



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Balonek Epi-no (Aniball) jako prevence porodního
poranění**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Lenka Vacková

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Balonek Epi-no (Aniball) jako prevence porodního poranění jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10. 08. 2022

.....

Lenka Vacková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především paní PhDr. Drahomíře Filausové, Ph. D. za odborné vedení a cenné rady při psaní této bakalářské práce. Děkuji také svému manželovi a rodině za podporu projevenou nejen při psaní této bakalářské práce, ale i během celého studia.

Balonek Epi-no (Aniball) jako prevence porodního poranění

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá předporodní přípravou, konkrétně jak předejít vzniku porodního poranění, pokud žena v těhotenství používá zdravotnickou pomůcku Epi-no (Aniball). Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část má čtyři kapitoly. První kapitola se zabývá porodními dobami. Druhá kapitola popisuje porodní poranění. Třetí kapitola se věnuje samotné epiziotomii a čtvrtá pojednává o prevenci porodního poranění.

Prvním cílem práce bylo zjistit zkušenosti žen s používáním vaginálních dilatačních balónků Epi-no (Aniball). Druhým cílem práce pak bylo zjistit názory porodních asistentek na cvičení s balónkem Epi-no (Aniball). Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno formou polostrukturovaných rozhovorů. Byly určeny dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor tvořily ženy po porodu z Jihočeského kraje, které využívaly v těhotenství vaginální dilatační balonek (VDB). Druhý výzkumný vzorek byly porodní asistentky, které měly s VDB zkušenosti z praxe. Zjištěná data byla kvůli verbálnímu charakteru přepsána do tištěné podoby, zpracována a analyzována pomocí techniky tužka papír. Kvůli zachování anonymity byly ženy po porodu náhodně označeny jako informantka R1 až R10. Porodní asistentky byly náhodně označeny jako informantka PA1 až PA6. V rámci kódování rozhovorů se ženami byla vytvořena 1 hlavní kategorie a k ní 5 podkategorií. Kódováním rozhovorů s porodními asistentkami byla vytvořena 1 hlavní kategorie a k ní 2 podkategorie.

Na základě uvedených cílů práce byly pro výzkumnou část stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťovala, jaké zkušenosti mají ženy s používáním balonku Epi-no (Aniball) v prevenci porodního poranění. Z výzkumu vyplynulo, že některé informantky nevěděly, zda provádějí cvičení s VDB správně. Na druhou stranu jim cvičení s balónkem pomohlo ujasnit si, jaká poloha je pro ně při tlačení nejpříjemnější, jak zapojit břišní list při tlačení, a dodalo jim to sebevědomí při porodu. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaké názory mají porodní asistentky na používání balonku Epi-no (Aniball). Z výzkumu vyplynulo, že všechny porodní asistentky využívání VDB doporučují a je podle nich používání VDB před porodem pro ženu užitečné. Nejvíce porodní asistentky zmiňovaly psychologický efekt využívání VDB. Tím, že těhotné ženy věří, že pro porod něco udělaly, jsou na porodním sále klidnější.

Porodní asistentky také uvedly efekt cvičení na zkrácení II. doby porodní a v některých případech i na snížení množství a rozsahu porodních poranění.

Získané poznatky při zpracování bakalářské práce mohou pomoci v kurzech předporodní přípravy.

Klíčová slova

porod; epiziotomie; porodní poranění; balonek Epi-no; balonek Aniball

Epi-no balloon (Aniball) as a prevention of birth injury

Abstract

This bachelor's thesis is focused on a prenatal preparation, specifically on how to prevent mother's injuries during childbirth after she used Epi-no (Aniball) during pregnancy. The thesis is divided into two parts: theoretical and practical. The theoretical part is written in four chapters. The first chapter deals with all birth stages. The second chapter describes mother's birth injuries. The third chapter is focused on the episiotomy itself, and the fourth chapter discusses the prevention of mother's birth injuries.

The first goal of the thesis is to find out women's experiences with the use of Epi-no (Aniball) vaginal dilatation balloons. The second aim of the thesis is to find out the midwives' opinions on exercises with the Epi-no balloon (Aniball). Qualitative research is conducted in the form of semi-structured interviews with respondents. Two research groups are identified. The first research group consists of postpartum women from the South Bohemian Region who were using vaginal dilatation balloons (VDB) during pregnancy. In the second research group are midwives who have practical experience with VDB. Due to the verbal nature of the research, the collected data were transcribed into printed form. Then the data were processed and analysed using the pencil and paper technique. In order to maintain anonymity, the mothers were randomly labelled as informants R1 to R10. Midwives were randomly identified as informants PA1 to PA6. As part of the coding of interviews with women, 1 main category and 5 subcategories were defined. By coding interviews with midwives, 1 main category and 2 subcategories were defined.

Based on the stated goals of the work, two research questions are determined for the practical part. The first research question investigates what experience women have with the use of the Epi-no balloon (Aniball) in the prevention of birth injuries. The research is leading to the conclusion that some mothers didn't know whether they were performing the exercises with the VDB correctly. On the other hand, the exercise with the balloon helped them to figure out what position is most comfortable for them when pushing the baby out and how to engage the abdominals when pushing. It also gave them self-confidence during childbirth. The second research question asked for midwives' opinions about the use of the Epi-no (Aniball) balloon. The research reveals that all midwives recommend using VDB as it is beneficial for mothers before giving birth. Most midwives mentioned the psychological effect of using VDB. By believing

that pregnant women are prepared for the birth, they are more calm and relaxed in the delivery room. Midwives also reported the effect of exercise on shortening the II. delivery stage, and in some cases, they observed reduction of number and extent of birth injuries as well.

The knowledge gained during the preparation of the bachelor's thesis can effectively help in prenatal preparation courses and can increase awareness of pregnant women about possible preparation for childbirth.

Keywords

birth; episiotomy; birth injury; balloons Epi-no; balloons Aniball

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav	11
1.1 Porod.....	11
1.1.1 První doba porodní – doba otevírací	12
1.1.2 Druhá doba porodní – doba vypuzovací.....	15
1.1.3 Třetí doba porodní – doba k lůžku	16
1.1.4 Čtvrtá doba porodní a časné poporodní období.....	17
1.2 Rozdělení porodních poranění	18
1.2.1 Poranění hráze	18
1.2.2 Poranění pochvy	19
1.2.3 Poranění děložního hrdla	19
1.2.4 Poranění děložního těla	20
1.2.5 Poranění pánve	20
1.3 Epiziotomie	21
1.3.1 Komplikace epiziotomie.....	22
1.3.2 Typy epiziotomie.....	23
1.4 Prevence porodního poranění	23
1.4.1 Masáž hráze	24
1.4.2 Bylinná napářka.....	24
1.4.3 Chránění hráze při porodu	25
1.4.4 Vaginální dilatační balonky Aniball a Epi-no.....	25
2 Cíle práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky	28
3 Metodika	29
3.1 Metodika a technika výzkumu	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29

4	Výsledky výzkumu	31
4.1	Identifikační údaje žen, které v těhotenství cvičily s VDB	31
4.2	Kategorizace dat žen, které v těhotenství cvičily s VDB	33
4.3	Identifikační údaje porodních asistentek pracujících na Gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnicích v Jihočeském kraji	39
4.4	Kategorizace dat porodních asistentek pracujících na Gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnicích v Jihočeském kraji	40
5	Diskuze	43
6	Závěr.....	50
7	Seznam použité literatury.....	51
8	Přílohy	57
8.1	Seznam tabulek	57
8.2	Seznam příloh	58
9	Seznam zkratk	63

Úvod

Těhotenství je jedno z nejdůležitějších období v životě ženy, a to platí i pro samotný porod. Vzniká nová rodina a s ní i nové životní role. Každá žena si porod pamatuje do konce svého života. Vzpomíná na průběh porodu, na pocity, které prožívala, jaké potřeby měla a také na to, zda byly, či nebyly všechny její potřeby naplněny. Po porodu je důležité, aby byl zdravý novorozenec, ale zároveň po psychické i fyzické stránce zdravá žena. Rozhodující roli nepochybně hraje průběh porodu. Nejlepší variantou je samozřejmě ta, kdy si žena odnáší z porodního sálu pozitivní zkušenost. Jedná se o ideální vstup do mateřství a znamená to také dobrý základ pro následující těhotenství a porod. Aby měla žena na toto období jen ty nejlepší vzpomínky, může jí k tomu dopomoci edukace během pravidelných návštěv v prenatální poradně, kde získá veškeré potřebné informace. Vhodná je také příprava v rámci předporodních kurzů. Jednou z možností, jak předejít porodnímu poranění, je trénování pánevního dna se zdravotnickou pomůckou Epi-no (Aniball). Výrobce balonku udává, že pokud má žena „natrénováno“ z domova, při samotném porodu pocítuje více sebevědomí s myšlenkou, že porod bez problémů zvládne. Na vznik porodního poranění má vliv více činitelů. Ze strany ženy jde o záněty v porodních cestách, vyšší věk nebo vysokou hráz. Ze strany plodu se jedná nejčastěji o makrosomii. Hovoříme-li o průběhu porodu, rizikovým činitelem může být především překotný či instrumentální porod nebo také nedostatečné chránění hráze. Pokud při porodu dojde k psychické a fyzické újmě na zdraví ženy, může dojít k narušení šestinedělí a kladnému vztahu k následujícím porodům.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala především kvůli mé vlastní zkušenosti během těhotenství. V té době jsem se zajímala o možnosti předporodní přípravy, zejména o to, jak předejít porodnímu poranění. Myslím si, že je velice důležité, aby těhotné ženy věděly o možnosti prevence, díky které se může předejít případným obtížím.

1 Současný stav

1.1 Porod

Porod je fyziologický proces, během kterého končí těhotenství (Bubeníková, Kašová et al., 2020). Gregora a Velemínský ml. (2017) udávají, že těhotenství trvá průměrně 280 dní – čili 40 týdnů od prvního dne poslední menstruace a je následně členěno do tří trimestrů. Porod se dá dělit podle času, a to na předčasný porod, který je dokončený do 36+6 týdne těhotenství. Dále na porod v termínu, který probíhá od 37+0 až do 41+6 týdne těhotenství a porod opožděný probíhá až po 42. týdnů těhotenství (Hájek et al., 2014). Porod se dá dělit také podle způsobu, jak začal. Může být indukovaný, kdy je děložní činnost uměle vyvolána. Při podávání léků ovlivňujících děložní činnost mluvíme o porodu medikamentózním (Roztočil et al., 2017). Samovolný/spontánní porod začal na základě přirozených pochodů organismu ženy a plodu a nedošlo k lékařskému zásahu (WHO, 2018). Fyziologický/normální porod dle WHO (2018) je: *„spontánně započatý, s nízkým rizikem na počátku první doby porodní, které je neměnné během celé první a druhé doby porodní. Dítě se narodí spontánně v poloze podélné záhlavím. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.“*

Průběh každého porodu je individuální a každá žena jej prožívá odlišně (Čermáková, 2017). Porod obvykle začíná pravidelnými děložními kontrakcemi, které mají vliv na rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a děložní branky (Bubeníková, Kašová et al., 2020). Intenzita kontrakcí se postupně zvyšuje a rozestupy mezi nimi se zkracují (Gregora a Velemínský ml., 2017). Porod ale také může započít i odtokem plodové vody, jak uvádí Dufková (© 2022). Samotný průběh porodu je pak rozdělen na čtyři části, takzvané porodní doby (Wilhelmová, Kašová et al., 2021). Aby mohla porodní asistentka či porodník potvrdit dostatečnou progresi fyziologického porodu, mělo by se při první době porodní jednat cca o 1 cm za hodinu (Wilhelmová, Kašová et al., 2021). Naproti tomu WHO (© 2018) ve svých posledních doporučeních tento způsob hodnocení postupu rozporuje a upozorňuje, že 1 cm za hodinu je pro některé ženy moc rychlý, a raději vybízí k posuzování každého porodu individuálně.

Poté, co je těhotná žena přijata do porodnice s odtokou plodovou vodou či s pravidelnými kontrakcemi, porodní asistentka jí natočí kardiokografický záznam (CTG, KTG), změří tělesnou teplotu, krevní tlak a pulz a následně provede orientační vyšetření moči na bílkovinu a glukózu (Gregora, Velemínský, 2017). V případě odtoku

plodové vody provede porodní asistentka zkoušku Temešváryho činidlem, při němž plodová voda na hygienické vložce ženy při pozitivním nálezu zmodrá nebo může provést zkoušku přesnějším PROM testem. Následně je provedeno zevní a vnitřní vyšetření ženy a odebrána anamnéza (Roztočil et al., 2017). Zikán (2021) uvádí, důležitost komunikace s rodičkou, a to nejlépe jednoduše, ale se vstřícným objasňováním, co se bude se ženou následně dít a proč. Ženy mají po porodu často psychickou újmu z důvodu, že s nimi personál málo komunikuje a jsou nedostatečně informované.

Porodní asistentka je kompetentní k vedení fyziologického porodu a poskytování péče fyziologickému novorozenci. UNIPA (© 2022) dále uvádí mezi základní kompetence edukaci oblasti sexuálního či reprodukčního zdraví žen a péči o děti. Může také provozovat svoji činnost v jakémkoli prostředí včetně domácího, komunitní péče, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek (Vrlová, © 2022).

1.1.1 První doba porodní – doba otevírací

První doba porodní začíná pravidelnými kontrakcemi, které mají efekt na otevírání porodních cest a končí úplnou dilatací hrdla děložního neboli porodnické branky (Bubeníková, Kašová et al., 2020). K tomuto jevu dochází v okamžiku, kdy otevřená porodnická branka kompletně splyne s pochvou (Gregora a Velemínský ml., 2017). Ve své podstatě se tedy jedná o tzv. dobu otevírací (Wilhelmová, Kašová et al., 2021). Otevírací doba se dělí na dobu latentní, aktivní a tranzitorní (Bubeníková, Kašová et al., 2020). Podle Gregory a Velemínského ml. (2017) může délka první doby porodní u nulipar trvat kolem 6-12 hodin, ale u primipar pouze 3-9 hodin. Bubeníková a Kašová et al. (2020) naproti tomu uvádí, že nulipary mají aktivní fázi první doby porodní dlouhou v průměru 8-18 hodin a u primipar je to zhruba 5-12 hodin.

Porodní asistentka se ženou při příjmu na porodní sál sepíše anamnézu a provede veškerou administrativu, která je zapotřebí před porodem a k následné hospitalizaci (Roztočil et al., 2020). Gregora a Velemínský ml. (2017) uvádí postup, kdy porodní asistentka ženu doprovodí na porodní box, seznámí ji s novým prostředím, ve kterém se nachází, a následně ženě nabídne nepovinnou přípravu, jako je vyprázdnění klyzmatem, případně oholení genitálu. V průběhu celého porodu jsou pak podle Wilhelmové a Kašové et al. (2021) porodní asistentkou pravidelně sledovány ozvy plodu, a to každých 15 minut a také natáčeny kardiokografické záznamy, což ve své

publikaci také zmiňují Gregora a Velemínský ml. (2017). Wilhelmová a Kašová et al. (2021) navíc uvádí, že pokud je kargiotokografický záznam fyziologický, stačí jej opakovat každé 2-3 hodiny. Dále je nutné každé 2-4 hodiny kontrolovat fyziologické funkce a po čtyřech hodinách vyprazdňování močového měchýře (Procházka et al., 2018). Plný močový měchýř totiž může bránit vedoucí části plodu v sestupu do pánve (Wilhelmová, Kašová et al., 2021). Bubeníková a Kašová et al. (2020) zmiňují, že je také zapotřebí sledovat dilataci děložního hrdla a samozřejmě i sílu, frekvenci a trvání kontrakcí. Porodní asistentka také sleduje, jak žena na kontrakce reaguje, ptá se ženy, zda nepotřebuje léky na tlumení bolesti a jak porod psychicky zvládá. PA nabízí i nefarmakologické metody tlumení bolesti, při nichž se ulevuje od bolesti bez použití léků. Jde například o hydroterapii, muzikoterapii, aromaterapii, masáže zad a pohupování na gymnastickém míči (Hanáková et al., 2015).

