

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Karolína Smilková

Vliv předporodní přípravy na průběh porodu
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Dorazilová

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 26. 4. 2023

Karolína Smilková

Ráda bych poděkovala Mgr. Radmile Dorazilové za odborné vedení a cenné rady, které mi při tvorbě této bakalářské práce poskytla. Dále děkuji všem porodním asistentkám, které mi po celou dobu plnění studijní praxe předávaly své odborné zkušenosti a své rodině za podporu během celého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Komplexní předporodní příprava

Název práce v ČJ: Vliv předporodní přípravy na průběh porodu

Název práce v AJ: The effect of antenatal preparation on the birth process

Datum zadání: 2022-11-15

Datum odevzdání: 2023-04-26

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Smilková Karolína

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Dorazilová

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Tato přehledová bakalářská práce prezentuje aktuálně dohledatelné a relevantní informace, které se zaměřují na problematiku předporodní přípravy a jejího vlivu na průběh porodu. Práce tvoří ucelený zdroj informací o efektivních a neefektivních předporodních metodách, který může být využíván nejen studenty lékařských a nelékařských zdravotnických oborů, ale také laickou veřejností. K vyhledání odborných zdrojů byly využity elektronické databáze Academic Search Ultimate, Google Scholar, Medvik, PubMed, ScienceDirect a odborná literatura.

Abstrakt v AJ:

This overview thesis presents currently searchable and relevant information about antenatal preparation and its effect on the birth process. The thesis is a comprehensive source of information about effective and ineffective antenatal methods, which can be used by medical and non-medical health students and also by non-expert public. Academic Search Ultimate, Google Scholar, Medvik, PubMed, ScienceDirect databases and specialized literature were used for the research.

Klíčová slova v ČJ: předporodní příprava, porodní plán, prevence poranění perinea, masáž perinea, Epi-no, Aniball, vaginální napařování, maliník, Iněné semínko, datle, pupalkový olej, doprovázející osoba, kontinuální bonding

Klíčová slova v AJ: antenar preparation, birth plan, prevention of perineal injury, perineal massage, Epi-no, Aniball, vaginal steaming, raspberry, linseed, dates, evening primrose oil, birth accompaniment, continuous bonding

Rozsah práce: 48 stran

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	9
2 HISTORIE VZNIKU A VÝVOJE PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVY	10
2.1 ZAHRANIČÍ.....	10
2.2 ČESKOSLOVENSKO.....	12
3 MOŽNOSTI PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVY K PORODU.....	14
3.1 PORODNÍ PLÁN	14
3.2 PREVENCE PORANĚNÍ PERINEA	17
3.2.1 MASÁŽ PERINEA.....	19
3.2.2 VAGINÁLNÍ DILATAČNÍ BALÓNKY (VDB)	21
3.2.3 VAGINÁLNÍ NAPÁŘKA	24
3.3 PŘÍPRAVA PORODNÍCH CEST.....	26
3.3.1 MALINÍK A LNĚNÉ SEMÍNKO.....	26
3.3.2 DATLE	27
3.3.3 PUPALKOVÝ OLEJ	27
3.4 PŘÍTOMNOST DOROVÁZEJÍCÍ OSOBY U PORODU.....	29
3.5 KONTINUÁLNÍ BONDING	32
4 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDATELNÝCH POZNATKŮ	35
ZÁVĚR	36
SEZNAM ZKRATEK.....	46
PŘÍLOHY.....	47

ÚVOD

Práce porodní asistentky je ryze preventivní a její hlavní kompetencí při poskytování předporodní péče je edukace. Při poskytování předporodní péče porodní asistentka využívá své odborné znalosti a praktické dovednosti. Vědomá příprava matek na rodičovství napomáhá k osvojení a následnému udržení zdravých návyků, ke zlepšení jejich zdravotní kondice, zmírňuje obavy související s těhotenstvím i porodem a zvyšuje celkové sebevědomí matky při péči o novorozence.

Moderní forma předporodní přípravy pohlíží na mateřství komplexně. Informuje těhotné ženy nejen o těhotenství, porodu a šestinedělí, ale také o péči novorozence. Podstatná část předporodní přípravy se věnuje také emocionálním vazbám, které mezi matkou a dítětem vznikají již v prenatálním období a následně se rozvíjí bezprostředně po porodu.

Tato přehledová bakalářská práce se zaměřuje pouze na oblasti předporodní přípravy, které mohou ovlivnit průběh porodu. Na tyto oblasti je nahlíženo z různých úhlů pohledu, vyzdvihují se všechna jejich pozitiva a upozorňuje se i na možná negativa. Na základě zvoleného tématu práce se nám nabízí otázka: „Jakým způsobem se může těhotná žena připravit na průběh porodu, aby co nejvíce podpořila psychické i fyzické zdraví sebe i novorozence?“.

Hlavním cílem této přehledové bakalářské práce je prezentace aktuálně dohledatelných a relevantních informací, které se zaměřují na problematiku předporodní přípravy a jejího vlivu na průběh porodu. Cíl práce je rozdělen do dvou dílčích cílů.

Dílčí cíl 1: Objasnění vzniku a následného vývoje předporodní přípravy do dnešní podoby.

Dílčí cíl 2: Sumarizace informací o jednotlivých metodách předporodní přípravy, které mohou ovlivnit průběh porodu.

VSTUPNÍ LITERATURA:

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5361-4.

PROCHÁZKA, Martin, [2020]. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

SAMKOVÁ, Alžběta, 2020. *Vulvou porodní asistentky: připravte se na porod*. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-3017-9.

WILHELMOVÁ, Radka a Drahoslava HRUBÁ, 2014. Which Expecting Mothers Prepare for Their Pregnancy and Motherhood?. *Hygiena* [online]. **59**(4), 162-166 [cit. 2022-11-15]. ISSN 18026281. Dostupné z: doi:10.21101/hygiena.a1267

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

KLÍČOVÁ SLOVA V ČJ: předporodní příprava, porodní plán, prevence poranění perinea, masáž perinea, Epi-no, Aniball, vaginální napařování, maliník, lněné semínko, datle, pupalkový olej, doprovázející osoba, kontinuální bonding

KLÍČOVÁ SLOVA V AJ: antenar preparation, birth plan, prevention of perineal injury, perineal massage, Epi-no, Aniball, vaginal steaming, raspberry, linseed, dates, evening primrose oil, birth accompaniment, continuous bonding

JAZYK: čeština, angličtina

OBDOBÍ: 1995-2023

DATABÁZE:

Academic Search Ultimate, Google Scholar, Medvik, PubMed ScienceDirect

Celkem bylo nalezeno 138 článků.

VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

- duplicitní dokumenty
- dokumenty neodpovídající obsahu práce
- kvalifikační práce

Celkem bylo vyřazeno 98 článků.

SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDATELNÝCH DOKUMENTŮ:

Academic Search Ultimate – 1	PubMed – 12
Google Scholar – 22	ScienceDirect - 2
Medvik - 3	

Pro tvorbu této bakalářské práce bylo celkem využito 40 článků a 5 odborných knih.

2 HISTORIE VZNIKU A VÝVOJE PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVY

2.1 ZAHRANIČÍ

Počátek předporodní přípravy sahá historicky do dvacátých let 20. století, kdy na území Ukrajiny začala vznikat metoda podle dvou psychiatrů Ilja Zachareviče Velvovského a Konstantina Ivanoviče Platonova. Tato metoda vycházela ze znalostí lékaře Ivana Petroviče Pavlova o podmíněných reflexech. Cílem bylo zvýšení aktivity mozkové kůry tak, aby došlo k vytvoření pozitivního centra podráždění při samotném porodu. Velvovský a Platonov zařadili mezi své techniky stimulaci břicha hlazením, a také řízené dýchání během kontrakcí. Tato metoda časem dostala název „*Metoda psychoprofylaktické přípravy těhotných na porod*“ a jejím postupným rozvojem došlo v roce 1949 k rozšíření na území Ruska (Bašková, 2015, s. 32-33). Podle názorů autorů psychoprofylaxe je normální porod bezbolestný a ženy, které nebudou od vlastního porodu očekávat bolest, ji ve skutečnosti neprožijí. Hlavním cílem bylo naučit ženy uvědomování si vlastního těla a jeho sebekontrolu. V posledním trimestru těhotenství ženy navštěvovaly předporodní přípravu, která probíhala v šesti lekcích a byla zaměřena na rozvinutí znalostí o změnách v těhotenství a praktickou přípravu na porod. Platonov také zmiňuje fakt, že slova vyvolávají určitou fyzickou odpověď. Pro těhotné a rodící ženy se slovo kontrakce stává synonymem slova bolest a z tohoto důvodu by měl péči poskytující personál přistupovat ke komunikaci velmi zodpovědně. Kontrakce může být nazývána vlnou, která přichází a zase odchází. Metoda tedy nebyla zaměřena pouze na těhotné ženy a jejich přípravu k porodu, ale také na porodníky a porodní asistentky, kteří svým přístupem a komunikací ovlivňují osobní prožitky rodících žen a jejich doprovodů (Haber, 2013, s. 536-552).

V třicátých letech 20. století dochází v Anglii k nezávislému vzniku obdobného proudu přípravy na porod. Zde působil lékař Grantly Dick-Read, který upozornil na propojení nevědomosti, strachu a bolesti. Toto propojení podle něj působí jako uzavřený kruh, kdy nevědomost vyvolá úzkost a strach. Tyto pocity následně způsobí v těle napětí a lokální spasmus, který vede ke sníženému prokrvení tkání a tím k bolesti (Bašková, 2015, s. 33). Mezinárodní asociace pro studium bolesti aktuálně definuje bolest jako: „Nepříjemný smyslový a emocionální zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně.“ (Raja et al., 2020, s. 1977, překlad vlastní). Metoda podle Dick-Reada pracovala po fyzické stránce s nácvikem dýchání, relaxace a tlačení. Psychická příprava byla založena na informovanosti

těhotných žen, která měla snížit jejich obavy a nastavit pozitivní myšlenkový přístup k porodu (Bašková, 2015, s. 33). Úzkosti rodičích žen se snažil snižovat přítomností porodníka po co nejdelší možnou dobu. Děložní kontrakce nazýval stahy a nespojoval je se slovem bolest (Kuželová, 2003, s. 39).

V polovině 20. století navázal na teorii psychiatrů Velvovského a Platonova francouzský porodník Fernand Lamaze. Prioritou porodu se pro něj stal bezbolestný prožitek. Velký důraz kladl na přítomnost partnera po celou dobu porodu. Jeho předporodní příprava byla určena ženám od třetího měsíce gravidity a probíhala v 8-12 lekcích. Hlavním technikou byla pozitivní autosugesce, automasáže, řízené dýchání a relaxace. V případě nutnosti nevyklučoval možnost využití medikamentů pro tlumení porodní bolesti a provedení porodnických zásahů (Bašková, 2015, s. 33). Metoda vznikla propojením psychoprofylaktické přípravy, která původně pocházela ze Sovětského svazu, a vlastní prací Lamazeho. Velmi rychle se začala šířit do západních zemí a je využívána dodnes (Kuželová, 2003, s. 40).

Francouz Pierre Vellay byl žákem Lamazeho a provázal psychoprofylaxi s psychoanalýzou. Stal se odpůrcem užívání analgetických medikamentů při porodu, protože podle něj mohou narušit nově vznikající emoční vztahy mezi matkou a dítětem. Sám se stal učitelem Michela Odenta (Bašková, 2015, s. 33).

