciest je zodpovedná za tvorbu kontrakcií maternice. Spôsob tvorenia pôrodnej branky, ktorá vzniká z dolného segmentu maternice, sa líši v závislosti na parite rodičky. Za vonkajšie mäkké pôrodné cesty pokladáme, panvové dno, tvorené svalovou vrstvou, svaly hrádze a vulvou. Pařízek (2012), dodáva, že ak žena má na rodidlách rozsiahle kŕčové žily, môžu predstavovať prekážku v druhej dobe pôrodnej, kde dochádza k traumatizácii i vulvy a perinea a hrozí masívne krvácanie z kŕčových žil. V druhej dobe pôrodnej žena popisuje veľké bolesti v oblasti celého brucha, bedrovej chrbtici a v oblasti sedacej časti, rekta. Bolesť je vedená prostredníctvom nervus pudendus do zadného rohu miechy v oblasti s2-s4 a šíri sa až do stehien. May a Elton (1998) upozorňuje, že bolesť vyvolá neuroendokrinnú stresovú reakciu s mnohými fyziologickými účinkami. Bolesť stimuluje dýchanie a preto môže viesť až k hyperventilácii, čiže zvýšenej spotrebe kyslíka a vďaka respirátornej alkalóze a vazokonstrikcii v placentе až k fetálnej metabolickej acidóze. Zvýšenie hladiny noradrenalinu môže zoslabiť krvný obeh v placentе a tým zmierniť kontrakcie. V medzikontrakčnom období, kde dochádza k úľave od pôrodnej bolesti sa dýchanie dostáva do normálnej polohy a nebezpečie je odvrátené. Preto je dôležité aby aj pri bolestiach nevznikala táto neuroendokrinná stresová reakcia, aby kontrakcie boli účinné a plod nebol vystavený hypoxii.

Takács et al (2015) definuje tretiu dobu pôrodnú ako dobu, ktorá začína narodením dieťaťa a končí vypudením placenty. Po pôrodu plodu nastáva u ženy pocit eufórie a úľavy ako fyzickej tak i psychickej nakoľko činnosť maternice ustáva a pravidelné bolesti v podobe kontrakcií sa nevyskytujú. Vyplavujú sa endorfíny z mozgu matky, ktoré majú mierny analgetický účinok. Tretia doba zvyčajne trvá od 10 do 30 minút. Placenta sa odľučuje samovoľne. Pred porodením placenty žena začína cítiť mierny tlak v podbrušku, ktoré ju nútia znova zatlačiť. Placenta prechádza cez traumatizované tkanivo a preto pôrod placenty žena pociťuje bolestivo. Po narodení placenty začína obdobie šestonedelia.

2.8 Príčina pôrodnej bolesti

Pôrod ľudského plodu je veľmi špecifický a rozdielny od pôrodu plodu iných cicavcov. Počas evolúcie okrem iného došlo k vzpriameniu postavy a k predozadnému oplošteniu panve a tým vytvorenie panvového svalového dna. Je to jedinečný evolučný znak v živočíšnom druhu cicavce. Preto Pařízek (2010) vysvetľuje, že objem panve matky je približne rovnaká ako objem hlavičky plodu, čo je vnímané veľmi bolestivo. Maternica je sval, ktorý ma tri vrstvy, Graves (2013) vysvetľuje ako tieto vrstvy pri pôrode spolupracujú, fungujú a pôsobia na rodiacu matku. Najdôležitejšie z nich sú vonkajšie svalové snopce zvislé a vnútorné svalové snopce usporiadané do vodorovných kruhov. Kruhové svaly sú uložené okolo hrdla maternice a sú najsilnejšie. Vonkajšie zvislé svalové snopce sú najviac koncentrované na funde maternice. Pri kontrakcii týchto zvislých svalov, posunú kruhové svaly kraniálnym smerom a celkovo pôsobia na okraj cervixu, ktorý sa uvoľní a ztenčí. Týmto procesom sa dilatuje cervix uteri až do úplného zániku. Ak je rodiaca žena relaxovaná, obe vrstvy svalových snopcov spolupracujú a sú efektívne. Ak rodiaca žena nie je uvoľnená je v permanentnom spasme, kruhové vlákne nie sú efektívne, kladú odpor a uzatvárajú sa.

Rokyta (2011) detailne popisuje vznik pôrodných kontrakcií po somatickej stránke. Prvé pôrodné bolesti vznikajú v nocisenzoroch v dolnom segmentu maternice a tie zapríčiňujú bolestivé dráždenie maternice. v momente keď vzniknú izometrické sťahy, sú stimulované mechanosenzory, vďaka ktorým vznikajú kontrakcie, napnutie svalových vlákien. Bolesť je vedená centripetálne do zadných rohov miechy do časti Th10-Th12 a L1. Informácie sú vyslané do Redexových zón. Samotné kontrakcie maternice vznikajú v pace-makrech v rohoch maternice a ďalej postupujú distálne po dvojšpirále svalových vlákien maternice, preto sú kontrakcie vo fundu maternice popisované ako dlhšie a silnejšie oproti kontrakcií v distálnej časti maternice. v dôsledku trojnásobne zostupného gradientu vznikne najvyšší možný sťah v jednom okamžiku. Tieto kontrakcie maternice sú prepojené so svalovými vláknami v závesnom.

2.9 Hodnotenie bolesti

Ako správne podotkol Huskisson (1974) aby sme mohli bolesť vyjadriť, respektíve zistiť účinnosť rôznych metód na bolesť, musíme bolesť zmerať. Šamánková (2011) doporučuje, aby vybraná meriaca škála bola dostatočne citlivá na bolesť a pre ženu jednoduchá a pochopiteľná. O bolesti sa má viesť záznam, a hodnotenie bolesti by

malo byť po každej intervencii aby sme zistili jej účinnosť. Baker (2001) podotýka, že meranie bolesti nie je jednoduché, pretože bolesť je subjektívny vnem, preto je obtiažne merateľné. Rokyta (2012) súhlasí že bolesť je subjektívny vnem, ale v objektívnom meraní bolesti sledujeme fyziologické zmeny s použitím laboratórnej techniky a to meraním zmien kyslíkových radikálov. Křivohlavý (2002), doplňuje, že existujú aj iné objektívne merania intenzity bolesti a to prostredníctvom evokovaných potenciálov, ktoré vychádzajú z mozgu ako odpoveď na sensorický podnet. Je dokázané, že tieto hodnoty korelujú so subjektívnym hodnotením bolesti jednotlivca. Skúmalo sa aj objektívne meranie intenzity bolesti na základe termografie, čo sa ukázalo ako nie veľmi presné meranie, pretože výsledok je ovplyvnený mnoho fyziologickými procesmi v tele, hlavne na miestach pociťovania bolesti. Paul et al (2006) popisuje situáciu v Spojených štátoch amerických, kde v roku 2000 Spojená akreditačná komisia – JCI vydala nové štandardy pre hodnotenie bolesti. Tie popisujú dôležitosť hodnotenia intenzity bolesti každého pacienta pri prijíme do zdravotníckeho zariadenia, ale aj počas hospitalizácie, aby zistili či liečebné intervencie boli určené správne. Opavský (2011) dodáva, že diagnostika pomáha lepšej voľbe správne typu analgézie.

Křivohlavý (2002) popisuje metódu záznamu bolesti na takzvanú mapu bolesti. Mapa bolesti predstavuje vyobrazené ľudské telo z každej strany, kde pacient môže zaznamenať svoju bolesť. Pomocou krúžka vyobrazí miesto, pomocou šípky môže vyobrazit' vystreľovanie bolesti. K dispozícii sú aj farby, ktoré naznačujú od kadiaľ bolesť prichádza. Modrou z povrchu a červenou s hĺbky. So žltou farbou môže naznačiť tupú bolesť alebo krče.

Súčasný štandard merania bolesti sú ratingové stupnice. Najviac využívaná škála pre meranie intenzity bolesti je VAS – *Vizuálna analógová škála*, ktorá bola vytvorená E.C. Huskissonom v roku 1974. Pacientovi je ponúknuta stupnica, kde je slovne označené extrémnymi bodami bolestivá skúsenosť od nulovej do najvyššej možnej. VAS predstavuje 10cm dlhú vodorovnú čiaru, ktorá predstavuje stupnicu. Krížik značí miesto intenzity bolesti, ktoré udávame v centimetroch. Číselná hodnotiacia škála NRS – *numerická škála*, používaná pomerne často, k popisu bolesti používa číslice od 0 po 10, pričom 0 predstavuje žiadnu bolesť a 10 najväčšiu možnú bolesť (česká asociace sester, 2006). Paul et al (2006) modifikáciou VAS škály je obdobná škála ale namiesto úsečky je znázornená tvármi. Výskumy potvrdzujú, že VAS škála nie pre pacientov natoľko zrozumiteľná ako škála s pomocou tvár. Opavský (2011), vyzdvihuje túto metódu

hlavne pri využití hodnotení intenzity bolesti u dětí, cudzincov alebo ľudí s demenciou. Avšak tvarových škál je niekoľko, McCaffery sa vo svojom článku z roku 2002 „*Choosing a faces pain scale*“ zaoberá úvahou, že tvárových škál je mnoho a preto eventuálne môžu ovplyvňovať hodnotenie intenzity bolesti.

Melzack charakterizuje bolesť podľa jej intenzity a prejavu. Pri svojich výskumoch sa Melzack stretol s rôznymi druhmi bolesti od „žiadnej bolesti“, až po nesnesiteľnú. Pôrod je bolestivý jav, ale ženy uvádzajú rôzne názory na silu bolesti počas pôrodu. To ako budú prežívať bolesť, na to majú vplyv rôzne okolnosti ako predchádzajúca skúsenosť, informácie, vek, zdravotný stav, motivácia a iné. (Bašková, 2015)

Bašková ďalej uvádza príklad výskumu, ktorý sa zaoberal bolesťou rodiacich žien a to konkrétne 141 žien. Z celkového počtu, 54 boli multipary a zvyšných 87 žien rodilo po prvý krát. Výsledky výskumu ukázali, že každá 4. Primipara popisovala pôrod slovami ako strašný až neznesiteľný, ale iba každá 11. Sekundipara vnímala pôrod rovnako drasticky a neznesiteľne ako pôrod predchádzajúci. Psychológovia uvádzajú, že nie je rozdiel v prahu bolesti, ale ľudská schopnosť a motivácia ju znášať.

Pařízek et al (2012), vysvetľuje takzvaný pain rating index – index bolesti. Tento index bol vytvorený Ronaldem Melzackem. Je to skóre, ktoré uvádza intenzitu bolesti. Pôrod hodnotil indexem 30-33. Dôležitá úloha je pripravenosť a parita. U edukovaných primipar je index 35-37, u needukovaných primipar o niečo vyšší a u multipar 30-33 bez ohľadu na ich pripravenosť. Melzack na porovnanie uvádza aj ďalšie bolesti a ich pain rating index. Kauzalgia 42, amputácia prsníka 40, bolesť zubov 20 a artritída 18.

2.9.1 Melzack a jeho nástroj merania pôrodnej bolesti

Koncom 70tich rokov, kanadský fyziológ, v tej dobe najväčšia svetová autorita v oblasti bolesti vôbec, Ronald Melzack sa začal pôrodnej bolesti venovať. Aby pôrodnú bolesť mohol zmerať, zostrojil dotazník na meranie bolesti. Zistil, že pôrodná bolesť patrí medzi najťažšie bolesti vôbec, avšak rozdiely medzi jednotlivými ženami sú veľké. Multipary intenzitu bolesti popisovali ako nižšiu v porovnaní s primiparami. Melzack, tiež popisoval, že bolesť je vyššia u žien s nižším socioekonomickým statusom, u žien mladších, u žien ktoré sú nadpriemerne vysoké, u obéznych žien, u žien trpiace dysmenoreou. Navzdory mnohým dnešným autorom, ktorí uvádzajú, že prítomnosť partnera u pôrodu je jeden z druhov nefarmakologickej analgézie, tak

v 70. rokoch viacero autorov popisovalo vo svojich výzkumoch, že intenzita bolesti u žien, kde je prítomný partner počas pôrodu je vyššia. Melzack (2007) popisuje že dobré je si uvedomiť, že slovo bolesť je z lingvistického hľadiska iba pojem, ktorý predstavuje radu rôznych zážitkov jednotlivca.

Melzack, zostrojil dotazník na meranie intenzity bolesti, ktorý nazval *McGillský dotazník bolesti – MPQ*, podľa Kandaskej univerzity v Montreale, kde pôsobil a dotazník vytvoril na základe svojich štúdií a štúdií iných autorov. Dotazník MPQ, je veľmi špeciálny, podrobný a štandardizovaný. Tento dotazník vznikol roku 1975 ako McGillov dotazník bolesti (McGill Pain Questionary), ale častejšie je využívaná jeho krátka forma – SF-MPQ (Short Form of McGill Pain Questionary), ktorá bola validovaná pre prostredie Českej republiky v októbri roku 1999. MPQ bol prvým pokusom o zachytenie a meranie mnohostrannej povahy bolesti

Krátka forma McGillovho dotazníku bolesti meria 2 komponenty bolesti, a to senzorickú a afektívnu zložku a tiež celkové skóre, ktoré meria objem prežívanej bolesti. Obsahuje 15 položiek, rozdelených do 3 skupín. Prvá skupina PRI-S (Pain Ratin Index of Sensory) obsahuje 11 položiek, druhá skupina PRI-A (Pain Ratin Index of Affective) obsahuje 4 položky a celkové skóre meria PRI-T, ktoré vzniká celkovým súčtom 15 položiek. Dotazník je často prezentovaný spoločne so stupnicou PPI (Present Pain Intensity), ktorá meria súčasnú bolesť a so stupnicou VAS (Visual Analog Scale) číselnou hodnotiacou škálou.

SF-MPQ dotazník obsahuje slová ktoré popisujú bolesť a ich porozumenie má kľúčovú hodnotu. Respondentky uvádzajú odpovede na Likertovej škále od 0-3. Kde 0 predstavuje žiadnu bolesť, 1 miernu, 2 strednú a 3 predstavuje silnú bolesť. Respondentky uvádzajú svoje odpovede hneď po prečítaní každej charakteristiky, aby zachytili prvý dojem, ktorý bolesť charakterizuje (Bašková, 2015)

2.10 Pôrodná bolesť ako predmet výskumu

Strach z pôrodu predstavuje vážne riziko v perinatálnom období. Strach z pôrodu predpovedá nižšiu toleranciu bolesti a väčšia percento využitia farmakologického tíšenia bolesti, tiež zvyšuje pravdepodobnosť nežiadúcich zásahov počas pôrodu a väčšie komplikácie. (Smith, 2010) V malej randomizovanej štúdií v Amerike sa pokúsila Larissa Duncan dokázať, že aj mala informovanosť a práca s myslou pomôže strach z pôrodu znížiť a tým priebeh pôrodu lepšie zvládnuť. Na

skupine 30 žien v poslednom štádiu tehotenstva, sa snažila edukáciou ovplyvniť ich myseľ a znížiť strach z pôrodu. Štúdia ukázala, že tieto ženy oproti, ženám, ktoré neboli edukované, boli pri pôrode disciplinovanejšie, použili menej opioidov pri pôrode a mali nižší výskyt popôrodných depresíí. Využitie epidurálnej analgézie boli približne rovnaké.

Kvalitatívna štúdia Hastings – Tolsma a Vincent (2013) ukázala, že veľa tehotných žien by rado využilo pri pôrode alternatívnu medicínu a čakajú informácie od svojich pôrodných asistentiek. Ako uvádzajú, preto by sa alternatívne tíšenie bolesti malo zahrnúť do vzdelávania tehotných.

Akca, Esmer a spol v Turecku v Istanbule od augusta roku 2014 do decembra roku 2016 realizovali štúdiu vplyvu systematickej predpôrodnej prípravy na uspokojení pri pôrode. Vytvorili takzvanú Happy Pregnant School – Šťastná škola tehotných, ktorú ženy mohli dobrovoľne a zdarma navštevovať a systematicky sa tak pripravovať na pôrod. Program trval 4 mesiace počas, ktorých sa stretávali s pravidelnosťou raz mesačne na tri hodiny. V skupine bolo maximálne 15 žien. Edukátormi boli: pôrodník-gynekológ, psychiater, dietológ, neonatológ a dve sestry. Ženy po skončení kurzu dostali osvedčenie. Nástrojom merania bol preložená forma dotazníku Salmons Item List German. Skupinu 77 žien tvorili edukované matky oproti skupine 75 žien, ktoré sa nezúčastnili žiadneho predpôrodného kurzu. Štúdia ukázala, že matky, ktoré prešli predpôrodnou prípravou zažili výraznejšie menšiu bolesť, lepšie komunikovali a spolupracovali pri pôrode a aktívnejšie sa podieľali na rozhodovaní počas pôrodu.

V roku 2009 v Ríme a Miláne sa snažili Capogna, Camorcia a spol preukázať aký vplyv ma parita a dilácia krčka maternice na kvalitu a intenzitu bolesti pomocou krátkej formy McGillovho dotazníku. Ženy s dysmenoreou boli vylúčené z tohto prieskumu. Všetky ženy hlásili bolesť behom pôrodu. Z 23 deskriptorov bolesti najviac boli používané deskriptory ako krče, ťahanie, bodavé, bolestivé, ťažké, únavné, vyčerpávajúce a neznesiteľné a to viac ako v 50%. Deskriptory ako unavujúca a vyčerpávajúca bolesť boli primárne označované u primipar. Deskriptor bolesti kľčovitá, bodavá a boľavá bola označovaná u všetkých žien bez ohľadu na paritu s dilatáciou krčka maternica od 6 po 10cm. Menšiu intenzitu bolesti uvádzali multipary v každej dobe pôrodu. Naproti tomu výzkum v Záhrebe v Chorvatsku kde mali vzorku žien o veľkosti 150 z toho 70 tvorili primipary a 80 multipary. Takisto použili ako nástroj merania McGillov dotazník bolesti. Zameriali sa na intenzitu bolesti medzi

primiparami a multiparami, kde sa nepreukázalo, že multipary majú nižšiu intenzitu bolesti ako primipary. Tiež sa zameriavali na vplyv na bolesti osoby blízkej pri pôrode a vplyv na bolesť edukovaných žien z predpôrodného kurzu, ale štatisticky nebol preukázaný žiadny významný výsledok, čo prisudzovali malému vzorku žien s predpôrodnou prípravou a s malým vzorkom žien s partnerom pri pôrode.

V roku 2013 Mozghan Firouzbakht, realizoval výzkum perinatálnej vzdelanosti a vplyv na bolesť u pôrodu na iránskych ženách. Jeho vzorku predstavovalo 195 žien, z toho 132 predstavovali kontrolnú skupinu a 63 experimentálnu skupinu. Experimentálna skupina prešla predpôrodným kurzom, ktorý navštevovali od 16. týždňa tehotenstva, v 6-8 sedeniach po 90minútach. Okrem iných testov použil tiež McGillov dotazník bolestí s ktorým porovnal kvalitu a intenzitu bolesti medzi týmito skupinami. Test ukázal významný rozdiel v úrovni stresu medzi experimentálnou skupinou v porovnaní s kontrolnou skupinou. Vzdelávacie a podporné intervencie zvýšili znalosť matiek behom tehotenstva a znížili strach z neznámeho prostredia. Ženy sa naučili jak efektívne prekonať ich prirodzený strach z bolestí počas pôrodu.

3 Empirická časť

3.1 Metodika výskumu

Ciele skúmania

Hlavný cieľ

Aký má vplyv predpôrodná príprava u vybraného súboru žien na bolesť počas pôrodu.

Čiastkové ciele:

Aké najčastejšie metódy tlmenia bolesti u vybraného súboru žien boli použité.

V akom okamžiku pôrodu, bola pociťovaná najväčšia bolesť u vybraného súboru žien.

Aká intenzita bolesti je pociťovaná po pôrode v prvých 24 hodinách u vybraného súboru žien.

Ako ženy vo vybranom súbore hodnotia celkovú bolesť pôrodu.

Tvorba skúmaného súboru:

Testovaný súbor tvorili primipary rodiace v Mělnickej nemocnici na pôrodnickom oddelení v období od 1.1.2020 – 15.4.2020. Testovaný súbor obsahoval 133 primipar, z toho 9 primipar dotazník nevyplnilo celý, vyplnilo nesprávne alebo sa zúčastnili iného predpôrodného kurzu a preto boli vyradené zo zberu dát. Vekové zloženie primipar bolo od 17 do 38 rokov. Primipary tvorili dve samostatné súbory. Súbor A tvorili primipary, ktoré prešli v priebehu gravidity profylaktickou prípravou v Mělnickej nemocnici a súbor B, tvorili primipary, ktoré neprešli žiadnou profylaktickou prípravou.

Kritéria výberu:

Výskumným objektom tejto diplomovej práce boli ženy na oddelení šestonedelia do 24 hodín po pôrode. Podmienkou zúčastnenia sa zberu dát bola primiparita, a spontánny fyziologický pôrod. Výber žien nebol limitovaný vekom. Do testovaného súboru neboli zaradené primipary, ktoré absolvovali predpôrodný kurz mimo Mělnickej pôrodnice, takisto multipary, pretože predchádzajúca skúsenosť s pôrodom môže ovplyvňovať vnímanie bolesti a tým výsledky výskumu.

Metóda zberu dát:

Zber dát bol prevedený prostredníctvom skráteného štandardizovaného dotazníku SF-MPQ (Short Form of McGill Pain Questionary – Krátka forma McGillovho dotazníku bolesti), ktorá bola validovaná pre prostredie Českej republiky a dostala súhlas od autora k publikácii v októbri roku 1999 (Standardizovaná Česká verze krátké formy dotazníku bolesti McGillovy univerzity – Bolest 2/2000) prezentuje obrázok 2

Obrázok 2 SF-MPQ

Standardizovaná Česká verze krátké formy dotazníku bolest McGillovy Univerzity

Deskriptor bolesti (resp. Bolestivého pocitu)	0 - žádná	1 - mírná	2 - středně silná	3 - silná
1. tepavá (bušivá)				
2. vystřelující				
3. bodavá				
4. ostrá				
5. křečovitá				
6. hlodavá (jako zakousnutí)				
7. pálivá - palčivá				
8. tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)				
9. tíživá (těžká)				
10. citlivé (bolestivé) na dotyk				
11. jako by mělo prasknout (jako by mělo puknout)				
12. unavující (vyčerpávající)				
13. protivná (odporná)				
14. hrozná (strašná)				
15. mučivá - krutá				

INTENZITA SOUČASNÉ BOLESTI

0 – žádná

1 – mírná

2 – středně silná

3 – silná

4 – krutá

5 – nesnesitelná

(Knotek, Blahuš, Šolcová et al., 2000)

Krátka forma McGillovho dotazníku bolesti meria 2 komponenty bolesti, a to senzorickú a afektívnu zložku a tiež celkové skóre, ktoré meria objem prežívanej bolesti. Obsahuje 15 položiek, rozdelených do 3 skupín. Prvá skupina PRI-S (Pain Ratin

Index of Sensory – sensorický index bolesti) obsahuje 11 položiek, druhá skupina PRI-A (Pain Rating Index of Affective – afektívny index bolesti) obsahuje 4 položky a celkové skóre meria PRI-T (Total – celkový index bolesti), ktoré vzniká celkovým súčtom 15 položiek. Dotazník je často prezentovaný spoločne so stupnicou PPI (Present Pain Intensity – intenzita súčasnej bolesti), ktorá meria súčasnú bolesť a so stupnicou VAS (Visual Analog Scale – Vizuálna analógova škála) číselnou hodnotiacou škálou.

SF-MPQ dotazník obsahuje slová ktoré popisujú bolesť a ich porozumenie má kľúčovú hodnotu. Respondentky uvádzali odpovede na Likertovej škále od 0-3. Kde 0 predstavuje žiadnu bolesť, 1 miernu, 2 strednú a 3 predstavuje silnú bolesť. Respondentky uvádzajú svoje odpovede hneď po prečítaní každej charakteristiky, aby zachytili prvý dojem, ktorý bolesť charakterizuje.

Hrubé skóre určujeme súčtom odpovedí v každej zložke samostatne. PRI-S určíme hrubé skóre priemerom prvých 11 zložiek, PRI-A určíme hrubé skóre priemerom posledných 4 zložiek a hodnota PRI-T je daná súčtom PRI-S + PEI-A. Pre jednotné porovnanie hodnôt PRI prevedieme transformáciu hrubého skóre na standardnú desiatibodovú stupnicu, čím určíme takzvané steny. Jednotlivé steny pre hrubé skóre určíme priradeným 5,5 bodov k priemernej hodnote a jednotlivé steny stanovíme pripočítaním alebo odčítaním násobku polovičnej hodnoty smerodatnej odchýlky. Prvý sten odpovedá hodnote $-2,5SD (+-0,25)$ a 10 sten odpovedá hodnote $2,5 SD (+-0,25)$.

Súčasne s formulárom zberu dát SF-MPQ bol zapojeným ženám, predložený arch k vyplnení týchto demograficky spoločenských údajov. Jednalo sa o vek, účasť na predpôrodnom kurze Mělnickéj nemocnice, užitie látok na tíšenie bolesti.

Kontrola účasti predpôrodného kurzu bola overovaná dokladom o zaplatení účastníckého poplatku a zapísaním v prezenčnej knihe predpôrodného kurzu.

Metódy ku spracovaniu dát:

Pred začiatkom zberu dát, boli konzultované výskumné metódy zberu a následnému spracovaniu dát so štatistikom. Zistené údaje sú spracované a vyhodnotené v programe Statistica 13. K vyhodnoteniu dát bola použitá štatistická metóda s využitím absolútnych a relatívnych početností. Dáta empirického šetrenia bola zaznamenaná do vytvorených tabuliek a grafov. Výsledky sú uvedené v percentách.