Gregora a Velemínský ml. (2017) uvádí, že v průběhu první doby porodní také většinou dochází k samovolnému odtoku vody plodové. V případě, že by plodová voda samovolně neodtekla, mohlo by dojít ke zpomalení průběhu porodu, a proto lze přistoupit k dirupci vaku blan. Aby porod dobře postupoval a kontrakce neustávaly, neměla by žena ležet v první době porodní v poloze na zádech, pokud pro to není závažný důvod. Výhodnější jsou změny poloh, jako je chození, sezení, leh na boku či na čtyřech (Pařízek, 2015).

Bubeníková a Kašová et al. (2020) rozdělují první dobu porodní na fázi latentní, aktivní a tranzitorní. Při latentní fázi první doby porodní dochází ke kvalitativním změnám na hrdle děložním a k postupné proměně hrdla děložního na porodnickou branku (Wilhelmová, Kašová et al., 2021). Každá děložní kontrakce začíná ode dna dělohy poblíž jednoho z rohů a šíří se napříč dělohou a směrem dolů. (Wilhelmová, Kašová et al., 2021). Tím pádem každá kontrakce vytahuje stěnu dělohy vzhůru, hrdlo se zkracuje, až zcela zanikne (Delahaye, 2006). „*Ve fundu trvá kontrakce nejdéle a je tam také nejintenzivnější. Vrcholu dosahuje simultánně napříč celým tělem děložním (horní děložní segment) a odeznívá napříč svalovinou současně. Tato souhra umožňuje dilataci hrdla a posouvání se plodu směrem k východu pánevnímu.*“ (Wilhelmová, Kašová et al., 2021). Většina žen je v této fázi schopná komunikovat, protože kontrakce jsou obvykle krátké, mírné intenzity a přicházejí zatím v intervalu 15-20 minut (Bubeníková, Kašová et al., 2020). Podle Roztočila et al., (2020) je na konci latentní fáze porodnická branka 2–2,5 cm a kontrakce se objevují každých 5-7 minut s délkou trvání 30-40

sekund. Wilhelmová (2021) udává, že při latentní fázi, která je individuálně dlouhá, dochází ke kvalitativním změnám na hrdle děložním a z hrdla děložního se stává postupně porodnická branka, která je až 4-5 cm. Porodní asistentka v této fázi mluví se ženou o jejích pocitech, informuje ji o dalším postupu porodu a nabízí ženě aromaterapii, teplou vanu, poslech hudby nebo jinou možnost relaxace (Bubeníková, Kašová et al., 2020). Dufková (© 2022) také uvádí možnost využití sprchy, gymnastického míče či masáže zad.

Aktivní fáze první doby porodní navazuje plynule na fázi latentní. Při aktivní fázi věnuje žena veškerou svoji pozornost průběhu porodu, jelikož se kontrakce v této fázi stávají velice intenzivními (Bubeníková, Kašová et al., 2020). Podle Roztočila et. al. (2020) má děložní branka na konci aktivní fáze průměr 8 cm, kontrakce jsou krátké, pravidelné, častější a vedou k rychlejšímu rozšiřování branky. Porodní asistentka v této fázi ženu podporuje, pomáhá jí zaujmout úlevové polohy, komunikuje i s doprovodem a vysvětluje mu, jak ženě pomoci od bolesti například masáží bederní oblasti zad (Bubeníková, Kašová et al., 2020). V průběhu této fáze dochází nejčastěji k odtoku plodové vody. Žena se odevzdává porodnímu procesu, při kterém je zapotřebí, aby se soustředila, správně dýchala a byla trpělivá. Porodní asistentka by měla být v této fázi také trpělivá. Pečlivě vyhodnocuje průběh porodu a nadále ženu podporuje (Wilhelmová a Kašová et al., 2021).

Při tranzitorní fázi první doby porodní musí sestoupit naléhající část plodu do nižších rovin porodního kanálu. Kontrakce jsou po 1-2 minutách, trvající 50-60 sekund (Roztočil et al., 2020). Tato fáze probíhá od branky 8 cm do jejího úplného rozšíření na 10 cm, kdy je branka zcela dilatovaná. V této fázi je vhodné, aby doprovázející osoba podporovala rodičku, že porod zvládne (Wilhelmová a Kašová et al., 2021). Porodní asistentka i nadále průběžně sleduje ozvy plodu a děložní kontrakce (Bubeníková, Kašová et al., 2020). Při závěru tranzitorní fáze může v některých případech nastat fyziologická pauza v děložní aktivitě, která se nazývá latentní fázi druhé doby porodní (Wilhelmová a Kašová et al., 2021). Plod v této chvíli, kdy je děloha uvolněná, vyhledává vhodnější polohu pro sestup hlavičky do malé pánve (Bubeníková, Kašová et al., 2020).

1.1.2 Druhá doba porodní – doba vypuzovací

Druhá doba porodní bývá dle Gregory a Velemínského ml. (2017) označována také jako doba vypuzovací, jelikož na jejím samotném konci dochází k vypuzení plodu z těla ženy. Začíná zánikem branky a končí porodem plodu (Hudáková, Kopačiková, 2017). Při přechodu do druhé doby porodní se velmi významně proměňuje tempo i charakter celého porodního procesu, přičemž tato změna, a to především ve vnímání kontrakcí, může ženě přinést mnohdy až pocit ztrácení kontroly při porodu (Wilhelmová a Kašová et al., 2021). Dutina děložní již splynula s plně dilatovaným cervikálním kanálem a s pochvou a v měkkých porodních cestách už hlavička nebrání nic v tom, aby mohla projít pánevní úžinou, která má v příčném průměr pouhých 10 cm. Aby hlavička prošla, musí šev šípový dorotovat do přímého průměru (Kašová a Janoušková, 2020). Druhá doba porodní se dále dělí na pasivní a aktivní fázi. V pasivní fázi hlavička sestupuje porodním kanálem a dále rotuje. V aktivní fázi pak dochází k sestupu hlavičky plodu, při němž začíná mít žena pocit nucení na tlačení (Kašová a Janoušková, 2020). Mezi kontrakcemi jsou i nadále kontrolovány ozvy plodu, jak uvádí Gregora a Velemínský ml. (2017). Porodní asistentka dále také u ženy kontroluje vyprázdňenost močového měchýře, a to z důvodu, že pokud by byl plný, byla by to možná překážka a důvod, proč porod nepostupuje (Kašová a Janoušková, 2020). Jakmile hlavička postoupí až na pánevní dno, objeví se v introitu neboli v poševním vchodu, a to je chvíle, kdy se v indikovaných případech provádí epiziotomie čili nástřih hráze (Roztočil et al., 2020).

V průběhu sestupu plodu porodními cestami dochází k sérii specifických pohybů, které jsou nazývány porodním mechanismem. (Wilhelmová a Kašová et al., 2021). Mechanismus porodu plodu v poloze podélné hlavičkou, tedy záhlavím probíhá následovně. První fází porodního mechanismu je iniciální flexe hlavy, kdy se působením děložních kontrakcí záhlaví plodu sníží a bradička se přiblíží k hrudníku. Vedoucím bodem je vždy nejnižší bod, což je u polohy podélné hlavičkou malá fontanela (Roztočil et al., 2020). Do pánevního vchodu poté vstupuje hlavička subokcipitobregmatickým obvodem, který má velikost 32 cm (Kašová a Janoušková, 2020). Wilhelmová a Kašová et al. (2021) dále uvádí progresi hlavy, tedy prostup hlavičky pánevních vchodem a pánevní šíří až do úžiny, přičemž tento jev probíhá po celou dobu porodu díky působení kontrakcí. Následuje vnitřní rotace, kdy hlavička sestoupí na pánevní dno a díky jeho mírně nakloněnému tvaru dolů a dopředu nastane posun záhlaví dopředu a rotuje pod symfýzu (Wilhelmová a Kašová et al., 2021).

Další částí mechanismu porodu je pak deflexe, tedy stav, kdy se hlavička po vnitřní rotaci dostává do roviny pánevního východu (Kašová a Janoušková, 2020). Pak následuje prořezávání hlavičky a zevní rotace. Poté, co se porodí obličej plodu, záhlaví se začne otáčet ke stehnu matky na tu stranu, kde je hřbet plodu (Roztočil et al., 2020).

Kašová a Janoušková (2020) nakonec uvádí, že při mechanismu porodu ramen porodník mírným tahem hlavičky dolů porodí přední rameno až po úpon musculus deltoideus a zadní rameno se uvolní protipohybem hlavy vzhůru. Trup plodu se rodí již bez mechanismu, tzv. laterální flexí, kterou zmiňuje Wilhelmová a Kašová et al. (2021). Délka druhé doby porodní by neměla přesahovat více než 1 hodinu (Roztočil et al., 2020).

1.1.3 Třetí doba porodní – doba k lůžku

Třetí doba porodní, která bývá také označována jako doba k lůžku, je období po porodu plodu, kdy dochází k odloučení a vypuzení placenty a plodových obalů, přičemž trvání je obvykle v řádu minut, a pokud nenastanou komplikace, netrvá déle než hodinu (Wilhelmová a Kašová, 2021). Autorky dále uvádí, že pro fyziologický průběh třetí doby porodní je optimální hladina hormonů v těle ženy, kterou podporuje i nerušený kontakt ženy a dítěte. Třetí doba porodní je často vedena aktivně. Aby se zmírnilo krvácení a docházelo k lepšímu zavínování dělohy, bývá ženě po porodu hlavičky aplikován oxytocin intravenózně (Slezáková et al., 2017). Po porodu plodu dochází k retrahování dělohy z důvodu velkého a rychlého snížení jejího objemu (Slezáková et al., 2017). Po klidové fázi následně přicházejí znovu kontrakce, které již nebývají bolestivé a při kterých obvykle žena porodí placentu sama (Kašová a Janoušková, 2020).

Rozeznat správnou dobu, kdy je placenta již odloučená a připravena k vypuzení, patří mezi základní schopnosti porodní asistentky. (Procházka, 2020). Schröderovo znamení je založeno na pozorování tvaru a uložení dělohy a výšky děložního fundu. Jakmile se placenta odloučí a posouvá se do DDS, tvar dělohy se změní na protáhlý a její fundus dosahuje mírně nad pupek. V opačném případě, kdy se placenta ještě neodloučila, fundus hmatáme v oblasti pupku (Roztočil et al., 2020). Küstnerovo znamení odloučení placenty provádíme hmatem, kdy položíme natažené prsty malíkovou hranu ruky za symfýzu, které způsobí vtahování pupečnicku zpět do rodidel a označuje to, že ještě

nedošlo k odloučení placenty. Pokud se pupečník posune před introitus poševní, znamená to, že došlo k odloučení placenty (Wilhelmová a Kašová, 2021).

Slezáková et al. (2017) uvádí, že porodník či porodní asistentka k vybavení placenty využívají mechanismus dle Jacobse, při němž drží placentu oběma rukama a otáčí s ní, aby se zabalila do plodových obalů, a souběžně ji povytahují mírně ven. Následně je placenta zkontrolována, aby bylo vidět, zda je celistvá. V podstatě lze rozlišit tři typy odlučování placenty. Prvním z nich je mechanismus podle Baudelocque-Schulzeho, kdy dochází k odloučení placenty středem a začíná se vytvářet retroplacentární hematoma, jehož tlakem placenta invertuje a vychází ven (Wilhelmová a Kašová, 2021). Žena při tomto způsobu porodu placenty nekrvácí, protože plodové obaly zadržují retroplacentární hematoma. Jako první se objeví lesklá plodová strana placenty, to znamená fetální strana (Hájek et al., 2014). Dále pak Hájek et al. (2014) zmiňují i druhý mechanismus podle Duncana, při kterém se placenta odlučuje hranou. Krev odtéká mírně z rodidel, protože se placenta nesvinuje a rodí hrubou mateřskou částí. Třetí je mechanismus dle Gessnera, který je kombinací obou výše uvedených typů (Wilhelmová a Kašová, 2021). Žena krvácí před porodem lůžka, jako u mechanismu podle Duncana, ale placenta odchází z rodidel středem, jako u prvního mechanismu (Kašová a Janoušková, 2020). Po porodu placenty je zapotřebí, aby lékař či porodní asistentka provedli vyšetření v gynekologických zrcadlech, a tím posoudili možnou přítomnost a rozsah porodní poranění (Gregora a Velemínský ml., 2017). Jsou-li porodní poranění přítomna, je zapotřebí je ošetřit (Pařízek, 2015).

1.1.4 Čtvrtá doba porodní a časné poporodní období

Čtvrtá doba porodní končí dvě hodiny po porodu placenty, jak uvádí Kašová a Wilhelmová (2021). V tomto období zůstává žena ještě 2 hodiny na porodním sále, kde je pod dohledem, kdyby došlo k větším krevním ztrátám (Gregora a Velemínský ml., 2017). Pokud není toto období ničím komplikováno, je novorozenec přiložen k prsu ženy a probíhá tzv. bonding (Dufková, © 2022). Porodní asistentka u ženy každých 30 minut kontroluje retrakci dělohy, krevní tlak, pulz a také její celkový stav (Procházka et al., 2018). Kašová a Wilhelmová (2021) navíc udávají, že fyziologická krevní ztráta je zhruba 300 ml. Pokud by došlo k zesílení krvácení, je vhodné, aby se žena vymočila, a v případě, že jí nejde močit spontánně, provede porodní asistentka za přísných aseptických podmínek vycévkování moči jednorázovou cévkou (Kašová, Wilhelmová, 2021). V těchto hodinách je vhodná poloha vleže na zádech, která je

optimální pro dobrou involuci dělohy a eliminaci nadměrného poporodního krvácení (Kašová a Wilhelmová, 2021). Po uplynutí těchto dvou hodin po porodu je následně žena i s novorozencem převezena na oddělení šestinedělí (Gregora a Velemínský ml., 2017).

1.2 Rozdělení porodních poranění

Jak již bylo několikrát zmíněno, porod je fyziologický děj, při kterém je ovšem nutno počítat s případnými poraněními (Moravcová, 2020). Poranění různého druhu se mohou vyskytovat v průběhu celého porodního kanálu, na vnitřních i zevních rodidlech a přilehlých orgánech, jako je například močový měchýř, pánevní pletenec či konečník (Roztočil et al., 2017). Moravcová (2020) dále uvádí, že veškerá porodní poranění je zapotřebí důkladně zkontrolovat a ošetřit. Roztočil et al. (2017) popisuje, že neošetřená poranění mohou být příčinou velkých krevních ztrát a pozdějších anatomických a funkčních poruch. Bohatá a Dostálek (2016) zmiňují fakt, že u nulipar je větší pravděpodobnost vzniku porodních poranění než u vícerodiček. Pro účely této bakalářské práce budou zmíněna jen některá porodní poranění, a to z důvodu, že se u žen během porodu vyskytují nejčastěji.

