

# Historie přípravy těhotných k porodu

*Monika Kuželová*

Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET s.r.o., Praha

## 1. Úvod

Příprava těhotných k porodu vznikla jako metoda porodnické analgezie, jejím původním (a dlouho jediným) smyslem bylo snížit porodní bolesti. Vyvinula se z metody hypnosuggestivní, ze snah o vedení porodu v hypnóze – první zpráva je dokonce už z roku 1833 (tenkrát se tomu ještě říkalo magnetismus). Ve větším rozsahu zavedl hypnózu do porodnictví von Oettingen v Heidelbergu.

Němečtí autoři inspirovali leningradské psychiatry Platonova a Velvovského a od 20. let minulého století se objevují první sovětské publikace o využití hypnózy a sugesce v porodnictví. Z této metody se později vyvinula tzv. porodnická psychoprofylaxe, která se udržela dodnes; dnes se jí ovšem většinou říká Lamazova metoda.

Nezávisle na hypnosuggestivní metodě vznikla ve 30. létech koncepce přirozeného porodu, kterou vytvořil v Anglii Dick Read. Jeho metoda později víceméně splynula s porodnickou psychoprofylaxí, i když teoretická východiska jsou odlišná.

## 2. Přirozený porod (Readova metoda)

Dick Read publikoval svou metodu v roce 1933, proslavila ji kniha „Revelation of Childbirth“ publikovaná v roce 1942. Teoretickým základem byla triáda úzkost-napětí-bolest. Autor si představoval, že úzkost aktivuje sympatický nervový systém, což vede k napětí dolního děložního segmentu. Výsledkem je ischemie a výsledkem ischemie je bolest.

Z toho vyplývá praktický postup. Je třeba bojovat proti úzkosti a je třeba bojovat proti napětí. Úzkost se pokoušel snížit tím, že porodník tráví u rodičky maximum času, o kontrakcích nemluví jako o „bolestech“, ale jako o stazích, na sále nemají být nástroje apod. Napětí se snažil snížit nácvikem svalové relaxace. (Tím se mimochodem dostal velmi blízko k hypnosuggestivním metodám, které, jak vyplývá z jeho textů, neznal.)

Praktičtí Američané přípravu podle Dick Reada zjednodušili na nácvik tří základních cviků (podle Tuppera):

1. hluboké dýchání v první době porodní,
2. rychlé dýchání na konci I. doby porodní,
3. nácvik tlačení.

Po té, co vešla ve známost metoda porodnické psychoprofylaxe, začala Readova metoda přebírat některé její postupy a nakonec s ní splynula.

## 3. Porodnická psychoprofylaxe (Lamazova metoda)

Vznikla v Leningradu a za jejího zakladatele a hlavního představitele se pokládá psychiatr Velvovskij. Znamená vlastně aplikaci Pavlovovy fyziologie CNS na porodní děj. Příčina porodních

bolestí je podle toho buď v podmíněném reflexu nebo v negativních emocích nebo ve vztazích mezi procesy podráždění a útlumu v mozkové kůře.

Začátkem 50. let se metoda rozšířila po světě. Masově byla propagována nejen ve východním bloku, což nepřekvapuje (první česká publikace je už z roku 1950 od prof. Lukáše, přednosta tehdejší II. gynekologicko-porodnické kliniky v Praze, ale hlavní zásluhu na propagaci, rozpracování a rozšíření přípravy měl ředitel Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze doc. Vojta), ale i na Západě.

Už v roce 1951 navštívil SSSR francouzský porodník Lamaze, který se s metodou seznámil a zcela jí propadl. Po návratu do Francie pak publikoval knížku *Accouchement sans douleur*, která s porodnickou psychoprofylaxí seznámila západní porodnictví – odtud dnes obvyklý název Lamazova metoda.

### 3.1. Sovětská škola

Konkrétní postup vycházel z Instrukce ministerstva zdravotnictví SSSR z 13. února 1951. Přípravu tvoří šest sezení, každé se skládá ze tří částí:

- a. lékařské celkové a porodnické vyšetření,
- b. teoretický kurz a praktické cvičení,
- c. fixace naučeného opakováním ve stavu polospánku.

Příprava probíhá ve 36.–38. týdnu gravidity. První sezení je individuální (ostatní jsou skupinová), probírá se anamnéza. Druhé sezení obsahuje poučení o mechanismu porodu a potlačitelnosti porodní bolesti. Třetí a čtvrté sezení se věnuje první době porodní a cvikům proti bolesti: hluboké dýchání za kontrakce, změkčení břicha v rytmu dýchání, tlak prsty na spina iliaca anterior superior a vzadu dlaní na svaly Michaelisovy routy. Páté sezení se zabývá druhou dobou porodní a poslední je shrnutím.