Jednotlivé hypotézy boli vyhodnotené za pomoci Mannův-Whitneyův U-test vzájomnej nezávislosti. Podľa kľúča obrázok č.3

Obrázok 3 Miera štatistickej významnosti

p - hodnota	Slovné označenie	Hviezdičková notácia
Menej ako 0,1	Nie je signifikantné, existuje trend	-
Menej ako 0,05	Signifikantné	*
Menej ako 0,01	Vysoko signifikantné	**
Menej ako 0,001	Veľmi vysoko signifikantné	***

Výskumné otázky:

1. Koľko % žien s psychoprofylaktickou prípravou využilo tíšenie bolesti farmakologickou metódou oproti ženám bez psychoprofylaktickej prípravy?
2. Aké sú najčastejšie využívané farmakologické prostriedky na tíšenie bolesti v priebehu pôrodu?
3. Koľko % žien využilo viac ako jeden farmakologický prípravok na tíšenie bolesti v priebehu pôrodu?
4. Do akej miery je rozdielne vnímanie pôrodnej bolesti v dobách pôrodných u žien s psychoprofylaktickou prípravou oproti ženám bez psychoprofylaktickej prípravy?

Formulace hypotéz:

H₁₀ V subjektívnom vnímaní pôrodných bolestí neexistuje štatisticky významný rozdiel medzi prvoroďčkami s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvoroďčkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

H₁₁ V subjektívnom vnímaní pôrodných bolestí existuje štatisticky významný rozdiel medzi prvoroďčkami s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvoroďčkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

H₂₀ v subjektívnom vnímaní intenzity bolesti po pôrode do 24 hodín neexistuje štatisticky významný rozdiel medzi prvorodičkami s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvorodičkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

H₂₁ v subjektívnom vnímaní intenzity bolesti po pôrode do 24 hodín existuje štatisticky významný rozdiel medzi prvorodičkami s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvorodičkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

H₃₀ v subjektívnom vnímaní celkovej pôrodnej bolesti naznačenej na vizuálnej analógovej škále je nižšia u prvorodičiek s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvorodičkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

H₃₁ v subjektívnom vnímaní celkovej pôrodnej bolesti naznačenej na vizuálnej analógovej škále je vyššia u prvorodičiek s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvorodičkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

Organizácia výskumu:

Výskum prebehal za súhlasu vrchnej sestry Gynekologicko-porôdnického oddelenia v Mělnickej nemocnici. Zber dát prebiehal od januára 2020 do apríla 2020. Všetky primipary, ktoré rodili v Mělnickej nemocnici v tomto čase, boli oslovené do zapojenia sa do zberu dát. Samostatný zber dát prebiehal po podpísaní informovaného súhlasu (viz. príloha 2). Súčasťou všetkých formulárov pre zber dát bol priložený informovaný súhlas so zberom dát vo dvoch vyhotoveniach. Jedno vyhotovenie je pre účastníčku zberu dát s kontaktom na výskumníka a druhé vyhotovenie pre samotného výskumníka s podpisom zúčastnenej osoby. Overenie účasti na predpôrodnom kurze bolo zaistené kontrolou prezenčnej listiny zo samostatného kurzu. Celú dobu šetrenia bola k dispozícii dokumentácia rodičky k doplneniu informácií (vek, analgézie, priebeh pôrodu...)

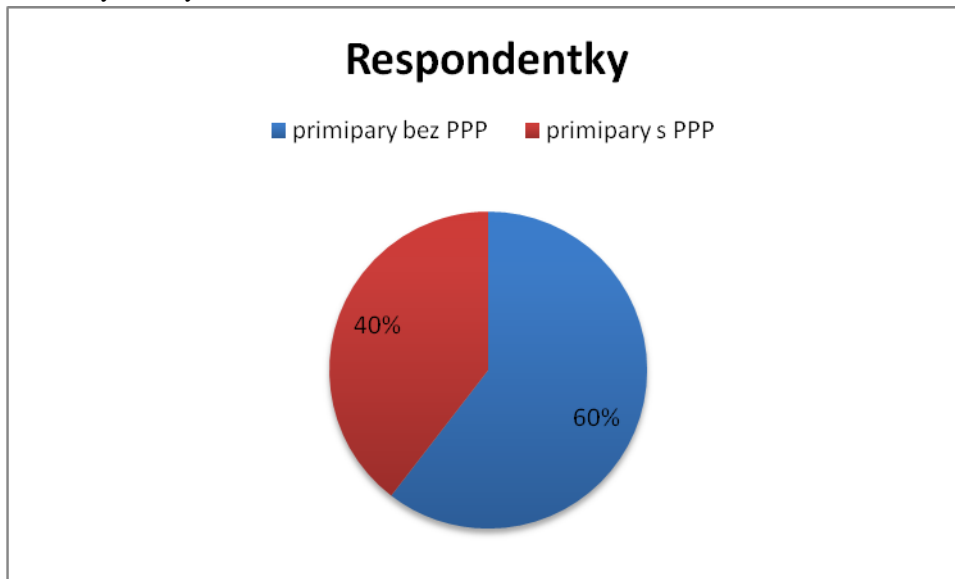
Predvýskum:

Predvýskum prebiehal v začiatku januára 2020. Predvýskumu sa zúčastnilo päť žien, ktoré následne neboli zaradené do samotného výskumného šetrenia. Pilotné štúdium slúžila na odhalenie prípadných nejasností a zlých formulácií otázok vo formulári pre zber dát. Po vyhodnotení pilotnej štúdie bol formulár pre zber dát minimálne zmenený vo formulácií otázok.

3.2 Výsledky

Štruktúra výskumného súboru

Graf 1 Výskumný súbor



Respondentky boli oslovené v Mělnickej pôrodnici od januára 2020 do polky apríla 2020. Oslovené boli iba primipary, celkom 124, ktoré boli následne rozdelené na dve skupiny. Prvú skupiny tvorili primipary, ktoré prešli predpôrodným kurzom v Mělnickej nemocnici a ich pôrod bol fyziologický (n=49) čo predstavuje 40% a druhú skupiny tvorili primipary s fyziologickým pôrodom (n=75) zvyšných 60%.

Tabuľka 1 Vek respondentiek s predpôrodným kurzom

	Priemer	SD	Medián	Maximum	Minimum
Vek	30,08	3,99	31	38	23

Tabuľka 2 Vek respondentiek bez predpôrodného kurzu

	Priemer	SD	Medián	Maximum	Minimum
Vek	28,33	4,91	28	38	17

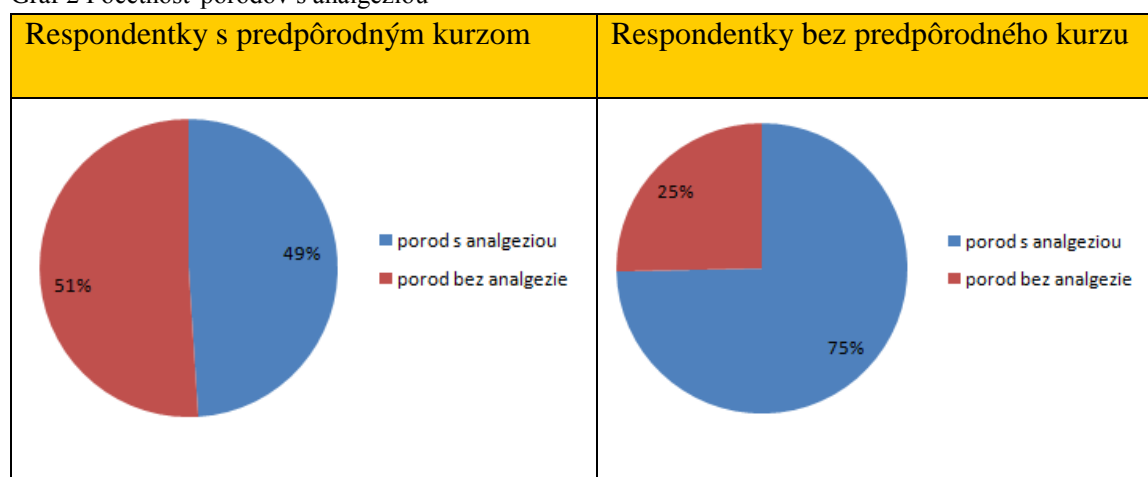
Tabuľka 1 a tabuľka 2 zobrazujú štruktúru výskumného súboru z hľadiska veku. Priemerný vek respondentiek s pôrodným kurzom bol 30 rokov \pm 4 roky. Najstaršia rodička udávala vek 38 a najmladšia 23. Naproti tomu priemerný vek respondentiek bez predpôrodného kurzu bol o niečo nižší a to 28 rokov \pm 5 rokov. Najstaršia rodička mala

38 rokov, čo je zhodné s prvou skupinou a najmladšia rodička bola ešte nepľnoletá 17ročná primipara.

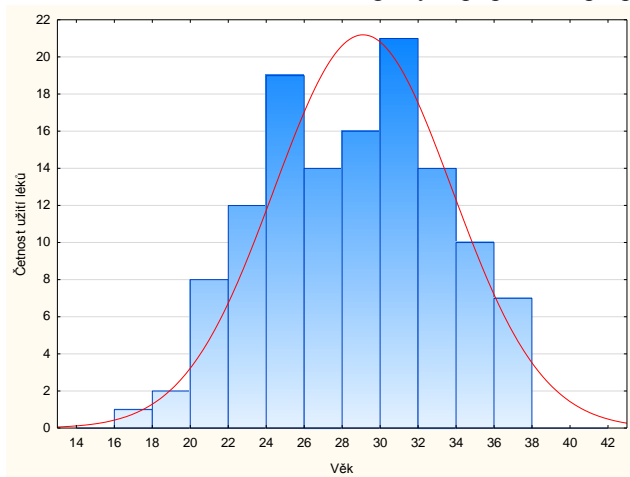
Tabuľka 3 Využitie farmakologickej analgézie

	Respondentky s predpôrodným kurzom		Respondentky bez predpôrodného kurzu	
	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť %	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť %
Využitie farmakologickej analgézie	24	49	56	75
Využitie viac ako jednu farmakologickú analgéziu	5	10	12	16
Najmladšia respondentka ktorá využila FA	26	-	17	-
Najstaršia respondentka ktorá využila FA	38	-	38	-

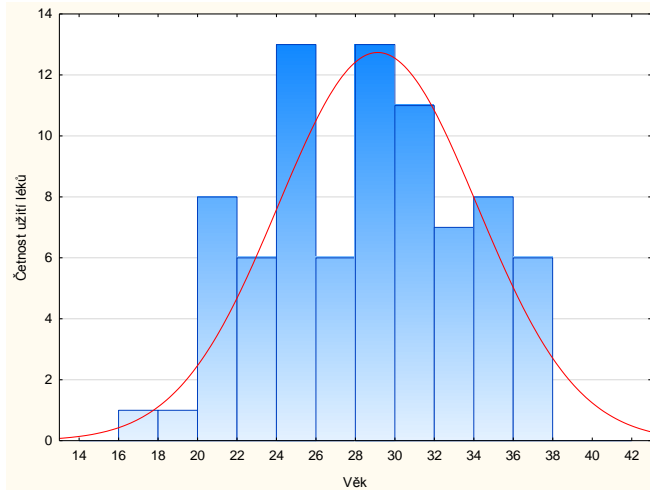
Graf 2 Početnosť pôrodov s analgéziou



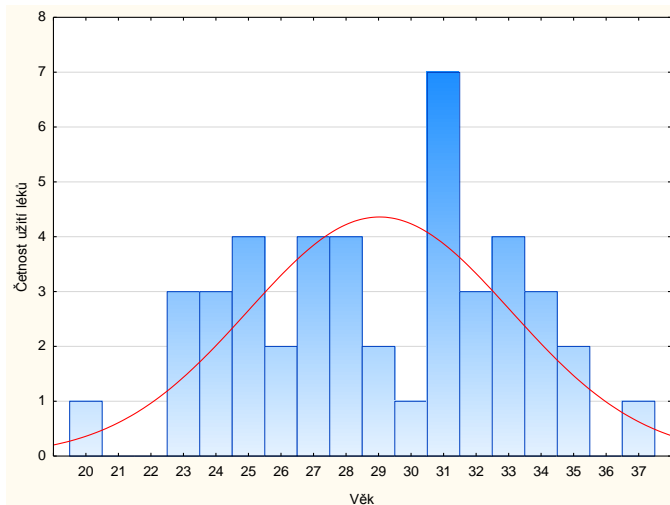
Graf 3 Početnosť užitia farmakologických prípravkov pri pôrode v závislosti na veku



Graf 4 Početnosť užitia farmakologických prípravkov pri pôrode v závislosti na veku u žien s predpôrodným kurzom



Graf 5 Početnosť užitia farmakologických prípravkov pri pôrode v závislosti na veku u žien bez predpôrodného kurzu

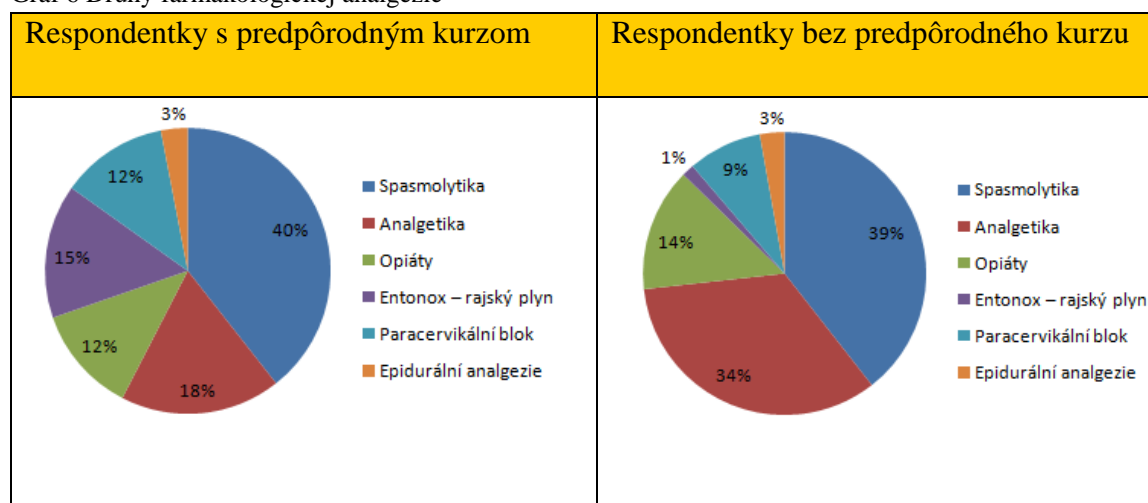


Tabuľka 3 a graf 2,3,4,5 zobrazuje výsledky využitia farmakologickej analgézie. Takmer polovica respondentiek využila farmakologickú analgeziu, u respondentiek bez predpôrodného kurzu je to percento vyššie až 75%. Najmladšia respondentka, ktorá využila analgéziu mala 17 rokov a najstaršia 38, čo znamená, že všetky vekové kategórie využili farmakologickú analgéziu.

Tabuľka 4 Druhy farmakologickej analgézie

	Respondentky s predpôrodným kurzom		Respondentky bez predpôrodného kurzu	
	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť %	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť %
Spasmolytika	13	40	28	39
Analgetika	6	18	24	34
Opiáty	4	12	10	14
Entonox – rajský plyn	5	15	1	1
Paracervikální blok	4	12	6	9
Epidurální analgezie	1	3	2	3

Graf 6 Druhy farmakologickej analgézie



Tabuľka 4 a graf 4 zobrazuje výsledky druhov farmakologickej analgézie využitej v priebehu pôrodu. U žien s predpôrodným kurzom najviac boli využité spasmolytika

v 40% a oproti ženám bez predpôrodného kurzu omnoho viac látky ENTONOX – rajskeho plynu v 15% u žien bez predpôrodného kurzu v 1%, taktiež boli najviac využité spasmolytika v 39%.

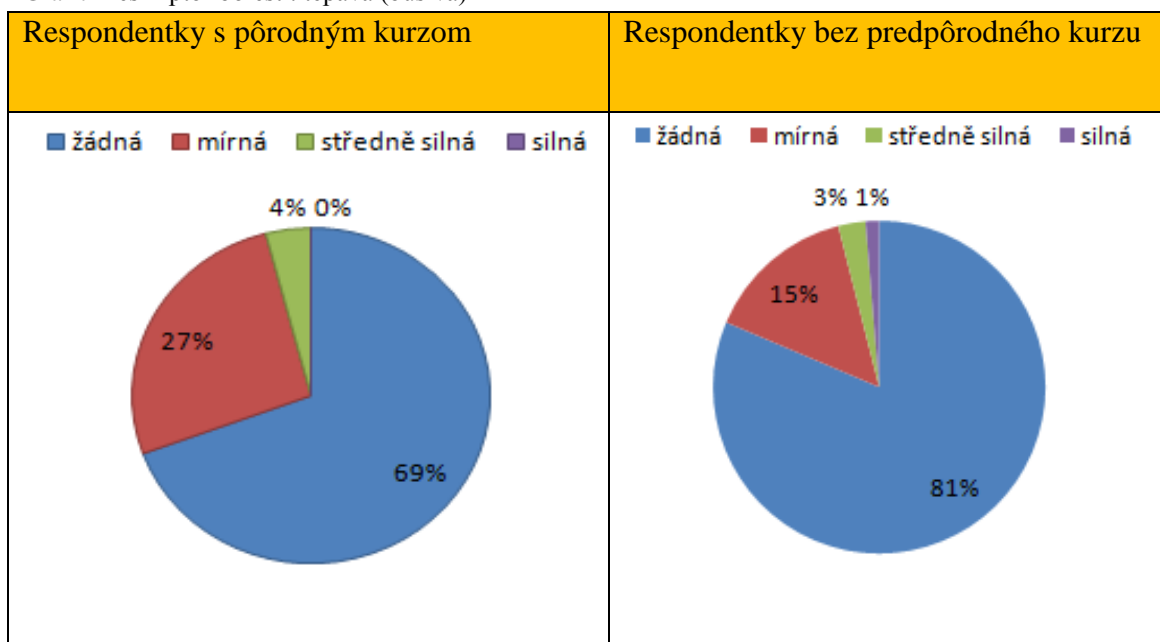
Jednotlivé deskriptory bolesti

1. Deskriptor bolesti: tepavá (bušivá)

Tabuľka 5 Deskriptor bolesti: tepavá (bušivá)

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	34	61	69	81
Mírná	13	11	27	15
Stredne silná	2	2	4	3
Silná	0	1	0	1
Σ	124		100	

Graf 7 Deskriptor bolesti: tepavá (bušivá)

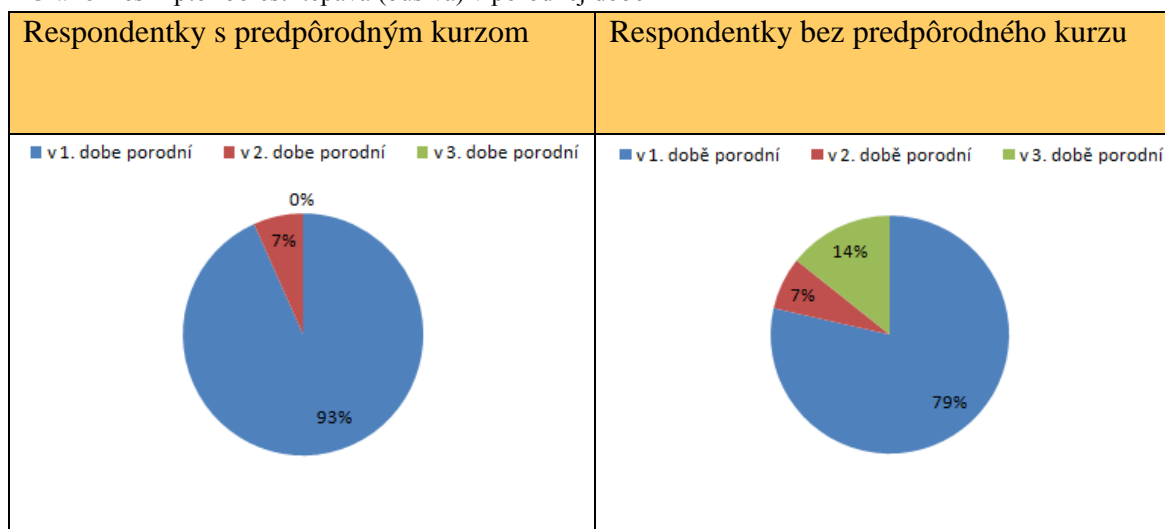


Tabuľka 5 a graf 7 zobrazujú odpovede na deskriptor bolesti tepavá (bušivá). 81% žien bez predpôrodného kurzu a 69% žien s pôrodným kurzom odpovedalo, že takáto bolesť sa v priebehu ich pôrodu nevyskytla. U žien u ktorých sa táto bolesť vyskytla, odpovedali intezitou mierna 27% s predpôrodným kurzom a 15% bez predpôrodného kurzu, stredne silná 4% žien s predpôrodným kurzom a 3% žien bez predpôrodného kurzu. Tepavú bolesť intenzitou silná hodnotili iba 1% žien bez predpôrodného kurzu.

Tabuľka 6 Deskriptor bolesti tepavá (bušivá) v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	14	11	93	79
2. doba porodní	1	1	7	7
3. doba porodní	0	2	0	14

Graf 8 Deskriptor bolesti tepavá (bušivá) v pôrodnej dobe



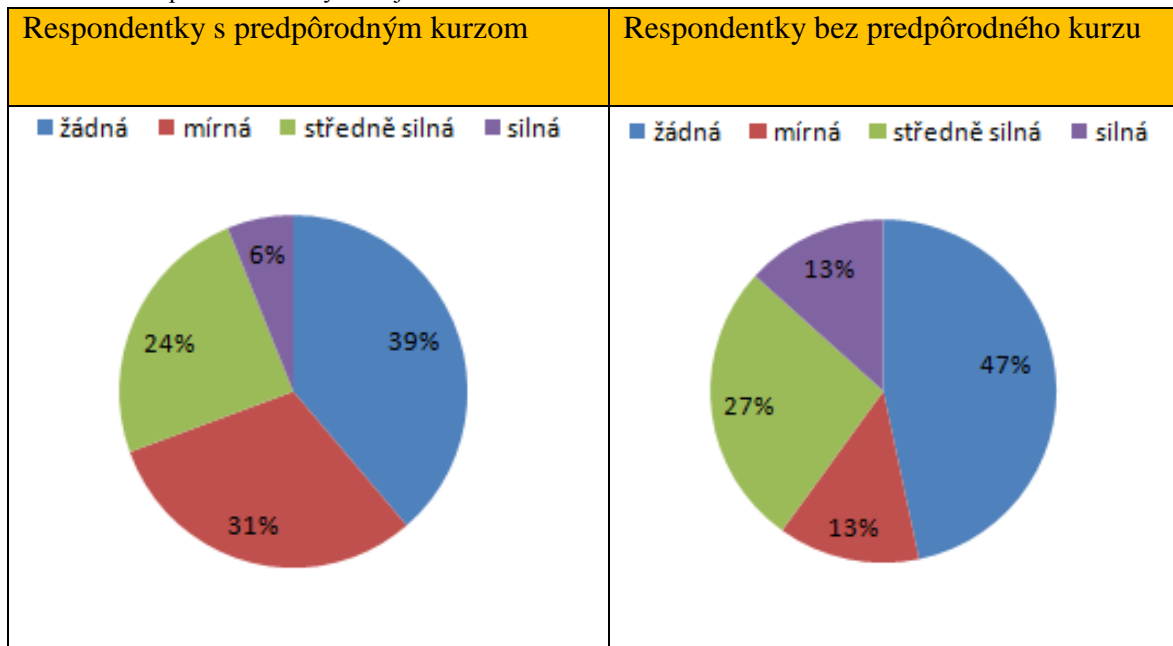
Graf 8 a tabuľka 6 zobrazujú odpovede žien, ktoré uviedli, že počas ich pôrodu sa deskriptor bolesti tepavá (bušivá) vyskytol. Obe skupiny žien sa zhodujú, 93% žien s pôrodným kurzom a 79% žien bez predpôrodného kurzu, že táto bolesť sa vyskytovala v prvej dobe pôrodnej. 7% žien s predpôrodným kurzom uviedlo, že sa táto bolesť vyskytovala v druhej dobe pôrodnej a rovnaké percento žien i v skupine bez predpôrodného kurzu. Avšak ženy bez predpôrodného kurzu, 14% uvádzajú túto bolesť aj v tretej dobe pôrodnej.