1.2.1 Poranění hráze

Nejběžnějším poraněním při porodu jsou trhliny hráze, vyskytující se v různém rozsahu a lokalizaci. Příčiny mohou být na straně ženy, jako například vyšší věk, vysoká hráz či jizvy, ale také na straně plodu, kde hraje roli především jeho velikost či deflekční poloha. Riziko také představuje průběh porodu, při kterém je nedostatečně chráněná hráz či případný proběhlý překotný porod. (Roztočil et al., 2017). Doubek (2021) navíc doplňuje také riziko poranění při vedení operačního porodu. Při každém poranění je velice důležité určení jeho celkového rozsahu, k čemuž slouží klasifikace ruptur perinea. Po porodu je nutno provést revizi porodních cest pomocí gynekologických zrcadel, a to především proto, aby mohla být zkontrolována i oblast děložního čípku a vyšších etází pochvy (Doubek, 2021). Mírné trhliny a odřenininy se nemusí nikterak ošetřovat. Podstatné je soustředit se na trhliny hráze druhého stupně a výš. (Roztočil et al., 2017).

Klasifikace ruptur perinea je doporučována i Českou gynekologickou a porodnickou společností, která určuje podle závažnosti čtyři stupně porodních poranění (Záhumenský, Kališ, 2013). Při prvním stupni dochází k poškození sliznice pochvy

a kůže hráze. Druhý stupeň nastane v případě, že se natrhnu také svaly hráze. Pokud dojde k poranění, které poškodí i anální svěrač, hodnotí se jako třetí stupeň, který se dále rozděluje: a) zevní svěrač je poškozený méně než 50 %, b) zevní svěrač má trhlinu více jak 50 %, c) došlo k poškození jak zevního, tak vnitřního svěrače. Čtvrtý stupeň pak podle Doubka (2021) znamená, pokud došlo k ruptuře zevního i vnitřního svěrače a také anorektální sliznice. Shodně s Doubkem (2021) tyto stupně poranění popisuje i Roztočil et al. (2017) a Moravcová (2020).

1.2.2 Poranění pochvy

Tkáň pochvy je vyvinutá tak, aby se dokázala při porodu natáhnout až o 50 %, případně natrhnout a zase zahojit, k čemuž přispívá intenzivnější průtok krve, rychlá obnova buněk vagíny a množství záhybů vaginální sliznice (Gunterová, 2022). Poranění pochvy jsou většinou spojena s poraněním hráze, kdy mohou zasahovat až hluboko do vaginálních kleneb nebo vznikají zcela samostatně. Ve většině případů při nich dochází k silnému krvácení (Roztočil et al., 2020). V některých případech nedojde přímo k roztržení pochvy v celé její tloušťce a sliznice zůstává neporušená. Následně se vyvine hematom, během něhož si žena stěžuje na tlak na konečník, je bledá, hypotenzní, anemická a v některých případech se může rozvinout až hemoragický šok (Moravcová, 2020). K trhlinám pochvy dochází především z mechanického důvodu, protože děloha za kontrakce vytahuje pochvu směrem nahoru, ta se ovšem tlakem hlavičky ale tlačí dolů (Roztočil et al., 2020). Ve většině případů k nim dochází u překotných porodů, nebo u vaginálních extrakčních operací (Doubek, 2021). Každá trhlina se musí zašít a krvácející cévy je zapotřebí podvázat (Roztočil et al., 2017). K ošetření se používají vstřebatelné atraumatické stehy. Při ošetřování trhlin pochvy postupuje porodník co nejšetrněji, mnohdy za použití lokálních analgetik (Doubek, 2021).

1.2.3 Poranění děložního hrdla

Při zániku branky dochází téměř u každého porodu na povrchu k trhlinám, které se ale dobře hojí, a nezůstávají po nich žádné následky. Po porodu se proto provádí vyšetření hrdla děložního a pochvy v zrcadlech (Roztočil et al., 2017). Trhliny, které mají více jak 1 cm, se léčí suturou. Dále také zmiňuje, že k trhlině čípku může dojít jak u nulipar, tak u víceroďiček (Roztočil et al., 2017). K rupturám děložního čípku dochází u žen, které za sebou mají již operace na čípku, typicky konizaci. Mnohdy si pak žena přivodí poranění hrdla sama, pokud začne předčasně tlačit a branka není ještě zcela zašlá (Roztočil et al., 2020). Aby porodník dobře zhodnotil poranění hrdla, využívá k popisu

system hodinových ručiček. Nejčastější je poranění na čísle 3 a na čísle 9 v místech spojení předního a zadního labia (Binder et al., 2011). Hluboké ruptury čípku mohou v některých případech přecházet až na děložní tělo, při kterých dochází k velké krevní ztrátě, a v takových případech musí být ošetření provedeno abdominální operací (Penka et al., 2014)

1.2.4 Poranění děložního těla

Predilekčním místem pro toto poranění bývá jizva na děloze, která vznikla po předcházející operaci, například císařském řezu. V závažných a ojedinělých případech může dojít až k ruptuře dělohy (Doubek, 2021). Aby se této závažné život ohrožující komplikaci předešlo, provádí se při císařském řezu řez v dolním děložním segmentu (Roztočil et al., 2017). Během porodu je zapotřebí všimnout si známek hrozící ruptury v podobě Bandlovy rýhy, která se nachází mezi dolním děložním segmentem a svalovinou těla děložního a je viditelná na břiše matky (Moravcová, 2020). Příčinou je zvýšení intrauterinního tlaku při kontrakci v kombinaci s překážkou postupu naléhající části plodu. V začátcích pociťuje žena neurčitý tlak, stupňující se kontrakce, které ji nutí tlačit, ačkoliv hlava je ještě nad vchodem a následně pociťuje prudkou bolest v břiše. Nastává krvácení do dutiny břišní, kvůli kterému se může vyskytnout až hemoragický šok (Roztočil et al., 2020).

1.2.5 Poranění pánve

S rostoucím plodem se zvyšuje tlak na pánevní spoje. Za fyziologické se považuje oddálení pánevních kostí o 3-8 mm. Příznakem patologického uvolnění vazů je odstup 10 a více mm. Pokud mezera mezi pánevními kostmi dosáhne 25 mm, je považována za rupturu (Fyzioklinika © 2021). Vlivem hormonů vznikají v těhotenství změny ve vazivu, chrupavkách a v kloubních spojeních. Pánev se tak stává náchylnější k poranění (Moravcová, 2020). K těm může poté dojít jak při spontánním, tak i při operačním porodu (Roztočil et al., 2017). Během spontánního porodu se mohou vyskytnout poškození především na symfýze, kostrči či na sakroiliakálním skloubení (Moravcová, 2020). Fraktury pánve se objevují výjimečně, jde ale o závažnou komplikaci, při které musí dojít ke spolupráci multioborového týmu (Wendsche et al., 2018).

1.3 Epiziotomie

Epiziotomie je přípravná porodnická operace, během které dochází k rozšíření měkkých porodních cest (Bohatá, Dostálek, 2016). V překladu epiziotomie znamená nástřih hráze při porodu a provádí se v závěru druhé doby porodní, tedy ve fázi vypuzovací (Zilberman et al., 2019). Hanáková (2021) uvádí, že se nástřih hráze provádí na vrcholu kontrakce při tlačení, kdy je díky hlavičce hráz zcela rozvinutá. Wilhelmová et al. (2021) dále doplňují, že barva hráze se změní do stříbřitě bílé, díky čemuž se nemusí provádět její anestezie. Účelem tohoto porodnického výkonu je v první řadě ochrana matky před velkým poraněním, zamezení vzniku hypoxie, které způsobuje vysoký tlak na hlavičku plodu, a nakonec také samotné urychlení porodu (Slezáková et al., 2017). V případě, že během porodu je zapotřebí tento výkon provést, lze to pouze za plného souhlasu rodičky (Takács et al., 2015). Jedná se o nejčastěji prováděný porodnický výkon, ale i přesto procento uskutečněných epiziotomií postupně klesá. V minulosti se nástřih hráze prováděl u prvorodiček téměř automaticky z preventivních důvodů, v současné době se však jeho provedení posuzuje spíše individuálně (Bohatá, Dostálek, 2016). Hanáková (2021) zmiňuje indikace k nástřihu hráze, kterými jsou například poloha plodu koncem pánevním, porod za pomoci kleští či vakuumextrakce, porod vícercát, předčasný porod, dystokie ramének, a dále pak pokud je hráz vysoká a rigidní nebo naopak nízká či zjizvená. Dalším indikátorem je pak podle ní velký plod či hypoxie plodu.

Původní myšlenkou epiziotomie byla především snaha předejít rozsáhlému natržení hráze, tedy poranění III. a IV. stupně, jelikož kontrolovaný řez na hrázi usnadní obtížné porody. Díky nástřihu se tak sníží tlak na perineum a následné šití je menšího charakteru, než kdyby došlo k rozsáhlému vaginálnímu poškození (Barjon, Mahdy, 2021). Při epiziotomii se jedná o poranění druhého stupně, které nemusí být šito lékařem. A právě porodní asistentka pracující v České republice má kompetence na ošetřování porodních poranění prvního a druhého stupně (Wilhelmová, 2021).

International Childbirth Initiative (ICI) - Mezinárodní iniciativa pro porod (© 2018) představuje na základě celosvětových výsledků výzkumů jednotný dokument ve svých 12 krocích, jak bezpečně a s respektem pečovat o matky a děti včetně jejich rodiny. Součástí tohoto dokumentu je výpis postupů, které by se neměly rutinně používat, protože u nerizikových rodiček mohou být bez lékařské indikace škodlivé, přičemž mezi tyto postupy patří např. nástřih hráze, častá vaginální vyšetření, očistné klyisma

či dirupce vaku blan. WHO (2018) zmiňuje shodné postupy ve svém doporučení pro péči během porodu, především pro dosažení pozitivní zkušenosti s porodem. WHO (2018) dále zdůrazňuje, že nadměrná lékařská péče (např. rutinní nebo preventivní epiziotomie u žen se spontánním průběhem porodu) může nevhodně zasahovat do fyziologického porodu, což může narušit pozitivní porodní zkušenost žen.

Rušavý et al., (2011) se pokusil s týmem spolupracovníků definovat důvody, které nejčastěji vedou k provedení epiziotomie, a na základě zjištěných dat určit sporné indikace provádění nástřihu hráze, aniž by to mělo vliv na kvalitu porodnické péče. Na pracovišti v Plzni zjistil, že více jak polovina epiziotomií byla vykonána porodníky a porodními asistentkami zejména z důvodů obavy o zachování funkce pánevního dna. Vzhledem k tomu, že v současné době již není tato obava považována za oprávněnou indikaci k provedení epiziotomie, představuje to významný prostor pro snížení počtu epiziotomií.

1.3.1 Komplikace epiziotomie

Komplikace epiziotomie lze dělit na bezprostřední, časné a pozdní. Jako bezprostřední označujeme např. krvácení z perineálních a vaginálních cév, větší bolestivost u žen s nižším prahem bolesti a také trhliny pochvy a perinea (Roztočil et al., 2008). Jednou z nejčastějších komplikací je ovšem bolest. Karbanová et al. (2014) uvádí, že výskyt perineální bolesti první den po porodu je srovnatelný u žen, u kterých byla provedena epiziotomie s těmi, které měly spontánní rupturu druhého stupně. Epiziotomie může dále zvyšovat riziko lacerací při následujících porodech (Muhleman et al., 2017). Mezi časné komplikace jsou zařazeny dehiscence, infekce sutury a vznik hematomů (Roztočil et al., 2008). Stejně jako u všech chirurgických zákroků, také u epiziotomie hrozí riziko infekce, jelikož se jedná o porušení integrity kůže, při kterém bakterie či jiné infekční agens mají snadnější přístup do těla ženy (Muhleman et al., 2017). Šálková et al. (2021) uvádí komplikace hematomů a paravaginálních hematomů velkých rozměrů, které většinou vznikají po špatném ošetření. Shikha et al. (2017) ve své studii poukazují na fakt, že u 85 % žen s hematomem byla provedena epiziotomie. Mezi pozdní komplikace jsou řazeny keloidní bolestivé jizvy, inkluzní cesty, močová či anální inkontinence, ale také problémy v sexuální oblasti (Roztočil et al., 2008).

Jak již bylo zmíněno, epiziotomie je spojována s vyšším rizikem anální inkontinence, přičemž nejvyšší pravděpodobnost této komplikace nastává při mediálním nástřihu

(Shikha et al., 2017). Poranění análního sfinkteru se diagnostikuje po porodu pomocí digitálního vyšetření, při kterém se zhodnotí stav análního svěrače (Lincová et al., 2019). Hudáková a Kopačiková (2017) zmiňují, že ženy po porodu mohou trpět v sexuální oblasti genitálním diskomfortem a dyspareunií, především z důvodu infekce sutury či keloidní bolestivé jizvy. Porod, může mít trvalý fyzický i psychický vliv na sexuální život, jak uvádí Borruto a Comparetto (2016). Roztočil et al. (2008) uvádí, že pozdní komplikace mají navíc negativní vliv na psychiku ženy.

1.3.2 Typy epiziotomie

V literatuře je popisováno několik typů epiziotomie. Při mediální epiziotomii se provádí nastříhnutí od středu perinea a směřuje k řitnímu svěrači (Procházka et al., 2020). Bohatá a Dostálek (2016) doplňují, že velikost nástřihu je zhruba 2-4 cm a dále je pak po nástřihu nutno chránit hráz, aby nedošlo ke vzniku pokračující ruptury a poranění řitního svěrače. Fodstad (2016) zmiňuje jako nevýhodu, že existuje poměrně vysoké riziko poranění řitního svěrače. Výhodou je slabší krvácení, jelikož prochází místem menšího cévního zásobení, a také má ve většině případů lepší průběh hojení a méně komplikací (Doležal et al., 2007). Mediolaterální epiziotomie je nejčastěji prováděný typ epiziotomie, která je vedena šikmo pod úhlem 45-60° k hrbolu sedací kosti (Roztočil et al., 2017). Bohatá a Dostálek (2016) rovněž uvádějí rozsah nastříhnutí, který je v tomto případě zhruba 3 cm a jako výhodu zmiňují nižší riziko poranění řitního svěrače, ale také uvádí fakt, že může docházet k silnějšímu krvácení a v některých případech i k horšímu hojení. Nejméně používaná je laterální epiziotomie, jelikož po ní zůstává nejobtížněji hojitelná jizva (Wilhelmová, 2021). Je vedena 2-3 cm od poševního introitu šikmo směrem k hrbolu sedací kosti a je rozsáhlá zhruba 4-5 cm (Bohatá, Dostálek, 2016). Výhodou tohoto typu epiziotomie je ale vytvoření dostatečně velkého prostoru pro sestup hlavičky a lepší hojení v šestinedělí (Doležal et al., 2007). Bohatá a Dostálek (2016) navíc jako výhodu doplňují, že je nejméně ohrožen poraněním řitní svěrač. Hanáková (2021) uvádí, že laterální epiziotomie by se již neměla v dnešní době provádět z důvodu zjištěných následných funkčních poruch a dyspareunií.

