

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



FILOZOFICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY
V PRAZE

Diplomová práce

Věra Žipajová

Hodnocení psychosociálního klimatu rodičkami v malé porodnici

**Evaluation of Psychosocial Clima by Woman in a Small Maternity
Hospital**

Praha, 2015

Vedoucí práce: PhDr. Simona Horáková Hoskovcová, PhD.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala své vedoucí diplomové práce PhDr. Simoně Hoskovcové Horákové, PhD. za její cenné rady, doporučení a nesmírnou trpělivost.

Děkuji svému partnerovi za trpělivost a povzbuzení a svým dětem za jejich trpělivost.

Děkuji svým přátelům za jejich názor a podporu.

Děkuji všem ženám, které se zúčastnily mého výzkumu.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30.3.2015

.....
Věra Žipajová

Abstrakt:

Diplomová práce se zaměřuje na mapování a hodnocení psychosociálního klimatu porodnice v Česko-německé horské nemocnici s.r.o. rodičkami. Je teoreticko-empirického charakteru. Teoretická část práce přináší poznatky o psychických změnách, kterými žena prochází v době těhotenství, porodu i krátce po porodu. Prostor je dále věnován problematice potřeb rodičky, stresu v perinatálním období a psychopatologii ženy ve zmíněných obdobích. Probrány jsou zde také sociokulturní souvislosti perinatální péče. Stěžejní je popis psychosociálních aspektů perinatální péče a komunikace se ženou v perinatálním období.

Výzkumná část práce se zaměřuje na analýzu psychosociálního klimatu porodnice ve Vrchlabí. Pro analýzu je využit Dotazník psychosociálního klimatu porodnice KLI-P, který vyplnilo 51 rodiček, a doplňující kvalitativní dotázání 10 rodiček. Analýza je doplněna o pohled dvou porodních asistentek na přístup k rodičkám v porodnici ve Vrchlabí. Výsledky z dotazníku KLI-P jsou srovnávány statistickou metodou testování hypotéz. Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou na základě těchto testování statisticky významně spokojenější ve všech proměnných v porovnání s rodičkami ze všech vybraných typů porodnic. Pouze rozdíl celkové spokojenosti s oddělením šestinedělí ve srovnání s rodičkami z menších typů porodnic nebyl signifikantní.

Klíčová slova:

Psychosociální klima, porodnice, hodnocení zdravotnické péče

Abstract:

This thesis focuses on mapping and evaluation of psychosocial climate by expectant mothers in the „Česko-německá horská nemocnice s.r.o.“. It is a theoretical and empirical project. The theoretical part provides knowledge about psychological changes, which the woman goes through during her pregnancy, childbirth and the postpartum period. The further space is devoted to the needs of the expectant mother, the stress in the perinatal period and woman's psychopathology in the mentioned periods. Socio-cultural links in the perinatal period are also discussed. The vital importance lies in describing psychosocial aspects in the perinatal care as well as communication with the woman in the perinatal period.

The research part of the thesis is aimed at the analysis of psychosocial climate in the maternity hospital in Vrchlabí. A questionnaire of psychosocial climate of the KLI-P maternity hospital was used for the research. 51 mothers participated in the evaluation plus extra 10 to complete the qualitative questionnaire. The analysis is enriched by two midwives' point of view of the approach to delivering mothers in the Vrchlabí maternity hospital. The results of the KLI-P maternity hospital were statistically compared using the hypothesis testing method. Evaluating the outcomes of the questionnaire, it may be stated that mothers who delivered in the Vrchlabí maternity hospital are statistically more satisfied in all variables in comparison with mothers from other chosen types of maternity hospitals. The only non-significant difference in comparison with mothers from smaller type of maternity hospitals was the overall satisfaction with the puerperium department.

Keywords:

Psychosocial climate, Maternity hospital, Medical care evaluation

Obsah

Úvod.....	9
I. Teoretická část.....	10
1. Psychologické charakteristiky těhotenství, porodu a poporodního období	10
1.1 Těhotenství.....	10
1.2 Porod.....	15
1.2.1 Přístupy k porodu u různých autorů.....	16
1.2.2 Porod s vnějšími zásahy.....	25
1.3 Poporodní období a navazování vztahu matka-dítě.....	27
1.3.1 Bonding.....	31
1.3.2 Kojení.....	33
1.4 Potřeby ženy v perinatálním období	35
1.4.1 Potřeba být bez bolesti	36
1.5 Perinatální období a stres	38
1.5.1 Sociální opora v perinatálním období.....	41
1.5.2 Psychoprofylaktická příprava k porodu.....	45
1.6 Psychopatologické poruchy v těhotenství a poporodním období	49
1.6.1 Deprese	50
1.6.2 Psychotická onemocnění.....	52
1.6.3 Reakce na závažný stres	52
1.6.4 Léčba.....	54
2. Sociokulturní aspekty perinatální péče	55
2.1 Historie oddělení a znovusbližování tělesného a duševního ve zdravotní péči.....	55
2.2 Kritika zdravotní péče v České republice a komplexnější modely přístupu k pacientovi	58
2.3 Typologie přístupů k porodnické péči	59
2.4 Současný stav a nedostatky v porodnické péči.....	62
2.5 Cesty ke zlepšení porodní péče.....	65
3. Psychosociální aspekty perinatální péče.....	68
3.1 Psychosociální klima porodnice	68
3.1.1 Vztahové hledisko.....	68
3.1.2 Hodnotové hledisko	70
3.1.3 Systémové hledisko	72
3.1.4 Ekologicko-architektonické hledisko	73
3.1.5 Alternativní členění psychosociálních aspektů perinatální péče	73
3.1.6 Význam jednotlivých aspektů psychosociálního klimatu a jeho typy.....	73
3.1.7 Další faktory podílející se na spokojenosti rodiček s perinatální péčí.....	75
3.2 Komunikace v perinatální péči	77

3.2.1	Některá specifika komunikace ve zdravotnictví	77
3.2.2	Role lékaře a pacienta	78
3.2.3	Rozhovor a psychologický a psychoterapeutický přístup ve zdravotnické péči	79
3.2.4	Podpůrné aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem	80
3.2.5	Komunikační chyby	82
3.2.6	Komunikace ve specifických situacích v perinatální péči	83
3.2.7	Možnosti rozvíjení komunikačních dovedností	85
4.	Doporučení pro péči o ženu v těhotenství a perinatálním období	87
II.	Výzkumná část	89
5.	Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy	90
6.	Výzkumný soubor	93
6.1	Výběr výzkumného souboru	93
6.2	Popis výzkumného souboru	93
7.	Metoda	96
7.1	Dotazník KLI-P	96
7.1.1	Popis dotazníku KLI-P	97
7.1.2	Škály dotazníku KLI-P	97
7.1.3	Položky týkající se celkového hodnocení porodnice	99
7.1.4	Normy dotazníku	99
7.1.5	Objektivita dotazníku KLI-P	100
7.1.6	Reliabilita dotazníku KLI-P	100
7.1.7	Validita dotazníku KLI-P	100
7.2	Kvalitativní dotazování rodiček a porodních asistentek	100
8.	Zpracování dat	102
8.1	Zpracování dat z dotazníku KLI-P	102
8.2	Zpracování dat z kvalitativního dotazování	103
9.	Výsledky	104
9.1	Výsledky dotazníku KLI-P	104
9.1.1	Distribuce hrubých skóru	104
9.1.2	Průměrná hodnocení jednotlivých škál a jejich položek	106
9.1.3	Kriteriální otázky na celkové hodnocení porodnice	110
9.1.4	Kvalitativní položky dotazníku	111
9.1.5	Testování hypotéz	111
9.2	Výsledky doplňujícího kvalitativního dotazování	119
9.2.1	Výsledky doplňujícího kvalitativního dotazování rodiček na subjektivně významné faktory perinatální péče	119
9.2.2	Charakteristiky přístupu zdravotníků v porodnici ve Vrchlabí podle místních porodních asistentek	120

10. Diskuse.....	122
11. Závěr	127
Seznam použité literatury	128
Seznam příloh	146

Úvod

V současné době je kvalita zdravotní péče stále častěji posuzována z hlediska spokojenosti pacientů. Spokojenost pacientů je významnou měrou ovlivněna psychosociálním klimatem zdravotnických zařízení (Takács, Kodyšová, Kejřová, & Bartošová, 2011a). V oblasti perinatální péče nabývají psychosociální aspekty zvláštní postavení. Jedná se totiž o péči převážně preventivní. Navíc byl prokázán významný vliv psychosociálních aspektů perinatální péče na průběh porodu (Begley et al., 2011; Sutcliffe et al., 2012; Symon, Paul, Butchart & Dugard, 2007). Ovlivňují také celkové zdraví jak rodičky, tak dítěte, a to i z dlouhodobé perspektivy (Bystrova et al., 2009; Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2008; Dumas et al.; 2013; Klaus, Kennell, & Klaus, 2004; Lundgren, Karlsdottir, & Bondas, 2009; Mehler et al., 2011; O'Higgins, Roberts, Glover, & Taylor, 2013).

Mojí motivací k výběru tohoto tématu pro vypracování diplomové práce byl dlouhodobý zájem o perinatální psychologii a osobní zkušenosti s poskytovanou perinatální péčí o ženy v ČR. Domnívám se, že zohledněním psychosociálních aspektů při poskytování perinatální péče je možné zlepšit jak psychologické ukazatele kvality této péče, tak zdravotnické. Porodnici ve Vrchlabí jsem si k výzkumu vybrala pro velmi pozitivní osobní zkušenost s poskytovanou péčí. Mým cílem bylo zjistit, jaká je spokojenost populace rodiček z porodnice ve Vrchlabí v porovnání s jinými populacemi rodiček. Přes omezenou možnost zobecnění mých výsledků, považuji na základě velmi pozitivních hodnocení péči v této porodnici za následovníhodný příklad aplikace respektu k psychosociálním faktorům perinatální péče v ČR.

Teoretická část diplomové práce se skládá ze tří kapitol. První je věnována psychologickým charakteristikám těhotenství, porodu a poporodního období ženy. Podrobněji se v této kapitole dále zaměřuji na potřeby, stres a nejčastější psychopatologické změny u žen v perinatálním období. Ve druhé kapitole se věnuji sociokulturním aspektům a v současné době nejčastěji kritizovaným charakteristikám perinatální péče nejen v ČR. Ve třetí kapitole popisuji konkrétní psychosociální aspekty perinatální péče a charakteristiky komunikace zdravotníků se ženou v perinatálním období.

V empirické části usiluji o zhodnocení psychosociálního klimatu v porodnici ve Vrchlabí prostřednictvím dotazníku KLI-P a doplňujícího kvalitativního dotazování rodiček i porodních asistentek. Výsledky dotazníku KLI-P porovnávám s různými populacemi rodiček pomocí statistického testování hypotéz.

I. Teoretická část

Psychosociální aspekty perinatální péče, které jsou předmětem této diplomové práce, mají významný vliv na průběh porodu a celkovou subjektivně vnímanou pohodu rodičky (Takács, Sněhotová & Horáková Hoskocová, 2012). Jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) označila roku 1948 Světová zdravotnická organizace (WHO) zdraví (Kebza, 2001). Zdraví je jednou z nejvýznamnějších lidských hodnot. Většinou zdraví chápeme jako stav dobré koordinace a správné funkce všech orgánů i celého organismu (Vašina, 1999). Nemoc je v návaznosti na definici WHO chápána jako důsledek narušení stavu celkové pohody- well-beingu (Kebza, 2001).

Well-being je ovlivněn zranitelností (vulnerabilitou) člověka, která může být dána konstitučně i psychosociálně (Kebza, 2001). Podle WHO se na kvalitě lidského zdraví podílí z 50 % životní styl, ze 20 % životní prostředí, stejnou měrou genetický základ a z 10 % kvalita zdravotních služeb (Mlčák, 2005). V případě perinatální péče je vliv zdravotnických služeb vyšší, jak dokládají například studie Takács (Takács & Kodyšová, 2011; Takács & Seidlerová, 2013a; 2013b; Takács, Kodyšová, & Seidlerová, 2012; Takács, Kodyšová, Kejřová, & Bartošová, 2011b).

V první kapitole se budu věnovat psychologickým charakteristikám těhotenství, porodu a perinatálního období. V rámci této kapitoly se dále zaměřím na oblast potřeb, zátěže a psychopatologie ženy v perinatálním období. Ohledy zdravotníků ke specifickým změnám, kterými žena v průběhu těchto období prochází, a jejím potřebám, jsou jedním ze základních předpokladů spokojenosti žen s péčí poskytnutou v porodnici. Působí také preventivně v oblasti psychopatologických změn u rodiček, jak se čtenář dozví v poslední podkapitole první kapitoly.

1. Psychologické charakteristiky těhotenství, porodu a poporodního období

S ohledem na cíle práce, se v této části podrobněji zaměřuji na období perinatální, které je v literatuře obvykle vymežováno sedmi dny před a sedmi dny po porodu (Šulová, 2005). V první podkapitole popíšu nejen psychologické charakteristiky těhotenství, ale také ukážu souvislosti se stěžejními tématy, podrobněji popsány později v textu.

1.1 Těhotenství

Těhotenství a porod, stejně jako menarche a klimakterium, jsou významnými milníky reprodukčního života ženy. Jsou doprovázené změnami somatickými, fyziologickými,

endokrinními, psychickými i sociálními (Ratislavová, 2008; Vágnerová, 2008). Žena se musí vyrovnávat s realitou těhotenství a všemi jeho důsledky, případnými komplikacemi a s nepředvídatelností průběhu těhotenství i porodu (Cockburn & Pawson, 2007; Mangaleshwari, 2014). Těhotenství s sebou přináší také nové sociální role (Mangaleshwari, 2014). Reorganizuje se rodinný systém ženy. Nastávající matka se většinou stává ekonomicky závislou na svém partnerovi či rodině. Těhotné ženy prochází krizí identity a vytváří novou, mateřskou identitu (Ratislavová, 2008). Mohou prožívat pocity zmatku, úzkosti, ztracenosti a nostalgie po starém způsobu života (Ratislavová, 2008).

Psychologické charakteristiky jednotlivých fází těhotenství jsou následující. Pro období prvního trimestru (první 3 měsíce) těhotenství je typické, že se ženy postupně smiřují s tím, že v nich žije plod a zamýšlí se nad nadcházejícími změnami (Ratislavová, 2008). Často jsou u žen přítomné nevědomé úzkosti a strachy (Mangaleshwari, 2014).

Ve druhém trimestru se ženy postupně adaptují na perspektivu mateřství (Mangaleshwari, 2014). Díky ultrazvukovým záběrům a počátku vnímání pohybů dítěte si již zřetelněji uvědomují dítě jako nezávislou bytost (Ratislavová, 2008) a začínají si k němu vytvářet konkrétní, většinou pozitivnější vztah (Vágnerová, 2008). Nevědomá úzkost je redukována a nahrazena personalizovanou obavou o well-being dítěte (Mangaleshwari, 2014). Pocity žen jsou často pozitivnější. Ženy jsou většinou fyzicky výkonnější, emocionálně a sensoricky vnímavější. Nejistotu ohledně pohlaví a vzhledu dítěte ženy mnohdy vyplňují fantaziemi. Časté je také magické myšlení (Ratislavová, 2008).

Ve třetím trimestru se těhotné ženy aktivněji připravují na příchod dítěte. Proto bývá tato fáze někdy označována jako fáze „stavění hnízda“ (Ratislavová, 2008). Pokud aktivnější příprava na příchod dítěte u ženy chybí, může se jednat o vážnější psychopatologickou poruchu (Čepický, 1999). Toto období je emocionálně i fyzicky náročnější. Ženy jsou snáze unavitelné, mohou mít potíže se spánkem, prožitky fyzické nepohody, pocity nemotornosti a fyzické nepřítažlivosti. Těhotenství se jim může zdát nekonečné. Mohou se obávat porodu (bolestí, vlastního selhání, či zdravotních komplikací u sebe i u dítěte) a poporodního období (nové role, péče o dítě, zodpovědnosti rodičovství). V extrémním případě se ženy mohou obávat o vlastní život (Ratislavová, 2008).

Tělesné změny doprovázející těhotenství, jako nárůst tělesné hmotnosti, změna tvaru těla či zvýšená pigmentace, jsou těhotnými ženami přijímány většinou negativně. Negativněji jsou prožívány ženami nespokojenými se svým tělem již před otěhotněním. Nastávající matky

se mohou obávat váhového přírůstku, ztráty kontroly nad svým tělem (Čepický, 1999), poškození těla a ztráty atraktivity (Ratislavová, 2008).

Psychické změny těhotných žen zahrnují zvýšenou potřebu pozornosti blízkých lidí. Těhotné ženy jsou náchylné k pocitům odmítnutí. Zaměřují se stále více na sebe a na své dítě. Díky tomu a změně sexuální aktivity mohou ženy procházet partnerskými konflikty (Čepický, 1999). Toto přirozené sebestředné nastavení (Vágnerová, 2008) těhotné ženě umožňuje naladit se na své potřeby a později na potřeby svého dítěte, což je nezbytnou podmínkou jeho bezpečného připoutání (Ratislavová, 2008). Blíže v podkapitole 1.3.

Nastávající matky jsou většinou emocionálně citlivější a snáze podrážděné (Čepický, 1999). Často prožívají negativní emoce. Zranitelnější jsou v tomto ohledu vícerodičky a ženy se zkušeností s neúspěšným těhotenstvím (Čepický, 1999), které se také mohou více obávat o dítě či nepříznivých důsledků těhotenství (Ratislavová, 2008). Podle studie Geissbuehler a Eberhard (2002) se asi 50 % žen se obává o zdraví dítěte a 40 % bolesti při porodu.

Až polovina těhotných žen (častěji poprvé těhotné) trpí tzv. benigní těhotenskou encefalopatií. Ta je spojená s poruchami učení, paměti a koncentrace, desorientací, únavností, nespavostí a potížemi se čtením. Tento stav je však do značné míry ovlivnitelný vůlí, protože inteligence poznamenána není. Ženy většinou tento stav za patologický nepovažují. Po porodu se spontánně upravuje (Čepický, 1999).

V těhotenství jsou také častější hypochondrické rysy osobnosti, nozofobie (chorobný strach z nemoci), deprese (více v podkapitole 1.6) a neuroticismus (disponovanost k neurotickému onemocnění). U žen s předchozí těhotenskou ztrátou nebo úmrtím dítěte může být přítomné popření a potlačení běžných mateřských pocitů, fantazií a plánů. Vážnější následky, zejména ve vztahu matky k dítěti, může mít otěhotnění před doběhnutím fáze truchlení (Čepický, 1999).

Jednotlivé ženy se se zátěží, kterou přináší těhotenství, vypořádávají různě (Cockburn & Pawson, 2007). Závisí to například na její osobnosti, věku, přístupu k těhotenství, připravenosti na roli matky, na jejím sociálním a ekonomickém zázemí a na aktuálních životních událostech. Nechtěnost těhotenství, konflikty v rodině, psychické problémy a jiné obtíže se negativně odráží na tom, jak žena změny vnímá (Ratislavová, 2008). Podrobněji v podkapitole 1.5.

Neúspěšná adaptace v tomto období může vyústit v emocionální nerovnováhu žen (Raynor & England, 2010). Poměrně častými důsledky (asi u 20 % žen) jsou úzkost (George, Luz, De Tychey, Thilly, & Spitz, 2013; Glover & Barlow, 2014) a deprese v těhotenství. Přítomnost úzkosti, deprese a stresu ženy v těhotenství je spojena se závažnými důsledky na straně dítěte. Ty zahrnují problémy fyzické (vrozené malformace, nízká porodní váha), neurovývojové, kognitivní, emocionální a behaviorální (Glover & Barlow, 2014).

Henderson a Redshaw (2013a) uvádí výskyt úzkosti v předporodním období u 14 % žen (5 % postnatálně). Je častější u žen mladších, z minoritního etnika, samoživitelek, žen žijících ve znevýhodněných oblastech, s nechtěným těhotenstvím a dlouhodobými zdravotními problémy (postnatální souvisela s dlouhodobými zdravotními problémy). Podle Čepického (1999) se na zvýšení úzkostnosti podílejí obavy týkající se těhotenství, porodu i úkolů a odpovědnosti, které přináší výchova dítěte. Častěji úzkostné jsou ženy, které prochází negativními životními událostmi, mají horší ekonomické podmínky, nižší vzdělání a bydlí ve stejném městě jako původní rodina. Na vzniku úzkosti se podle Čepického (1999) zřejmě nepodílí hormonální změny. Podílí se na ní však vnímání zdravotnické péče (Henderson & Redshaw, 2013a).

V optimálním případě těhotenství, jako zdárně vyřešená vývojová krize, rozvíjí osobnost ženy. Samotné těhotenství je prostřednictvím hormonálně podmíněných fyzických i psychických změn potenciálním přirozeným rituálním přechodem v procesu ženského dospívání. Žena v tomto období však potřebuje také pozornost a podporu (Ratislavová, 2008).

V přírodních kulturách jsou významná životní období doprovázena řadou iniciačních, přechodových či ochranných rituálů. Rituály spojené s těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím mají za cíl ženu připravit a mírnit negativní dopad zvýšené zátěže na ženu i dítě (Ratislavová, 2008). Podle Kitzingerové (2011) je v mnoha původních kulturách žena v průběhu těhotenství, porodu a poporodního období nepřetržitě podporována svojí rodinou, kamarádkami a ostatními ženami z okolí, včetně porodní asistentky, která je dobře známá celé komunitě (Kitzinger, 2011). Podle současných studií sociální opora v těhotenství snižuje těhotenskou úzkost (Duman & Kocak, 2013; Şen, Egelioglu Cetişli, & Saruhan, 2012) a velmi podstatně rozvinutí poporodní deprese matky (Castro, Place, Billings, Rivera, & Frongillo, 2014; Kim, Connolly, & Tamim, 2014; Şen, Egelioglu Cetişli, & Saruhan, 2012). O sociální opoře více v oddíle 1.5.1.

Mnozí autoři se domnívají, že v současné době často není v západním zdravotnictví věnována dostatečná pozornost psychosociálním faktorům péče (Beran, 2009; Cockburn & Pawson, 2007; Doležalová, 2006; Janáčková & Weiss, 2008; Raynor & England, 2010; Sobotková & Štembera, 2003a, 2003b; Vymětal, 2003;). Profesionální péče o zdraví se v ČR stále zaměřuje zejména na tělesnou diagnostiku. Příčinami může být: nedostatek času lékařů na poskytování psychické podpory a neproplácení této služby zdravotní pojišťovnou (Doležalová, 2006), neuspokojivé finanční ohodnocení zdravotníků (Takács, Seidlerová et al., 2012), nedostatečné vzdělávání zdravotníků v psychologii (Beran, 2009; Roztočil, 2012), přetěžování zdravotníků a nedostatečné zajišťování jejich psychologické podpory (Takács, Seidlerová et al., 2012). Roli mohou hrát také historické souvislosti, které uvádím v podkapitole 2.1.

Někteří autoři upozorňují také na to, že samotné vyšetření a případné komplikace vyvolávají u žen stresovou reakci (Enkin, Keirse, Renfrew, & Neilson, 1998; Geller, 2004; Ratislavová, 2008). Kritizováno je v tomto ohledu zaměření lékařů při poskytování zdravotní péče na patologické stavy (Dick-Read, 2013; Doležalová, 2006; Kitzinger, 2011; Odent, 2011). Toto zaměření vzbuzuje u nastávajících matek obavy (Doležalová, 2006; Geller, 2004; Henderson & Redshaw, 2013a), které mohou mít nepříznivé následky. Například strach z porodu představuje pro ženu riziko v podobě čtenějších porodních komplikací (Adams, Eberhard-Gran, & Eskild, 2012; Laursen, Johansen, & Hedegaard, 2009), i když např. studie Sluijs, Cleiren, Scherjon a Wijma (2012) jejich výskyt nepotvrdila. Hall, Stoll, Hutton a Brown (2012) uvádí u vícerodiček s vysokou mírou strachu z porodu čtenější obtížné a náročné porody, očekávání porodních intervencí a zdravotní stresory. Strach z porodu zde také zvyšoval riziko užití epidurální anestezie.

Reck et al. (2013) také potvrzují, že úzkost spojená s porodem má negativní dopad na délku trvání porodu. Podle Xu, Guo, Huang a Chen (2014) úzkost a strach spojený s porodem a také deprese častěji vedou k volbě porodu císařským řezem.

Nastávající matky potřebují psychologickou podporu (Barbera et al., 2010; Glover & Barlow, 2014; Lantsburg, 2011), jak je zřejmé např. z velmi vysoké míry úzkosti a deprese u těhotných žen (George, Luz, De Tyche, Thilly, & Spitz, 2013; Glover & Barlow, 2014), která se po porodu spontánně snižuje (Figueiredo & Conde, 2011). Úkolem zdravotníků je snižovat nežádoucí psychickou zátěž a stabilizovat somatické i psychické funkce rodičky (Dick-Read, 2013; Ratislavová, 2008). Zdravotníci by proto měli věnovat pozornost ženině zvládnutí zátěže (Raynor & England, 2010) a v případě potřeby ji odkázat do péče specialistů

(Geller, 2004). Nevhodné a/nebo nefunkční strategie zvládnání zátěže se mohou totiž podílet na přetrvávání problémů (např. úzkosti) po porodu (George et al., 2013). Podle Dick-Reada (2013) i běžné těhotenské obtíže jako zvracení, pálení žáhy, únava, zácpa atp. jsou projevem chronické mentální tenze, která by měla být zdravotníky rozpoznávána a ošetřována. Problematice stresu je věnována podkapitola 1.5.

Těhotné ženy potřebují podle Königsmarkové (Doležalová, 2006) slyšet, že jsou těhotenství a porod přirozenými stavy organismu, a ubezpečit, že porod zvládnou vlastními silami. S ohledem na zvýšenou sugestibilitu těhotných žen a jejich citlivost k nejednoznačným informacím, je zapotřebí, aby zdravotníci podávali informace srozumitelnou formou a případná mylná přesvědčení žen citlivě uváděli na pravou míru. Zásadní je zde atmosféra důvěry, pozitivně laděný vztah (Dick-Read, 2013; Ratislavová, 2008; Raynor & England, 2010) a komunikační zdatnost (Beran, 2009; Janáčková & Weiss, 2008; Špatenková & Králová, 2009; Takács et al., 2011a). Některé aspekty komunikace v perinatální péči jsou přiblíženy v podkapitole 3.2.

Zvýšená pozornost by měla být věnována ženám negativně vyladěným na mateřství, mladším 20, nebo starším 35 let a ženám po neúspěšném těhotenství. Dále ženám sociálně a ekonomicky znevýhodněným, drogově závislým a jinak psychologicky či fyzicky (např. předchozím operativním ukončením těhotenství) rizikovým (Ratislavová, 2008; Šulová, 2005).

Ve světle uvedených informací můžeme shrnout, že těhotenství představuje pro ženu zvýšenou dlouhodobou zátěž. Je doprovázené mnoha typickými i individuálními změnami. Zdravotníci by se při poskytování péče o nastávající matky měli zaměřovat nejen na faktory fyzické, ale i psychosociální, a tím ženu podporovat v úspěšném zvládnání změn a udržování celkového zdraví. V následující podkapitole se věnuji období porodu.

1.2 Porod

Na následujících stránkách se zaměřím na proces porodu z hlediska prožívání ženy. Pokud zdravotníci zohledňují ve svém přístupu k rodičce její prožívání, zvyšují její spokojenost s perinatální péčí (Takács et al., 2011a). Ze zdravotníků, kteří významně přispěli k pochopení toho, čím žena v průběhu porodu prochází, bych jmenovala např. zástupce ruské psychoprofylaktické školy (např. Velvovski, Vellay), Dick-Reada (2013), Lamazeho (1974), Odenta (2011), Kitzingerovou (2004) a Gaskinovou (2010). Společně jim jsou výborné zdravotní a domnívám se i psychologické výsledky péče. Např. Odent (2011) uvádí 6-7 %

císařských řezů, nepoužívání porodních kleští, vakuumextraktor u 6 % porodů, epiziotomie u 7 % žen. Gaskinová (2010) udává 1,6 % císařských řezů, 106 zdařených porodů po císařském řezu ze 108, indukce v 5,1 % a 68,8 % žen s intaktním perineem. V následujícím oddíle se budu věnovat doporučením některých autorů pro péči o rodící ženu.

1.2.1 Přístupy k porodu u různých autorů

Větší prostor v tomto oddíle věnuji Dick-Readovi a Odentovi, protože jejich vliv je podle mého názoru patrný u mnoha pozdějších autorů, věnujících se porodní péči o ženu.

Dick-Read

Dick-Read (2013) působil jako porodník v Anglii od 20. let 20. století. Domnívám se, že měl výborné schopnosti pozorování a empatie, protože jeho poznatky jsou potvrzované i soudobými výzkumy. Zdůrazňoval orientaci zdravotníků na city rodičky, které musí být neustále ošetřovány.

Po příchodu ženy k porodu se ženě věnoval se zaměřením na její případnou úzkost a očekávání. Ke konci 1. doby porodní ženě doporučoval ležení a relaxaci. Relaxace rodička snadno dosahuje po předchozím výcviku v rámci předporodní přípravy, na kterou kladl Dick-Read (2013) velký důraz (blíže v oddíle 1.5.2). Od rodící ženy Dick-Read (2013) odcházel pouze v případě její řízené relaxace. Jinak by podle něj žena neměla být ponechána o samotě.

Jakékoli emocionální změny během porodu by měli zdravotníci podle Dick-Reada (2013) rozpoznávat a mírnit. Žena může nepříjemné pocity maskovat například smíchem mezi kontrakcemi, který se však snadno změní v slzy. Obličej ženy by měl být uvolněný, bez mračení, našpulených rtů či zaťatých zubů. Žena musí být podle Dick-Reada (2013) při porodu beze strachu. Strach ženy je příznivě ovlivňován pozitivním přístupem zdravotníků k porodu. Pokud mají zdravotníci naopak nějaké obavy spojené s porodem, žena je vycítí a mohou negativně ovlivnit průběh porodu (Dick-Read, 2013).

Strach z porodu je podle Dick-Reada (2013) kulturně předávaný a ženě ze strany sociálního prostředí neustále připomínaný. Během porodu má za následek vznik patologické bolesti. Fyziologický mechanismus patologické bolesti je podle Dick-Reada (2013) následující. Strach aktivuje sympatický nervový systém, který vyvolává napětí v děloze. Toto napětí je thalamem interpretováno jako bolest. Tenze narušuje cirkulaci krve v děloze a tím limituje účinnost děložních kontrakcí. Ve zkratce tyto souslednosti Dick-Read (2013) pojmenoval syndrom strach-napětí-bolest.

Bolest je podle Dick-Reada (2013) zhoršována únavou těla i mysli, depresí a zklamáním. Stav mizérie ženy z porodu, kdy deprese a zklamání překonají ženinu odvalu, je situace, za kterou by se měli porodníci podle Dick-Reada (2013) stydět. Je podle něj často vyvolána dvěma velkými selháními péče o ženu- osamělostí ženy a jejím ignorováním. Při ztrátě kontroly, kdy se žena neorientuje v situaci a svých pocitech, se pro ni i ten nejmenší diskomfort stane nesnesitelnou agónií. Snaží se pak z tohoto stavu uniknout. Naopak při zachované kontrole si žena rychle uvědomí, že pocit nesnesitelné bolesti na vrcholu kontrakcí se nematerializuje. Odpor a snaha o útěk se pak ženě nejeví nezbytné. Tedy pokud se zdravotníkům daří odstranit ženin strach, její tenze se sníží a bolest minimalizuje (Dick-Read, 2013).

Strach je podle Dick-Reada (2013) možné snížit vzděláváním budoucích matek, zaměřeným na mentální a fyzické změny v těhotenství, vývoj dítěte a jeho výživu, přípravu mysli a těla ženy na přirozenou zkušenost porodu (více v oddíle o 1.5.2). Dobře trénované ženy podle Dick-Reada (2013) nevyžadují anestezii a reagují na porod normální emocionální reakcí, kterou je radost, pozdvižená nálada a silný pocit uspokojení a úlevy.

Zdravotníci by měli být podle Dick-Reada (2013) trpěliví, mírumilovní, s osobním zaujetím, důvěřovat přirozeným reprodukčním funkcím a být pozitivně ladění. Klidným a tichým hlasem by měli ženu provázet porodním procesem, podporovat ji a utěšovat. Mohou o ni neostentativně pečovat např. nabídnutím nápoje podle libosti, bez nároku na vděčnost. Měli by ženu citlivě a jemně povzbuzovat k relaxaci, trpělivosti a vytrvalosti. V průběhu porodu by měli soustředěně sledovat jakýkoli neobvyklý trend v konverzaci (Dick-Read, 2013).

Nevhodná je při porodu podle Dick-Read (2013) neupřímnost zdravotníků, která je rodičkami zpravidla rozpoznávána. Nežádoucí jsou rovněž spěch a ruch. Negativní emocionální prožívání je doprovázeno fyzickými reakcemi, které porod komplikují. Proto by měli zdravotníci pozorně sledovat možné rušivé podněty, které by negativně ovlivňovaly ženin klid. Měli by usilovat o zachování kvalit dobrého porodu, kterými jsou podle Dick-Reada (2013): pomalu, tiše a jemně.

Ve fázi otevírací (1. doba porodní) Dick-Read (2013) doporučoval rodičkám nesoustředit se na funkci dělohy. To by způsobovalo bolest. Děloze má být ponechána její aktivita, jako by byla strojem, který dělá svou práci a nelze mu pomoci. Ke konci otevírací fáze, při plně otevřeném děložním hrdle, může být podle Dick-Reada (2013) pár kontrakcí pro ženu bolestivých. Může také cítit pocity pálení při dotáčení hlavičky. Vhodné je na to ženu

upozornit a požádat ji o vydržení těchto nepříjemných pocitů po 6 až 8 kontrakcí. To ji uklidní a bolest tak snáší lépe.

Ve druhé době porodní se rodička dostává do stavu ospalosti, útlumu až zastřené vědomí, relaxace a odcizení myšlenkám. Na tuto fázi Dick-Read (2013) popisuje amnézii. Dochází také k částečné anestezii, v čemž Dick-Read (2013) spatřuje adaptivní funkci tohoto stavu. Pokud je žena stále nerušená a sebevědomá, zůstává v průběhu této fáze porodu v klidu a průchod dítěte porodními cestami téměř nevnímá. Pokud je ale rodička plná pochyb a strachu, je poháněna k úniku. To se může projevat prosbami o osvobození ze stavu, který prožívá. Každá kontrakce je pak pro ni utrpením. Rychle se vyčerpá a nadměrný úbytek energie ji dostává do stavu hlubokého šoku. Zdravotníci musí ženu proto podle Dick-Reada (2013) co nejvíce povzbuzovat a napomáhat jí k úlevě. Neustálé ujišťování o adekvátním průběhu porodu pomáhá ženě zneklidněné mysli, pokud je podáváno klidně a uvážlivě. Často jsou ženy znepokojeny zvuky, které instinktivně vydávají. I zde je vhodné ženu podpořit, že zvuky mají svůj účel a že je zdravotníci rádi slyší.

Ženy touží podle Dick-Reada (2013) po úspěšném triumfálním zakončení těhotenství. V jeho dosažení jí má zdravotnický personál napomáhat. Často však zdravotníci přebírají za ženu aktivitu, v dobré víře, že jí tím pomohou. Takto ale nejsou podle Dick-Reada (2013) rozpoznány a respektovány zákonitosti porodu. Hlavními pilíři přirozeného porodu jsou podle Dick-Reada (2013) euforie, relaxace, amnézie a jásot. Pokud ženě zdravotníci důvěřují, pak její odvaha podle Dick-Reada (2013) nezná mezí.

Odent

Francouzský porodník Odent (2011) působil v porodnici v městečku Pithiviers od 60. let 20. století a do současné doby přednáší v různých zemích světa (v ČR v dubnu roku 2013) a publikuje. Odent (2011) charakterizuje péči v porodnici v Pithiviers tak, že zde byli zdravotníci oddáni přizpůsobivosti, inovacím a ústřední roli matky. Porod chápali jako nedobrovolný proces, který se zejména nesmí narušovat.

V průběhu své praxe Odent (2011) zjišťoval, že mnoho vyšetření a procedur prováděných v těhotenství a perinatálním období je pro ženy kontraproduktivní ve smyslu, že v ní vyvolávají obavy až strach. Proto jejich množství v porodnici v Pithiviers omezovali, a pokud některá vyšetření prováděli, usilovali o minimalizaci jejich negativního dopadu na psychiku ženy a podporovali ji v pozitivní interpretaci výsledků. Cílem diagnostiky v těhotenství je podle Odenta (2011) informovat, nikoli děsit.