2. Deskriptor bolesti: vystřelující

Tabuľka 7 Deskriptor bolesti: Vystřelující

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	19	35	39	47
Mírná	15	10	31	13
Středně silná	12	20	24	27
Silná	3	10	6	13
Σ	124		100	

Graf 9 Deskriptor bolesti: Vystřelující

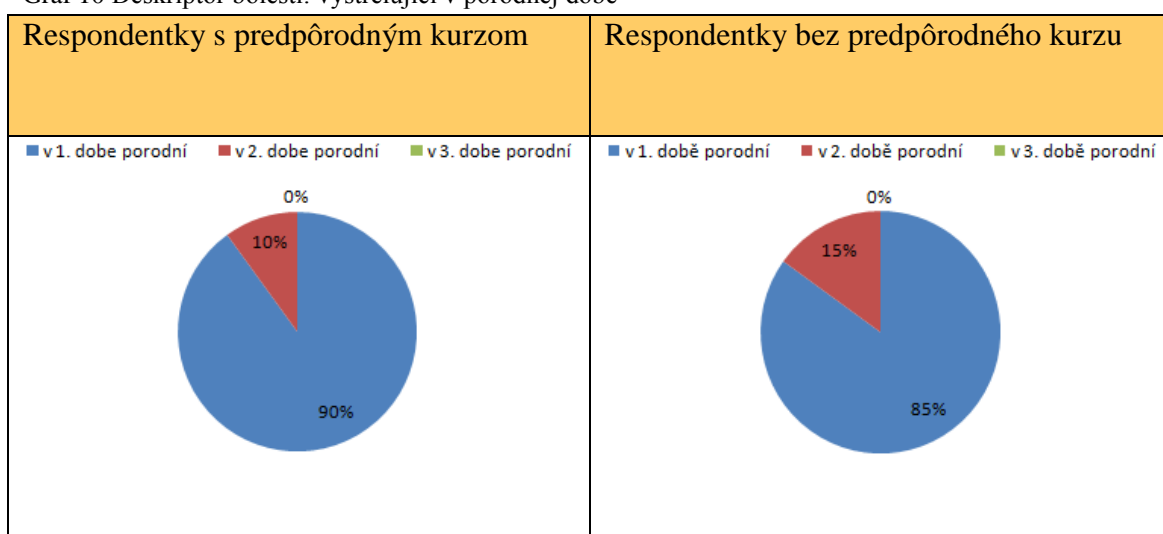


Tabuľka 7 a graf 9 zobrazujú odpovede žien na deskriptor bolesti vystřelující a jej intenzitu. Ako bolesť, ktorá sa nevyskytla v priebehu pôrodu odpovedalo 39% žien s predpôrodným kurzom a 47% žien needukovaných. Ako miernej intenzity ju popisovalo až 31% žien s predpôrodným kurzom oproti 13% žien bez predpôrodného kurzu. Ženy bez predpôrodného kurzu ju však opisovali intenzitou stredne silná 27% a silná 13%. Prvorodičky s predpôrodným kurzom o intenzite silná ju vyjadrilo iba 6%.

Tabuľka 8 Deskriptor bolesti: vystrelujúci v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	27	34	90	85
2. doba porodní	3	6	10	15
3. doba porodní	0	0	0	0

Graf 10 Deskriptor bolesti: vystrelujúci v pôrodnej dobe



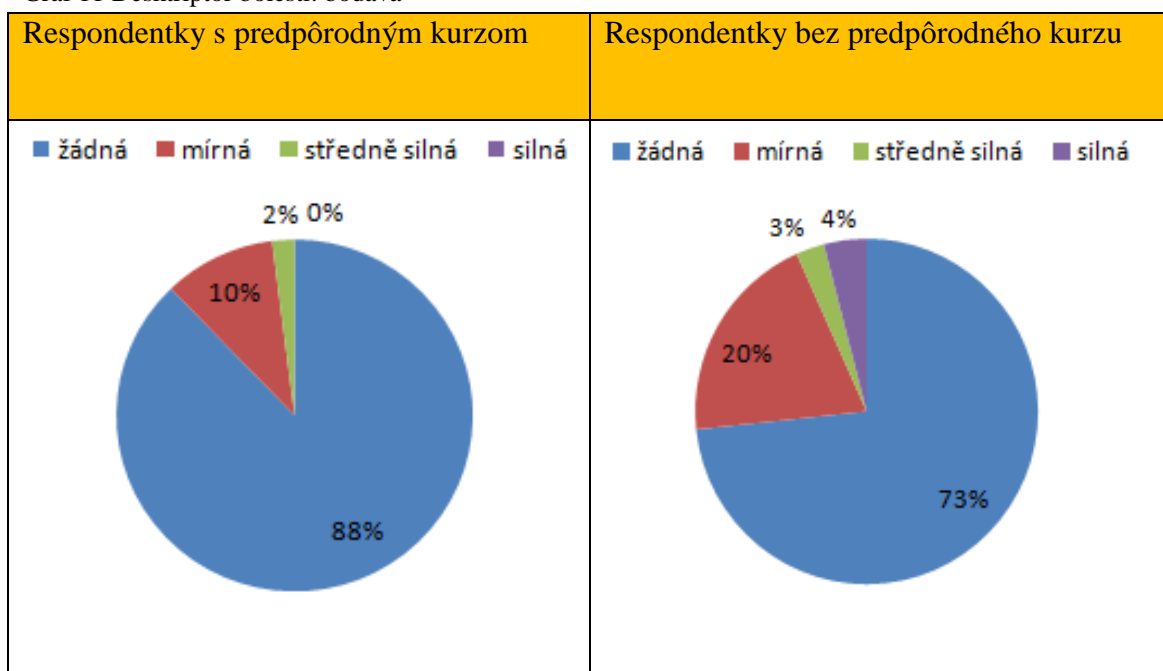
Tabuľka 8 a graf 10 zobrazuje odpovede žien na intenzitu bolesti vystrelujúci v určitej pôrodnej dobe. Výsledky v oboch skupinách sú skoro totožné a to až 90% s predpôrodným kurzom a 85% žien bez predpôrodného kurzu sa zhodujú, že táto bolesť sa vyskytovala v prvej dobe pôrodnej. Ani jedna zo žien zo žiadnej skupiny sa nevyjadrila, že by bolesť vystrelujúci sa vyskytla v tretej dobe pôrodnej.

3. Deskriptor bolesti: bodavá

Tabuľka 9 Deskriptor bolesti: bodavá

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	43	55	88	73
Mírná	5	15	10	20
Stredne silná	1	2	2	3
Silná	0	3	0	4
Σ	124		100	

Graf 11 Deskriptor bolesti: bodavá

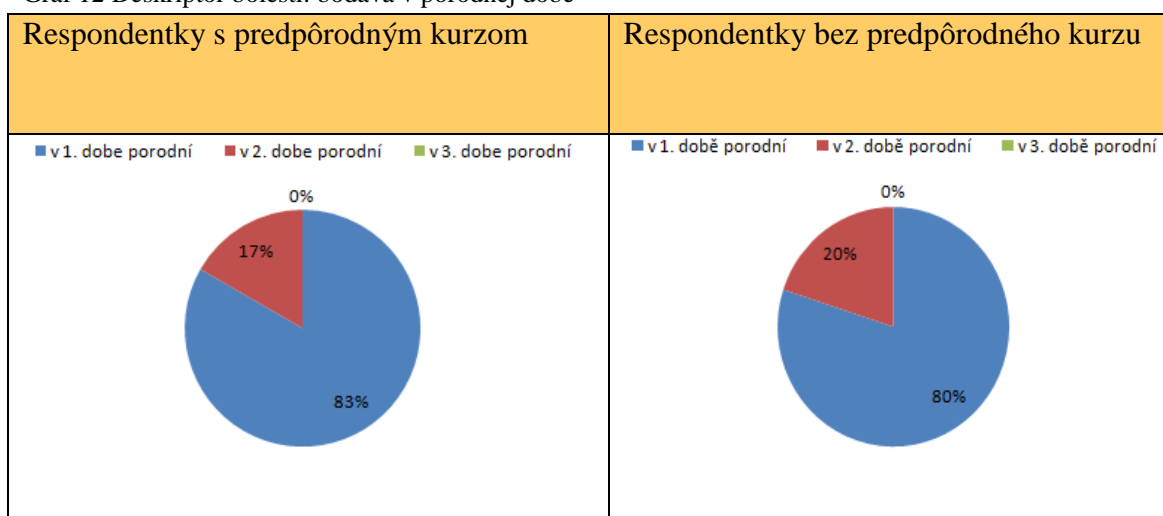


Tabuľka 9 a graf 11 zobrazuje odpovede na deskriptor bolesti bodavá. Väčšina žien 88% s predpôrodným kurzom a 73% žien bez predpôrodného kurzu uviedlo, že takúto bolesť počas pôrodu nepocíťovali. Ženy, ktoré túto bolesť pocítili uviedli ako miernu a to 10% žien s predpôrodným kurzom a 20% žien bez predpôrodného kurzu. Minimálne množstvo žien uviedlo, že táto bolesť bola stredne silná až silná.

Tabuľka 10 Deskriptor bolesti: bodavá v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	5	16	83	80
2. doba porodní	1	4	17	20
3. doba porodní	0	0	0	0

Graf 12 Deskriptor bolesti: bodavá v pôrodnej dobe



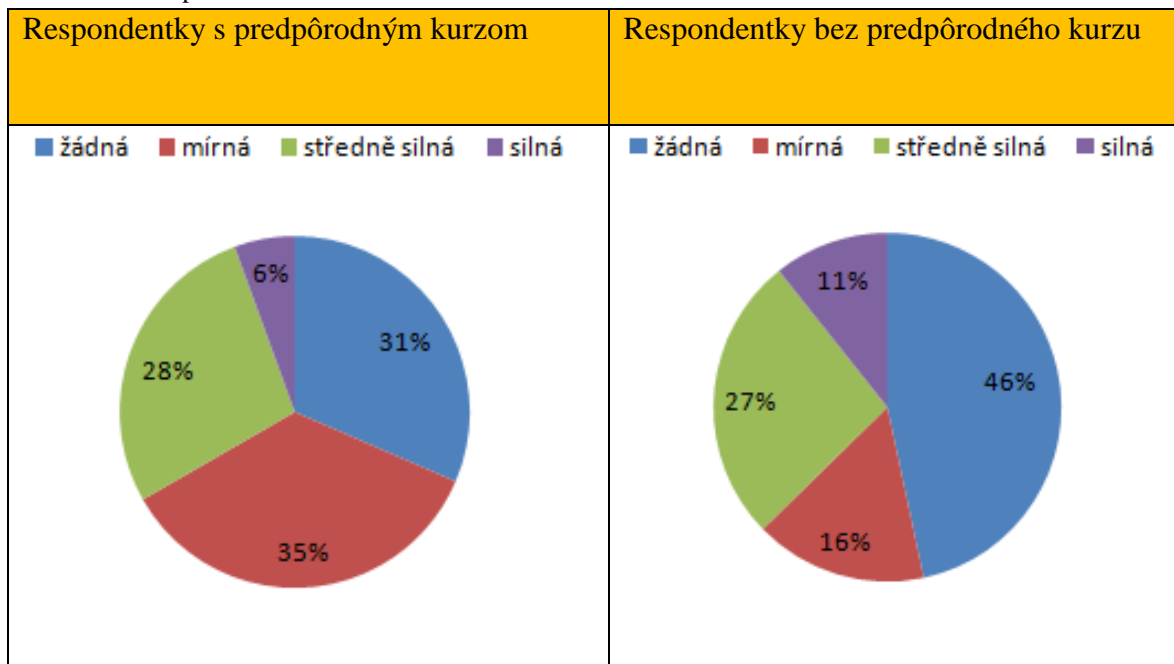
Tabuľka 10 a graf 12 zobrazujú odpovede žien, ktoré uviedli, že v priebehu pôrodu pocítili bolesť ako bodavú, konkretizovalo 83% primipar s predpôrodným kurzom a 80% bez predpôrodného kurzu, že sa vyskytovala v prvej dobe pôrodnej. 17% primipar s predpôrodným kurzom a 20% primipar bez predpôrodného kurzu uviedlo, že v druhej dobe pôrodnej. A ani jedna žena z oboch skupín sa nevyjadřila, že by táto bolesť sa vyskytla v tretej dobe pôrodnej.

4. Deskriptor bolesti: ostrá

Tabuľka 11 Deskriptor bolesti: ostrá

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	17	35	31	46
Mírná	19	12	35	16
Stredne silná	15	20	28	27
Silná	3	8	6	11
Σ	124		100	

Graf 13 Deskriptor bolesti: ostrá



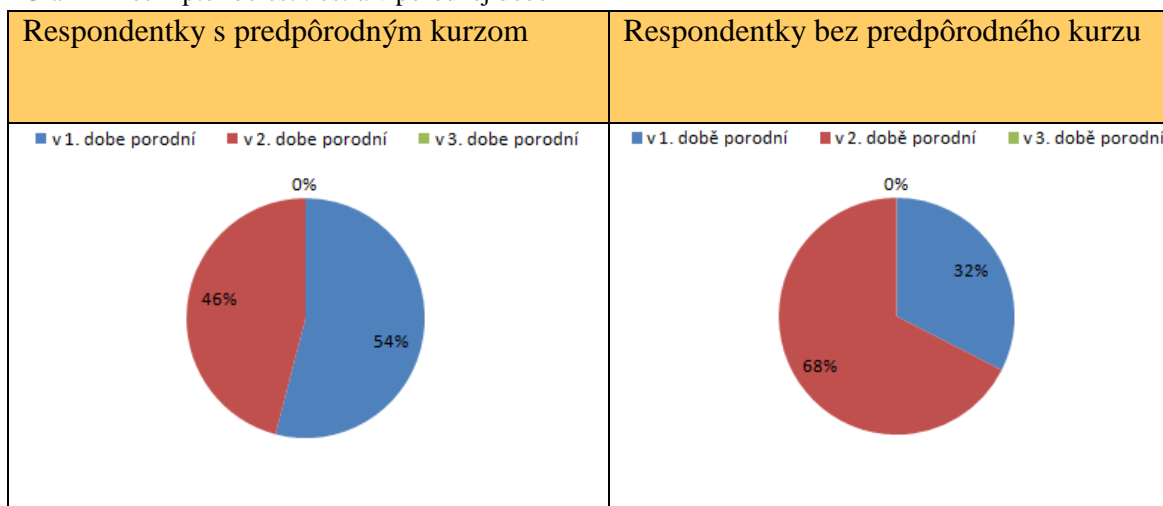
Tabuľka 11 a graf 13 zobrazujú odpovede na intenzitu ostrej bolesti počas pôrodu. Výsledky u oboch porovnávacích skupín sú rôzne. Ženy s predpôrodným kurzom uvádzajú, že 35% sa vyskytla ako mierna, 28% ako stredne silná a 6% ako silná. 31% žien sa vyjadrilo, že takúto bolesť nepocítili. U žien bez predpôrodného kurzu sa ostrá bolesť miernej intenzity vyskytla iba v 16%, stredne silná obdobne, 27% a ako silná

11%. Necelá polovica žien bez predpôrodného kurzu, 46% uviedli, že túto bolesť nepocítili.

Tabuľka 12 Deskriptor bolesti: ostrá v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	20	13	54	32
2. doba porodní	17	27	46	68
3. doba porodní	0	0	0	0

Graf 14 Deskriptor bolesti: ostrá v pôrodnej dobe



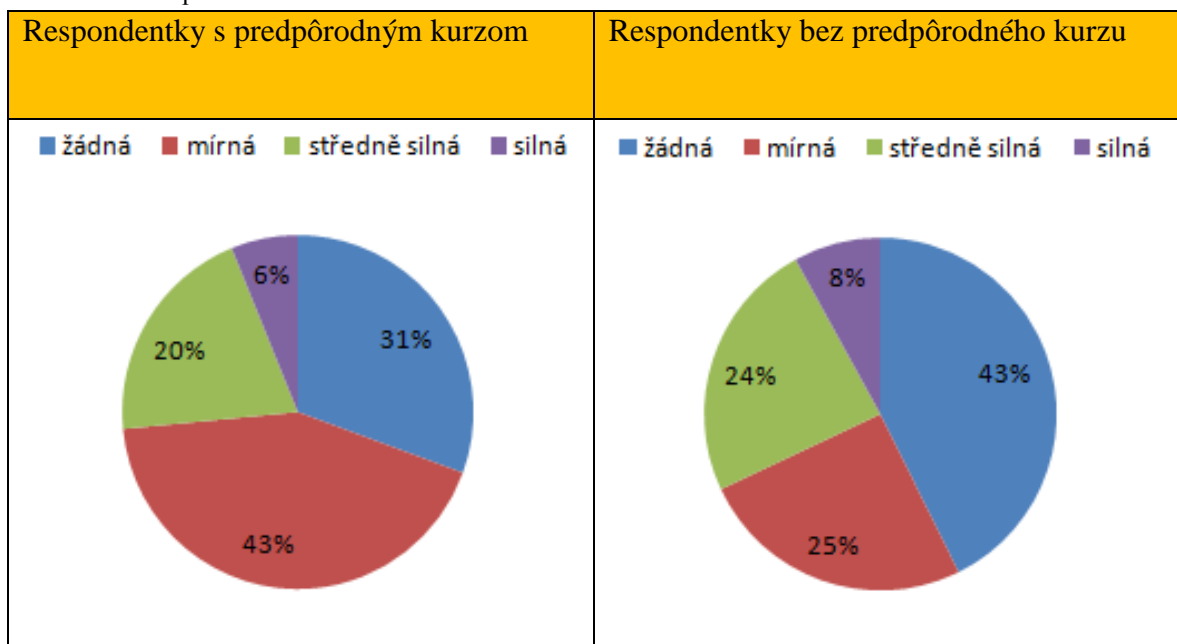
Tabuľka 12 a graf 14 zobrazuje v ktorej dobe pôrodnej sa vyskytla bolesť ostrá. Výsledky v skupinách sa líšia. U edukovaných žien 54% uviedlo, že ostrá bolesť sa vyskytla prevažne v prvej dobe pôrodnej, 46% v druhej dobe pôrodnej a žiadna neuviedla v tretej dobe pôrodnej. U needukovaných žien až 68% uviedlo, že ostrá bolesť sa vyskytla v prvej dobe pôrodnej a 32% v druhej dobe pôrodnej. Aj v tejto skupine sa ani jedna žena nevyjadrila, žeby bolesť pocítila v tretej dobe pôrodnej.

5. Deskriptor bolesti: křečovitá

Tabuľka 13 Deskriptor bolesti: křečovitá

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	15	32	31	43
Mírná	21	19	43	25
Stredne silná	10	18	20	24
Silná	3	6	6	8
Σ	124		100	

Graf 15 Deskriptor bolesti: křečovitá

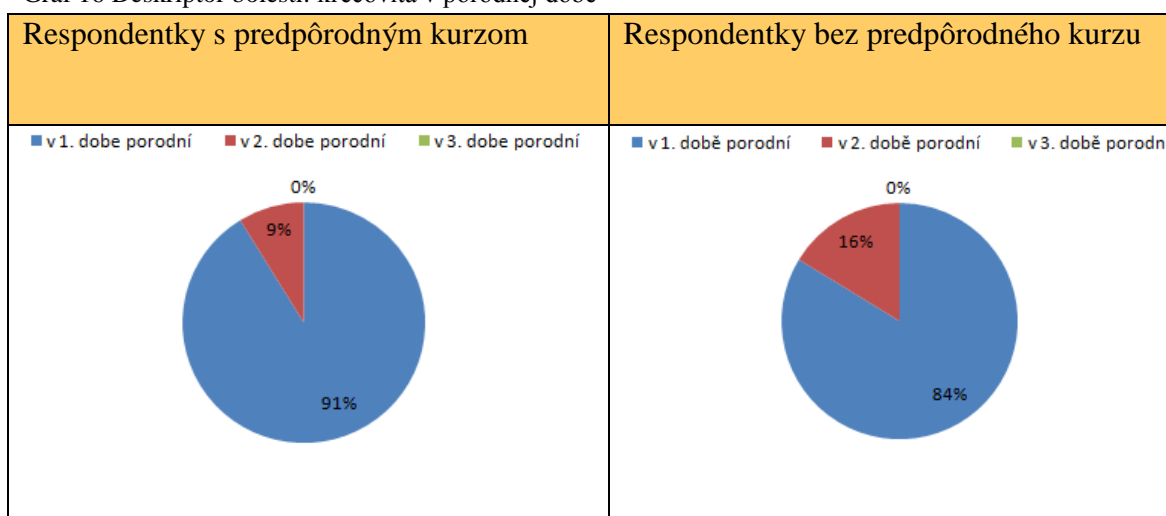


Tabuľka 13 a graf 15 zobrazujú výsledky na veľkosť intenzity bolesti křečovitá. Primipary s pôrodným kurzom uviedli túto bolesť počas pôrodu ako miernu v 43%, stredne silnú v 20% a v 6% ako silnú. 31% uviedlo, že bolesť nepocítili. U primipar bez predpôrodného kurzu, sa táto bolesť nevyskytla v 43%, ako miernu ju uviedlo 25%, stredne silnú 24% a silnú 8% žien.

Tabuľka 14 Deskriptor bolesti: křečovitá v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	31	36	91	84
2. doba porodní	3	7	9	16
3. doba porodní	0	0	0	0

Graf 16 Deskriptor bolesti: křečovitá v pôrodnej dobe



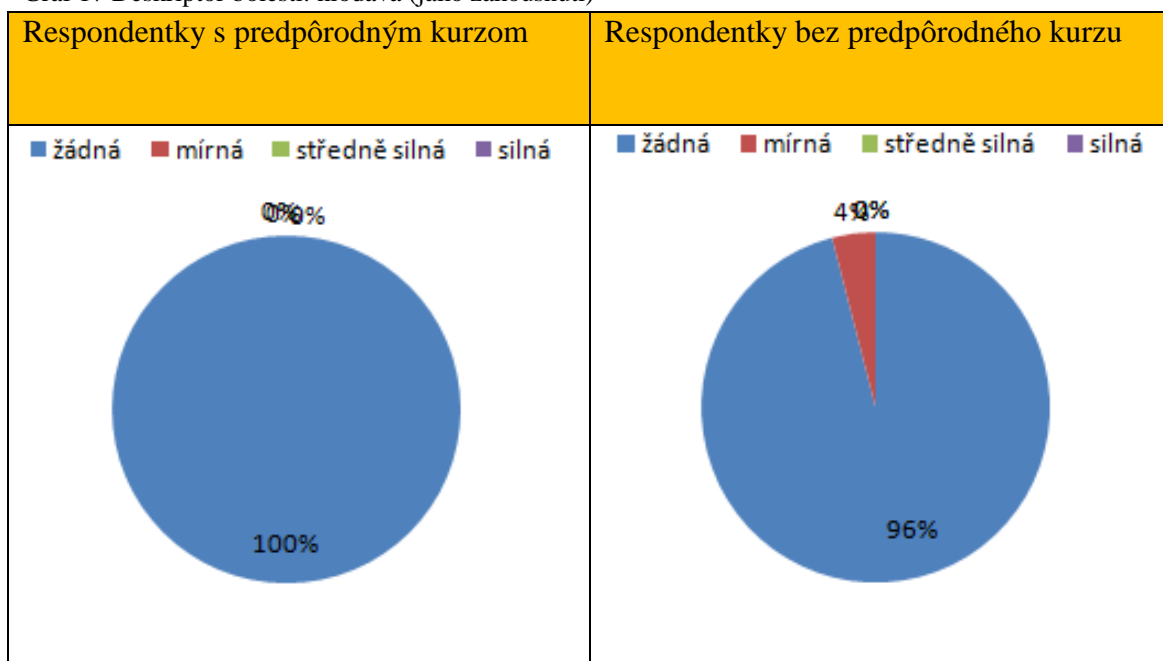
Tabuľka 14 a graf 16 zobrazuje výsledky žien, ktoré uviedli, že počas pôrodu pociťovali bolesť ako křečovitú. Ženy v oboch skupinách odpovedali podobne. V prvej skupine edukovaných žien 91% uviedlo túto bolesť v prvej dobe pôrodnej a 9% v druhej dobe pôrodnej. U needukovaných žien uviedlo 84% v prvej dobe pôrodnej a 16% v druhej dobe pôrodnej. Ani jedna žena neuviedla křečovitú bolesť v tretej dobe pôrodnej.

6. Deskriptor bolesti: hlodavá (jako zakousnutí)

Tabuľka 15 Deskriptor bolesti: hlodavá (jako zakousnutí)

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	49	72	100	96
Mírná	0	3	0	4
Stredne silná	0	0	0	0
Silná	0	0	0	0
Σ	124		100	

Graf 17 Deskriptor bolesti: hlodavá (jako zakousnutí)

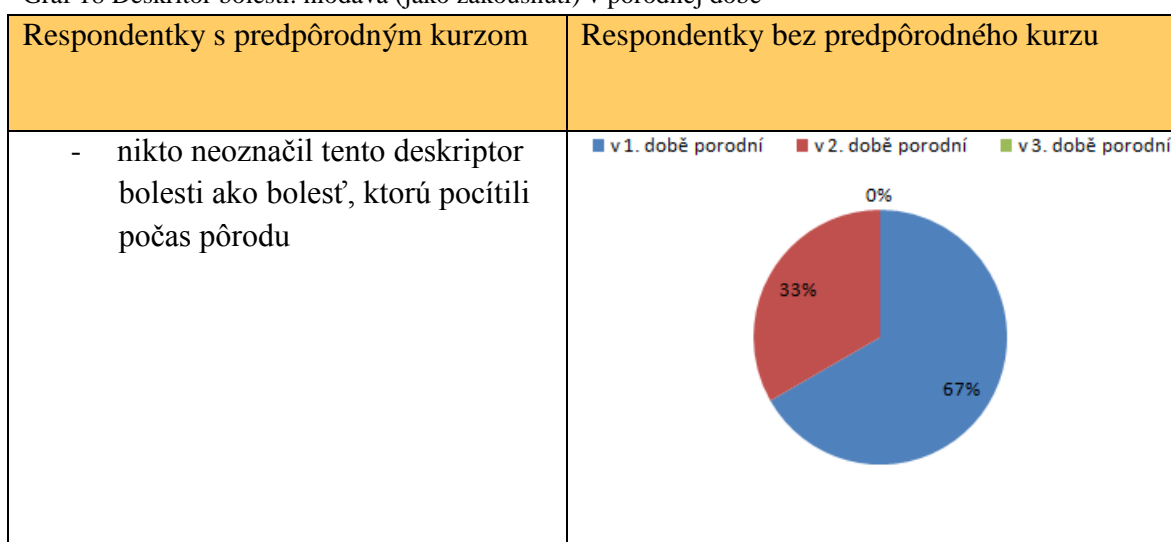


Tabuľka 15 a graf 17 zobrazuje odpovede na otázky či sa v priebehu pôrodu vyskytla hlodavá bolesť. Zhodne, až na 3 ženy bez predpôrodného kurzu, uviedli že takúto bolesť počas pôrodu nepocítili.