V Anglii se dále specializovala na předporodní přípravu Sheila Kitzinger. Její technika předporodní přípravy využívala poznatky Dick-Reada a Lamazeho, které doplnila o zkušenosti ze svého vlastního porodu. Ve svých kurzech kladla důraz na ženskou sílu, která se přirozeně nachází v každé ženě. S těhotnými ženami prakticky nacvičovala klidové rytmické dýchání s možností využití hlasu pro úlevu od bolesti, uvědomování si vlastního těla a uvolňování pánevního dna. Cílem této přípravy nebyl bezbolestný porod, ale příprava na rodičovství a umožnění prožití výjimečného okamžiku při zrození nového jedince. Mimo jiné sestavila porodní židli, kterou využívala především v první době porodní a prezentovala využití masáže perinea jako prevenci před provedením epiziotomie (Bašková, 2015, s. 34).

Dalším významným francouzským porodníkem byl Frederick Leboyer, který přinesl velkou kritiku nemocničního prostředí a zavedených postupů poskytované porodnické péče. Prostředí plné hluku, světla a zdravotnický přístrojů společně s neosobními přístupy zdravotníků hodnotil jako stresující prvky nejen pro rodičí ženy, ale i pro novorozence (Bašková, 2015, s. 34). Leboyer se odlišil svou pozorností, kterou zaměřil především na novorozence a stres, který vlivem porodu a poporodní

adaptace prožívá. Tyto myšlenky zformuloval ve své knize *Porod bez násilí*, kde uvádí: „Chceme-li se dozvědět, proč děti při porodu trpí, musíme otevřít oči a podívat se, proč tak dlouho a vytrvale pláčí. Musíme jim naslouchat a snažit se slyšet a porozumět. A budeme mít z poloviny jasno.“ (Leboyer, 1995, s. 8).

Na konci sedmdesátých let 20. století se v Kanadě začal zajímat o porodní bolest psycholog Ronald Melzac. Definoval porodní bolest jako jednu z nejhorších. Upozornil však, že každá žena tuto bolest vnímá a zvládá individuálně (Bašková, 2015, s. 35). Melzac se věnoval také analgetickému účinku předporodní přípravy. Věřil, že některé metody předporodní přípravy mohou ženám pomoci se zvládnutím porodních bolestí, avšak pro jeho tvrzení nebyly výsledky obecného zkoumání dostatečně průkazné. Upozornil, že je nutné připravit těhotné nejen na fyziologický porod a zvládnutí bolesti, ale také na všechny komplikace, které mohou během porodu nastat (Kuželová, 2003, s. 41).

V osmdesátých letech 20. století navázal porodník Michel Odent na zkušenosti Fredericka Leboyera. Během svého působení v Africe si všimnul trendu, kdy ženy rodily ve stoje nebo v sedě (Bašková, 2015, s. 35). Odent si stojí za tím, že nejvhodnější polohy při porodu jsou ty, které žena sama přirozeně zaujme, a proto ženy vnímal jako aktivní účastnice porodu. Jeho postoj je v rozporu s konvenční psychoprofylaxí dané doby. Ve své knize *Znovu zrozený porod* uvádí: „Neučíme je ani techniku dýchání. Je nemožné předepisovat při porodu, jak dýchat, aniž bychom tím zároveň předepisovali určitou porodní polohu: lidé totiž dýchají různě podle toho, zda procházejí, stojí, krčí se, klečí, sedí, leží, opírají se o něco či jsou nadnášeni vodou.“ (Odent, 1990, s. 49). Nejdůležitější částí předporodní přípravy je podle Odenta seznámení se s personálem a prostředím. Žena by se měla nacházet v prostředí, které je pro ni klidné a intimní (Bašková, 2015, s. 35).

2.2 ČESKOSLOVENSKO

K rozšíření *psychoprofylaktické přípravy* do Československa došlo na počátku druhé poloviny 20. století. Hlavní podíl na dalším vývoji této metody měl docent Václav Vojta a profesor Dušan Brucháč (Bašková, 2015, s. 35). Odlišné informace uvádí ve své práci Hrešanová, která popisuje první československou delegaci skládající se z porodníků Josefa Lukáše, Miroslava Vojty a pediatra Kamila Kubáta, která absolvovala tříměsíční cestu po zemích Sovětského svazu. Během této doby jim byla 24 sovětskými odborníky představena nově rozvíjející se metoda bezbolestného

porodu. Po návratu zpět do Československa se Miroslav Vojta stal hlavním propagátorem této metody. Mezi benefity psychoprofylaktické metody neřadil pouze možnost snížení vnímání bolesti, ale také urychlení průběhu porodu a snížení výskytu patologických stavů. Hlavní výzkum a rozvoj této metody pro Československo probíhal v Ústavu péče o matku a dítě v Praze, který vznikl v roce 1951 a to spojením třetí Gynekologicko-porodnické kliniky a Kliniky péče o novorozence. Spojením vzniklo skvělé prostředí pro spolupráci gynekologů a pediatriů (Hrešanová, 2016, s. 6-7).

Během sedmdesátých let dochází ke snížení atraktivity psychoprofylaktické přípravy k porodu, protože se prokázalo, že hlavní cíl snížení bolesti při porodu není dostatečně uspokojující (Bašková, 2015, s. 35). O znovu objevení této metody se v osmdesátých letech nejvíce zasloužila lékařka Marie Pečená, která zároveň absolvovala speciální středoškolský obor zaměřený na porodní asistenci a vysokoškolský obor psychologie. Své vzdělání a zájem o obory propojila s vlastní zkušeností, kdy se sama stala mladou matkou a byla šokovaná z nedostatečné informovanosti těhotných žen a kvality poskytované péče (Hrešanová, 2016, s. 18-20). Společně s lékařem Pavlem Čepickým vytvořili jedinečný holistický směr péče o těhotné ženy, který vede především ke snížení strachu a úzkosti z těhotenství, porodu a mateřství. Rodící žena by měla přicházet do předem známého prostředí připravená nejen po psychické stránce, ale také fyzické. Nejdůležitější částí péče je kontinuální spolupráce porodníků, porodních asistentek, pediatriů a vřelá komunikace s matkou i otcem dítěte (Bašková, 2015, s. 35,36).

3 MOŽNOSTI PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVY K PORODU

Obsahová náplň předporodních kurzů je napříč všemi státy velmi různorodá (NICE, 2021, s. 2). Porodem se nerodí pouze novorozenec, ale dochází k vytvoření nových sociálních rolí pro matku i otce, a proto porod není pouze fyzickým aktem, ale také silným psychickým zážitkem (Barimani et al., 2017, s. 1).

3.1 PORODNÍ PLÁN

Těhotné ženy v důsledku institucionalizace porodů dlouhodobě pociťovaly ztrátu vlastní kontroly nad svým těhotenstvím a průběhem porodu. V 80. letech 20. století se ve Spojených státech amerických začal objevovat pojem porodní plán (PP), který je v České republice známější pod názvem *porodní přání* (Korábová, Masopustová, 2018, s. 79). Zastánci přirozených porodů se v rámci hnutí za práva žen a práva pacientů snažili o změnu postavení těhotných žen při poskytování porodnické péče. Tato hnutí byla však společností často kriticky hodnocená a byla vnímána jako přehnaně protichůdná vůči lékařským intervencím (DeBaets, 2017, s. 33). V roce 1996 zahrнула Světová zdravotnická organizace (WHO) PP do doporučených postupů poskytování péče pro normální průběh těhotenství a porodu (Korábová, Masopustová, 2018, s. 79). Cílem WHO byla reorganizace a humanizace porodnické péče (Mohaghegh et al. 2022, s. 2). Postupně se metoda porodního plánu rozšířila do většiny vyspělých západních zemí (Korábová, Masopustová, 2018, s. 79). Následně ho zdravotnická zařízení velmi rychle zavedla do svých poskytovaných služeb a vytvářela si jeho vlastní šablony. To však bylo vnímáno neuspokojivě, protože byly nabízeny pouze omezené možnosti péče a těhotné ženy tak mohly být manipulovány do zavedených postupů konkrétního zdravotnického zařízení. O 40 let později se stále využívá tento dokument, který se liší napříč zeměmi svým obsahem, realizací i dopadem (Bell, Muggleton, Davis, 2022, s. 1).

PP je dokument, který je sepsán těhotnou ženou. Obsahuje její hlavní představy a přání o průběhu porodu a poskytované péči. Vyjadřuje její osobní hodnoty a specifické potřeby (Mohaghegh et al., 2022, s. 2). PP vytváří komunikační můstek mezi těhotnou ženou a zdravotnickým personálem (Bell, Muggleton, Davis, 2022, s. 8). Mohaghegh popisuje: „...PP poskytuje možnost rychlého předání informací mezi matkou, porodní asistentkou a porodníkem.“ (Mohaghegh et al., 2022, s. 7, překlad vlastní).

Jedná se také o důležitý nástroj předporodní přípravy, který snižuje obavy žen z porodu, navozuje pocit jejich kontroly nad celým procesem a může pozitivně ovlivnit jejich prožitek z porodu. Vnímání pocitu kontroly během porodu je však často odlišné. Ženy s nižším socioekonomickým statusem vnímají pocit kontroly nad životními situacemi méně často, a tak se pro ně může PP stát efektivní podpůrnou pomůckou. Naopak ženy s vyšším socioekonomickým statusem mohou pociťovat zklamání, pokud porod neproběhne takovým způsobem, jakým si ho předem naplánovaly (Korábová, Masopustová, 2018, s. 79-81). Mohaghegh a kolektiv provedl v Íránu kvalitativní studii, kde zkoumali implementaci porodního plánu do předporodních kurzů a zkušenosti žen, které ho během svého porodu využily. Dotazované ženy uvedly, že jim PP přinesl možnost přemýšlet o tom, co přesně je během porodu čeká. Vnímaly tak větší motivaci ke zjišťování odborných informací o průběhu porodu, které nejčastěji čerpaly z předporodních kurzů a odborných knih. V tomto výzkumu uvedla jedna z respondentek: „Nemůžeme napsat plán bez přípravy...“ a jedna z dotazovaných porodních asistentek doplnila: „Když někoho v noci strčíme do bazénu plného vody, tak se může bát, přestože umí plavat. PP přináší možnost ženu připravit na porod tak, aby si vytvořila živou představu o celém procesu.“ (Mohaghegh et al., 2022, s. 5-6, překlad vlastní).

Spojení nereálných požadavků a silná fixace na PP vytváří napětí mezi těhotnou ženou a zdravotnickým personálem. Následně mezi nimi dochází ke konfliktu, který negativně ovlivňuje porodní zkušenost ženy (Mohaghegh et al., 2022, s. 2). V některých případech může PP vést ke zlepšení komunikace mezi rodící ženou a personálem zdravotnického zařízení, ale stejně tak mezi nimi může vytvořit velkou komunikační překážku. Korábová a Masopustová upozorňuje, že zdravotnický personál přistupuje k porodním plánům převážně kriticky a vnímá ho jako neflexibilní seznam pravidel rodící ženy. Dále uvádějí: „Zdravotníci se často domnívají, že PP představuje snahu o kontrolu a plánování procesu, který naplánován a ani zcela pod kontrolou být nemůže. PP navíc ženě poskytuje falešný pocit kontroly a ona tak není připravena na nepředpokládané komplikace.“ (Korábová, Masopustová, 2018, 85). Nečekané komplikace obvykle vedou k nedodržení porodního plánu, a proto by o nich měla být těhotná žena poučena již během předporodní přípravy. Přijetí tohoto faktu snižuje riziko negativní porodní zkušenosti, která dlouhodobě ovlivňuje sociální a emoční stav ženy, dítěte i rodiny jako celku (Bell, Muggleton, Davis, 2022, s. 8). PP

by měl být vnímán jako tvárný dokument, který se v návaznosti na nové informace a měnící se situace, může nadále vyvíjet (Mohaghegh et al., 2022, s. 10).