V porodnici v Pithiviers kladli důraz již na dojem z prvního setkání. Milé vzezření, slova, gesta a úsměv mají podle Odenta (2011) blahodárný vliv na průběh porodu. Při přijímání ženy k porodu se zdravotníci zajímali o rozličné faktory, které mohou mít při jejím porodu význam (jak se narodila, jaká je její rodinná „porodní tradice“, jaké má psychické postoje, představy o porodu atd.). Důležité pro ně bylo, aby se těhotná žena cítila v porodnici jako doma, co nejpříjemněji, obklopená důvěrně známými tvářemi. Za tímto účelem pořádali společná setkání s povídáním, zpěvem i tancem.

Zařízení porodních pokojů mělo rovněž vzbuzovat pozitivní emoce. „Primitivní“ porodní pokoj v Pithiviers byl zařízen v tlumených tónech a měl regulovatelné osvětlení. Pro pohodlí ženy zde byla prostorná postel. K dispozici byly hudební nahrávky a lednice s pitím. Ve druhém pokoji, laděném do modré barvy, měly ženy možnost využití porodního bazénku (Odent, 2011).

V počátku porodu v porodnici v Pithiviers doporučovali ženám procházení (domů či po oddělení). Stejně tak při porodu měly ženy svobodu pohybu, pouze s vysvětlením nevýhod ležení na zádech, kdy dochází ke stlačení aorty. Byly povzbuzovány, aby se plně poddaly svému prožitku a zbavily se sebekontroly. Odent (2011) a jeho spolupracovníci totiž vyzorovali, že pokud se žena v průběhu porodu cítí bez zábran, dostává se do stavu změněného vědomí až extáze (podobně u Dick-Reada). Zapomíná na společenské konvence, přestává si uvědomovat sebe samu, spontánně hledá a nachází pozice, které jí vyhovují. Tyto se podle Odenta (2011) ukazují rovněž jako fyziologicky nejvýhodnější. Po porodu žena ví, jak dítě držet, jak ho kojit, stejně jako novorozenec ví, jak hledat prs své matky. Z těchto důvodů, a protože každá žena i porod jsou odlišné, nebyli v radách mechaničtí ani dogmatictí.

Pozitivní účinky na průběh porodu vyzoroval Odent (2011) a jeho spolupracovníci u faktorů, které tlumí aktivitu mozkové kůry (neokortexu) ženy, jako jsou tlumené osvětlení, ticho, klid, teplo a nerušené soukromí (Odent, 2011). Jak píše Croftová (2011, s. 33) „*perfektní místo pro porod je také perfektní místo pro spaní*“. Důležité podle Odenta (2011) rovněž je, aby rodička měla pocit svobody dělat hluk a rodit v jakékoli poloze. Naopak prudké osvětlení, náhlé zvuky, nepřítomnost porodních asistentek, omezování pohybu (Odent, 2011), přístroje nahánějící strach, neznámé zvuky a neustálý proud cizích osob, snižují pravděpodobnost toho, že žena dosáhne potřebného rozpoložení (Odent, 2013).

Aktivitu neokortexu snižuje hormon melatonin produkovaný ve tmě (čímž člověku umožňuje usnout). Naopak ji stimuluje mluvení. Jak píše Odent (2013, s. 22) „*Bude nám trvat*

dlouho, než znovu objevíme význam ticha a než přijmeme, že převládající kvalitou porodní asistentky by měla být její schopnost držet pusu zavřenou.“ Pokud chce doprovod ženu podpořit, měl by používat jednoduchá slova, kterým by rozumělo i malé dítě (Odent, 2011).

Stejně jako Dick-Read (2013) považuje Odent (2011) za stežejní při poskytování péče o ženu během porodu, aby zdravotníci rodičku podporovali a odhalovali faktory, které průběhu porodu prospívají a které jej narušují. Zkušení a empatictí zdravotníci dokáží vnímat ženiny pocity klidu, napětí či strachu dotekem, podle struktury a vlhkosti její kůže. Není vhodné, aby ženu vyzývali např. k tlačení apod., protože tyto rady mohou být v konfliktu s jejím prožíváním a mohou ji negativně ovlivnit.

V první době porodní jsou ženy podle Odenta (2011) až magicky přitahovány vodou. V ní se snáze uvolní a cítí méně bolesti. Ve druhé době porodní (fáze vypuzovací) rodičky většinou spontánně z vody vystoupí a cítí potřebu aktivněji pomáhat dítěti na svět. Často mají nepřítomný, vzdálený pohled, jako by byly v jiném světě, a promluví maximálně jednoduché věty. Spontánně zaujímají polohu v kleče či zachycení se za něco nebo někoho. Tento stav vypovídá podle Odenta (2011) o dobré hormonální rovnováze a je zřejmou známkou plného otevření děložního hrdla. V tuto chvíli, jako by se celé ženino tělo otvíralo s charakteristickým křikem, uvolněním svěračů a rozevřením nohou. Přírozený vypuzovací reflex však může být čímkoli narušen, například nuceným přesunem na porodní sál, přímým pohledem do očí, či slovy (Odent, 2011). K reflexnímu vypuzení nemůže dojít, pokud je porod veden. V tomto případě musí žena dítě volným úsilím vytlačit (Odent, 2013). Po průchodu porodními cestami zdravotníci v Pithiviers dítě většinou jen zachycovali, nepřidržovali hráz, ani se nedotýkali hlavičky (Odent, 2011).

Odent (2011) odmítal umělé zásahy do hormonální rovnováhy při porodu. Podle něj, mají negativní vliv na průběh porodu i láskyplné chování matky k dítěti. Tímto, podle Odenta (2011) v porodnici v Pithiviers navraceli ženám důstojnost a kontrolu nad porodním procesem. To se Odentovi (2011) jeví zároveň jako nejbezpečnější způsob porodu. Hormonální rovnováha doprovázející instinktivní stav, který umožňuje spontánní porod, zahrnuje produkci oxytocinu a endorfinů. Tyto hormony tlumí bolest, úzkost i strach a navozují pocit blaha a alfa aktivitu mozku. Jsou přítomné také při běhání, modlitbě, meditaci a józe. Endorfiny hrají roli v přátelství, lásce, sexu a láskyplných vztazích všeho druhu, kde vyvolávají pečovatelské chování a vzájemné vztahy závislosti. Přítomností hormonů oxytocinu a endorfinů lze podle Odenta (2011) vysvětlit vznik mateřského chování i bez

porodu a dokonce i u mužů. Hladina endorfinů je v krvi matky po vaginálním porodu vyšší než po císařském řezu (Odent, 2011).

Odent (2013) poukazuje na podobnost procesu porodu a sexuálního vyvrcholení. Pro porod i orgasmus je společná vysoká hladina oxytocinu a citlivost k narušení vnějšími vlivy. V případě narušení vnějšími vlivy dojde v organismu ženy k sekreci hormonů, příbuzných adrenalinu. Tyto látky působí protikladně oxytocinu. Tlumí porodní stahy, zvyšují bolestivost, tlumí kojení i nejhlubší prožívání sexuality. Jsou produkovány, pokud je člověku zima nebo má strach. Adaptivní funkce adrenalinu při porodu spočívá v umožnění odsunutí porodu či rychlém porození (podle pokročilosti procesu porodu), aby se žena s dítětem mohla dostat do bezpečí z prostředí, které u ní vyvolává stresovou reakci.

Hladina oxytocinu je v životě ženy podle Odenta (2013) nejvyšší právě ve chvíli vypuzení dítěte. Výzkum porodů, probíhajících v podmínkách maximálního soukromí a bezpečí, podle Odenta (2013) ukazuje, že porod může být pro ženu orgasmickým či extatickým zážitkem. Podmínkou však je, že žena nesmí být při porodu a po něm nijak vyrušována, musí být v teplém prostředí a v klidu poznávat své dítě tělesným kontaktem. Tento okamžik v naší kultuře nastane velmi zřídka, protože ženu a dítě zdravotníci vyruší. I překotné porody jsou ho prosty z rušivého kulturního přesvědčení ženy, že není schopna porodit sama. Přítomnost orgasmických prožitků při porodu dokládá např. studie Postel (2013). Podle ní je přítomnost orgasmických prožitků při porodu známá i většině porodních asistentek. Podle Davisové a Pascali-Bonarové, autorek knihy *Orgasmický porod* (2014), znamená orgasmický porod porodit s důvěrou, otevřeností a v napojení na své tělo.

Rolí oxytocinu (nejen) v ženském reprodukčním chování se věnuje také např. článek Magon a Kalra (2011). Oxytocin podle nich má zřejmě centrální úlohu v sociálním chování. Kodyšová (2014) uvádí přehled mnoha studií zabývajících se moderující funkcí oxytocinu v sociální percepci. Zvýšená hladina oxytocinu během porodu podle Kodyšové (2014) ovlivňuje ženinu sociální percepci, reguluje a zvýrazňuje její emoční prožívání. Ovlivňuje tak její interakce s přítomnými osobami (Kodyšová, 2014). Podle Zelkowitz et al. (2014) zvýšená hladina endogenního oxytocinu v průběhu těhotenství a 8 týdnů po porodu u žen s vysokou mírou psychosociálního stresu souvisí s nižším výskytem depresivních symptomů a citlivějším mateřským chováním. Podle Bell, Erickson a Carter (2014) je zapotřebí budoucí výzkum vlivu syntetického oxytocinu podávaného v moderní porodní a poporodní péči. Endogenní oxytocin je podle nich klíčovou složkou v přechodu k mateřství, ovlivňuje

molekulární dráhy tlumící stresovou reaktivitu, podporuje pozitivní náladu a reguluje zdravé mateřské chování včetně laktace.

Další autoři zaměřující se na prožívání porodu ženou

Francouzský porodník Leboyer se proslavil svojí knihou *Porod bez násilí* (1991) z roku 1975. Zde píše, že žena může vnímat porod jako příjemný, pokud se dopracuje do stavu vnitřního klidu bez myšlenek. Pokud žena zná dobře své tělo, dokáže porodit bez bolesti. Při porodu Leboyer (1991) doporučoval zejména s ohledem na dítě ticho, tlumené osvětlení, trpělivost, nenaléhavost, něžnost i příjemnost materiálů. Tiché mluvení utěšuje i ženu.

Kitzingerová (2004), britská sociální antropoložka a propagátorka přirozeného porodu, ve svém přístupu neapeluje na nepřítomnost bolesti, protože její přítomnost může být pro ženy, které očekávají bezbolestný porod, šokující. Zdůrazňuje však přidané kvality porodu, díky kterým může žena růst ke spirituálnímu a psychologickému naplnění. Základem přístupu Kitzingerové (2004) je obeznámení ženy se svým tělem a možnostmi cílené relaxace a dýchání. Prostřednictvím této přípravy rodička pak dokáže lépe spolupracovat s porodními kontrakcemi. Zdravotníci by měli podle Kitzingerové (2004) rodičku při porodu podporovat a doporučovat jí možnosti úlevy a účinné prostředky pomoci porodnímu procesu.

Důležitost respektu k přirozeným rytmům porodu zdůrazňují Klaus, Kennell a Klausová (2004), profesoři pediatrie a psychoterapeutka. Děložní hrdlo potřebuje čas na plné otevření, hormony na to, aby se projevíly v plné síle, dítě na to, aby se otáčelo a posouvalo porodním kanálem, žena na to, aby se dostala do vhodného porodního rozpoložení. Zdůrazňují rovněž nepřetržitou, nevtíravou, soucitnou a zkušenou podporu ženy během porodu, nejlépe vybranou ženou, kterou nazývají dula (blíže v oddíle 1.5.1).

K velmi podobným závěrům jako Odent (2011) dochází Balasková (2010), jíž při jednom z jejích vlastních porodů Odent asistoval. Je zakladatelkou Hnutí za aktivní porod a působí v oblasti předporodní přípravy. Zdůrazňuje důležitost aktivity rodičí ženy při hledání optimálních poloh a využívání působení gravitace. Domnívá se, že porod může být pro ženy krásnou zkušeností doprovázenou pocitem vnitřní kontroly a intuitivního vědění s minimálním dopadem na zdraví rodičky i dítěte. Při porodu v optimálních podmínkách je pozornost ženy obrácena dovnitř, jakoby se celý svět odehrával v jejím těle. Žena odlišně vnímá čas. Přítomné, minulé a budoucí pro ni splývá v jedno. Podle Balaskové (2010) během porodu vzniká velmi intimní spojení mezi ženou, jejím tělem a dítětem.

Důležité podle Balaskové (2010) je, aby se žena porodnímu procesu poddala a důvěřovala mu, přestala se kontrolovat, opustila myšlení a otevřela se neznámému. Má se nechávat postupně vést přirozeným mimovolným rytmem svého těla. Prochází mnoha intenzivními pocity od agonie po extázi, pocity zoufalství, slabosti, odvahy i síly, vyčerpání i neskutečného nabití energií. Bolest je jen jedním z mnoha intenzivních pocitů, které žena cítí. Odstraní-li se bolest, odstraní se většinou i ostatní pocity (Balasková, 2010).

Americká porodní asistentka Gaskinová (2010), stejně jako Odent (2011), Dick-Read (2013) a mnozí další autoři, zdůrazňuje pozitivní přístup k těhotenství a porodu. Porod je pro Gaskinovou (2010) jedinečnou a posvátnou událostí v životě ženy. Za nevhodné považuje označování porodních kontrakcí „bolesti“. Sama je nazývá „porodní návaly“ (myšleno návaly energie). Zásadní je podle Gaskinové (2010) při porodu prožívání ženy. Ve své knize (Gaskinová, 2010) prezentuje mnoho porodních příběhů žen i svých vlastních postřehů k dokreslení toho, jak různé psychické (popisované jako energetické) nuance porod urychlovaly (např. projevy lásky, včetně fyzických- jako je líbání, mazlení s partnerem atp.), či zpomalovaly (konflikty, zejména partnerské).

Česká porodní asistentka Königsmarková (Doležalová, 2006) se stejně jako Odent (2011, 2013) domnívá, že žena sama nejlépe ví, co je pro ni a pro dítě při porodu dobré. Avšak většina žen v současné době podle Königsmarkové nedůvěřuje svému tělu, ale spíše lékařům. Domnívají se totiž, že lékaři znají tělesné pochody nejlépe. Každý organismus je však jedinečný a nejvíce svému tělu rozumí právě žena. Označení porodní „bolesti“, je podle názoru Königsmarkové nepřesné, protože se jedná spíše o pocity obrovského napětí. Königsmarková (Doležalová, 2006) doporučuje rodičkám poddat se procesu porodu a uvolnit se. Snaha o rozumovou kontrolu průběhu porodu podle Königsmarkové porodu brání. Porodní asistentky by podle Königsmarkové měly nabízet ženám zejména psychickou podporu. Stejně jako Gaskinová (2010), Dick-Read (2013), Odent (2011) a jiní autoři totiž Königsmarková (Doležalová, 2006) považuje za nejdůležitější faktor vývoje porodu psychické prožívání ženy. V případě potřeby ženám doporučuje vhodné polohy či masáž bederní oblasti.

Podle české porodní asistentky Ratislavové (2008) je žena většinou v počátku děložních kontrakcí nervózní a hledá oporu. Kontrakce v průběhu porodu sílí a žena od nich již nemůže odvracet pozornost. V tuto chvíli většinou odjíždí do porodnice. Má potřebu pohybu, podpory okolí a pocitu bezpečí. Ke konci fáze otevírání porodní branky se cítí většinou vyčerpaná a mění se její tělesné pocity. Cítí potřebu tlačení, jak hlavička postupuje

v pánvi. Mnohdy jsou přítomné pocity zoufalství, že porod ještě nekončí. Při plně otevřené porodní brance rodička získává pocit kontroly nad situací a začíná využívat své síly při tlačení. Může být zmatená z nových pocitů bolesti a pálení v pochvě při tlačení a ztrácet odvalu k tlačení. Zde je na místě podpora ženy zaměřená na uvolnění svalů pánevního dna.

Česká porodní asistentka Štromerová (2010) zdůrazňuje, že žena potřebuje v počátku porodu maximální podporu porodní asistentky. Rodička je spíše v kontaktu s okolím, uvažuje a diskutuje o probíhajícím procesu porodu. Porodní asistentka by měla ženě v této fázi dobře naslouchat a vnímat signály, které vysílá. Jakmile se žena dostane do procesu porodu, kontakt s okolím mizí, žena se uzavírá do sebe, svého těla a jedná instinktivně, podle intuice. Soustředí se na to, jak s kontrakcemi spolupracovat a mezi kontrakcemi odpočívat. Pro to, aby se žena mohla uvolnit, potřebuje příjemné, teplé, útulné prostředí, ve kterém má pocit bezpečí a soukromí. Dále jí může pomoci klidné dýchání, úlevové polohy a přirozené prostředky k tlumení bolesti (např. teplo, masáž). Na nedostatečném uvolnění v závěrečné fázi porodu se podle Štromerové (2010) mohou podílet různé obavy ženy. Uvolnění může rodičce napomoci dýchání zaměřené na výdechy (nádechy dodávají sílu) i vydávání hlubokých zvuků (např. „hů“).

Autoři uvedení v této podkapitole zdůrazňují hormonálně podmíněnou instinktivní povahu procesu porodu. Žena se při takovém porodu řídí svými pocity. To se výše uvedeným autorům jeví jako nejvýhodnější pro ženu, pro dítě, a díky eliminaci obtíží v důsledku nezasahování do procesu porodu, i pro zdravotníky. Přirozený průběh porodu může být ohrožován jak zásahy zdravotníků, tak obavami ženy. Z tohoto důvodu musí zdravotníci citlivě vnímat, co porodu konkrétní ženy prospívá a co naopak, a pomáhat ženě k naplnění jejích potřeb a uvolnění. Pro eliminaci obav je důležitá zejména citlivá podpora ženy v průběhu porodu a příjemné prostředí. Takto nenarušovaný porod může být pro rodičku psychologicky i spirituálně obohacujícím zážitkem.

Zkušenost přirozeného porodu se liší od prožitku porodu s vnějšími zásahy, zejména porodu instrumentálního- za využití nástrojů (porodních kleští, vakuumextraktoru, či porod císařským řezem). Na souvislost spokojenosti s perinatální péčí s typem porodu poukazuje např. studie Conde et al. (2008). Psychologickými charakteristikami porodu s vnějšími zásahy se věnuje v následujícím oddíle.

1.2.2 Porod s vnějšími zásahy

Jak je uvedeno v předchozím oddíle, podle Gaskinové (2010), Odenta (2011), Dick-Reada (2013) a dalších autorů se množství intervencí během porodu odvíjí od celkových podmínek, za kterých se porody odehrávají (psychosociální klima). Množství zásahů při porodu je nižší, pokud je porod veden porodními asistentkami, nikoli lékaři (Begley et al., 2011; Sutcliffe et al., 2012; Symon et al., 2007; Takács, Kodyšová et al., 2012). Blíže v podkapitole 2.4.

Charakteristiky rodiček ve vztahu k typu porodu uvádí studie Kringeland, Daltveit a Møller (2010) (na téměř 40 tis. rodičkách). Porodit přirozeně zde měly větší šanci vícerodičky, ženy se vzděláním delším než 12 let, mladší 25 let, s jedním plodem a s nízkým skórem úzkosti a deprese. Prvorodičky porodily přirozeně ve 29,3 %, s intervencemi v 56,1 % a sekci ve 14,5 %. Vícerodičky porodily přirozeně v 61,1 %, s intervencemi ve 30,6 % a 8,3 % žen mělo císařský řez. Vliv věku, vzdělání, úzkosti a deprese byl u vícerodiček méně výrazný, než u prvorodiček. Ženy s nižším vzděláním měly méně často přirozený porod a také nejvíce elektivních císařských řezů.

Hildingsson, Rådestad a Lindgren (2010) porovnávaly skupiny žen, které plánovaly porod sekci a domácí porod. Ženy plánující porod sekci měly častěji nadváhu, nižší vzdělání, častěji byly kuřačky a více se obávaly ohrožení života dítěte (tato obava mohla vést k volbě porodu sekci). Ženy, které plánovaly domácí porod, byly s porodní péčí, svojí účastí na rozhodování i podporou porodní asistentky spokojenější. Cítily vyšší kontrolu (3x) a měly pozitivnější porodní zkušenost. Tyto ženy si musely domácí porod samy domluvit a zaplatit. Díky tomu pravděpodobně musely mít dobrý, spolupracující vztah s vybranou porodní asistentkou v průběhu těhotenství.

Podle Tschudin et al. (2009) může k volbě porodu sekci vést negativní předchozí porodní zkušenost. Podle Xu, Guo, Huang a Chen (2014) jsou elektivní císařské řezy častější u žen s úzkostí a strachem spojenými s porodem a depresivními symptomy. Jako možnosti prevence se nabízí předporodní příprava vedoucí ke snížení obav z porodu (viz oddíl 1.5.2) a rozpoznávání a mírnění příznaků úzkosti a deprese.

Instrumentální porod je také častější u indukovaného porodu, jak prokazuje studie Henderson a Redshaw (2013c). Indukci mělo 20 % žen. Častěji prvorodičky, ženy s dlouhodobými zdravotními problémy a specifickými problémy vázanými na těhotenství. Ženy s indukovaným porodem byly celkově méně spokojené s péčí. Témata, která rodičky

zmiňovaly, byly znepokojení ze zpoždění porodu, nedostatek personálu, přehlížení, bolest a úzkost ve spojitosti s náběhem indukce i jejím průběhem. Ve vztahu k neúspěšné indukci byly hlavními tématy nenaplněné plány, zmařená snaha a pocity neúspěchu a zklamání.

Ženám po porodu císařským řezem podle Čepického (1999) chybí prožitek přirozeného ukončení těhotenství. Tato nekompletnost zážitku vytváří psychickou tenzi. Žena může mít ambivalentní pocity osvobození i nenaplnění touhy porodit jako jiné rodičky. Mnohdy se ženy po porodu císařským řezem obviňují, cítí podvedené, frustrované a zklamané. Sociálně se stahují. Mívají pocity „selhavšího inkubátoru“. Obviňují se z nesplnění sociálního očekávání. Jsou často více zaměřené na sebe a cítí se méně schopné pečovat o své dítě. Mají více psychosomatických symptomů. Rozvoj vazby matka-dítě u nich narušen není (Čepický, 1999).

Padawer, Fagan, Janoff-Bulman, Strickland a Chorowski (1988) poukazují na menší porodní spokojenost žen po císařském řezu, nikoli však horší poporodní psychologické přizpůsobení. Salmon a Drew (1992) uvádí vnímání císařského řezu jako méně náročného, ale také méně naplňujícího a více distresujícího, než klešťový a neasistovaný porod. Podle studie Gottlieb a Barrett (1986) mají ženy po císařském řezu více porodních komplikací, vyšší výskyt poporodní deprese a obtížnější rekonvalescenci po porodu.

Roli ve vnímání porodu císařským řezem však hraje také příprava ženy na něj. Podle Čepického (1999) jsou negativní pocity žen po porodu císařským řezem méně výrazné, pokud je císařský řez proveden dvě a více hodin po přípravě na něj, u opakované sekce, při epidurální anestezii a také pokud je porodu přítomen otec. Psychologické rozdíly mezi ženami po císařském řezu a spontánním porodu mizí podle Čepického (1999) během jednoho roku. Z žen po porodu sekci se však častěji stávají overprotektivní matky (Čepický, 1999).

Ve studii Blomquist, Quiroz, Macmillan, McCullough, & Handa (2011) bylo hodnocení porodu císařským řezem dokonce lepší než vaginálního porodu. Ženy měly 8 týdnů po plánovaném císařském řezu vyšší skóre naplnění, nižší skóre distresu, menší množství obtíží a celkově lepší porodní zkušenost, než ženy po plánovaném vaginálním porodu. Naopak neplánovaný císařský řez měl ve studii Van Reenen a van Rensburg (2013) negativní vliv na rovoj identity s mateřskou rolí, formování vyrovnaných vazebných (attachment) reprezentací, schopnost péče a počáteční bonding mezi matkou a dítětem.

Ve studii Shorten a Shorten (2012) byly nejspokojenější ženy po spontánním vaginálním porodu, méně s elektivním opakovaným císařským řezem, dále s akutním

císařským řezem a nejméně byly spokojené ženy po instrumentálním vaginálním porodu. Ženy po instrumentálním vaginálním porodu a akutním císařským řezu měly více poporodních zdravotních problémů a byly nejméně ochotné родit opakovaně stejným způsobem. Cordero et al. (2013) také potvrzují vyšší spokojenost žen po nekomplikovaném porodu.

V této podkapitole jsem se věnovala souvislostem porodů s vnějšími zásahy. Nejméně spokojené jsou podle výše uvedených studií rodičky po akutním císařském řezu a instrumentálním vaginálním porodu. Spokojenost žen je většinou nejvyšší po porodech bez vnějších zásahů. Studie Blomquist et al. (2011) však uvádí vyšší spokojenost žen po plánovaném císařském řezu než plánovaném vaginálním porodu. Zde pravděpodobně sehrála roli kvalitní příprava žen k porodu, konkrétní okolnosti průběhu porodu i charakteristiky žen. Zohledňování specifického prožívání situací, kdy je do porodu ženy zasahováno, je důležité pro zvýšení spokojenosti žen s perinatální péčí. V následující podkapitole se věnuji psychologickým charakteristikám poporodního období.

1.3 Poporodní období a navazování vztahu matka-dítě

V poporodním období je podle mnoha autorů zásadní umožnění bezprostředního kontaktu dítěte s matkou, jednak z důvodu senzitivní periody pro vytváření vztahu mezi matkou a dítětem a také pro uvolnění placenty, a tím prevenci poporodního krvácení a následného poporodního šoku ženy, jak dokládám v následující podkapitole.

Podle Dick-Reada (2013) je kontakt matky a dítěte bezprostředně po porodu ovlivněn prožitkem porodu. Ženy po bolestivém porodu plném strachu a obav podle Dick-Reada (2013) své děti po porodu stěží vítají, když jim způsobilo takovou bolest. Naopak ženy na porod připravené jak fyzicky tak psychicky vzpomínají na porod jako na nejněžnější vzpomínky mateřské lásky. Dick-Read (2013) nesouhlasí s tím, že by na právě narozeném dítěti bylo před omytím něco nehezkeho, což zdravotníky vede k jeho rychlému omývání a balení. I pláč dítěte je pro matku úžasným, extatickým, mystickým zážitkem. Ženy tyto chvíle bezprostředního poporodního kontaktu podle Dick-Reada (2013) často popisují jako největší štěstí jejich života. Spirituální atmosféra tohoto okamžiku je podle Dick-Reada (2013) znatelná i pro personál.

Podle Dick-Reada (2013) kontakt s dítětem po porodu urychluje oddělení placenty, které se pak často obejde bez krvácení a následného poporodního šoku. Rovněž dochází

k prvnímu přiložení dítěte k prsu. Kojení má pro ženu ztišující účinek a je jí prospěšné, zejména pokud je napjatá a úzkostná (Dick-Read, 2013).

Pozitivní vliv bezprostředního kontaktu matky s dítětem a prvního přiložení dítěte k prsu na odloučení placenty dokládají i Odent (2011), Gaskinová (2010) či Königsmarková (Doležalová, 2006). Podporou tohoto pozorování mohou být rovněž následující doporučení pro bezpečné odloučení placenty: podávání oxytocinu (je vyplavován při kojení a způsobuje děložní kontrakce), opožděné zasvorkování pupečníku, odpouštění placentální krve, kontrolovaný tah za pupečník a děložní masáž (Castro Parreira & Gomes, 2013). Domnívám se, že umožněním bezprostředního poporodního kontaktu dítěte s matkou dochází k přirozenému naplnění těchto podmínek.

Odent (2011) považoval poporodní období za velmi důležité pro vytváření vztahu mezi matkou a dítětem, jeho celkovou osobnostní kapacitu pro lásku a navazování citových vazeb. Proto usiloval o vytvoření optimálního prostředí pro budování důvěrného vztahu mezi matkou a dítětem. Inspirováni Leboyerem (1991) v porodnici v Pithiviers podle Odenta (2011) usilovali o co nejšetrnější příchod dítěte na svět. Po jeho vypuzení dítě jen položili na pár vteřin do bezpečné polohy na zem s hlavičkou do strany a končetinami pod tělem, aby vytekly z úst zůstatky plodové vody. Dítě se poprvé nadechlo, zatímco zdravotníci vyzorovali změnu jeho barvy i svalový tonus. Ihned poté si matka dítě vzala do náručí. Pupeční šňůru většinou ještě zachovali. Snažili se nerušit tento jedinečný okamžik prvního přivítání. Kožní kontakt dítěte s matkou a silné pozitivní city stimulují sekreci oxytocinu. Oxytocin vyvolává další děložní stahy nezbytné pro vypuzení placenty. Na vypuzení placenty v Pithiviers nespěchali. Důležitější pro ně bylo, aby se placenta lehce uvolnila, než aby vyšla rychle (Odent, 2011).

Ihned po porodu rodičkám v porodnici v Pithiviers (Odent, 2011) umožnili dítě opláchnout ve vaničce s vlažnou vodou. Toto doporučovali pro slastný výraz dítěte. Jakoby mu voda připomínala prostředí v děloze. Dítě nikdy neměřili ihned po porodu. Jen přestříhli pupeční šňůru, zvážili ho a pak oblékli. Matka si dítě vzala k sobě, aby mohlo znovu nebo poprvé sát. Děti nebalili, neboť děti, které se nemohly libovolně dotýkat matčiny pokožky, z jejich zkušenosti, sály později. Novorozeně bradavku instinktivně hledá a matka mu ji pomáhá umístit do úst (Odent, 2011).

Z důvodu dobrého vtištění pachové stopy se v Pithiviers vyvarovávali dezinfekčním pachům v prostředí a přítomnosti mnoha osob (Odent, 2011). Citlivost matky na pach dítěte

dokládá např. studie Fleming et al. (1993). Dvojici dopřávali klid, ticho a přítmí, s ohledem na stále otevřené oči dítěte. Dítě podle Odenta (2011) potřebuje zejména lidské teplo, kolébání v náručí, něžný dotek, vřelost, vnímat matčin hlas, její vůni a pokožku. Nikoli jen sát, což vyzdvihovali psychoanalytici. Potřebu kontaktu zdůraznili podle Odenta (2011) až Lorenz a Tinbergen. Matka se díky neustálé blízkosti s dítětem rychle naučí znát jeho potřeby a touhy.

Po porodu placenty přecházeli matka s dítětem, případně i s otcem dítěte, do společné ložnice, kam si mohli zvát jakékoli hosty. Byli zahrnuti péčí porodních asistentek a žen, které se staraly o úklid a podávání jídla. Měli tak naprostý klid od materiálních starostí a mohli se plně soustředit na své dítě a na sebe. Jejich rozvíjející se vztah nenarušovala žádná nemocniční pravidla či procedury. Z porodnice mohli odejít kdykoli, většina žen preferovala první dva dny, nebo pak až čtvrtý či pátý den po porodu z důvodu přeměny mleziva v mateřské mléko (Odent, 2011).

Podle Odenta (2011) v Pithiviers ženy jen zřídka upadaly do deprese, což přičítal zejména způsobu vedení porodu, nezasahování do hormonální rovnováhy ženy, povzbuzujícímu prostředí na klinice a vysoké aktivitě matek v péči o dítě, která v nich vytváří pocit naplnění a samostatnosti.

Langmeier a Krejčířová (2006) uvádí, že žena ihned po porodu dává najevo intenzivní přání, aby dítě otevřelo oči a pohlédlo do jejích. Jakmile to dítě učiní, vzájemná interakce má podobu téměř obřadní. Probíhá na základě bezděčného vzájemného vcítění a přináší matce i dítěti uspokojení. Je možné ji pozitivně ovlivnit zejména vytvářením optimálních podmínek a povzbuzováním ženy k častému kontaktu s dítětem. Vhodný je kožní kontakt, časté kojení, hra a jiný něžný kontakt. Optimální podmínky v tomto směru utváří nepřetržitý pobyt dítěte spolu s matkou co nejdříve po porodu nazývaný jako rooming-in (Langmeier & Krejčířová, 2006), který se v ČR se začal zavádět v roce 1977 (Sobotková & Štembera, 2003c).

Pečovateľské chování vůči dětem je možné podle etologických studií a pozorování chování lidí vyvolat i u samců (i mužů) a šestiletých (či osmiletých) dívek i chlapců (Langmeier & Krejčířová, 2006). V rané interakci má zásadní důležitost nikoli její četnost, ale kvalita. Z jejích kvalit je nejdůležitější synchronizovanost (kontingentní reaktivita) „v čase“ (rychlost reakce matky na projevy dítěte) a emocích (zrcadlení mimikou, způsobem řeči atp.). Tento zážitek „styčnosti“ je důležitý pro rozvoj „kompetence“ dítěte, rozvoj jeho schopností zvládat problémy, učení a pocitu vlastní hodnoty (Langmeier & Krejčířová, 2006). Interakci

mezi matkou a dítětem a rozvoji jejich vztahu se věnuje např. Stern (2007) či Brazelton a Nugent (1995).

Synchronicitu interakce ovlivňuje kvalita a funkčnost smyslů dítěte, jeho adaptace na prostředí a celková dráždivost (Šulová, 2005). Významným rizikem jsou pro dítě perinatální stresory, zejména hypoxie při porodu, které mohou vést až k poškození mozku, případně rozvoji ADHD (Zappitelli, Pinto, & Grizenko, 2001). U matky synchronicitu ovlivňuje její osobnostní zralost, připravenost na mateřství, postoj vůči dítěti, převzaté výchovné praktiky, schopnost empatie, temperament, motorická koordinace a sebedůvěra. Dále momentální biopsychosociální situace jako zdraví, množství a kvalita odpočinku, přijímání okolí, ekonomická situace, množství dětí v péči, případná závislost či psychiatrická diagnóza (Šulová, 2005).

Speciální pozornost by měla být věnována matkám, jejichž těhotenství bylo nechtěné (Kokubu, Okano, & Sugiyama, 2012; Langmeier & Krejčířová, 2006). Vůči nedostatečné podpoře jsou vnímavější matky nedonošených dětí (Dittrichová, Papoušek, & Paul, 2004) narozených mezi 23. a 27. gestačním týdnem (Šulová, 2005). Možností podpory rané interakce může být perinatální výcvik pro matky, který ženám pomáhá porozumět potřebám a projevům potřeb jejich dětí (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Ke vzájemné interakci jsou připraveni, jak matka, tak dítě. Následující řádky jsou věnovány podrobnějšímu popisu jejich vrozených předpokladů.

a) připravenost dítěte k interakci s matkou (pečovateli)

Z autorů, kteří se zabývali prenatální a perinatální psychologií dítěte je možné jmenovat např. Ferencziho, Grabera, Ranka, Fodora, Vernyho, Chamberlaina, Fodor-Freybergha (Ratislavová, 2008). V současné době díky rozvoji diagnostické techniky stále narůstá množství poznatků o prenatálním vývoji dítěte (Šulová, 2005). Langmeier a Krejčířová (2006) shrnují soudobé poznatky o prenatálním vývoji tak, že:

- 1) plod je velmi brzy připravován pro činnosti, nutné pro přežití a vzájemnou interakci se světem po narození;
- 2) je aktivní, ovládá („kontroluje“) prostředí;
- 3) již v prenatálním období získává schopnost sociální interakce.

Schopnosti dítěte se po porodu rychle zdokonalují. Hlavními stavy novorozence jsou podle Brazeltona a Nugenta (1995) hluboký spánek, lehký spánek, dřímota, klidná bdělost,

bdělost s aktivitou a pláč. Šulová (2005) uvádí, že je novorozenec vybaven mnoha vrozenými reflexy (např. úchopovým, pátracím, sacím, úlekovým). Vzhledem k širokému smyslovému repertoáru novorozence se toto vývojové období někdy označuje jako senzomotorické (Šulová, 2005). Chování, které novorozence uschopňuje k sociálním interakcím, se nazývá protosociální. Zahrnuje např. preferenci lidského hlasu před jinými zvuky, vyšší zájem o lidský obličej, než o jiné vizuální podněty, silnější úchopový reflex při kontaktu s prstem než např. s hůlkou, živější plazivé pohyby v kontaktu s obnaženou kůží, odlišení pachu matky od jiných, odlišné typy pláče pro vyjádření různých stavů jako hlad, bolest aj. (Langmeier & Krejčířová, 2006). Již vzhled novorozence (např. velké zornice, tvar těla), jeho půvab podle Morrise (1995) dokáže proměnit rodiče v bezmezně milující ochránce.

b) připravenost matky (pečovatelů) k interakci s dítětem

Stejně jako dítě jsou k rané interakci vybaveni i rodiče. Chování, které člověku umožňuje adekvátně reagovat na potřeby dítěte, bývá označováno jako intuitivní rodičovství. Bylo vymezeno prostřednictvím analýzy videozáznamu interakcí rodičů s dětmi. Je chápáno jako fylogeneticky daná predispozice umožňující pomáhat dítěti v naplňování jeho potřeb (Dittrichová, 2008).