Tabuľka 16 Deskriptor bolesti: hľadavá (jako zakousnutí) v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	0	2	0	67
2. doba porodní	0	1	0	33
3. doba porodní	0	0	0	0

Graf 18 Deskriptor bolesti: hľadavá (jako zakousnutí) v pôrodnej dobe



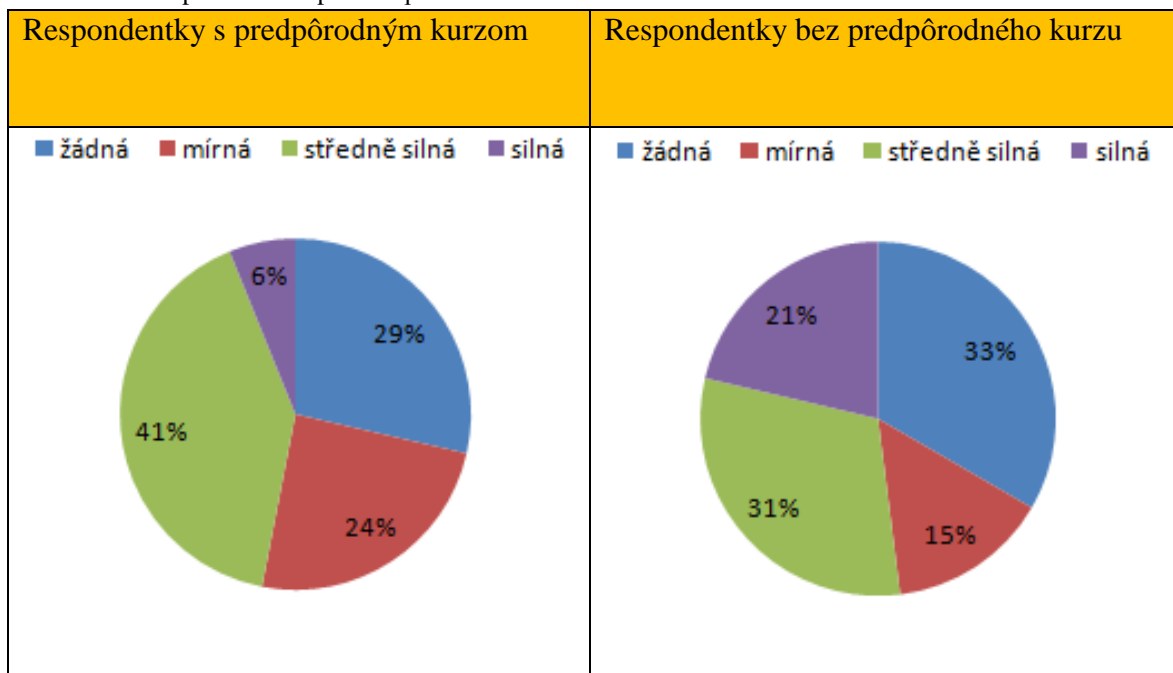
Tabuľka 16 a graf 18 zobrazujú výsledok, 3 žien, ktoré uviedli, že hľadavú bolesť pocítili. Dve z týchto žien uviedli, že v prvej dobe pôrodnej a jedna žena v druhej dobe pôrodnej.

7. Deskriptor bolesti: pálivá - palčivá

Tabuľka 17 Deskriptor bolesti: pálivá - palčivá

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	14	25	29	33
Mírná	12	11	24	15
Stredne silná	20	23	41	31
Silná	3	16	6	21
Σ	124		100	

Graf 19 Deskriptor bolesti: pálivá - palčivá



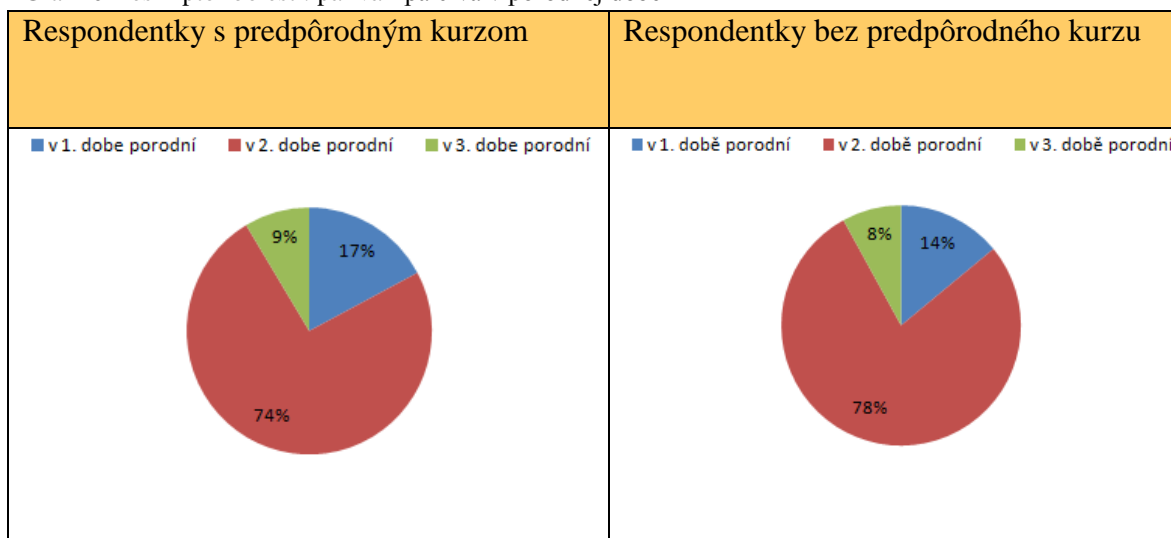
Tabuľka 17 a graf 19 zobrazujú výsledky na deskriptor bolesti pálivá – palčivá v priebehu pôrodu. Iba jedna tretina žien v oboch skupinách neuvádza túto bolesť v priebehu pôrodu. 24% žien s predpôrodným kurzom a 15 žien bez predpôrodného kurzu uvádzajú miernu bolesť, 41% žien z prvej skupiny a 31% z druhej skupiny

uvádza túto bolesť ako stredne silnú, 6% žien z prvej skupiny a 21% žien z druhej skupiny uvádzajú bolesť ako silnú.

Tabuľka 18 Deskriptor bolesti: pálivá - palčivá v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	6	7	17	14
2. doba porodní	26	39	74	78
3. doba porodní	3	4	9	8

Graf 20 Deskriptor bolesti: pálivá - palčivá v pôrodnej dobe



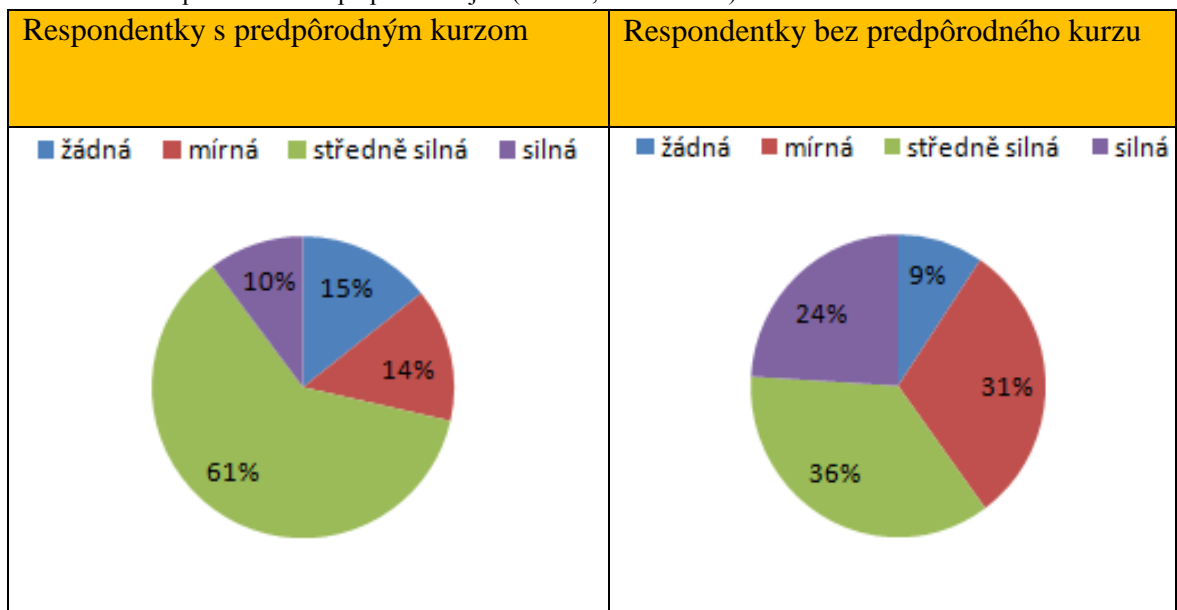
Tabuľka 18 a graf 20 zobrazujú výsledky bolesti v určitej pôrodnej dobe. Bolesť pálivá – palčivá sa vyskytuje vo všetkých troch dobách pôrodných. V oboch skupinách 74% a 78% žien sa zhodujú, že bolesť bola pociťovaná v druhej dobe pôrodnej, 17% žien s predpôrodným kurzom a 14% bez predpôrodného kurzu uvádzajú bolesť v prvej dobe pôrodnej a 9% žien s predpôrodným kurzom a 8% bez predpôrodného kurzu uvádzajú bolesť v tretej dobe pôrodnej.

8. Deskriptor bolesti: tupá pretrvávajúcí (bolavé, rozbolavělé)

Tabuľka 19 Deskriptor bolesti: tupá pretrvávajúcí (bolavé, rozbolavělé)

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	7	7	15	9
Mírná	7	23	14	31
Stredne silná	30	27	61	36
Silná	5	18	10	24
Σ	124		100	

Graf 21 Deskriptor bolesti: tupá pretrvávajúcí (bolavé, rozbolavělé)

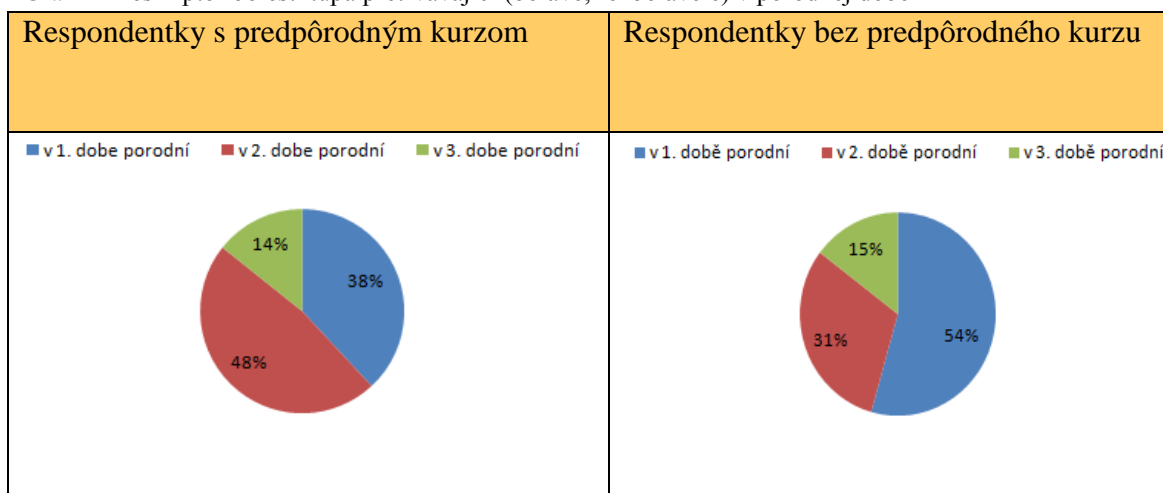


Tabuľka 19 a graf 21 zobrazuje odpovede žien na deskriptor bolesti tupá pretrvávajúca. Ženy s predpôrodným kurzom uviedli v 15%, že sa takáto bolesť nevyskytla, v 14% že sa bolesť vyskytla v miernej intenzite, až v 61% ako stredne silná a v 10% ako silná. U žien bez predpôrodného kurzu uviedlo, iba 9% žien, že túto bolesť nepocítili, 31% uviedli ako miernu, 36% ako stredne silnú a 24% ako silnú.

Tabuľka 20 Deskriptor bolesti tupá pretrvávajúcej (bolavé, rozbolavělé) v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	16	37	38	54
2. doba porodní	20	21	48	31
3. doba porodní	6	10	14	15

Graf 22 Deskriptor bolesti tupá pretrvávajúcej (bolavé, rozbolavělé) v pôrodnej dobe



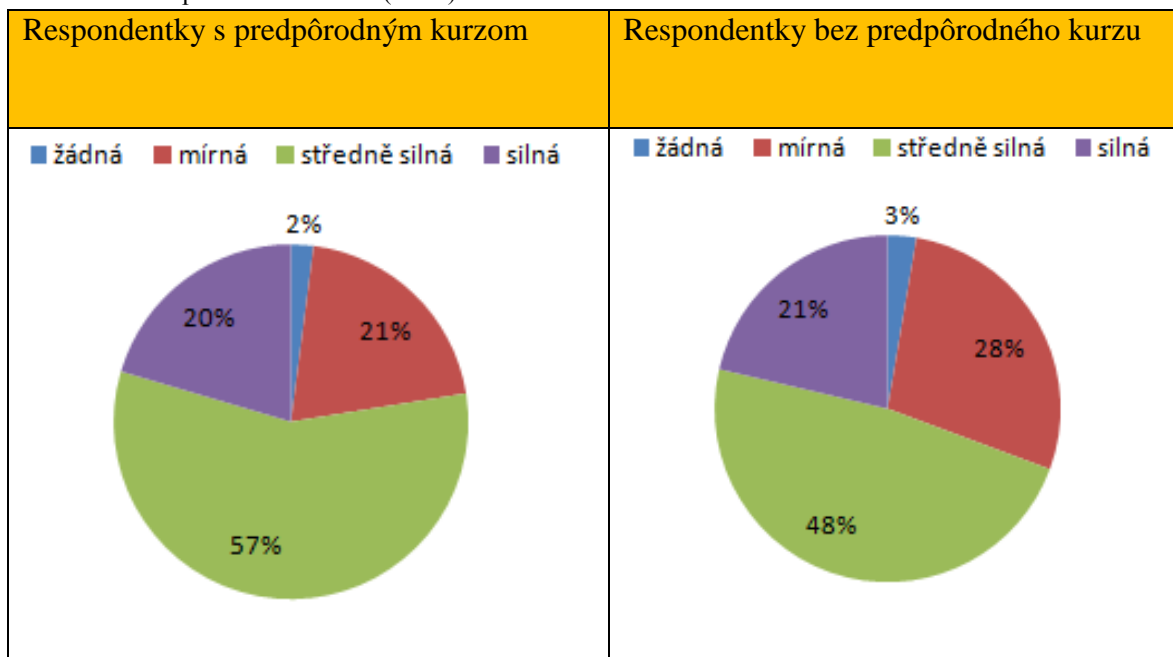
Tabuľka 20 a graf 22 zobrazuje odpovedi v akej dobe pôrodnej sa vyskytla tupá pretrvávajúca bolesť. Primipary s predpôrodným kurzom uvádzajú najčastejšie v druhej dobe pôrodnej a to v 48%, 38% v prvej dobe pôrodnej a najmenej 14% v tretej dobe pôrodnej. U primipar bez predpôrodného kurzu najviac uvádzajú v prvej dobe pôrodnej a to v 54%, 31% uvádza v druhej dobe pôrodnej a v 15% v tretej dobe pôrodnej.

9. Deskriptor bolesti: tíživá (těžká)

Tabuľka 21 Deskriptor bolesti: tíživá (těžká)

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	1	2	2	3
Mírná	10	21	21	28
Stredne silná	28	36	57	48
Silná	10	16	20	21
Σ	124		100	

Graf 23 Deskriptor bolesti: tíživá (těžká)



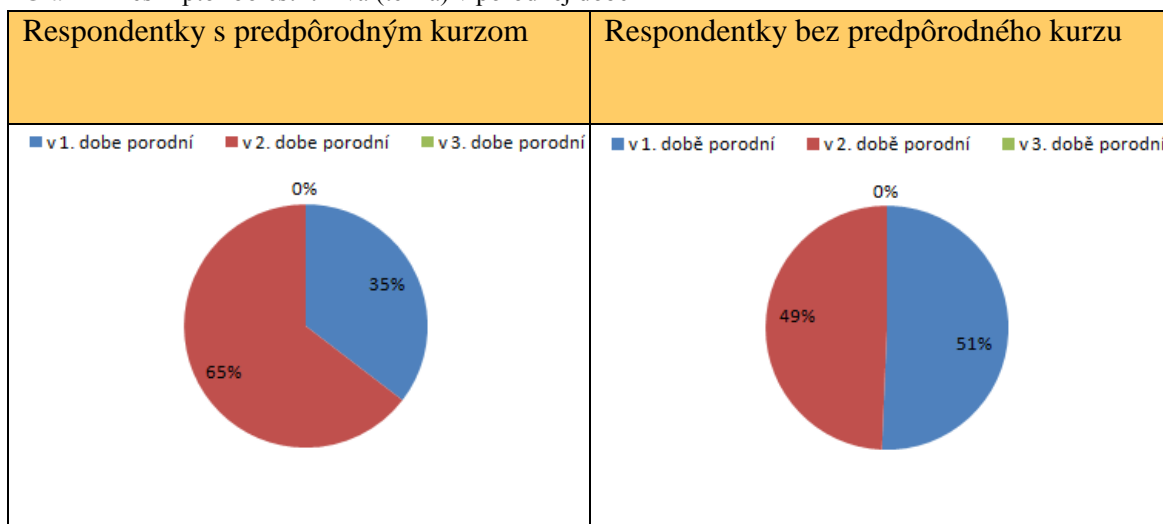
Tabuľka 21 a graf 23 zobrazuje odpovedi na deskriptor tíživá těžká. Skoro všetky ženy uvádzajú, že by pôrodnú bolesť charakterizovali práve takto. Primipary s predpôrodným kurzom uvádzajú túto bolesť ako miernu v 21%, až 57% žien uvádza ako stredne silnú a 20% žien ako silnú. U žien bez predpôrodného kurzu sú výsledky

obdobné. 28% žien uvádza túto bolesť ako miernu, 48% ako stredne silnú a 21% žien ako silnú.

Tabuľka 22 Deskriptor bolesti tíživá (ťažká) v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	17	37	35	51
2. doba porodní	31	36	65	49
3. doba porodní	0	0	0	0

Graf 24 Deskriptor bolesti tíživá (ťažká) v pôrodnej dobe



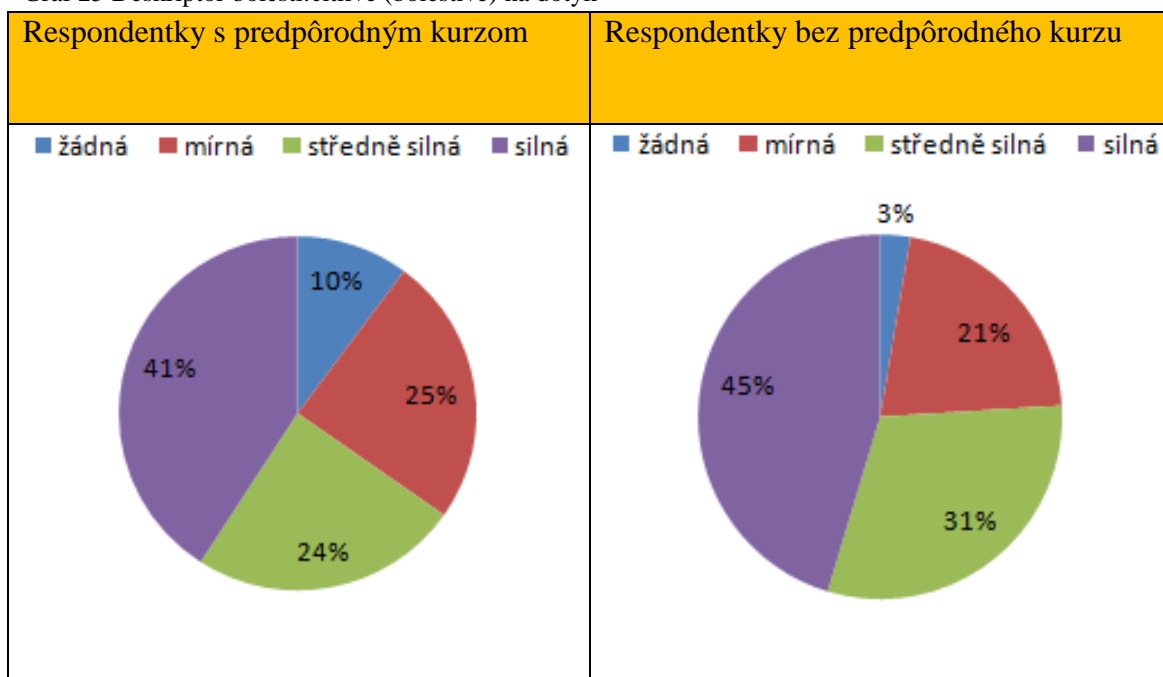
Tabuľka 22 a graf 24 zobrazuje odpovede žien, v ktorej časti pôrodu sa bolesť tíživá (ťažká) vyskytuje. U primipar s predpôrodným kurzom je 35% za prvú dobu pôrodnú a 65% za druhú dobu pôrodnú. Ženy bez predpôrodného kurzu uvádzajú, 51% v prvej dobe pôrodnej a 49% v druhej dobe pôrodnej, čo je presne opakom prvej skupiny žien. Ani jedna zo žien z oboch skupín neuviedla tretiu dobu pôrodnú.

10. Deskriptor bolesti: citlivé (bolestivé) na dotyk

Tabuľka 23 Deskriptor bolesti: citlivé (bolestivé) na dotyk

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	5	2	10	3
Mírná	12	16	25	21
Stredne silná	12	23	24	31
Silná	20	34	41	45
Σ	124		100	

Graf 25 Deskriptor bolesti: citlivé (bolestivé) na dotyk



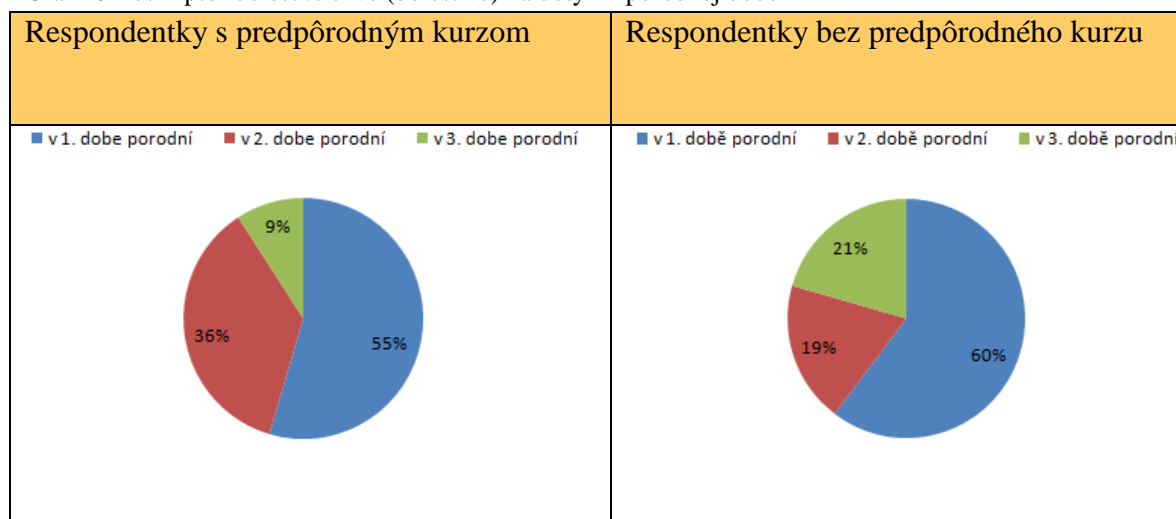
Tabuľka 23 a graf 25 zobrazuje výsledky deskriptoru bolesti citlivá, bolestivá na dotyk. V prvej skupine žien, s predpôrodným kurzom 10% žien uvádza, že sa táto bolesť nevyskytla. 25% žien uvádza ako miernu, 24% ako stredne silnú a až 41% ako silnú. U druhej skupiny žien, bez predpôrodného kurzu sú výsledky veľmi podobné. Väčšina

týchto žien taktiež uvádza túto bolesť ako silnú 45%, 31% ako stredne silnú, 21% ako miernu a iba 3% žien uvádzajú, že sa takáto bolesť nevykytla.