Vliv porodního plánu na průběh porodu je z medicínského hlediska neobjasněný. Studie, které se například zabývaly tím, jaká je souvislost mezi využitím porodního plánu a epidurální analgezií, nedošly ke stejným závěrům. Nesourodost závěrů mohla být způsobena odlišnou sociální podporou těhotné a přístupem zdravotnického personálu při poskytování porodnické péče (Korábová, Masopustová, 2018, s. 81). Podstatnou částí, která ovlivňuje úspěšnost připraveného porodního plánu, je péči poskytující personál (Bell, Muggleton, Davis, 2022, s. 2).

Pozitivní či negativní porodní zkušenost je nejvíce ovlivněná tím, zda se žena během porodu cítila respektována a dostatečně vyslyšena. Hlavní rolí porodní asistentky je tedy vytvoření bezpečného prostředí, naslouchání a snaha o vysvětlení reálných možností porodnické péče podle konkrétních situací (Bell, Muggleton, Davis, 2022, s. 8-9).

3.2 PREVENCE PORANĚNÍ PERINEA

Mezi nejčastější porodní poranění, která mohou nastat při vaginálním porodu, patří poranění perinea. Spontánní poranění nastávají v podobě drobných lacerací až ruptur, které se podle rozsahu poškozené tkáně klasifikují do čtyřech stupňů. (Procházka et al., 2020, s. 439; Ugwu et al., 2018, s. 1252). Do I. stupně se zahrnuje narušení perineální kůže a vaginální sliznice. Při ruptuře II. stupně se poranění prohlubuje na fascii a svalovou tkáň perinea. Ruptura III. stupně zasahuje až k vnějšímu a vnitřnímu análnímu sfinkteru. IV. stupeň se považuje za nejzávažnější rozsah poranění perinea a vzniká poškozením všech výše zmiňovaných struktur, ke kterým se přidruží i poranění rektální sliznice (Ellington, Rizk, Criso, 2017, s. 2; Procházka et al., 2020, s. 439-440). Zwinger a kolektiv uvádí mezi hlavní příčiny vzniku spontánní ruptury perinea nepoddajnost tkáně primipar a anatomicky vysoké perineum. Zwinger a kolektiv popisují dřívější dělení porodního poranění na tři stupně, kdy je I. stupeň definován poraněním kůže perinea a povrchovou rupturou vaginální sliznice. Při II. stupni dochází k poranění vaginálních a perineální svalů. Nejrozsáhlejším poraněním je podle nich III. stupeň, který způsobuje i poranění análního sfinkteru (Zwinger et al., 2004, s. 316). Poranění perinea III. a IV. stupně významně zvyšuje riziko vzniku mateřských morbidit, mezi které se řadí stresová a akutní inkontinence moči, inkontinence plynů a stolice, dyspareunie, pánevní bolest a prolaps pánevních orgánů. Tyto poporodní následky způsobují nejen fyzický diskomfort, ale také negativně ovlivňují psychický stav ženy, který může vést k její izolaci od společnosti (Abdelhakim et al., 2020, s. 1736).

Arteficiální poranění perinea vzniká při provedení epiziotomie, která je pro laickou veřejnost známá pod pojmem *nástřih hráze*. Jedná se o přípravnou porodnickou operaci, která se využívá pro rozšíření měkkých porodních cest. Nejčastěji se provádí v mediálním, mediolaterálním nebo laterálním směru. Mezi indikace pro provedení epiziotomie se řadí operačně vedené porody, hypoxie plodu, stagnace hlavičky při jejím prořezávání ve východu pánevním a riziko vzniku rozsáhlé spontánní ruptury perinea (Procházka et al, 2020, s. 441-442; Zwinger et al., 2004, s. 317, 320-321). Každá porodní asistentka by měla mít na vědomí všechna pozitiva i negativa, která epiziotomie přináší a její provedení vždy pečlivě zvážit. V minulosti byla epiziotomie běžnou součástí většiny lékařsky vedených porodů (Procházka et al., 2020, 441-442). První dochovaná zmínka o epiziotomii pochází z roku 1742, kdy bylo

vydáno dílo *A Treatise on Midwifery*, které napsal irský porodník Fielding Ould. Na počátku 20. století americký porodník Joseph DeLee prezentoval využití epiziotomie a porodu za pomoci porodnických kleští v celkové anestezii, jako efektivní metodu pro urychlení II. doby porodní (DP) a snížení rizik pro plod. Podle Bohaté a Dostálka byl obhájcem rutinní epiziotomie také americký porodník Ralph Hayward Pomeroy, který přirovnal hlavičku novorozence k beranidlu a hlásal: „...proč neotevřít bránu než průvod projde a pak ji zase nezavřít?“. Postoj lékařů k epiziotomii se začal měnit až po roce 1980. (Bohatá, Dostálek, 2016, s. 193-194). Provádění rutinní epiziotomie není nadále doporučeno, protože evidence dat jasně prokazuje, že nežádoucí provedení nepřináší žádné benefity. Mediální epiziotomie navíc zvyšuje riziko spontánní ruptury perinea III. - IV. stupně (Abdelhakim et al., 2020, s. 1735). Nežádoucí epiziotomie tedy může způsobit větší porodní poranění, a tím zvýšit riziko rozvoje infekce a prodloužit dobu hojení (Ellington, Rizk a Criso, 2017, s. 1). Četnost provedených epiziotomií se však liší napříč zeměmi. Například ve Švédsku se epiziotomie provádí u 9-10 % porodů a naopak na Taiwanu se provádí vždy (Bohatá, Dostálek, 2016, s. 193).

Vyšší riziko poranění perinea mají ženy, které ještě nikdy nerodily. Dále patří mezi rizikové faktory makrosomie a malpozice plodu, operativně vedené porody a maternální obezita (Abdelhakim et al., 2020, s. 1735; Ugwu et al., 2018, s. 1252). Ellington, Rizk a Criso doplňují rizikové faktory o věk rodičky, kdy každý další rok zvyšuje riziko perineálního poranění o 7 %. Významnou roli podle nich zastává i etnicita, kdy poukazují na to, že asijské a hispánské rasy mají vyšší predispozici pro vznik poranění perinea než rasy jiné. Snížená sexuální aktivita ve III. trimestru těhotenství může vést ke vzniku poranění perinea (Ellington, Rizk, Criso, 2017, s. 1). Na vzniku perineálního poranění se dále může podílet poloha matky v II. době porodní a míra profesionality porodní asistentky či porodníka (Monguilhott et al., 2022, s. 2).

Celosvětově se poranění perinea vyskytuje u 30-85 % vaginálních porodů. Z tohoto celkového množství tvoří poranění III. a IV. stupně 1-10 % incidentů (Abdelhakim et al., 2020, s. 1735; Ugwu et al., 2018, s. 1252). V roce 2016 byla provedena metaanalytická studie, která sesbírala a zhodnotila data z 15 dříve provedených studií publikovaných v Cochranově databázi. Tato studie celkem obsáhla porodní zkušenosti 17 674 žen. Pouze 27 % z těchto dotazovaných žen porodilo bez jakéhokoliv poranění perinea (Ellington, Rizk, Criso, 2017, s. 1).

3.2.1 MASÁŽ PERINEA

Masáž patří mezi jednu z historických technik, která slouží k uvolnění svalstva a ke zvýšení prokrvení v masírované oblasti (Abdelhakim et al., 2020, s. 1736).

Masáž perinea vede k vyšší flexibilitě a elasticitě perineální tkáně, a tím dochází ke snížení rizika vzniku perineálního poranění nebo nutnosti provedení epiziotomie. Díky masáži může těhotná žena pocítit senzibilitu svého perinea a naučit se uvolňovat svaly pánevního dna při působení nepříjemného tlaku. Nepříjemný tlak, který je vyvíjen při masáži, je obdobný tlaku, který při porodu vyvíjí hlavička na tkáně pochvy a perinea (Ellington, Rizk, Criso, 2017, s. 2). Doporučené období pro provádění masáže je v rozmezí 4-6 týdnů před termínem porodu (Abdelhakim et al., 2020, s. 1736). Masáž by měla být prováděna alespoň 4x týdně. Těhotné ženy by měly být upozorněny, že pokud někdy zapomenou masáž provést, tak se nejedná o důvod, aby s touto předporodní technikou úplně skončily. Není totiž prokázán nižší výskyt poranění perinea a epiziotomií mezi ženami, které provádějí předporodní masáž perinea s vyšší frekvencí a těmi, které ji provádějí méně často (Ellington, Rizk a Criso, 2017, s. 2, 4).

Porodní asistentka edukuje těhotnou ženu o důkladné čistotě rukou a vhodné úpravě nehtů. Pro komfort masáže a hydrataci perineální tkáně doporučí vhodný lubrikační gel nebo masážní olejíček, který se nanese nejen na oblast perinea a na masírující prsty, ale také do pochvy. Vhodný je například olej slunečnicový a mandlový, nebo speciálně vyráběné přírodní oleje určené přímo na masáž perinea od firmy Welleda nebo Nobilis Tilia. Dále doporučí vhodné polohy pro provedení masáže jako například polohu v polosedě s abdukci dolních končetin, polohu ve stoje s elevací jedné dolní končetiny se zapřením nebo polohu ve dřepu s oporou v zádech. Poloha by měla být pro těhotnou příjemná a setrvání v ní by nemělo být bolestivé. Porodní asistentka názorně poučí ženu o technice masírování. Masáž se může provádět jedním nebo oběma palci, ukazováčky nebo prostředníčky podle toho, co přesně těhotné ženě ve zvolené poloze vyhovuje. Nejdříve je vhodné do pochvy zavádět pouze jeden prst a podle pocitu ženy případně přidat další. Zároveň se pohyb zavedených prstů kombinuje s pohybem palce, který masíruje perineum z vnějšku. Prsty se do pochvy zavádí na délku 3-5 centimetrů. Masáž se provádí kontinuálními pomalými pohyby v podobě půlkruhů, které mohou být přirovnány ke kývavému pohybu hodinové ručičky mezi 3. a 9. hodinou. Tlakem žena postupně masíruje tkáně pochvy i perinea. V této aktivitě je doporučeno setrvat alespoň 5 minut a při potřebě znovu aplikovat lubrikační gel či masážní olejíček. Během masáže se těhotná žena

snaží uvolňovat svaly pánevního dna a dýchat klidně. Masáž může být z počátku nepříjemná, může způsobit pocit tlaku a pálení v oblasti masírování, ale s pravidelným opakováním tento pocit postupně odstupuje v důsledku vyšší elasticity tkáně. Do této aktivity může těhotná žena zapojit i partnera. Pro partnera platí stejné edukační pokyny jako pro těhotnou ženu. Nejvhodnější je v této kombinaci poloha v polosedě s abdukci dolních končetin kolem rukou partnera. V této pozici je vhodné provádět masáž jedním nebo oběma ukazováčky. Důležitá je pro partnery vzájemná komunikace během celé masáže tak, aby se předešlo vzniku nepříjemných či bolestivých pocitů těhotné ženy (Ellington, Rizk, Criso, 2017, s. 8-9; Ugwu et al, 2018, s. 1253, Weleda, ©2023).