1.4 Prevence porodního poranění

Ze studie Veverkové et al. (2017) vyplývá, že informace od ošetřujícího lékaře ohledně prevence porodního poranění bývají často nedostatečné a skoro polovina těhotných žen si vyhledává informace na internetu, kde se jedná především o údaje, jak předejít poranění při porodu. Metody prevence jsou využívány relativně zřídka (Veverková et

al., 2017). Přípravě porodních cest je vhodné věnovat pozornost již několik týdnů před plánovaným porodem. Existuje celá řada metod, ať už přírodních, mechanických či farmakologických, které mohou přispět k rychlejšímu porodu a prevenci porodních poranění (Wiesner, Werner 2017). O možnostech prevence by měla být žena informována v rámci prenatální péče, aby mohla existující možnosti co nejefektivněji využít (Wilhelmová, 2021).

V současné době je k dispozici celá řada metod, díky kterým je možné příznivě ovlivnit vznik porodních poranění, nicméně existuje zároveň i mnoho rizikových faktorů, které mohou naopak riziko porodních poranění zvýšit (Procházka et al., 2020). K rizikovým faktorům jsou zařazeny například věk ženy, stavba hráze, velikost plodu, ale také to, zda žena poslouchá pokyny porodníka, jelikož při samotném porodu je totiž důležité, aby žena tlačila, až když je hráz zcela rozvinutá a ne dříve (Wilhelmová, 2021). Před porodem mohou těhotné ženy jako prevenci využívat například masáž hráze, vaginální dilatační balonky, provádění cviků na posílení pánevního dna nebo nácvik správného dýchání a tlačení při porodu (Wilhelmová, 2021).

1.4.1 Masáž hráze

Masáž hráze je výhodná k podporování pružnosti perinea před porodem, avšak není zatím jednoznačně prokázán její pozitivní vliv. Je určena především ženám, které se chtějí na porod aktivně připravit (Aniball, © 2021c). Žena si může 1x denně po dobu 4 minut hráz masírovat přibližně od 34. týdne těhotenství, kdy si pomocí rostlinného oleje zvlhčí ukazováček a prostředníček a zavede je z poloviny do pochvy. Masírování vypadá tak, že žena prsty přejíždí z jedné strany na druhou. Poté může ještě 1 minutu promnout hráz mezi prsty (Čermáková, 2017). Důležitá je před začátkem dobrá hygiena rukou a zastřižené nehty, aby nedocházelo k vniknutí infekce či vnitřnímu poranění (Procházka et al., 2020). Masáž nesmí vyvolávat jakoukoliv bolest (Aniball, © 2021c). Kontraindikace při masáži hráze mohou být poševní výtoky, placenta praevia, dráždivá děloha, vaginální infekce či předčasné kontrakce. Nedoporučuje se praktikovat také v případech, že není těhotné ženě příjemná (Čermáková, 2017).

1.4.2 Bylinná napářka

Bylinná napářka využívá mnoho účinků, jako je teplo, uvolnění, zvlhčení a také vůně a využívá se od 38. týdne těhotenství. Před termínem porodu se používá obvykle 2-3 x týdně, po termínu porodu lze i několikrát denně, podle potřeby ženy (Fančovičová,

© 2018). Migotová (© 2021) uvádí, že pomocí bylinek můžeme přirozený průběh porodu podpořit a jako benefit zklidnit také svou mysl. Fančovičová (© 2018) také dále uvádí, že k napařování se využívá speciální hrnec, stolička nebo WC. Žena je zakrytá dekou, aby pára neunikala, a nahřívá si nejen svaly pánevního dna, ale i podbřišek a bedra. Bylinnou napářku je vhodné propojit zároveň se cvičením pomocí vaginálního dilatačního balonku. Před cvičením s ním si žena napářkou nahřeje hráz a díky tomu nedochází k drobným oděrkám od balonku (Valová, © 2017).

1.4.3 Chránění hráze při porodu

Porodní asistentka, pokud si to žena přeje, může u ženy již během první doby porodní masírovat hráz za použití oleje, obdobně jako to probíhá u masáže v těhotenství (Procházka et al., 2020). Hráz začíná porodník chránit v tu chvíli, kdy se hlavička plodu již nevrací do porodních cest v mezikontrakčním období. Porodník si vějířovitě rozloží dlaň a prsty levé ruky na prořezávající hlavičku a hlídá správné tempo pro další prořezávání. (Hanáková, 2021). Když se během druhé doby porodní prořezává hlavička, dochází k velkému tlaku v oblasti poševního vchodu, a je namístě ochrana hráze a zamezení vzniku ruptur hráze a jejího blízkého okolí (Roztočil, a kol., 2008). „*Osoba asistující rodiče při porodu chrání hráz pomocí pravé ruky, kdy palcem přitahuje tkáň hráze proti prstům za použití sterilní roušky.*“ (Procházka et al., 2020, s. 444). Wilhelmová (2021) tento postup potvrzuje a navíc dodává, že důležitou roli hraje také komunikace se ženou při samotném tlačení a volba vhodné polohy. Tyto postupy odpovídají i doporučení dle Světové zdravotnické organizace (2018), které popisují metody ke snížení poranění hráze. Jedná se o masáže v oblasti hráze, podání teplých obkladů a aktivní ochrana hráze rukama, nazývaná také hands on, při které porodní asistentka dominantní rukou chrání hráz.

Dle Rušavého et. al (2017) je dle biomechanických principů nejúčinnější technikou pro snížení porodního poranění chránění hráze technikou, kdy porodník rozloží prsty na hráz 12 cm od sebe a je 2 cm anteriorně od zadní komisury. Při tom stlačuje prsty k sobě o 1 cm bilaterálně. Vertikálně žádný pohyb nevykonává.

1.4.4 Vaginální dilatační balonky Aniball a Epi-no

Pravděpodobnost, že dojde u prvorodičky k porodnímu poranění je vyšší než u ženy, která již v minulosti vaginálně rodila. Je to dáno především tím, že při porodu dochází k roztažení měkkých tkání pochvy a hráze. Cvičení s dilatačním balonkem tedy může

v tomto směru ženám pomoci pomalu rozšiřovat měkké tkáně porodního kanálu. Po pravidelném cvičení s balonkem jsou navíc ženy schopné při samotném porodu lépe a efektivně tlačit (Bohatá, Dostálek, 2016). Na našem trhu lze nalézt dva typy vaginálních dilatačních balonků. Jedná se o Epi-no, který je německé výroby, a Aniball jako jeho obdoba, pocházející z České republiky. Mechanismus používání a účinku obou pomůcek je téměř shodný (Veverková, et al., 2017.)

Aniball je zdravotnická pomůcka (Příloha 1 a 2), která těhotným ženám pomáhá s přípravou na porod jak po fyzické, tak po psychické stránce. Při cvičení si žena umístí balonek do pochvy a snaží se ho vytlačovat ven. Stahuje svaly pánevního dna za pomoci hlubokého nádechu, a tím je dokáže lépe vnímat a ovládat. Tento trénink se jí bude hodit při samotném vytlačení hlavičky při porodu. Žena by měla začít cvičit nejdříve až od ukončeného 36. týdne těhotenství (Aniball, © 2021a). Cvičení je vhodné zahájit po konzultaci s ošetřujícím lékařem či porodní asistentkou. Žena si v klidu ve svém domácím prostředí vyzkouší různé pozice, až nakonec zjistí, která poloha jí při tlačení nejvíce vyhovuje. Velikost nafouknutého balonku nehraje zásadní roli, protože se jedná spíše o způsob, jak balonek vytlačit ven (Samková, 2020). Výrobce zdravotnické pomůcky Aniball uvádí, že pokud bude těhotná žena cvičit s touto pomůckou 15 minut denně, sníží tím výrazně riziko spontánního poranění a nástřihu hráze (Aniball, © 2021a). Samková (2020) toto tvrzení ze své praktické zkušenosti potvrzuje. Dále uvádí, že u žen, které v rámci předporodní přípravy cvičily s balonkem, nebylo nutné provádět nástřih hráze, a pokud už u těchto žen došlo k nějakému poranění, tak pouze v minimálním rozsahu.

Epi-no vznikl ve spolupráci týmu gynekologů, porodních asistentek a samotných těhotných žen. Výrobce doporučuje začít s cvičením v rámci předporodní přípravy od 37. týdne těhotenství až do porodu. Před porodem se porodní cesty a hráz postupně a jemně natahují a žena se vytlačení balonku z pochvy připravuje na pocit, se kterým se setká během porodu. Ze studie od Kavvadias et. al., (2016) vyplývá, že díky cvičení s Epi-no dochází ke zkrácení II. doby porodní, méně častému užívání léků proti bolesti a také nižšímu výskytu epidurální analgezie. Balonek lze využít následně i po porodu, neboť svaly pánevního dna bývají často oslabené. V rámci rehabilitace je vhodné začít cvičit 4 až 6 týdnů po porodu. (Epi-no, © 2021a). V současné době existují dvě verze tohoto balonku a to Epi-no Delphine a Epi-no Delphine Plus (Příloha 3 a 4), který navíc

obsahuje manometr a umožňuje ženám sledovat pokrok a účinnost cvičení, a tím je motivovat (Epi-no, © 2021b).

Bohatá a Dostálek (2016) poukazují na další výhodu. Díky tlaku VDB v pochvě, který ženy pociťovaly při cvičení, neměly následně strach při porodu ve chvíli, kdy ucítily tlak hlavičky v porodních cestách. Zakoupenou pomůcku mohou ženy využít i po porodu. Podle studie od Záhumenského (2010) je prokázáno, že po vaginálním porodu je riziko močové inkontinence, přičemž Aniball lze využívat i po porodu právě na posílení svalů pánevního dna a snížení již zmíněné močové inkontinence (Aniball, © 2021a).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit zkušenosti žen s používáním Epi-no (Aniball) v prevenci porodního poranění.

Cíl 2: Zjistit názory porodních asistentek na používání balonku Epi-no (Aniball).

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaké zkušenosti mají ženy s používáním balonku Epi-no (Aniball) v prevenci porodního poranění?

VO 2: Jaké názory mají porodní asistentky na používání balonku Epi-no (Aniball)?

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla provedena kvalitativním výzkumným šetřením formou polostrukturovaných rozhovorů. Při tomto druhu rozhovoru tazatel pokládá okruhy otevřených otázek a v průběhu rozhovoru může položit volně doplňující otázky. Otázky slouží ke správnému pochopení informantovy odpovědi ze strany tazatele (Kutnohorská, 2009). V kvalitativní analýze dochází ke zpracování dat smysluplným způsobem a nalézání odpovědí na výzkumné otázky (Hendl, 2016).

Rozhovor se ženami prvního výzkumného souboru se skládal ze čtyř otevřených otázek (Příloha 5) týkajících se zkušeností žen se cvičením s VDB, jejich porody a případnými porodními poraněními. Dále byly zjišťovány i základní údaje ohledně jejich věku, dosaženého vzdělání, bydliště a parity. V rámci kódování rozhovorů se ženami byla vytvořena jedna hlavní kategorie, kterou jsme rozčlenily na pět podkategorií. Kvůli zachování anonymity byly ženy po porodu náhodně označeny jako informantky R1 až R10.

Rozhovor s informantkami druhého výzkumného souboru začal otevřenou otázkou (Příloha 6) týkající se názoru porodních asistentek (dále jen PA) na VDB a dalšími doplňujícími otázkami. Z rozhovorů s porodními asistentkami vyplynula jedna hlavní kategorie a dvě podkategorie. Porodní asistentky byly označeny PA1 až PA6. Kurzívou jsou v textu vyznačené přímé citace žen po porodu i citace porodních asistentek.

Rozhovory probíhaly na domluveném místě (domácí prostředí, kavárny), dnu a čase, a to jak se ženami po porodu, tak i s porodními asistentkami. Každý rozhovor začal vzájemným seznámením a představením tématu výzkumu. Všechny informantky i porodní asistentky ústně vyjádřily svůj souhlas k rozhovoru i k nahrávání, zároveň byly informovány o zachování anonymity a ujištěny, že získaná data budou sloužit pro účely našeho výzkumu. Zjištěná data byla kvůli verbálnímu charakteru přepsána do tištěné podoby (Švaříček, Šedřová, 2014). Rozhovory byly analyzovány pomocí kódovací metody papír, tužka (Chrastina, 2019).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Na základně tématu práce byly určeny dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor tvořily ženy po porodu z Jihočeského kraje, které využívaly v těhotenství VDB. Mezi

kritéria pro první výzkumný soubor patří především souhlas s rozhovorem, používání VDB v těhotenství, vaginální porod a nuliparita. Ženy byly záměrně vybrány s rozdílným věkem, vzděláním i průběhem porodu, aby došlo k saturaci vzorku, kdy další zkoumaný vzorek nepřináší nové a podstatné informace (Disman, 2021). Druhý výzkumný soubor tvořily porodní asistentky z Jihočeského kraje. Pro jejich výběr byla stanovena dvě kritéria, a to souhlas s provedením rozhovoru a osobní zkušenosti PA s využitím VDB v praxi.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje žen, které v těhotenství cvičily s VDB

Polostrukturované rozhovory byly vedeny s ženami po porodu ve věku 25 až 35 let. V Tabulce 1 jsou uvedeny základní identifikační údaje informantek, jako je věk, vzdělání, získané tituly a týden těhotenství, od kterého začaly informantky cvičit s VDB.

Tabulka 1 - Identifikační údaje žen, které v těhotenství cvičily s VDB

Informantka	Věk	Vzdělání	Titul	Týden těhotenství začátku cvičení
R1	26	VOŠ	DiS.	37+0
R2	27	VŠ	Bc.	36+0
R3	29	SŠ	-	37+0
R4	29	SŠ	-	37+0
R5	28	VŠ	Bc.	37+0
R6	28	VŠ	Bc.	37+0
R7	35	SŠ	-	36+0
R8	33	VŠ	Ing.	37+0
R9	28	SŠ	-	36+0
R10	25	SŠ	-	36+0

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Informantce R1 je 26 let a bydlí v okrese České Budějovice. Jejím nejvyšším dosaženým vzděláním byla VOŠ. Rodila poprvé a s VDB začala v těhotenství cvičit od 37+0 týdne těhotenství.

Informantce R2 je 27 let a bydlí v okrese Tábor. Jejím nejvyšším dosaženým vzděláním je vysokoškolské studium zakončené bakalářským titulem. R2 rodila poprvé a s VDB začala v těhotenství cvičit od 36+0 týdne těhotenství.

Informantce R3 je 29 let a bydlí v okrese Tábor. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské studium zakončené maturitou. Rodila poprvé a s VDB začala v těhotenství cvičit od 37+0 týdne těhotenství.

Informantce R4 je 29 let a bydlí v okrese Tábor. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské studium zakončené maturitou. Rodila poprvé a s VDB začala v těhotenství cvičit od 37+0 týdne těhotenství.

Informantce R5 je 28 let a bydlí v okrese Písek. Jejím nejvyšším dosaženým vzděláním je vysokoškolské studium zakončené bakalářským titulem. Rodila poprvé a s VDB začala v těhotenství cvičit od 37+0 týdne těhotenství.

Informantce R6 je 28 let a bydlí v okrese České Budějovice. Jejím nejvyšším dosaženým vzděláním je vysokoškolské studium zakončené bakalářským titulem. Rodila poprvé a s VDB začala v těhotenství cvičit od 37+0 týdne těhotenství.

Informantce R7 je 35 let a bydlí v okrese České Budějovice. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské studium zakončené maturitou. Rodila poprvé a s VDB začala v těhotenství cvičit od 36+0 týdne těhotenství.