Rodiče jsou pozitivními signály dítěte zpětně odměňováni, což posiluje vzájemnou vazbu a důvěru rodičů ve své vychovatelské schopnosti. Intuitivní rodičovství může být negativně ovlivněno biologickými nebo sociokulturními vlivy. V zájmu společnosti by měla být podpora (informační, psychologická, poradenská) rodičů v jejich náročné (i krásné) a důležité roli (Dittrichová et al., 2004), protože vztah rodičů a dětí tvoří základ pro psychický vývoj dětí. V následujícím oddíle se věnuji navazování vztahu mezi matkou a dítětem po porodu, tzv. bondingem.

1.3.1 Bonding

Prostřednictvím rané interakce mezi matkou a dítětem se mezi nimi vytváří emocionální pouto. Z etologického hlediska jsou primáti jako řád extrémně sociální. Vytváří dlouhodobý a úzký vztah se svými potomky. Pozorováním zvířat byla objevena senzitivní perioda bezprostředně po narození. Během této doby dochází ke vtištění (imprinting- Lorenz) prvního spatřeného objektu, který je pak následován. U člověka je tato vazba nazývána „attachment“ neboli citová vazba (Smallová, 2012).

Vytváření vazby mezi primárním pečovatelem a dítětem byla věnována pozornost již v období mezi 1. a 2. světovou válkou, kdy mnoho dětí vyrůstalo v ústavní péči (Šulová,

2005). Bowlby (2010), který se problematikou podrobně zabýval, odlišil připoutání (attachment) jisté, úzkostné vyhýbavé a úzkostné vzdorující/ambivalentní. „Attachment“ popsal jako silnou tendenci dítěte vyhledávat blízkost a kontakt s konkrétní osobou, zejména v situacích doprovázených nelibými pocity (např. vylekání, únava, nemoc). Jedná se o nejintenzivnější pouto, které k různým objektům a se slabší intenzitou přetrvává po celý život (Bowlby, 2010). Vazebné chování zvyšuje šance dítěte na přežití (Mitchell & Black, 1999).

Podle Smallové (2012) je vytváření vztahu (připoutání, attachment) bezprostředně po porodu (bonding) pro matku a dítě nejen přirozené, ale i nutné. Oddělování matky a dítěte je nepřirozené a praktikované pouze v západní kultuře. U člověka je však proces vytváření vazby podle Smallové (2012) mnohem pružnější, než u jiných živočišných druhů, a utváří se i dále v průběhu života. Člověk podle Smallové (2012) nemá „kritickou periodu“, ale „zlatou hodinku“ po porodu, která je pro rozvoj vzájemné vazby jednoznačně důležitá. Je to hodina seznamování a zamilovávání se.

Naopak o existenci senzitivní periody vypovídají následující studie. Dlouhodobý vliv tělesného kontaktu mezi matkou a dítětem ihned po porodu na jejich interakci uvádí studie Bystrova et al. (2009). Kožní kontakt, časné sání, nebo obojí během prvních 2 hodin po porodu ve srovnání se separací měly pozitivní vliv na mateřskou senzitivitu, dětskou seberegulaci a dyadickou vzájemnost v jednom roce po porodu. Negativní vliv dvouhodinové separace po porodu nebyl kompenzován praktikováním systému rooming-in. Zavínování dítěte také snižuje matčinu schopnost reagovat na dítě, její schopnost afektivního napojení na dítě a dyadické vzájemnosti. Dumas et al. (2013) potvrzují, že separace a balení dítěte po porodu má vliv na interakci mezi matkou a dítětem 4. den po porodu. Matky, které byly od svých dětí po porodu oddělené, se chovaly k dětem hruběji. Mehler et al. (2011) prokázali, že předčasně narozené děti, které jejich matka viděla během prvních 3 hodin po porodu, měly větší pravděpodobnost bezpečné vazby, než děti bez časného kontaktu. Rovněž O'Higgins, Roberts, Glover a Taylor (2013) prokázali, že attachment v prvních týdnech (a také postnatální deprese matky) koreluje s attachmentem v jednom roce. Se selháním bondingu souvisí podle Sockol, Battle, Howard a Davis (2014) kromě deprese matky, také suicidální tendence uváděné matkou, demografické charakteristiky a způsob porodu.

Přes důležitost raného připoutání ihned po porodu není stále v našem zdravotním systému všude a plně umožňováno (Mrowetz, Chrastilová, & Antalová, 2011; Takács, 2012). Pro podporu bondingu je zapotřebí nerušený kožní kontakt, umožnění vizuálního kontaktu a

nápomoc k prvnímu přisátí dítěte. Stejně tak důležité je nemytí novorozence i matky pro dobré zachycení pachové stopy oběma partnery v komunikaci (Mrowetz et al., 2011).

Matky po bezprostředním poporodním kontaktu s dítětem většinou instinktivně touží a nenaplnění této touhy se negativně odráží na jejich hodnocení perinatální péče. Z psychologického i fyzického hlediska je důležitost bezprostředního kontaktu matky a dítěte po porodu zdůrazňována všemi autory, uvedenými dosud v podkapitole 1.3. Po vylíčení důležitosti časného kontaktu matky s dítětem se budu nyní věnovat tématu kojení. Jaký vliv mají psychosociální aspekty perinatální péče na kojení dítěte matkou, se čtenář dozví v následujícím oddíle.

1.3.2 Kojení

Podpora kojení ze strany porodních asistentek (Rudman & Waldenström, 2007) a kojení dětí brzy po porodu jsou spojeny s vyšší spokojeností rodiček s perinatální péčí (Cordero et al., 2013). Dlouhodobější kojení (odvíjející se od jeho úspěšného nastartování) souvisí s citlivější reaktivitou matky, jistou vazbou matka-dítě a nižším výskytem vazby dezorganizované (Tharner et al., 2012). Význam kojení byl zdůrazňován již psychoanalytiky. Jeho vliv je komplexní. Zahrnuje např. uspokojení spojené s vnímáním matčiny tváře, percepce kontaktní splývající s distální (nekontaktní), vytváření vzpomínkových stop, které souvisí s uspokojením či frustrací a postupné chápání existence objektu nezávislého na vlastní existenci dítěte. Takto dochází k rozvoji poznávacích schopností dítěte (Šulová, 2005).

Čepický (1999) uvádí výsledky mnoha studií, týkajících se kojení. Podle nich kojí spíše ženy s vyšším vzděláním a socioekonomickým statusem, vyšší podporou partnera a okolí a ty, u nichž je rodinná tradice kojení. Negativní dopad na kojení má užití umělé výživy v prvních dnech života dítěte. Pozitivně působí včasné přiložení a volný režim kojení.

Vlivy psychosociálního klimatu porodnice (souhrn faktorů, ovlivňujících to, jak se žena v porodnici cítí) na kojení prokázaly ve své studii Takács et al. (2011b). Největší význam měla atmosféra porodnice a přístup zdravotníků v období po porodu. Zejména jejich ochota, vstřícnost, schopnost empatie, poskytování psychické podpory a kvalitní komunikace (míra a kvalita). Pro ženy hrálo rovněž důležitou roli aktivní nabízení pomoci s kojením (Takács et al., 2011b).

Aktivní podpora kojení a povzbuzování porodních asistentek ke kojení byly ve studii Oakley, Henderson, Redshaw a Quigley (2014) spojeny se snížením počtu ukončení kojení

10. den i v 6 týdnech po porodu. Kromě těchto faktorů uvádí Henderson a Redshaw v mladší studii z roku 2011 největší roli předporodního záměru kojit. V prvních dnech po porodu souviselo kojení s věkem matky, nepřítomností klinických problémů u dítěte a krátkou dobou setrvání v porodnici po porodu. Tři měsíce po porodu bylo kojení spojeno s faktory sociodemografickými a z průběhu porodu. Celkově hrálo roli přijímání konzistentních doporučení a praktická pomoc s kojením (Oakley et al., 2014).

Takács, et al. (2011b) také prokázaly již zmíněný nepříznivý dopad podávání náhražek k sání a dokrmování. Neprokázaly vliv farmakologických zásahů při porodu, délky porodu, či jeho instrumentálního vedení. Souvislost kojení s odloučením matky a dítěte na dobu delší než 3 hodiny se pouze blížila statistické významnosti. Plně kojených bylo při odchodu z porodnice 78 % dětí. Ač je u nás valná většina porodnic certifikovaných jako Baby friendly hospital (tato certifikace by měla být udělována při splnění náročných podmínek, které se týkají zejména zásad pro podporu kojení, včetně neoddělování matky a dítěte po porodu), 78 % rodiček v kvalitativní části výzkumu uvedlo separaci od dítěte po porodu, 44 % žen uvedlo separaci delší než 3 hodiny, 26 % dětí dostávalo náhražky sání a 27 % nebylo na kojení přinášeno dle jejich potřeb, ale v pravidelných intervalech, stanovených personálem porodnice.

Pro podporu kojení Takács et al. (2011b) doporučují sjednotit rady týkající se kojení, podporovat raný kontakt matky a dítěte (zejména u žen po císařském řezu a u matek nedonošených dětí) a posilovat psychologické kompetence zdravotníků na oddělení šestinedělí. Komunikační dovednosti hrají rozhodující význam pro utváření příznivého typu klimatu v porodnici. Vzhledem k četnosti stížností respondentek na necitlivé a nevstřícné chování zdravotníků, zejména sester na oddělení šestinedělí, doporučují Takács et al. (2011b) zavedení průběžných evaluací zdravotnické péče, které zdravotníkům poskytnou důležitou zpětnou vazbu. Pro péči o duševní zdraví zdravotníků doporučují Takács et al. (2011b) supervize a zajištění prevence a terapie syndromu vyhoření.

Na rozvoj kojení dítěte matkou má význam mnoho psychosociálních aspektů perinatální péče, jako atmosféra porodnice, přístup zdravotníků v poporodním období, jejich ochota, vsřícnost, kvalita komunikace, konzistence instrukcí týkajících se kojení, praktická pomoc s kojením atp. Tímto oddílem uzavírám podkapitulu věnovanou poporodnímu období. V následující podkapitole se podrobněji vyjadřuji k potřebám ženy v perinatálním období. Zohledňování potřeb ženy je klíčovým prediktorem její spokojenosti s perinatální péčí.

1.4 Potřeby ženy v perinatálním období

Pro podporu ženina zdraví, jeho kvality a zachování jejího života vůbec je (nejen) v rámci perinatální péče zásadní uspokojování jejích potřeb. Potřeby tvoří základ motivace (hybné síly) člověka. Jsou to stavy organismu, které se aktualizují v případě nedostatku či přebytku v nějaké oblasti a vedou člověka k dosahování něčeho v oblasti biologické, psychologické, sociální, nebo duchovní. Stav maximálního možného životního uspokojení, souladu mezi intenzitou potřeby a jejím naplněním je označován jako životní optimum (Šamánková, Lebedová, Víchová, Koláčná, & Jirků, 2011).

K pochopení lidských potřeb významnou měrou přispěl Maslow (1943), který považoval lidské potřeby za vzájemně propojené a hierarchicky uspořádané. Což znamená, že pro uspokojování vyšších potřeb je většinou zapotřebí uspokojení potřeb nižších. Chování člověka je podle Maslowa (1943) téměř vždy motivované a předurčené biologicky, kulturně a situačně. Maslow (2014) dělí potřeby na základní a růstové. Neuspokojení základních (nedostatkových) potřeb vyvolává pocity nedostatku. Růstové potřeby (metamotivy) jsou příjemné a chceme jich spíše více než méně. Mezi základní potřeby patří potřeba zachování života, bezpečí a jistoty, sounáležitosti, lásky, úcty a sebeúcty. Růstovou potřebou je potřeba sebeaktualizace. Mikšík (2009) uvádí modifikaci Maslowovy hierarchie, kde dělí potřeby: fyziologické (směřující k zachování života), sexuální (zabezpečující reprodukci života), poznávací (orientace v prostředí, účelné a účinné pohybování se v něm), sociálního kontaktu (zařazení do společnosti) a seberealizační (rozvíjení vlastního já, jeho prosazení a pozitivní hodnocení).

Podle Šamánkové et al. (2011) by měli být zdravotníci pozorní k míře uspokojení potřeb rodiček a měli by rodičky podporovat ve vyhledávání cest k jejich naplnění. Obzvláště alarmující by pro zdravotníky mělo být možné ohrožení potřeb bezpečí. Ty mohou být aktualizovány v případě tělesného ohrožení, narušení chráněného území, obavami z neposkytnutí kvalitní péče, z nezačlenění do léčebného procesu (např. přehlížení) a z nerespektování potřeb a autonomie. Potřeby bezpečí jsou ohrožovány také obavami z neposkytnutí důvěry ve spolupráci, z nepochopení očekávání zdravotníků, z nespolehlivosti zdravotníků a nevhodnosti prostředí (Šamánková et al., 2011).

Ze strany rodiček mohou být přítomné překážky v pojmenovávání a naplňování potřeb jako bariéry osobní (např. ostych, nedůvěra, obava ze zklamání, nadhodnocování či podceňování zdravotníků, choulostivost sdělení), psychické (neschopnost přijmout pomoc při naplňování potřeb s ohledem na zdravotní stav či sympatii/antipatii k člověku), jazykové

(neporozumění), fyziologické (tělesné nepohodlí), či z bariéry plynoucí z prostředí (chlad, neútlulnost atp.) (Šamánková et al., 2011).

Konkrétní potřeby mohou být v rámci zdravotnické péče podle Šamánkové et al. (2011) uspokojovány následovně. Potřeba lásky by měla být naplňována v kontaktu ženy s nejbližšími lidmi. Ze strany zdravotníků lze však očekávat sympatii, laskavost, empatii a porozumění. Začleněním do účasti na léčbě zdravotníci umožňují naplnění potřeby sounáležitosti. Jistota ochrany osobních dat pomáhá k naplnění sociálních potřeb. Duchovní potřeby mohou být uspokojovány respektem k víře ženy. Kulturní potřeby mohou být naplňovány účastí na společenském dění (Šamánková et al., 2011).

Velmi důležitá je pro člověka potřeba být bez bolesti. Tato sebezáchovná potřeba má v perinatální péči významné postavení. Míra bolestivosti porodu souvisí se vznikem posttraumatické stresové poruchy u matky (Cockburn & Pawson, 2007; Garthus-Niegel, Knoph, Von Soest, Nielsen, & Eberhard-Gran, 2014; Goutaudier et al. 2012; Soet, Brack, & Dilorio, 2003) a její celkovou porodní zkušeností (Spaich et al., 2013), a proto se potřebě být bez bolesti budu podrobněji věnovat v následujícím oddíle.

1.4.1 Potřeba být bez bolesti

Prožívání bolesti je u lidí podmíněno faktory osobnostními, kulturními, etnickými a sociálními. Roli hraje očekávání, vnímání a hodnocení bolesti (Špatenková & Králová, 2009). Nesoulad mezi očekávanými a nadějemi týkajícími se bolesti při porodu mají velký vliv na výslednou porodní zkušenost ženy (Anton & David, 2013). Vážné porodní bolesti měly ženy se slabým porozuměním porodu, tenzní, vystrašené, se slabou emocionální kontrolou, mladé a prvorodičky (Ye, Jiang, & Ruan, 2011). Významnou roli v tomto ohledu hraje předporodní (psychoprofylaktická) příprava (blíže v podkapitole 1.5.2).

Vnímání bolesti při porodu i spotřebu analgetik také snižuje podle Costa-Martins et al. (2014a; 2014b) přítomnost jisté vazby u rodičky. Rovněž denní doba hraje podle studie Harkness a Gijbers (1989) ve vnímání bolesti svou roli. Bolest a stres během porodu, jsou nižší u žen, jejichž 2. doba porodní začala v noci. Prožívání bolesti je zmírňováno objasněním příčiny bolesti (Dick-Read, 2013; Lamaze, 1974; Šamánková et al., 2011; Ye et al., 2011), maximalizací rozumové kontroly (Christiaens, Gouwy, & Bracke, 2007; Lamaze, 1974; Šamánková et al., 2011; Ye, et al., 2011) nad průběhem bolestivých úkonů, podrobným informováním o průběhu péče, využíváním známých strategií zvládnání rodiček a jejich celkové aktivní zapojení jako např. zaujímání vhodných poloh (Šamánková et al., 2011).

Zdravotníci by měli podle mého názoru nabídnout ženě různé způsoby úlevy od bolesti s popsáním jejich kladů a záporů, aby žena mohla v případě potřeby informovaně zvolit pro ni nejpříjemnější metodu. Například tišící obklady podle Šamánkové et al. (2011) poskytují jak reálnou fyzickou úlevu, tak i příjemný pocit, že člověk stojí zdravotníkům za „nadstandardní“ péčí. Specifickými prostředky úlevy od bolesti při porodu jsou podle Klause et al. (2004): 1) činnosti a chování, které dodávají citovou a psychickou podporu; 2) mentální aktivity odvádějící pozornost od bolesti nebo ji soustřeďující na relaxaci; 3) fyzické aktivity, jako např. uvolněné dýchání, cvičení pro svalovou relaxaci, pohyb, změny polohy, využívání vody, tepla a chladu; 4) dotek, včetně masáží, akupunktury, tlaku a protitlaku; 5) rytmická činnost, hudba, zpěv atp..

Podle Smith, Levett, Collins a Crowther (2011) relaxační techniky snižují intenzitu bolesti. Využití jógy v jejich výzkumu souviselo se snížením bolesti, zvýšením spokojenosti s úlevou od bolesti, zvýšením spokojenosti s porodní zkušeností a snížením trvání porodu ve srovnání s běžnou péčí a při poloze vleže na zádech. Že předporodní jóga snižuje úzkost spojenou s porodem, dokládají i Newham, Wittkowski, Hurley, Aplin a Westwood (2014). Reck et al. (2013) potvrdili, že přítomnost úzkosti souvisí s vyšší délkou porodu.

Prospěšnost nefarmakologických způsobů úlevy od bolesti prokázali Chaillet et al. (2014). Podle nich ponoření do vody, masáže, popocházení, polohování, akupresura, akupunktura, elektrická stimulace a aplikaci vodních injekcí, působily pozitivně na snížení užití epidurální analgezie a zvýšení spokojenosti s porodem. Naopak přístupy zahrnující kontrolu centrálního nervového systému jako edukace, rozdělování pozornosti a podpora, byly spojeny se zvýšenou spotřebou epidurální analgezie, vyšším poměrem instrumentálních porodů včetně sekci, s vyšší spotřebou oxytocinu, delšími porody a sníženou spokojeností s porodem (Chaillet et al., 2014). Zde pravděpodobně roli sehrály konkrétní aspekty předporodní přípravy i podpory v průběhu porodu (blíže v podkapitole 1.2 a 1.5).

V podkapitole 1.4 jsem se věnovala psychologickému faktoru, který zásadním způsobem ovlivňuje ženu spokojenost s perinatální péčí, jejími potřebami. Zdravotníci by měli ženu podporovat a pomáhat jí při naplňování jejích základních potřeb. Velmi obezřetní by měli být zdravotníci vůči míře uspokojení potřeb sebezáchovných včetně potřeby být bez bolesti. Naplňování potřeby být bez bolesti může zásadně ovlivnit celkovou porodní zkušenost ženy. Uspokojování základních potřeb ženě usnadňuje uspokojování potřeb seberealizačních. Naopak neuspokojování základních potřeb působí na ženu jako zátěž. Problematice stresu se budu věnovat v následující podkapitole.

1.5 Perinatální období a stres

Jak již bylo uvedeno v první podkapitole, těhotenství, porod a poporodní období jsou velmi náročnými etapami v životě ženy. Kladou vysoké nároky na ženino přizpůsobování (adaptaci) a udržování vnitřní rovnováhy jejího organismu neboli homeostázy (Paulík, 2010). Schopnost adaptace závisí na ženiných osobnostních dispozicích pro přizpůsobení (adaptabilitě) a rozsahu ženiny odolnosti proti zátěži (Paulík, 2010).

O stresu, zátěži nebo (často v psychoanalýze) konfliktu (Mikšík, 2009) hovoříme, pokud jsou požadavky prostředí a adaptivních schopností ženy v nerovnováze. Pokud je zátěž přiměřená adaptivním schopnostem ženy, působí na zvyšování její osobnostní integrity, odolnosti a zdraví, tzv. salutogenně (Mlčák, 2005). Někdy bývá pozitivně působící mírný stres nazýván eustres, naopak stres vedoucí k patologickým změnám (tělesnému poškození) alostatický stres (Bartůňková, 2010). Negativně prožívaná zátěž se označuje pojmem distres (Šamánková et al., 2011). Pokud je zátěž dlouhodobá, vede k psychickým a somatickým potížím, jako je neklid, úzkostnost, nesoustředěnost, narušení spánku, výživy, vyprazdňování, či poruchy srdečního rytmu (Šamánková et al., 2011). Nadměrná zátěž vede k odchylkám funkcí, jako jsou maladaptivní chování a duševní poruchy (Mlčák, 2005), blíže v následující podkapitole 1.6.

Žena může být v perinatálním období ohrožována stresory fyzikálními (jako např. teplo, chlad, tlak, vibrace), chemickými (např. drogy, alkohol, infekce, hypoglykémie), biologickými (např. hlad, žízeň, bolest, patologické stavy jako je pooperační, posttraumatický či hemoragický stres) a psychosociálními (např. strach a úzkost) (Bartůňková, 2010). Již příchod do nemocničního zařízení u ženy většinou vyvolává stresovou reakci (Dick-Read 2013; Enkin et al., 1998; Křivohlavý, 2002). Může být vyvolána přítomností mnoha cizích osob, rutinními výkony (vaginální vyšetření, holení, klyzma, zavádění intravenózních kanyl), omezením pohybu, tekutin a jídla, monitorováním plodu, epidurální anestézií, zesilováním porodní činnosti a hrozbou operativního ukončení porodu. Strach, bolest a úzkost mohou narůstat vlivem přetechnizovaného klinického prostředí, izolace (samoty, i když dočasné) a střídavou přítomností neznámých lidí. Toto vše může mít nepříznivé účinky na postup porodu (Enkin et al., 1998). Studie mapující vliv stresu na porodní dysfunkce, hypoxie plodu, porodnické komplikace i vývoj plodu vznikaly v ČR již v 80. letech 20. století (Sobotková & Štembera, 2003b).

Distres z přechodu do nemocničního prostředí je možné snížit např. sledováním videozáznamů s průběhem vyšetření, či porodu- tzv. modelováním. V pokusech

s modelováním působil na účastníky výzkumu lépe model člověka, který z počátku jevil známky úzkosti. S tímto se mohou lidé lépe ztotožnit. Vhodné je rovněž dostatečné informování o průběhu péče, zejména o obvyklých emocích, které člověk v daných situacích prožívá. Méně důležité jsou informace procesuální, technické a věcné (Křivohlavý, 2002).

Zdravotníci by měli zvažovat možné stresory s ohledem na situaci a stav ženy. Největší obezřetnosti je v tomto ohledu zapotřebí v situacích nejnáročnějších, jako probíhající porod a situace ohrožení života, jak upozorňuje např. Dick-Read (2013), Odent (2011; 2013) či Gaskinová (2010). Situace akutních zdravotních obtíží jsou ze své podstaty nepředvídatelné a kladou na zdravotníky vysoké nároky (Ayers, Eagle, & Waring, 2006). Přesto, že je v těchto chvílích samozřejmou prioritou fyzické bezpečí ženy a dítěte, je zapotřebí rodiče poskytovat intenzivní podporu a dopřát jí čas na kognitivní zpracování situace (jak bylo již uvedeno v souvislosti s porodem císařským řezem v oddíle 1.2.4). Takový přístup snižuje míru traumatizace touto situací a tím také riziko vzniku psychopatologických změn u ženy (Ayers et al., 2006). K nejčastějším psychopatologickým změnám u žen v perinatálním období se vyjadřují podrobněji v podkapitole 1.6.

Stresové podněty vyvolávají stavy frustrace (vnitřní či vnější překážky brání dosažení žádoucího cíle), hrozby (obavy z potenciální škody), deprivace (dlouhodobější frustrace uspokojování potřeb) či konfliktu (střet protikladných motivů bránící cílové aktivitě) (Mlčák, 2005). Ženy mohou na stresory reagovat agresí (např. hněv, vztek, nenávisť nebo projekce), únikem (snaha vyhnout se frustraci, např. racionalizace, popření, fantazie a snění), regresí (zvrát k primitivnějším formám chování), transgresí (překročení vývojové etapy nebo přenos tenze na „vyšší instanci“), sublimací (nahrazení společensky odsuzovaného chování společensky akceptovaným, např. altruistickým) nebo depresí (trudnomyslnost a odevzdanost, rezignace, apatie, beznaděj, vyčerpanost) (Mikšík, 2009). Deprese je většinou vyvolána dlouhodobou silnou frustrací (blíže v podkapitole 1.6). V těchto stavech hrozí, že úzkostné reakce povedou k tělesnému a duševnímu selhání (Šámánková, 2011) Odolnost ženy vůči frustraci (frustrační tolerance) je dána konstitučně a zkušeností (učení) s vyhocenějšími situacemi (Mikšík, 2009).

Stresová reakce člověka je fylogeneticky daná, nespecifická a automatická (Andršová, 2012). Závisí na intenzitě a povaze stresoru, i vyhodnocení významu situace a míry ohrožení (anticipace negativního dopadu neboli nocebo efekt). Zda se potenciální stresory stanou reálnými, závisí na jejich subjektivním hodnocení (individuálními důležitost, aktuální

schopnosti zvládnání), osobnostních charakteristikách (odolnost, intelekt, neuroticismus, konstruktivita myšlení), používané strategii vyrovnávání se se zátěží (coping, obranné reakce), přítomnosti či nepřítomnosti nepříznivých závažných životních událostí (zásadní životní změny, ztráty ohrožující podstatné hodnoty apod.) a drobných denních nepříjemností (daily hassles), na dosavadní zkušenosti se stresem, sociální opoře a sociálním statutu (Paulík, 2010). Podle Glynn, Pathik, Dunkel-Schetter a Sandman (2001) dochází v průběhu těhotenství spíše ke snižování stresové reakce.

Hodnocení situace zahrnuje ženino přesvědčení o situaci, o sobě i okolnostech (Raudenská & Javůrková, 2011). Na hodnocení situace se podílí kognitivní styly, tedy individuální způsoby poznávání (Mlčák, 2005). Sekundární hodnocení zahrnuje zvažování strategií zvládnání. Výběr strategií zvládnání souvisí s řadou teoretických psychologických konceptů. Např. teorií beznaděje-bezmoci (hopelessness- helplessness), místa kontroly (locus of control) či odhadu vlastní zdatnosti (self-efficacy) (Raudenská & Javůrková, 2011). Vnímaná vlastní účinnost (self-efficacy) je podle Bandury (1994) přesvědčení o vlastních schopnostech, které má vliv na výkon člověka, jeho duševní pohodu a působení stresu na něj. Rotter (1990) rozlišuje osoby s interní a externí lokalizací kontroly. Lidé s interní lokalizací kontroly při svém hodnocení situace vycházejí z vlastních schopností, dovedností a možností, a věří, že výsledek činnosti je závislý na jejich aktivitě. Naopak lidé s externí lokalizací kontroly vnímají nezdary jako způsobené vnějšími vlivy.

Strategií zvládnání (coping) pro aktivní řešení situace člověk na vědomé úrovni rozvíjí širokou škálu. Copingové strategie dělíme na zaměřené na problém, na emoce a strategie dysfunkční. Strategie zaměřené na problém zahrnují snahu o aktivní dosahování cíle (plánováním, potlačováním protichůdných aktivit, zdrženlivostí). Strategie zaměřené na emoce spočívají ve vyhledávání sociální opory, v přijetí problému, nebo obratu k náboženství. Mezi dysfunkční strategie patří projevoování pocitů bezmoci, vzdávání se cíle, odvádění pozornosti od problému např. jinou činností či drogami (Mlčák, 2005). Podle Cockburn a Pawson (2007) by zdravotníci měli odhalovat obtíže žen se zvládnáním a případně navrhnout vhodnější alternativy k používaným strategiím zvládnání.

Úspěšná adaptace umožňuje ženě být spokojená se sebou a svým životem. Naopak neúspěšná adaptace (maladaptace/maladjustace) je doprovázená výskytem obtíží, nedorozumění, inter- a intrapersonálních konfliktů, nízkým sebehodnocením, nesamostatností a nespokojeností. Maladaptace rodičky snižuje její schopnost zvládat překážky. Na pozadí maladaptace jsou často psychické problémy či onemocnění (Paulík, 2010). Negativní vztah

rodičky k vlastnímu tělu, potlačované chování a prožívání má tendenci se projevat skrze somatické obtíže- tzv. somatizace (Poněšický, 2002).

Faktory, které chrání ženu před dopadem stresu v nemocničním prostředí, jsou: dostatek soukromí, možnost spolurozhodování a přizpůsobivost pravidel porodnice individuálním potřebám ženy. Vlastní oblečení dodává ženám pocit důstojnosti a individuality (Enkin, et al., 1998). Nejvhodnější je, pokud prostředí pro porod nemocnici připomíná co nejméně (Malý, 2004; Morris, 1995). Ženy, které rodily v prostředí podobném domácímu, měly nižší riziko perineálního traumatu a méně často si přály změnu prostředí při dalším porodu. Nejdůležitější však je poskytování adekvátní podpory rodičkám (Enkin, et al., 1998).

V této podkapitole jsem se věnovala problematice stresu. Zátěž má v perinatálním období mnoho zdrojů, jako například přechod do neznámého prostředí, obavy vzbuzující zařízení porodnice, provádění rutinních výkonů atd. Působení zátěže moderují osobnostní charakteristiky ženy (kognitivní styly, strategie zvládnání). Zdravotníci mají k dispozici možnosti snížení zátěže jako je například modelování, poskytování psychické podpory, úpravu prostředí, aby nepřipomínalo nemocniční atp.. Zdravotníci by měli odhalovat problémy ženy se zvládnáním a pomáhat jí hledat účinnější strategie zvládnání zátěže. V následujícím textu se budu podrobněji věnovat sociální opoře a psychoprophylaktické přípravě ženy k porodu, které rovněž ovlivňují ženino zvládnání zátěže a celkovou spokojenost ženy s péčí v porodnici.

1.5.1 Sociální opora v perinatálním období

Sociální opora zahrnuje pozitivní působení lidí z okolí jedince na něj. Sociální opora má složku emocionální (projevy náklonnosti), instrumentální (pomoc prostřednictvím konkrétních nástrojů) a evaluační (pozitivní hodnocení). Sociální přijetí dodává člověku pocit důvěry, jistoty, sounáležitosti, dostupnosti pomoci, spokojenosti se sebou samým a vlastními kompetencemi (Paulík, 2010). Sociální opora příznivě ovlivňuje dopad nepříznivých životních událostí na well-being člověka (Šolcová & Kebza, 1999).

Význam sociální opory je vzhledem k náročnosti období těhotenství (Adejumo, 2008) i perinatálního období na ženino zvládnání zátěže velký (Raynor & England, 2010), jak dokládám již v podkapitole 1.1. Důležitost sociální opory při porodu je zřejmá i z faktu, že je téměř ve všech neprůmyslových kulturách dostupná nepřetržitá podpora (Kitzinger, 2011; Klaus et al., 2004). Přítomnost známé osoby tlumí šok z přechodu do neznámého prostředí a umožňuje ženě soustředit se na porodní proces a relaxaci. S přesunem perinatální péče do

porodnic se podle Klause et al. (2004) začala tato důležitá součást péče vytrácet a přítomnost partnera u porodu ještě oslabila snahu zdravotnického personálu podporu poskytovat.

Naopak podle Sobotkové a Štembery (2003b) přítomnost otce u porodu přinesla nové požadavky na poskytování porodní péče, jak organizační, tak i na citlivější přístup k oběma partnerům (Sobotková & Štembera, 2003b). Přítomnost doprovodu podle vlastního výběru může také zvýšit spokojenost rodiček, například s podáváním informací nebo lékařským vedením, jak uvádí studie Bruggemann, Parpinelli, Osis, Cecatti a Carvalhinho Neto (2007) provedená na prvorodičkách. Rovněž Malý (2004) uvádí pozitivní vliv přítomnosti sociální opory na chování personálu.

Ve studii Morhason-Bello et al. (2009) ženy, které neměly podporu při porodu (ve 2/3 to byl partner) měly 5x více císařských řezů, statisticky významně delší trvání první doby porodní, vyšší skóre bolesti a delší interval mezi porodem a počátkem kojení. Malý (2004) uvádí zvýšení pocitu bezpečí, snížení strachu z neznámého prostředí a vnímání bolesti, lepší zvládnání stresu a celkově pozitivní působení přítomnosti vybraného člověka během porodu na chování rodičky. Takács, Kodyšová et al. (2012) konstatují souvislost doprovázení ženy při porodu zvolenou porodní asistentkou či doulou s menší četností epiziotomií a využití epidurální anestezie. Čepický (1999) uvádí lepší poporodní interakci s novorozencem i lepší kojení. Ještě 6 týdnů po porodu mají ženy, které měly během porodu podporu, signifikantně sníženou úzkost a vyšší sebeúctu.

Podle Enkin et al. (1998) by sociální a psychologická podpora měla být součástí veškeré péče o těhotné ženy, obzvláště o matky sociálně znevýhodněné. Již při prvním příchodu do porodnice je vhodné s ohledem na ženiny pocity nejistoty, očekávání a obavy, aby se zdravotníci ženě a případně jejímu partnerovi věnovali. Budoucí matky rovněž vnímají pozitivně přítomnost partnera při vyšetření (Enkin et al., 1998).

Podporu při porodu mohou rodičí ženě poskytnout jak zdravotničtí profesionálové, tak rodina či přátelé (Enkin et al., 1998). Podle Odenta (2011) hraje významnou roli pohlaví doprovázejících osob. V přítomnosti cizího muže se mohou ženy cítit méně svobodné, či dokonce zahanbené. Přínosná může být při porodu pro rodičku přítomnost ženy, která prošla spontánním porodem (Odent, 2011; Klaus et al., 2004). Ženy jsou také nositelkami jemnějších, tišších, citlivějších, mateřských vlastností (Klaus et al., 2004). Důležitost schopnosti vcítění do potřeb rodičí ženy u zdravotníků zdůrazňuje Odent (2011), Dick-Read (2013), Königsmarková (Doležalová, 2006) a mnozí další autoři.

Přítomnost partnera ženy u porodu je často diskutovanou otázkou. První pokusy s přítomností otce u porodu probíhaly v ČR od roku 1984 (Sobotková & Štembera, 2003b). Většina autorů se shoduje na tom, že pokud je partner nervózní, neprospívá jeho přítomnost průběhu porodu (Gaskin, 2010; Odent, 2011; Enkin, 1998; Klaus et al., 2004; Dick-Read, 2013). Partner například může ženě slovní stimulací bránit v tom, dostat se do optimálního porodního rozpoložení, nebo jí nemusí poskytovat dostatečnou oporu (Odent, 2011). Negativní vliv na průběh porodu může mít i přítomnost partnera, který se o ženu nezajímá (Dick-Read, 2013). Čepický (1999) uvádí pozitivnější vliv podpory poskytované zdravotnickým personálem než partnerem. Partneři se např. svých žen méně dotýkají z obavy, že jim to bude nepříjemné. Takács, Kodyšová et al. (2012) konstatují statisticky významnou souvislost přítomnosti partnera (či blízké osoby) a nepostupujícího porodu, užití epidurální anestezie a delší doby trvání porodu. Autorky uvádí, že zde mohla působit úzkost žen jako intervenující proměnná. Nabízí se také výše uvedený názor Klause et al. (2004), že přítomnost partnera při ženě porodu oslabuje poskytování podpory ze strany zdravotníků. Navíc, jak je patrné ze studií Poh, Koh a He (2014) a Porrett, Barkla, Knights, de Costa a Harmen (2013), partneři potřebují během porodu také podporu zdravotnického personálu. Jejich přítomnost tak může podporu směřovanou k rodičce oslabovat.

Pokud je partner klidný, může rodičce dodávat potřebný pocit bezpečí (Morris, 1995). Stejně tak fyzické projevy něžnosti partnera, jako hlazení, mazlení či líbání, mohou mít na průběh porodu pozitivní vliv (Gaskin, 2010). Podle Simkinové (2000), Dick-Reada (2013), Říčana (2006) i Königsmarkové (Doležalová, 2006) je stěžejní důkladná příprava partnera k porodu. Pokud je seznámen s procesem porodu a možnostmi podpory ženy v jednotlivých fázích, může být pro ženu při porodu přínosem. Königsmarková (Doležalová, 2006) zdůrazňuje důležitost kvality vztahu mezi partnery. Vztah musí být pevný a otevřený, aby se žena neostýchala projevit své pocity. Dick-Read (2013) uvádí, že je pro připravené otce porod velmi pozitivním zážitkem. Stmeluje rodinný systém tím, že se muž a žena společně připravují na příchod svého dítěte. Rovněž podle Říčana (2006) je přítomnost při porodu pro otce obohacující. Pozitivně ovlivňuje jeho citový vztah k ženě a dítěti a prohlubuje jeho vztah k životu.