Abdelhakim a kolektiv provedli meta-analytickou studii, která propojila data od 3 467 žen. U těch žen, které absolvovaly pravidelnou předporodní masáž perinea, došlo k signifikantnímu poklesu výskytu epiziotomií a poranění perinea. Prokázal se vliv na zkrácení průměrné délky trvání II. DP, lepší poporodní hojení, méně častou poporodní pánevní bolest a nižší výskyt anální inkontinence. Vedlejším zjištěním byla souvislost mezi prováděním předporodní masáže perinea a lepším Apgar skóre dítěte v 1. a 5. minutě. Pozitivní vliv na Apgar skóre v této souvislosti autoři odůvodňují kratší délkou trvání II. DP, která může nést nižší rizika výskytu komplikací, a tím i nižší riziko vzniku fetální hypoxie. V této studii nebyla ověřena efektivnost masáže perinea na výskyt poporodní inkontinenci moči (Abdelhakim et al., 2020, s. 1735, 1741).

V roce 2013-2014 provedl Ugwu a kolektiv studii v Nigérii, kde nasbírali data od 108 žen. 53 žen patřilo do intervenční skupiny, která prováděla pravidelnou předporodní masáž perinea. Celkem polovina z těchto žen porodila bez poranění perinea a pouze v 37,7 % případů bylo nutné provedení epiziotomie. Kontrolní skupinu tvořilo 55 žen, které tuto techniku předporodní přípravy nevyužívaly. V kontrolní skupině se spontánní poranění perinea objevilo v 70,9 % případů a epiziotomie byla provedena u více než poloviny žen. Studie signifikantně prokázala pozitivní vliv předporodní masáže perinea na snížení výskytu poranění perinea a nutnosti provedení epiziotomie. Autoři se neshodují s výsledky studie Abdelhakima a kolektivu v oblastech signifikantního vlivu předporodní masáže perinea na délku trvání II. DP a hodnotu Apgar skóre v 5. minutě života dítěte (Ugwu et al., 2018 s. 1254).

V přehledovém článku z roku 2017, který se zabýval efektivností masáže perinea na porod a poporodní zotavení žen, jsou uvedené výsledky studií, které byly prováděny v širokém horizontu let. Autoři článku zmiňují, že masáž perinea významně zvyšuje šanci pro porod bez poranění perinea. Dále snižuje riziko pro nutnost

provedení epiziotomie a snižuje poporodní bolest v období šestinedělí. Pozitivní efekt byl také vyzorován na porodních zkušenostech žen, které pociťovaly svou připravenost na porod, a tak byly při porodu více sebevědomé (Ellington, Rizk, Criso, 2017, s. 4).

Podle Moravcové nelze jednoznačně určit, zda pravidelná předporodní masáž perinea významně předchází vzniku poranění perinea a nutnosti provedení epiziotomie. Moravcová konkrétně uvádí: „V průběhu porodu má na vznik porodního poranění vliv řada faktorů a dosud neexistují studie, které by jednoznačně prokázaly pozitivní vliv masáží hráze jako prevence porodních poranění“. Svým závěrem se neshoduje se významnými výsledky žádné ze tří výše zmíněných aktuálních a dohledatelných studií (Procházka et al, 2020, s. 442-443).

V rámci brazilské pilotní studie publikované v roce 2022 byl proveden kvantitativní dotazníkový průzkum, který se zabýval akceptovatelností masáže perinea těhotnými ženami. Průzkum celkově sesbíral data od 113 nulipar. Pro 61,4 % žen byla masáž přijatelná a až 56,7 % žen bylo spokojeno s možností zapojení partnera. Pouze jedna čtvrtina žen popsala masáž jako zahanbující a nepříjemnou (Monguillott et al., 2022, s. 7). V přehledovém článku z roku 2017, který publikoval Ellington, Rizk a Criso, se uvádí, že více než 60 % žen vnímá zapojení partnera do masáže pozitivně. Pociťují mezi sebou bližší propojení a masáž se pro těhotnou ženu stává komfortnější. Jedná se o velmi intimní situaci mezi partnery, která může následně vést k sexuální aktivitě. Autoři však zmiňují, že u některých párů může v tomto ohledu vzniknout napětí v důsledku neshodujících se sexuálních chutí či potřeb (Ellington, Rizk, Criso, 2017, s. 4).

Na základě dohledatelných a aktuálních studií by porodní asistentky a gynekologové měli informovat těhotné ženy o všech benefitech pravidelné předporodní masáže perinea a podporovat je v zařazení této metody do jejich předporodní přípravy na porod (Abdelhakim et al., 2020, s. 1743). Zároveň tato diskuze může v těhotné ženě vzbudit důvěru ve zdravotnický personál a snížit tak její obavy z porodu (Ellington, Rizk, Criso, 2017, s. 2).

3.2.2 VAGINÁLNÍ DILATAČNÍ BALÓNKY (VDB)

U multipar při průchodu hlavičky porodním kanálem můžeme pozorovat nižší odpor měkkých tkání. To je způsobeno tím, že měkké tkáně už byly u předchozího porodu kompletně dilatovány (Bohatá, Dostálek, 2015, s. 199). Studie zabývající se svalovou biomechanikou pánevního dna potvrdily, že procvičování svalů zlepšuje

jejich sílu a pružnost (Kamisan et al., 2016, s. 996). Zmíněné poznatky vedly k vyvinutí vaginálních dilatačních balónků, které slouží jako zdravotnická pomůcka pro prevenci vzniku porodního poranění (Bohatá, Dostálek, 2015, s. 199).

Epi-no Delphine (Tescana GmbH, Mnichov, Německo) je německý výrobek, který slouží k předporodní přípravě pánevního dna. Na prodejním trhu byl představen v roce 1999. Skládá se z nafukovacího silikonového balónku, který je hadičkou propojen s ruční pumpou. Inspirace k vytvoření Epi-no byla čerpána od afrických žen, které své pánevní dno procvičovaly a připravovaly na porod pomocí tykve, kterou si zaváděly do pochvy. Epi-no je možné používat každý den od 37. týdne gravidity. Po jeho zavedení do pochvy těhotná žena postupně nafukuje balónek, vnímá zvyšující se tlak mezi tkáněmi, stahuje a uvolňuje svaly pánevního dna. Během celého cvičení klidně dýchá a nakonec se pokusí balónek vytlačit tím, že uvolní celé pánevní dno. Doporučená doba cvičení je 30 minut a celý cyklus zavedení a vytlačení se může několikrát opakovat (Kamisan et al., 2016, s. 996).

Aniball (RR Medical, s.r.o., Troubsko) je český výrobek, který slouží k procvičování svalů pánevního dna před porodem. Na českém trhu byl představen v roce 2014. Inspirace pro vytvoření byla stejná jako u výrobku Epi-no. Aniball se skládá z nafukovacího silikonového balónku, spojovací hadičky a ruční pumpy s oboustranným ventilem (Bohatá, Dostálek, 2015, s. 196). Na oficiálních stránkách produktu Aniball je uvedeno že: „Používání Aniballu umožňuje nácvik vědomého uvolnění pánevního dna za pomoci hlubokého nádechu, vyzkoušení vhodné porodní polohy a pocitu tlaku, který způsobuje nutkání na vypuzování miminka.“ (O Aniballu, © 2021). Podle Bohaté a Dostálka je možné Aniball používat už od 36. týdne gravidity (Bohatá, Dostálek, 2015, s. 196). Moravcová a oficiální stránky výrobku Aniball však upozorňují, že pravidelné používání Aniballu je doporučeno až od 37. týdne gravidity (Procházka et al., 2020, s. 443, Návod na používání zdravotnického prostředku Aniball, © 2021). Používání Aniballu je kontraindikováno v případech jako je rizikové těhotenství, infekční zánět pochvy, herpes a kondylomata genitálu, poranění pochvy, prekancerózní a nádorový stav, krvácení a období šestinedělí. Cvičení s Aniballem je možné provádět každý den po dobu 15-30 minut. Cvičení je založeno na korigování vlastního dechu a uvědomování si svalů pánevního dna. Po zavedení a nafouknutí balónku žena postupně přichází na to, že při nádechu se svaly pánevního dna uvolňují a při výdechu naopak stahují. Uvolnění svalů je spojeno s posunem balónku směrem ven z pochvy. Cílem cvičení je uvědomění si, že balónek lze vytlačit pomocí vědomého

dýchání, uvolnění svalů pánevního dna a bez usilovné námahy břišního lisu (Návod na používání zdravotnického prostředku Aniball, © 2021).

V roce 2014-2015 byla v nemocnici Český Krumlov provedena retrospektivní studie, která zkoumala efektivnost metod předporodní přípravy na prevenci porodního poranění u prvorodiček. Během zkoumaného období porodilo v této porodnici celkem 1 277 žen. Podle kritérií byl 442 ženám na poporodním oddělení předán výzkumný dotazník. Pouze 315 dotazníků bylo plnohodnotně vyplněno a odevzdáno zpět na oddělení. Ženy, které používaly v předporodním období VDB Epi-no nebo Aniball, porodily ve 43,1 % případů bez poranění perinea. Naopak ženy, které tento způsob předporodní přípravy nevyužívaly, porodily bez poranění perinea pouze ve 14,1 % případů. Četnost provedených epiziotomií byla o 28 % nižší u žen, které VDB používaly. Tato studie tedy signifikantně potvrdila pozitivní vliv VDB na prevenci poranění perinea při dilataci balónku na obvod větší než 24 centimetrů (Bohatá, Dostálek, 2015, s. 195-197). V letech 2017-2019 probíhala prospektivní studie v nemocnici Ostrava, která se zabývala vlivem Aniballu na prevenci porodního poranění. Studie obsahuje porodní zkušenosti 123 žen. Do intervenční skupiny patřilo 64 žen, které v předporodním období využívaly Aniball. Zbývajících 59 žen tvořilo kontrolní skupinu, která Aniball v předporodním období nevyužívala. Tato studie neprokázala protektivní vliv Aniballu na poranění svalu levator ani a perinea. Nepotvrdilo se ani zkrácení délky trvání II. DP ve spojitosti s používáním Aniballu. Ze studie však vyplynulo, že pravidelné cvičení s Aniballem je signifikantně spojeno s nižším počtem provedených epiziotomií. Výsledky studie mohou být zkráceny nízkým počtem zúčastněných žen (Fousek et al., 2023, s. 82-89).

Mezi lety 2007-2014 byla v Austrálii provedena prospektivní studie, která se zaměřila na protektivní vliv Epi-na proti poranění svalů pánevního dna. Do studie bylo zapojeno celkem 660 těhotných žen, ale pouze 504 z nich přišlo na poporodní kontrolu v rámci výzkumu. Tato studie nepotvrdila pozitivní efekt na protekci svalů pánevního dna během porodu ve spojitosti s předporodním využitím Epi-na (Kamisan et al., 2016, s. 995-999). V roce 2009 byla v Brazílii provedena prospektivní studie, která sledovala efektivnost výrobku Epi-no na prevenci porodního poranění. Do studie bylo celkem zahrnuto 161 žen. V této studii byl průměrný dosažený obvod nafouklého balónku 19,9 centimetrů. Polovině žen byla provedena mediolaterální epiziotomie, u 21,8 % procent žen se vyskytovaly spontánní lacerace a 27,3 % žen porodilo bez poranění perinea. Ženy, které porodily bez poranění perinea, zvládly nafouknout

obvod balónku na více než 20,8 centimetrů. Autoři studie upozorňují, že každá žena dosahuje odlišné vaginální dilatace a protektivní vliv na poranění perinea byl prokázán až po dosažení určité hranice dilatace (Zanetti et al., 2016, s. 97-99). V roce 2015 byla publikována systematická přehledová studie, která dosáhla obdobných výsledků. Brito a kolektiv prozkoumali celkem 5 dříve provedených studií, do kterých bylo celkem zapojeno 1 369 žen. Podle autorů nemá výrobek Epi-no protektivní vliv na vznik porodního poranění, nesnižuje procentuální počet provedených epiziotomií a nezkracuje dobu trvání II. DP (Brito et al., 2015, s. 1429).