Později byly vyvinuty některé modifikace. Zkrácená příprava se doporučovala pro rodičky, které nemohly projít normálním kurzem, vyučuje se dokonce až v první době porodní mezi kontrakcemi, hlavním cílem je potlačení strachu. Další modifikace se snažila kombinovat psychoprofylaxi s hypnosuggestivní metodou. Nejživotaschopnější se nakonec ukázala kombinace psychoprofylaxe s medikamentózní analgezií – už tehdy byl nejoblíbenější pethidin (tj. Dolsin).

### 3.2. Francouzská škola

Lamaze sám psychoprofylaktickou metodu do jisté míry modifikoval. Návik dýchání je jiný než u sovětské školy, užívá se dýchání povrchního, zrychleného, nebo vzdychavého. Místo „uvolněného klidu“, ve kterém jsou podmíněné reflexy upevněny mluveným slovem, se užívá „neuromuskulární výchovy“ (tj. relaxačních technik).

Lamazem se však vývoj francouzské školy nezastavil. Jeho žák Vellay spojil psychoprofylaxi s teoretickými předpoklady psychoanalýzy. Inspirován pracemi analytičky Deutschové zavrhl jakoukoli porodní medikaci, protože k vytvoření emočního vztahu matky a dítěte je nutné, aby matka prožila porod bez farmakologického ovlivnění (dokonce je to nutné i pro fyzické zdraví matky a dítěte, analgezie a medikace jsou nebezpečné).

Od Vellaye už vede přímá cesta k jeho žáku Leboyerovi. Ten je autorem tzv. něžného porodu (Leboyerova metoda). Autor předpokládá, že „standardní“ postupy nejsou nutné pro zvýšení fyziologické bezpečnosti porodu a že současně představují traumatizující atak na dítě v době, kdy jeho citlivost je nejzranitelnější – sám se ovšem nepokládá za porodníka, nýbrž za filozofa. Zásady Leboyerovy metody jsou známy: šero, ticho, dítě se po porodu položí na nahé břicho matky a je jemně masírováno, pupečník se nechá dotepat, poté se dítě položí do vody 38 °C teplé a nechá se tam po dobu 5 minut. Medikace je pochopitelně vyloučena.

Přímým Vellayovým žákem je pak dnes populární Odent, autor myšlenky porodu do vody.

## 4. Krize psychoprofylaktické přípravy těhotných

### 4.1. Zklamání z analgetického efektu

V 50. a 60. letech jsou gynekologické časopisy Východu i Západu zaplněny publikacemi o skvělém analgetickém účinku různých modifikací Lamazovy metody. Např. charkovská nemocnice v roce 1954 uvádí, že v 43,8 % neměly rodičky žádnou bolest, v 37,2 % snesitelnou bolest, v 13,5 % byl efekt jen dočasný a pouze v 5,5 % byl neúspěch. Lamaze své výsledky publikoval v roce 1955 – „výtečný“ efekt dosáhl v 18,4 %, velmi dobrý ve 22,6 %, dobrý ve 24,1 % atd. – úplný neúspěch byl v 4,7 %. Kvantita publikací byla až závratná, např. na I. světovém kongresu psychosomatické gynekologie a porodnictví byla přednesena jen jediná přednáška, která nesouvisela s přípravou těhotných. V roce 1960 Česká gynekologická a porodnická společnost uspořádala celostátní konferenci s tímto tématem atd.

Od 70. let ovšem nadšení pro psychoprofylaxi silně klesá. Ukazuje se, že analgetický účinek je nedostatečný a neuspokojivý. V ČSSR se příprava provádí stále formálněji až zůstává téměř jen kolonkou ve statistických hlášeních. Ale rozčarování panuje i ve světě.

### 4.2. Melzackovy práce

Koncem 70. let se začal porodní bolesti věnovat kanadský fyziolog Melzack, autor vrátkové teorie bolesti a v té době největší světová autorita v oblasti bolesti vůbec. K měření porodní bolesti použil svůj vlastní dotazník. Při tom zjistil, že porodní bolest patří k nejtěžším; ovšem rozdíly mezi jednotlivými ženami jsou velmi velké. U prvorodiček skórovalo v dolní třetině hodnot (lehká bolest) 9,2 % žen, ve střední třetině (střední nebo těžká bolest) 67,4 %, v poslední třetině (mimořádně těžká, nesnesitelná bolest) 23,4 %. (U multipar je bolest trochu nižší: 24,1 %, 64,8 %, 11,1 %.) Intenzita porodní bolesti je vyšší u žen s nižším socioekonomickým statutem, u žen mladších, vyšších a těžších, u žen trpících dysmenoreou a intezita bolestí je také vyšší v případech, kdy je u porodu přítomen manžel (to není překlep, tento výsledek byl potvrzen vícero autory).