Zelený (v předmluvě ke Smallová, 2012) píše, že v některých přírodních národech se vyskytuje zvyk zvaný „couvade“ („sedět na vejcích“), kdy se otec chová v průběhu perinatálního období jako matka, a dokonce je schopen přejímat ženiny bolesti při porodu. Podle Zeleného je přítomnost otce při porodu v západní kultuře cestou ke znovunalezení

lidské přirozenosti, poučením se ze zkušeností přírodních národů. Naopak podle Morrise (1995) v původních kulturách nehráli otcové u porodu významnější roli. Rovněž Kitzingerová (2011) uvádí, že v jiných kulturách poskytují ženě při porodu oporu zejména ženy.

Rozhodnutí o přítomnosti partnera ženy při porodu závisí na společné domluvě partnerů (Sobotková & Štembera, 2003b; Doležalová, 2006), která se může kdykoli z obou stran změnit (Doležalová, 2006). Podle Szeverényi et al. (1998) 80 % žen a 76 % mužů cítilo, že přítomnost partnera u porodu by neměla mít negativní vliv na jejich budoucí vztah. Zdravotnický personál by měl rozhodnutí páru akceptovat (Sobotková & Štembera, 2003b). Respekt k ženě volbě doprovodu u porodu je důležitý pro podporu jejího well-beingu, sebeúcty, sebevědomí a schopnosti zvládat životní přechody a výzvy (Raynor & England, 2010).

Jak konkrétně mohou přítomné osoby ženu podporovat? Neměly by se chovat jako pouzí pozorovatelé, ale měly by ženě poskytovat emocionální podporu (Dick-Read, 2013; Gaskin, 2010; Odent, 2011). Raynorová a Englandová (2010) uvádí důležitost podpory při zvládání svých pocitů, distresu a změn a při hledání slov pro vyjádření sebe sama. Nejdůležitější potřebou ženy je podle Raynorové a Englandové (2010) být pochopena. Enkin et al. (1998) jmenují význam zastání, vysvětlení, pochvaly a povzbuzení. Doprovod pomáhá ženě porozumět účelu procedur, výsledkům vyšetření, informuje ji o postupu porodu, chválí ji a povzbuzuje (Enkin et. al., 1998). Königsmarková (Doležalová, 2006) zdůrazňuje individuální přístup vycházející vstříc přáním a potřebám konkrétní ženy.

Ženu poskytující podporu rodičce a případně jejímu partnerovi v perinatálním období Klaus et al. (2004) nazývají dulou. Pomáhá ženě rekonstruovat porodní zážitek a napomáhá jí v pozitivním hodnocení svých schopností. Toto považují za velmi důležité pro ženino zpracování porodního zážitku, pro psychohygienu ženy a tím prevenci psychických obtíží. Rowan, Bick a da Silva Bastos (2007) doporučují ženě nabídnout možnost rozhovoru o porodní zkušenosti. Formální debriefing však může být podle nich pro ženu zraňující.

Ve výzkumu Sauls (2006) určilo 146 porodních asistentek šest faktorů péče, které jsou podle nich důležité pro poskytování podpory ženě při porodu. Je jimi hmatatelná podpora (tangible support; provádění úkonů pro uspokojení fyzických potřeb žen při porodu), zastání (proces interpretování ženinych přání během porodu a jednání jménem ženy pro zajištění její ústřední role při rozhodování o péči) a informační podpora (týkající se například technik dýchání, relaxace a tlačení). Emocionální podpora je podle porodních asistentek komplexní koncept. Zahrnuje dimenze: ujištění (podpůrné chování, které kladně působí na sebevědomí,

klid mysli, pozitivní afirmace a pocit sebeúcty rodící ženy), zajišťování pocitu vlastní kontroly, bezpečí a pohodlí (zahrnutí do plánování péče a zvládnání bolesti, aby se cítila v bezpečí) a pečující chování porodní asistentky.

Mnohými autory je zdůrazňována důležitost ujištění ženy o tom, že nezůstane při porodu sama (Dick-Read, 2013; Enkin et. al., 1998; Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2005; Klaus et al., 2004). Ženy s nepřetržitou podporou (jedné porodní asistentky jedné rodící ženy) při porodu mají podle výzkumu na 5000 ženách o 25 % kratší porody, o 45 % méně císařských řezů, o 50 % nižší spotřebu syntetického oxytocinu, o 31 % nižší spotřebu analgetik, o 34 % méně klešťových porodů, o 10-60 % méně žádostí o epidurální analgezii oproti běžné péči (Klaus et al., 2004). Hodnett et al., 2005) (na 13 tis. rodičkách) konstatují rovněž snížení množství operativních porodů a nespokojenosti s porodní zkušeností. Vyšší přínos měla podpora, která nepatřila k personálu nemocnice, započala v časně fázi porodu a v porodnicích, kde nebyla rutinně dostupná epidurální analgezie.

Pro pozitivní zkušenost s poskytovanou péčí je důležitá také kvalita vztahu mezi matkou a porodní asistentkou (Hall, 2011; Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996; Lundgren & Berg, 2007). Důkazem je i vznik dotazníků pro hodnocení kvality tohoto vztahu (Rossiter, 2009).

Přítomnost a kvalita sociální opory jsou významným prediktorem spokojenosti žen s perinatální péčí. Důležitými aspekty sociální opory jsou např. její nepřetržitost, poskytování emocionální opory, pomoc při zvládnání distresu, zastání, vysvětlení atd.. Má vliv na způsob porodu, množství intervencí, délku porodu a další jevy uvedené v tomto oddíle. Složitější otázkou je vliv přítomnosti partnera. Pokud je partner na porod připravený, může ženě poskytovat oporu a prospívat průběhu porodu. Naopak, pokud je nervózní, může ženu svou přítomností ovlivňovat negativně. Příprava k porodu je důležitá i pro ženu. V následujícím oddíle se věnuji předporodní psychoprofylaktické přípravě ženy k porodu, která zahrnuje aplikaci psychologických metod pro lepší zvládnání porodu, zejména bolesti při něm (Ratislavová, 2003).

1.5.2 Psychoprofylaktická příprava k porodu

Vzhledem k obavám těhotných žen (zejména prvorodiček a žen s negativní porodní zkušeností) z porodu a náročnosti tohoto procesu, je velmi důležitá příprava ženy na něj. Podle Szeverényi, Póka, Hetey a Török (1998) má 80 % žen i mužů nějaké obavy spojené s porodem dítěte. Ženy se v tomto výzkumu nejvíce obávaly malformace či zranění dítěte,

asistovaného či operativního porodu, toho, že budou osamoceny v neznámém prostředí, že něco udělají špatně, a nejistoty, jak porod proběhne. Muži se nejvíce obávali vážných bolestí a utrpení, operativního porodu, porodních zranění dítěte, bezradnosti, bezmocnosti a smrti ženy při porodu. Ve studii Matinnia et al. (2014) všechny poprvé těhotné ženy uváděly určitou míru strachu, 48 % vážný strach. Vážný strach byl přítomný u 71 % žen, které si zvolily porod císařským řezem, oproti 11 % u těch, které zvolily vaginální porod.

Strach z porodu vede k delšímu trvání porodu. I po psychologickém poradenství byl strach z porodu spojen s čtenějším elektivním i akutním císařským řezem a indukci porodu (Adams et al., 2012). Prvorodičky se strachem z porodu měly častěji instrumentální porod a vícerodičky častěji volily porod císařským řezem (Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, Bladh, & Josefsson, 2012). Jak dokládám v kapitole 1.1, rodičky se strachem z porodu mohou mít více porodních komplikací (Laursen et al., 2009).

V každé kultuře se porod pojí se specifickou rituální přípravou. Mezikulturní odlišnosti v prožívání porodu vedly k úvahám o možnostech jeho ovlivnění. Ve všech kulturách je porod vnímán jako náročný proces, ne všechny kultury však zdůrazňují jeho bolestivost (Ratislavová, 2008). Podle Dick-Reada (2013) primitivní mysl nebyla vyrušována děsivými spojitostmi porodu. Strach z porodu je podle Dick-Reada (2013) nepřirozený, protože se jedná o fyziologickou reprodukční funkci. Spojení porodu a bolesti je podle mnohých autorů psychoprofylaktických metod (Dick-Read, Lamaze, Velvovsky...) kulturní záležitostí (Dick-Read, 2013; Lamaze, 1974).

Původně vycházely psychoprofylaktické postupy z využití hypnózy při porodu (Kuželová, 2003). V ČR položili základy psychoprofylaxe Pečená a Čepický v 80. letech (Kopřivová, 2007).

Jedním z neznámějších průkopníků psychoprofylaktické přípravy ženy k porodu je Dick-Read (2013). Podle něj je při předporodní přípravě zásadní, aby se žena neostýchala ptát se na cokoli, co ji zajímá. Přípravu prováděl se svými spolupracovníky v podobě informačních lekcí v průběhu těhotenství. Žena byla prostřednictvím těchto lekcí seznamována s fyziologií porodu a s možnostmi úlevy v jednotlivých fázích porodu. Nacvičovala rovněž relaxační techniky. Důraz byl v tomto vzdělávání kladen na chápání porodu jako přirozeného fenoménu, který má své zákonitosti. Tyto zákonitosti slouží ve prospěch jednotlivých porodních funkcí (např. stav útlumu až analgezie v nejbolestivější fázi, analgezie odkrvením perinea atd.). Podle Dick-Reada (20013) nejsou u zdravé ženy přítomny

anatomické ani neurologické podklady pro bolest v průběhu většiny procesu porodu, až na zpravidla 6-8 kontrakcí při maximálním otevření děložního čípku a dotáčení hlavičky dítěte. Strach z porodu proto Dick-Read (2013) považuje za nepřírozený.

Celkově se psychoprofylaktická příprava podle Dick-Reada (2013) zaměřovala na minimalizaci pochybností, strachu a nejistoty žen. Podle Dick-Reada (2013) musí být transformováno pojetí porodu v celé společnosti, protože má vliv na těhotné ženy. Společnost a zejména zdravotníci mají být seznámeni se syndromem strach-napětí-bolest, jež jsem přiblížila v podkapitole 1.2.

Dick-Read (2013) popírá, že by jeho metoda byla hypnózou či sugescí, protože analgezie je dosahováno nepřítomností strachu a tím realistickým hodnocením vjemů při porodu. Ženy jsou při porodu plně vědomé.

Podle Lamazeho (1974) psychoprofylaktická metoda vznikla z potřeby masové aplikace metody bezbolestného porodu. Jejím základem je transformace víry v bolest při porodu. Víra v bolest vytváří podmíněné reflexy spojující kontrakce dělohy s bolestí. Lamazeho psychoprofylaktické techniky zahrnují vytvoření nového reflexu, tzv. kontrakčně-repiračního, kdy jsou kontrakce spojeny s mělkými krátkými dechy. Součástí je velmi podrobné obeznámení ženy s anatomií, fyziologií těla i porodu. Důkladná znalost a z ní vyplývající kortikální kontrola procesu porodu vede podle Lamazeho (1974) k lepší koordinaci tělesných funkcí ženy, její vyšší aktivitě a kontrole nad porodem. Žena je výhradní hodnotitelkou toho, kdy, jak a co dělat. Dochází tak k využití aktivity mozku, která je běžně zaměstnána obavami, racionálním způsobem (Lamaze, 1974).

Aplikace psychoprofylaktické metody musí být podle Lamazeho (1974) komplexní, tedy zahrnovat všechny uvedené součásti. Je týmovou prací a je důležité, aby s touto metodou byli obeznámeni všichni, kdo přijdou se ženou do kontaktu. Zdravotníci by s ní měli být seznámeni velmi podrobně, měli by znát svůj přístup a zvyky a reintegrovat je v rámci přístupu porodu bez bolesti. Při porodu jsou hlavními kvalitami chování zdravotníků: jemnost v jednání i hlase, přátelskost, porozumění sbližující se ženou, a klid. Žena musí mít pocit, jako by byla obklopena přáteli, kteří jí pomohou. Musí se cítit bezpečně, a proto porod, ale i předporodní příprava, musí probíhat v příjemném prostředí a vítající atmosféře, s ohledem na individuální potřeby žen (Lamaze, 1974). Stejně jako Dick-Read (2013) i Lamaze (1974) zdůrazňuje pěstování znalostí o porodu již od dívek a pozitivní pojetí porodu. Úspěšnější

zvládnání bolesti (než u kontrolní skupiny) u žen, které prošly tréninkem v Lamazeho metodě, nikoli však v její zkrácené verzi, prokazuje studie Selby-Nelson (2012)

Podle Chertoka (1966) je jádrem analgetického působení psychoprofylaktických metod sugesce (hypnotická analgezie) či psychoterapie. Jako společné faktory Readovy a Velvovského koncepce, spatřuje faktor výchovný (poučení o anatomii a fyziologii porodu), fyzioterapeutický (zlepšení fyzické i mentální zdatnosti a odvrácení pozornosti od bolesti k dýchání) a psychoterapeutický (uvolnění, sugesce a vztah mezi zdravotníkem a ženou).

Chertok (1966) uvádí pozitivní dopad psychoprofylaktických metod na patologie těhotenství, délku porodu, porodní komplikace a množství porodnických operací. Rovněž na průběh šestinedělí, snížení morbidit a mortality novorozenců. Studie Charles, Norr, Block, Meyering a Meyers (1978) dokládá souvislost psychoprofylaktického tréninku s menším využitím anestezie u prvo- i víceroďiček a analgezie u víceroďiček. Spojitost měl i s nižší mírou bolesti a pozitivnějším prožitkem porodu. Oyuela-García a Hernández-Herrera (2010) shledali statisticky významné snížení počtu císařských řezů a komplikací na straně matek i dětí.

Ve studii Bergström, Kieler a Waldenström (2009) prošla experimentální skupina přípravou, zaměřenou na přirozený porod a kontrolní skupina standardní předporodní přípravou. Neshledali zde rozdíl ve spotřebě analgetik, lepší porodní zkušenosti či snížení stresu v časném rodičovství u prvorodiček a jejich mužů. V roce (2010) prokázaly nižší riziko akutních císařských řezů. Bergström et al. (2009) však neshledávají vliv psychoprofylaxe na délku porodu, užití epidurální analgezie či výskyt traumatické porodní zkušenosti. Ve studii Chaillet et al. (2014) přístupy zahrnující kontrolu centrálního nervového systému jako edukace, rozdělování pozornosti a podpora, byly spojeny se zvýšenou spotřebou epidurální analgezie, vyšším poměrem instrumentálních porodů včetně sekci, s vyšší spotřebou oxytocinu, s delšími porody a sníženou spokojeností s porodem.

Takto rozporné vlivy psychoprofylaktické přípravy k porodu jsou podle mého názoru způsobené konkrétní formou této přípravy. Dick-Read (2013) i Lamaze (1974) velmi zdůrazňují nutnost komplexního pojetí přípravy ženy k porodu. Důležitý je podle nich i vlastní přístup zdravotníků k porodu, včetně obav s porodem spojených. Zahrnutý musí být také všechny osoby, které přichází se ženou v průběhu těhotenství a porodu do styku.

Podle Dong Ying et al. (2012) má psychologická předoperační příprava před provedením porodu císařským řezem pozitivní vliv na úzkostnost (nikoli depresivitu),

rychlejší nástup laktace, lepší pooperační analgezií, méně negativních událostí a kratší urinární katerizaci. Zvyšuje tedy spokojenost se zkušeností porodu císařským řezem.

Vypracování porodního plánu podle studie Kuo et al. (2010) souvisí s pozitivnější porodní zkušeností, vyšší vnímanou kontrolou a naplněním porodních očekávání (vyšší míra vedení a účasti). Naopak ženy, které mají malé znalosti o porodu, se podle Rautava, Koski, Sillanpää a Tuominen (1992) o získávání těchto znalostí méně zajímají a potřebují více podpory v přechodu k mateřství.

Speciální péče by měla být věnována ženám s vážnými obavami z porodu. Studie Rouhe et al. (2013) dokládá pozitivní vliv psychoedukativní skupinové terapie u nulipar s vážným strachem z porodu v podobě častějšího spontánního vaginálního porodu, nižšího počtu císařských řezů a častější velmi pozitivní porodní zkušeností.

Na základě informací uvedených v tomto oddíle je možné říci, že vliv předporodní přípravy se odvíjí od její konkrétní podoby. Vhodnou psychoprofylaktickou přípravou je možné ovlivnit ženino prožívání bolesti při porodu, její zdraví i celkovou porodní zkušenost. Takto může předporodní příprava působit preventivně i v oblasti psychopatologických změn u rodiček.

Veškeré psychopatologické stavy matky představují riziko pro ni i pro dítě. Jsou nejčastější příčinou úmrtí matek a mohou vést ke vzniku dalších poruch. Narušují sociální systém ženy (Cockburn & Pawson, 2007), vedou k předčasnému porodu (Shaw et al., 2014) a ohrožují rozvoj vztahu mezi matkou a dítětem (Davies, Slade, Wright, & Stewart, 2008). V následující kapitole se věnuji nejčastějším psychopatologickým změnám u žen v těhotenství a poporodním obdobím.

1.6 Psychopatologické poruchy v těhotenství a poporodním období

Zvýšenou pozornost a péči by měli zdravotníci věnovat ženám nejen s psychickými obtížemi, ale i s nechtěným těhotenstvím, zejména bez podpory partnera. Nechtěných těhotenství je nezanedbatelné množství. Celosvětově je asi 50 % těhotenství neplánovaných a kolem 25 % nechtěných (Cockburn & Pawson, 2007). Například ve Francii je to 34 % a 27 % těhotenství (Moreau, Bohet, Le Guen, Régnier Loilier, & Bajos, 2014). Ženy s nechtěným těhotenstvím jsou zranitelnější vůči stresu, mají vyšší skóre depresivity a vyšší pocit životní nespokojenosti. Děti narozené z nechtěných těhotenství mají vyšší riziko psychických problémů v raném věku (Cockburn & Pawson, 2007) i v dospělosti (Kubička & Matějček, 2003).

1.6.1 Deprese

Mírnější formou deprese, tzv. poporodní skleslostí (někdy označována jako baby blues) je postiženo více než 50 % žen. Obtíže začínají obvykle během prvních 10 dnů po porodu a stav se většinou během krátké doby spontánně upraví (Raboch, 2001). Příznaky jsou např. smutek, úzkost, plačtivost, vzrušivost, špatná koncentrace, únava či tenze (Čepický, 1999).

Mezi příznaky depresivní fáze poruch nálady člověka patří skleslá nálada, snížení energie a aktivity, zhoršení schopnosti radovat se. V depresivní fázi poruch nálady dochází k poklesu zájmů jedince a zhoršení koncentrace (Höschl, 2002). Ženy s příznaky deprese mají pocity nedostačivosti, nerozhodnosti, bezmoci, úzkosti a strachu ze samoty (Ratislavová, 2008). Nejsou schopné se dobře postarat o dítě, mají excesivní strach o jeho zdraví a pocity viny, že nejsou schopné vše zvládnout. Při hlubší depresi je výrazně zvýšeno riziko agresivního chování vůči sobě nebo dítěti (Raboch, 2001). U depresí v těhotenství a po porodu je nízké riziko sebevraždy (Raboch, 2001).

Poporodní depresí trpí 10-44 % rodiček (Raboch, 2001; Trzcieniecka-Green, Strzewiczek & Pawlak, 2012), asi v polovině případů nebývá diagnostikována, zejména u svobodných matek bez kvalitního sociálního zázemí (Raboch, 2001). Podobně běžná jako poporodní deprese je i deprese předporodní (Cockburn & Pawson, 2007) a perinátální (Muzik & Borovska, 2010).

Podle Fabbro a Tripani (2014) jsou depresivní stavy nejintenzivnější v prvním týdnu po porodu a její výskyt je spojený se stresovými událostmi před těhotenstvím, úzkostí před a během těhotenství, slabou sociální podporou, nízkým partnerským uspokojením, nízkým self-esteemem a nízkým vzděláním.

Předporodní deprese jsou častější u vícerodiček, žen z minoritního etnika, s fyzickými nebo duševními obtížemi, žen žijících ve znevýhodněných oblastech a s neplánovaným těhotenstvím (Redshaw & Henderson, 2013). Poporodní deprese se vyskytuje v průběhu prvního roku po porodu (Cockburn & Pawson, 2007). Rizikovými jsou období zvýšené zátěže způsobené péčí o dítě a domácnost (Čepický, 1999). Podle Rabocha (2001) se deprese více vyskytují u žen s předchozími psychickými obtížemi a partnerskými konflikty. Jsou také častější u žen s vyšším počtem předchozích těhotenství a potratů, nebo s nechtěným těhotenstvím. Dále u primipar, u žen s anamnézou premenstruálního syndromu, svobodných matek bez dobrého sociálního zázemí a žen s dřívějšími duševními obtížemi (Raboch, 2001).

Stejně tak poporodní deprese souvisí s ponecháním ženy samotné během porodu a zhoršeným zdravím matky po porodu. Naopak méně časté jsou poporodní deprese u vícerodiček a žen z minoritního etnika (Redshaw & Henderson, 2013).

Deprese souvisí také se vzděláním, manželským statusem a životními podmínkami (Trzcieniecka-Green et al., 2012). Vyskytují se také častěji ve spojitosti s úzkostí v pozdní fázi těhotenství (Kokubu et al., 2012), nižším věkem než 16 let, historií psychiatrického onemocnění, významnými životními událostmi, partnerskou nespokojeností, neuspokojivou sociální podporou, zranitelností osobnosti, a tím, že má žena dítě z nechtěného styku (Boyce & Hickey, 2005). Postnatální deprese souvisí rovněž s méně jistou vazbou s partnerem a s jeho nedostatečnou podporou (Iles, Slade, & Spiby, 2011, 2014) i empatií (Iles et al., 2014).

Depresivní matky si s dětmi méně hrají a komunikují, jsou méně láskyplné a více úzkostné (Righetti-Veltema, Bousquet, & Manzano, 2003). Jejich děti jsou náchylnější ke kognitivním deficitům (Raboch, 2001; Hay et al., 2001), komplikovanějšímu temperamentu, narušení emocionálního vývoje (vazby s matkou) a behaviorálním problémům (Muzik & Borovska, 2010). Dlouhodobý vliv je patrný zejména u chlapců v podobě vyšší vzrušivosti ve věku 5 let, nižšího IQ, horšího matematického uvažování a speciálních vzdělávacích potřeb (Cockburn & Pawson, 2007).

Mnoho autorů zdůrazňuje závažnost změn spjatých s těhotenstvím, porodem a příchodem dítěte, a náročnost adaptace v těchto obdobích (Cockburn & Pawson, 2007; Nicolson, 2001; Mangaleshwari, 2014; Stadelmann, 2009). Tyto změny se podle Nicolson (2001) podílejí na vzniku poporodní deprese, která je zdravou dočasnou reakcí na ztrátu. Ženy by podle Nicolson (2001) neměly být společensky stigmatizovány. Potřebují čas, uznání důležitosti probíhajících změn, pomoc a podporu (Nicolson, 2001) psychologickou (Barbera et al., 2010; Enkin et al., 1998; Glover & Barlow, 2014; Lantsburg, 2011) i sociální (Cockburn & Pawson, 2007; Enkin et al., 1998). Nenaplněná očekávání v oblasti sociální podpory mohou mít také vliv na poporodní smutek (Enkin et al., 1998). Ratislavová (2008) a Kitzingerová (2011) v této souvislosti odkazují na nepřetržitou podporu poskytovanou matkám ženami z okolí v mnoha mimozápadních kulturách (Kitzingerová, 2011; Ratislavová, 2008) po dobu 40-100 dní po porodu (Ratislavová, 2008). Preventivně v oblasti depresivní symptomatologie v perinatálním období působí však také například předporodní jóga (Newham et al., 2014).

1.6.2 Psychotická onemocnění

Poporodní psychotická onemocnění (puerperální psychózy) byla dříve označována jako laktační psychózy (Ratislavová, 2008). Jejich výskyt se odhaduje na 0,1-0,2 %, z čehož 70-80 % představují těžší psychotické deprese s agitací, eventuálně až dezorientací. Nejčastěji se rozvíjí 3.-14. den po porodu (Raboch, 2001). Pro jejich nízký výskyt se jim více věnovat nebudu.

1.6.3 Reakce na závažný stres

Jak již bylo v této práci mnohokrát zmíněno, těhotenství a perinatální období jsou pro ženu náročným obdobím plným změn. Stres, doprovázející období porodu, je umocňovaný nevyžádanými a mnohdy nepotřebnými zásahy ze strany zdravotníků (Enkin et al., 1998), kterým žena nerozumí, nebo situacemi ohrožení života ženy či dítěte (Ayers et al., 2006).

Reakce na závažný stres jsou podle MKN-10 maladaptivní reakce na těžký nebo trvalý stres. Narušují mechanismy úspěšného vyrovnávání se se stresem a poznamenávají sociální fungování jedince (MKN-10). Klinicky závažný psychologický distres Skari et al. (2002) zjistili u 37 % matek a 13 % otců několik dní po porodu. Symptomy vážného intruzivního stresu zjistili u 9 % matek a 2 % otců. Rizikové jsou v tomto směru svobodné matky, multipary a ženy s předchozím traumatickým porodem (Skari et al., 2002). Vyšší výskyt symptomů vážného stresu se pojí také se stavy vyčerpání, s abúzem návykových látek, s individuální zranitelností vůči stresu, s psychiatrickými poruchami a sníženou schopností zvládat stres (MKN-10). Symptomy vymizí většinou do 6 měsíců (Skari et al., 2002).

Akutní reakce na stres je krátkodobou poruchou. Je doprovázena většinou stavem „ustrnutí“ se zúžením vědomí a pozornosti, neschopností chápat podněty a dezorientací. Následuje stažení (odklon od situace až disociativní stupor) nebo hyperaktivita (útěková reakce nebo fuga). Časté jsou vegetativní příznaky panické úzkosti (tachykardie, pocení, zčervenání). Na toto období může být částečná nebo úplná amnézie (MKN-10).

Posttraumatická stresová porucha (dále jako PTSD) je zpožděnou a (nebo) protahovanou (nástup po několika týdnech až měsících, zřídka více než šesti) reakcí na stresovou událost. Projevuje se jako opakované oživování traumatu v dotíravých vzpomínkách (psychotické reminiscence), nebo ve snech. Je při ní přítomný stálý pocit „necitlivosti“ a emočního otupění, stranění se lidí, nereagování na okolí, anhedonie a vyhýbání se činností a situacím, které připomínají prožitá trauma. Obvykle je přítomna

vegetativní hyperaktivace se zvýšenou dráždivostí, přehnané úlekové reakce a nespavost s přidruženou úzkostí a depresí, a případně suicidálními myšlenkami (MKN-10).

Průběh je kolísavý, ve většině případů lze očekávat uzdravení (MKN-10). Podle Cockburn a Pawson (2007) se více než polovina lidí s PTSD symptomy uzdraví bez intervencí během prvních 3 měsíců po události. Ti, u kterých symptomy přetrvávají, se bez psychologické intervence spíše neuzdraví. U malé části pacientů může mít PTSD chronický průběh a přejít k trvalé změně osobnosti (MKN-10). Podle Cockburnové a Pawsonové (2007) přetrvávají symptomy PTSD v dlouhodobé dimenzi u 1-2 % žen jako přímý důsledek jejich porodní zkušenosti.

PTSD je častější u sociálně či ekonomicky znevýhodněných lidí. U žen se vyskytuje dvakrát více- 10,4-12,3 % vs. 5-6 % u mužů (Kosová & Praško, 2002). Může se projevit jako následek komplikovaného, bolestivého nebo předčasného porodu, po porodu s úmrtím dítěte, ale i po nekomplikovaném porodu (Ratislavová, 2008). Výskyt PTSD u žen po porodu se pohybuje mezi 1-6 % (Ayers et al., 2006; Davies et al. 2008; Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000). Jeden a více příznaků splňuje 21-33 % žen 4-6 týdnů po porodu (Creedy et al., 2000; Davies et al. 2008). Podle Cockburnové a Pawsonové (2007) se PTSD rozvíjí u více než 5 % mužů, kteří byli přítomni u porodu svých partnerek.

Podle studií přítomnost PTSD symptomatologie u matky souvisí s celkovou porodní zkušeností (Garthus-Niegel et al., 2014), množstvím porodnických intervencí, vnímáním péče jako neadekvátní (Creedy et al., 2000), paritou, předchozími psychologickými problémy, obtížným nebo neplánovaným těhotenstvím, slabou sociální oporou a podporou při porodu. Je prokázána spojitost PTSD také s bolestí při porodu (Cockburn & Pawson, 2007; Garthus-Niegel et al., 2014; Goutaudier et al. 2012; Soet et al., 2003), slabou kontrolou, negativním kontaktem se zdravotníky a předchozími psychologickými problémy. PTSD také souvisí se způsobem porodu (Cockburn & Pawson, 2007), negativními emocemi (Goutaudier et al., 2012), symptomy akutního stresu partnera ženy, méně jistou vazbou s ním, nespokojeností s jeho podporou v průběhu porodu (Iles et al., 2011, 2014) i kritikou vztahu s ním (Iles et al., 2014). Soet et al. (2003) uvádí spojitost s mírou sociální podpory, self-efficacy, vnitřní lokalizací kontroly a strategiemi zvládnání. Roli může hrát podle Briddon, Slade, Isaac a Wrench (2011) desorganizace paměti vyvolaná emocionálním hodnocením porodu.

PTSD vede k častějšímu spontánnímu předčasnému porodu (Shaw, Asch, Kimerlin, Frayne, Shaw, & Phibbs, 2014), ovlivňuje matčino hodnocení dítěte a narušuje rozvoj jejich

vzájemného vztahu (Davies et al, 2008). Ke zlepšení vazby matka-dítě dochází po jednom až pěti letech, avšak z dlouhodobého hlediska mají ženy s traumatickou porodní zkušeností se svými dětmi spíše vazbu vyhýbavou, nebo úzkostnou. Traumatický porod vede nejen k emocionálním a fyzickým obtížím, ale negativně poznamenává i partnerský život ženy (Ayers et al., 2006).

Birth Trauma Association (BTA) uvádí, že postnatální PTSD lze předcházet poskytováním péče zaměřené na ženu, která zahrnuje dobrou komunikaci, poskytování kvalitních informací a zahrnutí ženy do rozhodování. Důležité je podle BTA rozpoznávat individuální potřeby žen, neimplikovat, že nějaký způsob porodu je lepší než jiný, informovat ženy o příznacích PTSD a o tom, kde hledat pomoc v případě jejich výskytu. Akutní porodní situace vyžadují citlivý přístup. Je zapotřebí podávat dostatek informací a času na jejich zpracování, což může snížit pocit ohrožení života, u muže obavu z ohrožení života partnerky (Cockburn & Pawson, 2007).

Po vyličení psychopatologie ženy typické pro období pre- i postnatální se krátce zmíním o možnostech léčby těchto psychických poruch.

1.6.4 Léčba

Psychická onemocnění vyžadují terapii. Mírnější až středně těžké formy deprese se léčí psychoterapeuticky. U závažnějších stavů je třeba podávat antidepresiva. Příznaky ustupují většinou za 3-14 měsíců (Ratislavová, 2008). Důležitá je včasná detekce psychických obtíží, zejména v primární péči. Odeslání do péče specialistů zvyšuje pravděpodobnost pozitivního ovlivnění well-beingu matky i dítěte (Muzik & Borovska, 2010). Situace je komplikována ženiným vyhýbáním se zdravotnické péči z obav ze stigmatizace, nebo jako přímý důsledek prožitého traumatu (Cockburn & Pawson, 2007).

Vylíčením závažných rizik perinatální péče, které představují psychopatologické poruchy ženy, uzavírám kapitolu týkající se psychologie ženy v perinatálním období. Zohledněním uvedených rizikových faktorů zdravotníci zkvalitní poskytovanou perinatální péči, jak po stránce fyzické, tak psychologické. Historií oddělení a znovusbližování psychické a fyzické stránky v lékařské péči se věnuji v následující kapitole, týkající se sociokulturní podmíněnosti perinatální péče. Prostor zde věnuji také často kritizovaným aspektům zdravotní i porodnické péče a cestám k jejich eliminaci.

2. Sociokulturní aspekty perinatální péče

Přístup k porodu jako takovému, k poskytované péči při něm, a tím i jeho prožitek, je ovlivněn mnoha faktory. Zajímavé poznatky, týkající se těchto vlivů, přináší kromě psychologie i antropologie a sociologie porodu. Tyto vědní disciplíny se zaměřují na sociální a kulturní podmíněnost zdraví a nemoci. Dokládají, že prožívání vlastního těla i ženská zkušenost porodu, jsou sociálně a kulturně konstruované (Hrešanová, 2008). Na kulturní podmíněnost porodní zkušenosti poukazuje také Morris (1995), Dick-Read (2013), Lamaze (1974), Odent (2011, 2013, 2014) Chalmers (2012, 2013), Scopesi a Zanobini (1997), Kitzingerová (2004, 2011) a další autoři.

Jak bylo uvedeno v oddíle 1.5.2 Dick-Read (2013) a Lamaze (1974) upozorňují na to, že je v západní kultuře spojován porod se strachem. To je podle nich patrné již v označení děložních kontrakcí „porodní bolesti“. Bolest při porodu vzniká z jejího očekávání (Lamaze, 1974), ze strachu, který vyvolává tenzi, jež je interpretována jako bolest (Dick-Read, 2013). Podle Odenta (2013) i Dick-Reada (2013) může žena v průběhu porodu dosahovat vrcholných (orgastických) transcendentních stavů, ale pouze v případě, že není vyrušována nepříznivými vlivy prostředí, nebo vlastními obavami. Odent (2013) vidí v kulturním přístupu k péči při porodu určitou formu regulace dosahování transcendentních stavů.

V ČR je porodní péče poskytována výhradně v rámci porodnic. Charakteristikami perinatální péče v porodnicích se budu věnovat v této kapitole. Začnu tématem, které je stále aktuální a pro tuto práci nejzásadnější- nedostatečným zohledněním psychosociálních faktorů při poskytování zdravotnické péče. Podle Sobotkové a Štembery byla psychologická problematika porodnické péče ještě v roce 2003 (b) tématem relativně novým a stále opomíjeným. Problematiku uvedu obecnějším nástinem historických souvislostí vyčlenění a postupného sbližování tělesné a duševní stránky člověka při poskytování zdravotnické péče, podle Honzáka (1989, 2011).

2.1 Historie oddělení a znovusbližování tělesného a duševního ve zdravotní péči

Podle Honzáka (1989, 2011) mělo zásadní vliv na oddělení tělesné a duševní stránky to, že Galenos nabádal své žáky, aby se tělesné a duševní stránce věnovali rovnoměrně. Tato dichotomie se podle Honzáka (1989, 2011) postupem času vyostřila až v příkré oddělení těla a duše. Věda přijala za svůj názor Descarta tím, že za objekt svého studia přijala „rozumný stroj“, a duši přenechala v kompetenci církve a filozofie. Nemoc byla v tomto pojetí poruchou provozu „rozumného stroje“. Takto se začal rozvíjet biomedicínský model lékařské péče. Jeho

vývoj byl završen před 150 lety tím, že Virchow definoval nemoc jako poruchu buněk, tkání či orgánů, která má za následek poruchu funkce a z ní vyplývající příznaky (Honzák, 1989, 2011).

V průběhu rozvoje medicínského výzkumu se začala vyvíjet vědecká psychologie. Vznik psychologie se datuje k roku 1879, kdy Wundt založil první psychologickou laboratoř. Pokusy Charcota a Janeta s hypnózou a sugescí podnítily práci Freuda, který vyvinul svou psychoterapeutickou metodu- psychoanalýzu. Freudův obrat zájmu k psychice, jako podstatnému činiteli podílejícímu se na vzniku somatických obtíží, byl přelomový. Příklad zásadní význam raným stádiím vývoje a rozpracoval přenosový vztah mezi lékařem a pacientem. To byl velmi důležitý krok směrem ke znovusbližování psychické a fyzické stránky člověka v medicínském přístupu k člověku. Přesto se ani Freud nevymanil z biomedicínského rámce, protože považoval za základní motivační proměnné biologické pudy (Honzák, 1989, 2011).

Rozvoj psychosomatického myšlení ovlivnil Selyeho objev vzniku somatických změn psychogenními (stresovými) podněty (Mlčák, 2005). Ve 30. letech 20. století se začaly objevovat první psychosomatické hypotézy týkající se vzniku somatických poruch nepříznivými psychickými podněty (zejména dlouhotrvajícími či působícími v časných vývojových stádiích). Autoři hledali specifické podněty, které je vyvolávají (např. Alexander-specifický konflikt, Dunbarová- specifická osobnost). Tento předpoklad se však nepotvrdil. Proto se psychosomatika začala zajímat obecněji, o škodlivé vnější i vrozené vlivy (např. koncepce životních událostí, vliv deprese, syndromu beznaděje atd.) (Honzák, 1989).