3.2.3 VAGINÁLNÍ NAPAŘKA

Vaginální napařování je přírodní metoda, která má bohatou historii. V historických pramenech je zachyceno využívání vaginálního napařování pod různými názvy jako například *Ganggang*, *Ratus*, *Bakera* nebo *Venus smoke*. Valová o vaginální napařce uvádí: „Lze ji považovat za dědictví z dob Aztéků a Mayů v Americe, Starobylého Egypta a Mezopotámie na blízkém východě, ale také starověkého Říma v Evropě.“. Aktuálně je nejvíce rozšířena v Asii a Indonésii, ale povědomí o jejích pozitivních vlivech se velmi rychle šíří do celého světa (Valová, 2019).

Vaginální napařka prokazatelně působí na ženské pohlavních orgány. Pozitivní vliv pozorujeme na čištění pohlavních orgánů, regulaci menstruačního cyklu, zmírnění dysmenorey a meteorismu (McDermott, 2022). Bylinná pára svým teplem prohřívá pohlavní ústrojí ženy. Dochází tak ke zlepšení krevní cirkulace a ke vstřebávání účinných látek bylin do krve. Jednotlivé byliny působí ničivě vůči nežádoucím bakteriím a kvasinkám, které osidlují pochvu. Současně se proces napařování stává pro ženy relaxační metodou. Vaginální napařka propojuje benefity aromaterapie, hydroterapie, fytotherapie a termoterapie. Vaginální napařka má svá pozitiva, ale je nutné dbát i na její rizika. Mezi hlavní kontraindikace vaginálního napařování patří gravidita, probíhající menstruace, intermenstruační krvácení, probíhající zánět močových cest, kandidóza a akutní bakteriální infekce. Další kontraindikací je zavedený podkožní implantát Nexplannon a arteficiální přerušování vejcovodů. U intrauterinních antikoncepčních tělísek zatím nebyl prokázán negativní vliv vaginálního napařování na jejich účinnost a lokalizaci (Valová, 2017, Valová, 2018; Valová, 2019).

Gravidita patří mezi hlavní kontraindikace vaginálního napařování, protože stoupající horká pára efektivně působí na zkracování a dilataci děložního hrdla, a tím může dojít k předčasnému porodu. Výjimkou jsou poslední dva týdny gravidity, kdy je

plod dostatečně zralý a může tak dojít k finální přípravě porodních cest. Běžné směsi pro napařování nejsou během závěru gravidity vhodné. Česká firma Steamy.cz nabízí bylinnou směs *Voňavý porod*, která vychází z receptury komunitní porodní asistentky Anny Kohutové, nebo bylinnou směs *Uvolnění porodních cest*. V obou zmíněných bylinných směsích je základem list maliníku obecného, který stimuluje aktivitu hladké svaloviny dělohy, zvláčňuje porodní cesty a preventivně působí proti krvácení a natí mateřidoušky, která působí především dezinfekčně, antibakteriálně, mírní bolesti a stimuluje tvorbu mateřského mléka. Valová (2018) uvádí: „Samotná teplá pára z napáčky má vliv na změkčení tkání hráze, která se díky tomuto stává poddajnější a elastičtější.“. Vaginální napáčka tedy může být využita jako metoda pro prevenci vzniku poranění perinea. Antenatálně by se měla vaginální napáčka využívat 2-3 krát týdně během posledních dvou týdnů gravidity a celý proces napařování by měl být těhotné ženě příjemný, intimní a klidný. Především je důležité dbát na riziko popálení. Při potermínové graviditě může být vaginální napáčka využita jako přírodní metoda pro vyvolání porodu (Bylinné směsi, © 2017; Valová, 2017; Valová, 2018)

3.3 PŘÍPRAVA PORODNÍCH CEST

Po celá staletí pracují porodní asistentky ve své praxi s bylinami (Bowman et al., 2021, s. 2).

3.3.1 MALINÍK A LNĚNÉ SEMÍNKO

Listy maliníku jsou hojně využívány v období těhotenství i porodu. Posilují svalovinu dělohy, děložní kontrakce a působí preventivně proti krvácení. Historické využití maliníku je významné, ale i přesto je evidence dat o mechanismech jeho účinků, efektivnosti a vedlejších příznacích velmi úzká. Odborná studie, kterou provedli Holst, Haavik a Nordeng, došla v roce 2009 k závěru, že neexistuje dostatečné množství ověřených dat, aby autoři mohli doporučit užívání maliníku v těhotenství (Bowman et al., 2021, s. 2). Podle Bohaté a Dostálka listy maliníku stimulují stahy hladké svaloviny, tím pozitivně působí na zkrácení délky trvání II. DP a po porodu dochází k lepšímu zavínování dělohy. Doporučené dávkování je v rozmezí 1-2 šálků čaje denně od 36. týdne gravidity (Bohatá, Dostálek, 2016, s. 196). Listy maliníku mohou vést ke snížení výskytu hyperemesis gravidarum, Braxton-Hicksových kontrakcí a zmírňují bolesti při porodu. Pozitivně ovlivňují fertilitu ženy, regulují menstruační cyklus a podporují tvorbu mateřského mléka (Farnaghi, Braniff, 2022, s. 506).

V roce 2020-2021 byla provedena studie, která se zabývala informovaností žen o možnosti využití listů maliníku v období těhotenství. Celkem se zapojilo 121 žen. Celkem 73 % žen si bylo vědomo možnosti využití maliníku a 38 % ze všech dotazovaných žen konzumovalo před porodem maliníkový čaj každý den. Mezi benefity, které se v této studii potvrdily, patřilo snížení výskytu Braxton-Hicksových kontrakcí, efektivnější dozrávání děložního hrdla, zkrácení délky trvání II. DP, snížení bolesti během porodu a zvýšení produkce mateřského mléka. Respondentky nejčastěji získávaly informace na internetu, u porodní asistentky a svého lékaře (Farnaghi, Braniff, 2022, s. 507-509)

Lněné semínko působí na hladkou svalovinu dělohy relaxačně, a tím se efektivně podílí na zkracování a dilataci děložního hrdla. Zároveň je jeho konzumace doporučována i pro podporu laktace. Konzumace je možná už od poloviny těhotenství a to formou odvaru, nebo celých semínek ve stravě. Denní dávka by neměla překročit množství třech lžiček (Bohatá, Dostálek, 2016, s. 196).

Bohatá a Dostálek provedli v letech 2014-2015 retrospektivní studii v nemocnici Český Krumlov. V této studii bylo celkem 128 žen, které využily v předporodním období

maliník nebo lněné semínko pro prevenci perineálního poranění. V této studii byla prokázána souvislost mezi využitím maliníku, lněného semínka a vyšším výskytem intaktního perinea a nižším počtem provedených epiziotomií. Pozitivní souvislost však byla ovlivněna faktem, že 45 žen z celkového počtu respondentek zároveň využívalo VDB nebo masáž perinea. U zbylých žen, které využívaly pro přípravu porodních cest pouze maliník a lněné semínko, nebyl prokázán signifikantní vliv na intaktní perineum (Bohatá, Dostálek, 2016, s. 200).

3.3.2 DATLE

Datle jsou bohaté na vitamíny, minerály, cukry, proteiny a mastné kyseliny. Vysoký obsah cukrů působí jako zdroj energie a tím snižuje únavu těhotné i rodící ženy. Nasycené a nenasycené mastné kyseliny v datlích se podílejí na tvorbě prostaglandinů, které pozitivně ovlivňují zrání děložního hrdla a způsobují děložní kontrakce, a proto jsou využívány jako alternativní metoda pro přípravu porodních cest a indukci porodu. Podílejí se také na zkrácení jednotlivých dob porodních, snižují pravděpodobnost využití farmakologických metod pro indukci porodu a snižují četnost výskytu císařských řezů. Pojídání 5-6 kusů datlí denně se doporučuje v posledních čtyřech týdnech těhotenství (Karimi et al., 2020, s. 10-11). Izzaddinn a kolektiv uvádí, že datle také obsahují hormony, které ovlivňují kontraktilitu dělohy, napomáhají tak přípravě na porod, efektivně zrychlují délku trvání porodu a příznivě působí na zmírnění krevní ztráty při porodu (Izzaddinn et al., 2018, s. 558).

3.3.3 PUPALKOVÝ OLEJ

Pupalkový olej se získává destilací semen rostliny pupalky dvouleté. Květy této rostliny se rozevírají v noci, a proto se tomuto oleji někdy přezdívá *noční pupalkový olej* (Hemmatzadeh et al., 2021, s. 1).

Pupalkový olej pozitivně působí na bolest prsou, premenstruační syndrom, symptomy menopauzy, revmatoidní artritidu, atopické ekzémy a chronické záněty. Dále se podílí na dozrávání děložního hrdla a indukci porodu (Hemmatzadeh et al., 2021, s. 1-2; Bayles, Usatine, 2009, s. 1405). Olej ze semen pupalky dvouleté obsahuje kyselinu linolovou a gama-linolenovou, které se podílí na vzniku prostaglandinů, které působí na dozrávání děložního hrdla a následně vyvolávají nástup děložních kontrakcí. Přes 60 % amerických porodních asistentek doporučuje užívání pupalkového oleje v pozdním těhotenství jako alternativní metodu pro indukci porodu, která sebou nenese závažné vedlejší reakce (Hemmatzadeh et al., 2021, s. 2).

Od 38. týdne těhotenství se doporučená denní dávka pohybuje v rozmezí 500-2000 miligramů. Dále se doporučuje začít s nižšími dávkami, které lze následně navyšovat (Marcin, 2015). McDermott uvádí, že mezi vedlejší reakce můžou patřit bolesti hlavy a problémy s trávením. Intenzita vedlejších reakcí je ovlivněna užívanou dávkou (McDermott, 2019).

V roce 2021 zveřejnili Hammatzadeh a kolektiv systematickou přehledovou studii, která celkově seskupila data z 9 dříve provedených studií. Prokázal se signifikantní vliv pupalkového oleje na zkrácení I. a II. doby porodní a snížení počtu provedených císařských řezů. Neprokázal se signifikantní vliv na porodní hmotnost a lepší hodnotu Apgar skóre v první minutě života novorozence. Také nebylo prokázáno signifikantní snížení četnosti indukcí porodu pomocí oxytocinu (Hemmatzadeh, 2021, s. 7-8).

3.4 PŘÍTOMNOST DOROVÁZEJÍCÍ OSOBY U PORODU

Z historického i mezikulturního pohledu byly ženy vždy v období těhotenství, porodu i šestinedělí podporovány jinými ženami. Tyto doprovázející ženy byly nejčastěji zkušené porodní báby, nebo starší rodinné příslušnice, které už měly vlastní porodní zkušenosti (Bartáková, 2016, s. 31).