Informantce R8 je 33 let a bydlí v okrese České Budějovice. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské studium zakončené inženýrským titulem. Rodila poprvé a s VDB začala v těhotenství cvičit od 37+0 týdne těhotenství.

Informantce R9 je 28 let a bydlí v okrese České Budějovice. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské studium zakončené maturitou. Rodila poprvé a s VDB začala v těhotenství cvičit od 36+0 týdne těhotenství.

Informantce R10 je 25 let a bydlí v okrese České Budějovice. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské studium zakončené maturitou. Rodila poprvé a s VDB začala v těhotenství cvičit od 36+0 týdne těhotenství.

4.2 Kategorizace dat žen, které v těhotenství cvičily s VDB

Na základě kódování rozhovorů s informantkami byla vytvořena jedna kategorie a k ní pět podkategorií (Tabulka 2). Výsledky každé kategorie a podkategorie jsou podrobně popsány a doplněny o přímé citace žen. Cílem analýzy dat bylo zjistit zkušenosti žen s používáním VDB Epi-no (Aniball).

Tabulka 2 - Seznam kategorií a podkategorií výzkumu

Kategorie	Podkategorie
Využití Epi-no (Aniball)	Zdroj informací
	Manipulace
	Pocity
	Porod
	Další těhotenství

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Kategorie – Využití Epi-no (Aniball)

Kategorie zahrnuje 5 podkategorií, obsahujících informace, odkud se ženy dozvěděly o VDB, od kterého týdne těhotenství začaly cvičit, jak často s balonkem cvičily, zda věděly, jak mají s balonkem pracovat a zda pro ně bylo cvičení přínosné. Ženy zde také uvedly, na kolik centimetrů při cvičení balonek nafukovaly. Kategorie popisuje, jaký měly ženy průběh porodu a s tím související porodní poranění. A zda by informantky balonek doporučily dalším ženám nebo by ho ony samy v případě dalšího těhotenství používaly.

Podkategorie – Zdroj informací

V podkategorii je popsáno, odkud se informantky doslechly o VDB.

Informantka R1 se o balonku dozvěděla od kamarádky, která je zároveň i porodní asistentka. Informantky R2, R3 se o balonku dozvěděly z předporodních kurzů. Informantka R3 navíc dodává: „*Pomůcka mě zaujala a další informace jsem si pak vyhledala na internetu, zvláště recenze jiných maminek.*“ Informantky R4, R7, R8 informace o VDB získaly na internetu, když hledaly informace o porodu. Informantka R5 získala první informace z letáku, který si přečetla při své práci ve zdravotnictví. Informantky R6, R9, R10 se o balonku dozvěděly od ostatních maminek nebo

kamarádek z jejich okolí. Informantka R6 dodává: „*O balonku mi řekla i PA v ordinaci mého gynekologa, která mi Aniball také doporučovala.*“

Podkategorie – Manipulace

Podkategorie popisuje, od kterého týdne těhotenství začaly informantky s balonkem cvičit, jak často cvičily a zda věděly, jak s balonkem manipulovat.

Informantky R1, R3, R4, R5, R6, R8 začaly s VDB cvičit od ukončeného 37. týdne těhotenství. Informantka R1 si týden od kterého začala cvičit, přesně nepamatuje, ale myslí si, že to bylo od ukončeného 37. týdne těhotenství. Informantky R2, R7, R9, R10 začaly s VDB cvičit od ukončeného 36. týdne těhotenství.

Informantky R1, R2, R3, R5, R6, R7, R9 v rozhovorech uvedly, že cvičily 1x denně až do jejich porodu. Informantka R6 dodala: „*Já jsem ten typ žen, co radši něco dělá, než jen čeká, jestli zrovna mně se poštěstí porodit bez poranění.*“ Informantky R4, R8 cvičily denně prvních 14 dní a poté do porodu už jen ob den. Informantka R10 uvedla, že cvičila 1x denně pouze první dva týdny a poté musela s cvičením přestat, protože jí bylo cvičení nepříjemné.

Informantka R1, R9, R10 by uvítaly více informací o tom, jak s balonkem pracovat. R1 nevěděla, zda balonek zavádí správně, a také nevěděla, jak balonek očistit po použití. Důvodem byl koupený balonek od kamarádky bez návodu. Na internetu si již další informace nedohledala. Informantka R9 na začátku cvičení neznala správné zavedení balonku do pochvy a chtěla cvičení vzdát. Na radu přítelkyň přehнула balonek napůl, zavedla a až poté začala nafukovat. Informantka R9 tuto metodu zavádění vyzkoušela a díky tomu ve cvičení pokračovala. Dodala, že s tímto problémem nechtěla obtěžovat svoji gynekoložku, jelikož nešlo o zdravotní problém. Informantka R10 po přečtení návodu na obsluhu balonku nevěděla, jaké cviky má provádět. Její slova byla: „*Výrobce psal, že se má pomocí dechu vypuzovat a podruhé zase, že stačí cvičení uvnitř pochvy a pak ho pomocí ventilu vyfouknout a vyjmout. Prvně jsem si myslela, že je to správně, že se má nacvičovat vypuzování, jako tomu je u porodu.*“ Informantka R2 měla o Aniballu zjištěné informace již před prvním cvičením. Informantky R3, R4 věděly, jak balonek použít. R3 dodala, že si nejprve přečetla návod, pustila si na internetu názorná videa o zavádění balonku a až poté začala Aniball používat. Informantky R5, R6 si přečetly dle nich přehledný návod a také měly informace od jiných maminek, který balonek již vyzkoušely. Informantka R7 popisuje: „*S balonkem*

jsem cvičila tak nějak intuitivně, přišlo mi to přirozené, co s ním mám dělat. Jen bylo ze začátku potřeba vychytat, jak moc balonek nafouknout před zavedením.“ Informantka R8 uvedla, že si byla jistá s manipulací tak na 70 %. Měla pochybnosti o správném dýchání při cvičení. Na stránkách výrobce balonku se dočetla o pánevním dnu, které se při výdechu stahuje. R8 měla oproti tomu intuitivně pocít výdechu jako uvolnění těla, a tedy by podle ní měl balonek při výdechu sám vyklouznout, což jí nevyhovovalo.

I když obvod balonku není při cvičení tím nejdůležitějším, informantky samy uvedly největší obvod balonku, se kterým cvičily. Informantky R1, R5, R10 dokázaly balonek nafouknout při cvičení na obvod 24 cm. Informantky R2, R3 uvedly obvod 22 cm. Informantky R4, R7, R8 cvičily s balonkem obvodu 31 cm. Informantka R6 se dostala na obvod 31 cm a dále zmínila: *„Nesnažila jsem se z toho cvičení dělat spartakiádu a spíš jsem se zaměřila na techniku než na výkon. Přišlo mi důležité se soustředit, v jaké poloze je mi vytlačování příjemné a v které poloze ne.“* Informantka R6 ještě uvedla, že i když si uvědomovala, že nejde o soutěž, kdo nacvičí s balonkem víc centimetrů, tak ji přesto znervózňovaly ostatní ženy v internetových diskuzích, kolik centimetrů už zvládly a ona ještě ne. Informantka R9 nejvíce balonek nafoukla při cvičení na 28 cm.

Podkategorie – Pocity

Podkategorie popisuje, jak se ženy cítily při cvičení a zda pro ně cvičení bylo či nebylo před porodem přínosné.

Informantka R1 uvedla: *„Ani nemám pocit, že by cvičení bylo něco hrozného, jen se mi do toho někdy nechťelo. Cvičila jsem ráno po probuzení, než jsem se najedla, jinak mě děsně tlačilo břicho.“* Informantka R2 uvedla, že se jí s balonkem pracovalo dobře. Informantka R3 uvedla, že se při prvním cvičení bála, aby se jí podařilo dostat balonek z pochvy ven, ale po pár cvičeních strach zmizel. Navíc získala představu, jaký tlak na hráz ji čeká při porodu. Informantka R4 uvedla, že při cvičení používala větší množství lubrikačního gelu, aby se jí zmírnil pocit tlaku uvnitř pochvy od nafouknutého balonku. Informantka R5 uvedla, že jí cvičení bolelo, a proto balonek používala pouze 14 dní, dále dodala: *„Jednou, když jsem balonek vytlačovala, měla jsem i pocit, že mi odtekla plodová voda, naštěstí to byl jen planý poplach, byla to jen moč, od té doby jsem balonek raději nepoužívala.“* Informantka R6 se při cvičení styděla, když byl přítomen

u cvičení partner. Musel jí pomáhat se zaváděním balonku, jelikož si přes veliké těhotenské břicho nedokázala balonek správně zavést. Informantky R7, R9 uvedly, že byly na začátku cvičení nervózní z toho, jak moc mají balonek nafouknout před zavedením, jinak s cvičením žádné velké obtíže neměly. Párkrát se jim stalo, že při cvičení mírně zašpinily, domnívaly se, že to bylo z důvodu rychlého přidávání obvodu balonku. U gynekologa s potížemi ani jedna informantka nebyla, jelikož do druhého dne již obtíže nepocíťovaly. Informantka R9 navíc uvedla, že jí od cvičení mírně odrazil počáteční tlak balonku v pochvě a zvažovala, že s cvičením přestane. Po rozhovoru s kamarádkou, která informantku podpořila, ve cvičení pokračovala. Nakonec byla vděčná za své rozhodnutí, jelikož porodila bez nástřihu. Informantka R8 si před prvním pokusem s Anibalem připravila příjemnou atmosféru, aby nebyla z prvního cvičení tolik nervózní. Zapálila svíčky, pustila meditační hudbu, ale když se pokusila balonek zavést do pochvy, vůbec se jí to nepodařilo. Po vystřídaní různých poloh a ufouknutí balonku na nejmenší průměr se balonek informantce podařil zavést. Dále pak zkusila balonek nafouknout a to bylo v pořádku. Problém nastal až při vytlačování balonku. Informantka R9 měla strach tlačit kvůli problémům s hemeroidy. I přes občasné problémy při cvičení informantka brala cvičení jako něco, co jí může pomoci, a proto pokračovala až do porodu. Informantka R10 popsala, že při cvičení měla strach z důvodu nekomfortního tlaku v pochvě. Přiznala, že to nebyla její oblíbená část dne. Uvedla: „Balonek byl pro mě tak trochu jako mučící nástroj, protože mě cvičení občas bolelo, jak jsem byla asi stažená, ale po skončení jsem se cítila bez obtíží.“ Jediné, co se informantce na zmírnění obtíží při cvičení osvědčilo, bylo dát si před cvičením teplou koupel a ještě namasírovat hráz olejem.

Informantky popsaly, že jejich pocity těsně před porodem byly díky cvičení s balonkem převážně pozitivní. Informantky R1, R2, R3 byly díky cvičení s balonkem po psychické stránce klidnější, protože se na porod připravovaly. Informantky R3, R6, R7, R8, R9, R10 našly díky cvičení vhodnou polohu pro tlačení ve druhé době porodní. Informantky R1, R2, R3, R7, R8, R9 se díky cvičení s balonkem cítily před porodem jistěji a domnívaly se, že si hráz na porod lépe připravily. Naopak informantka R4 uvedla: „*Před porodem jsem byla spíš ve stresu, zda je nácvik s balonkem dostatečný a zda to bude mít nějaký vliv při porodu.*“ Informantka R5 uvedla, že i když cvičila jen 14 dní, tak balonek splnil její očekávání a měla před porodem dobrý pocit, že dovede zapojit břišní lis a nebude tlačit do hlavy a tváří, jako to dělala na začátku nácviku

s Aniball. Informantka R6 uvedla: „*Díky balonku jsem víc vnímala své tělo a soustředila se na něj. Posílení hráze mi pomohlo i na inkontinenci.*“ Informantka R7 navíc dodala: „*Řekla bych, že jsem se před porodem cítila díky cvičení i bezpečněji.*“ Informantka R9 byla vděčná, že si i přes počáteční váhání balonek pořídila. Nakonec byla na porodním boxu klidnější a dodává: „*Měla jsem dobrý pocit z toho, že jsem doma trénovala, tak by porod mohl proběhnout bez porodního poranění.*“ Informantka R10 uvedla, že i přes nekomfortní pocit při cvičení měla díky Aniballu představu o tom, jak by mohlo tlačení při porodu vypadat.

Podkategorie – Porod

Podkategorie popisuje, jaký měly ženy průběh porodu a s tím související porodní poranění.

Informantka R1 uvedla, že u ní začaly kontrakce v 38. týdnu a tak jela do porodnice. V II. době porodní ji daly sestřičky oxytocin, aby jí zesílily kontrakce. Poté porodila zcela bez poranění. Informantka R2 popsala, že její porod byl spontánní, trval 13 hodin a obešel se bez epiziotomie, došlo jen k drobnému porodnímu poranění bez nutnosti sutury. Informantka R3 uvedla, že byla hospitalizovaná 8 dní po termínu porodu, ale nakonec se samy dostavily pravidelné kontrakce. V I. době porodní jí byl podán oxytocin na zesílení kontrakcí a poté po 9 hodinách porodila s malou epiziotomií. Informantka R4 dostala také v I. době porodní oxytocin, po kterém došlo k rychlému otevírání porodních cest, následovalo polohování ženy k dorotování hlavičky plodu a po 9 hodinách byl novorozenec porozen. Informantka ale dodává, že jí porodní asistentka pomáhala zatlačením na břicho. Informantka R5 porodila již za 6 hodin od začátku pravidelných kontrakcí, měla provedenou malou epiziotomii. Informantka dodala: „*Myslím, že i když jsem používala balonek jen pár dní, tak splnil svůj účel, protože jsem věděla, jak zapojit při tlačení břicho.*“ Informantka R6 chtěla přirozený porod bez léků. Jak sama říká: „*Porod postupoval dobře, tak jsem tomu dala čas, nezasahovala lék, a nakonec jsem byla zcela bez poranění.*“ Informantka R7 uvedla, že měla porod indukovaný. Po zavedení prostinové tablety měla kontrakce slabé, proto jí lékařka provedla dirupci vaku blan a poté informantka porodila do 9 hodin bez epiziotomie, pouze s mírnou suturou. Informantka R7 dodala: „*I paní doktorka se mě po porodu ptala, jestli jsem náhodou necvičila s balonkem, že jsem byla na prvorodičku šikovná.*“ Informantka R8 uvedla, že její porod začal spontánním odtokem plodové vody a v porodnici zažádala o epidurální analgezii. V porodním plánu měla informantka

uvedeno, jak se doma připravovala na porod s Aniball a dodává: „*Asi proto pan doktor nechtěl udělat nástřih a řekl, že když jsem poctivě denně cvičila, tak to zkusíme bez nástřihu a vyšlo to, měla jsem jen 2 stehy na malou trhlinu.*“ Informantka R9 uvedla, že jí začala odtékat plodová voda při cestě na pravidelnou kontrolu v těhotenství. Poté nastoupily pravidelné kontrakce a žena do 3 hodin porodila. Informantka navíc dodává: „*Naštěstí jsem měla i přes takto rychlý porod jen 2 stehy na drobná poranění a doktorka, která mě rodila, mi potvrdila, že můj hezký a rychlý porod byl zásluhou cvičení s Aniballem.*“ Informantka R10 uvedla, že její porod probíhal bez problémů a za 8 hodin porodila jen s menším poraněním bez nutnosti sutury. Upřesňuje: „*Dost mě to překvapilo, že nedošlo k většímu poranění, protože syn vážil skoro 4 kila.*“

Podkategorie – Další těhotenství

Podkategorie popisuje, zdali by informantky balonek doporučily dalším ženám nebo by ho ony samy v případě dalšího těhotenství používaly.