Tabuľka 24 Deskriptor bolesti:citlivé (bolestivé) na dotyk v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	24	44	55	60
2. doba porodní	16	14	36	19
3. doba porodní	4	15	9	21

Graf 26 Deskriptor bolesti:citlivé (bolestivé) na dotyk v pôrodnej dobe



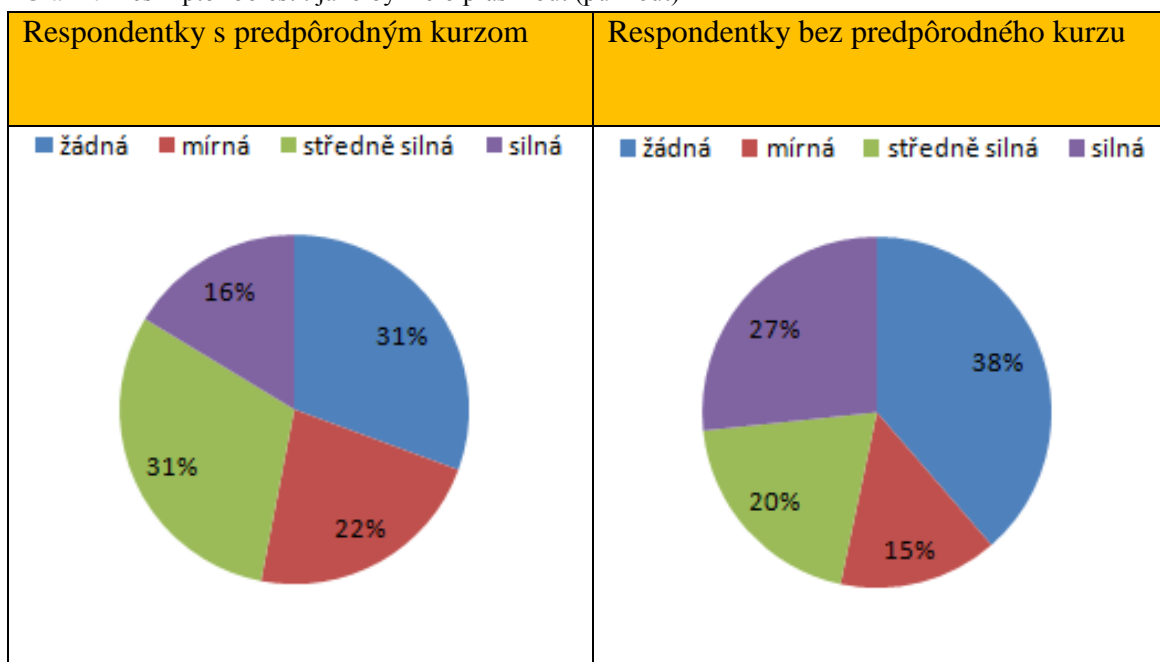
Tabuľka 24 a graf 26 zobrazujú v akej dobe pôrodnej ženy pociťovali bolesť: citlivá na dotyk. Najväčšie percento v oboch skupinách má prvá doba pôrodná 55= v prvej a 60% v druhej skupine. V druhej dobe pôrodnej uvádza 36% v prvej skupine a 19% v druhej skupine a v tretej dobe pôrodnej 9% a 21% v druhej skupine, čo je vyššie percento ako v druhej dobe pôrodnej.

11. Deskriptor bolesti: jako by mělo prasknout (puknout)

Tabuľka 25 Deskriptor bolesti: jako by mělo prasknout (puknout)

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	15	29	31	38
Mírná	11	11	22	15
Stredne silná	15	15	31	20
Silná	8	20	16	27
Σ	124		100	

Graf 27 Deskriptor bolesti: jako by mělo prasknout (puknout)



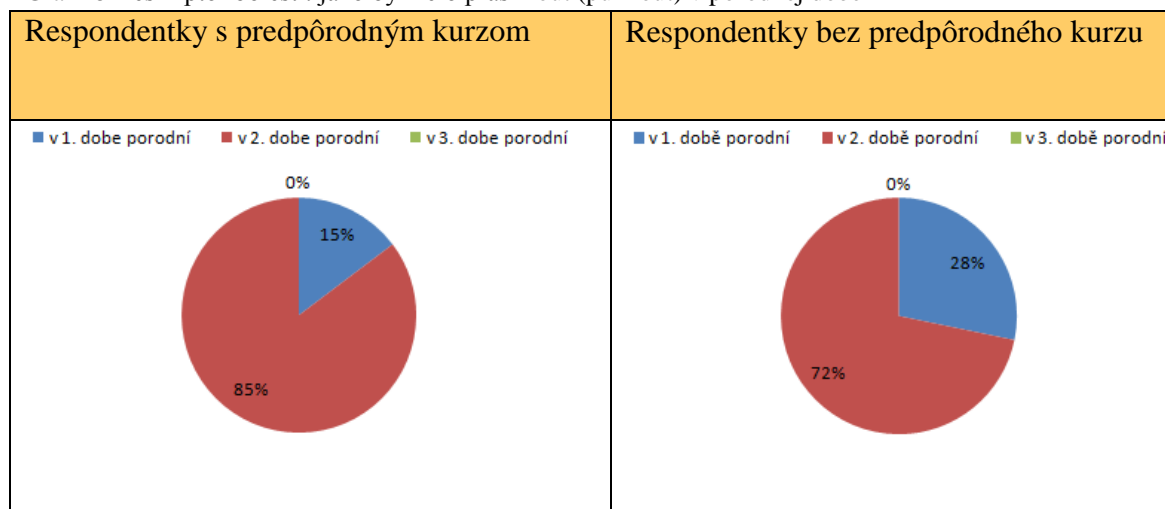
Tabuľka 25 a graf 27 zobrazujú výsledky na deskriptor bolesti: ako by malo prasknúť, puknúť. Grafy ukazujú, že odpovede sú rovnomerné medzi všetky možnosti. U žien s predpôrodným kurzom u 31% nebola táto bolesť vôbec zaznamenaná, 22% ako mierna, 31% ako stredne silná a 16% ako silná bolesť. U žien bez predpôrodného kurzu, sa táto bolesť vo vyššom percente nevyskytovala 38%, ako miernu ju uviedlo 15%,

ako stredne silnú 20% a ako silnú 27%, čo je väčšie percento ako u primipar s predpôrodným kurzom.

Tabuľka 26 Deskriptor bolesti: jako by mělo prasknout (puknout) v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	5	13	15	28
2. doba porodní	29	33	85	72
3. doba porodní	0	0	0	0

Graf 28 Deskriptor bolesti: jako by mělo prasknout (puknout) v pôrodnej dobe



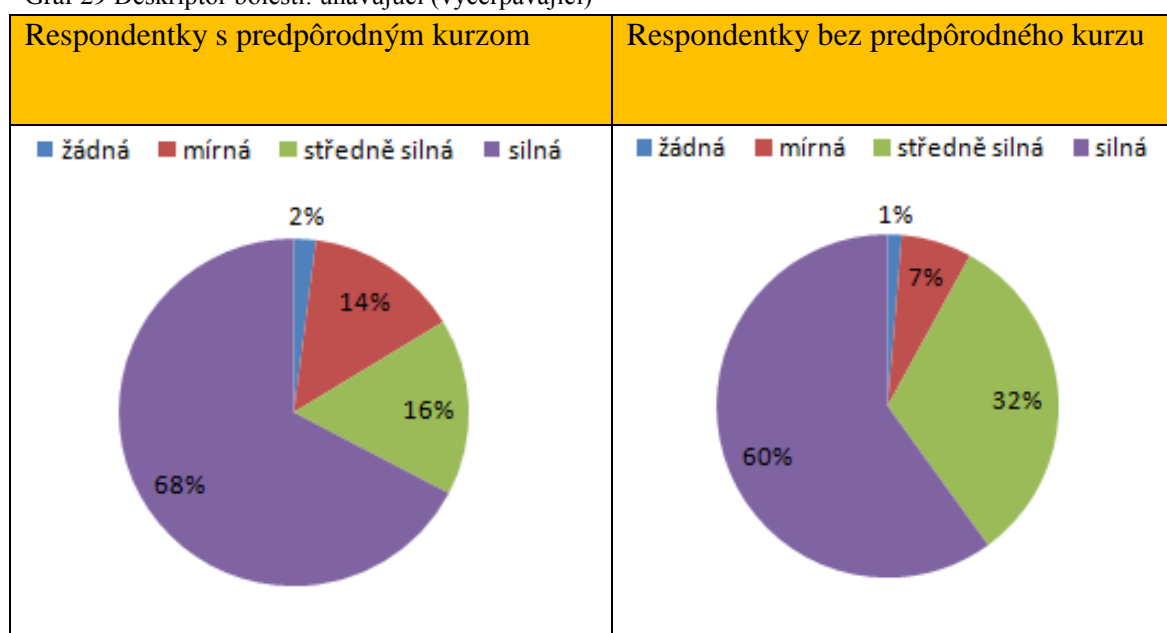
Tabuľka 26 a graf 28 poukazujú v akej dobe pôrodnej sa bolesť: ako by malo puknúť, prasknúť vo väčšine v oboch skupinách uvádza druhá doba pôrodná a to v prvej skupine 85% a v druhej skupine 72%. Nikto neuviedol tretiu dobu pôrodnú.

12. Deskriptor bolesti: unavující (vyčerpávající)

Tabuľka 27 Deskriptor bolesti: unavující (vyčerpávající)

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	1	1	2	1
Mírná	7	5	14	7
Stredne silná	8	24	16	32
Silná	33	45	68	60
Σ	124		100	

Graf 29 Deskriptor bolesti: unavující (vyčerpávající)

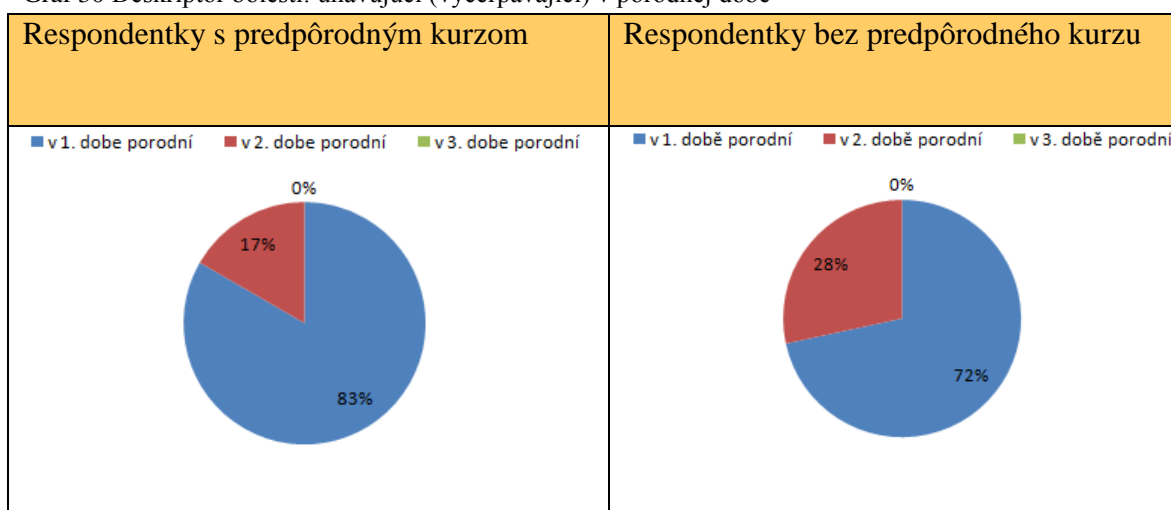


Tabuľka 27 a graf 29 zobrazujú deskriptor bolesti unavujúca, vyčerpávajúca. Primipary s predpôrodným kurzom uviedli až v 68% ako silná bolesť, 16% ako stredne silná, v 14% ako mierna a iba v 2% sa nevykystovala. Ženy bez predpôrodného kurzu sa tiež najviac zhodli, a to v 60% že táto bolesť je silná, v 32% že je stredne silná, v 7% mierna a iba 1% žien, čo predstavuje jedna žena, že táto bolesť sa behom pôrodu nevykystla.

Tabuľka 28 Deskriptor bolesti: unavujúci (vyčerpávajúci) v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	40	53	83	72
2. doba porodní	8	21	17	28
3. doba porodní	0	0	0	0

Graf 30 Deskriptor bolesti: unavujúci (vyčerpávajúci) v pôrodnej dobe



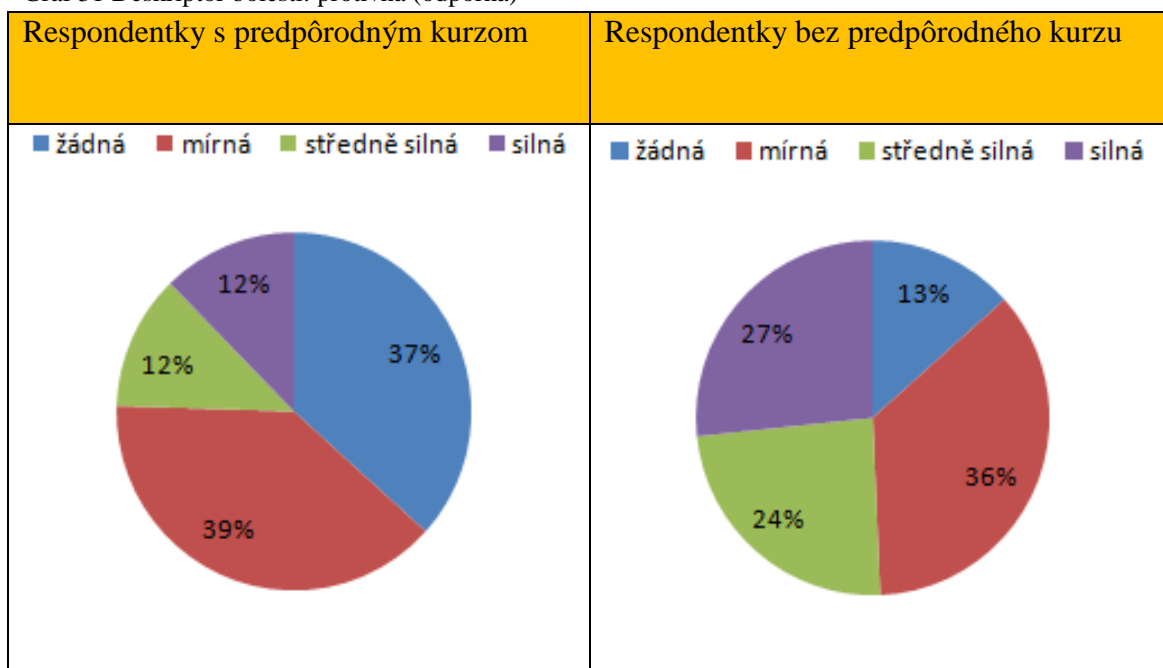
Tabuľka 28 a graf 30 zobrazujú výsledky o deskriptore bolesti unavujúca, vyčerpávajúca. Ženy s predpôrodným kurzom uvádzajú v 83% že sa táto bolesť vyskytuje v prvej dobe pôrodnej ženy bez predpôrodného kurzu v 72%. V 17% v prvej dobe pôrodnej u žien s predpôrodným kurzom a 28% v prvej dobe pôrodnej u žien bez predpôrodného kurzu. Nikto neuviedol túto bolesť vyskytujúcu sa v tretej dobe pôrodnej.

13. Deskriptor bolesti: protivná (odporná)

Tabuľka 29 Deskriptor bolesti: protivná (odporná)

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	18	10	37	13
Mírná	19	27	39	36
Stredne silná	6	18	12	24
Silná	6	20	12	27
Σ	124		100	

Graf 31 Deskriptor bolesti: protivná (odporná)

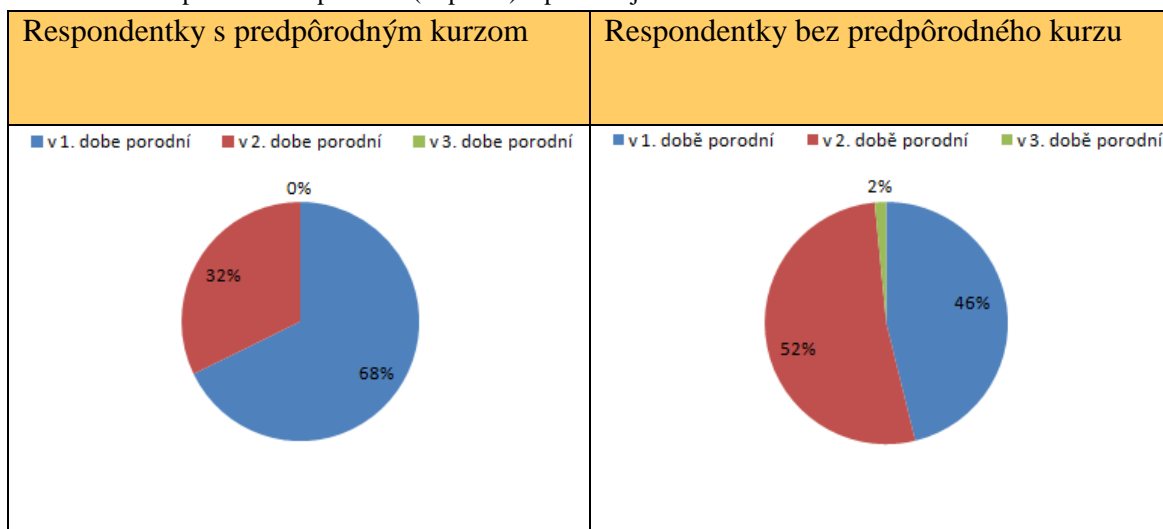


Tabuľka 29 a graf 31 zobrazuje odpovedi žien na deskriptor bolesti protivná, odporná. 37% žien bez predpôrodného kurzu uviedlo, že táto bolesť sa nevyskytla v priebehu pôrodu. 39% uviedlo ako bolesť miernu, 12% ako bolesť stredne silnú a rovnako 12% ako silnú. U žien bez predpôrodného kurzu sa odpoveď žiadna bolesť vyskytla v 13%, mierna bolesť v 36%, stredne silná v 24% a v 27% ako silná.

Tabuľka 30 Deskriptor bolesti: protivná (odporná) v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	21	30	68	46
2. doba porodní	10	34	32	52
3. doba porodní	0	1	0	2

Graf 32 Deskriptor bolesti: protivná (odporná) v pôrodnej dobe



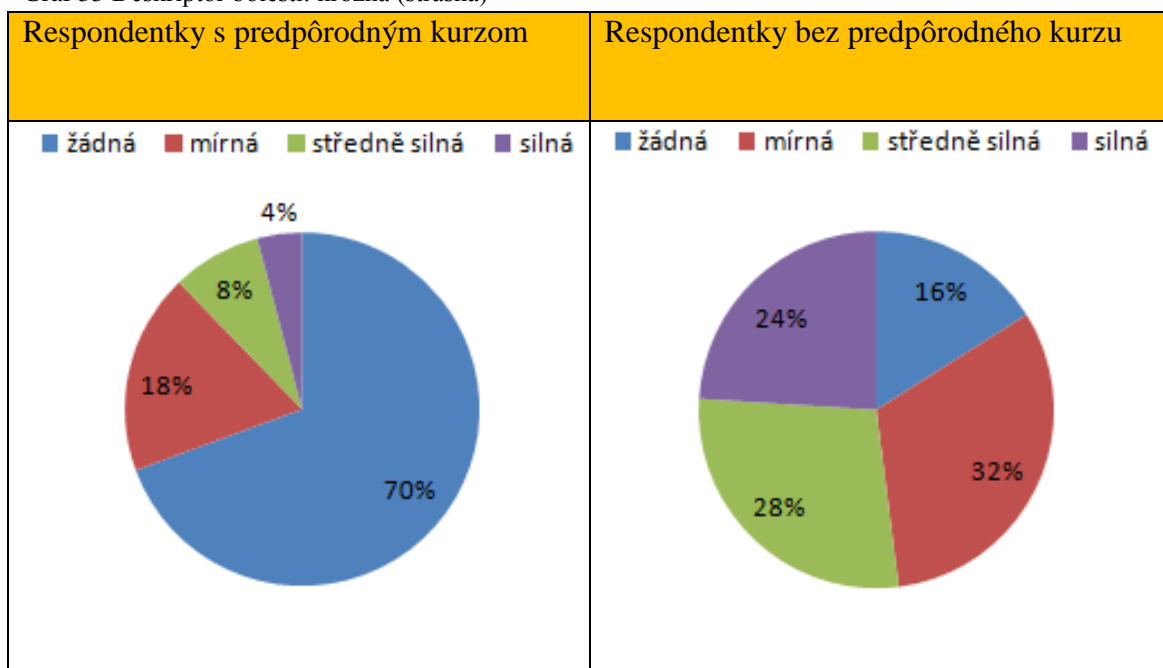
Tabuľka 30 a graf 32 zobrazuje výsledky, v ktorej časti pôrodu, sa bolesť protivná, odporná vyskytovala najviac. Ženy s predpôrodným kurzom uviedli v 68% prvá doba pôrodná, 32% druhá doba pôrodná a nikto neuviedol tretia doba pôrodná. Ženy bez predpôrodného kurzu uviedli v 46% prvá doba pôrodná, 52% druhá doba pôrodná a v 2% tretia doba pôrodná.

14. Deskriptor bolesti: hrozná (strašná)

Tabuľka 31 Deskriptor bolesti: hrozná (strašná)

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	34	12	70	16
Mírná	9	24	18	32
Stredne silná	4	21	8	28
Silná	2	18	4	24
Σ	124		100	

Graf 33 Deskriptor bolesti: hrozná (strašná)

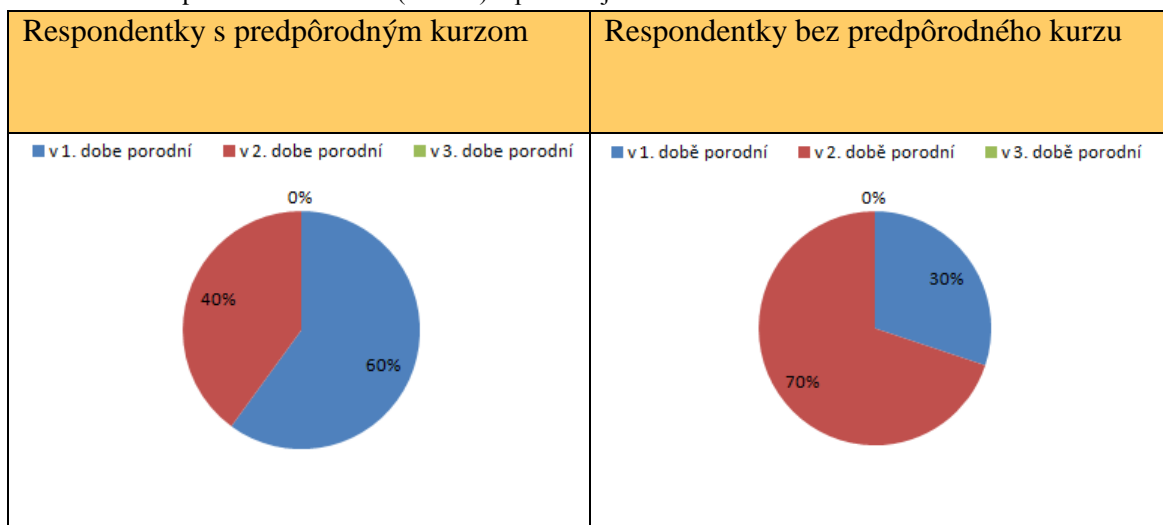


Tabuľka 31 a graf 33 zobrazujú odpovede na deskriptor bolesti hrozná, strašná. 70% prnmpar s predpôrodným kurzom uviedli, že sa táto bolesť nevyskytla naproti 16% žien bez predpôrodného kurzu, ktoré väčšinou bolesť uvádzali a to 32% ako mierna, 28/ ako stredne silná a 24% ako silná. Prvá skupina uviedla bolesť minimálne a to 18% ako mierna, 8% ako stredne silná a 4% ako silná.

Tabuľka 32 Deskriptor bolesti: hrozná (strašná) v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	9	19	60	30
2. doba porodní	6	44	40	70
3. doba porodní	0	0	0	0

Graf 34 Deskriptor bolesti: hrozná (strašná) v pôrodnej dobe



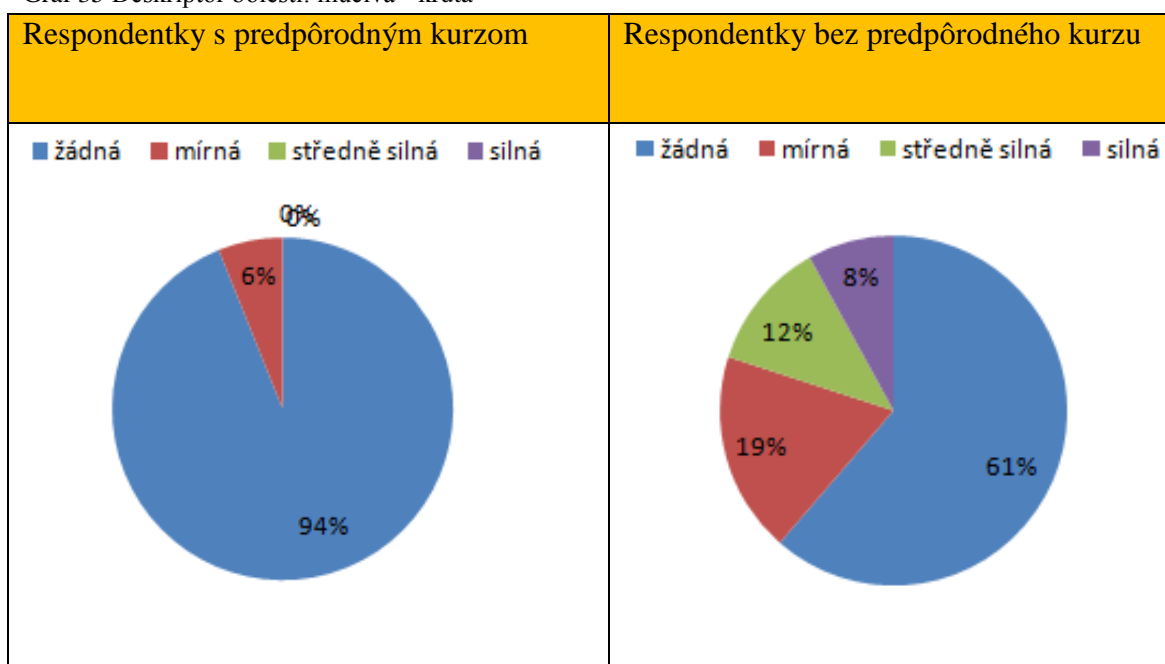
Tabuľka 32 a graf 34 zobrazuje výsledky žien, ktoré uviedli, že v priebehu pôrodu pocítili bolesť ako hroznú, strašnú. 60% žien s predpôrodným kurzom uviedli bolesť v prvej dobe pôrodnej, 40% v druhej dobe pôrodnej a nikto v tretej dobe pôrodnej. Ženy bez predpôrodného kurzu uviedli iba v 30% že sa bolesť vyskytla v prvej dobe pôrodnej, ale až 70% v druhej dobe pôrodnej a takisto nikto neuviedol tretiu dobu pôrodnú.