Bartáková zmiňuje, že: "Porod patří mezi zlomový a silně intimní okamžik nejen v životě ženy, ale i celé její rodiny.". Intimita je společností často chybně vnímána jako synonymum něčeho romantického či sexuálního. Pravý význam intimity je však skrytý ve vztahu mezi osobami, které sdílí své nejsoukromější a nejzranitelnější vlastnosti a prožitky. Intimní vztah nevzniká tedy jen mezi partnery a je potřeba na intimitu nahlížet komplexně a s ohledem na současný vývoj společnosti. V průběhu společenského vývoje se mění i škála doprovázejících osob k porodu. Doprovázející osoby se stávají diváky odhalování niterního já rodící ženy a pomocníkem při celém intimní porodním procesu (Bartáková, 2016, s. 33, 37-38, překlad vlastní).

Aktuálním trendem vyspělých západních zemí je přítomnost otce dítěte u porodu. Společnost od otců očekává aktivní zapojení do celého procesu porodu a kontinuální emoční podporu rodící ženy (Johansson, Fenwick, Premberg, 2015, s. 10-11). V České republice došlo k přijetí tohoto trendu až po roce 1989 a postupnou humanizací českého porodnictví se možnost přítomnosti otce dítěte u porodu stala ve všech zdravotnických zařízeních běžnou praxí (Bartáková, 2016, s. 32, 38; Van Vulpen, 2021, s. 1). Prožitky otců, kteří byli přítomni u porodu svého dítěte, se významně liší. Otcové mohou během porodu prožívat nejen pocity naprostého štěstí a radosti, ale také úzkost, zranitelnost a strach o život partnerky i dítěte (Johansson, Fenwick, Premberg, 2015, s. 10). Negativní prožitek otce z porodu může v budoucnu významně ovlivnit jeho emoční a sexuální vztah k partnerce, proto by jeho přítomnost u porodu měla vycházet z jeho vnitřního přesvědčení. Bašková dále upozorňuje, že otec, který je nedobrovolným účastníkem porodu, často působí na matku i zdravotnickým personál jako rušivý element a může tím negativně ovlivnit celý průběh porodu (Bašková, 2015, s. 60).

V roce 2015 zveřejnil Johansson, Fenwick a Premberg meta-syntetickou studii, která obsáhla 8 menších studií zaměřených na zkušenosti otců u porodu. Celkem se sesbírala kvalitativní data od 120 otců, kteří vnímali jejich přítomnost u porodu jako závazek vůči partnerce a celé jejich budoucí rodině, nebo jako možnost být dobrým

rodičem. Fyzickou podporu rodící ženě poskytovali formou doteků a nepřetržité přítomnosti. Její emoční stránku podporovali formou komunikace, prezentováním specifických potřeb rodící ženy a celkovou protekcí při komunikaci se zdravotnickým personálem. Respondenti byli účastníky porodu poprvé. Porod popsali jako neznámé teritorium a vnímali potřebu informovanosti nejen v období těhotenství, ale i v průběhu celého porodu. Jako vhodnou přípravu na porod popsali účast na předporodních kurzech společně s partnerkami. Předporodní kurzy totiž informovaly pár o fyziologickém i patologickém průběhu porodu. I přesto popisovali otcové komunikaci se zdravotnickým personálem jako nezbytnou součást pro pozitivní zkušenost s jejich přítomností u porodu. V tomto ohledu hraje porodní asistentka opravdu důležitou roli. Jestliže porodní asistentka efektivně zvládá komunikaci s otcem dítěte a instruuje ho o možnostech jeho zapojení do procesu porodu, tak může pozitivně ovlivnit porodní prožitek obou rodičů a pomoci tak k hladšímu průběhu porodu. Naopak v případě, kdy porodní asistentka otce ignoruje a nerespektuje jeho právo na zapojení, tak může způsobit pocit jeho zklamání a nejistoty, a tím přenést stres i na rodící ženu (Johansson, Fenwick, Premberg, 2015, s. 11-15). V roce 2021 byla zveřejněna systematická studie, která prozkoumala 821 odborných článků, které se zabývaly problematikou přítomnosti otců u porodu. Tato studie došla k obdobným závěrům jako již zmíněná studie Johanssona a kolektivu. Van Vulpen a kolektiv však upozorňuje na fakt, že otcové u porodu častěji upřednostňují potřeby rodící ženy a zapomínají tak na své vlastní potřeby. Toto upřednostňování může způsobit otcům negativní prožitek z porodu spojený s úzkostí (Van Vulpen et al., 2021, s. 9-10).

Neznámé zdravotnické prostředí v ženách vzbuzuje strach a mohou pociťovat absenci empatie od zdravotnického personálu. To vede k druhému současnému trendu, kterým je přítomnost u porodu více než jedné doprovázející osoby. Kromě otce dítěte může být doprovázející osobou nejčastěji partner, partnerka, příbuzná osoba, certifikovaná dula nebo soukromá porodní asistentka (Bártková, 2016, s. 38-39).

Těhotné ženy touží po emoční podpoře během celého porodu a to je inspiruje k vyhledání duly. V případě přítomnosti soukromé porodní asistentky u porodu je to touha po kontinuální odborné péči, která je poskytovaná v těhotenství, během porodu i šestinedělí. Přítomnost duly nebo soukromé porodní asistentky si však rodící žena hradí sama a ani jedna ze zmíněných doprovázejících osob ve většině případů nenahrazuje kvalifikovanou péči, která je poskytovaná zdravotnickým zařízením

během porodu. Vztah mezi rodičkou a dulou/soukromou porodní asistentkou můžeme popsat jako vztah *dočasně koupené intimacy* (Bartáková, 2016, s. 39-41).

Odlišná je situace, kdy si těhotná žena sama vybere soukromou porodní asistentku, která má s daným zdravotnickým zařízením uzavřenou smlouvu či dohodu o provedení práce. V takovém případě je zdravotnické zařízení zodpovědné za odvedenou práci zvolené porodní asistentky a vykazuje poskytnutou péči pojišťovně. V tomto případě si rodící žena hradí přítomnost zvolené soukromé porodní asistentky navíc, ale tato vybraná porodní asistentka může poskytovat komplexní péči v rámci podmínek zdravotního zařízení (Procházka et al., 2020, s. 585).

3.5 KONTINUÁLNÍ BONDING

V prenatálním období se plod nachází ve stabilním prostředí. Je obklopen teplem a tlumeným tichem, je chráněn plodovou vodou a skrze placentu dochází k výměně krevních plynů a transportu živin. Plod v děloze neustále vnímá matčin hlas a její tlukot srdce (Phillips, 2013, s. 68). Ihned po porodu prožívá novorozenec stresovou situaci, kterou mu způsobuje změna prostředí. Během prvních třiceti minut má novorozenec v krvi extrémně vysokou hladinu katecholaminů, které posilují učení a ukotvení vzpomínek (Widström, 2019, s. 1993). Není zcela známo, jakým způsobem dochází k ukládání našich vzpomínek z prenatálního života a z života bezprostředně po porodu. Je však prokázáno, že pod vlivem hypnózy může dojít k vyplavení těchto vzpomínek z podvědomí do vědomí (Phillips, 2013, s. 67).

Bondingem nazýváme proces, kdy je novorozenec po porodu umístěn na břicho nebo hrudník matky a jejich kůže je ve vzájemném kontaktu. Podle WHO a Dětského fondu Organizace spojených národů by měl mít každý zralý novorozenec po vaginální porodu možnost pro okamžitý a ničím nerušený bonding. V případě císařského řezu je doporučováno provedení nerušeného bondingu s matkou do 1 hodiny od ukončení operace (Stevens, 2014, s. 456-457). Evidence o pozitivních vlivech bondingu na matku i novorozence je velmi rozsáhlá a jeho podpora je celosvětově uznávaná (Widström, 2019, s. 1992). Phillips nazývá období bondingu jako *Svatou Hodinu* a upozorňuje: "Náš první dojem ze života mimo dělohu a vřelé přivítání, které se nám bezprostředně po porodu dostává, může ovlivnit naše budoucí vnímání světa jako něčeho obtížného nebo lehkého, nebezpečného nebo bezpečného, bolestivého nebo pohodlného, děsivého nebo uklidňujícího, chladného a osamělého nebo teplého a přívětivého." (Phillips, 2013, s. 67, překlad vlastní).

Kontinuální bonding stimuluje mateřský organismus k vyplavování vysokého množství oxytocinu. Tento hormon urychluje odloučení placenty, zmírňuje krvácení a podporuje nástup laktace. Oxytocin je společností nazýván *hormonem lásky* a prokazatelně snižuje stres matky (Phillips, 2013, s. 68; Widström, 2019, s. 1192-1193). Narušený bonding nebo jeho úplná absence se může v některých případech částečně podílet na vzniku poporodního blues a poporodní deprese (Mazúchová et al., 2020, s. 122).

Novorozenci napomáhá kontinuální bonding s poporodní adaptací, kdy dochází k primárnímu vyrovnání teplotního rozdílu a snížení stresu, který mu porod a nové

prostředí způsobuje (Widström, 2019, s. 1992). Dále podporuje ustálení dechové aktivity a oxygenace krve, zvyšuje hladinu glukózy v krvi a stabilizuje krevní tlak. Odráží se na kvalitnější sebereflexi organismu novorozence a udržuje stálost vnitřního prostředí (Phillips, 2013, s. 68-69). Dalším pozitivní vlivem je snížení rizika rozvoje novorozenecké žloutenky (Stevens, 2014, s. 457). Při okamžitém bondingu nastává na kůži novorozence přínosná kolonizace bakterií, které jsou přeneseny dotekem z kůže matky (Widström, 2019, s. 1200). Kontakt kůže na kůži a nepřerušovaná přítomnost matky u novorozence snižuje pocit separace, který vede k jeho pláči. Pláč následně způsobuje zátěž pro dechový systém a zvyšuje nitrolební tlak. V případě delší separace dochází u novorozence nejdříve k protestnímu pláči, který ale přechází v pláč zoufalý a nakonec dojde k jeho úplnému utišení v důsledku ztráty naděje o kontakt s matkou. Tato separace způsobuje novorozenci intenzivní stres a strach. Kontinuální bonding stimuluje aktivitu amygdaly, která se nachází v bezprostřední blízkosti limbického systému. Limbický systém ovlivňuje emoční učení, tvorbu vzpomínek a aktivitu sympatického nervového systému (Phillips, 2013, s. 68-69). Během bondingu prochází novorozenec 9 instinktivními fázemi, kdy bezprostředně po porodu začne plakat, dále relaxuje, probouzí se a dojde do fáze aktivity. Aktivita přechází k dočasnému odpočinku, který vystřídá plazení, seznamování se a sání. Celý proces končí spánkem. Tento cyklus vede k osvojení pohybu a všech smyslů jako je zrak, sluch, hmat, chuť a čich (Widström, 2019, s. 1193).

Už během prenatálního období se mezi plodem a matkou vytváří vztahová vazba. Bezprostředně po porodu je kontinuální bonding dalším krokem pro ucelení již dříve navázané vztahové vazby. Je to období, kdy se mezi dítětem a matkou buduje pocit lásky a bezpečí. Mazúchová upozorňuje že: „Bezpečná vztahová vazba je kriticky důležitá pro psychické zdraví dítěte, neboť vede k posilování adaptačních schopností, efektivních strategií pro zvládnutí stresu a kvalitního sociálního fungování.“. Kontinuální kontakt mezi kůží matky a dítěte při kojení se také podílí na budování bezpečné vztahové vazby. To jsou další důvody, které poukazují na pozitivní vliv bondingu na budoucí fyzické a psychické zdraví matky i dítěte, které je pro fungování jejich rodiny naprosto nezbytné (Mazúchová, 2022, s. 12-13).