Vzhledem k nejasnostem v přesné náplni pojmu psychosomatická medicína a tomu, že implikuje psychogenezi, přišel Engel v roce 1977 s návrhem nového vědeckého paradigmatu, který označil jako biopsychosociální přístup. Převažující jednostranný biomedicínský model (vycházející z molekulární biologie) neposkytoval totiž prostor pro sociální, psychologickou a behaviorální dimenzi nemoci (Engel, 1977). V 80. letech Lipowski (citováno podle Honzák, 2011) deklaruje, že psychosomatický přístup je vědeckou a klinickou disciplínou, která se zabývá:

- *studiem vztahů mezi specifikovanými psychosociálními faktory a normálními a abnormálními funkcemi;*

- *studiem interakcí mezi psychologickými, sociálními a biologickými faktory v etiologii, načasování začátku onemocnění, průběhem a vyústěním u všech nemocí;*

- *prosazováním celostního biopsychosociálního přístupu v péči o nemocné;*

- *aplikací psychiatrických, psychologických a behaviorálních metod v prevenci, léčbě a rehabilitaci somatických nemocí.*

Psychosomatický přístup vychází z Bertalanffyho (1972) obecné teorie systémů. Bertalanffy usiloval o vytvoření obecné teorie, která by se zabývala vlastnostmi, principy a zákony všech systémů, které jsou navzájem podobné až univerzální. Podle Bertalanffyho je systém komplex složek v interakci a víceúrovňové organizaci. Je cílově zaměřený (teleologie) a vyvíjí se k vyšší organizaci. Obecná teorie systémů může být podle něj považována za vědu o „celistvosti“. Bertalanffy vystupoval proti „scientismu“ (pokles vědy na rutinu jakou je např. práce účetního nebo mechanika), degradaci člověka na robota a takovému zacházení s ním. Usiloval o humanizaci vědy a adekvátní pojmový model skutečnosti bez zanedbávání či popírání toho, co je lidské. Takový přístup je podle něj významnou službou společnosti a civilizaci, humanizací vědy. Jak píše Bertalanffy (1972, s. 141):

„Dalo by se snadno ukázat z dějin, že věda sama je ‘humanistické’ úsilí a že všichni velcí představitelé vědy to tak cítili. Nešlo jim o zisk, který mohl jejich výzkum přinést, ale spíše odvozovali estetické uspokojení z hlubokého proniknutí do problému, které, řečeno abstraktně, je srovnatelné s mystickým, sjednoceným pohledem na svět. Abych mluvil osobně, sám jsem se v různých dobách zabýval pokusy s buněčným dýcháním či rakovinou, matematikou, biologií, filosofií vědy, a občas jsem napsal i báseň, ale nikdy jsem necítil rozpor či antitezi mezi touto činností.“

Zatímco biomedicínský přístup považuje za základ lidský organismus a zaměřuje se pouze na jeho subsystemy, psychosomatický přístup považuje jedince pouze za součást vyšších systémů, kterými jsou dyáda, rodina, společnost atd. Změny na jedné úrovni mají dopad na všechny další. V psychosomatickém přístupu zaujímá významné postavení psychoterapie, která působí na širší společenské celky prostřednictvím navození změn u jednotlivce (Honzák, 2011).

Kromě psychosomatické medicíny, která se zabývá poznáváním vlivu biologických, psychologických a sociálních faktorů na rozvoji nemocí (Honzák, 1989), můžeme z vědních oborů zabývajících se spolupůsobením psychického a fyzického jmenovat následující. Lékařská psychologie má za svůj předmět vztah lékař-pacient, popř. jeho blízcí, na všech úrovních, s využitím poznatků psychologie klinické, sociální, komunikace a zdraví, a psychiatrie (Vymětal, 2003). Psychologie zdraví se zabývá vlivem chování člověka na zdraví a čerpá z poznatků psychologie, psychosomatiky a lékařské psychologie (Raudenská & Javůrková, 2011). Zdravotnická psychologie aplikuje psychologické poznatky v diagnostické, terapeutické a ošetrovatelské péči (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007). Behaviorální

medicína se zabývá problematikou zdraví a nemoci z hlediska spolupůsobení biologických, psychologických a sociálních faktorů v lidském prostředí ovlivněných chováním člověka (Mlčák, 2005).

V této podkapitole jsem se věnovala historickému ohlédnutí za oddělením tělesné a duševní stránky člověka v rámci zdravotnické péče a nastínila cesty jejich znovusbližování. Následující podkapitolu věnuji nejčastěji kritizovaným aspektům zdravotnické péče.

2.2 Kritika zdravotní péče v České republice a komplexnější modely přístupu k pacientovi

Vymětal v roce 2003 charakterizuje zdravotní péči v ČR jako technizovanou, se stále výraznějším a dokonalejším využíváním přístrojů, přírodovědně orientovanou, specializovanou na různé obory a organizovanou. Dále ji popisuje jako „mlčící“, protože lékař pacientovi nenaslouchá, anonymní a zvěčňující vzájemné vztahy. Lékař podle Vymětala (2003) přistupuje k pacientovi jako opravář k porouchanému stroji. Takto přistupuje i sám pacient ke svým obtížím a důvěřuje přístrojovým vyšetřením a léčbě více než člověku (Vymětal, 2003). Königsmarková v předmluvě ke knize Stadelmannové (2009) uvádí, že technizování zdravotnické péče vedlo ke změně životního stylu a přístupu ke zdraví, kdy pacienti za své zdraví dávají odpovědnost lékařům.

Jako další charakteristiku Vymětal (2003) jmenuje neschopnost komplexní péče, díky čemuž dochází k dehumanizaci medicíny, opomíjení subjektivity a bytostného určení člověka. Podobně podle Königsmarkové (Stadelmannová, 2009) se zdravotníci díky úzké specializaci jednotlivých oborů přestávají zabývat problémy a chorobami z pohledu celého člověka. Zabývají se spíše důsledky, nikoli příčinami obtíží. Rovněž podle Berana medicína v současné době zažívá obrovský rozvoj, avšak ztrácí svůj lidský rozměr. Podobně vyspělé péče se tak nedostává psychice nemocných (Beran, 2010). Současná podoba zdravotnické péče je podle Vymětala (2003) spoluutvářena konzumním nastavením společnosti s orientací na zvýšení výroby a spotřeby a vztahy převážně tržními.

Kritici biomedicínského modelu péče ve zdravotnictví, který se projevuje zejména v nevhodném přístupu k pacientovi (Janáčková & Weiss, 2008), kladou důraz na komplexní (Šolcová & Kebza, 1999), holistický pohled na pacienta (Janáčková & Weiss, 2008). Pacient má být vnímán v interakci biologických, psychologických a sociálních faktorů, které jsou pro něj specifické. Rovněž diagnostika a terapie se má orientovat nejen na somatické funkce, ale i na pacientovu situaci, myšlenky a chování (Cockburn & Pawson, 2007).

Biopsychosociální model někteří autoři dále rozšiřují. Např. Beran (2009) o fylogenetické hledisko zohledňující vrozené vzorce chování (např. reakce na stres). Tímto aspektem se zabývá humánní etologie, která používá zejména metodu pozorování chování např. rodičů s dětmi (např. Papoušek, Ditrichová), nebo mezikulturního (např. Eibl-Eibesfeldt, Meadová, Benedictová, Morris). Raudenská a Javůrková (2011) jmenují navíc dimenzi spirituální. Považuji za důležité, ve shodě s Beranem (2009), podotknout, že se tyto modely přístupu k pacientovi vzájemně doplňují, nikoli soupeří.

Přístup k pacientovi v rámci širších modelů péče zahrnuje neautoritativní přístup, který vede k partnerské spolupráci lékaře a pacienta na léčbě, a také ke snížení ekonomických nákladů s léčbou spojených. Autoritativní vystupování lékaři zajišťuje převahu a odstup, které jsou potřebné pro rozhodování (mohou mu také sloužit pro maskování vlastní nejistoty) (Beran, 2009). Paternalistický přístup s převzetím kompetencí lékařem má význam v situaci ohrožení života. Oba přístupy tedy mají své výhody, nevýhody a omezení při využití, s ohledem na situaci, zdravotní stav a osobnost pacienta (Andršová, 2012).

Postupný přechod k více respektujícímu a méně autoritativnímu, biopsychosociálnímu přístupu ve zdravotní péči je patrný i v oblasti porodnictví. V následující podkapitole představím některé typologie přístupu k perinatální péči.

2.3 Typologie přístupů k porodnické péči

Podle Haškové (2001) v porodnické péči bojují dva přístupy k vedení normálního porodu (nikoli patologického, kterých je asi 5 %). První přístup zahrnuje aktivní vedení porodu lékařem. V rámci druhého přístupu je lékař pasivní a porod ponechává svým přirozeným rytmům (přirozený porod).

Aktivně lékařsky vedený porod podle Haškové (2001) zažíval svůj rozmach v nemocnicích poté, co byla vyvinuta porodní analgezie (později i anestezie), objevena sterilizace, aseptické zákroky a účinky oxytocinu (později prostaglandinů). Postupem času se stal rutinní praxí. Úzce souvisí s organizací porodnic. Ta zahrnuje formalizované procedury, neosobní pravidla, hierarchii pozic, dělbu kompetencí a práce. Specifický je v jeho rámci také charakter komunikace s cílem koordinovat kolektivní úsilí a minimalizovat omyly. Příznivci aktivně lékařsky vedeného porodu je porod chápán jako vysoce riziková záležitost. Argumentují zejména snížením porodní mortality (Hašková, 2001) a morbiditý po zavedení tohoto typu perinatální péče.

Postupný přesun porodů z domácností do porodnic byl v ČR dokončen v 60. letech 20. století. Začaly se provádět preventivní těhotenské prohlídky a ultrazvuková a genetická vyšetření. Díky tomu došlo k formulaci těhotenství rizikových, nerizikových i k formulaci „přirozeného“ porodu. V té době začal být podle Haškové (2001) v Evropě kritizován biomedicínský přístup ve zdravotnické péči, což se v ČR projevilo až v 80. letech (Hašková, 2001), kdy se v českých perinatálních studiích poprvé začala soustředit větší pozornost na rizikové psychosociální faktory (Sobotková & Štembera, 2003a).

Malý (2004) charakterizuje aktivně lékařsky vedený porod takto. Rodička je při něm omezována v poloze vleže na zádech. Plod je průběžně monitorován. Důraz je kladen na sterilitu prostředí, a proto není povolena přítomnost blízkých osob. Je prováděno rutinní nastřížení hráze (perinea) coby prevence vážnějšího poranění rodidel a jeho následků. Pro pomalý postup porodu a špatnou „spolupráci“ rodičky bývá častější operační ukončení porodu (kleštěmi, vakuumextraktorem, nebo císařským řezem) při aktivně lékařsky vedeném porodu.

Již Dick-Read (2013) se vymezoval proti tradičnímu lékařsky vedenému porodu. Lékaři podle něj svojí aktivitou (pokusením něco dělat) přistupují k porodu, jako by byl komplikovaný a vyžadoval chirurgickou intervenci. V důsledku těchto zásahů se podle Dick-Reada (2013) porod často patologickým stává. Zaměření na patologii oproti respektu k fyziologii porodu kritizuje i Odent (2011) a Königsmarková v předmluvě ke knize Stadelmannové (2009), kde píše, že se z porodu stala choroba, kterou „léčíme“ porodem. V tomto případě nerodí ženy, ale lékaři. Dick-Read (2013) vítal vymoženosti medicíny v případě komplikovaných porodů (např. v důsledku fyziologických anomálií porodních cest atp.). V rutinních zásazích však viděl válku proti ženám, napadení jejich těl. To je umožněno neznalostí žen pramenících z vyčlenění z aktivní účasti na porodu. Díky tomu se ženy slepě podřizují požadavkům porodníků. Naopak dobří porodníci podle Dick-Reada (2013) následují přirozené zákonitosti porodu.

Stejně tak Odent (2011) došel v počátcích své porodnické praxe k názoru, že historie porodnictví je historií postupného vylučování žen z jejich ústřední role při porodu. Podle jeho názoru i konvenční metody psychoprofylaktické přípravy k porodu (oddíl 1.5.2) usilují o ovládnutí všech základních charakteristik rodící ženy- její reakce na bolest, jejího dýchání, pohybu a poloh, které zaujímá, i zvuků, které vydává. Dokonce i Leboyer, který svou knihou *Porod bez násilí* (1991) významně přispěl ke zvýšení citlivosti k potřebám dítěte při porodu, podle Odenta (2011) odsunul ženu až na druhé místo. Důraz by měl být během porodu podle Odenta (2014) kladen na aktivitu ženy a dítěte.

Ve spojitosti s „přirozeným“ porodem se používá termín „alternativní porodnictví“. Tento termín je mnohými zastánci přirozených porodů odmítán pro to, že u některých lidí vyvolává spojitost se šarlatánstvím a alternativní medicínou, a také z důvodu odmítnutí jeho sekundární a marginální pozice (Hašková, 2001; Horáková Hoskocová v ústním sdělení, červenec 2013). Já jej vnímám jako porodnictví, ve kterém je ženám dáována možnost volby, a proto se jeho užití v této práci nevyhýbám.

Malý (2004) popisuje „alternativní“ přístup v porodnictví jako projev snahy o polidštění porodnictví a podporu pozitivních emocí spjatých s těhotenstvím a porodem. Jeho zastánci usilují o podporu rodičů v tomto období, o minimalizaci stresu ženy a o podporu její aktivní role v těhotenství a při porodu. Vychází vstříc přání žen родit v intimním prostředí, podle vlastních přání, za použití relaxačních technik, se svobodou pohybu i poloh pro vypuzení dítěte a s možností volby doprovodu. Plod je v rámci „alternativního“ přístupu monitorován ve větších časových odstupech. Tento přístup podle Malého (2004) podporuje postup porodu, snižuje potřebu uterotonik i výskyt abnormit srdeční frekvence plodu coby symptomu hypoxie. Po porodu zůstává žena s dítětem a přikládá jej k prsu. Pak přechází oba na oddělení šestinedělí a většinou třetí den po porodu odchází domů. Podle Roztočila (2012) si jak porodní asistentky, tak mnoho lékařů začínají uvědomovat, že koncepce přirozeného porodu může zamezit velkému množství medicínsky neodůvodněných zákroků.

Kitzingerová (2011) se ve své typologii přístupů k perinatální péči zaměřuje na více aspektů a proto její typologii představím zvlášť na tomto místě. Model péče tradiční v západní kultuře označuje jako technokratický. Porod je v něm považován za potenciálně patologický proces, který je normální pouze z retrospektivního hlediska. Porod je v rámci tohoto modelu prací spíše porodního týmu, než ženy. Žena je vnímána jako pacient, objekt zdravotnické péče. Péče není kontinuální, zahrnuje mnoho různých a často anonymních specialistů. Emocionální a spirituální aspekty porodu jsou většinou ignorovány. Porod probíhá mimo domov. Žena je při porodu doprovázena muži i ženami, které nemusely porodit. Zdravotníci používají jazyk, kterému ženy nerozumí. Vztahy mezi ženami a zdravotníky jsou vztahy dominance-submise. Ženy jsou v tomto modelu péče obeznámeny s možnostmi analgezie a operativního ukončení porodu. Metody, používané při porodu jsou vysoce sofistikované, zahrnují využití techniky, chemických látek a chirurgie. Tyto metody jsou spíše invazivní. Porodní komplikace v rámci technokratického modelu péče představují menší riziko pro ženu i pro dítě. Progrese porodu je chápána v termínech času. V případě delšího trvání porodu je děloha většinou stimulována umělými látkami. Pokud děloha na stimulaci nereaguje, porod je

ukončen císařským řezem. V průběhu otevírací fáze porodu je žena spíše pasivní. Ve fázi vypuzovací je spíše aktivní. Žena je pobízena zdravotníky k usilovnému a dlouhému tlačení. Rodička je často v poloze vleže na zádech. Ke třetí fázi porodu (vypuzení placenty) se v rámci technokratického modelu péče přistupuje aktivně, se zahrnutím aplikace oxytocinu, tahání za pupeční šňůru atp. (Kitzinger, 2011).

Naopak v sociálním modelu, typickém podle Kitzingerové (2011) pro mnoho původních kultur, je porod vnímán jako sociální událost a normální životní proces. Ženu podporují její blízcí z rodiny, kamarádky a jiné ženy, včetně porodní asistentky, která je komunitě dobře známá. Péče je poskytována téměř výlučně ženami, je kontinuální a zahrnuje blízké vztahy rodičky a poskytovatelů péče. Emocionální a spirituální aspekty porodu jsou centrální pro všechny, kteří se na této sociální zkušenosti podílí. Porod probíhá v domácím prostředí. Ženy jsou při porodu doprovázeny staršími ženami, které samy porodily. Znalosti a rozhodování jsou při porodu sdílené. Během porodu účastníci používají rodný jazyk. Vztah mezi rodičkou a poskytovatelkami péče je rovný. Nastávající matky v tomto modelu péče vědí, že musí zvládnout bolest při porodu a nečekají bezbolestný porod. Metody, používané při porodu jsou běžně dostupné. Zahrnují masáže, držení rodící ženy, užívání bylin atp. Jsou spíše neinvazivní. Porodní komplikace představují v tomto modelu péče větší nebezpečí pro ženu i pro dítě. Proces porodu je považován za přirozený fenomén, na který se nenaléhá. Někdy může trvat i dny a způsobit ženě i dítěti distres či ublížit na zdraví. V sociálním modelu péče je porod pojímán jako aktivita. Rodička při něm využívá běžné domácí objekty a fyzické polohy. Na porod placenty se nenaléhá a v případě potřeby se využívá přirozených technik jejího odloučení jako kýčání, foukání do lahve, zvracení nebo účinků bylin (Kitzinger, 2011).

V následující podkapitole se zabývám současným stavem porodnické péče. Opět se zaměřím na nejčastěji kritizované aspekty porodnické péče.

2.4 Současný stav a nedostatky v porodnické péči

Obecně dochází v dnešní době ke změně faktorů ohrožujících zdárný průběh těhotenství. V dobách minulých byla hrozbou zejména infekční onemocnění a vady způsobené nedostatečnou výživou. Nyní jsou to drogové závislosti, mnohočetná těhotenství po umělých oplodněních, ale i hrozba nákazy virem HIV (Doležal, 2001). Podle porodních statistik (ÚZIS ČR, 2012, 2013) stále pokračuje trend zvyšování věku rodiček (nejvíce se podílí na porodnosti ženy mezi 30-34 rokem, zatímco v roce 1970 to byly ženy ve věku 20-24 let), nárůstu operativních porodů (meziročně z 23,8 % na 26,3 % císařských řezů) a medikace

při porodu (v roce 2011 u 89 % porodů, z toho nejvíce byl používán syntetický oxytocin), epiziotomie je prováděná v 33,9 %.

Od roku 1989 dochází v ČR k postupné individualizaci (protiklad rutinní standardizace) a pluralizaci péče, otevírání porodnic okolnímu světu a ústupu od izolačních (oddělení ženy od okolního světa) a rutinních (klystýr, holení, kontinuální fetální monitoring atd.) praktik. Tyto tendence jsou důsledkem nejen politicko-ekonomických změn, ale i přílivu zahraniční literatury, svobody projevu, aktivity občanských sdružení a porodních asistentek (např. Hnutí za aktivní porod časem přejmenované na Hnutí za aktivní mateřství- HAM, Aperio, Česká asociace porodních asistentek- ČAPA). Sami zdravotníci vidí podle Haškové (2001) příčiny individualizace porodní péče především v její psychologizaci díky přílivu informací týkajících se negativního, zejména psychického, dopadu porodních praktik na matku i dítě. Další příčinou je podle nich komercializace zdravotní péče, tedy konkurenční boj mezi porodnicemi spojený s privatizací a poklesem porodnosti (Hašková, 2001).

Hašková v roce 2001 uvádí, že sílí požadavky odborné i laické veřejnosti na humanizaci porodnictví, přehodnocení rutinních porodnických praktik a redukci paternalistického přístupu zdravotníků k rodičkám, i ve zdravotnictví jako takovém. Kritizována podle ní byla i genderová struktura v porodnictví s převahou mužů (Hašková, 2001). Rovněž novější zahraniční studie poukazují na potřebu revidovat přístup k perinatální péči s ohledem na rutinní využívání předpojatých, nedostatečně podložených či neefektivních praktik (de Lima Parada & de Barros Leite Carvalhaes, 2007). Janáčková s Weiss (2008) či Takács, Sněhotová et al. (2012) taktéž upozorňují, že se zdravotnictví v ČR stále potýká s paternalistickým přístupem k pacientovi.

Ze současných autorů Roztočil (2012) upozorňuje na přílišnou medikaci při porodu pramenící z domněnky, že porodníci musí ženě při porodu nějak pomoci, a hrozivý vzestup porodů císařským řezem. Z dalších nepříznivých faktorů jmenuje přetrvávající „porodnické příkaznictví“ ve smyslu chování porodníků, jakoby věděli lépe než žena, co je pro ni nejlepší. Žena díky tomu nemá možnost zasahovat do průběhu porodu. Tento aspekt asymetrického přístupu k rodičce s nerespektováním jejích potřeb potvrzuje i Takács (2012).

Ve smyslu „porodnického příkaznictví“ (Roztočil, 2012) popisuje dominující přístup v perinatální péči také Goer (2002). Tento přístup je podle ní mužský, aktivní, tedy preferující aktivitu zdravotníků před pasivitou. Zaměřuje se na patologii. Ženské tělo je v rámci tohoto přístupu viděno jako problém, nikoli jako řešení. Zdravotníci usilují o kontrolovatelnost,

přehlednost, předvídatelnost a efektivitu. Kladou důraz na autoritu a hierarchizaci pozic (Goer, 2002).

Péče lékařů (gynekologů/porodníků) a porodních asistentek přitom vykazuje podle mnoha studií odlišné perinatální výsledky. Autoři studií uvádí, že jsou ženy, které byly v péči porodní asistentky, více spokojené s předporodní péčí (Wilson & Sirois, 2010). Porody za přítomnosti porodní asistentky mají kratší délku, je u nich méně využívána analgezie a prováděno celkově méně intervencí (Begley et al., 2011; Sutcliffe et al., 2012; Symon et al., 2007; Takács, Kodyšová et al., 2012). Tyto porody jsou tedy spíše normální (Fair & Morrison, 2012; Gu, Wu, Ding, Zhu, & Zhang, 2013; Sutcliffe et al., 2012), v poměru např. 66 % ku 43,4 % u skupiny žen s lékařskou péčí (Gu et al., 2013), a ženy jsou s perinatální péčí porodních asistentek více spokojené (Fair & Morrison, 2012; Gu et al., 2013; Sutcliffe et al., 2012; Zadoroznyj, 1996). Prvorodičky vykazují nižší skóre úzkosti (Gu et al., 2013). Ženy, doprovázené při porodu porodní asistentkou uvádí také intenzivnější pocit osobní kontroly (Fair & Morrison, 2012).

Gaskinová (2010) a její spolupracovnice jsou přesvědčeny, že kdyby hlavní zodpovědnost za normální porod spočívala v rukou zkušených porodních asistentek, a nikoli s finančními prostředky kalkulujících vedení nemocnic, došlo by ke snížení počtu předčasných porodů, úmrtí kojenců i císařských řezů. Tím by se snížily i celkové finanční náklady v porodnictví.

Podle Takács, Seidlerové et al. (2012) i Roztočila (2012) se v současné porodnické péči v ČR ocitají psychosociální aspekty často až na druhém místě za technickým a lékařsky odborným zabezpečením. Ze strany lékařů vidí Takács, Seidlerová et al. (2012) problém v nedostatečném zajišťování kroků pro psychickou podporu a terapii zdravotníků. Zdravotníci jsou podle nich přetěžováni a nedostatečně finančně ohodnoceni. Díky tomu často přistupují k rodičím ženám neadekvátně, rutinně, s nedostatkem empatie a podpory. Ženy pak vnímají péči jako neosobní, rutinní a málo ohleduplnou (Takács, 2012; Takács, Seidlerová et al., 2012). Takács (2012) i Roztočil (2012) spatřují nedostatky také v komunikaci zdravotníků s rodičkami. Takács (2012) tuto komunikaci charakterizuje jako nekvalitní, nejednoznačnou a devalvující.

Kritizovanou je podle Takács (2012) také separace matky a dítěte po porodu, což je jedním z nejčastějších motivů žen pro plánování dalšího porodu mimo zdravotnické zařízení.

Nedostatečná je podpora žen se speciálními potřebami (ženy s potížemi s kojením či matky nedonošených dětí) a přizpůsobivost pravidel fungování porodnice (Takács, 2012).

Nedostatek alternativ pro ženy, kterým porod v institucionalizovaném prostředí porodnic z různých důvodů nevyhovuje, vnímá jako hlavní nedostatek českého porodnického systému Hrešanová (2008). Podle výzkumu Waldenström a Nilsson (1994) porodní centra poskytují větší možnost porodit bez farmakologické úlevy od bolesti a pozitivnější porodní zkušenost. Vyšší spokojenost s péčí v porodních centrech (oproti klinikám a nemocnicím) uvádí i studie Iida, Horiuchi a Porter (2012), Overgaard, Fenger-Grøn a Sandall (2012) a Kojo-Austin, Malin a Hemminki (1993). V porodních centrech je věnována větší pozornost psychologickým potřebám a přáním týkajícím se porodu (Jamas, Hoga, & Tanaka, 2011; Overgaard et al., 2012). Ženám je poskytována vyšší podpora a je jim umožňována účast na rozhodování. Zaměstnanci zde ženám více naslouchají a uspokojují jejich potřebu informovanosti (Overgaard et al., 2012). Rovněž nastavení mezilidských vztahů je v porodních domech adekvátnější (Jamas et al., 2011) psychologickým potřebám žen.

K vyhledání péče v porodním domě vede zejména problematická zkušenost s nemocniční péčí (Jamas et al., 2011). Na klinikách se na nespokojenosti podílí například dlouhé čekací doby, neuspokojivá komunikace lékař-pacient, rutinní postupy, diskontinuita péče (jiní lékaři při každé návštěvě) a nedostatek sociální a psychologické podpory (Kojo-Austin et al., 1993). Waldenströmová (1998) zjistila, že kontinuita péče není tak důležitá v porodních centrech. Ženy zde jsou vysoce podle Waldenströmové (1998) spokojené pravděpodobně díky přístupu asistentek, filozofii péče a příjemnému a klidnému prostředí, spíše než díky tomu, že znají dobře danou porodní asistentku.

Po vyličení v současné době kritizovaných aspektů perinatální péče, jako jsou například rutinní provádění nedostatečně podložených či neefektivních porodnických praktik, paternalistický asymetrický přístup zdravotníků k ženám, rostoucí počet porodů císařským řezem, se dostáváme k možným cestám k jejich odstranění. Podle výše uvedených výsledků výzkumných studií se tak zvýší nejen spokojenost žen s poskytovanou perinatální péčí, ale zlepší se i zdravotní ukazatele kvality této péče.

2.5 Cesty ke zlepšení porodní péče

Podle Malého (2004) je pro přechod k „alternativnímu“ porodnictví nutná změna v myšlení a názorech porodníků i široké veřejnosti. Stěžejní postavení ve zdravotnické péči musí nabýt orientace na přání pacienta. Důležitá je rovněž vyšší informovanost pro odstranění

předsudků i obav zdravotníků. Celý zdravotnický tým musí spolupracovat a na rodičky působit profesionálně, přátelsky, otevřeně, vlídně a maximálně vstřícně. Tento aspekt je o to důležitější ve světle toho, že podle Roztočila (2012) jsou v současné době neideální vztahy mezi porodníky a porodními asistentkami díky sporu o místo porodních asistentek v péči o nastávající matku.

Dále musí být podle Malého (2004) rodiče dostatečně informováni a vedeni k pocitu spoluzodpovědnosti za průběh a úspěch porodu. Podle Takács, Seidlerové et al. (2012) nebo již uvedených Königsmarkové (Doležalová, 2006) a Vymětala (2003) se totiž v současné době pacienti vzdávají zodpovědnosti za své zdraví.

Úprava prostředí podle Malého (2004) zahrnuje zřízení soukromých porodních prostor pro umocnění pocitu bezpečí a intimity. Toto prostředí by mělo co nejméně připomínat prostředí nemocnic (barvy, textilie, obrázky, pozitivní atmosféra, bez přítomnosti neznámé techniky vzbuzující obavy). Porodní lůžko by mělo být pohodlné a výškově upravitelné. Personál se musí naučit podle Malého (2004) pracovat vsedě, neboť i to působí uklidňujícím dojmem. Dostupné mají být relaxační pomůcky, možnost intimního osvětlení a hudby. Vhodná je obeznámenost ženy s prostory porodnice ještě před porodem (Malý, 2004).

Behruzi, Hatem, Goulet a Fraser (2014) považují za hlavní charakteristiky humanizace perinatální péče: personalizaci péče, rozpoznávání ženiných práv, lidské zacházení, obhajobu a doprovázení žen a rovnováhu mezi zdravotní péčí a pohodlím, bezpečím a humanitou.

Takács et al. (2011a) pro zlepšení situace v českých porodnicích doporučují prevenci a terapii syndromu vyhoření u zdravotníků a provádění průběžných evaluací péče, které poskytnou zdravotníkům zpětnou vazbu. Za důležité považují rovněž sjednotit doporučení týkající se kojení, posílit komunikační kompetence zdravotníků a zajistit dostupnost psychologické péče pro rodičky i personál (Takács et al., 2011a). Podle Takács et al. (2011b) je nezbytné posilovat psychologické kompetence zdravotníků a jejich respektující a empatický přístup k rodičkám (Takács et al., 2011b). Na důležitost zohlednění psychosociálních aspektů ve zdravotnické péči upozorňují i Beran (2009) a Roztočil (2012). Zvláštní pozornost by měla být podle Takács et al. (2011b) věnována podpoře žen po císařském řezu a matkám nedonošených dětí.

„Alternativní“ porod je podle Malého (2004) doporučitelný pro ženy s nízkým porodním rizikem. Avšak hranice mezi fyziologickým, rizikovým a patologickým

těhotenstvím není jednoznačně stanovena a podléhá také sociální konstrukci stejně jako preferovaný způsob jeho vedení (Hašková, 2001). Tímto uzavírám téma sociokulturní podmíněnosti porodní zkušenosti tak, jak jsem ho uvedla.

Jednou z nejvíce kritizovaných oblastí zdravotní péče v ČR je v současné době nedostatečné zohlednění psychosociálních faktorů a s tím související paternalistický přístup. Naopak komplexnější biopsychosociální přístup k rodičkám oproti biomedicínskému vede ke zvýšení kvality perinatální péče a spokojenosti rodiček. V následující kapitole uvádím přehled konkrétních psychosociálních faktorů, které se podílí na spokojenosti rodiček s péčí v porodnici.

3. Psychosociální aspekty perinatální péče

Takács a její spolupracovníci, kteří se podíleli na rozsáhlé výzkumné činnosti Katedry psychologie Univerzity Karlovy, pojmenovávají faktory, které se podílí na spokojenosti žen s perinatální péčí souhrnným termínem psychosociální klima porodnice. Jedním z výstupů jejich výzkumné činnosti je dotazník pro hodnocení psychosociálního klimatu porodnice KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012), který je použit ve výzkumné části této práce. Za významný přínos práce tohoto týmu považují komplexní pokrytí aspektů spokojenosti žen s péčí v porodnicích. S těmito faktory čtenáře obeznámím na následujících řádcích spolu s informacemi o blízkých výsledcích zahraničních výzkumníků.

3.1 Psychosociální klima porodnice

Psychosociální klima Takács et al. (2011a) chápou jako soubor proměnných, které ovlivňují to, jak se ženy v porodnici cítí. Psychosociální klima zdravotnického zařízení má dopad nejen na spokojenost pacientů s poskytovanou péčí, ale i na průběh a úspěšnost léčby. Psychosociální klima porodnice má podle Takács et al. (2011a) význam závažnější proto, že cílem perinatální péče je především prevence, a také s ohledem na zvýšenou citlivost ženy k vlivům prostředí v tomto období. V porodnici podle Takács et al. (2011a) hledají pocit bezpečí, který však podle mnohých studií i přes veškeré technické zázemí často ztrácí.

Pozitivní psychosociální klima porodnice může kladně ovlivnit prožívání porodu, jeho průběh a minimalizovat lékařské zásahy (Takács, Kodyšová et al., 2012). Z rozsáhlé analýzy vztahů mezi proměnnými psychosociálního klimatu a emoční pohody rodičky vzešli Takács et al. (2011a) čtyři základní hlediska: vztahové, hodnotové, systémové a ekologicko-architektonické (Takács, Sněhotová et al., 2012).

3.1.1 Vztahové hledisko

Vztahové hledisko zahrnuje přístup zdravotníků k rodičkám, jejich komunikační zvyklosti a ustálené sociální role. Jako hlavní aspekty Takács et al. (2011a) identifikovaly:

a) schopnost empatie a poskytování psychické podpory

Tento aspekt je jedním z nejdůležitějších pro emoční pohodu rodičky. Projevuje se zájmem zdravotníků o pocity, obavy a přání rodičky. Je vyjadřován vlídným výrazem, laskavým tónem řeči, ochotou komunikovat, pochvalou a povzbuzením, ať už slovem, nebo dotekem. Působí na ženu podpůrně, vyvolává pocity klidu, jistoty, důvěry a přijetí. Naopak nepříznivě působí na ženy projevy nezájmu, zlehčování jejich pocitů, či necitlivé vyšetřování (ženy i dítěte) (Takács et al., 2011a).

Důležitost tohoto aspektu perinatální péče dokládají i další studie v podobě následujících faktorů: oddanost a empatie (Wilde-Larsson, Sandin-Bojö, Starrin, & Larsson, 2011), podpora (Sawyer et al., 2013; Spaich et al., 2013; Waldenström, Rudman, & Hildingsson, 2006) včetně emocionální (Aston, Saulnier, & Robb, 2011), nápomocnost (Brown & Lumley, 1994), vztah se zdravotníky (Aston et al., 2011; Lerman et al., 2007) a přátelskost personálu (Avortri, Beke, & Abekah-Nkrumah, 2011; Kulesza-Bronczyk et al., 2013).

b) ohleduplnost k aktuálnímu stavu rodičky, jejímu soukromí a studu

Přístup respektující aktuální stav a potřebu soukromí a intimity ženy s dítětem, byl pro ženy důležitý. Negativně působilo kladení nepřiměřených požadavků (např. vyplňování dotazníků během silných kontrakcí) a nerespektování studu (Takács et al. 2011a). Rovněž Kulesza-Bronczyk et al. (2013) uvádí význam vytvoření atmosféry soukromí a pocitu bezpečí v průběhu hospitalizace. Podle Rudman a Waldenströmové (2007) důležité, aby ženy měly dostatek možností pro odpočinek a zotavení.

c) kvalita komunikace (komunikační styl, poskytování informací)

Rodičky pozitivně hodnotily projevy zdvořilosti (podání ruky, představení se), které vnímaly, jako rovnocenný přístup zdravotníků k nim. Projevy zdvořilosti zvyšovaly pocit důstojnosti, jistoty a klidu žem. Negativně na rodičky působila komunikace dvojznačná, znevažující a znejistňující. U prvorodiček vedlo zpochybňování jejich mateřské kompetence k pocitům smutku až zoufalství. Rovněž necitlivé výroky zdravotníků a nálepkování v případě narození dítěte zdravotně postiženého potencují podle Takács et al. (2011a) stres a smutek ženy.

Takács et al. (2011a) dále uvádí, že vysoká míra informovanosti ženy o jejím aktuálním zdravotním stavu, průběhu a očekávaném vývoji porodu vytvářejí strukturovaný horizont očekávání. Ten je jedním z nejvýznamnějších protektivních faktorů. Posiluje ženin pocit jistoty, bezpečí a vlastní kompetence. Naopak nedostatečné poskytování informací vyvolává pocity nejistoty, nedůvěry a často jsou vnímány jako nadřazené zacházení ze strany zdravotníků. Velmi stresující je pro ženy neinformování před provedením zákroku, či o vzniklých komplikacích (Takács et al., 2011a).

I mnohé další studie jmenují význam konstruktivní komunikace (Lerman et al., 2007), míry informovanosti (Avortri et al., 2011; Brown & Lumley, 1994; Meyer, 2013; Sawyer et al. 2013; Lerman et al., 2007; Waldenström et al., 2006; Wilde-Larsson et al., 2011),

vysvětlení (Rudman & Waldenström, 2007; Sawyer et al., 2013) a respektu (Avortri et al., 2011; Wilde-Larsson et al., 2011). Naplnění porodních očekávání se podílí nejen na celkové spokojenosti (Cipolletta & Sperotto, 2012; Christiaens et al., 2007) s perinatální péčí, ale i s vlastním výkonem (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004).

d) ochota a pomoc

Ženy jsou během porodu velmi vnímavé ke vstřícnosti zdravotníků a k celkovému klimatu porodnice. Pozitivně vnímají zájem ze strany zdravotníků, negativně spěch, nelaskavý tón řeči, odměřenost a nezřídká i aroganci (Takács et al., 2011a).

e) zaujímání rolí (symetrický/asymetrický postoj)

Tento faktor se projevuje v rovině vztahové, hodnotové i systémové a významně se podílí na vnímání klimatu porodnice. V rovině vztahové se projevuje zejména ve způsobu komunikace zdravotníků s rodičkou, v jejich přístupnosti a ochotě komunikovat a také v množství informací, které jí poskytují. Asymetrie odborná, nevyklučuje symetrii vztahovou. Citlivé vyvažování těchto přístupů vnímaly ženy jako pozitivní, vyvolávalo u nich pocit vlastní důstojnosti a ochotu spolupracovat. Ženy také pociťovaly k lékařům větší respekt, než v případě přístupu asymetrického. Některé ženy hodnotily pozitivně i přístup rodičovsky nadřazený, ale vřelý. Naopak asymetrie typu učitel-žák zahrnující nutnost plnění příkazů a úkolů, nedostatek empatie a podpory a nevhodné komunikační styly, působily na ženy nepříjemně (Takács et al., 2011a).