15. Deskriptor bolesti: mučivá - krutá

Tabuľka 33 Deskriptor bolesti: mučivá - krutá

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	46	46	94	61
Mírná	3	14	6	19
Stredne silná	0	9	0	12
Silná	0	6	0	8
Σ	124		100	

Graf 35 Deskriptor bolesti: mučivá - krutá

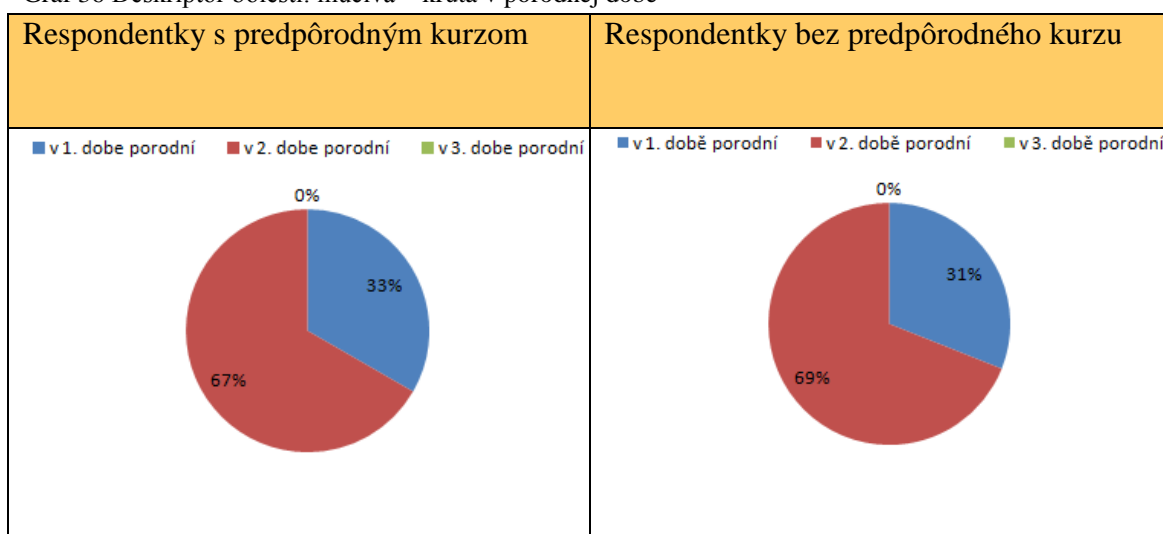


Tabuľka 33 a graf 35 zobrazujú odpovede na otázku o intenzite bolesti krutá, mučivá. Až 94% žien s predpôrodným kurzom uviedli, že takáto bolesť v priebehu pôrodu nenastala a iba 6% uviedlo ako bolesť miernu. Ženy bez predpôrodného kurzu uviedli, že takúto bolesť nepocítili v 61%, v 19% uviedli ako miernu, 12% stredne silnú a v 8% ako silnú.

Tabuľka 34 Deskriptor bolesti: mučivá – krutá v pôrodnej dobe

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
1. doba porodní	1	9	33	31
2. doba porodní	2	20	67	69
3. doba porodní	0	0	0	0

Graf 36 Deskriptor bolesti: mučivá – krutá v pôrodnej dobe

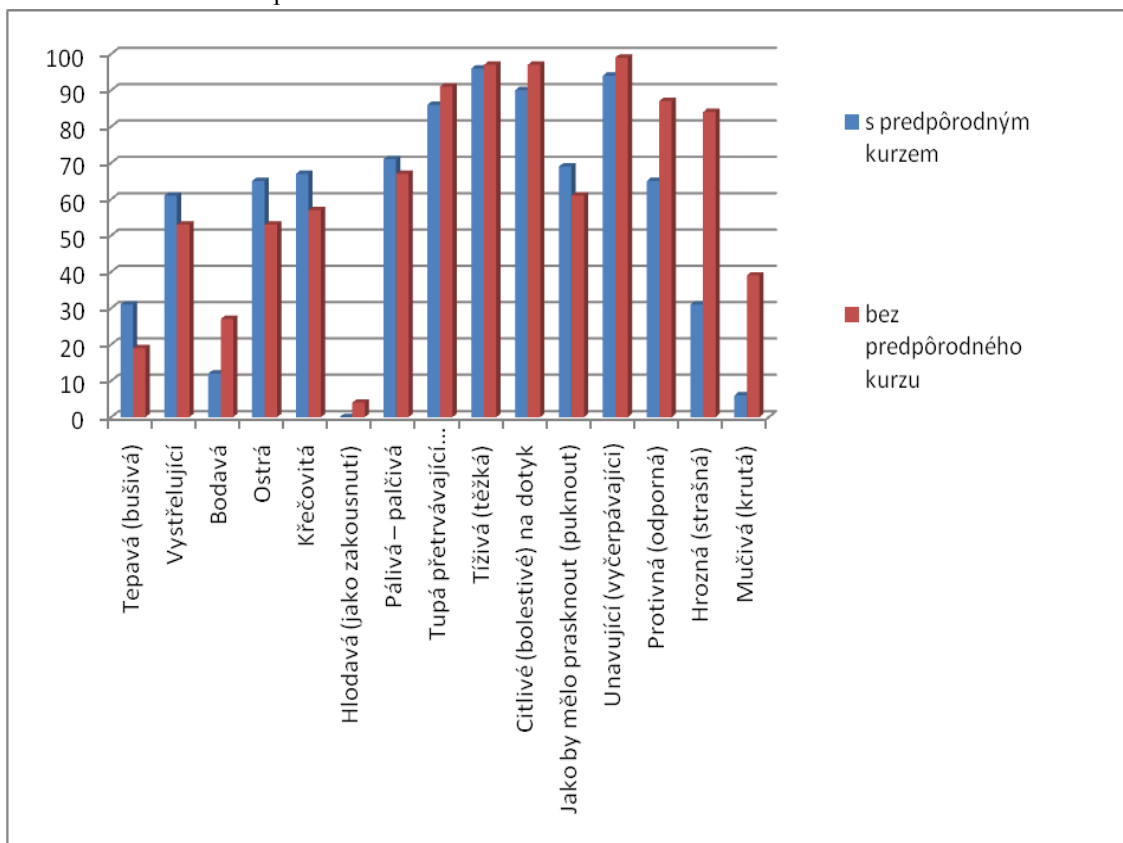


Tabuľka 34 a graf 36 zobrazuje výsledky žien v ktorej dobe pôrodnej pociťovali bolesť mučivá, krutá. 3 ženy s predpôrodným kurzom, ktoré uviedli, že túto bolesť behom pôrodu pociťovali ju pociťovali v 67% v prvej dobe pôrodnej a v 33% v druhej dobe pôrodnej. V tretej dobe pôrodnej ju žiadna nepociťovala. Ženy bez predpôrodného kurzu uviedli, že bolesť pociťovali v 69% v prvej dobe pôrodnej a 31% v druhej dobe pôrodnej. Takisto žiadna neuviedla tretiu dobu pôrodnú.

Tabuľka 35 Početnosť deskriptorov bolesti

	Respondentky s predpôrodným kurzom		Respondentky bez predpôrodného kurzu	
	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť %	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť %
Tepavá (bušivá)	15	31	14	19
Vystřelující	30	61	40	53
Bodavá	6	12	20	27
Ostrá	32	65	40	53
Křečovitá	33	67	43	57
Hlodavá (jako zakousnutí)	0	0	3	4
Pálivá – palčivá	35	71	50	67
Tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)	42	86	68	91
Tíživá (těžká)	47	96	73	97
Citlivé (bolestivé) na dotyk	44	90	73	97
Jako by mělo prasknout (puknout)	34	69	46	61
Unavující (vyčerpávající)	46	94	74	99
Protivná (odporná)	32	65	65	87
Hrozná (strašná)	15	31	63	84
Mučivá (krutá)	3	6	29	39

Graf 37 Početnosť deskriptorov bolesti

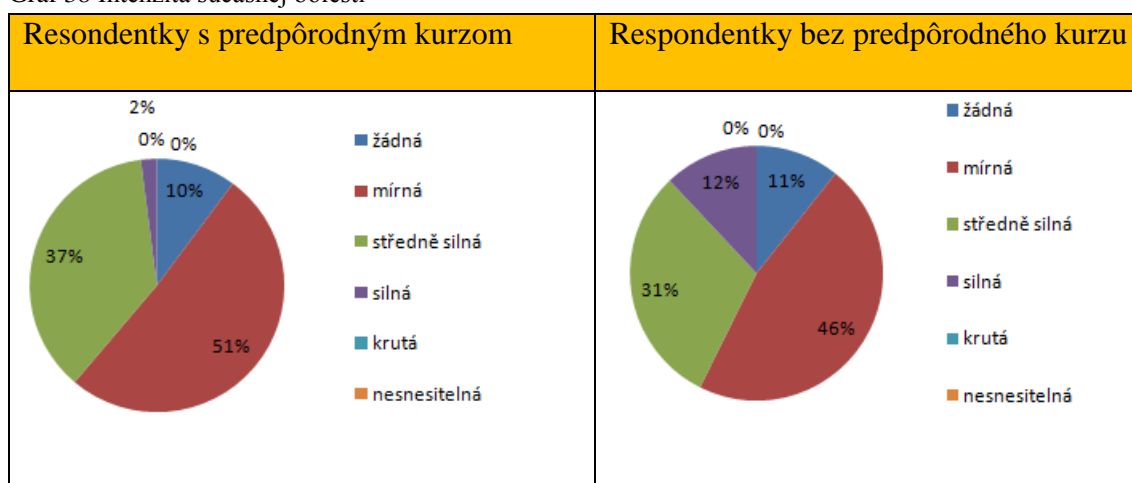


Tabuľka 35 a graf 37 zobrazujú výsledky početností jednotlivých deskriptorov bolesti. U žien s predpôrodným kurzom, bola najčastejšie uvádzaná bolesť ťaživá, ťažká v 96%, druhá najčastejšie bola unavujúca, vyčerpávajúca v 94% a tretia najčastejšia uvádzaná bolesť bola citlivá (bolestivá) na dotyk v 90%. U žien bez predpôrodného kurzu najčastejšie uvedená bolesť bola unavujúca, vyčerpávajúca až v 99%, druhá najčastejšia zhodne ťažká a citlivá na dotyk v 97% a tretia najčastejšia bola tupá pretrvávajúca v 91%. Môžeme povedať že prvé tri najčastejšie uvádzané bolesti boli v oboch skupinách rovnaké, ale v inom poradí. Najmenej uvádzaná bolesť bola zhodne u oboch skupinách hlodavá. Najväčší rozdiel bol v deskriptore bolesti mučivá, kde ženy bez predpôrodného kurzu ju uvádzajú až v 39% a ženy s predpôrodným kurzom v 6%. Opačne, deskriptor bolesti pálivá, palčivá sa viac vyskytoval u žien s predpôrodným kurzom a to v 71% a u žien bez predpôrodného kurzu v 67%.

Tabuľka 36 Intenzita súčasnej bolesti

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
Žiadná	5	8	10	11
Mírná	25	35	51	46
Stredne silná	18	23	37	31
Silná	1	9	2	12
Krutá	0	0	0	0
Nesnesiteľná	0	0	0	0

Graf 38 Intenzita súčasnej bolesti

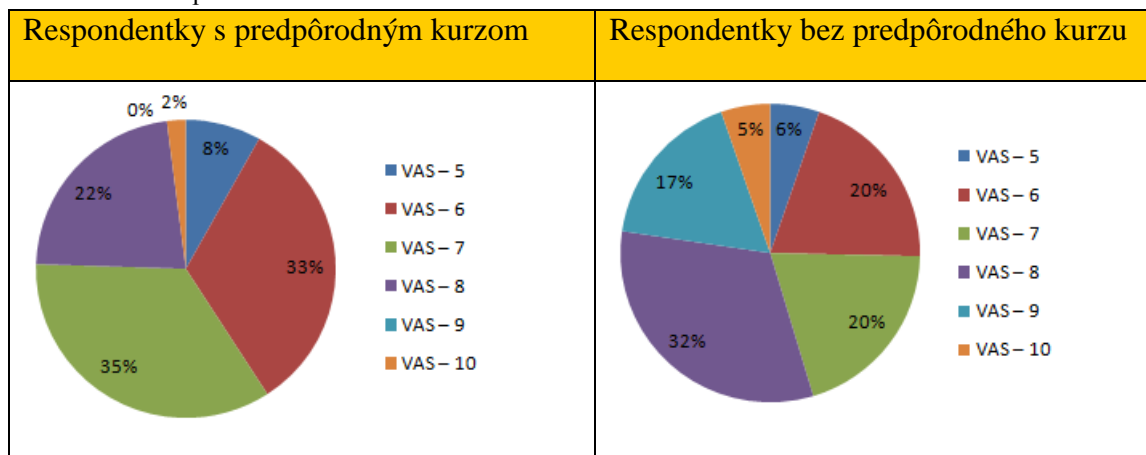


Tabuľka 36 a graf 38 zobrazujú odpovede o súčasnej intenzite bolesti, na ktorú boli opýtané do 24 hodín od pôrodu. Najčastejšie zmieňovaná odpoveď v oboch skupinách žien bola mierna a to v prvej skupine 51% a v druhej skupine 46%. U oboch skupinách sa odpoveď krutá a neznesiteľná neobjavila ani raz.

Tabuľka 37 Celková pôrodná bolesť

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť %	
	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu	Respondentky s predpôrodným kurzom	Respondentky bez predpôrodného kurzu
VAS – 5	4	4	8	6
VAS – 6	16	15	33	20
VAS – 7	17	15	35	20
VAS – 8	11	24	22	32
VAS – 9	0	13	0	17
VAS – 10	1	4	2	5

Graf 39 Celková pôrodná bolesť



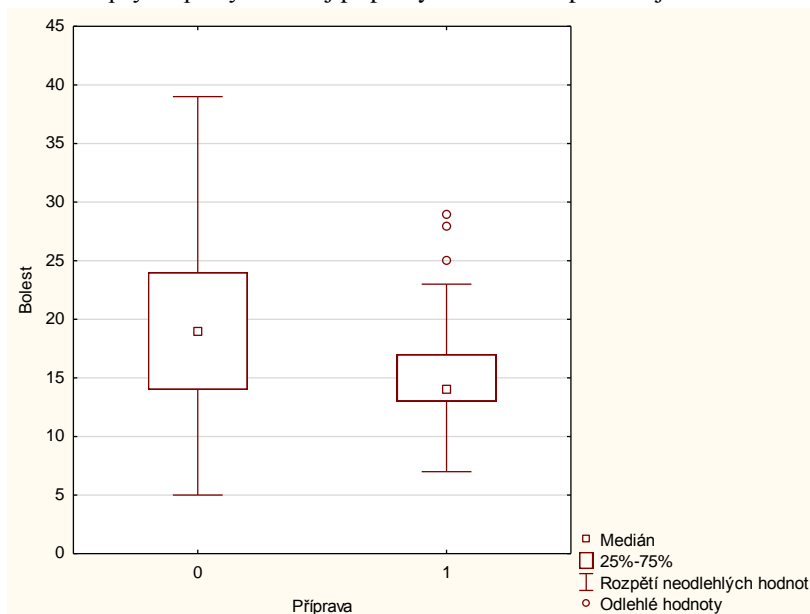
Tabuľka 37 a graf 39 zobrazuje výsledky celkovej pôrodnej bolesti uvedenej na vizuálnej analógovej škále – VAS. Žiadna žena neuviedla hodnotu VAS nižšiu ako 5, preto sa v tabuľke nenachádzajú. Respondentky s predpôrodným kurzom najčastejšie uvádzali hodnotu VAS celkového pôrodu 7 a respondentky bez predpôrodného kurzu uvádzali najčastejšie na škále VAS hodnotu 8.

Tabuľka 38 Stupnice SF-MPQ

		Celkový dosiahnutý počet bodov			Prepis na STENY		
		PRI - S	PRI - A	PRI - T	PRI - S	PRI - A	PRI - T
		Respondentky s predpôrodným kurzom	Priemer	11,38	4,18	15,56	3,72
SD	3,59	1,97	4,58	2,55	3,05	2,57	
Respondentky bez predpôrodného kurzu	Priemer	12,58	6,42	19	4,39	5,04	4,38
SD	5,02	2,92	7,16	2,55	3,05	2,57	

Tabuľka 38 zobrazuje výčet stupnice Short Form – McGill Pain Questionnaire – Krátka forma McGillovho dotazníku bolesti. Všetky zložky v dotazníku (senzorickú, afektívnu a totálnu) majú ženy bez predpôrodného kurzu o málo vyššiu. Hodnoty sa prepisujú na steny, ktoré určujú veľkosť bolesti od hodnoty 1 po hodnotu 10 ako hodnotu najvyššiu. Celková bolesť v stenoch u žien s predpôrodným kurzom má hodnotu necelých 3 a celková bolesť u žien bez predpôrodného kurzu je vyše 4 steny.

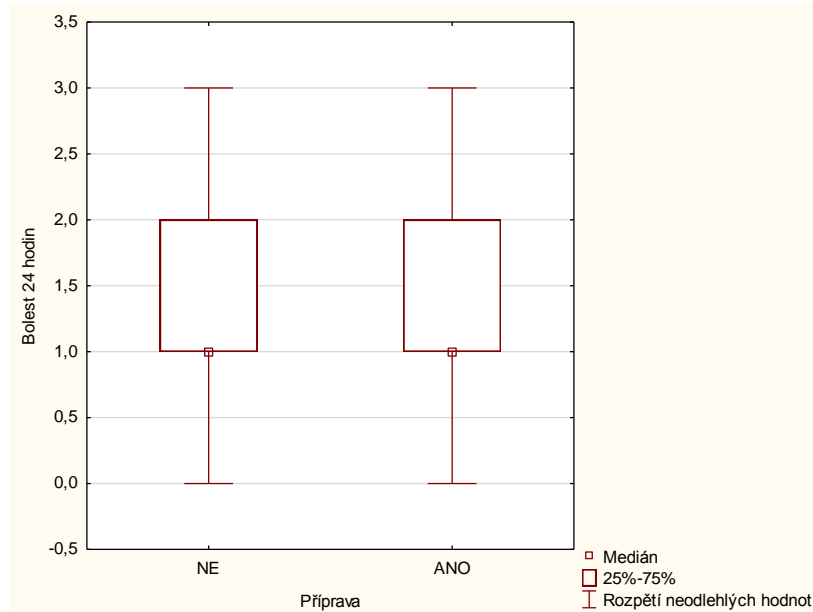
Graf 40 Závislosť psychoprofylaktickej prípravy na intenzitu pôrodnej bolesti



Graf 40 zobrazuje závislosť psychoprofylaktickej prípravy na intenzitu pôrodnej bolesti. V subjektívnom vnímaní pôrodných bolestí existuje štatisticky významný rozdiel.

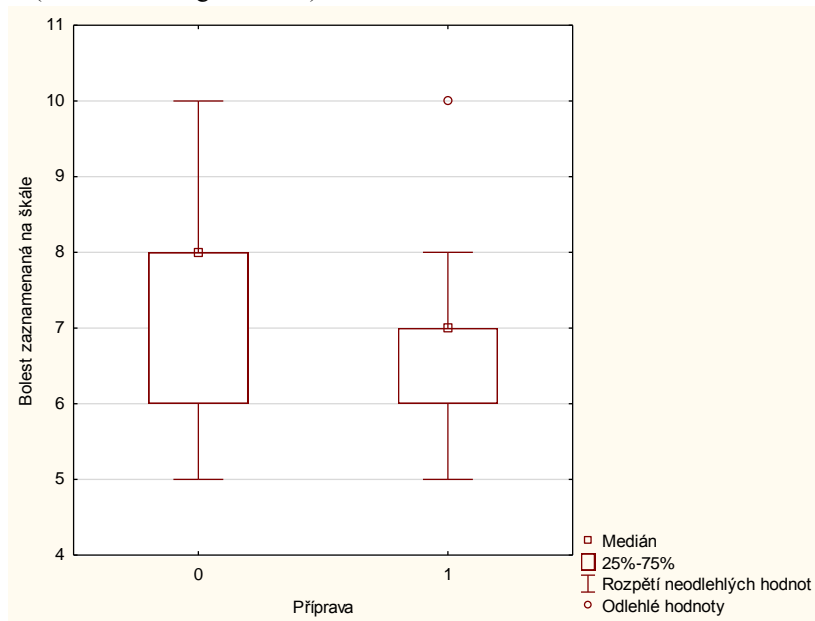
Testovanie ukázalo, že ženy bez prípravy vnímajú pôrodnú bolesť viac ako ženy s psychoprofylaktickou prípravou. $U=1304$: $p=0,006350$ **

Graf 41 Závislosť psychoprofylaktickej prípravy na bolesť v prvých 24 hodinách po pôrode



Graf 41 - zobrazuje závislosť psychoprofylaktickej prípravy na bolesť v prvých 24 hodinách po pôrode. V subjektívnom vnímaní popôrodných bolestí v prvých 24 hodinách neexistuje štatisticky významný rozdiel. Testovanie ukázalo, že ženy bez prípravy vnímajú pôrodnú bolesť podobne ako ženy s psychoprofylaktickou prípravou. $U=1709$: $p=0,477685$

Graf 42 Závislosť psychoprofylaktickej prípravy na celkové hodnotenie pôrodnej bolesti na škále VAS (vizuálna analógová škála)



Graf 42 zobrazuje závislosť psychoprofylaktickej prípravy na hodnotenie pôrodnej bolesti na škále VAS – Vizualná analógová škála.. V subjektívnom vnímaní pôrodných bolestí naznačenej na VAS škále, existuje štatisticky významný rozdiel. Testovanie ukázalo, že ženy bez prípravy uvádzajú vyššiu bolesť na VAS škále ako ženy s psychoprofylaktickou prípravou. $U=1221,5$; $p=0,001199$ **

3.2 Analýza výsledkov

Odpovede na výskumné otázky

1. Koľko % žien s psychoprofylaktickou prípravou využilo tíšenie bolesti farmakologickou metódou oproti ženám bez psychoprofylaktickej prípravy?

Skoro polovica primipar s predpôrodným kurzom využila farmakologickú analgéziu v priebehu pôrodu. Najviac využívali spasmolytika, analgetika a rajský plyn. Oproti nim primipary bez predpôrodného kurzu využili farmakologické tíšenie bolesti v 75%. Najčastejšie využili spasmolytika, analgetika a opiáty.

2. Aké sú najčastejšie využívané farmakologické prostriedky na tíšenie bolesti v priebehu pôrodu?

V skúmanom vzorku žien boli najviac využívané spasmolytika a analgetika bez závislosti na účasti predpôrodného kurzu.

3. Koľko % žien využilo viac ako jeden farmakologický prípravok na tíšenie bolesti v priebehu pôrodu?

14% žien bez závislosti na účasti predpôrodného kurzu využilo viac ako jeden druh farmakologických prípravkov na tíšenie bolesti. V jednotlivých skupinách boli výsledky nasledovné: primipary s predpôrodným kurzom využili v 10% relatívnej početnosti viac ako jeden druh farmakologických prípravkov a v skupine primipar bez predpôrodného kurzu 16% relatívnej početnosti.

4. Do akej miery je rozdielne vnímanie pôrodnej bolesti v dobách pôrodných u žien s psychoprofylaktickou prípravou oproti ženám bez psychoprofylaktickej prípravy?

Ženy s predpôrodným kurzom najčastejšie uvádzali deskriptor bolesti: ťažká, unavujúca a bolestivá na dotyk. Charakteristika bolesti ťažká uvádzali v 65% v druhej dobe pôrodnej, charakteristika bolesti unavujúca v 83% v prvej dobe pôrodnej a charakteristiku bolesti: bolestivá na dotyk v 55% taktiež v prvej dobe pôrodnej. Respondentky bez predpôrodnej prípravy uvádzali najčastejšie

deskriptor bolesti: unavujúca, ťažká a bolestivá na dotyk. Charakteristiku bolesti unavujúca uvádzali respondentky v 72% v prvej dobe pôrodnej, charakteristiku bolesti ťažká v 51% v prvej dobe pôrodnej a a charakteristiku bolesti bolestivá na dotyk v 60% v prvej dobe pôrodnej. Môžeme povedať že prvé tri najčastejšie uvádzané bolesti boli v oboch skupinách rovnaké, ale v inom poradí. Najmenej uvádená bolesť bola zhodne u oboch skupinách hlodavá. U prvorodičiek bez predpôrodného kurzu sa nevyskytla ani raz a u prvorodičiek bez predpôrodného kurzu sa vyskytla v 3 prípadoch (4%) a uvádzali ju hlavne v prvej dobe pôrodnej. Najväčší rozdiel bol v deskriptore bolesti mučivá, kde ženy bez predpôrodného kurzu ju uvádzajú až v 39% a to v 69% v druhej dobe pôrodnej. Ženy s predpôrodným kurzom v 6%, takže v druhej dobe pôrodnej. Opačne, deskriptor bolesti pálivá, palčivá sa viac vyskytoval u žien s predpôrodným kurzom a to v 71% , definovali ju hlavne v druhej dobe pôrodnej 74%. U žien bez predpôrodného kurzu v 67% a taktiež v druhej dobe pôrodnej.