Bonding je mnoha zdravotníky kritizován z důvodu rizika náhlého neočekávaného kolapsu novorozence (Sudden unexpected postnatal collapse SUPC). Je to stav, který nastává bez předešlé patofyziologie a nelze jej předvídat. Odborníci se shodují, že položení dítěte na břicho nebo hrudník matky je rizikové a může způsobit

poziční okluzi dýchacího systému. Dále upozorňují na nepozornost rodičů, kteří se mnohdy více věnují mobilnímu telefonu než kontrole novorozence, a také na vyčerpané rodičky, které mohou snadno usnout a tím novorozence ohrozit. Mezi hlavní projevy rozvoje SUPC patří namodralá kůže, snížený tonus svaloviny a snížená dechová aktivita až apnoická pauza. Z bezpečnostních důvodů byl Institutem pro zdraví matky a dítěte v Terstu zaveden protokol pro prevenci rozvoje SUPC, který je zaměřen na první dvě hodiny života novorozence. Fendrychová uvádí: “Tento protokol usiluje o podporu bezprostředního zahájení kojení a zároveň upravuje rizikové faktory SUPC.”. Jedná se o postup, ve kterém porodní asistentky, dětské sestry a lékaři dbají na kvalitní edukaci rodičů o rizicích a projevech SUPC a v pravidelných časových úsecích (v 10., 30., 60., 90., 120. minutě života novorozence) kontrolují jeho aktuální stav. Doporučení, které vydala americká Asociace zdraví žen, porodních asistentek a neonatálních sester, dbá na stejné hodnoty v poskytování bezprostřední poporodní péče novorozenci. Liší se pouze v doporučených časových úsecích, ve kterých by měl být novorozenec kontrolován porodní asistentkou, dětskou sestrou nebo lékařem (v 1., 5. a 10. minutě života a následně alespoň každých 15 minut) (Fendrychová, 2021, s. 237-238).

Informace o pozitivních vlivech kontinuálního bondingu na stav matky i novorozence by měly být součástí všech předporodních kurzů. Zároveň by budoucí rodiče měli být informováni o všech rizicích a pravidlech, která kontinuální bonding doprovázejí. Porodní asistentky, které pracují ve zdravotnických zařízeních, by měly chránit právo matky i novorozence na prožití této významné chvíle a měly by ve společnosti šířit osvětu založenou na výsledcích vědeckého zkoumání v této problematice (Widström, 2019, s. 1194). Bohužel většina zdravotnických zařízení se řídí podle vlastních doporučených postupů pro poskytování péče zvláště pro matku a zvláště pro novorozence. Tyto vnitřní postupy poskytované péče nejsou obvykle navrženy s ohledem na respektování kontinuálního bondingu a zdravotnický personál má proto potřebu dokončit své pracovní povinnosti v co nejrychlejší časovém úseku. Veškeré zdravotnické úkony, které nejsou bezprostředně potřebné pro blaho novorozence a matky, by měly být odloženy alespoň do chvíle po prvním kojení (Phillips, 2013, s. 70).

4 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDATELNÝCH POZNATKŮ

Tato přehledová bakalářská práce utváří ucelený zdroj informací o možnostech přípravy těhotné ženy na porod. Práce může být využita nejen studenty lékařských a nelékařských zdravotních oborů, ale také těhotnými ženami, které v rámci své předporodní přípravy hledají kvalitní informace. Práce by také mohla zvýšit povědomí laické veřejnosti o důležitosti předporodní přípravy nejen pro matku, dítě, ale také celou jejich budoucí rodinu. Společnost by měla dbát zřetel na důležitost prevence, která je v této problematice prvním krokem k normálnímu porodu a pozitivní porodní zkušenosti rodičky.

Obsahová náplň předporodní přípravy se velmi liší nejen napříč Českou republikou, ale také napříč celým světem. Metody, které jsou v některých lokalitách světa běžné, mohou být jinde zcela nepřijatelné.

Mezi limity této práce patří jazyková bariéra. Při tvorbě práce byly využity odborné zdroje pouze v českém a anglickém jazyce. Dalším omezujícím faktorem je obsahová stránka práce. Pozornost nebyla zaměřena pouze na jednu konkrétní metodu předporodní přípravy, protože cílem práce bylo seskupení komplexních informací o aktuálních metodách předporodní přípravy. V České republice je aktuálním trendem příprava porodních cest formou vaginálního napařování. K této metodě bohužel nebyly dohledány kvalitní informace ze zahraničních zdrojů.

ZÁVĚR

Prvním dílčím cílem bylo objasnění vzniku a následného vývoje předporodní přípravy do dnešní podoby. První metoda předporodní přípravy vznikla před sto lety v Sovětském svazu a dostala název *Metoda psychoprofylaktické přípravy těhotných na porod*. Cílem metody byl bezbolestný porod. Ve stejném časovém období se rozvíjel obdobný směr předporodní přípravy v Anglii. Autorem byl lékař Grantly Dick-Read, který upozorňoval na významné propojení mezi nevědomostí těhotných žen, která vede ke strachu a ten následně k bolesti. Na Dick-Reada navázala Sheila Kitzinger, která ve svých předporodních kurzech upozorňovala těhotné ženy na jejich přirozenou vnitřní sílu, důležitost vnímání pánevního dna a prezentovala techniku masáže perinea jako efektivní metodu pro snížení rizika provedení epiziotomie. Další významný vývoj předporodní psychoprofylaxe nastal v druhé polovině 20. století ve Francii, kde tuto metodu obohacenou o svou vlastní praxi začal šířit porodník Fernard Lamaze. Jeho následovníkem byl Frederic Leboyer, který otočil svou pozornost při porodu především na prožitek novorozence a upozorňoval na negativní vliv nemocničního prostředí a zavedených postupů na porodní prožitek rodící ženy i novorozence. Posledním velmi významným francouzským porodníkem, který se podílel na rozvoji poskytování předporodní, porodní a poporodní péče byl Michel Odent. Jeho metody byly v rozporu s tehdejšími konvenčním přístupem v porodnictví. Ženy vnímal jako aktivní účastnice porodu, umožňoval rodícím ženám svobodný pohyb a dbal na klidné a intimní prostředí. K rozšíření metod předporodní přípravy do Československa došlo na počátku druhé poloviny 20. století, kdy byla do tehdejšího Sovětské svazu vyslána československá delegace. Po návratu se stal hlavním propagátorem předporodní psychoprofylaxe porodník Miroslav Vojta. Během několika dalších let zažila předporodní příprava velký úpadek pozornosti. O opětovné prosazení předporodní přípravy do povědomí společnosti se v 80. letech zasloužila lékařka Marie Pečená a lékař Pavel Čepický, kteří společně vytvořili holistický směr v péči o těhotné, který dodnes vede ke snížení strachu a úzkosti z těhotenství, porodu a mateřství. Nejdůležitější součástí poskytované předporodní péče je komplexní a kontinuální přístup porodních asistentek a gynekologů, kteří spolu významně spolupracují.

Druhým dílčím cílem bylo sumarizování informací o jednotlivých metodách předporodní přípravy, které mohou ovlivnit průběh porodu. Porodní plán může být skvělou pomůckou pro zlepšení komunikace mezi rodící ženou, porodní asistentkou

a lékařem, ale stejně tak může vytvořit bariéru svým neodborným a nerealistickým stylem zpracování. Poranění perinea je jedním z nejčastějších typů porodního poranění při vaginálním porodu, které významně ovlivňuje fyzický i psychický stav ženy. Je žádoucí, aby porodní asistentky a gynekologové upozorňovali těhotné ženy na rizika spojená s tímto druhem poranění a motivovali je k využití preventivních metod pro zvýšení elasticity perineální tkáně. Jako nejvíce efektivní metoda pro zachování intaktního perinea byla v této práci vyhodnocena masáž perinea. Mezi další protektivní metody se řadí příprava pánevního dna pomocí zdravotních pomůcek Epi-no a Aniball, nebo vaginální napařování odvarem z bylinkových směsí obsahujících především maliník a mateřídoušku. Aktuálně se dostává významná pozornost přípravě porodních cest pomocí konzumace maliníku, lněného semínka, datlí a pupalkové oleje. Všechny zmíněné suroviny významně působí na předporodní přípravu tkání porodního kanálu. Dochází tak k efektivnímu změkčování děložního hrdla, zvyšuje se elasticita okolních tkání a dochází ke stimulaci děložní svaloviny. Podstatnou roli u porodu zastává i doprovod rodící ženy. Velmi často se jedná o otce dítěte, dluhu nebo soukromou porodní asistentku. Doprovod u porodu je aktivním účastníkem porodu, pomáhá rodící ženě nejen jako psychická podpora, ale také pečuje o její fyzický komfort. Během předporodní přípravy by měla porodní asistentka upozornit budoucí rodiče na to, že otcové mohou během porodu prožívat nejen pocity naprostého štěstí a radosti, ale také úzkost, zranitelnost a strach o život partnerky i dítěte. Proto by měla být jejich přítomnost u porodu dobrovolná. Okrajově je zmíněna i možnost využití služeb soukromé porodní asistentky, která má smlouvu s konkrétním zdravotnickým zařízením. Tato možnost nabízí právní ochranu porodní asistence při poskytování porodní péče, zároveň umožňuje předem zvolený individuální přístup k rodící ženě a podporuje tak komplexní a kontinuální péči, která probíhá nejen v předporodním, porodním, ale i poporodním období. Poslední oblastí, kterou se tato práce zabývá je možnost kontinuálního bondingu bezprostředně po porodu. Porodní asistentky a gynekologové by měly těhotné ženy informovat o všech benefitech, které kontinuální bonding přináší nejen matce, dítěti, ale i celé jejich budoucí rodině. Je významně potvrzeno, že kontinuální bonding efektivně ovlivňuje poporodní adaptaci novorozence i vývoj jeho psychiky. Během tohoto významného okamžiku se uceluje bezpečná vztahová vazba mezi matkou a dítětem. Kontakt kůže na kůži mezi matkou a dítětem vede k vyššímu vyplavování oxytocinu v mateřském organismu,

který pozitivně působí na odlučování placenty, zmírnění krvácení a dřívější nástup laktace.

Hlavním cílem této bakalářské práce byla prezentace aktuálních a relevantních informací o metodách předporodní přípravy, které mohou ovlivnit průběh porodu. Tento cíl práce byl splněn.

Je naprosto žádoucí, aby se porodní asistentky celoživotně vzdělávaly ve všech oblastech, které náleží do jejich kompetencí a mohly tak do své praxe šířit nejaktuálnější získané vědomosti. Hlavním poznatkem, který si odnáším z tvorby této bakalářské práce je fakt, že informovanost těhotných žen je prvním krokem v prevenci pro normální porod a pozitivní porodní zkušenost ženy. Závěrem je potřeba upozornit i na to, že porodní asistentky ovlivňují těhotné ženy a jejich budoucí porodní zkušenosti i svou vlastní nečinností.

REFEREČNÍ SEZNAM

ABDELHAKIM, Ahmed Mohamed, Elsayed ELDESOUKY, Ibrahim Abo ELMAGD, et al., 2020. Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities. *International Urogynecology Journal* [online]. **31**(9), 1735-1745 [cit. 2023-02-05]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: doi:10.1007/s00192-020-04302-8

BARIMANI, M., K. FORSLUND FRYKEDAL, M. ROSANDER a A. BERLIN, 2018. Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery* [online]. **57**, 1-7 [cit. 2022-11-17]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2017.10.021

BARTÁKOVÁ, Petra, 2016. The Transformation of Intimacy: The Case of Birth Partners. *Lidé města: Urban people* [online]. **18**(1), 29-45 [cit. 2023-03-09]. ISSN 1212-811. Dostupné z: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=415847>

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5361-4.