Informantky R1, R5, R6, R10 v dalším těhotenství s VDB cvičit již neplánují. Informantka R1 dodala: „*Myslím si, že je zásadní cvičit hlavně před prvním porodem, pak už to podle mě takový význam nemá.*“ Informantka R5 uvedla, že na používání Aniball nemá špatný názor, ale kvůli nepříjemným pocitům při cvičení ho již příště používat neplánuje. Informantka R6 uvedla, jak ji překvapují mýty, které se vedou mezi lidmi i mezi zdravotníky ohledně VDB. A dodala: „*Když jsem se bavila o balonku s pediatrem, tak ten si myslí, že balonek způsobuje ženám následně inkontinenci, protože to moc povoluje pánevní dno, i když to dělá právě přesný opak. A někteří lidé se dokonce domnívají, že jde o erotickou pomůcku.*“ Informantky R2, R3, R4, R7, R8, R9 plánují i v dalším těhotenství s VDB opět cvičit.

4.3 Identifikační údaje porodních asistentek pracujících na Gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnicích v Jihočeském kraji

Polostrukturované rozhovory byly vedeny s porodními asistentkami pracujícími na Gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnicích v Jihočeském kraji ve věku 27 až 50 let. V Tabulce 3 jsou uvedeny základní identifikační údaje informantek, jako je věk, vzdělání, získané tituly, délka praxe na porodním sále a celková délka praxe ve zdravotnictví.

Tabulka 3 - Identifikační údaje porodních asistentek pracujících na Gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnicích v Jihočeském kraji

Porodní asistentka	Věk	Vzdělání	Titul	Délka praxe na porodním sále	Délka praxe celkem ve zdravotnictví
PA1	27	VŠ	Bc.	3	3
PA2	33	VŠ	Bc.	3	12
PA3	35	VŠ	Bc.	6	6
PA4	50	VŠ	DiS., Bc., Mgr.	12	26
PA5	28	VŠ	Bc.	2	2
PA6	33	VŠ	Mgr.	10	10

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Porodní asistentce PA1 je 27 let. Ve zdravotnictví jako porodní asistentka pracuje 3 roky na porodním sále v nemocnici v Jihočeském kraji.

Porodní asistentce PA2 je 33 let a jako porodní asistentka byla zaměstnána 3 roky na porodním sále v nemocnici v Jihočeském kraji. Celkem má 12 let praxe ve zdravotnictví. Nyní je na rodičovské dovolené a vede soukromé kurzy pro těhotné ženy.

Porodní asistentce PA3 je 35 let. Jako porodní asistentka pracuje 6 let na porodním sále v nemocnici v Jihočeském kraji.

Porodní asistentce PA4 je 50 let. Jako porodní asistentka pracuje 12 let na porodním sále v nemocnici v Jihočeském kraji. Celkem má 26 let praxe ve zdravotnictví. Zároveň je 8 let komunitní porodní asistentka.

Porodní asistentce PA5 je 28 let a jako porodní asistentka pracuje 2 roky na porodním sále v Jihočeském kraji.

Porodní asistentce PA6 je 33 let a jako porodní asistentka pracuje 10 let na porodním sále v nemocnici v Jihočeském kraji.

4.4 Kategorizace dat porodních asistentek pracujících na Gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnicích v Jihočeském kraji

Na základě analýzy získaných dat byla stanovena jedna hlavní kategorie a k ní 2 podkategorie. Výsledky každé podkategorie jsou doplněné o přímé citace porodních asistentek. Cílem analýzy dat bylo zjistit názory PA na používání VDB Epi-no (Aniball).

Tabulka 4 - Seznam kategorií a podkategorií výzkumu

Kategorie	Podkategorie
Názory PA	Užití Epi-no (Aniball)
	Vliv Epi-no (Aniball) na průběh porodu

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Kategorie – Názory PA

Kategorie zahrnuje 2 podkategorie, které popisují, jaký mají porodní asistentky názor na používání VDB u těhotných žen a názor porodních asistentek na vliv VDB na průběh porodu.

Podkategorie – Užití Epi-no (Aniball)

Tato podkategorie se zabývá názory porodních asistentek na používání VDB u těhotných žen.

Porodní asistentka PA1 při rozhovoru uvedla, že souhlasí s používáním VDB před porodem pouze v případě, když je těhotná žena přesvědčena o tom, že jí balonek pomůže snížit riziko porodního poranění. Dále uvedla, že jí přijde VDB jako vhodná pomůcka pro těhotné ženy, se kterou se mohou naučit ovládat pánevní svaly. Podle PA1 některé ženy díky cvičení mohou získat sebevědomí, že porod lépe zvládnou. Porodní asistentka PA2 při rozhovoru popsala, že cvičení s Aniball nebo Epi-no velmi doporučuje, ale dodává, že je důležité posoudit každou těhotnou ženu individuálně, jak její pocity, tak její průběh těhotenství. Zdůrazňuje, že cvičení s VDB není vhodné určitě pro všechny těhotné ženy. Porodní asistentka PA3 uvedla, že je balonek vhodné začít používat až po konzultaci se svým gynekologem. Dále dodává: „*Balonek nemusí vyhovovat každé mamince, ale pokud s ním žena cvičí a nejde přes bolest, má z cvičení dobrý pocit, může jí jeho používání pomoci nejen jako prevence poranění, ale může jí pomoci naučit, jak zapojit břišní lis, aby své miminko později vytlačila.*“ A ještě dodává, jak je podle ní důležité po porodu posílit svaly pánevního dna, které bývají vlivem porodu oslabené. Porodní asistentka PA3 ženám po porodu doporučuje, ať se objednají

k fyzioterapeutovi, protože pánevní dno tím, že není vidět, tak je často opomíjeno. Porodní asistentka PA4 se domnívá, že je Aniball a Epi-no skvělý pomocník před porodem. Na svých předporodních kurzech pomůcky ženám doporučuje a zároveň jim vysvětluje, jak se s balonkem zachází. PA4 dodala: „*Ale i když cvičení s Aniballem v rámci prevence poranění ženám doporučuji, balonky nejsou na trhu ještě tak dlouho, abychom věděly, co to bude dělat třeba za 20 let, aby ženy netrpěly z důvodu cvičení na sestupy dělohy.*“ Porodní asistentka PA5 uvedla, že podle ní se nejedná o příliš účinnou metodu prevence porodního poranění. Popisuje: „*Balonek je dobrý na zjištění, jaký to bude asi pocit, když se miminko tlačí ven, nebo na necitění svalů, které jsou potřeba k vypuzování plodu, tím myslím, kde a jak tlačit.*“ A dále uvedla, že není žádoucí nafukovat balonek do větších rozměrů, či dokonce do rozměrů hlavičky dítěte, jelikož porodní cesty nejsou ještě připravené a mohlo by dojít k poranění ještě před samotným porodem. Porodní asistentka PA6 uvedla, že ve zdravotnickém zařízení, kde pracuje, se z průměrného počtu 200 porodů za měsíc objeví jen minimální část rodiček, které by v rámci prevence porodního poranění použily VDB. Podle PA5 balonky připravují ženy spíše po psychické stránce, ale i tento benefit hodnotí pozitivně a všimá si, že rodičky jsou při porodu o něco klidnější.

Podkategorie – Vliv Epi-no (Aniball) na průběh porodu

Tato podkategorie se zabývá názorem porodních asistentek na vliv VDB na průběh porodu.

Porodní asistentka PA1 nedokáže kvůli své krátké praxi na porodním sále ještě s jistotou říct, zda opravdu dojde díky cvičení ke zkrácení některé doby porodní, ale výhodu cvičení vidí v tom, že ženy při porodu bývají sebevědomější. Nicméně dodává, že podle ní není mnoho žen, které by s VDB cvičily. Také uvedla, že podle ní, i když žena cvičení s VDB věří, pravidelně cvičí, tak nemá záruku, že porodí bez poranění, záleží také na spoustě jiných faktorů. Porodní asistentka PA2 uvedla, že ona vidí efekt ve zkrácení II. doby porodní, protože rodička z domácího tréninku ví, jak má tlačit, a není tolik překvapená intenzitou tlaku na hráz. Na porodním sále se s ženami obou skupin setkávala a z jejího pohledu byl mezi nimi výrazný rozdíl. Pokud ženy doma cvičily, byla s nimi jednodušší komunikace a byly klidnější než ženy, které s balonkem necvičily. Dále porodní asistentka PA2 uvedla, že pozoruje díky cvičení nižší výskyt epiziotomií, a právě proto ho ženám doporučuje. Porodní asistentka PA3 se domnívá, že používání VDB může snižovat pravděpodobnost vzniku porodního

poranění a dále dodává: *„Ale ne každá maminka, která balonek používá, porodí bez epiziotomie nebo jiných poranění, každá žena je individuální a při porodu záleží i na výšce a pružnosti hráze, rozvutí hráze a jiných okolnostech, třeba i na váze miminka.“* Dále uvedla, že dle jejího názoru většinou maminky, které používaly Aniball, umí lépe zatlačit při porodu do konečníku, jelikož doma trénovaly, jak na to. Porodní asistentka PA4 uvedla, že při její práci na porodním sále se již mnohokrát setkala s nuliparou, která v těhotenství používala VDB a poté porodila bez epiziotomie či jiného porodního poranění. A dále uvedla, že podle ní se dá díky používání VDB zkrátit II. doba porodní, a troufne si říct, že se může zkrátit i I. doba porodní díky lepší psychické přípravě. Porodní asistentka PA4 uvedla, že pozoruje u žen po cvičení s VDB snazší porod. Navíc dodala: *„Při cvičení s Aniballem nezáleží až tak na nacvičených centimetrech. Aniball je podle mě dobrá pomůcka, když se s ní pracuje chytře a využije se její komplexní přínos, jak na tělo, psychiku a vnímání.“* Porodní asistentka PA5 uvedla, že podle jejího názoru nevidí žádnou přímou spojitost v používání Aniball a sníženým počtem porodních poranění. Dále dodává, že podle ní by bylo vhodné, kdyby prevence porodních poranění obsahovala celý soubor technik, a to nahřívání, masáže hráze, pití bylinných čajů, využívání bylinné napáěrky a konzultaci s fyzioterapeutem ohledně posílení pánevního dna. Porodní asistentka PA5 uvedla, že každý porod je individuální, a proto dle jejího názoru nelze určit, která žena porodila rychleji jen díky tomu, že používala Aniball. Podle PA5 je důležité dát tělu čas, klid, naladit se na porod, protože psychika hraje velikou roli. Při cvičení s VDB jde podle porodní asistentky PA5 spíš o psychologický efekt. Porodní asistentka PA6 uvedla, že neví, zda by délku porodní doby ovlivňovala příprava s Aniball, ale každopádně po psychické stránce a v II. době porodní je žena připravená na fázi tlačení lépe. A navíc dodává: *„Když rodička doma cvičí s balonkem, tak nám to většinou hned sama hlásí, takže dokáží říct, že u nich bývá poranění menší, a ví, jak správně tlačit hned od začátku, protože je žena lépe připravená.“*

5 Diskuze

Porod je fyziologický děj, při kterém je zapotřebí počítat s výskytem eventuálních porodních poranění (Moravcová, 2020). Poranění různého druhu se mohou vyskytovat v průběhu celého porodního kanálu, na vnitřních i zevních rodidlech a přilehlých orgánech, jako je například močový měchýř, pánevní pletenec či konečník (Roztočil et al., 2017). Těhotné ženy mohou v předporodním období provádět masáže hráze nebo používat pomůcky sloužící ke zlepšení elasticity hráze a cvičení svalstva pánevního dna (Doubek, 2021). Aby byla zvolená metoda dobře využita, je důležité edukovat ženu o možnostech prevence porodního poranění již v rámci prenatální poradny (Wilhelmová, 2021). Faktory, které nelze v rámci prevence jednoznačně ovlivnit, je stavba hráze, spolupráce rodičky či velikost plodu (Doubek, 2021).

První výzkumná otázka zjišťovala zkušenosti žen s používáním Epi-no (Aniball) v rámci prevence porodního poranění. Zajímalo nás, kde informantky získaly informace o možnostech cvičení s vaginálními dilatačními balonky. Informantky R1, R6, R9, R0 se o balonku dozvěděly od ostatních žen nebo kamarádek z jejich okolí. Informantky R2, R3 se o balonku dozvěděly z předporodních kurzů. Dle Rušavého et al., (2018) se na internetu nachází nerecenzované zdroje, kde si mnoho žen přečte informace nepodložené a zavádějící. Porodní asistentky, které pořádají kurzy, podávají ověřené informace a edukují ženy o metodách prevence, jako jsou například masáž hráze či cvičení pánevního dna. Myslíme si, že je důležité, aby se zdravotničtí pracovníci neustále vzdělávali, a mohli tak předávat ženám stále aktuální informace. Podporu kvalifikačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků uvádí i Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (Databáze strategie, © 2022). Informantky R4, R7, R8 se o VDB dozvěděly z příspěvku o Aniballu na internetu, když si hledaly informace k porodu. Informantka R5 získala edukační materiály k VDB během výkonu svého zaměstnání ve zdravotnictví. Pouze informantku R6 edukovala o Aniballu porodní asistentka v ordinaci gynekologa.

Z výzkumu vyplynulo, že ženy získávají informace o prevenci porodního poranění na předporodních kurzech, v ordinacích obvodních gynekologů, na internetu nebo si informace předávají mezi sebou. V rámci předporodních kurzů by těhotné ženy jistě ocenily například videoprojekci edukačních videí ze stránek Aniball pro správné pochopení práce s VDB. Další možností edukace žen o VDB, by byly návštěvy komunitních PA v soukromí těhotných žen, kde by došlo k nácviku práce s VDB pod

odborným dohledem porodní asistentky. Edukace žen nenavštěvujících předporodní kurzy by měla proběhnout během těhotenských poraden. Informace o VDB může ženám předat gynekolog, nebo porodní asistentka.

Výrobce Aniball doporučuje začít s balonkem cvičit nejdříve od ukončeného 36. týdne těhotenství (Aniball, © 2021a). Žádná z informantek dříve cvičit nezačala. Informantky R1, R3, R4, R5, R6, R8 začaly s VDB cvičit od ukončeného 37. týdne těhotenství a informantky R2, R7, R9, R10 od ukončeného 36. týdne těhotenství. Dle výrobce zdravotnické pomůcky Aniball je optimální cvičit 15 minut 1x denně, aby došlo ke snížení rizika spontánního poranění a nástřihu hráze (Aniball, © 2021a). Samková (2020) toto tvrzení ze své zkušenosti z praxe jen potvrzuje. Informantky R1, R2, R3, R5, R6, R7, R9 v rozhovorech uvedly, že cvičily 1x denně až do porodu. Informantky R4, R8 cvičily 1x denně prvních 14 dní a poté do porodu už jen ob den. Informantka R10 cvičila 1x denně jen první dva týdny a potom kvůli nepříjemným pocitům tlaku balonku v pochvě při cvičení úplně s cvičením přestala.