3.1.2 Hodnotové hledisko

Hodnotové hledisko zahrnuje přístup zdravotníků k porodu a poporodní péči a roli ženy během nich. Vychází z hodnot a přesvědčení (paradigmatu) zdravotníků. Hlavní koncepty v rámci tohoto hlediska jsou podle Takács et al. (2011a) následující:

a) podíl rodičky na rozhodování

V tomto aspektu péče se odráží mj. již zmíněná symetrie vztahu zdravotního personálu s rodičkou. Přesvědčení zdravotníků ovlivňují míru možnosti rodičky rozhodovat o průběhu dění. Ženy pozitivně hodnotily, když zdravotníci respektovali jejich potřeby. Rady zdravotníků vítaly pouze v případě, pokud jim byly nabízeny možnosti a nebyly jim vnucovány. Nepříznivě působilo ignorování přání a potřeb rodiček a vyloučení rodiček z rozhodování o zákrocích. Stejně tak působilo zlehčování názorů a obav žen a provádění úkonů (vyšetření, dokrmování dítěte či podávání náhražek sání) bez jejich vědomí a souhlasu (Takács et al., 2011a).

Podíl na rozhodování a kontrola nad vývojem situace jsou jádrem mnoha koncepcí psychické odolnosti (např. Heiderovy teorie kauzální atribuce, Rotterovy lokalizace kontroly, Seligmanovy naučené bezmocnosti, či Bandurovy vlastní vnímané účinnost). Nedostatek kontroly může být prožíván jako ohrožující (Takács, Kodyšová et al., 2012). Naopak pocit kontroly se podílí na snížení vážné bolesti, intenzivnějších pozitivních a méně intenzivních negativních emocí během porodu (Tinti, Schmidt, & Businaro, 2011).

I další studie uvádí spojitost spokojenosti s perinatální péčí a faktorů: umožnění žádoucí aktivity (Wilde-Larsson et al., 2011), osobní kontroly a zahrnutí do rozhodování (Aston et al., 2011; Brown & Lumley, 1994; Fair & Morrison, 2012; Goodman et al., 2004; Christiaens et al., 2007; Meyer, 2013; Spaich et al., 2013; Waldenström et al., 2006), či konkrétně rozhodování o způsobu úlevy od bolesti. Meyer (2013) uvádí 4 atributy, které se podílí na vnímané kontrole u rodiček v průběhu porodu: rozhodování, přístup k informacím, osobní bezpečnost a fyzické fungování.

Pozitivní vliv na pocit možnosti rozhodování a také spolupráce se zdravotníky měly ve studii Fisher, Hauck, Bayes a Byme (2012) porodní kury založené na principu všímavosti. Techniky všímavosti těmto ženám usnadnily jejich pocit kontroly během porodu a obsah kurzů jim umožnil zahrnutí do rozhodování během porodu. Podle autorů studie může být zapotřebí další vzdělávání zdravotníků s cílem pozitivnějšího reagování zdravotníků na ženy, které zůstávají aktivní při rozhodování během porodu, na což často nejsou připraveni.

b) podpora raného kontaktu matky a dítěte

Ve studii Takács et al. (2011a) jako významný prediktor duševní pohody rodičky působil kontakt s dítětem pouze v případě, že byl nepřerušovaný. Toto se však děje v ČR velmi zřídka. Některé ženy, zejména po dlouhém či vyčerpávajícím porodu, vnímaly oddělení od dítěte po porodu pozitivně. Pokud však o kontakt s dítětem stály, nevnímaly radu zdravotníků, aby si po porodu odpočinuly, pozitivně (Takács et al., 2011a). Toto období má podle mnoha autorů význam pro utváření vzájemného pouta mezi matkou a dítětem, k čemuž se blíže vyjadřují v kapitole o poporodním období.

c) podpora kojení

Ženy ve výzkumu Takács et al. (2011a) spontánně komentovaly přístup zdravotnického personálu ke kojení, z čehož výzkumnice usoudily, že je kojení pro spokojenost matky s poskytovanou péčí důležitým faktorem. Oceňována byla podpora a trpělivost, negativně byla vnímána kritika. Ženy se často cítily zmatené nejednoznačností

podávaných informací. Důležitost faktoru podpory kojení pro spokojenost žen s perinatální péčí jmenují i Waldenströmová et al. (2006) a Rudman a Waldenströmová (2007). Hongo, Nanishi, Shibamura a Jimba (2014) uvádí spojitost mezi spokojeností matek s kojením a časného kožního kontaktu s dítětem a také také vyžádaného povzbuzení ke kojení. Blíže k tématu v oddíle věnovanému kojení.

3.1.3 Systémové hledisko

Provozně-systémové aspekty fungování porodnice zahrnují následující aspekty:

a) srozumitelnost pravidel fungování porodnice

Pokud se žena neorientuje v prostorách porodnice a jejím řádu, cítí se úzkostná. Velmi negativní pocity vyvolával rozpor mezi informacemi (např. z webových stránek) a realitou v porodnici. Ženy hodnotily pozitivně také to, pokud je zdravotník seznámil se svou funkcí (Takács et al., 2011a).

b) dostupnost a spolehlivost péče

Spolehlivost a dostupnost zdravotníků hrála rovněž pro ženy důležitou roli. Ženy ubytované na nadstandardních pokojích byly v tomto ohledu spokojenější (Takács et al., 2011a). Z podobných faktorů, které uvádí zahraniční studie, bych jmenovala přítomnost porodních asistentek (Wilde-Larsson et al., 2011), věnovaný čas a návaznost péče (Aston et al., 2011).

c) vstřícnost pravidel k rodičce

Tento aspekt rovněž souvisí se vztahovou symetrií/asymetrií. Pozitivně na ženy působil klientský přístup a přizpůsobování pravidel provozu porodnice individuálním potřebám ženy i jejího dítěte. Naopak stresující byl pro ženy pocit, že se musí přizpůsobovat pravidlům zohledňujícím pouze pohodlí zdravotníků. Protektivní vliv v tomto směru měla nepřetržitá přítomnost předem zvolených zdravotníků u porodu (zejména porodních asistentek) nebo partnera (zejména v první době porodní). Negativně působila anonymita personálu a nenávaznost péče. Často se stížnosti žen na nepřizpůsobivost pravidel porodnice týkaly nošení dětí na kojení, nutnosti vážení dítěte před a po něm, časných ranních buzení a vizit (Takács et al., 2011a).

Podle Čepického (1999) mnoho studií potvrzuje vliv organizačních faktorů porodnice a osobnostních faktorů porodníka na průběh porodu, což je patrné např. v tom, že procento císařských řezů stoupá ve večerních hodinách a klesá v časné ranní době. Tento fakt

pravděpodobně souvisí také s vyššími pravomocemi porodních asistentek v noci než přes den, které zmiňuje Königsmarková (Doležalová, 2006).

Z dalších studií bych do faktoru vstřícnosti pravidel k rodičce zařadila informování o možnosti sdělení stížností (Avortri et al., 2011), míru individualizace péče (Kulesza-Bronczyk et al., 2013; Cipolletta & Sperotto 2012) a zohlednění pohledu rodiček (Cipolletta & Sperotto 2012).

3.1.4 Ekologicko-architektonické hledisko

Tento faktor podle Takács et al. (2012) zahrnuje prostorové uspořádání, vybavení a vzhled prostor porodnice. Dále hygienické a servisní zázemí a čistotu prostor. Podpůrně na ženy působilo domácí vzezření porodních pokojů a dostatek uvolňujících prostředků při první době porodní. Často byly ženy nespokojené se vzhledem prostor pro návštěvy a s nevhodnou kombinací žen na jednom pokoji. Rovněž stravu vnímala většina žen jako nevhodnou pro kojící matky. Zahraniční studie také uvádí vliv prostředí porodu na spokojenost rodičky s perinatální péčí (Sawyer et al., 2013; Waldenström et al., 2006).

3.1.5 Alternativní členění psychosociálních aspektů perinatální péče

Pro srovnání rozdělení aspektů spokojenosti s perinatální péčí, které uvádí Takács et al. (2012), uvedu jejich rozdělení, které uvádí Martin a Fleming (2011). Identifikovali faktory: poskytovaná péče (domácí péče, prostředí porodu, podpora, vztahy s personálem), osobní atributy (schopnost zvládnutí během porodu, pocit kontroly, příprava na porod, vztah s dítětem) a zažívaný stres (distres, porodní zranění, přijímání dostatečné zdravotní péče, porodní intervence, bolest, dlouhy porod a zdraví dítěte).

3.1.6 Význam jednotlivých aspektů psychosociálního klimatu a jeho typy

Výše uvedené psychosociální aspekty péče nebyly ve studii Takács et al. (2011a) rodičkami posuzovány jako stejně důležité. Za nejdůležitější ženy považovaly schopnost empatie a poskytování psychické podpory, kvalitu komunikace, ochotu a pomoc ze strany zdravotníků (vztahové hledisko), podíl na rozhodování (hodnotové hledisko) a čistotu prostor v porodnici (ekologicko-architektonické hledisko). Zásadní byl pro ženy přístup porodních asistentek a sester, protože s nimi přicházely do styku nejčastěji (Takács et al., 2011a).

Všem výše uvedeným faktorům jsou podle Takács et al. (2011a) společné dimenze vztahové angažovanosti a symetrie/asymetrie v přístupu zdravotníků k rodičce. Vztahová angažovanost, resp. vstřícnost souvisí s pomocí, podporou, ohleduplností a spolehlivostí péče zdravotníků. Symetrie/asymetrie v přístupu zdravotníků, tedy nemocniční hierarchie, se

projevuje v míře poskytování informací, v podílu rodičky na rozhodování a ve zohlednění jejich potřeb v rámci pravidlech fungování porodnice. Tyto dimenze rozhodují o převládajícím typu klimatu porodnice. Typy klimatu porodnice popisují v následujícím odstavci.

Ideální psychosociální klima pro všechny typy rodiček vzniká kombinací převážně symetrického a vztahově angažovaného přístupu. Pokud byl přístup symetrický, avšak bez vztahové angažovanosti (rutinní přístup), ženy postrádaly empatii a psychickou podporu. Minimální problém znamenal tento typ klimatu pro ženy, které měly v porodnici podporu blízké osoby. Asymetrický (dominantní), ale vztahově vstřícný přístup, vyhovuje ženám bez konkrétních přání a představ týkajících se porodu. Avšak nepříznivě působí na ženy, které se na rozhodování o průběhu porodu chtěly podílet. Pro všechny typy rodiček je nepříznivé klima vytvářené kombinací asymetrického přístupu a absence vztahové angažovanosti (Takács et al., 2011a).

Takács et al. (2011a) uvedenou analýzu psychosociálního klimatu shrnují tak, že ženy v ČR potřebují perinatální péči zahrnující vstřícnost, přijetí, porozumění a podporu, tedy příznivé psychosociální klima porodnice, aby se tam mohly cítit v bezpečí. Nejdůležitějšími faktory je chválení a povzbuzování rodičky během porodu (negativně působí kritika) a strukturovaný horizont očekávání, který rodičce umožňuje orientovat se v situaci a dodává jí pocit jistoty. Velice důležitá je podpora raného kontaktu matky s dítětem a ochota sester povídat si s rodičkami o prožitku porodu a o jejich pocitech po porodu. Negativně na rodičky působí neochotné a nadřazené chování zdravotníků (nejčastěji zdravotních sester na oddělení šestinedělí), nerespektování studu, necitlivá fyzická manipulace a nedostatečné podávání informací.

V novější studii Takács a Seidlerová (2013b) uvádí jako nejdůležitější aspekty péče v porodnici informovanost o chystaných zákrocích, soukromí během první doby porodní, laskavý a vstřícný přístup lékařů a důvěru k nim. Na oddělení šestinedělí jsou nejvýznamnějším prediktorem spokojenosti s péčí včasné informování o chystaných zákrocích a vyšetřeních, aktivní nabízení pomoci s kojením, dosažitelnost zdravotnického personálu a multiparita. Dále pak úcta a respekt zdravotníků pečujících o rodičky i laskavý a vstřícný přístup zdravotníků pečujících o novorozence. Pro rozhodování žen o tom, zda budou opět rodit ve stejné porodnici a doporučí porodnici dalším rodičkám, hrála důležitější roli spokojenost s porodní péčí než s péčí na oddělení šestinedělí. Do hodnocení péče při porodu se promítala více spokojenost s lékaři než s porodními asistentkami.

3.1.7 Další faktory podílející se na spokojenosti rodiček s perinatální péčí

Z faktorů, které jsem nezařadila v předchozí kapitole, a podílí se na spokojenosti s perinatální péčí, zahraniční studie uvádí: efektivnost analgezie (Spaich et al, 2013), nižší míru porodních intervencí (Brown & Lumley, 1994), vhodnost managementu symptomů (Waldenström & Rudman, 2007), podporu partnera, debriefing po porodu, menší porodnici, nepřevážení dítěte na neonatální kliniku, pobyt ženy delší než 1 a kratší než 5 dní (Waldenström et al., 2006), naplňování práv pacientů a jejich znalost (Kulesza-Bronczyk et al., 2013).

Studie Sawyer et al. (2013) přináší výsledky netypické, protože se týkají spokojenosti žen předčasně narozených dětí. Za stěžejní uvádí: zahrnutí otce, profesionalitu personálu projevující se v zachování klidu v krizi, zdání sebevědomí a kontroly nad situací (Sawyer et al. 2013). V těchto, život ohrožujících situacích, je pochopitelné, že převzetí situace do rukou profesionálů dodává rodičům větší pocit jistoty a bezpečí.

Mnohé studie se zabývají charakteristikami žen s ohledem na jejich spokojenost, což umožňuje identifikovat rizikové faktory spokojenosti ze strany žen. Těmto rizikovým ženám je vhodné věnovat zvýšenou pozornost (Rudman, El-Khoury, & Waldenström, 2006). Méně spokojené byly ženy starší 25 let, se základním vzděláním, svobodné, s nevhodným načasováním těhotenství a ty, které trpěly mnoha fyzickými symptomy (Waldenström et al., 2006). Podle Zadoroznyj (1996) jsou nejspokojenější ženy s vyšším ekonomickým statutem, vzděláním a širšími sociálními zdroji. Henderson a Redshaw (2013b) uvádí pozitivnější výsledky (kdy ženy nesdělovaly problémy a cítily se velmi dobře) ve 3 měsících po porodu u mladých matek, žen bez fyzického postižení, s málo nebo žádnými předporodními a časnými postnatálními problémy. Rovněž ženy s pozitivní počáteční reakcí na těhotenství, nepřítomností předporodních depresí, málo obavami z porodu a přístupem k informacím o výběru péče (Henderson & Redshaw, 2013b). Podle Zaloff, Schytt a Waldenström (2007) mají ženy mezi 15-20 lety více negativních očekávání týkajících porodu, avšak jejich porodní zkušenost není výrazně horší, než zkušenost referenční skupiny. Naopak ženy starší 35 let se porodu obávají podstatně méně, ale mají častěji komplikovanější porody.

Další studie se věnovaly změně spokojenosti s perinatální péčí v průběhu času. Conde et al. (2008) zjistili, že celkové vnímání porodní zkušenosti, užití a užitečnosti relaxačních technik, sociální podpory, zdravotní stavu a poskytnuté péče zachovávají v průběhu času kontinuitu. V průběhu času ženy pozitivněji vnímaly porodní zkušenost, která byla doprovázena méně obavami o well-being dítěte i sebe, a sníženým vnímáním bolesti. Typ

porodu měl vliv na ženino vnímání porodní zkušenosti a změny paměti v průběhu času. Ve studii Waldenströmové (2004) hodnotilo odlišně 2 měsíce a následně 1 rok po porodu 40 % žen- 24 % negativněji, 16 % pozitivněji. Negativnější hodnocení bylo častější u žen s bolestivým porodem, císařským řezem, depresivními symptomy a obavami z porodu v časném stádiu těhotenství. Kladněji porod hodnotily ženy s menším strachem z porodu v časném těhotenství a lepší podporou porodní asistentky. Waldenströmová (2004) to zdůvodňuje tak, že vyšší spokojenost s porodem krátce po něm může být ovlivněna pocitem úlevy, že má žena porod za sebou, a štěstím z narození dítěte. Integrovaní negativnějších aspektů péče může trvat déle. Vnímání perinatální péče významně ovlivňuje dlouhodobou paměť žen. Rovněž strach z porodu byl spojen s přetrvávajícím negativním hodnocením (i přehodnocením) péče. Citlivá podpora u porodu může mít dlouhodobé účinky a působit preventivně na změnu pozitivního hodnocení na negativní (Waldenström, 2004).

Podle Conde et al. (2008) je pozitivnější vnímání porodní zkušenosti důležitým vývojovým úkolem v poporodním období, který může pomáhat matkám lépe se adaptovat na mateřství (Conde et al., 2008). Rovněž Michels, Kruske a Thompson (2013) uvádí, že ženy, které hodnotily perinatální péči a porodní zkušenost velmi pozitivně, po porodu signifikantně lépe psychologicky fungovaly. Dlouhodobý vliv porodní zkušenosti na ženino sebevědomí a důvěru v pomoc druhých uvádí Lundgren, Karlsdottir a Bondas (2009) a Klaus et al. (2004). Podle Marka (2002) v ČR jen málokterá žena může na porod vzpomínat v dobrém, díky nevstřícnosti personálu, neposkytnutí potřebných informací a nevyslyšení jejich přání. Ač se jedná o informaci staršího data, soudobé studie Takács potvrzují, že se jedná o stále přítomné neduhy současného zdravotnictví (blíže ve 2. kapitole).

V podkapitole 3.1 jsem se věnovala přehledu psychosociálních aspektů perinatální péče. Veškerý kontakt mezi rodičkou a zdravotníky je zprostředkovaný prostřednictvím komunikace, tedy předávání a přijímání (sdílení) významů (Vymětal, 2003). Dokonce i uspořádání prostor porodnice předává rodičce určité zprávy, pohyb zde vyvolává určité pocity. Komunikace má zásadní význam v ženě hodnocení psychosociálního klimatu porodnice. Podle Berana (2009) by měla být komunikační zdatnost, kromě zdravotnické specializace, základem profesních dovedností zdravotníků. Jak však upozorňuje Špatenková a Králová (2009) přesto, že je komunikace základem zdravotní péče, je v současné době v ČR také zřejmě jejím nejslabším článkem. Na důležitost zlepšení komunikačních dovedností zdravotníků upozorňují i Takács et al. (2011a). Janáčková s Weiss (2008) uvádí, že psychické a vztahové faktory jsou důležité pro tělesné zdraví z hlediska etiologie poruch a nemocí i

průběhu a úspěšnosti léčby. V komunikaci a partnerském pojetí vztahu lékař-pacient vidí zatím nenaplněné rezervy zdravotní péče v ČR.

3.2 Komunikace v perinatální péči

V obecné rovině můžeme v komunikaci rozlišovat úroveň verbální (mluvené i psané slovo) a neverbální (Vybíral, 2005). Je zapotřebí, aby zdravotníci dbali nejen verbálních, ale i neverbálních projevů jako jsou mimika, gesta, pantomimika, haptika, kinetické jevy, zrakové chování, fyzické postavení vůči druhým lidem a paraverbální projevy zahrnující intonaci, rychlost, hlasitost řeči, pauzy v řeči a tón hlasu (Beran, 2009). Neverbální komunikace upřesňuje sdělené a vypovídá o vzájemném vztahu mezi hovořícími (Vybíral, 2005). Rodičky jsou velmi vnímavé (Kodyšová, 2014; Raynor & England, 2010) a snadno rozpoznávají rozpor mezi verbálně a neverbálně vyjadřovaným (Dick-Read, 2013; Raynor & England, 2010). Proto je podle Dick-Reada (2013) zapotřebí, aby měli zdravotníci k porodu pozitivní přístup, který pak příznivě ovlivňuje ženiny pocity a průběh jejího porodu.

Komunikaci tedy můžeme také dělit také na záměrnou a nezáměrnou a její obsah na kognitivní a emocionální. Ve sdíleném můžeme na straně mluvčího rozlišit motivaci, záměr, smysl, kódování a promluvu. Na straně příjemce je to dekodování, smysl, odhad záměru, efekt sdělení včetně motivace. Míra uvědomění těchto fází se mezi lidmi různí (Janoušek, 2007). Pro to, aby byla komunikace zdravotníků s rodičkami jednoznačná a efektivní, je podle mého názoru důležité zvýšit uvědomění zdravotníků konkrétního průběhu těchto fází při komunikaci. Tak se mohou zdokonalovat v tolik důležitých komunikačních dovednostech.

Po obecnějším popisu základních úrovní a fází komunikace dále uvedu některá specifika komunikace ve zdravotnictví.

3.2.1 Některá specifika komunikace ve zdravotnictví

V komunikaci se vždy odráží vztah mezi komunikujícími (Janoušek, 2014). Podle Špatenkové a Králové (2009) by měl být vztah zdravotníků a pacientů lidsky rovnocenný (vztah dvou lidských bytostí), ač po profesní stránce přirozeně nevyvážený. V současné době má však zdravotnický personál ve svých rukou až 80 % komunikace s pacientem- její průběh, obsah, charakter i důsledky (Špatenková & Králová, 2009).

Komunikace ve zdravotnictví, obzvláště porodnictví, je specifická tím, že jsou zde překračována běžná společenská pravidla a normy. Pacienti jsou vyzýváni k vysvlékání, sdělování intimností, dochází k dotýkání jejich těl, zdravotnické procedury jsou mnohdy bolestivé atd.. O to významnější roli hraje atmosféra důvěry a bezpečí a vztah založený na

úctě a respektu. To vše prospívá vzájemné spolupráci zdravotníků a rodičky (Raynor, & England, 2010; Špatenková & Králová, 2009).

Ve většině případů by měl zdravotnický personál dodržovat společenskou vzdálenost 1-1,3 metru. Ve stavech bolesti či jiných nepříjemných stavech je naopak vhodný dotek pro ujištění o podpoře, blízkosti a zájmu. Dotek je univerzálním prostředkem komunikace, který překonává bariéry např. jazykové, věkové atp. (Špatenková & Králová, 2009). Význam doteku při porodu zdůrazňuje např. Gaskinová (2010) a Kitzingerová (2011). Raynorová a Englandová (2010) upozorňují na jeho vědomé, uvážlivé a adekvátní využívání při poskytování perinatální péče.

Rodičky i zdravotníci vstupují do vzájemné komunikace s odlišnými očekáváními, jak individuálními, tak společenskými, obsaženými v sociálních rolích. Jaká očekávání zahrnují role lékaře a pacienta, uvedu v následujícím oddíle.

3.2.2 Role lékaře a pacienta

V současné době dochází přes stále vážené postavení lékaře (Beran, 2009), k jeho strážlivějšímu posuzování. Společenská role lékaře zahrnuje důraz na odbornost, dominanci, rozhodnost, pochopení, osobní zájem o pacienta a rychlost pomoci od bolesti. Role pacienta je charakteristická podřízeností, která je v současné době nahrazována požadavkem na spolupráci a společnou snahu o uzdravení. Přístup k pacientům zahrnuje ohledy, emoční náklonnost, pozornost, sejmутí povinností, nepřisuzování viny za nemoc a její projevy (Vymětal, 2003).

Zdravotníci přistupují ke komunikaci v nemocničním zařízení z hlediska každodenní péče a očekávání spolupráce, tolerance, příjemnosti a dodržování doporučení. Pacient přistupuje z osobního hlediska nepříjemných pocitů s nemocí spojených. Cítí se ohrožen a znejistěn. Je přirozeně egocentrický, vyžaduje pozornost, laskavost, pochopení a maximální péči (Špatenková & Králová, 2009).

Lékař vystupuje v komunikaci s pacientem jako autorita, která se opírá o jeho znalosti a dovednosti. Z autority pramení sugestivní vliv lékaře, tzv. placebo efekt. Placebo efekt lékaře se projevuje například lepším snášením léků i jejich vedlejších účinků, uklidněním pacienta a mírněním bolesti (Skála, 1989). Podle Honzáka (1997) je lékař sám jedním z nejvýznamnějších léčebných prostředků a měl by znát své účinky, včetně vedlejších, a vědět, jak se účinně dávkovat. S mírou autority lékaře, pozitivními zkušenostmi s léčbou (vzbuzují důvěru) a vyšší mírou utrpení a regrese narůstá sugestibilita pacienta (Vymětal,

2003). Zvýšenou sugestibilitu těhotných a rodících žen uvádí např. Ratislavová (2008), Dick-Read (2013) či Raynorová a Englandová (2004).

Vzájemná nenaplněná očekávání lékařů a pacientů bývají zdrojem mnoha vzájemných komunikačních a postojoyých nedorozumění (Janáčková & Weiss, 2008). U pacientů se odráží v míře spokojenosti s péčí a doprovodných emocích jako smutek, hněv, zklamání, bezmocnost atd. (Špatenková & Králová, 2009). Očekávání žen v perinatální péči se mohou značně odlišovat a je podle mého názoru zapotřebí, aby vzájemná očekávání zdravotníci a rodičky probírali, a tak mohly být co nejvíce naplněny přání a potřeby rodiček.

Základní formou explicitní komunikace je rozhovor (Janoušek, 2007). Různé typy rozhovorů a charakteristiky psychologického a psychoterapeutického přístupu ve zdravotnické péči uvádím v následujícím oddíle.

3.2.3 Rozhovor a psychologický a psychoterapeutický přístup ve zdravotnické péči

Rozhovory mohou být podle Vymětala (2003) zaměřené na získávání (rozhovory anamnestické, diagnostické, explorativní) nebo podávání informací (rozhovory objasňující a vysvětlující, závěrečné nebo dávání pokynů), či na změnu psychického stavu, osobnosti a chování (psychoterapeutické rozhovory- nedirektivní, empatické, interpretující, podpůrné a uklidňující, přesvědčující). V rozhovorech můžeme rozlišovat dimenze direktivita/nedirektivita, emoční blízkost a náklonnost/vzdálenost, empatie/chladná racionalita, autentičnost/sociální role, informační bohatost/střídmost. Pro klinickou praxi je významný nedirektivní empatický rozhovor, který pomáhá vytvářet žádoucí pracovní společenství a působí psychoterapeuticky (Vymětal, 2003). Mnohé kvality tohoto typu rozhovoru lze využívat ve prospěch zvýšení spokojenosti žen s perinatální péčí.

Psychologický přístup v rámci komunikace ve zdravotnictví zahrnuje záměrné využívání příznivě působících prvků v prostředí, léčebné působení a jednání zdravotníků (Beran, 2009). To je důležité k ustavení dobrého pracovního společenství, psychoterapeutickému působení péče (Skála, 1989) a zmenšení asymetrie v rámci komunikace (Vymětal, 2003). Jak uvádím v předchozí podkapitole 3.1, tyto aspekty jsou velmi důležité i v perinatální péči. Psychoterapeutický přístup a podpůrná terapie jsou elementárními formami psychoterapie, kterých by se mělo dostat podle Berana (2009) každému pacientovi. Jsou aplikovatelné v každodenní klinické praxi zdravotníků a zahrnují cílené využívání komunikačních dovedností a terapeutické využití vztahu mezi lékařem a pacientem (Beran, 2009).

Prostřednictvím psychoterapeutického, ale i psychotraumatického (Andršová, 2012) působení zdravotníků ovlivňují psychiku rodiček (Janoušek, 2014). Raudenská a Javůrková (2011) označují pozitivní typ komunikace jako chování produktivní a chování s nepříznivým dopadem jako neproduktivní. (Raudenská & Javůrková, 2011). Křivohlavý a Pečenková (2004) pojmenovávají komunikaci podporující sebepojetí jako evalvací a narušující sebepojetí jako devalvací. Pozitivními aspekty komunikace se zabývám v následujícím oddíle. Jejich využíváním lze v rámci perinatální péče zvýšit spokojenost a eliminovat možnosti traumatizace rodiček.

3.2.4 Podpůrné aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem

Produktivní chování zahrnuje podle Raudenské a Javůrkové (2011) charakteristiky jako trpělivost, podávání jasných informací, zájem, sympatie atd. Evalvace (Křivohlavý & Pečenková, 2004) zahrnuje např. pozitivní hodnocení, úctu, uznání, vyslechnutí, nezištnou pomoc (Křivohlavý & Pečenková, 2004), respekt, empatii, aktivní naslouchání, zájem (Andršová, 2012).

Jednání s úctou a respektem, jako s plnohodnotnou bytostí, se vyznačuje projevy jako pozdravení, představení se, poprosení a poděkování (Andršová, 2012), vlídnost a trpělivost (Skála, 1989). Úctu a respekt mohou zdravotníci vyjadřovat také dotazem na formu oslovení, zajištěním soukromí a pohody, informováním o průběhu zákroků, taktem a citlivostí při provádění zdravotnických úkonů a srozumitelným vyjadřováním (Špatenková & Králová, 2009).

Podle zásad přístupu zaměřeného na člověka (Rogers, 2014) je podpůrného působení komunikace dosahováno opravdovostí (kongruence- autentičnost prožívání a komunikace), pozitivním přijetím (bezpodmínečný respekt, nehodnotící, přijímající postoj) a empatickým porozuměním druhému člověku (Motschnig & Nykl, 2011). Aktivní naslouchání je naslouchání doprovázené aktivními projevy naslouchání a snahy o porozumění sdělenému (verbální i neverbální složce), držení se tématu a poskytováním zpětné vazby (Špatenková & Králová, 2009).

Snahou o porozumění, ochotou sdílet obavy i naděje rodiček si zdravotníci získají jejich důvěru (Skála, 1989). Snaha o pochopení je rovněž jedním z nejdůležitějších psychoterapeutických faktorů (Poněšický, 2002). Pochopení může být jak intelektuální, tak emocionální (empatie- schopnost vcítění) (Skála, 1989). Mezi projevy porozumění patří např. přikývnutí, zopakování několika posledních slov, konfrontace (předložení alternativních

pohledů), stručné shrnutí sděleného a klarifikace (objasnění souvislostí a vysvětlení vztahů) (Beran, 2009). Pokud má žena ve zdravotníky důvěru, lépe vyjádří i obávané emoce a myšlenky. Zde však hraje roli i celková emoční atmosféra pracoviště (Raudenská & Javůrková, 2011).

Jak již bylo uvedeno, prostřednictvím komunikace vytváří zdravotníci se ženami vztah, který je v případě pozitivní komunikace rovněž kladný (Beran, 2009). Pozitivní vztah vzniká při vzájemné úctě a spolupráci, které jsou charakteristikami na pacienta orientovaného přístupu. Lékař se v něm zajímá o subjektivní prožívání pacienta. Komunikace je v tomto vztahu nedirektivní, přátelská, empatická, vysvětlující (Janáčková & Weiss, 2008).

Kvalita vzájemného vztahu a partnerský přístup zdravotníků mají pozitivní vliv na průběh léčby a na míru spolupráce rodiček se zdravotníky (Vymětal, 2003). Spolupráce (compliance) pacienta na léčbě obnáší společný zájem na pozitivním průběhu léčby, aktivní spolupráci, dodržování domluveného a upřímnou sdílnost (Skála, 1989). Spolupráce i spokojenost s poskytovanou péčí a důvěrou v lékaře je ovlivněna vnímanou empatií zdravotníka (Hojat et al., 2010).

Negativní vliv na spolupráci má velká asymetrie vztahu (dominance lékaře) a komunikační chyby uvedené v následujícím oddíle. Dobře spolupracovat budou s vyšší pravděpodobností rodičky, které zdravotníkům důvěřují, jsou s léčbou spokojené, mají pocit, že pro ně zdravotník dělá maximum a zachází s nimi jako s rovnocennými partnerkami (symetrie vztahu). Roli hraje rovněž již zmíněná uvolněná a přátelská atmosféra, zájem zdravotníků o subjektivitu rodiček, jejich dostatečné a pravdivé informování (Vymětal, 2003). Míra spolupráce s lékařem a souhlasné nastavení ke konkrétnímu léčebnému procesu (adherence) závisí také na osobnostních kvalitách rodiček (Pačesová, 2004). Roli uvedených aspektů vztahu mezi zdravotníky a rodičkami prokazují rovněž studie Takács et al. (2011a), či Takács et al. (2012).

Zdravotníci by měli dbát na vhodné načasování komunikace, její obsah a návaznost. Důležité jsou také subjektivní okolnosti, vlivy prostředí a situace a kvalita vzájemného vztahu (Špatenková & Králová, 2009). Podávané informace by měly být jasné a srozumitelné. Rodičky by měli mít dostatek času k vyjádření. Vhodné je závěrečné shrnutí sděleného (Honzák, 1997). Důležitým prvkem podpůrné komunikace je adekvátní odezva na emoce, která však vyžaduje praxi a sebepoznání (Cockburn & Pawson, 2007).

Nepříznivě působící aspekty komunikace uvedu v následujícím oddíle. V případě těchto komunikačních chyb by měli být zdravotníci velmi obezřetní, protože takovýto negativní způsob komunikace představuje riziko poškození rodiček (poškození lékařem se latinsky nazývá iatropatogeneze, sestrou sororigerie).

3.2.5 Komunikační chyby

K narušení vztahu mezi personálem a rodičkami dochází nejčastěji v důsledku vztahové nerovnosti a přenosu zkušeností z osobního života do vztahu k pacientům. Vztahová nerovnost se v ČR projevuje již zmíněnou jednoznačnou dominancí lékaře (paternalistický přístup) (Janáčková & Weiss, 2008).

Zvýšená vnímavost rodiček k chování personálu může být umocněna napětím, nejistotou a obavami (Špatenková & Králová, 2009). Komunikační chyby, jichž se mohou zdravotníci dopouštět, a negativně ovlivňovat prožívání rodiček jsou následující: nepřesnost vyjadřování, zahlcování informacemi, nelogičnost sdělení, moralizování, kritizování, obviňování, povyšování, ironie, nevhodný humor, skákání do řeči a lhaní (Špatenková & Králová, 2009). Podle Křivohlavého a Pečenkové (2004) chování snižující sebepojetí (devalvující) je charakteristické projevy nelaskavosti, neuctivosti, přezírání, urážení, odbívání a neosobního chladu. Neproduktivní je podle Raudenské a Javůrkové (2011) chování nepřátelské až agresivní. Zahrnuje také vymáhání pocitů vděčnosti, nesdílnost atp..

O poškození rodičky komunikačními chybami (psychogenní iatropatogenezi) hovoříme, pokud jsou u rodičky vyvolány nepřiměřené obavy, úzkost a strach, které mohou vést až k panice, depresi, nadměrnému sebepozorování, hypochondrickému syndromu či fobii (Vymětal, 2003). Rizikem je také rozvoj zvýšené úzkosti a strachu z nemocničních zařízení a jejich zaměstnanců- tzv. strach z bílých plášťů (Andršová, 2012). Zdravotníci by se proto měli vyvarovat podávání nedostatečně jasných a srozumitelných informací o zdravotním stavu rodiček (nemoci), jejich obtížích či prognóze, nebo kladení nedosažitelných požadavků coby podmínky zlepšení zdravotního stavu či vyléčení. Dále by se měli vyhýbat sdělování informací vyvolávajících strach a obavy bez poskytování podpory při vyrovnávání se s nimi, i zanedbávání, bagatelizování obtíží, nedostatečnému informování o zdravotním stavu nebo o chystaných bolestivých zákrocích (Vymětal, 2003).

Obezřetnost vůči komunikačním chybám snižuje riziko poškození rodiček komunikací v perinatální péči. Vylíčením komunikačních chyb uzavírám obecně platné zásady komunikace (nejen) ve zdravotnictví. V následujícím oddíle se vyjadřuji ke specifickým

některých situací, se kterými se zdravotníci v perinatální péči setkávají. Zvláštní obezřetnosti by mělo být dbáno v situacích choulostivých, jako je gynekologické vyšetření a porod.