Odpovede na hypotézy

H₁₀ V subjektívnom vnímaní pôrodných bolestí neexistuje štatisticky významný rozdiel medzi prvorodičkami s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvorodičkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

H₁₁ V subjektívnom vnímaní pôrodných bolestí existuje štatisticky významný rozdiel medzi prvorodičkami s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvorodičkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

Závislosť psychoprofylaktickej prípravy na intenzitu pôrodnej bolesti, v subjektívnom vnímaní pôrodných bolestí existuje štatisticky významný rozdiel. Testovanie ukázalo, že ženy bez prípravy vnímajú pôrodnú bolesť viac ako ženy s psychoprofylaktickou prípravou.

Hodnota $U=1304$

Hodnota $p=0,006350$

Hviezdičková notácia: * *

Slovná notácia: vysoko signifikantné

Výsledok: hypotézu H₁₁ prijímame

H₂₀ v subjektívnom vnímaní intenzity bolesti po pôrode do 24 hodín neexistuje štatisticky významný rozdiel medzi prvorodičkami s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvorodičkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

H₂₁ v subjektívnom vnímaní intenzity bolesti po pôrode do 24 hodín existuje štatisticky významný rozdiel medzi prvorodičkami s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvorodičkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

Závislosť psychoprofylaktickej prípravy na bolesť v prvých 24hodinách po pôrode, v subjektívnom vnímaní popôrodných bolestí v prvých 24 hodinách neexistuje štatisticky významný rozdiel. Testovanie ukázalo, že ženy bez prípravy vnímajú pôrodnú bolesť podobne ako ženy s psychoprofylaktickou prípravou.

Hodnota $U=1709$

Hodnota $p=0,477685$

Hviezdičková notácia: -

Slovná notácia: nie je signifikantné

Výsledok: hypotézu H₂₁ neprijímame

H₃₀ v subjektívnom vnímaní celkovej pôrodnej bolesti naznačenej na vizuálnej analógovej škále je nižšia u prvorodičiek s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvorodičkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

H₃₁ v subjektívnom vnímaní celkovej pôrodnej bolesti naznačenej na vizuálnej analógovej škále je vyššia u prvorodičiek s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvorodičkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

Závislosť psychoprofylactickej prípravy na hodnotenie pôrodnej bolesti na škále VAS – Vizuálna analógová škála, v subjektívnom vnímaní pôrodných bolestí, existuje štatisticky významný rozdiel. Testovanie ukázalo, že ženy bez prípravy uvádzajú vyššiu bolesť na VAS škále ako ženy s psychoprofylactickej prípravou. $U=1221,5$; $p=0,001199$ **

Hodnota $U=1221,5$

Hodnota $p=0,001199$

Hviezdičková notácia: * *

Slovná notácia: vysoko signifikantné

Výsledok: hypotézu H₃₁ prijímame

3.3 Diskusia

Téma diplomovej práce bola zameraná na vplyv predpôrodnej prípravy na bolesť behom pôrodu. Bolesť podľa poučky od Svetovej zdravotníckej organizácie je neprijemná senzorická a emocionálna skúsenosť spojená s akútnym alebo i s potencionálnym poškodením tkaniva. Křivohlavý (2002) popisuje bolesť ako jav, ktorý je na rozhraní fyziologie a psychologie, preto ju označuje ako multidimenzionálny fenomén. Psychologické hľadisko u pôrodnej bolesti je významne zvýšené. Opavský (2011) sa na pôrodnú bolesť pozerá ako na zložitý reflex, ktorý je ovplyvnený kultúrou, predchadzajúcou skúsenosťou a ďalšími faktormi. Ale bolesť je subjektívny vnem a každý ju prežíva inak. Pôrodná bolesť je špecifický typ bolesti, ale s pozitívnym nábojom. Niven (1996) dodáva, že je to najviac pozitívna životná udalosť. Leifer (2004) podotýka, že bolesť je súčasť pôrodného deja a preto sa na ňu môžeme pripraviť. Taktiež uvádza, že táto bolesť nie je nekonečná, končí narodením dieťaťa. Bolesť je neoddeliteľnou súčasťou pôrodného deja, v jednotlivých dobách pôrodných je charakterizovaná rôzne. Bašková (2015) jej v prvej dobe dáva prívlastok otváracia a popisuje ju ako tupú, viscerálnu bolesť. V druhej dobe ju popisuje ako somatickú ostrú, ktorá je spôsobená traumatizáciou vagíny a perinea. V tretej dobe pôrodnej Takács (2015) už nehovorí o bolesti, pretože v mozgu matky sa vyplavujú endorfíny z narodenia dieťaťa a tie majú analgetický účinok.

Aby žena túto bolesť mohla zvládnuť existujú rôzne nefarmakologické, ale i farmakologické prostriedky. Predpôrodná príprava, ako uvádza Hudáková, Kopáčiková, vznikla ako určitý druh analgézie. Vznikla z hyposugescie už v roku 1833. V priebehu rokov mali ženy na predpôrodnú prípravu ako druh analgezie rôzne názory. Z počiatku, to bolo nové a u gravidných žien veľmi obľúbené. Lamaze a jeho závažné výsledky z vplyvu predpôrodnej prípravy na bolesť publikoval roku 1955 a konali sa rôzne svetové kongresy na túto tematiku. Avšak na konci 70tych rokov nadšenie z psychoprofylaxie začal klesať, pretože analgetický účinok nebol až tak veľký ako ženy očakávali. Taktiež medicína robila veľké pokroky a vznikali nové, v tlmení bolesti, účinnejšie metódy, farmakologické metódy. Napriek tomu predpôrodné prípravy nezanikli, ale už sa nepovažovali za analgetikum. Pařízek (2013) tvrdí, že aj keď výsledky merania bolesti u žien s predpôrodnou prípravou neodpovedajú očakávaniu, ktorú si pôrodníci predstavovali, tak význam predpôrodnej prípravy by nemal byť podceňovaný. Predpôrodné prípravy sú zdrojom informácií a prípravou na materstvo. Je

to dobrovoľný kurz pre budúce matky. V súčasnosti existujú rôzne predpôrodné kurzy, niektoré sú určené výhradne matkám iné zasa pre páry, kde aj otec sa pripravuje na príchod dieťaťa do rodiny. Psychoprofylaktická príprava má rôznu dĺžku. Niektoré majú viacero hodín rozdelených do tématických celkov a usporiadávajú sa s rôznou frekvenciou, iné sú zasa koncipované ako víkendové kurzy, či dokonca denné kurzy. Častou súčasťou predpôrodných kurzov je aj prehliadka pôrodných sál a oddelenia šestonedelia, aby sa rodička zoznámila s priestorom a nemala strach a obavy z neznámyho prostredia. V 21. Storočí keď sa pôrody stali výhradne medicínskou záležitosťou sa čoraz viac žien utieka späť k naturálnym pôrodom a vyhľadávajú čo najviac nefarmakologických tíšiacich prostriedkov.

Empirická časť diplomovej práce sa zaoberá vplyvom predpôrodnej prípravy ako nefarmakologického tíšenia bolesti. Z demografického hľadiska sme zisťovali iba vek rodičiek, aby sme si vytvorili prehľad nášho skúmaného súboru. Skúmaný súbor tvorili ženy primipary, ktoré súhlasili so zberom dát a ich pôrod mal fyziologický charakter. Skúmaný súbor bol rozdelený na dve skupiny. Prvú skupinu tvorili primipary, ktoré prešli predpôrodným kurzom. Podmienka bola aby kurz, ktorým prešli bol kurz Mělnickej pôrodnice, aby sme vylúčili iný vplyv a informácie a príprava, ktoré dostali boli rovnaké. Druhú skupinu tvorili primipary bez predpôrodného kurzu. Priemerný vek všetkých rodičiek bol 29 rokov. Priemerný vek prvej skupiny bol o niečo vyšší a to 30rokov a priemerný vek druhej skupiny o niečo nižší a to 28rokov. Najstaršia prvorodička v oboch skupinách mala 38 rokov a najmladšia prvorodička, ktorá patrila do skupiny bez predpôrodného kurzu bola ešte neplnoletá 17ročná žena. Trendom súčasnej doby je odsúvať materstvo na neskorší vek a dôvodom je budovanie kariéry, cestovanie a iné životné priority. Preto i v priebehu posledných rokov stúpol priemerný vek prvorodičiek. V roku 2001 predstavoval priemerný vek prvorodičiek 25,3rokov v roku 2018 už je to 28,2roku. V Prahe je priemerný vek prvorodičiek od roku 2001 nad 30ročnou hranicou(ČSÚ). Vo väčšine vyspelých krajín je rodičovstvo u žien nad 35 rokov (Bréart et al.,2003). Nedávno sa však objavil nový trend, a to mať prvé dieťa až po 45roku života, čo je ovplyvnené vývojom technológií asistovanej reprodukcie (Krieg et al., 2008). Okrem veku, ženám boli kladené otázky, či využili nejakú z farmakologických tíšiacich prostriedkov, čo bolo následne kontrolované s dokumentáciou. 49% žien s predpôrodnou prípravou využilo farmakologickú analgéziu z toho 10% žien viac ako jednu. Najčastejšie boli využívané spasmolytika

(40%), analgetika (18%) a rajský plyn (15%). Keďže telo ženy je najlepšie pripravené na počatie, vynosenie a porodenie potomka vo veku okolo 24 rokov a v súčasnosti je vek prvorodičiek vyšší, vysoké percento využitia spasmolytik na uvoľnenie svalstva a povolenie pôrodnicej branky, je často potrebné. V predpôrodných kurzoch v Mělnickej nemocnici, sa venujú aj rôznym spôsobom tíšenia bolesti, kde je ženám predstavovaný aj rajský plyn – entonox. Preto sú ženy informované aj o tomto spôsobe tíšenia bolesti a vyberajú si ho častejšie (15%) ako ženy bez predpôrodného kurzu (1%). U žien bez predpôrodného kurzu boli využité farmakologické prostriedky vo 75%. Najčastejšie využívali spasmolytika (39%), analgetika (34%) a opiáty (14%).

Pôrod predstavuje významnú udalosť v živote ženy a bolesť je jej fyziologickou súčasťou. Niven (1995) popisuje pôrodný proces ako hlboký psychosociálny zážitok. Obdobie tehotenstva je náročné jak po fyzickej tak po psychickej stránke, preto je vhodné aby ženy navštevovali predpôrodnú prípravu a tým sa dostatočne na tento dej pripravili. Hlavným zmyslom predpôrodnej prípravy je pozitívne naladenie mysle a získanie, čo najviac informácií a praktických zručností, ktoré umožnia žene zvládnuť tehotenstvo, pôrod a následne starostlivosť o novorodenca (Bašková, 2015). Predpôrodné kurzy sú určené všetkým ženám bez ohľadu na paritu, ale predovšetkým prvorodičkám, ktoré ešte nemajú skúsenosti a dostatok informácií o tomto deji. Pôrodné asistentky, ktoré vedú tieto predpôrodné kurzy, by mali poskytovať validné informácie. Nemali by sa ma obmedzovať, ako varuje Svensson et al. (2007), iba na informácie k prevádzke ich zdravotníckeho zariadenia. Vo svojej štúdií Svensson, zistil, že informácie prezentované v predpôrodných kurzoch rodičom sa líšili od očakávania a od informácií, ktoré sa chceli dozvedieť rodičia.

Firouzbakht (2014) uvádza nedostatok informácií o tehotenstve a pôrode ako faktor zvyšujúci stres, ktorý vyžaduje lekárske intervencie. Súbor žien v diplomovej práci tvorilo 124 žien, z toho 40% prešlo predpôrodným kurzom. Väčšina žien kurz nenavštevuje, čo môžeme pripísať tomu, že v dnešnej dobe nie je problém si naštudovať informácie z internetu a iných ľahko dostupných zdrojov. Ale do akej miery je to prínosné pre samotnú čitateľku, je otázkou. Ďalšia možnosť odmietania návštevy predpôrodného kurzu, je finančné hľadisko. Väčšina ponúkaných kurzov nie je preplatená poisťovňami a ženy si ju musia zaplatiť samostatne.

Ženám po pôrode, najneskôr však do 24 hodín bol rozdáný formulár pre zber dát. Tento formulár obsahoval Short form of McGill pain questionnaire – Krátku formu

McGillovho dotazníku, ktorý vytvoril na základe svojích štúdií kanadský psychológ Ronald Melzack. Dotazník sa používa na hodnotenie intenzity akejkoľvek bolesti a je používaný vo viacerých krajinách sveta. Dotazník (viz. obr 1) obsahuje 15 deskriptorov, čiže charakteristík bolesti, ktoré podľa intenzity, zaznačujú do formuláru. K tejto krátkej forme McGillovho dotazníku, sa často prikladá aj stupnica Vizuálnej analógovej škály – VAS a hodnotenie súčasnej bolesti. Formulár bol doplnený o tabuľku, do ktorej ženy zaznačovali popisovanú bolesť v dobách pôrodných.

Tento dotazník použili Capogna, Camoricia v Ríme a Miláne, kde sa snažili preukázať aký vplyv má parita a dilatácia krčku maternice na kvalitu a intenzitu bolesti. Taktiež ho použili v Chorvátsku v Záhrebe kde sa zamerali na rozdielnosť intenzity bolesti medzi primiparami a multiparami. Firouzbakht v roku 2013 ho použil na iránskych ženách kde porovnával obdobne ako v tejto diplomovej práci intenzitu a kvalitu bolesti medzi primiparami s predpôrodným kurzom oproti ženám bez kurzu.

Bašková (2015) popisuje vo svojej publikácii charakteristiky pôrodnej bolesti. V Prvej dobe pôrodnej, ktorú nazýva ako otváracia, bolesť popisuje tupo, viscerálne. Je to bolesť, ktorá napomáha otvoriť kľčok maternice a táto bolesť je pociťovaná v Headových zónach v oblasti podbruška, a hornej časti stehien. Druhú dobu, charakterizuje ako bolesť ostrú, somatickú a to hlavne v oblasti vagíny a perinea. Tretiu dobu necharakterizuje bolestivo, pretože pravidelné kontrakcie ustáli a nastala eufória z narodenia dieťaťa. V mojom vzorku žien, ženy charakterizovali bolesť takto: ženy s predpôrodným kurzom ako ťažkú (96%), unavujúcu (94%) a citlivá (bolestivá) na dotyk (90%). Deskriptor bolesti unavujúca, a citlivá (bolestivá) na dotyk uvádzali vo väčšine v prvej dobe pôrodnej a bolesť ťažká v druhej dobe pôrodnej. V skupine žien bez predpôrodného kurzu uvádzali rovnaké deskriptory bolesti, ale v inom poradí. Ako najčastejšiu uvádzali unavujúcu (99%), ťažká (97%) a citlivá (bolestivá) na dotyk (97%). Všetky bolesti ženy charakterizovali ako bolesti prvej doby pôrodnej. Najmenej bola uvádzaná bolesť hľadavá a najväčší rozdiel vo vnímaní bolesti bol deskriptor bolesti mučivá, kde ženy bez kurzu ju uvádzajú až v 39% a v ženy s predpôrodným kurzom iba v 6%. V porovnaní s vyššie spomínaným výskumom v Taliansku (Capogna, Camorcia 2009) im respondentky uvádzali deskriptory: bodavá, ťažká, unavujúca, ťahavá, neznesiteľná. U primipar v ich vzorku žien sa najviac vyskytovala charakteristika bolesti unavujúca, vyčerpávajúca, čo sa zhoduje aj s výsledkami tejto

práce. Binder (2011) uvádza dĺžku pôrodu u primipar v priemere 12 hodín, u multipar až o polovicu kratšiu, čo vysvetľuje deskriptor bolesti unavujúca, vyčerpávajúca.

Deskriptory bolesti v McGillovom dotazníku, vyjadrujú sensorickú, afektívnu a totálnu (súčet sensorickej a afektívnej zložky) zložku bolesti. Všetky zložky u primipar s predpôrodným kurzom dosiahli nižšie skóre ako u primipar bez predpôrodného kurzu. Všetky výsledky z McGillovho dotazníka sa prepisujú na takzvané steny. Steny môžu dosahovať hodnoty od 1 až 10. Sensorická zložka u primipar s predpôrodným kurzom dosahuje 3,72 stenov naproti u primipar bez predpôrodného kurzu 4,39 stenov. Afektívna zložka v prvej skupine predstavuje 2,42 stenov naproti druhej skupine 5,04stenov. Celková bolesť je teda u prvorodičiek s predpôrodným kurzom 2,96 stenov a u primipar bez predpôrodného kurzu 4,38stenov.

Výsledky boli spracované štatistickým programom Statistica 13 pomocou Mannu-Whitneyovho U-testu. V subjektívnom vnímaní bolesti existuje štatisticky významný rozdiel medzi oboma skupinami respondentiek (viz graf 40). Vzhľadom k tomu, že predpôrodná príprava je mnohými autormi (Melzacak, 1993, Bonapace et al., 2013, Ip et al, 2009) označovaná ako mierna forma analgézie, nie je tento výsledok prekvapujúci. Filausová (2018) vo svojej dizertačnej práci sa zaoberala pôrodnou a popôrodnou bolesťou. V jej štúdií sa tento výsledok nepotvrdil.

Respondentky zberu dát popisovali na stupnici od 0 žiadna až po 5 neznesiteľná aktuálnu bolesť. Štatisticky neexistuje významný rozdiel medzi ženami so psychoprofylaxiou a bez nej (viz. graf 41). Po pôrode, opadne stres z neznámej situácie a bolesť v podobe kontrakcií a nastáva pocit šťastia z narodenia dieťaťa. Ako uvádza Rastislavová (2008), po spontánnom pôrode nastáva rýchla rekonvalescencia, preto tento výsledok nie je prekvapujúci.

Na vizuálnej analógovej škále – VAS ženy zaznačovali celkovú pôrodnú bolesť. Žiadna žena neoznačila celkovú pôrodnú bolesť menším číslom ako 5. Najčastejšie odpovedali primipary s predpôrodným kurzom, ako hodnotu VAS – 7 (35%). Primipary bez predpôrodného kurzu celkovú pôrodnú bolesť označovali hodnotou VAS – 8 (32%). Hodnotou VAS – 10, čiže najhoršia možná bolesť 2% žien s predpôrodným kurzom a 5% žien bez predpôrodného kurzu. Štatisticky existuje významný rozdiel v subjektívnom vnímaní celkovej pôrodnej bolesti naznačenej na VAS škále.

Na základe výsledkov diplomovej práce v skúmanom vzorku respondentiek, môžeme tvrdiť že predpôrodná príprava má vplyv na pôrodnú bolesť. Pôsobí ako

nefarmakologická analgéria. Toto tvrdenie, nemôže pokladať za všeobecne platné, pretože vzorka respondentiek nebola príliš veľká. Správna a dôkladná informovanosť budúcich matiek je aj napriek tomu zmysluplná.

4 Záver

Práca sa zaoberá problematikou vplyvu predpôrodnej prípravy a jej správnej informovanosti na intenzitu bolesti v priebehu pôrodu. V teoretickej časti je popísaná príčina a podklad vzniku, história predpôrodnej prípravy. V druhej časti teórie práca zapodieva bolesťou, pohľadmi na pôrodnú bolesť, teóriami vzniku a šírenia pôrodnej bolesti. Teoretická časť podáva súhrnný pohľad na skúmanú problematiku na základe analýzy domácich, ale aj zahraničných odborných zdrojov. Práca podáva aj prehľad podobných prieskumov v súčasnej spoločnosti a ich výsledkami. V empirickej časti diplomovej práce sa pomocou tabuliek a grafov prezentujú výsledky výskumu.

Pre dosiahnutie cieľa bolo využitý kvantitatívny výskum. Za účelom naplnenia výskumných zámerov bol stanovený hlavný cieľ a čiastkové ciele. Hlavným cieľom bolo zistiť aký ma vplyv predpôrodná príprava u vybraného súboru žien na bolesť behom pôrodu. Vybraný súbor predstavovali respondentky, ktoré podpísali informovaný súhlas so zapojením sa do zberu dát, boli primipary a ich pôrod mal fyziologický priebeh. U vybraného súboru boli sledované čiastkové ciele: aké najčastejšie metódy tlmenia bolesti boli využité, v akom okamihu pôrodu bola pociťovaná najväčšia bolesť, aká intenzita bolesti bola pociťovaná v prvých 24hodinách po pôrode a ako vo vybranom súbore hodnotia celkovú pôrodnú bolesť. Na základe hlavného a čiastkových cieľov boli stanovené výskumné otázky a hypotézy. Z troch stanovených hypotéz, prijímame dve hypotézy a to, že existuje štatisticky rozdiel vo vnímaní pôrodných bolestí a vnímaní celkovej pôrodnej bolesti naznačanej na vizuálnej analógovej škále, medzi prvorodičkami s predpôrodným kurzom a prvorodičkami bez predpôrodného kurzu. V subjektívnom vnímaní intenzity bolesti po pôrode do 24 hodín neexistuje štatisticky významný rozdiel medzi prvorodičkami s psychoprofylaktickou prípravou oproti prvorodičkám bez psychoprofylaktickej prípravy.

Ženy by mali byť informované o všetkých aspektoch pôrodnej bolesti a jej intervencií, ktoré môžu túto bolesť v priebehu pôrodu znížiť. Jednou z možností je aj navštevovanie predpôrodného kurzu, kde ženy dostanú relevantné informácie nie len o samotnom pôrode, ale aj o tehotenstve a šestonedelia. Tieto informácie im pomáhajú lepšie pochopiť zmeny, ktorými práve prechádzajú, ich dôležitosť a príčinu. Správne informované ženy môžu lepšie vnímať pôrodné bolesti, pretože vedia, že tieto bolesti ich neohrozujú, ale naopak pomáhajú im priviesť dieťa na svet a sú na to pripravené po psychickej stránke.

Súhrn

Diplomová práca sa zaoberá vplyvom predpôrodnej prípravy na bolesť v priebehu pôrodu. Na základe analýzy odborných domácich ale i zahraničných zdrojov je spracovaná teoretická časť na tému predpôrodná príprava jej história aj súčasnosť, bolesť jej aspekty vnímania, teórie vzniku a v neposlednom rade bolesť ako neoddeliteľná súčasť pôrodného deja. V empirickej časti diplomovej práce sa pomocou tabuliek a grafov prezentujú výsledky prieskumu. Pre dosiahnutie cieľa bolo využitý kvantitatívny prieskum. Zber dát prebiehal od januára do apríla 2020 v Mělnickej pôrodnici za pomoci formulára, ktorý obsahoval McGillov dotazník bolesti. Respondentky tvorili primipary s fyziologickým priebehom pôrodu rozdelené do dvoch skupín a to na primipary s predpôrodnou prípravou a primipary bez predpôrodnej prípravy. Výsledky ukázali, že existuje štatisticky význam v subjektívnom vnímaní pôrodných bolestí medzi ženami s predpôrodnou prípravou oproti ženám bez predpôrodnej prípravy na skúmanom vzorku žien.

Kľúčové slova: predpôrodná príprava, pôrod, bolesť, McGillov dotazník bolesti

Summary

This Master thesis investigates the effects of prenatal education on the subjective pain levels during delivery. Analyzing a variety of domestic and international sources, the theoretical part elaborates on the subject of prenatal education focusing on its historical and current developments. Further, the subject of pain and its aspects is explored together with theories of its origin and its fundamental role as part of the delivery process. In the empirical part of the thesis, the results of the survey carried out using quantitative methods are presented using various tables and graphics. The data was collected in the period of January to April 2020 in the Melnik's hospital Delivery ward using the McGill pain questionnaire. The respondents were separated into two different groups whereby the first group participated in prenatal education and the second did not. The results for the sample used point to a statistically significant difference in the subjective pain level assessments among women participating in prenatal education as compared to those who did not participate in such.