V další části rozhovoru jsme se ptaly žen, zdali ví, jak s VDB manipulovat. Informantka R1 by uvítala více informací o tom, jak s balonkem pracovat. Balonek si koupila od kamarádky a součástí balení již nebyl návod k pomůcce. Na internetu lze často dohledat pře prodej použitých balonků Aniball, kupujícím ženám překvapivě nevádí zavádět již používaný balonek. Myslíme si, že to je hlavně z finančního důvodu. V takovýchto případech by mělo být samozřejmostí důkladné omytí a dezinfekce balonku, aby se předešlo zanesení infekce do pochvy. Pro prevenci přenosu infekce mohou ženy nasadit na balonek prezervativ na Aniball, který lze zakoupit přímo na stránkách výrobce balonku (Aniball, © 2021d). Informantky R2, R3, R4, R5, R6 věděly, jak balonek použít z návodu nebo od jiných žen. Informantka R7 cvičila s balonkem intuitivně, přišlo jí to zcela přirozené. Informantky R8, R9, R10 měly s manipulací s VDB problémy. Informantka R8 uvedla, že měla pochybnosti, zda při cvičení správně dýchá. Informantka R9 dodala, že na začátku cvičení nevěděla, jak balonek správně zavádět do pochvy, a jelikož se nejednalo o zdravotní problém, nenapadlo ji kontaktovat svoji gynekoložku nebo porodní asistentku v ordinaci. Poradila se tedy s kamarádkou, se kterou se jí problém podařilo vyřešit.

Přestože není obvod balonku při cvičení tím nejdůležitějším, informantky bez vyzvání uvedly, na kolik centimetrů balonek nafoukly. Tento údaj bývá častým tématem žen na

internetových diskuzích. Na stránkách Anniball je uvedeno, že pro efektivní prevenci porodního poranění hráze je dostačující dosáhnout obvodu balonku 25 cm a nedoporučují tento obvod překračovat, aby nedošlo k poranění. (Aniball, © 2021b). Informantka R1, R5, R10 dokázala balonek nafouknout při cvičení na obvod 24 cm. Informantky R2, R3 se cvičením dostaly na obvod 22 cm. Informantky R4, R6, R7, R8 cvičily s obvodem 31 cm. Informantka R6 dodává: „*Nesnažila jsem se z toho cvičení dělat spartakiádu a spíš jsem se zaměřila na techniku než na výkon. Přišlo mi důležité se soustředit, v jaké poloze je mi vytlačování příjemné a v které poloze ne.*“ Informantka R6 ještě uvedla, že i když si uvědomovala, že nejde o soutěž, kdo nacvičí s balonkem víc centimetrů, tak jí přesto znervózňovaly ostatní ženy v internetových diskuzích, kolik centimetrů už zvládly a ona ještě ne. Informantka R9 nejvíce balonek nafoukla při cvičení na 28 cm.

Samo o sobě těhotenství, porod a poporodní období jsou pro ženu a její tělo náročné. Žena má na začátku nadměrná očekávání, chce být bezchybná ve všech svých nových rolích (Skutilová, 2016). Žena se snaží sžít s novou situací a tato přechodná fáze může vést k pocitům nostalgie, úzkosti, ale také strachu (Bašková, 2015). Proto informantky volily různé metody prevence porodního poranění, aby se na porod připravily a nebyly tolik ve stresu z nadcházejícího porodu. Zaměřily jsme se na to, jak se informantky v těhotenství a před porodem díky cvičení cítily. Informantka R1 se cítila při cvičení dobře, jen se jí do toho někdy nechtělo, jelikož jí po jídle tlačilo větší těhotenské břicho. Informantky R2, R6 se při cvičení styděly, když byl přítomen zrovna jejich partner, který jim musel s cvičením pomáhat. Informantka R3 měla při cvičení pocity strachu kvůli tomu, aby dokázala balonek dostat bezpečně ven z pochvy. Informantky R4, R5, R10 uvedly, že se necítily při cvičení komfortně, jelikož je balonek tlačil uvnitř pochvy. Informantky R7, R9 uvedly, že byly na začátku cvičení nervózní z toho, jak moc mají balonek nafouknout před zavedením, jinak s cvičením žádné velké obtíže neměly. Informantka R8 byla před prvním cvičením s balonkem nervózní kvůli problémům s hemoroidy, a tak si udělala příjemnou atmosféru, kdy zapálila svíčky a pustila meditační hudbu. I přes občasné problémy brala informantka cvičení jako něco, co jí může pomoci.

Informantky sdělily, že těsně před porodem se díky cvičení s balonkem cítily převážně pozitivně. Informantky R1, R2, R3 byly po psychické stránce díky cvičení s balonkem klidnější. Informantky R3, R6, R7, R8, R9, R10 našly díky cvičení vhodnou polohu

na tlačení, a to byla poloha vpolosedě. Informantky R1, R2, R3, R7, R8, R9 se díky cvičení s balonkem cítily před porodem jistější. Před porodem je důležitá psychická příprava. Je dobré, aby těhotná žena o nastávajícím porodu mluvila a udělala si o něm představu. Díky tomu bude věřit v samu sebe, že porod zvládne a může tím dojít i k ovlivnění vnímání porodní bolesti (Bašková, 2015). Naopak informantka R4 uvedla: „*Před porodem jsem byla spíš ve stresu, zda je nácvik s balonkem dostatečný a zda to bude mít nějaký vliv při porodu.*“ Informantka R5 uvedla, že i když cvičila jen 14 dní, tak balonek splnil její očekávání a měla před porodem dobrý pocit. Informantka R6 uvedla, že díky balonku více vnímala své tělo a soustředila se na něj. Informantka R7 se díky balonku cítila před porodem dokonce bezpečněji. Informantka R9 byla vděčná, že si i přes počáteční váhání balonek pořídila.

Zajímal nás průběh porodu informantek a s tím související případné porodní poranění. Některé faktory rizika porodního poranění nelze ovlivnit, a to věk ženy, vysokou hráz, či jizvy. Dále pak faktory na straně plodu, a to velikost, deflexní polohy, porodní mechanismus. Riziko také představuje průběh porodu, při kterém je nedostatečně chráněná hráz či případný překotný porod. (Roztočil et al., 2017). Wilhelmová (2021) potvrzuje důležitost aktivního chránění hráze při porodu, která se nazývá hands on, a dodává, že důležitou roli hraje také komunikace s ženou při tlačení a výběr vhodné polohy, při které porodní asistentka dominantní rukou chrání hráz. Výsledky výzkumu ukazují, že informantky R1, R4, R6 neměly žádné porodní poranění. Informantka R1 porodila za 6 hodin bez poranění. Informantky R2, R10 měly malé porodní poranění bez nutnosti sutury. Informantka R2 porodila za 13 hodin bez epiziotomie, při porodu došlo jen k drobné laceraci bez nutnosti sutury. Informantky R3, R5 měly obě provedenou malou epiziotomii. Informantka R3 uvedla, že porodila za 9 hodin za podání oxytocinu, i když s malou epiziotomií. Informantka R4 porodila také za 9 hodin s podáním oxytocinu, ale překvapilo ji, když jí porodní asistentka při porodu pomáhala zatlačením na břicho. Porod se obešel bez porodního poranění. Kristellerova exprese by se v dnešní době neměla již na porodním sále vyskytovat, jde o náhradu nedostačujícího břišního lisu a děložních kontrakcí matky ve II. době porodní, kdy se tlakem na břišní fundus napomáhá vytlačení plodu z porodních cest (Roztočil et al., 2017). Informantka R5 porodila za 6 hodin s malou epiziotomií. Přestože balonek používala krátce, věděla díky němu, jak zapojit při tlačení břišní lis. Informantka R6 si přála porodit přirozeně, bez léků. Jak sama říká: „Porod postupoval dobře, tak jsem tomu dala čas, nezasahovala

léky a nakonec jsem byla zcela bez poranění.“ Informantkám R7, R8, R9 nebyla provedena epiziotomie, ale měly jen malé porodní poranění, na které stačily 2 stehy. Informantka R7 uvedla, že její porod byl indukovaný a po provedení dirupce vaku blan porodila do 9 hodin bez epiziotomie, pouze s mírnou suturou. Informantka dodala: „*I paní doktorka se mě po porodu ptala, jestli jsem náhodou necvičila s balonkem, že jsem byla na prvorodičku šikovná.*“ Informantka R8 porodila po spontánním odtoku plodové vody a díky porodnímu plánu, kde zmiňovala cvičení s Aniball, lékař neprovedl epiziotomie. Informantka měla jen mírnou laceraci na 2 stehy. Informantka R9 porodila již za 3 hodiny po spontánním odtoku plodové vody, a i přes rychlý porod byla bez epiziotomie. Informantka R10 uvedla, že její porod probíhal bez problémů a za 8 hodin porodila jen s menším poraněním bez nutnosti sutury. Upřesňuje: „*Dost mě to překvapilo, že nedošlo k většímu poranění, protože syn vážil skoro 4 kila.*“ U porodů informantek nedošlo k závažnému porodnímu poranění. Vyskytly se však drobné lacerace a epiziotomie. I přes vzniklá porodní poranění byly informantky za cvičení s VDB vděčné. Díky zkušenostem z cvičení se cítily při porodu sebejisté.

Během rozhovoru informantky R1, R5, R6, R10 sdělily, že v dalším těhotenství s VDB již cvičit neplánují, jelikož při cvičení pociťovaly nekomfortní tlak balonku v pochvě, který je od další práce odrazuje, a domnívají se, že zásadní je cvičit hlavně před prvním porodem, pak už cvičení takový význam podle nich nemá. Oproti tomu výrobce Aniball doporučuje v případě, že došlo při prvním porodu k poranění, používat balonek právě v druhém těhotenství. Cvičení je dle výrobce prospěšné z důvodu zlepšení kvality traumatizované tkáně (Aniball, © 2021a). Ostatní informantky R2, R3, R4, R7, R8, R9 plánují i v dalším těhotenství s VDB opět cvičit.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala názory porodních asistentek na používání balonku Epi-no (Aniball). Druhý výzkumný soubor jsme zvolily z toho důvodu, že porodní asistentky jsou v kontaktu s těhotnými ženami, které navštěvují těhotenské poradny a mají jedinečnou příležitost edukovat ženy od začátku těhotenství o možnostech prevence porodního poranění. Porodní asistentka může dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. diagnostikovat těhotenství, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, poskytovat informace ohledně životosprávy v těhotenství, o kojení, o přípravě na porod a o ošetření novorozence. Kromě toho poskytuje porodní asistentka rady v otázkách sociálně právních ve spolupráci s odpovědnými orgány (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Porodních asistentek jsme se ptaly na jejich zkušenosti s VDB. Informantka PA1 není proti používání VDB, pokud tomu žena věří. S tímto názorem se ztotožňuje také informantka PA4, která navíc dodává, že se do budoucna neví, zda cvičení s Epi-no (Aniball) nebude mít vliv například na sestup dělohy. Naproti tomu informantka PA2 zmiňuje, že Epi-no (Aniball) velmi doporučuje, přičemž je podle ní důležité posoudit celkový stav ženy i průběh jejího těhotenství. Informantka PA3 popisuje vše již zmíněné a navíc dodává, že podle ní je vhodné nejprve se o používání VDB poradit se svým gynekologem. To zmiňuje také Samková (2020), která navíc dodává i možné konzultace s porodní asistentkou. Informantka PA3 dále uvádí, že pro ženu může mít Aniball nejen pozitivní vliv v tom, že nemusí dojít k porodnímu poranění, ale také se může během jeho používání naučit zapojovat břišní lis, který je důležitou porodní silou. Bohatá a Dostálek (2016) hovoří o tom, že při pravidelném cvičení s balonkem jsou navíc ženy schopné při samotném porodu lépe a efektivně tlačit. Informantka PA5 se na rozdíl od ostatních informantek lišila. Informantka PA5 není přesvědčena o účinnosti VDB. Důrazně ženám nedoporučuje nafukovat balonek do větších rozměrů, aby nevzniklo poranění před porodem, kdy nejsou porodní cesty na porod připravené. Zároveň se ale shodují s informantkou PA3, myslí si, že balonek naučí ženy poznat ještě před porodem pocit na tlačení a naučit ženy tlačit jako při porodu. Před porodem se porodní cesty a hráz postupně a jemně natahují a žena se vytlačením balonku z pochvy připravuje na pocit, se kterým se setká během porodu (Epi-no, 2021a). Informantka PA3 se dále domnívá, že používání VDB může snižovat pravděpodobnost vzniku porodního poranění a dále dodává: *„Ale ne každá maminka, která balonek používá, porodí bez epiziotomie nebo jiných poranění, každá žena je individuální a při porodu záleží i na výšce a pružnosti hráze, rozvinutí hráze a jiných okolnostech, třeba i na váze miminka.“* Informantka PA6 udává velmi malé množství žen, které do porodnice přicházejí připravené na porod za pomoci Epi-no (Aniball). Metody prevence porodního poranění využívají ženy relativně zřídka (Veverková et al., 2017). Dále se informantky PA1 a PA6 shodují, že VDB mohou ženám pomoci především po psychické stránce.

Informantka PA1 nedokáže kvůli krátké praxi na porodním sále posoudit, jaký vliv má VDB na fyzickou stránku žen a lepší průběh porodu. Během své praxe se setkala jen s několika ženami, které tuto metodu během těhotenství využívaly. Tyto ženy byly však během porodu sebevědomější a sebejistější. Informantka PA4 u žen cvičících s VDB pozoruje snazší porod. Nejdůležitější je pracovat s pomůckou chytře a využít její

komplexní přínos na tělo, psychiku a vnímání. Informantka PA2 ve své praxi pozoruje, že díky používání VDB dochází ke zkrácení II. doby porodní. Ženy již z domácího tréninku ví, jak mají tlačit, a nejsou překvapené z intenzity tlaku na hráz. Informantka PA5 uvedla možnost porodu bez poranění, i když ženy s Aniballem necvičí. Lze toho dosáhnout za pomoci dostatku času, klidu při porodu, využití vaginální napáčky, teplých obkladů a všeho, co dělá ženě dobře, protože psychika je při porodu velice důležitá. Názor informantky sdílí i Bašková (2015), která uvedla, že správná příprava na porod pod vedením porodní asistentky a příprava těhotné ženy po stránce fyzické i psychické je předpokladem pro dobře probíhající porod a narození dítěte.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala zkušenostmi těhotných žen s vaginálním dilatačním balonkem značky Epi-no (Aniball) a dále uváděla názory porodních asistentek na VDB Epi-no (Aniball). V teoretické části práce byl popsán porod, porodní poranění, epiziotomie a prevence porodního poranění. Pro dosažení cílů bylo využito kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaných rozhovorů. Byly určeny dva výzkumné vzorky. První výzkumný vzorek tvořily ženy po porodu z Jihočeského kraje, které využívaly v těhotenství VDB. Druhý výzkumný vzorek byly porodní asistentky, které měly s VDB zkušenosti z praxe.

První výzkumná otázka zjišťovala, jaké zkušenosti mají ženy s používáním balonku Epi-no (Aniball) v prevenci porodního poranění. Z výzkumu vyplynulo, že některé informantky neveděly, jak mají s VDB manipulovat. Na druhou stranu jim cvičení s balonkem pomohlo najít vhodnou polohu při tlačení a ujasnit si, jak správně tlačit díky břišnímu lisu. Tento celkový nácvik dodal informantkám potřebné sebevědomí a pocit bezpečí, že porod zvládnou. Z práce dále vyplývá, že po používání VDB v těhotenství nedošlo u žádné informantky k závažnému porodnímu poranění. Objevily se pouze drobné lacerace a epiziotomie. I přes vzniklá porodní poranění byly informantky za cvičení s VDB vděčné.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaké názory mají porodní asistentky na používání balonku Epi-no (Aniball). Z výzkumu vyplynulo, že všechny informantky druhého výzkumného vzorku využívání VDB doporučují a je podle nich používání VDB před porodem pro ženu užitečné. Těhotné ženy jsou na porodním boxu klidnější, jelikož věří, že se na porod připravovaly. Porodní asistentky také uvedly efekt cvičení na zkrácení II. doby porodní a v některých případech i na snížení množství a rozsahu porodních poranění. Kladně hodnotí i psychologický efekt.