3.2.6 Komunikace ve specifických situacích v perinatální péči

S ohledem na ženin distres vyvolaný příchodem do porodnice Enkin et al. (1998) i Dick-Read (2013) doporučují zdravotníkům, aby se ženě (případně jejímu doprovodu) věnovali. Měli by se jí zeptat na to, jak si přeje být oslovována, poskytovat jí podporu a mírnit její obavy. Pokud tak ještě nebylo učiněno, měli by zdravotníci se ženou prodiskutovat její porodní přání a názory, týkající se porodu. Porodní asistentky by měly ženu podrobně informovat a uklidnit v otázce nezbytných vyšetření a procedur (Enkin et al., 1998).

Velmi obezřetní by měli být zdravotníci při komunikaci během vaginálního vyšetření. Lékaři by měli ženu informovat o významu a průběhu vyšetření i možnosti kdykoli vyšetření zastavit. Podmínkami vyšetření jsou soukromé prostory, příjemná atmosféra i teplota prostředí a jeho nerušenost. Neverbální projevy distresu ženy (např. pohled stranou, stažení stehů) by pro lékaře měly znamenat nutnost vyšetření pozastavit a zeptat se na případné obtíže. Nevhodné jsou osobní komentáře, které mohou být špatně pochopeny. Prostřednictvím kvalitní komunikace, empatického přístupu a možnosti vyšetření přerušit, je možné vyhnout se případné traumatizaci rodičky (Cockburn & Pawson, 2007).

Dick-Read (2013) zdůrazňuje v komunikaci s rodičkami důležitost klidného přístupu, přátelskosti a zároveň pevnosti. Díky trpělivému zodpovídání ženiných otázek se žena nebude obávat zeptat se na to, co ji zajímá. Tím zdravotníci podporují ženino vyrovnávání se se svými obavami (Dick-Read, 2013).

Během porodu je důležité působit velmi klidným a vyrovnaným dojmem. Mnozí autoři (Dick-Read, 2013; Kodyšová, 2014; Lamaze, 1974; Odent, 2013; Raynor & England, 2010) se shodují na tom, že je snadné u rodící ženy vyvolat nežádoucí stresovou reakci, která nepříznivě ovlivňuje průběh porodu. Je tomu tak díky hormonálně (oxytocinem) ovlivněné citlivosti, zejména emočního centra amygdaly. V tomto ohledu oceňuji větší důraz na sebepoznání, poznání používaných strategií zvládnání stresu atp. v psychologii pro porodní asistentky Raynorové a Englandové (2010) vydané v Anglii oproti české psychologii pro porodní asistentky Ratislavové (2008).

Podle Janáčkové a Weisse (2008) by se zdravotníci v těhotenství měli zaměřit na minimalizaci stresu plynoucího ze strachu z porodu, důkladné informování o průběhu porodu, vyšetření a možnostech úlevy od bolesti. Strach z bolesti a obava o zdárný průběh porodu

zvyšuje předporodní stres a negativně působí na pocity rodičky, snižuje práh bolesti a zvyšuje úzkostnost rodičky. Předporodní příprava a dostatečná informovanost tato rizika snižuje. Vhodné je promítnout videozáznam porodu a pravdivě zodpovídat ženiny. Autoři také doporučují zdůraznit přechodnost nepříjemných pocitů a případně pravdivě vyjádřit přesvědčení o bezproblémovém průběhu porodu. V průběhu porodu by podle Janáčkové a Weisse (2008) zdravotníci měli vyjadřovat podporu a porozumění, hovořit vstřícným a klidným hlasem a ženu uklidňovat. Podávané instrukce by měly být přesné, klidné, sugestivní a krátké. Žena by měla být stále obeznámena se zdravotním stavem svým i dítěte. Bezprostředně po porodu by mělo být dítě předáno matce do náruče a žena by měla být informována o očekávaném vývoji událostí (Janáčková & Weiss, 2008).

V situaci ohrožení života je zapotřebí zvýšenou měrou dbát na empatický přístup a kvalitu komunikace. Žena potřebuje útěchu, uklidnění a lidský kontakt. Pokud je tato situace dobře psychologicky ošetřena, je výrazně výhodnější nejen pro rodičku, ale i pro zdravotníky (Andršová, 2012; Takács, Kodyšová et al., 2012).

Zdravotníci by měli být vnímaví a chápaví k symptomům úzkosti. V případě jejich výskytu je důležité projevit zájem, mluvit klidně, nepoužívat nevhodná povzbuzení („seberte se“) a verbalizovat pocity ženy. Pro zvládnutí úzkosti je zásadní identifikovat zdroj úzkosti, nabídnout vysvětlení nebo informace. Identifikovat účinné strategie zvládnutí a podporovat ženu. Důležité je ale nebýt hyperprotektivní. Je-li úzkost vysoká, je vhodné zajistit psychologickou péči (Špatenková & Králová, 2009).

Situace, kdy je zapotřebí sdělit špatné zprávy vyžaduje tiché prostředí a dostatek času se zvážení přítomnosti doprovodu. Na úvod zdravotník shrne události a fakta. Poté s lítostí a srozumitelně vyjádří podstatné a počká na reakce rodičky (např. paralýza, zmatení, šok, pláč, popření). Poskytuje emocionální podporu, reflektuje sdělené, sumarizuje, klade podpůrné otázky a podává doplňující informace. Poskytne naději (vždy je možné něco dělat) a uvede strukturu blízké budoucnosti (Cockburn & Pawson, 2007). Důležité je také zabezpečení o trvalé podpoře a zjištění rizika sebevraždy, případně zajištění hospitalizace (Beran, 2009).

Obecně je možné slovy Janáčkové a Weisse (2008), ve shodě s informacemi uvedenými ve 3. kapitole shrnout, že cílem komunikace ve zdravotnictví spokojený pacient. Spokojenost pacientů roste, pokud se zdravotníci chovají přátelsky, podávají pacientovi úplné informace, jednají s ním jako rovný s rovným, naslouchají mu, zajímají se o něj jako o člověka, povzbuzují ho k dotazům a užívají srozumitelný jazyk (Janáčková & Weiss, 2008).

V následujícím oddíle krátce uvedu, jakým způsobem mohou být komunikační dovednosti zdravotníků zdokonalovány. Z důvodu stěžejního významu komunikace zdravotníků pro spokojenost žen s perinatální péčí, považuji, ve shodě např. s Beranem (2009) či Janáčkovou a Weissem (2008), za důležité neustálé zdokonalování komunikačních dovedností zdravotníků. Stejně tak důležitá je psychologická péče o zdravotníky v případě psychických obtíží. Je zapotřebí, aby zdravotníci věděli, že vyhledání odborné psychologické pomoci není známkou profesního selhání. Naopak je vyjádřením toho, že jim není lhostejné jejich psychické zdraví, že bojují proti syndromu vyhoření a tím ve výsledku zvyšují kvalitu poskytované péče (Andršová, 2012).

3.2.7 Možnosti rozvíjení komunikačních dovedností

Umění komunikace je podle Honzáka (1997), spíše než darem, dovedností zdokonalovanou v průběhu života a praxe. Vyžaduje podle Špatenkové a Králové (2009), jak vědomosti, tak zkušenosti a dovednosti. Dá se mu učit např. prostřednictvím literatury, výcviků, tréninků, workshopů a sociálního učení (Špatenková & Králová, 2009). Ve kvalitě komunikace se však odráží také osobnostní zralost a morální vyspělost člověka (Beran, 2009).

Další možností rozvoje komunikačních dovedností ve zdravotnictví jsou supervize, tedy konzultace se zkušeným kolegou, či externím supervizorem. V rámci supervizí se často využívá zpráva z kritické události (Critical incident reporting), kdy supervizor se zdravotníkem rozebírají určitou subjektivně nezvládnutou situaci a hledají vhodnější možnosti komunikace. Je možné využívat rovněž videozáznamy konzultací či hraní rolí (např. pacienta, lékaře a pozorovatele) pro rozvíjení schopnosti empatie (Cockburn & Pawson, 2007).

Ke zdokonalování profesních dovedností lidí pracujících v pomáhajících profesích slouží i balintovské skupiny (Pačesová, 2001). V rámci skupinové diskuse jsou v nich probírána témata vztahu lékaře s pacientem a vlivu tohoto vztahu na léčbu. Mají za cíl podporovat rozvoj kreativní práce s pacientem, nových pohledů a dimenzí, získávání náhledu a schopnosti naslouchat. Oproti supervizi není v balintovských skupinách kladen důraz na terapeutické techniky, diagnostiku, přenosové a protipřenosové jevy. V ČR jsou velmi málo využívány. Příčinu vidí Pačesová (2001) v neochotě zdravotnického personálu zabývat se psychickým pozadím nemocí.

Možnostmi zdokonalování komunikačních dovedností zdravotníků uzavírám teoretickou část práce. Pro potvrzení nejdůležitějších charakteristik kvalitní perinatální péče na samý závěr uvedu souhrnná doporučení WHO a Sladeové a Creeové (2010), týkající se

zdravotnické péče o ženu v těhotenství, během porodu a v poporodním období, a také etická pravidla zdravotní péče, která uvádí Raudenská a Javůrková (2011).

4. Doporučení pro péči o ženu v těhotenství a perinatálním období

Informace uvedené v teoretické části diplomové práce jsou v souladu s doporučeními týkajícími se zdravotnické péče o ženy v období těhotenství, porodu a poporodním období, které vydala WHO (2006). Žena by se podle těchto doporučení měla cítit v zařízení vítána. Zdravotníci by měli vystupovat příjemně, vyjadřovat respekt, používat jednoduchý a jasný jazyk. Měli by ženu podporovat v kladení otázek, poskytovat jí informace týkající se péče. Výkony by měli provádět s jejím souhlasem, měli by ověřovat ženino pochopení důležitých informací, zejména týkajících se příznaků akutních stavů a toho, kam se při jejich výskytu má obrátit. Pro vyšetření a poradenství jsou zapotřebí soukromé prostory. Veškeré informace týkající se ženy, mohou být poskytovány pouze s jejím souhlasem. Mezi základní psychosociální aspekty, které mají vliv na vnímání a hodnocení péče ve zdravotnickém zařízení, patří citlivý a respektující přístup zdravotníků, kvalitní komunikace mezi rodičkou a personálem, s tímto spojená informovanost rodičky a možnost volby při jednotlivých rutinních postupech v zařízení (WHO, 2006).

Sladeová a Creeová (2010) doporučují pro zlepšení péče v těhotenství, usnadnění přechodu ženy k mateřství a podporu jejího celkového zdraví (well-beingu): 1) poskytovat emocionální péči od raného těhotenství s cílem maximalizovat psychické zdraví ženy; 2) rozpoznávat potenciální zdroje úzkostí a obav (psychosociální stres) a podporovat ženy v tom, aby si těhotenství užívaly; 3) usnadňovat přechod rodiček k mateřství a připoutání s dítětem (attachment) tím, že ženě zdravotníci již během těhotenství umožňují myslet a mluvit o sobě jako o matce; 4) v rámci péče v těhotenství umožnit ženě diskutovat o porodu a pomáhat jí přistupovat k porodu s tolerancí k nedokonalosti, nepředvídatelnosti a nejistotě; 5) dbát dostatečné přípravy porodních asistentek k poskytování podpory během porodu; 6) podnikat kroky ve prospěch podpory ženy ze strany jejího blízkého okolí, zejména partnera; 7) podporovat pochopení vytváření vztahu mezi matkou a dítětem po porodu (bonding); 8) rozpoznávat míru postnatálního distresu a zajistit dostupnost vhodné léčby.

Raudenská a Javůrková (2011) představují etická pravidla zdravotní péče. Zahrnují rozumnou rovnováhu mezi egoismem a altruismem zdravotníků (dostatečné ošetřování vlastních potřeb i potřeb pacientů), jejich vstřícný a empatický přístup, zohledňování aktuálního stavu pacienta, srozumitelnost informací, zachování samostatnosti pacienta (možnost volby), nepoškozování pacienta (i např. únikem informací), snahu o prospěch pacienta, spravedlivý přístup ke zdravotnické péči, partnerský přístup, znalost etických a právních norem, mlčenlivost a komunikaci s rodinou podle právní odpovědnosti. Pacient by

měl být do zdravotního zařízení uveden, měl by být informován o tom, kdo ho ošetřuje a o průběhu ošetření (aktuálním i dlouhodobém). Měl by vědět, kde se nachází a v prostředí se orientovat se (s ohledem na své potřeby). Měl by znát svá práva. Měl by být správně osloven. Měl by rozumět informacím (důležité je např. nepoužívat zdravotnickou hantýrku či odbornou terminologii) a mít možnost ptát se bez obav, že by zdravotníky obtěžoval (Raudenská & Javůrková, 2011).

Respektováním těchto doporučení mohou zdravotníci podstatnou měrou zvýšit spokojenost žen s poskytovanou perinatální péčí.

II. Výzkumná část

Psychosociální aspekty perinatální péče mají ve světle informací uvedených v teoretické části diplomové práce vliv jak na spokojenost s poskytovanou perinatální péčí, tak na celkové zdraví rodiček (Takács, Kodyšová et al., 2012; Takács, Sněhotová et al., 2012). Průběh a ženino prožívání porodu ovlivňuje prožívání porodu dítěte (Grof, 2007; Leboyer, 1991). Průběh perinatálního období má vliv i na rozvoj vzájemného vztahu mezi matkou a dítětem (Bystrova et al., 2009; Dumas et al. 2013; Mehler et al., 2011; Odent, 2011, 2013; O'Higgins et al., 2013). Proto považuji studium aspektů, které mají pozitivní dopad na ženino prožívání perinatálního období, za velmi důležité.

Pro analýzu psychosociálního klimatu porodnice jsem si vybrala v současné době již zaniklou (na konci roku 2013) porodnici ve Vrchlabí. Oficiální stanovisko nemocnice k uzavření oddělení se mi nepodařilo zjistit ani získat. Tato porodnice se mnoho let pohybovala na nejvyšších příčkách internetových hodnocení porodnic. Sama jsem zde v říjnu roku 2012 porodila a byla jsem velmi mile překvapena vstřícným přístupem porodních asistentek i pravidel fungování zařízení vůči ženám a jejich dětem. Proto, že je problematika psychosociálního klimatu porodnice důležitým aspektem kvalitní perinatální péče, a stále častým předmětem diskuzí ve společnosti, rozhodla jsem se analyzovat psychosociální klima této porodnice.

5. Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

Položila jsem si následující výzkumnou otázku:

Jaké je psychosociální klima porodnice ve Vrchlabí?

Odpověď jsem hledala prostřednictvím analýzy spokojenosti rodiček s perinatální péčí v porodnici ve Vrchlabí, kterou jsem doplnila o hledisko dvou porodních asistentek z této porodnice. Pro analýzu psychosociálního klimatu jsem využila standardizovanou dotazníkovou metodu a také doplňující kvalitativní dotazování. Výsledky dotazníkového šetření u populace rodiček z porodnice ve Vrchlabí jsem statistickým testováním porovnávala s výsledky různých populací rodiček. Rozdělení těchto populací a konkrétní hodnoty (průměry), použité pro srovnávání, jsem převzala ze zprávy z výzkumu s názvem *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví- kvalita perinatální péče očima rodiček* (Takács et al., 2012).

Jednotlivé srovnávané populace rodiček jsem u testovaných hypotéz označila písmennými indexy. „A“ značí hypotézy testující rozdíl spokojenosti s psychosociálním klimatem u rodiček z porodnice ve Vrchlabí a spokojenosti obecné populace rodiček v ČR. Další indexy označují hypotézy srovnávající spokojenost rodiček z porodnice ve Vrchlabí a rodiček z: porodnic s více než 500 porody za rok- index B, porodnic s méně než 500 porody za rok- C, porodnic s více než 800 porody za rok- D, porodnic s méně než 800 porody za rok- E, porodnic fakultních- F a nefakultních- G. Testované nulové hypotézy znějí následujícím způsobem:

H0_{1A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou s péčí na porodním oddělení (PO) spokojené stejně jako obecná populace rodiček.

H0_{2A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou se vstřícností a empatií porodních asistentek (VEP) na PO spokojené stejně jako obecná populace rodiček

H0_{3A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou se vstřícností a empatií lékařů (VEL) na PO spokojené stejně jako obecná populace rodiček.

H0_{4A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou s nadřazeností a nedostatkem zájmu (NNZ) na PO stejně nespokojené jako rodičky v obecné populaci rodiček.

H0_{5A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou s podáváním informací a dostupností zdravotníků (PID) na PO stejně spokojené jako rodičky v obecné populaci rodiček.

H0_{6A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou s kontrolou a podílem a rozhodování (KPR) stejně na PO spokojené jako rodičky v obecné populaci rodiček.

H0_{7A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou s fyzickým pohodlím a službami (FPS) na PO stejně spokojené jako rodičky v obecné populaci rodiček.

H0_{8A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou s péčí na oddělení šestinedělí (OŠ) spokojené stejně jako obecná populace rodiček.

H0_{9A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou se vstřícností a empatií zdravotního personálu pečujícího o rodičky (VER) na OŠ spokojené stejně jako obecná populace rodiček.

H0_{10A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou se vstřícností a empatií zdravotního personálu pečujícího o novorozence (VEN) na OŠ spokojené stejně jako obecná populace rodiček.

H0_{11A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou s nadřazeností a nedostatkem zájmu (NNZ) na OŠ stejně nespokojené jako rodičky v obecné populaci rodiček.

H0_{12A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou s podáváním informací a dostupností zdravotníků (PID) na PO stejně spokojené jako rodičky v obecné populaci rodiček.

H0_{13A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou s kontrolou a podílem a rozhodování (KPR) stejně na OŠ spokojené jako rodičky v obecné populaci rodiček.

H0_{14A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou s fyzickým pohodlím a službami (FPS) na OŠ stejně spokojené jako rodičky v obecné populaci rodiček.

H0_{15A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou celkově s péčí na PO stejně spokojené jako rodičky v obecné populaci rodiček.

H0_{16A}: Rodičky z porodnice ve Vrchlabí jsou celkově s péčí na OŠ stejně spokojené jako rodičky v obecné populaci rodiček.

H0_{17A}: Ochota rodit v těžce porodnici znovu je u rodiček z porodnice ve Vrchlabí stejná jako u rodiček v obecné populaci rodiček.

H0_{18A}: Ochota doporučit porodnici svým přátelům a známým je u rodiček z porodnice ve Vrchlabí stejná jako u rodiček v obecné populaci rodiček.

Testování hypotéz se věnuji v podkapitole 8.3. V následující podkapitole popíšu výzkumný soubor.

6. Výzkumný soubor

6.1 Výběr výzkumného souboru

Sběr dat jsem prováděla ve dvou fázích. Jako metodu výběru vzorku jsem použila samovýběr. První fáze proběhla v době od března do června 2013, druhá od září do listopadu 2014. Všechny ženy byly informovány o účelu výzkumu (diplomová práce na katedře psychologie) a své odpovědi poskytly bezplatně.

V první fázi výzkumu jsem rodičky z porodnice ve Vrchlabí oslovila prosbou o účast na výzkumu (týkajícího se psychosociálního klimatu porodnice ve Vrchlabí), kterou jsem zveřejnila na různých webových stránkách. Například na diskuzních fórech zaměřených na hodnocení perinatální péče (např. www.emimino.cz, www.mojeporodnice.cz), či stránkách sdružení pro těhotné ženy a matky. Dále jsem prosbu umístila do vybraných mateřských center a čekáren pediatrů.

Ve druhé fázi sběru dat jsem respondentky z dotazníkového šetření poprosila o zodpovězení doplňující otázky pro kvalitativní analýzu. Současně jsem oslovila prosbou o účast na výzkumu i porodní asistentky z porodnice ve Vrchlabí, kterou jsem umístila na facebookový profil porodnice ve Vrchlabí.

Zvolené metody výběru výzkumného souboru se mi jeví jako vhodné z více důvodů. Rodičky, které porodily v porodnici ve Vrchlabí, pochází z různých částí republiky. Nastávající matky z Vrchlabí si naopak často vybíraly pro porod jiné porodnice. Důvodem byla neblahá pověst porodnice, týkající se nedostatečného poskytování anestezie při porodu. Výběr výzkumného vzorku přímo přes porodnici ve Vrchlabí nebyl z etického hlediska možný. Stejně tak by spojení mého výzkumu se zaměstnanci porodnice mohlo zvýšit výskyt sociálně žádoucích odpovědí. Proto jsem pro výběr vzorku zvolila tyto distanční způsoby oslovení rodiček na relevantních místech.

6.2 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor rodiček z porodnice ve Vrchlabí popisují v následujících tabulkách (1-5). Pro srovnání uvádím některé hodnoty z obecné populace rodiček, pocházející z manuálu KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012). Dotazníkového šetření se rodičky zúčastnily v souladu s doporučením autorek manuálu- v době od 3 do 12 měsíců od porodu.

Doplňujícího kvalitativního šetření se zúčastnilo 10 ze všech 51 oslovených respondentek kvantitativní fáze výzkumu. Porodní asistentky, které se zúčastnily doplňujícího dotazování, byly dvě ve věku 29 a 38 let a s délkou praxe ve Vrchlabské porodnici 3 a 8 let.

	Respondentky z dotazníkového šetření		Respondentky z kvalitativního dotazání
	Věk	ČR věk (KLI-P)	Věk
Průměrný věk v době porodu	31,04	29,5	-
Průměrný věk v době sběru dat	-	-	34
Směrodatná odchylka věku	3,5	4,7	2,5
Minimální věk	24	-	30
Maximální věk	38	-	39
Počet respondentek	51	762	10

Tabulka 1 Věkové charakteristiky výzkumného souboru rodiček z porodnice ve Vrchlabí

	Respondentky z dotazníkového šetření			Respondentky z kvalitativního dotazání
	N	%	ČR v % (KLI-P)	N
Počet prvorodiček	29	56,9	50,5	6
Počet druhorodiček	21	41,2	35,5	4
Počet vícero diček (4. dítě)	1	2	3,4	0
Počet respondentek	51	51	762	10

Tabulka 2 Charakteristiky výzkumných vzorků rodiček z porodnice ve Vrchlabí vzhledem k počtu porodů

	Respondentky z dotazníkového šetření			Respondentky z kvalitativního dotazání
	N	%	ČR v % (KLI-P)	N
Porodilo vaginálně bez komplikací	41	80,4	65,7	7
Porodilo akutním císařským řezem	6	11,8	14	3
Porodilo vaginálně s komplikacemi	4	7,8	11,9	0
Počet respondentek	51	51	762	10

Tabulka 3 Charakteristiky výzkumných vzorků rodiček z porodnice ve Vrchlabí vzhledem k průběhu porodu

	Respondentky z dotazníkového šetření			Respondentky z kvalitativního dotazání
	N	%	ČR N v % (KLI-P)	N
Vzdělání- VŠ/VOŠ	31	60,8	24,1	9
Vzdělání- SŠ s maturitou	18	35,3	22,2	1
Vzdělání- SŠ bez maturity	2	3,9	43,6	0
Počet respondentek	51	51	762	10

Tabulka 4 Charakteristiky výzkumných vzorků rodiček z porodnice ve Vrchlabí vzhledem ke vzdělání

	Respondentky z dotazníkového šetření			Respondentky z kvalitativního dotazání
	N	%	ČR v % (KLI-P)	N
Nadstandardní pokoj	49	96,1	21,7	10

Tabulka 5 Charakteristiky výzkumných vzorků rodiček z porodnice ve Vrchlabí vzhledem k využití nadstandardního pokoje

7. Metoda

Údaje pro zodpovězení výzkumné otázky jsem získala prostřednictvím kvantitativní metody- *Dotazníku psychosociálního klimatu porodnice KLI-P* (Takács, Sněhotová et al., 2012) a doplňujícího kvalitativního dotazování rodiček i porodních asistentek z porodnice ve Vrchlabí.

7.1 Dotazník KLI-P

Dotazník psychosociálního klimatu porodnice KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012) jsem zájemkyním o účast na výzkumu zaslala v elektronické podobě. Vyplněný formulář rodičky poslaly elektronickou poštou zpět. Dotazník KLI-P jsem pro kvantitativní šetření psychosociálního klimatu vybrala proto, že je využitelný jak pro hodnocení konkrétní porodnice, tak pro porovnání porodnic mezi sebou navzájem díky standardizaci pro ČR. Hodnocení spokojenosti rodiček s perinatální péčí v různých typech porodnic za použití tohoto dotazníku jsou obsažena také ve zprávě z výzkumu s názvem *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví- kvalita perinatální péče očima rodiček* (Takács et al., 2012).

Dalším důvodem pro výběr tohoto dotazníku je jeho širší pokrytí faktorů, které se podílí na pocitu rodičky z prostředí porodnice- tzv. psychosociální klima porodnice (Takács, Sněhotová et al., 2012). Existuje řada zahraničních dotazníků, zaměřujících se na perinatální péči, jako např. Labour agency scale- LAS, Wijma delivery expectancy/experience questionnaire- W-DEQ, Childbirth self-efficacy inventory- CBSEI, Women's perception of control during childbirth- PCCB. Tyto se však zaměřují na izolované aspekty porodního zážitku (např. vnímanou osobní kontrolu, strach spojený s porodem, self-efficacy, coping atd.), nebo pokrývají širší pole proměnných (např. sexualitu v těhotenství a po porodu, percepci bolesti, přítomnost partnera u porodu či celkovou spokojenost s péčí) (Takács, Sněhotová et al., 2012).

Dotazník KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012) byl vyvíjen prostřednictvím analýzy literatury, empirických šetření, teoretických úvah, studia testů hodnocení spokojenosti pacientů a různých dimenzí porodního zážitku a vlastní výzkumné činnosti. Cílem autorek bylo vytvořit evaluační dotazník, který by vhodným způsobem zahrnoval všechny klíčové dimenze psychosociálního klimatu porodnice a mohl by sloužit jak ke klinickým, tak i k výzkumným účelům (Takács, Sněhotová et al., 2012). Ze jmenovaných důvodů a s ohledem na výzkumné cíle se mi použití jmenovaného dotazníku jevílo jako nejvhodnější.

7.1.1 Popis dotazníku KLI-P

Dotazník obsahuje 71 položek a skládá se ze dvou částí. První část obsahuje 34 položek a je zaměřená na hodnocení psychosociálního klimatu na porodnickém oddělení (PO). Druhá s 37 položkami je určena pro hodnocení péče na oddělení šestinedělí (OŠ). U obou částí je prvních deset položek rozděleno zvlášť na hodnocení porodních asistentek a lékařů (PO) a zdravotníků pečujících o novorozence a zdravotníků pečujících o rodičky (OŠ). Pro zvýšení psychometrické kvality dotazníku jedna škála sestává z negativně formulovaných tvrzení a skóruje se reverzně (Takács, Sněhotová et al., 2012).

Položky dotazníku jsou formulovány jako pozitivní či negativní tvrzení. Pro odpovědi je zvolena čtyřstupňová škála Likertova typu: 4 – rozhodně souhlasím, 3 – spíše souhlasím, 2 – spíše nesouhlasím, 1 – rozhodně nesouhlasím. Dotazník byl zaslán ve dvou verzích: pro ženy po přirozeném porodu a pro ženy po chirurgickém porodu (porod klešťový, vakuumextraktorem či císařským řezem) (Takács, Sněhotová et al., 2012).

7.1.2 Škály dotazníku KLI-P

Škála *vstřícnost a empatie* se zodpovídá pro 2 kategorie zdravotníků (lékařů a porodních asistentek). Mapuje vztahy rodiček se zdravotníky. Na celkové spokojenosti matek s perinatální péčí se podílí nejvýznamněji. Položky této škály mapují: laskavý a vstřícný přístup zdravotníků, jejich ochotu zodpovídat dotazy, emoční podporu poskytovanou zdravotníky, vyjadřování úcty a respektu rodičkám, schopnost získat si důvěru rodiček, citlivý přístup zdravotníků, jejich ohledy k aktuálnímu stavu rodičky a respekt k jejímu soukromí a studu (Takács et al., 2012).

Škála *kontrola a podíl rodičky na rozhodování* sleduje míru zapojení rodičky do rozhodování o průběhu porodu a péči o dítě. Dále zahrnuje respekt zdravotníků k potřebám rodičky v průběhu porodu a představám o způsobu vedení porodu. Zjišťuje také orientaci rodičky v plánovaném dění (zákroky, vyšetření apod.), možnost odmítnout rutinní zákroky (holení, klystýr, medikace při nekomplikovaném porodu), míru respektu zdravotníků k přirozenému tempu porodu, možnost rodičky zvolit si porodní polohu (při nekomplikovaném porodu) a rozhodovat o poporodním kontaktu se svým dítětem. Tato škála zahrnuje také informovanost rodičky o tom, kde její dítě je (je-li od ní odděleno) a o chystaných zákrocích a vyšetřeních, týkajících se jí i jejího dítěte (Takács et al., 2012).

Škála *nadřazenost a nedostatek zájmu* se zaměřuje na hodnocení symetrie/asymetrie, lhůstivosti, neosobnosti a nadřazenosti v přístupu zdravotníků k rodičce. Otázky dotazníku,

spadající do této škály, se ptají na nadřazený a neosobní přístup zdravotníků, nevhodnou komunikaci (vyjadřování se o rodiče v její přítomnosti ve 3. osobě, podávání odporujících si informací), neochotu zdravotníků přizpůsobit pravidla porodnice potřebám rodiček (požadavek, aby rodička během kontrakcí vyplňovala formuláře či ukončila kojení kvůli příchodu vizity) (Takács et al., 2012).

Škála *podávání informací a dostupnost zdravotníků* sleduje míru a kvalitu podávaných informací a dostupnost zdravotníků. Položky této škály se zaměřují na množství, včasnost a srozumitelnost podávaných informací, ochotu poskytnout ženě základní informace o péči o novorozence, podporu kojení a dostupnost zdravotníků v případě potřeby ženy (Takács, et al., 2012).

Škála *fyzické pohodlí a služby* se týká spokojenosti rodičky s fyzickým pohodlím, vybavením porodnice a poskytovanými službami. Položky této škály se zabývají spokojeností žen se vzhledem, čistotou a uspořádáním prostor na oddělení, s dostupností relaxačních pomůcek pro první dobu porodní, s mírou soukromí během první doby porodní, s dostupností sprch a toalet, s vybavením pokojů, dostatkem čistého ložního prádla i kvalitou stravy (Takács, et al., 2012).

Počet položek v jednotlivých škálách a koeficient vnitřní konzistence škál uvádím v následujících tabulkách (6 a 7).

Škála	Počet položek	Cronbachův alfa koeficient
Vstřícnost a empatie- lékaři	7	0,93
Vstřícnost a empatie- porodní asistentky	7	0,93
Nadřazenost a nedostatek zájmu	8	0,82
Fyzické pohodlí a služby	5	0,79
Kontrola a podíl na rozhodování	3	0,74
Podávání informací a dostupnost zdravotníků	4	0,79

Tabulka 6 Počet položek v jednotlivých škálách dotazníku KLI-P a koeficient vnitřní konzistence škál týkajících se porodního oddělení (Takács, et al., 2012)

Škála	Počet položek	Cronbachův alfa koeficient
Vstřícnost a empatie- zdravotníci pečující o novorozence	8	0,93
Vstřícnost a empatie- zdravotníci pečující o rodičky	8	0,92
Nadřazenost a nedostatek zájmu	6	0,79
Fyzické pohodlí a služby	7	0,86
Kontrola a podíl na rozhodování	3	0,73
Podávání informací a dostupnost zdravotníků	5	0,80

Tabulka 7 Počet položek v jednotlivých škálách dotazníku KLI-P a koeficient vnitřní konzistence škál týkajících se oddělení šestinedělí (Takács, et al., 2012)

7.1.3 Položky týkající se celkového hodnocení porodnice

Kromě výše uvedených škál dotazník KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012) obsahuje otázky týkající se celkového hodnocení porodnice, jako:

Byla jste celkově spokojena s péčí na PO?

Byla jste celkově spokojena s péčí na OŠ?

Pokud byste si mohla vybrat, šla byste znovu rodit do téže porodnice?

Doporučila byste tuto porodnici svým přátelům a známým?

Respondentky zde volí jednu ze 4 možných odpovědí (Ano- spíše ano- spíše ne- ne). Dále zahrnuje ještě otázky na celkovou atmosféru:

Ohodnoťte prosím celkovou atmosféru na PO:

Ohodnoťte prosím celkovou atmosféru na OŠ:

Respondentky volí mezi 4 odpověďmi (velmi příjemná- spíše příjemná- spíše nepříjemná- velmi nepříjemná) (Takács, Sněhotová et al., 2012).

7.1.4 Normy dotazníku

Dotazník má dvojí normy. Jedny pro ženy po vaginálním porodu, porodu s komplikacemi a plánovaném císařském řezu, které byly vytvořené na vzorku 655 respondentek. Druhé pro ženy po akutním císařském řezu vytvořené na vzorku 107 rodiček.

Normy jsou vytvořené pro jednotlivé škály a pro souhrnné hodnocení PO a OŠ, nikoli pro kritériální otázky (Takács, Sněhotová et al., 2012).

7.1.5 Objektivita dotazníku KLI-P

Pro zajištění objektivit byla dodržena následující doporučení uvedená v manuálu metody (Takács, Sněhotová et al., 2012): ženy byly předem informovány o účelu testování, byla zajištěna jejich anonymita (nikde nemusely uvádět své jméno) a vyplňovaly dotazník v období mezi 3 a 12 měsíci po porodu.

7.1.6 Reliabilita dotazníku KLI-P

Vnitřní konzistence jednotlivých škál měřená Cronbachovým koeficientem alfa se nachází v rozmezí 0,74 až 0,93 (tab. 6) u části dotazníku pro PO a 0,73 až 0,93 (tab. 7) u dotazníku pro OŠ, což vypovídá o velmi stabilní struktuře dotazníku (Takács, et al., 2012).

7.1.7 Validita dotazníku KLI-P

Obsahová validita byla posuzována experty (lékaři, zdravotní sestry) i rodičkami. Dotazník byl sestaven v souladu s výsledky kvalitativních a kvantitativních analýz a adekvátně pokrývá oblast psychosociálního klimatu porodnice (Takács, Sněhotová et al., 2012).

Empirická validita dotazníku KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012) byla ověřena prostřednictvím vysokých korelací jednotlivých škál a hrubého skóru celého dotazníku s empirickými kritérii (celková spokojenost s péčí na PO a OŠ, ochota vrátit se do dané porodnice, ochota doporučit porodnici přátelům a známým). Korelační koeficienty mezi empirickými kritérii a celkovým hrubým skórem části dotazníku pro PO se pohybuje v rozmezí 0,66-0,75 a pro OŠ 0,64-0,81. Podrobné údaje o vývoji dotazníku a jeho psychometrických parametrech jsou uvedeny v manuálu metody (Takács, et al., 2012).

7.2 Kvalitativní dotazování rodiček a porodních asistentek

Respondentky z dotazníkového šetření jsem poprosila prostřednictvím emailové zprávy o zodpovězení následujících otázek: *S čím jste byla během pobytu v porodnici ve Vrchlabí spokojená? Co Vás mile překvapilo? A naopak, co Vám bylo nepříjemné? Co Vám vadilo?*

Pro doplnění pohledu rodiček z porodnice ve Vrchlabí jsem se dotazovala i dvou porodních asistentek. Moje otázky se týkaly toho, zda měl personál porodnice ve Vrchlabí určitou koncepci péče, zda se domnívají, že byl jejich přístup v porodnici ve Vrchlabí odlišný

od přístupu v jiných porodnicích, a pokud ano, tak v čem. Dále jsem se tázala na to, jakým způsobem porodní asistentky zlepšovaly své profesní dovednosti, na co se konkrétní porodní asistentka při péči o rodičku zaměřovala atp.

8. Zpracování dat

8.1 Zpracování dat z dotazníku KLI-P

Do analýzy byly zahrnuty všechny vyplněné dotazníky, protože v nich byly zodpovězeny všechny otázky, nebo v případě porodu císařským řezem nebyla zodpovězena pouze položka číslo 19: *Mohla jsem si zvolit porodní polohu, tj. polohu pro vypuzení dítěte.*

Statistická analýza probíhala v následujících krocích:

1) Položky dotazníku byly ohodnoceny hrubým skórem (HS) od 1 do 4 bodů, kde 4 znamená nejvyšší spokojenost. Byl spočítán HS pro jednotlivé škály, podle schématu uvedeného v manuálu dotazníku. V případě, že žena nemohla po porodu sekcí zodpovědět otázku č. 19 (4 případy), byla vynechána v analýzách u těchto (4) žen škála KPRpo a škála souhrnného hodnocení PO.

2) Byl vypočítán průměrný HS pro všechny položky, týkající se PO, OŠ a pro otázky na celkové hodnocení porodnice.

3) Průměrné HS bylo převedeno na procenta spokojenosti, kde 0 % znamená nejmenší spokojenost (HS) a 100 % nejvyšší spokojenost (HS). K vybraným charakteristikám HS (průměr, medián, minimum a maximum) byly rovněž přiřazeny příslušné percentily podle norem (vytvořených na 762 rodičkách) uvedených v manuálu dotazníku KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012).