Keywords: prenatal education, delivery, pain, McGill pain questionnaire,

Referenční zoznam literatúry

1. Akca, A., Esmer, A.C. et al. *The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction*. Arch Gynecol Obstet. Berlin:Springer-Verlag, 2017. 295:1127-1133. DOI 10.1007/s00404-017-4345-5
2. BAŠKOVÁ, M. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4
3. BINDER, T. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011 ISBN 978-80-246-1907-1
4. Bing ed. *Six practical lessons for easier childbirth*. New York: Bantam book, 1994 ISBN 10:0553373692
5. Blackford, K. A., Richardson, H., & Grieve, S. *Prenatal education for mothers with disabilities*. Journal of Advanced Nursing, 2000 32, 898–904. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01554.x
6. BONAPACE, J. et al. *Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth*. Journal of Pain Research. 2013(6), 653-61, doi: 10.2147/JPR.S46693 .
7. BRÉART, G. et al. *Characteristicsof the childbearing population in Europe*. Eur J Obset Gynecol Reprod Biol. 2003, 111(Suppl 1), 45-52, ISSN 0301-2115.
8. Capogna, G., Camorcia, M. et al. *Multidimensional evaluation of pain during early and late labor: a comparison of nulliparous and multiparous woman*. International Journal of Obstetric Anesthesia, 2010. 19, 167-170, doi: 10.1016/j-ijoa.2009.05.013
9. Eberhard, Stein S., Geissbuehler, Verena. *Experience of water and landbirths*. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 2005, roč. 26, č.2, s.127-33, ISSN: 0167482X
10. FILAUSOVÁ, Drahomíra, Yveta VRUBLOVÁ a Romana BELEŠOVÁ. *Bolest při porodu*. Gynekologie a porodnictví. 2017, 1(2), 95-98. ISSN 2533-4689.
11. FIROUZBAKHT, M. et al. *The Effect of Perinatal Education on Iranian Mothers' Stress and Labor pain*. Glob J Health Sci, 2014 6(1), 61–68. doi: 10.5539/gjhs.v6n1p61.
12. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. Praha: Grada, 2017 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.
13. GUNASHEELA, S., BILIANGADY, R. *Practical Management of obstetric problems*. 1st ed. Jaypee Brothers Medical Publishers, 2004 268 s. ISBN 9788180612824.

14. HANÁKOVÁ, T., CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., VOLNÁ, P., et al. *Velká česká kniha o matce a dítěti. 2. vydání.* Praha: Albatros, 2015 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
15. Havelka, M.A. et al. *Psychological Factors in Experience of pain during childbirth.* Coll.Antropol, 2015. 3:557-565
16. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M. *Příprava na porod fyzická a psychická profylaxe.* Praha: Grada, 2017. 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
17. Hart, Marcella. *Evaluation of Labor and Delivery After Childbirth Education Classes.* International Journal of Childbirth Education, 2010 roč. 10, č. 3, s. 29-31, ISSN: 08878625
18. Howard, S. *Imagining the pain and peril of seventeenth century childbirth: travial and deliverance in the making of an early modern world.* Social history of medicine 2003 16(3) 367-382, issn 0951-631x
19. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M. *Příprava na porod fyzická a psychická profylaxe.* Praha: Grada, 2017 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7. 15. KON, S., I. et al., 1978. *Etický slovník.* Bratislava: Pravda. 284 s.
20. Chapman, C.R., Nakamura, Y. A. *Passion of the soul: an introduction to pain for consciounnes researchers.* Conscious cogn, 1999, 8, 391-422
21. IP, W.Y. et al. *An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth.* J Clin Nurs. 2009, 18(15), 2125-3, doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02720.x
22. KNOTEK, Petr, Iva ŠOLCOVÁ a Martin ŽALSKÝ. *Česká verze krátké formy dotazníku bolesti McGillovy univerzity: restandardizace.* Bolest. 2002, 5(3), 169-172. ISSN 1212-0634.
23. KRIEG, S.A. et al. *Obstetric outcomes in donor oocyte pregnancies compared with advanced maternal age in vitro fertilization pregnancies.* Fertil Steril, 2008. 90(1), 65-70. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.06.014.
24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci. 1. vyd.* Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
25. KUŽELOVÁ, Monika. *Historie přípravy těhotných k porodu. Moderní babictví* [online]. 2003, 2, 1-5 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: file:///I:/diplomka/08-historie-pripravy-tehotnych-k-porodu.pdf

26. Lally, J.E. et al. Pain relief in labour: A qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. *Pregnancy and Childbirth*. 2014, 14/6 ISSN:1471-2393
27. Lamaze, F. *Painless childbirth the Lamaze method*. New York: Pocket books, 1972 ISBN 0671804006.
28. Lecoq et al. *Risk factors of inadequate epidural analgesia for labour and delivery*. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 1999, roč. 45, č.8., s.719, ISSN:neuvedeno
29. Leifer, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
30. Lourdes D´Cruz, . *Childbirth fear drives choice for c-section*. *The Gold Coast Bulletin*, 2014, č.1, s.8, ISSN:13213830
31. Lowe NK. *Self-efficacy for labour and childbirth fears in nulliparous pregnant women*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology* 2000 21(6) 219-224
32. Lundgren, I., Dahlberg, K. *Womens experience of pain during childbirth*. *Midwifery*, 1998 14: 105-10 ISSN: 0266-6138
33. MANDER, R. *Těhotenství, porod a bolest. Základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky*. Praha: Triton, 2014 313 s. ISBN 978-7387-810-8.
34. MCCAFFERY, M. *Choosing a faces pain scale*. *Nursin*. 2002. vol. 32, issue 5. ISSN: 0360- 4039.
35. McDowell, I. *Pain Measurements*. In *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (3rd ed., pp. 470–519). New York, NY: Oxford University Press, 2006 Retrieved from <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001/acprof-9780195165678-chapter-9>
36. Melzack, R., Casey, K.L. *Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model*. *Kenshalo the skin senses Springfield*, 1968(2007). s.434, ISSN: 1968 423-443
37. Merskey, H., Bpgduk, N. *Pain terms a current list with definitions and notes on usage*. *Classification of chronic pain Seattle*, 1994 209-214
38. Niven, C., Broidie, E. *Memory for labor pain: Content and quality*. *Pain*, 1995 64(2), 387-92, ISSN 0304-3959.
39. Odent, M. *Láska jako věda*. Praha: SZ, 2001. ISBN: 8086489027

40. OPAVSKÝ, Jaroslav. *Cave vitium u standardizované české verze krátké formy dotazníku bolesti McGillovy univerzity: Kritika článku "Standardizovaná česká verze krátké formy dotazníku bolesti McGillovy univerzity"*. *Bolest* 2000, 3, s. 113-117. *Bolest*. 2001, 4(1), 48-50. ISSN 1212-0634.
41. OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulantní praxi: Od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Maxford, 2011. ISBN 978-80-7345-247-6.
42. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti: Těhotenství*. 5. vydání. Praha: Galén; 2015. 524 s. ISBN 978-80-7492-214-5.
43. PAŘÍZEK, A. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2012 ISBN 978-80-7262-893-3.
44. Pařízek, A. *Analgesie na míru*. Gynekologicko porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze: Lékařské listy ,příloha ZN, 2013, roč. 18, č 18. ,str. 32,
45. PAŘÍZEK, A. *Léky, analgezie a anestezie při porodu*. In: HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada, 2014 s. 198– 202. ISBN 978-80-247-4529-9.
46. PAUL, M. et. al. *Vše o léčbě bolesti*. Praha : Grada Publishing, 2006. 355 s. ISBN 80-247- 1720-4.
47. Price, D.D. *Central Neural Mechanisms that Interrelate Sensory and Affective Dimensionis of Pain*. *Moleculas Interventions*, 2002 392-403
48. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
49. Raudenská, Javurková, Kozák, Amlerová. *Úleva od neuropatické bolesti pomocí odvrácení pozornosti – kazuistika*. *Cesk Slov Neurol: N*, 2014 77/110(1) ISSN 1210-7859
50. Raundenská, J. *Porodní bolest a její psychologické souvislosti*. Psychologie v porodnictví Praha:Grada, 2014
51. RAUDENSKÁ, Jaroslava. *Význam a hodnota porodní bolesti*. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství*. 2014, 16, s. 62-74.
52. Riedlová, O. *Porod a bolest. Diagnóza v ošetřovatelství*. 2007;3(1):13-15.
53. ROKYTA et. al. *Bolest*. 2. vyd. Praha : Tigis, 2012. 747 s. ISBN 978-80-87323-02-1.
54. ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008 405 s. ISBN 9788024719412.

55. ROZTOČIL, A. *Těhotenství*. In: ROZTOČIL, A. et al., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008 s. 85–108. ISBN 978-80-247-1941-2.
56. ROZTOČIL, A. et al. *Vyšetřovací metody v porodnictví*. In: ROZTOČIL, A. et al., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008 s. 55–83. ISBN 978-80-247-1941-2.
57. ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada, 2017 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7
58. ROZTOČIL, A. *Těhotenské změny v organismu ženy*. In: ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada, 2017 s. 105–118. ISBN 978-80-247-5753-7
59. Smith, C., Collins, C., Cyna, A., Crowther, C. *Complementary and alternative therapies for pain management in labour* (Review). The Cochrane Library, 2010 9. DOI:10.1002/14651858.CD003521.pub2.
60. SULLIVAN, M. *The Pain Catastrophizing Scale. User manual*. [online]. 2009 [cit. 2020-03-18] Dostupné z: http://sullivanpainresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSTManual_English.pdf
61. SULLIVAN, M. J., et al. *Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain*. Clin J Pain, 2001 17(1), 52-64, ISSN 0749-8047.
62. SULLIVAN, M. J., et al. *The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation*. Psychol Assess, 1995 7(4), 524-32. doi: 10.1037/1040-3590.7.4.524.
63. SVENSSON, J., et al. *Antenatal Education as Perceived by Health Professionals*. Journal of Perinatal Education, 2007 16(1), 9–15, doi: 10.1624/105812407X171067.
64. TAKÁCS, L. SOBOTKOVÁ, D. a L. ŠULOVÁ. ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015 ISBN 978-80-247-5127-6.

Zoznam skratiek

ČSÚ – Český statistický úřad

VAS – Vizuální analógová škála

SF-MPQ – Krátka forma McGillovo dotazníku bolesti

DB – doba pôrodná

SD – smerodatná odchýlka

Zoznam obrázkov

Obrázok 1 Rešeršná stratégia	7
Obrázok 2 SF-MPQ	30
Obrázok 3 Miera štatistickej významnosti	32

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1 Vek respondentiek s predpôrodným kurzom	34
Tabuľka 2 Vek respondentiek bez predpôrodného kurzu	34
Tabuľka 3 Využitie farmakologickej analgézie	35
Tabuľka 4 Druhy farmakologickej analgézie	37
Tabuľka 5 Deskriptor bolesti: tepavá (bušivá)	38
Tabuľka 6 Deskriptor bolesti tepavá (bušivá) v pôrodnej dobe	39
Tabuľka 7 Deskriptor bolesti: Vystřelujúci	40
Tabuľka 8 Deskriptor bolesti: vystřelujúci v pôrodnej dobe	41
Tabuľka 9 Deskriptor bolesti: bodavá	42
Tabuľka 10 Deskriptor bolesti: bodavá v pôrodnej dobe	43
Tabuľka 11 Deskriptor bolesti: ostrá	44
Tabuľka 12 Deskriptor bolesti: ostrá v pôrodnej dobe	45
Tabuľka 13 Deskriptor bolesti: křečovitá	46
Tabuľka 14 Deskriptor bolesti: křečovitá v pôrodnej dobe	47
Tabuľka 15 Deskriptor bolesti: hlodavá (jako zakousnutí)	48
Tabuľka 16 Deskriptor bolesti: hlodavá (jako zakousnutí) v pôrodnej dobe	49
Tabuľka 17 Deskriptor bolesti: pálivá - palčivá	50
Tabuľka 18 Deskriptor bolesti: pálivá - palčivá v pôrodnej dobe	51
Tabuľka 19 Deskriptor bolesti: tupá přetřvávající (bolavé, rozbolavělé)	52

Tabuľka 20 Deskriptor bolesti tupá pretrvávajúcí (bolavé, rozbolavělé) v pôrodnej dobe.....	53
Tabuľka 21 Deskriptor bolesti: tíživá (ťažká)	54
Tabuľka 22 Deskriptor bolesti tíživá (ťažká) v pôrodnej dobe.....	55
Tabuľka 23 Deskriptor bolesti:citlivé (bolestivé) na dotyk	56
Tabuľka 24 Deskriptor bolesti:citlivé (bolestivé) na dotyk v pôrodnej dobe.....	57
Tabuľka 25 Deskriptor bolesti: jako by mělo prasknout (puknout)	58
Tabuľka 26 Deskriptor bolesti: jako by mělo prasknout (puknout) v pôrodnej dobe	59
Tabuľka 27 Deskriptor bolesti: unavujúcí (vyčerpávajúcí)	60
Tabuľka 28 Deskriptor bolesti: unavujúcí (vyčerpávajúcí) v pôrodnej dobe.....	61
Tabuľka 29 Deskriptor bolesti: protivná (odporná)	62
Tabuľka 30 Deskriptor bolesti: protivná (odporná) v pôrodnej dobe	63
Tabuľka 31 Deskriptor bolesti: hrozná (strašná).....	64
Tabuľka 32 Deskriptor bolesti: hrozná (strašná) v pôrodnej dobe.....	65
Tabuľka 33 Deskriptor bolesti: mučivá - krutá.....	66
Tabuľka 34 Deskriptor bolesti: mučivá – krutá v pôrodnej dobe	67
Tabuľka 35 Početnosť deskriptorov bolesti	68
Tabuľka 36 Intenzita súčasnej bolesti.....	70
Tabuľka 37 Celková pôrodná bolesť.....	71
Tabuľka 38 Stupnice SF-MPQ.....	72

Zoznam grafov

Graf 1 Výskumný súbor.....	34
Graf 2 Početnosť pôrodov s analgéziou	35
Graf 3 Početnosť užívania farmakologických prípravkov pri pôrode v závislosti na veku.....	36
Graf 4 Početnosť užívania farmakologických prípravkov pri pôrode v závislosti na veku u žien s predpôrodným kurzom.....	36
Graf 5 Početnosť užívania farmakologických prípravkov pri pôrode v závislosti na veku u žien bez predpôrodného kurzu	36

Graf 6 Druhy farmakologickej analgézie	37
Graf 7 Deskriptor bolesti: tepavá (bušivá)	38
Graf 8 Deskriptor bolesti tepavá (bušivá) v pôrodnej dobe	39
Graf 9 Deskriptor bolesti: Vystřelující.....	40
Graf 10 Deskriptor bolesti: vystřelující v pôrodnej dobe.....	41
Graf 11 Deskriptor bolesti: bodavá.....	42
Graf 12 Deskriptor bolesti: bodavá v pôrodnej dobe	43
Graf 13 Deskriptor bolesti: ostrá.....	44
Graf 14 Deskriptor bolesti: ostrá v pôrodnej dobe.....	45
Graf 15 Deskriptor bolesti: křečovitá.....	46
Graf 16 Deskriptor bolesti: křečovitá v pôrodnej dobe.....	47
Graf 17 Deskriptor bolesti: hlodavá (jako zakousnutí)	48
Graf 18 Deskriptor bolesti: hlodavá (jako zakousnutí) v pôrodnej dobe	49
Graf 19 Deskriptor bolesti: pálivá - palčivá.....	50
Graf 20 Deskriptor bolesti: pálivá - palčivá v pôrodnej dobe	51
Graf 21 Deskriptor bolesti: tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé).....	52
Graf 22 Deskriptor bolesti tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé) v pôrodnej dobe.....	53
Graf 23 Deskriptor bolesti: tíživá (těžká).....	54
Graf 24 Deskriptor bolesti tíživá (těžká) v pôrodnej dobe.....	55
Graf 25 Deskriptor bolesti:citlivé (bolestivé) na dotyk.....	56
Graf 26 Deskriptor bolesti:citlivé (bolestivé) na dotyk v pôrodnej dobe.....	57
Graf 27 Deskriptor bolesti: jako by mělo prasknout (puknout)	58
Graf 28 Deskriptor bolesti: jako by mělo prasknout (puknout) v pôrodnej dobe	59
Graf 29 Deskriptor bolesti: unavující (vyčerpávající).....	60
Graf 30 Deskriptor bolesti: unavující (vyčerpávající) v pôrodnej dobe.....	61
Graf 31 Deskriptor bolesti: protivná (odporná).....	62
Graf 32 Deskriptor bolesti: protivná (odporná) v pôrodnej dobe.....	63

Graf 33 Deskriptor bolesti: hrozná (strašná).....	64
Graf 34 Deskriptor bolesti: hrozná (strašná) v pôrodnej dobe	65
Graf 35 Deskriptor bolesti: mučivá - krutá	66
Graf 36 Deskriptor bolesti: mučivá – krutá v pôrodnej dobe.....	67
Graf 37 Početnosť deskriptorov bolesti	69
Graf 38 Intenzita súčasnej bolesti	70
Graf 39 Celková pôrodná bolesť	71
Graf 40 Závislosť psychoprophylaktickej prípravy na intenzitu pôrodnej bolesti	72
Graf 41 Závislosť psychoprophylaktickej prípravy na bolesť v prvých 24 hodinách po pôrode ..	73
Graf 42 Závislosť psychoprophylaktickej prípravy na celkové hodnotenie pôrodnej bolesti na škále VAS (vizuálna analógová škála).....	74

Zoznam príloh

Príloha 1 Žiadosť o povolenie výskumného šetrenia

Príloha 2 Informovaný súhlas

Príloha 3 Formulár pre zber dát

Príloha 1

Vážená paní

vrchní sestra
Pavla Jelínková
Nemocnice Mělník
Pražská 528
27601 Mělník

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená vrchní sestro,

jmenuji se Bc. Dominika Krivdová, jsem zaměstnancem Nemocnice Mělník na gynekologicko-porodnickém oddělení a současně jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci v oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy. Zpracovávám diplomovou práci na téma: Vliv předporodní přípravy na bolest u porodu. Výzkum má kvantitativní charakter a nástrojem pro sběr dat je anonymní dotazník. Hlavním cílem práce je zjistit vliv předporodní přípravy na bolest u porodu u primipar a to porovnáním velikosti bolesti u primipar bez předporodní přípravy proti primiparám, které prošly kurzem předporodní přípravy v Mělnické porodnici, prostřednictvím standardizovaného dotazníku McGillovej university, který sestrojil Ronald Melzack. Tento dotazník je používán v celém světě, ke zjištění velikosti různých typů bolesti.

Vhodnými respondentkami jsou primipary, které by oslovila do 24hodin od porodu. Výzkum by měl probíhat od ledna 2020 do dubna 2020.

Dovolte mi Vás požádat o vyjádření, zda bych mohla výše uvedené zkoumání realizovat. V případě Vašeho zájmu ráda podám více informací.

Velmi děkuji za vstřícnost, s pozdravy

Bc. Dominika Krivdová
Porodní asistentka


Mělnická zdravotní, a.s. Nemocnice Mělník
276 01 Mělník, Pražská 528/29
Reditel pro ošetřovatelskou péči
IČO: 27958639, Tel: 315 639 104

VYJÁDRĚNÍ K ŽÁDOSTI:

datum 3.1.2020

Príloha 2

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní, vážený pane,

v souladu se zásadami etiky výzkumu* se na Vás obracím s prosbou o zapojení do studie, jejíž výsledky budou součástí mé diplomové práce s názvem: **Předporodní příprava, edukace a její vliv na porodní bolest.**

Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Získané údaje nebudou uváděny ve spojitosti s Vaší osobou, budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně a tento Informovaný souhlas bude uchován odděleně od dat a výsledků**.

V průběhu realizace výzkumu můžete kdykoliv svobodně odmítnout či odstoupit. Výzkum bude probíhat od února do dubna roku 2020. Hlavním cílem výzkumu je určit míru předporodní přípravy a její vliv na tlášení bolesti a hladší průběh porodu. Nástrojem pro sběr dat je McGillův dotázník bolesti sestavený Ronaldem Melzackem, který bude následně vyhodnocen porovnáním výsledků prvorodiček bez předporodní přípravy proti prvorodičkám, které prošly předporodním kurzem.

*Sbírka mezinárodních smluv Sb. M. s. 96/2001 a 97/2001, Směrnice děkana PdF UP č. 3/2015- Statut Etické komise PdF UP v Olomouci pro oblast výzkumné činnosti

**Údaje budou zpracovány dle Zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že SOUHLASÍM S ÚČASTÍ NA VÝŠE UVEDENÉM VÝZKUMU. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou používány. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a výsledky mohou být anonymně publikovány. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a potřebné vědět. Na dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, o tom, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na zkoumání odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

jméno, příjmení a podpis studenta/ky: _____

v _____ dne: _____

jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu: _____

v _____ dne: _____

V případě jakýchkoliv dalších dotazů k tomuto výzkumu mne můžete kontaktovat na mailovou adresu: dominikaki@gmail.com

Príloha 3

FORMULÁŘ KE SBĚRU DAT

Vážená paní,

V návaznosti na Váš souhlas se zapojením do výzkumu Vás prosím o vyplnění tohoto formuláře.

Přečtete si nabízené odpovědi a která nejvíce vystihuje Vaši prožiti porodu zaznačte do záznamového archu krátké formy standardizovaného dotazníku bolesti McGillovej univerzity.

Děkuji za Váš čas i zodpovědný přístup při vyplňování.

Bc. Dominika Krívdová
Studentka oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, pedagogické fakulty
Univerzity Palackého v Olomouci

1. Věk:
2. Navštěvovala jste předporodní kurz v Mělnické nemocnici?
3. Navštěvovala jste jiný předporodní kurz?
4. Byly Vám v průběhu porodu podány nějaké látky tišící bolest? Jestli ano jaké?
5. V tabulce níže označte křížkem pro Vás nejvýstižnější variantu.

Bolest jsem v průběhu porodu pocítovala takto:

Deskriptor bolesti (resp. Bolestivého pocitu)	0 - žádná	1 - mírná	2 - středně silná	3 - silná
1. tepavá (bušivá)				
2. vystřelující				
3. bodavá				
4. ostrá				
5. křečovitá				
6. hlodavá (jako zakousnutí)				
7. pálivá - palčivá				
8. tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)				
9. tíživá (těžká)				
10. citlivé (bolestivé) na dotyk				
11. jako by mělo prasknout (jako by mělo puknout)				
12. unavující (vyčerpávající)				
13. protivná (odporná)				
14. hrozná (strašná)				
15. mučivá - krutá				

McGill pain Questionnaire by Ronald Melzack – překlad Opavský, 2006

6. A nyní, prosím uveďte v jaké části porodu jste jednotlivé typy bolesti pociťovala

Deskriptor bolesti (resp. Bolestivého pocitu)	V žádné části porodu	V 1. době porodní (od začátku pravidelných kontrakcí po vypuzování plodu)	V 2. době porodní (vypuzovací doba)	V 3. době porodu (od narození dítěte po narození placenty)
1. tepavá (bušivá)				
2. vystřelující				
3. bodavá				
4. ostrá				
5. křečovitá				
6. hlodavá (jako zakousnutí)				
7. pálivá - palčivá				
8. tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)				
9. tíživá (těžká)				
10. citlivé (bolestivé) na dotyk				
11. jako by mělo prasknout (jako by mělo puknout)				
12. unavující (vyčerpávající)				
13. protivná (odporná)				
14. hrozná (strašná)				
15. mučivá - krutá				

7. Zakroužkujte intenzitu současné bolesti:

INTENZITA SOUČASNÉ BOLESTI

0 – žádná

1 – mírná

2 – středně silná

3 – silná

4 – krutá

5 – nesnesitelná

8. Vyznačte na předkreslené škále Vaši celkovou porodní bolest – 0 nejmenší, 10 největší možná bolest.

VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Dominika Krivdová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jana Marečková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Predpôrodná príprava, edukácia a bolesť počas pôrodu
Název v angličtině:	Antenatal education and pain during the childbirth
Anotace práce:	<p>Diplomová práca sa zaoberá vplyvom predpôrodnej prípravy na bolesť v priebehu pôrodu. Na základe analýzy odborných domácich ale i zahraničných zdrojov je spracovaná teoretická časť na tému predpôrodná príprava jej história aj súčasnosť, bolesť jej aspekty vnímania, teórie vzniku a v neposlednom rade bolesť ako neoddeliteľná súčasť pôrodného deja. V empirickej časti diplomovej práce sa pomocou tabuliek a grafov prezentujú výsledky prieskumu. Pre dosiahnutie cieľa bolo využitý kvantitatívny prieskum. Zber dát prebiehal od januára do apríla 2020 v Mělnickej pôrodnici za pomoci formulára, ktorý obsahoval McGillov dotazník bolesti. Respondentky tvorili primipary s fyziologickým priebehom pôrodu rozdelené do dvoch skupín a to na primipary s predpôrodnou prípravou a primipary bez predpôrodnej prípravy. Výsledky ukázali, že existuje štatisticky význam v subjektívnom vnímaní pôrodných bolestí medzi ženami s predpôrodnou prípravou oproti ženám bez predpôrodnej prípravy na skúmanom vzorku žien.</p>

Klíčová slova:	predpôrodná príprava, pôrod, bolesť, McGillov dotazník bolesti
Anotace v angličtině:	This Master thesis investigates the effects of prenatal education on the subjective pain levels during delivery. Analyzing a variety of domestic and international sources, the theoretical part elaborates on the subject of prenatal education focusing on its historical and current developments. Further, the subject of pain and its aspects is explored together with theories of its origin and its fundamental role as part of the delivery process. In the empirical part of the thesis, the results of the survey carried out using quantitative methods are presented using various tables and graphics. The data was collected in the period of January to April 2020 in the Melnik's hospital Delivery ward using the McGill pain questionnaire. The respondents were separated into two different groups whereby the first group participated in prenatal education and the second did not. The results for the sample used point to a statistically significant difference in the subjective pain level assessments among women participating in prenatal education as compared to those who did not participate in such.
Klíčová slova v angličtině:	Prenatal/ antenatal education, delivery, pain, McGill pain questionnaire,
Přílohy vázané v práci:	Príloha 1 Žiadosť o povolenie výskumného šetrenia Príloha 2 Informovaný súhlas Príloha 3 Formulár pre zber dát
Rozsah práce:	97s (116 379 znakov bez medzier)

Jazyk práce:	slovenský
---------------------	-----------