BELL, Catherine H, Sally MUGGLETON a Deborah L DAVIS, 2022. Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Midwifery* [online]. **111**, 1-11 [cit. 2023-01-25]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2022.103388

BOHATÁ, Pavla a Lukáš DOSTÁLEK, 2016. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. *Česká Gynekologie*. **81**(3), 192-201.

BOWMAN, Rebekah, Jan TAYLOR, Sally MUGGLETON a Deborah DAVIS, 2021. Biophysical effects, safety and efficacy of raspberry leaf use in pregnancy: a systematic integrative review. *BMC Complementary Medicine and Therapies* [online]. **21**(1), 1-11 [cit. 2023-02-22]. ISSN 2662-7671. Dostupné z: doi:10.1186/s12906-021-03230-4

BRITO, Luiz Gustavo Oliveira, Cristine Homsy Jorge FERREIRA, Geraldo DUARTE, Antonio Alberto NOGUEIRA a Alessandra Cristina MARCOLIN, 2015. Antepartum use of Epi-No birth trainer for preventing perineal trauma: systematic review. *International Urogynecology Journal* [online]. **26**(10), 1429-1436 [cit. 2023-02-16]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: doi:10.1007/s00192-015-2687-8

DEBAETS, Amy Michelle, 2017. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. **216**(1), 31-33 [cit. 2023-01-21]. ISSN 00029378. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajog.2016.09.087

ELLINGTON, JE, B RIZK a S CRISO, 2017. Antenatal Perineal Massage Improves Women's Experience of Childbirth and Postpartum Recovery: A Review to Facilitate Provider and Patient Education on the Technique. *Journal of Womens Health, Issues and Care* [online]. **06**(02), 1-9 [cit. 2023-02-05]. ISSN 23259795. Dostupné z: doi:10.4172/2325-9795.1000266

FARNAGHI, Soheil a Kathleen BRANIFF, 2022. Survey of Raspberry Leaf Tea in pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. **62**(4), 506-510 [cit. 2023-02-22]. ISSN 0004-8666. Dostupné z: doi:10.1111/ajo.13496

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2021. Prevention of sudden unexpected postnatal collapse. *Pediatric pro praxi* [online]. **22**(3), 237-239 [cit. 2023-03-13]. ISSN 12130494. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2021.049

FOUSEK, Karel, Katerina MRKVOVA, Tereza BRANNA a Marek OZANA, 2023. Investigating antenatal pelvic floor training using a vaginal balloon device in Czech women. *British Journal of Midwifery* [online]. **31**(2), 82-89 [cit. 2023-02-16]. ISSN 0969-4900. Dostupné z: doi:10.12968/bjom.2023.31.2.82

HABER, Maya, 2013. Concealing Labor Pain: The Evil Eye and the Psychoprophylactic Method of Painless Childbirth in Soviet Russia. *Kritika:*

Explorations in Russian and Eurasian History [online]. **14**(3), 535-557 [cit. 2022-10-23]. ISSN 1538-5000. Dostupné z: doi:10.1353/kri.2013.0044

HREŠANOVÁ, Ema, 2016. The Psychoprophylactic Method of Painless Childbirth in Socialist Czechoslovakia: from State Propaganda to Activism of Enthusiasts. *Medical History* [online]. **60**(4), 534-556 [cit. 2022-11-17]. ISSN 0025-7273. Dostupné z: doi:10.1017/mdh.2016.59

JOHANSSON, M., J. FENWICK a Å. PREMBERG, 2015. A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery* [online]. **31**(1), 9-18 [cit. 2023-03-09]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2014.05.005

KAMISAN ATAN, I, KL SHEK, S LANGER, R GUZMAN ROJAS, J CAUDWELL-HALL, JO DALY a HP DIETZ, 2016. Does the Epi-No ® birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. **123**(6), 995-1003 [cit. 2023-02-13]. ISSN 14700328. Dostupné z: doi:10.1111/1471-0528.13924

KORÁBOVÁ, Iva a Zuzana MASOPUSTOVÁ, 2018. Porodní plány: přehledová studie. *E-psychologie* [online]. **12**(4), 78-96 [cit. 2023-01-23]. ISSN 18028853. Dostupné z: doi:10.29364/epsy.333

KUŽELOVÁ, Monika, 2003. Historie přípravy těhotných k porodu. *Levret* [online]. **2003**(2), 1-5 [cit. 2022-10-12]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2003-2/?pdf=159>

MARCIN, Ashley, 2015. Does Evening Primrose Oil Safely Induce Labor?. In: *Healthline* [online]. USA: Healthmedia [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/pregnancy/does-evening-primrose-oil-induce-labor>

MAZÚCHOVÁ, Lucia, Simona KELČÍKOVÁ, Andrea PORUBSKÁ, Nora MALINOVSKÁ a Marián GRENDÁR, 2020. Mother-infant bonding in the postpartum period and its predictors. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online].

11(3), 121-129 [cit. 2023-03-13]. ISSN 23363517. Dostupné z: doi:10.15452/cejnm.2020.11.0022

MAZÚCHOVÁ, Lucia, Erika MASKÁLOVÁ a Dominika DIVOKOVÁ, 2022. *Úspěšné kojení: sebeúčinnost matek*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3390-1.

MCDERMOTT, Annette, 2022. What is vaginal steaming?. In: *Healthline* [online]. USA: Healthmedia [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/womens-health/vaginal-steaming>

MCDERMOTT, Annette, 2019. 10 Benefits of Evening Primrose Oil and How to Use It. In: *Healthline* [online]. USA: Healthmedia [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/evening-primrose-oil#high-blood-pressure>

MOHAGHEGH, Zaynab, Mojgan JAVADNOORI, Mahin NAJAFIAN, Simin MONTAZERI, Parvin ABEDI, Ehsan Kazemnejad LEYLI a Shahla BAKHTIARI, 2022. Implementation of birth plans integrated into childbirth preparation classes for vaginal birth: a qualitative study of women, their husbands and clinicians' perspectives in Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **22**(1), 1-13 [cit. 2023-01-23]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-022-05305-7

MONGUILHOTT, JJ, OM BRÜGGEMANN, MB VELHO, R KNOBEL a R COSTA, 2022. Antenatal perineal massage for trauma prevention: a pilot randomized clinical trial. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. (35), 1-9 [cit. 2023-02-05]. ISSN 1982-0194. Dostupné z: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z9XVYvxLHFBTzj6hQyB3Tgh/abstract/?lang=en#>

National Guideline Alliance (UK). Antenatal classes: Antenatal care: Evidence review E. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Aug. PMID: 34524743.

ODENT, Michel, 1995. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo. ISBN 80-857-9405-2.

PHILLIPS, Raylene, 2013. The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews* [online]. **13**(2), 67-72 [cit. 2023-03-13]. ISSN 15273369. Dostupné z: doi:10.1053/j.nainr.2013.04.001

PROCHÁZKA, Martin, [2020]. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

RAJA, Srinivasa N., Daniel B. CARR, Milton COHEN, et al., 2020. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* [online]. **161**(9), 1976-1982 [cit. 2023-02-19]. ISSN 0304-3959. Dostupné z: doi:10.1097/j.pain.0000000000001939

STEVENS, Jeni, Virginia SCHMIED, Elaine BURNS a Hannah DAHLEN, 2014. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal & Child Nutrition* [online]. **10**(4), 456-473 [cit. 2023-03-13]. ISSN 17408695. Dostupné z: doi:10.1111/mcn.12128

UGWU, Emmanuel Onyebuchi, Eric Sunday IFERIKIGWE, Samuel Nnamdi OBI, George Uchenna ELEJE a Benjamin Chukwuma OZUMBA, 2018. Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* [online]. **44**(7), 1252-1258 [cit. 2023-02-05]. ISSN 13418076. Dostupné z: doi:10.1111/jog.13640

VALOVÁ, Monika, 2017. Vaginální bylinná napáčka a její kontraindikace. In: *Steamy.cz* [online]. [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/post/vaginalni-bylinna-naparka-a-jeji-kontraindikace>

VALOVÁ, Monika, 2018. Uvolnění porodních cest - bylinná napáčka před porodem a při něm. In: *Steamy.cz* [online]. [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/post/uvolneni-porodnich-cest-bylinna-naparka-pred-porodem-a-pri-nem>

VALOVÁ, Monika, 2019. Ženská bylinná napářka. In: *Steamy.cz* [online]. [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/post/zenska-bylinna-naparka>

VAN VULPEN, Maartje, Mariëlle HEIDEVELD-GERRITSEN, Jeroen VAN DILLEN, Sabine OUDE MAATMAN, Henrietta OCKHUIJSEN a Agnes VAN DEN HOOGEN, 2021. First-time fathers' experiences and needs during childbirth: A systematic review. *Midwifery* [online]. **94**, 1-12 [cit. 2023-03-09]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2020.102921

WIDSTRÖM, Ann-Marie, Kajsa BRIMDYR, Kristin SVENSSON, Karin CADWELL a Eva NISSEN, 2019. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica* [online]. **108**(7), 1192-1204 [cit. 2023-03-13]. ISSN 0803-5253. Dostupné z: doi:10.1111/apa.14754

ZANETTI, Miriam Raquel Diniz, Carla Dellabarba PETRICELLI, Sandra Maria ALEXANDRE, Aline PASCHOAL, Edward ARAUJO JÚNIOR a Mary Uchiyama NAKAMURA, 2016. Determination of a cutoff value for pelvic floor distensibility using the Epi-no balloon to predict perineal integrity in vaginal delivery: ROC curve analysis. Prospective observational single cohort study. *Sao Paulo Medical Journal* [online]. **134**(2), 97-102 [cit. 2023-02-16]. ISSN 1806-9460. Dostupné z: doi:10.1590/1516-3180.2014.8581009

ZWINGER, Antonín, 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2257-9.

Zdravotnická pomůcka EPI-NO, © 2019-2022. In: *EPI-NO* [online]. Německo: TECSANA [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://www.epino.de/en/epi-no-delphine.html>

Bylinné směsi, © 2017. *Steamy.cz* [online]. [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/bylinne-smesi>

Návod na používání zdravotnického prostředku Aniball, © 2021. In: *Aniball* [online]. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: https://www.aniball.cz/wp-content/uploads/2021/11/Aniball_CZ_150x180mm_web-5.pdf

Vaginální napářka, © 2023. In: *Steamy.cz* [online]. Česká republika: Steamy.cz [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/black-swan-set/>

Zdravotnická pomůcka Aniball, © 2021. In: *Aniball* [online]. Česká republika: RR Medical [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/>

O Aniballu, © 2021. *Aniball* [online]. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/aniball/>

SEZNAM ZKRATEK

DP – doba porodní

PP – porodní plán

SUCP – sudden unexpected postnatal collapse

VDB – vaginální dilatační balónky

WHO – World Health Organization

PŘÍLOHY

Příloha 1: Aniball (Zdravotnická pomůcka Aniball, © 2021)



Příloha 2: EPI-NO (Zdravotnická pomůcka EPI-NO, © 2019-2022)



Příloha 3: Vaginální napářka (Vaginální napářka, © 2023)