Získané poznatky při zpracování bakalářské práce mohou pomoci v kurzech předporodní přípravy.

7 Seznam použité literatury

1. Aniball: *Proč používat Aniball.*, © 2021a. [online]. [cit. 2021-12-01]. Dostupné z: <https://1url.cz/gK6u4>
2. Aniball: *Návod na použití Aniball.*, © 2021b. [online]. [cit. 2021-12-01]. Dostupné z: <https://1url.cz/1K6uh>
3. Aniball: *Masáž hráze.*, © 2021c. [online]. [cit. 2022-03-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/hK6uC>
4. Aniball: *Obchod.*, © 2021d. [online]. [cit. 2022-05-29]. Dostupné z: <https://1url.cz/yrHiW>
5. BARJON, K., MAHDY, H., 2021. *Episiotomy.* [databáze]. StatPearls Publishing LLC., [online]. [cit. 2021-12-12]. PMID: 31536281. Available from: <https://1url.cz/iK6uU>
6. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5361-4.
7. BINDER, T., 2011. *Porodnictví.* Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-285-47.
8. BOHATÁ, P., DOSTÁLEK, L., 2016. *Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu.* [online]. [cit. 2021-12-01]. Česká gynekologie, 81 (3). 192-201. Dostupné z: <https://1url.cz/QK6uf>
9. BORRUTO, F., COMPARETTO, C., 2016. *Episiotomy: a too often unnecessary and harmful practice.* [databáze]. MOJ Women's Health., [online]. 2 (1), 25-26. [cit. 2022-03-05]. DOI: 10.15406/mojwh.2016.02.00020. Available from: <https://1url.cz/DK6uI>
10. BUBENÍKOVÁ, Š., KAŠOVÁ, L., et al., 2020. První doba porodní. In: PROCHÁZKA, M., et al., 2020. *Porodní asistence.* Praha: Maxdorf. Jessenius. s. 393–398. ISBN 978-80-7345-618-4.
11. ČERMÁKOVÁ, B., 2017. *K porodu bez obav.* Brno: Cpress. ISBN 978-80-265-0579-2.
12. Databáze strategií, © 2022. Ministerstvo Zdravotnictví. [cit. 2022-08-04]. Dostupné z: <https://1url.cz/OrHrX>
13. DELAHAYE, M., 2006. *Praktický průvodce těhotné ženy.* Praha: Portál. ISBN 80-7367-073-9.
14. DISMAN, M., 2021. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele.* Páté, nezměněné vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5053-1.

15. DOLEŽAL, A., et al., 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
16. DOUBEK, R., 2021. Porodní poranění a jeho ošetření. In: WILHELMOVÁ R. a kolektiv autorů, 2021. *Vybrané kapitoly porodní asistence I a II*. Brno: Masarykova Univerzita [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://1url.cz/DK6ug>
17. DUFKOVÁ, J., © 2022. *Porod*. [online]. Brno: Dugy. [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: <https://1url.cz/AK6uv>
18. EPI-NO: © 2021a. [online]. [cit. 2021-12-01]. Available from: <https://1url.cz/iK6uX>
19. EPI-NO: © 2021b. [online]. [cit. 2021-16-06]. Available from: <https://1url.cz/LrHr5>
20. FANČOVIČOVÁ, A., 2018. *Bylinná napárka v těhotenství a u porodu*. [online]. [cit. 2022-01-25]. Dostupné z: <https://1url.cz/BK6uO>
21. FODSTAD, K., 2016. Sexual function and PostPartum Health In Relation to Episiotomy and obstetric anal sphincter injury. [online]. [cit. 2022-03-07]. Available from: <https://1url.cz/sK6u5>
22. Fyzioklinika, © 2021. Fyzioklinika s.r.o. [online]. [cit. 2021-12-01]. Dostupné z: <https://1url.cz/drHrP>
23. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M., 2017. *Nová česká kniha těhotenství a mateřství*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5579-3.
24. GUNTEROVÁ J., 2022. *Bible vagíny*. Jan Melvil. ISBN 978-80-755-515-28.
25. HÁJEK, Z., et al., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
26. HANÁKOVÁ, Z., et. al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vyd. Brno: Cpress. ISBN 978-80-264-0755-3.
27. HANÁKOVÁ, A., 2021. *Repetitorium porodní asistence*. Praha: Grada. ISBN 978-80271-1242-5.
28. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
29. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0274-7.
30. CHRASTINA, J., 2019. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5373-6.

31. *International Childbirth Initiative (ICI)*, Mezinárodní iniciativa pro porod, © 2018. [online]. [cit. 2021-12-12]. Available from: <https://1url.cz/nrHrY>
32. KARBANOVÁ, J., et al., 2014. Clinical evaluation of peripartum outcomes of mediolateral versus lateral episiotomy [databáze]. *Gynecology Obstetrics*. 124 (1), 72-76. [cit. 2022-03-04]. DOI: 10.1016/j.ijgo.2013.07.011 Available from: <https://1url.cz/tK6uc>
33. KAŠOVÁ, L., JANOUŠKOVÁ, K., 2020. Druhá doba porodní. In: PROCHÁZKA, M., et al., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. s. 401-408. ISBN 978-80-7345-618-4.
34. KAŠOVÁ, L., JANOUŠKOVÁ, K., 2020. Třetí doba porodní. In: PROCHÁZKA, M., et al., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. s. 425-430. ISBN 978-80-7345-618-4.
35. KAŠOVÁ, L., WILHELMOVÁ, R., 2021. Čtvrtá doba porodní a časné poporodní období. In: WILHELMOVÁ R. a kolektiv autorů, 2021. *Vybrané kapitoly porodní asistence I a II*. Brno: Masarykova Univerzita [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://1url.cz/DK6ug>
36. KAVVADIAS T., et. al., 2016. The EpiNo® Device: Efficacy, Tolerability, and Impact on Pelvic Floor-Implications for Future Research. *Obstet Gynecol Int*. 2016; [cit. 2022-08-04]. DOI: 10.1155/2016/3818240. Epub 2016 Feb 14. Available from: <https://1url.cz/zrHuz>
37. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
38. LINCOVÁ, M., et al., 2019. *Porodní poranění análního sfinkteru – analýza vlastního souboru rodiček mezi lety 2015-2017*. Česká gynekologie [online]. Praha, 84 (1), 18-22 [cit. 2022-03-05]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://1url.cz/1K6CH>
39. MIGOTOVÁ, M., © 2021. [online]. [cit. 2021-12-01]. *Herbářka*. Dostupné z: <https://1url.cz/OK6un>
40. MORAVCOVÁ, M., 2020. Porodní poranění. In: PROCHÁZKA, M., et al., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. s. 439–449. ISBN 978-80-7345-618 -4.
41. MUHLEMAN, M. A., ISLAM, A., et al., 2017. To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an

- episiotomy [databáze]. *Clinical Anatomy*. 30 (3), 362-372. [cit. 2022-03-06]. DOI: 10.1002/ca.22836. Available from: <https://1url.cz/vK6u8>
42. PAŘÍZEK, A., 2015. *Knih o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-215-2.
43. PENKA, M. et al., 2014. *Krvácení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-068-94.
44. PROCHÁZKA et al., M., 2020. *Porodní asistence*. 2. doplněné vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.
45. PROCHÁZKA, M., PILKA, R., 2018. *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5322-4.
46. ROZTOČIL et al., A., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.
47. ROZTOČIL, A., et al., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2098-7.
48. RUŠAVÝ, Z., et al., 2011. *Audit perinea: důvody pro více než tisíc epiziotomií*. Česká Gynekologie. 76 (5): 378-85. Czech. [cit. 2021-12-12]. PMID: 22132640. Available from: <https://1url.cz/YrHu1>
49. RUŠAVÝ, Z., et al., 2017. *Biomechanické principy chránění hráze*. Plzeň: GPK FN Plzeň.
50. RUŠAVÝ, Z., 2018. *Primární prevence porodního poranění* [online]. Plzeň [cit. 2022-29-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/1rHuu>
51. SAMKOVÁ, A., 2020. *Vulvou porodní asistentky*. Albatros Media a.s. ISBN 978-80-264-3057-5.
52. SHIKHA, R., VERMA, M., et al., 2017. Risk Factors and Incidence of Puerperal Genital Haematomas [databáze]. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*. 11 (5), 1-3. [cit. 2022-03-02]. DOI: 10.7860/JCDR/2017/24060.9777. Available from: <https://1url.cz/FrHui>
53. SKUTILOVÁ, V., 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5469-7.
54. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.
55. ŠÁLKOVÁ, J., 2021. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0844-2.

56. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0644-6.
57. TAKÁCS, L., et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
58. UNIPA, © 2022. Unie porodních asistentek. *Základní kompetence porodní asistentky*. [online]. [cit. 2021-2-25]. Dostupné z: <https://1url.cz/SK61K>
59. VALOVÁ M., © 2017. [online]. [cit. 2021-12-01]. *Bylinná napárka*. Dostupné z: <https://1url.cz/BK61u>
60. VEVERKOVÁ, A. et al., 2017. Informovanost rodiček v oblasti primární a sekundární prevence poruch pánevního dna po porodu. *Česká gynekologie*. [online]. [cit. 2021-12-19]. 82 (4), 327-332 Dostupné z: <https://1url.cz/yK611>
61. VRLOVÁ L., © 2022. [online]. [cit. 2022-02-25]. *Kompetence porodních asistentek*. Dostupné z: <https://1url.cz/3K61e>
62. Vyhláška č. 55/2011 Sb., §5 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit. 2022-06-29]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://1url.cz/mM293>
63. WENDSCHE P., et al., 2018. *Úskalí a komplikace léčení zlomenin*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-393-7.
64. WHO recommendations, 2018. *Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. [online]. [cit. 2021-12-01]. Available from: <https://1url.cz/dK61W>
65. WHO, 2018. Doporučení světové zdravotnické organizace. *Péče v průběhu porodu pro pozitivní zkušenost*. Částečné zpracování překladu zpracováno UNIPA. [online]. [cit. 2021-12-01]. Dostupné z: <https://1url.cz/RK61Q>
66. WHO, 2019. World Health Organization: *New evidence shows significant mistreatment of women during childbirth.*, [online]. [cit. 2021-12-11]. Available from: <https://1url.cz/rK61i>
67. WIESNER, J., WERNER, K., 2017. Herbal medicinal products in pregnancy - which data are available? [databáze]. *Reproductive Toxicology*. 2017 (72), 142-152. [cit. 2022-03-08]. DOI: 10.1016/j.reprotox.2017.06.046. Available from: <https://1url.cz/OrHuo>
68. WILHELMOVÁ R., et al., 2021. *Vybrané kapitoly Porodní asistence*. Brno: Masarykova Univerzita [cit. 2021-02-26]. ISBN 978-80-210-8204-5. Dostupné z: <https://1url.cz/crHu7>

69. WILHELMOVÁ, R., KAŠOVÁ, L., 2021. Čtvrtá doba porodní a časné poporodní období. In: WILHELMOVÁ R. a kolektiv autorů, 2021. *Vybrané kapitoly porodní asistence I a II*. Brno: Masarykova Univerzita [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://1url.cz/DK6ug>
70. ZÁHUMENSKÝ, J., 2010. *Kvalita života žen v poporodním období*. Bratislava: ProLitera. ISBN 978-80-970253-1-1.
71. ZÁHUMENSKÝ, J., KALIŠ, V., 2013. Péče o ženy se závažným poraněním hráze doporučený postup. *Česká gynekologie*. Supplementum, s. 61. ISSN: 1210-7832.
72. ZIKÁN, M., © 2021. *Lékař: Osmdesát procent porodů zvládnou asistentky*. Univerzita Karlova. ISSN 1214-5726
73. ZILBERMAN, A., SHEINER, E., et al. 2019. Once episiotomy, always episiotomy [databáze]. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [online]. 300 (2), 121-124. [cit. 2021-03-03]. DOI: 10.1007/s00404-019-05143-7. Available from: <https://1url.cz/orHuH>

8 Přílohy

8.1 Seznam tabulek

Tabulka 1	Identifikační údaje žen, které v těhotenství cvičily s VDB
Tabulka 2	Seznam kategorií a podkategorií výzkumu
Tabulka 3	Identifikační údaje porodních asistentek pracujících na Gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnicích v Jihočeském kraji
Tabulka 4	Seznam kategorií a podkategorií výzkumu

8.2 Seznam příloh

Příloha 1 Aniball

Příloha 2 Aniball

Příloha 3 EPI-NO Delphine

Příloha 4 EPI-NO Delphine Plus

Příloha 5 Seznam otázek pro rozhovory se ženami, které cvičily v rámci předporodní přípravy s VDB Epi-no nebo Aniball

Příloha 6 Seznam otázek pro rozhovory s porodními asistentkami ohledně jejich názoru na VDB Epi-no nebo Aniball

Příloha 1 Aniball

Aniball se skládá z:

1. Balonek ze silikonu
2. Mechanická pumpička
3. Hadička
4. Spojovací redukce
5. Obousměrný ventil



Každý díl je důsledně testován na bezpečnost a funkčnost. **Výrobce splňuje požadavky normy ISO 13485.**

Zdroj: <https://www.aniball.cz/>

Příloha 2 Aniball



Zdroj: <https://www.aniball.cz/>

Příloha 3 EPI-NO Delphine

EPI-NO Delphine



Zdroj: <https://www.epino.de/produkte-epi-no.html>

Příloha 4 EPI-NO Delphine Plus

EPI-NO Delphine Plus



Zdroj: <https://www.epino.de/produkte-epi-no.html>

Příloha 5 Seznam otázek pro rozhovory se ženami, které cvičily v rámci předporodní přípravy s VDB Epi-no nebo Aniball

Identifikační otázky:

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. V kterém okrese bydlíte?
4. Po kolikáté jste rodila?

Zkušenosti žen s VDB:

5. Kde jste získala informace o VDB?
6. Jak jste se při cvičení s VDB cítila?
7. Jak se Vám s VDB pracovalo?
8. Jak probíhal Váš porod?

(Zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Příloha 6 Seznam otázek pro rozhovory s porodními asistentkami ohledně jejich názoru na VDB Epi-no (Aniball)

Identifikační otázky:

1. Kolik je Vám let?
2. Kolik let praxe máte v oboru jako porodní asistentka a kolik let praxe máte celkem ve zdravotnictví?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Ve kterém okrese pracujete?

Názory PA na VDB Epi-no (Aniball):

5. Jaký je Váš názor na používání VDB?

(Zdroj: vlastní výzkumné šetření)

9 Seznam zkratek

Bc. bakalářský titul

CTG kardiokografie

DiS. diplomovaný specialista

IA intermitentní auskultace

Ing. Inženýrský titul

PA porodní asistentka

R informantka

SŠ Střední škola

tzv. takzvaně

UDOP stetoskop Doppler

VDB vaginální dilatační balonky

VOŠ Vyšší odborná škola

VŠ Vysoká škola

WHO World Health Organization - Světová zdravotnická organizace