Melzack studoval i analgetický efekt přípravy těhotných. Inu, u některých lektorů (ano, jen u některých, rozdíly ve výsledcích mezi lektory byly velké) zjistil signifikantní pokles intenzity porodní bolesti, u nejúspěšnějšího lektora o 30 %. Ovšem, i po tomto poklesu zůstala bolest velmi vysoká a potřeba epidurální analgezie zůstala stejná.

Ve svém zamyšlení nad psychoprofylaktickou přípravou přišel Melzack s myšlenkou, že ženu je nutno připravovat nejen na fyziologický porod, ale i na komplikace a operace, které mohou nastat. Ukázalo se totiž, že ženy připravené klasickým způsobem vstupují do porodu s nerealistickými

představami o tom, co je čeká, a důsledkem jsou i vážné psychologické komplikace, pocity selhání, viny a negativní pocity vůči sobě, porodu nebo personálu.

## 5. Současná koncepce přípravy těhotných

Z Melzackových myšlenek pak vyšla nová koncepce přípravy těhotných žen k porodu, která už nezdůrazňuje analgetický účinek, ale snaží se ženu připravit na reálný průběh porodu, včetně možnosti porodnických komplikací a operací.

### 5.1. Současný program přípravy těhotných

Současný tuzemský program předporodní přípravy těhotných vychází z koncepce, kterou vypracovala bývalí Psychosomatická sekce Gynekologické a porodnické společnosti v 80. letech – hlavní autorkou je Marie Pečená.

V tomto pojetí příprava zahrnuje 6 hodin:

- 1. hodina: cíl přípravy ženy k porodu, termín porodu, tělesné a psychické změny v těhotenství, výživa, oblékání, životospráva.
- 2. hodina: vnímání bolesti, teorie bolesti, možnosti ovlivnění bolesti, posílení sebedůvěry.
- 3. hodina: předporodní období, kdy do porodnice, příjem, první doba porodní, včetně nácviku dýchání, masáží a akupresury.
- 4. hodina: druhá doba porodní, včetně nácviku polohy a zadržetí dechu, operativní porod, třetí doba porodní, doba poporodní.
- 5. hodina: tělesné a psychické změny v šestinedělí, kojení, šestinedělí po císařském řezu, hygiena a životospráva v šestinedělí, sexualita po porodu.
- 6. hodina: současné trendy v péči o matku a dítě, vývoj vazby matka-dítě, polohování, výživa a hygiena dítěte, raný vývoj dítěte a jeho výchova.

Většina porodních asistentek, které dnes přípravu těhotných provádějí, je tak či onak přímými nebo nepřímými žákyněmi Pečené. Nicméně v běžné praxi se setkáváme s určitými modifikacemi. Sama vedu přípravu ve třech dvouhodinách, z nichž první je věnována první době porodní, druhá druhé a třetí době porodní a třetí šestinedělí a péči o kojence.

Dnes se stoupajícím rozšířením přítomnosti otce u porodu přibývá i zavzetí otce do předporodní přípravy. I když mnohé porodnice to nevyžadují, je to rozumné už proto, aby se otec včas dověděl, co ho u porodu čeká a jak se má chovat.

### 5.2. Psychoterapeutické metody přípravy těhotných

Psychoterapeutické metody přípravy těhotných musí provádět školený psychoterapeut, což může být lékař nebo psycholog, jen výjimečně i porodní asistentka s psychoterapeutickým výcvikem. Jsou určeny pro speciální případy, především pro velmi úzkostné ženy. Použit lze různé techniky, kognitivně racionální psychoterapii, hypnózu, autogenní trénink, pro odstranění strachu z porodu byla modifikována behaviorální metoda systematické desenzitizace. Rozbor těchto postupů ovšem přesahuje cíl této publikace.

## Vybraná literatura

1. Čepický, P.: Psychoprofylaktická příprava k porodu. Čs. Gynek. 49:119,1984.
2. Čepický, P., Nováková, V.: Názory autora vrátkové teorie bolesti na porodní bolest a porodnickou psychoprofylaxi. Čs. Gynek. 50:501,1985.
3. Čepický, P.: Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Mod. Gynek. Porod. 8:162,1999.
4. Chertok, L.: Psychosomatické metody bezbolestného porodu. Historie, teorie a praxe. Výbor. Přeložil a uspořádal J. R. Pros. Praha, SZdN 1966.
5. Kuželová, M.: Předporodní příprava. Mod. Gynek. Porod. 12:298,2003.
6. Pečená, M., et al.: Koncepce přípravy těhotných žen k porodu. Čs. Gynek. 55:769,1990.
7. Štembera, Z.: Stručný obsah přednášek psychoprofylaktické přípravy. Prakt. Lék. 33:104,1953.

*M. Kuželová  
Terronská 61  
160 00 Praha 6*