4) Bylo provedeno statistické testování rozdílů průměrných HS u populace rodiček z porodnice ve Vrchlabí s průměrným HS u celé populace a vybraných typů porodnic. Jmenovitě s populacemi rodiček z porodnic: s více než 500 a více než 800 porodů za rok, s méně než 500 a méně než 800 porodů za rok a z porodnic fakultních a nefakultních. Data použitá pro toto testování pochází ze zprávy z výzkumu *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví- kvalita perinatální péče očima rodiček* (Takács et al., 2012).

Vzhledem k asymetrickému rozložení dat, na něž upozorňují Takács, Sněhotová et al., (2012) v manuálu dotazníku KLI-P (dotazník lépe rozlišuje v nižších hodnotách), a potvrzují výsledky Kolmogorov-Smirnovova testu normality, uvedené v následující tabulce (8), byl pro statistické testování použit Wilcoxonův pořadový jednovýběrový test. Jedná se o neparametrickou metodu nezávislou na rozdělení dat a vhodnou pro použití u dat z Likertovy škály. Zvolenou hladinou významnosti α je 0,05.

	Kolmogorov-Smirnovův test-hodnota testovací statistiky	Stupně volnosti	Hladina významnosti p
PO	0,126	47	0,042*
VEL	0,136	51	0,020*
VEP	0,398	51	0,000*
NNZpo	0,201	51	0,000*
PIDpo	0,306	51	0,000*
KPRpo	0,361	47	0,000*
FPSpo	0,321	51	0,000*
OŠ	0,221	51	0,000*
VENoš	0,183	51	0,000*
VERoš	0,441	51	0,000*
NNZoš	0,295	51	0,000*
PIDoš	0,237	51	0,000*
KPRoš	0,466	51	0,000*
FPSoš	0,172	51	0,001*
SPOpo	0,492	51	0,000*
SPOoš	0,419	51	0,000*
OOP	0,492	51	0,000*
ODP	0,500	51	0,000*

Tabulka 8 Kolmogorov-Smirnovův test normality pro jednotlivé škály a kritériální otázky dotazníku KLI-P u rodiček z porodnice ve Vrchlabí

8.2 Zpracování dat z kvalitativního dotazování

Odpovědi rodiček z porodnice ve Vrchlabí i místních porodních asistentek jsem roztřídila podle společných znaků metodou vytváření tématických trsů (Miovský, 2006). Výsledky jsou uvedeny v podkapitole 8.2, podrobně pak v přílohách 1 a 2.

9. Výsledky

V této kapitole uvedu v první podkapitole výsledky analýzy psychosociálního klimatu porodnice provedeného za pomoci dotazníku KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012) a ve druhé podkapitole doplňujícího kvalitativního dotazování rodiček i porodních asistentek z Česko-německé horské nemocnici Krkonoše, s.r.o.. První podkapitolu začnu uvedením distribuce hrubých skóre (HS) jednotlivých škál, dále představím hodnoty percentilů u vybraných statistických charakteristik HS. Navážu popisem průměrné spokojenosti v rámci jednotlivých položek dotazníku seskupených podle škál. Uvádím je v procentech spokojenosti, kde 0 % přísluší minimálnímu dosažitelnému HS a 100 % maximálnímu. Tato forma prezentace výsledků se mi jeví srozumitelnější, než uvádění průměrných hrubých skóre. V dalším oddíle uvádím výsledky statistického testování hypotéz. Ve druhé podkapitole uvádím v prvním oddíle výsledky doplňujícího kvalitativního dotazování rodiček a ve druhém porodních asistentek z porodnice ve Vrchlabí.

9.1 Výsledky dotazníku KLI-P

9.1.1 Distribuce hrubých skóre

Pro snazší orientaci ve výsledcích uvádím tabulku (9) s přehledem používaných zkratk.

Zkratka	Škála
PO	Porodní oddělení
VEL	Vstřícnost a empatie lékařů
VEP	Vstřícnost a empatie porodních asistentek
NNZpo	Nadřazenost a nedostatek zájmů na porodním oddělení
PIDpo	Podávání informací a dostupnost zdravotníků na porodním oddělení
KPRpo	Kontrola a podíl rodičky na rozhodování na porodním oddělení
FPSpo	Fyzické pohodlí a služby na porodním oddělení
OŠ	Oddělení šestinedělí
VEN	Vstřícnost a empatie zdravotníků pro novorozence
VER	Vstřícnost a empatie zdravotníků pro rodičky
NNZoš	Nadřazenost a nedostatek zájmu na oddělení šestinedělí
PIDoš	Podávání informací a dostupnost zdravotníků na oddělení šestinedělí
KPRoš	Kontrola a podíl rodičky na rozhodování na oddělení šestinedělí
FPSoš	Fyzické pohodlí a služby na oddělení šestinedělí
SPOpo	Spokojenost na porodnickém oddělení
SPOoš	Spokojenost na oddělení šestinedělí
OOP	Ochota opakovaně родit ve stejné porodnici
ODP	Ochota doporučit porodnici známým

Tabulka 9 Používané zkratky

V následujících tabulkách (10 a 11) jsou uvedeny základní statistické charakteristiky distribuce HS a vybrané percentily pro jednotlivé škály dotazníku KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012) týkající se PO a OŠ.

Škály	N	Medián	Průměr	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Šikmost	Špičatost
PO	47	129	127,49	103	136	7,56	-1,27	1,63
VEL	51	25	24,53	17	28	3,03	-0,60	-0,36
VEP	51	28	26,61	17	28	2,74	-2,10	3,48
NNZpo	51	30	29,92	23	32	2,08	-1,40	2,05
PIDpo	51	15	15,06	11	16	1,32	-1,75	2,48
KPRpo	47	12	11,38	7	12	1,12	-2,32	5,44
FPSpo	51	20	19,14	15	20	1,25	-1,56	1,88
OŠ	51	141	137,53	107	148	10,67	-1,39	0,96
VEN	51	29	28,31	19	32	3,92	-0,87	-0,22
VER	51	32	30,80	24	32	2,31	-1,80	1,89
NNZoš	51	23	22,51	15	24	2,15	-1,69	2,34
PIDoš	51	19	18,39	12	20	1,83	-1,70	3,07
KPRoš	51	12	11,75	10	12	0,48	-1,70	2,11
FPSoš	51	26	25,76	18	28	2,08	-1,39	2,64
SPOpo	51	4	3,80	3	4	0,40	-1,58	0,51
SPOoš	51	4	3,63	2	4	0,59	-1,39	0,98
OOP	51	4	3,80	3	4	0,40	-1,58	0,51
ODP	51	4	3,82	3	4	0,38	-1,75	1,10

Tabulka 10 Statistické charakteristiky distribuce HS u jednotlivých škál a kritériálních otázek dotazníku KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012) u rodiček z porodnice ve Vrchlabí

Škály	Medián	Percentil mediánu	Průměr	Percentil průměru	Minimum	Percentil minima	Maximum	Percentil maxima
PO	129	80	127,49	74	103	24	136	98
VEL	25	50	24,53	50	17	12	28	88
VEP	28	85	26,61	63	17	8	28	85
NNZpo	30	68	29,92	68	23	22	32	90
PIDpo	15	60	15,06	60	11	16	16	84
KPRpo	12	91	11,38	78	7	29	12	91
FPSpo	20	77	19,14	47	15	14	20	77
OŠ	141	79	137,53	70	107	18	148	98
VEN	29	52	28,31	45	19	11	32	87
VER	32	87	30,80	69	24	22	32	87
NNZoš	23	77	22,51	77	15	16	24	91
PIDoš	19	67	18,39	54	12	7	20	88
KPRoš	12	71	11,75	71	10	17	12	71
FPSoš	26	62	25,76	62	18	14	28	90

Tabulka 11 Percentily pro vybrané průměrné HS jednotlivých škál

9.1.2 Průměrná hodnocení jednotlivých škál a jejich položek

Průměrná spokojenost na porodnickém oddělení

Průměrná spokojenost u všech položek v oddílu hodnocení porodnického oddělení byla 90,8 %. Položky škály *vstřícnost a empatie porodních asistentek (VEP)* byly hodnoceny průměrnou spokojeností 93,4 %. Jednotlivé otázky v rámci této škály byly hodnoceny následující průměrnou spokojeností: *Přístup porodních asistentek by laskavý a vstřícný* 94,1 %. *Když jsem položila nějakou otázku, odpověděly ochotně* 98 %. *Poskytovaly mi emoční podporu* 90,2 %. *Jednaly se mnou s úctou a respektem* 94,8 %. *Pociťovala jsem k nim důvěru* 88,9 %. *Přistupovaly ke mně citlivě, s ohledem na můj aktuální stav* 92,2 %. *Respektovaly mé soukromí a stud* 95,4 %. Tedy nejlépe byla hodnocena ochota odpovědi na otázky 98 %, nejhůře důvěra v porodní asistentky 88,9 % spokojenosti.

Položky škály *vstřícnost a empatie lékařů (VEL)* byly hodnoceny průměrnou spokojeností 83,5 %. Průměrná spokojenost u jednotlivých položek škály byla následující: *Přístup lékařů byl laskavý a vstřícný* 81,7 %. *Když jsem položila nějakou otázku, odpověděli ochotně* 90,2 %. *Poskytovali mi emoční podporu* 73,2 %. *Jednali se mnou s úctou a respektem* 90,8%. *Pociťovala jsem k nim důvěru* 77,1 %. *Přistupovali ke mně citlivě, s ohledem na můj aktuální stav* 85,6 %. *Respektovali mé soukromí a stud* 85,6 %. V této škále měla nejlepší průměrné skóre položka týkající se jednání s úctou a respektem 90,8 % a nejméně byly ženy spokojené s emoční podporou ze strany lékařů 73,2 %.

Položky negativně formulované škály *nadřazenost a nedostatek zájmu (NNZpo)* byly skórovány reverzně. Celková průměrná spokojenost žen s položkami této škály byla 91,3 %. U jednotlivých položek byla průměrná spokojenost následující: *Jejich přístup byl neosobní- lékaři* 81 % / *porodní asistentky* 90,2 %. *Zdravotníci se mnou jednali nadřazeně- lékaři* 89,5 % / *porodní asistentky* 95,4 %. *Hovořili o mně tak, jako bych nebyla přítomna (ve 3. osobě)- lékaři* 94,8 % / *porodní asistentky* 99,3 %. *Zdravotníci mi podávali navzájem si odporující informace* 90,8 %. *Zdravotníci mne žádali, abych během kontrakcí spolupracovala při vyplňování formulářů nebo jiných administrativních úkonech* 89,5 %. Ve škále NNZpo byla nejlépe hodnocena položka týkající se hovoření o ženě v její přítomnosti ve 3. osobě ze strany porodních asistentek 99,3 % a nejhůře nadřazeného chování ze strany lékařů 89,5 %.

Položky škály *kontrola a podíl na rozhodování (KPRpo)* rodičky v porodnici ve Vrchlabí hodnotily průměrnou spokojeností 92,9 %. Jednotlivé otázky této škály byly hodnoceny následovně. *Měla jsem pocit, že mohu v průběhu porodu odmítnout jakýkoli*

zárok (holení, klystýr atd.) či vyšetření a že to zdravotníci budou respektovat 92,8 %. Měla jsem pocit, že zdravotníci při porodu respektovali moje vlastní tempo 91,5 %. Mohla jsem si zvolit porodní polohu (tj. polohu pro vypuzení dítěte) 94,3 %.

Položky škály **podávání informací a dostupnost zdravotníků (PIDpo)** dosáhly průměrně 92,2 % spokojenosti. U jednotlivých položek bylo průměrné hodnocení následující: *Zdravotníci mne předem informovali o chystaných zákrocích a vyšetřeních (týkajících se mne i mého dítěte) 93,5%. Když jsem zdravotníky potřebovala, byli dostupní 93,5 %. Informace, které jsem od zdravotníků dostala, byly srozumitelné 94,1 %. Měla jsem pocit, že jsem od zdravotníků dostávala málo informací 87,6 % (tato položka je opět skórována reverzně). Nejlépe zde byla hodnocena srozumitelnost informací 94,1 % a nejhůře dostatek informací 87,6 %.*

Ve škále **fyzické pohodlí a služby (FPSpo)** byla celková průměrná spokojenost 94,2 %. Jednotlivé položky dosáhly následující průměrné spokojenosti: *Byla jsem spokojena se vzhledem prostor, kde probíhal můj porod 92,2 %. Čistota prostor na porodnickém oddělení byla vyhovující 96,1 %. Byla jsem spokojena s uspořádáním prostor na porodnickém oddělení (vzdálenost sprch, toalet apod.) 96,7 %. V porodnici mi byly k dispozici relaxační pomůcky pro první dobu porodní (např. vana, míč, sprcha, masážní pomůcky, aromaterapie, hudba aj.) 89,5 %. V porodnici jsem měla dostatek soukromí během první doby porodní (tj. doby otevírací, předcházející samotnému vypuzení dítěte) 96,7 %. Nejlépe byly hodnoceny položky uspořádání prostor na PO a dostatku soukromí během první doby porodní průměrnou spokojeností 96,7 %. Nejhůře byla hodnocena dostupnost relaxačních pomůcek 89,5 %.*

Průměrná spokojenost na oddělení šestinedělí

Průměrná spokojenost všech položek týkajících se oddělení šestinedělí byla 90,6 %. Položky škály **vstřícnost a empatie zdravotníků pro rodičky (VER)** byly hodnoceny průměrnou spokojeností 95,3 %. Průměrná spokojenost u jednotlivých položek byla následující: *Přístup zdravotníků pro rodičky by laskavý a vstřícný 92,8 %. Když jsem položila nějakou otázku, odpověděli ochotně 94,8 %. Poskytovali mi emoční podporu 94,1 %. Jednali se mnou s úctou a respektem 94,8 %. Pociťovala jsem k nim důvěru 92,2 %. Přistupovali ke mně citlivě, s ohledem na můj aktuální stav 96,7 %. Respektovali mé soukromí a stud 100 %. Vyhovovalo mi, jak mne oslovovali 96,7 %. Celkově nejlépe byla hodnocena položka týkající se oslovování 100 % a nejhůře důvěra ve zdravotníky pro rodičky 92,2 %.*

Položky škály *vstřícnost a empatie zdravotníků pro novorozence (VEN)* byly hodnoceny průměrnou spokojeností 84,7 %. Průměrná spokojenost byla u jednotlivých položek následující: *Přístup zdravotníků pro novorozence byl laskavý a vstřícný* 80,4 %. *Když jsem položila nějakou otázku, odpověděli ochotně* 86,3 %. *Poskytovali mi emoční podporu* 79,1 %. *Jednali se mnou s úctou a respektem* 85 %. *Pociťovala jsem k nim důvěru* 77,1 %. *Přistupovali ke mně/k mému dítěti citlivě* 86,3 %. *Respektovali mé soukromí a stud* 87,6 %. *Vyhovovalo mi, jak mne oslovovali* 95,4 %. Nejlépe byla hodnocena položka týkající se spokojenosti se způsobem oslovování 95,4 %, nejhůře důvěra ve zdravotníky pro novorozence 77,1 %.

Položky škály *nadřazenost a nedostatek zájmu (NNZoš)* jsou formulovány negativně a byly hodnoceny reverzně. Průměrná spokojenost položek této škály je 91,7 %. Hodnocení jednotlivých položek bylo následující: *Jejich přístup byl neosobní- zdravotníci pro rodičky* 94,1 %, *zdravotníci pro novorozence* 86,3 %. *Jednali nadřazeně- zdravotníci pro rodičky* 97,4 %, *zdravotníci pro novorozence* 86,3 %. *Zdravotníci mi podávali navzájem si odporující informace* 93,5 %. *Zdravotníci mne rušili při kojení (musela jsem přerušit kojení kvůli vizitě apod.)* 92,8 %. Nejlépe hodnocena byla položka týkající se nadřazeného chování zdravotníků pro rodičky 97,4 %, nejhůře byl vnímán neosobní a nadřazený přístup zdravotníků pro novorozence 86,3 %.

Položky škály *kontrola a podíl na rozhodování (KPROš)* byly celkově hodnoceny 97,1 % spokojeností. Jednotlivé položky byly hodnoceny následovně. *Zdravotníci mne předem informovali o chystaných zákrocích a vyšetřeních (týkající se mne i mého dítěte)* 94,1 %. *Své dítě jsem mohla vidět, kdykoli jsem chtěla* 99,3 %. *Měla jsem přehled o tom, kde mé dítě je* 98 %.

Ve škále *podávání informací a dostupnost zdravotníků (PIDoš)* byla celková spokojenost 89,3 %. Jednotlivé položky byly hodnoceny následující spokojeností. *Když jsem zdravotníky potřebovala, byli dostupní* 94,1 %. *Informace, které jsem od zdravotníků dostala, byly srozumitelné* 92,2 %. *Měla jsem pocit, že jsem od zdravotníků dostávala málo informací* 90,8 %. *Zdravotníci mne podrobně seznámili se základními zásadami péče o novorozence (přebalování, koupání atd.)* 84,3 %. *Zdravotníci mi aktivně nabízeli radu a pomoc s kojením* 85 %. Nejlépe byla v této škále hodnocena položka týkající se dostupnosti zdravotníků 94,1 % spokojeností a nejhůře položka týkající se informování o základních zásadách péče o novorozence 84,3 %.

Ve škále **fyzičké pohodlí a služby (FPSoš)** byly položky průměrně hodnoceny 89,3 % spokojeností. Jednotlivé položky této škály byly hodnoceny následovně: *Byla jsem spokojena se vzhledem pokoje 95,4 %*. *Čistota sprch a toalet byla vyhovující 97,4 %*. *Uspořádání prostor (např. vzdálenost toalet, sprch, místnosti pro návštěvy apod.) mi vyhovovalo 97,4 %*. *Sprch a toalet byl dostatečný počet pro všechny rodičky, mohla jsem je použít, kdykoli jsem je potřebovala 99,3 %*. *S vybavením pokojů jsem byla spokojena 93,5 %*. *K dispozici byl dostatek čistého ložního prádla 90,8 %*. *Se stravou jsem byla spokojena 51,6 %*. Nejlépe byla hodnocena položka týkající dostatečného počtu sprch a toalet a jejich možnosti využití 99,3 %. Nejhůře byla hodnocena položka týkající se spokojenosti se stravou 51,6 %.

Nejlépe hodnocené položky

Nejlépe hodnoceními, byly následující položky:

Vyhovovalo mi, jak mne oslovovaly- porodní asistentky 100%

Respektovali mé soukromí a stud- zdravotníci pro rodičky 100 %.

Hovořily o mně tak, jako bych nebyla přítomna (ve 3. osobě)- porodní asistentky 99,4 %

Své dítě jsem mohla vidět, kdykoli jsem chtěla 99,4 %

Sprch a toalet byl dostatečný počet pro všechny rodičky, mohla jsem je použít, kdykoli jsem je potřebovala. 99,4 %.

Měla jsem přehled o tom, kde mé dítě je 98 %

Čistota sprch a toalet byla vyhovující 97,4 %.

Uspořádání prostor (např. vzdálenost toalet, sprch, místnosti pro návštěvy apod.) mi vyhovovalo 97,4 %.

Přístupovali ke mně citlivě, s ohledem na můj aktuální stav zdravotníci pro rodičky na OŠ 96,7 %.

Vyhovovalo mi, jak mne oslovovali- zdravotníci pro rodičky na OŠ 96,7 %.

Nejhůře hodnocené položky

Nejhůře hodnocenými položkami byly:

Se stravou jsem byla spokojena 51,6 %

Poskytovali mi emoční podporu- lékaři na PO 73,2 %

Pocítovala jsem k nim důvěru- lékaři na PO 77,1 %

- zdravotníci pro novorozence OŠ 77,1 %

Poskytovali mi emoční podporu- sestry a lékaři pro novorozence 79,1 %

Přístup zdravotníků pro novorozence byl laskavý a vstřícný 80,4 %.

Jejich přístup byl neosobní- lékaři na PO 81 %

Přístup lékařů na PO byl laskavý a vstřícný 81,7 %.

Zdravotníci mne podrobně seznámili se základními zásadami péče o novorozence (přebalování, koupání atd.) 84,3 %.

Zdravotníci mi aktivně nabízeli radu a pomoc s kojením 85 %.

Jednali se mnou s úctou a respektem- zdravotníci pro novorozence 85 %.

Přístupovali ke mně citlivě, s ohledem na můj aktuální stav- lékaři na PO 85,6 %.

Respektovali mé soukromí a stud- lékaři na PO 85,6 %.

9.1.3 Kriteriaální otázky na celkové hodnocení porodnice

Odpovědi na otázky týkající se celkového hodnocení perinatální péče v porodnici ve Vrchlabí a četnost jejich zastoupení ve výzkumném souboru i obecné populaci rodiček v ČR (Takács et al., 2012) jsou uvedeny v následující tabulce (12).

		Rodičky z porodnice ve Vrchlabí		Rodičky z obecné populace v ČR (Takács et al., 2012)
Otázka	Hodnocení	N	%	%
Spokojeno s péčí na PO	ano	41	80,4	70
	spíše ano	10	19,6	20
Spokojeno s péčí na OŠ	ano	35	68,6	61
	spíše ano	13	25,5	26
	spíše ne	3	5,9	9
Opakovaně by v téže porodnici rodilo	ano	39	76,5	62
	spíše ano	12	23,5	22
Porodnici by doporučilo	ano	42	82,4	65
	spíše ano	9	17,6	19

Tabulka 12 Odpovědi rodiček z porodnice ve Vrchlabí na kriteriaální otázky dotazníku KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012)

Z tabulky je patrné, že ženy byly spokojenější s péčí na porodním oddělení a že byla průměrná spokojenost s péčí v porodnici ve Vrchlabí vyšší, než v populaci rodiček z celé ČR.

Následující tabulka (13) uvádí četnosti jednotlivých typů hodnocení atmosféry na PO a OŠ.

Atmosféra na:	Hodnocení	N	%
Porodním oddělení	velmi příjemná	46	90,2
	spíše příjemná	4	7,8
	spíše nepříjemná	1	2,0
Oddělení šestinedělí	velmi příjemná	32	62,7
	spíše příjemná	18	35,3
	spíše nepříjemná	1	2,0

Tabulka 13 Hodnocení atmosféry na PO a OŠ

9.1.4 Kvalitativní položky dotazníku

Dotazník KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012) obsahuje také kvalitativní položky, které vybízí k poskytnutí doplňujících informací, týkajících se porodu a kontaktu matky s dítětem ihned po porodu. Tyto položky vyplnilo pouze 23 žen (46 %). Odpovědi byly velmi stručné, většinou se jednalo o pozitivní slovní doplnění spokojenosti s péčí v porodnici ve Vrchlabí. Výjimečně byla specifikována ojedinělá negativní zkušenost, např. s konkrétní porodní asistentkou, či lékařem. Kontakt s dítětem byl uniformně hodnocen jako neomezený, maximálně s několik minut trvajícím odloučením pro provedení nezbytných úkonů. Ve 2 případech bylo odloučení dítěte matkou vnímané jako zbytné a doprovázené velmi negativním hodnocením.

9.1.5 Testování hypotéz

Pro statistické testování rozdílů ve spokojenosti rodiček z porodnice ve Vrchlabí a rodiček z různých typů porodnic jsem použila Wilcoxonův jednovýběrový test. Zvolenou hladinou významnosti α je 0,05. Pokud je vypočítaná p-hodnota nižší než 0,05, je hodnota psána tučným typem písma a označena hvězdičkou, aby byly zvýrazněny rozdíly statisticky významné. Dvěma hvězdičkami jsou označeny p-hodnoty, které dosáhly hladiny významnosti nižší než 0,01. Data (průměrné HS), použitá pro toto testování, pochází z výzkumné zprávy s názvem *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví- kvalita perinatální péče očima rodiček* (Takács et al., 2012). Testované hodnoty (průměrné HS) a výsledné p-hodnoty jednotlivých testování jsou uvedeny pro přehlednost v tabulkách. Otázky na celkové hodnocení jsou uvedeny v procentech spokojenosti (0 % je minimální možný dosažený HS ve škále, 100 % je maximální), neboť průměrné HS nebylo ve zprávě uvedeno.

A) Wilcoxonův test pro srovnání s obecnou populací rodiček

Sloupec1	Vrchlabí		ČR (Takács, et al., 2012)		Hladina významnosti
	N	Průměr HS	N	Průměr HS	p
PO	47	127,49	696	112,28	<0,001**
VEL	51	24,53	1186	23,08	0,004**
VEP	51	26,61	1188	23,71	<0,001**
NNZpo	51	29,92	953	26,15	<0,001**
PIDpo	51	15,06	1123	13,46	<0,001**
KPRpo	47	11,38	832	8,23	<0,001**
FPSpo	51	19,14	967	17,7	<0,001**
OŠ	51	137,53	1179	123,31	<0,001**
VEN	51	28,31	1188	26,76	0,005**
VER	51	30,80	1191	26,8	<0,001**
NNZoš	51	22,51	1183	18,92	<0,001**
PIDoš	51	18,39	1194	16,8	<0,001**
KPRoš	51	11,75	1193	11,01	<0,001**
FPSoš	51	25,76	1194	23,02	<0,001**
SPOpo	51	93,46	1194	84,95	0,047*
SPOoš	51	87,58	1190	81,06	<0,001**
OOP	51	93,46	1195	80,28	<0,001**
ODP	51	94,12	1195	79,33	<0,001**

Tabulka 14 Výsledky Wilcoxonova testu srovnávajícího spokojenost rodiček z porodnice ve Vrchlabí a obecné populace rodiček v ČR

Na základě výsledků statistického testování (Wilcoxonovým testem) na zvolené hladině $\alpha = 0,05$ zamítám $H_{01A} - H_{018A}$. Dosažená hladina významnosti je u většiny testování menší než 0,01 (dokonce i než 0,001), pouze srovnáním výsledků průměrného hodnocení u kriteriální otázky týkající se celkové spokojenosti s péčí na porodnickém oddělení bylo dosaženo hladiny významnosti 0,47.

B) Wilcoxonův test pro srovnání s porodnicemi s více než 500 porody za rok

Sloupec1	Vrchlabí		Porodnice s více než 500 porody za rok (Takács, et al., 2012)		Hladina významnosti
	N	Průměr HS	N	Průměr HS	p
PO	47	127,49	640	111,8	<0,001**
VEL	51	24,53	1099	20,03	<0,001**
VEP	51	26,61	1101	23,06	<0,001**
NNZpo	51	29,92	881	26,09	<0,001**
PIDpo	51	15,06	1043	13,42	<0,001**
KPRpo	47	11,38	769	8,16	<0,001**
FPSpo	51	19,14	890	17,61	<0,001**
OŠ	51	137,53	1092	123,17	<0,001**
VEN	51	28,31	1101	26,78	0,005**
VER	51	30,80	1104	26,76	<0,001**
NNZoš	51	22,51	1096	18,90	<0,001**
PIDoš	51	18,39	1107	16,80	<0,001**
KPRoš	51	11,75	1106	11,00	<0,001**
FPSoš	51	25,76	1107	22,95	<0,001**
SPOpo	51	93,46	1107	84,4	0,047*
SPOoš	51	87,58	1103	80,7	<0,001**
OOP	51	93,46	1108	79,7	<0,001**
ODP	51	94,12	1108	78,7	<0,001**

Tabulka 15 Výsledky Wilcoxonova testu srovnávajícího spokojenost rodiček z porodnice ve Vrchlabí a rodiček z porodnic s více než 500 porody za rok

Na základě provedení Wilcoxonova testu na zvolené hladině $\alpha = 0,05$ zamítám H_{01B} - H_{018B} . Dosažená hladina významnosti je u většiny testování menší než 0,01 (dokonce 0,001), pouze hodnocení celkové spokojenosti na porodnickém oddělení dosáhlo hladiny významnosti 0,047.

C) Wilcoxonův test pro srovnání s porodnicemi s méně než 500 porody za rok

Sloupec1	Vrchlabí		Porodnice s méně než 500 porody za rok (Takács, et al., 2012)		Hladina významnosti
	N	Průměr HS	N	Průměr HS	p
PO	47	127,49	34	117,73	<0,001**
VEL	51	24,53	57	23,26	0,004**
VEP	51	26,61	57	24,86	<0,001**
NNZpo	51	29,92	45	26,87	<0,001**
PIDpo	51	15,06	52	14,06	0,000**
KPRpo	47	11,38	40	9,57	<0,001**
FPSpo	51	19,14	48	18,35	<0,001**
OŠ	51	137,53	57	125,61	<0,001**
VEN	51	28,31	57	26,84	0,005**
VER	51	30,80	57	27,42	<0,001**
NNZoš	51	22,51	57	19,40	<0,001**
PIDoš	51	18,39	57	17,21	<0,001**
KPRoš	51	11,75	57	11,14	<0,001**
FPSoš	51	25,76	57	23,60	<0,001**
SPOpo	51	93,46	57	90,6	0,047*
SPOoš	51	87,58	57	87,1	0,750
OOP	51	93,46	57	87,1	0,047*
ODP	51	94,12	57	87,7	0,016*

Tabulka 16 Výsledky Wilcoxonova testu srovnávajícího spokojenost rodiček z porodnice ve Vrchlabí a rodiček z porodnic s méně než 500 porody za rok

Na základě provedení Wilcoxonova testu na zvolené hladině $\alpha = 0,05$ zamítám H_{01C} - H_{018C} mimo hypotézy H_{016C} . Statisticky nevýznamný rozdíl byl shledán při srovnání průměrného hodnocení spokojenosti s péčí na oddělení šestinedělí. Většina dalších srovnání dosáhla hladiny významnosti nižší než 0,01 (dokonce 0,001). Pouze hodnocení kriteriálních otázek týkajících se spokojenosti s celkovou péčí na porodnickém oddělení a ochoty opakovaně родit ve stejné porodnici dosáhly hladiny významnosti 0,047. Srovnáním výsledků u kriteriální otázky týkající se ochoty doporučit porodnici bylo dosaženo hladiny významnosti 0,016.

D) Wilcoxonův test pro srovnání s porodnicemi s více než 800 porody za rok

Sloupec1	Porodnice ve Vrchlabí		Porodnice s více než 800 porody za rok (Takács, et al., 2012)		Hladina významnosti
	N	Průměr HS	N	Průměr HS	p
PO	47	127,49	518	111,36	<0,001**
VEL	51	24,53	887	23,00	0,001**
VEP	51	26,61	889	23,41	<0,001**
NNZpo	51	29,92	707	26,01	<0,001**
PIDpo	51	15,06	844	13,38	<0,001**
KPRpo	47	11,38	614	8,07	<0,001**
FSPo	51	19,14	707	17,56	<0,001**
OŠ	51	137,53	880	122,49	<0,001**
VEN	51	28,31	888	26,61	0,005**
VER	51	30,80	890	26,58	<0,001**
NNZoš	51	22,51	884	18,73	<0,001**
PIDoš	51	18,39	893	16,72	<0,001**
KPRoš	51	11,75	892	10,96	<0,001**
FPSoš	51	25,76	893	22,88	<0,001**
SPOpo	51	93,46	893	84,1	0,047*
SPOoš	51	87,58	889	79,7	<0,001**
OOP	51	93,46	894	79,0	<0,001**
ODP	51	94,12	894	77,9	<0,001**

Tabulka 17 Výsledky Wilcoxonova testu srovnávajícího spokojenost rodiček z porodnice ve Vrchlabí a rodiček z porodnic s více než 800 porody za rok

Na základě provedení Wilcoxonova testu na zvolené hladině $\alpha = 0,05$ zamítám H_{01D} - H_{018D} . Hladiny významnosti 0,47 dosáhlo srovnání výsledků celkové spokojenosti s péčí na porodnickém oddělení. Ostatní srovnání byla statisticky významně odlišná na hladině významnosti 0,01 (většinou 0,001).

E) Wilcoxonův test pro srovnání s porodnicemi s méně než 800 porody za rok

	Porodnice ve Vrchlabí		Porodnice s méně než 800 porody za rok (Takács, et al., 2012)		Hladina významnosti
	N	Průměr HS	N	Průměr HS	p
PO	47	127,49	156	114,56	<0,001**
VEL	51	24,53	269	23,19	0,004**
VEP	51	26,61	269	24,52	<0,001**
NNZpo	51	29,92	219	26,52	<0,001**
PIDpo	51	15,06	251	13,69	<0,001**
KPRpo	47	11,38	195	8,73	<0,001**
FPSpo	51	19,14	231	17,93	<0,001**
OŠ	51	137,53	269	125,92	<0,001**
VEN	51	28,31	270	27,35	0,028*
VER	51	30,80	271	27,52	<0,001**
NNZoš	51	22,51	269	19,54	<0,001**
PIDoš	51	18,39	271	17,13	<0,001**
KPRoš	51	11,75	271	11,15	<0,001**
FPSoš	51	25,76	271	23,29	<0,001**
SPOpo	51	93,46	271	86,7	0,047*
SPOoš	51	87,58	271	85,6	0,750
OOP	51	93,46	271	83,5	0,047*
ODP	51	94,12	271	83,0	<0,001**

Tabulka 18 Výsledky Wilcoxonova testu srovnávajícího spokojenost rodiček z porodnice ve Vrchlabí a rodiček z porodnic s méně než 800 porody za rok

Na základě provedení Wilcoxonova testu na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítám $H_{01E} - H_{018E}$ mimo hypotézy H_{016E} . Výsledky hodnocení kritériální otázky týkající se spokojenosti s péčí na oddělení šestinedělí dosáhly hladiny významnosti 0,75. Ostatní výsledky byly statisticky významně odlišné na hladině významnosti 0,01 (dokonce 0,001) až na hodnocení kritériálních otázek týkajících se celkové spokojenosti na porodnickém oddělení a ochoty opakovaně rodit ve stejné porodnici, které dosáhly hladiny významnosti 0,047.

F) Wilcoxonův test pro srovnání s fakulními porodnicemi

Sloupec1	Porodnice ve Vrchlabí		Fakulní porodnice (Takács, et al., 2012)		Hladina významnosti
	N	Průměr HS	N	Průměr HS	p
PO	47	127,49	259	109,37	<0,001**
VEL	51	24,53	439	22,85	0,000**
VEP	51	26,61	441	23,17	<0,001**
NNZpo	51	29,92	354	25,61	<0,001**
PIDpo	51	15,06	425	13,22	<0,001**
KPRpo	47	11,38	311	7,89	<0,001**
FPSpo	51	19,14	345	17,12	<0,001**
OŠ	51	137,53	436	119,62	<0,001**
VEN	51	28,31	441	26,07	0,002**
VER	51	30,80	438	18,31	<0,001**
NNZoš	51	22,51	438	18,31	<0,001**
PIDoš	51	18,39	443	16,35	<0,001**
KPRoš	51	11,75	444	10,83	<0,001**
FPSoš	51	25,76	443	22,13	<0,001**
SPOpo	51	93,46	443	83,3	<0,001**
SPOoš	51	87,58	440	75,8	<0,001**
OOP	51	93,46	444	76,2	<0,001**
ODP	51	94,12	444	75,7	<0,001**

Tabulka 19 Výsledky Wilcoxonova testu srovnávajícího spokojenost rodiček z porodnice ve Vrchlabí a rodiček z fakulních porodnic

Na základě provedení Wilcoxonova testu na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítám hypotézy $H_{01F} - H_{018F}$ ve prospěch alternativních. Všechna hodnocení dosáhla hladiny významnosti nižší než 0,01 (dokonce 0,001).

G) Wilcoxonův test pro srovnání s nefakultními porodnicemi

Sloupec1	Porodnice ve Vrchlabí		Nefakultní porodnice (Takács, et al., 2012)		Hladina významnosti
	N	Průměr HS	N	Průměr HS	p
PO	47	127,49	436	113,99	<0,001**
VEL	51	24,53	746	23,22	0,004**
VEP	51	26,61	746	24,03	<0,001**
NNZpo	51	29,92	598	26,46	<0,001**
PIDpo	51	15,06	697	13,61	<0,001**
KPRpo	47	11,38	520	8,44	<0,001**
FPSpo	51	19,14	621	18,03	<0,001**
OŠ	51	137,53	742	125,49	<0,001**
VEN	51	28,31	746	27,17	0,028*
VER	51	30,80	748	27,34	<0,001**
NNZoš	51	22,51	744	19,28	<0,001**
PIDoš	51	18,39	750	17,07	<0,001**
KPRoš	51	11,75	748	11,11	<0,001**
FPSoš	51	25,76	750	23,56	<0,001**
SPOpo	51	93,46	750	86,0	0,047*
SPOoš	51	87,58	749	84,2	0,750
OOP	51	93,46	750	82,7	<0,001**
ODP	51	94,12	750	81,5	<0,001**

Tabulka 20 Výsledky Wilcoxonova testu srovnávajícího spokojenost rodiček z porodnice ve Vrchlabí a rodiček z nefakultních porodnic

Na základě provedení Wilcoxonova testu na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítám hypotézy H_{01G} - H_{018G} , kromě hypotézy H_{016G} . Hodnocení kritériální otázky týkající se celkové spokojenosti s péčí na oddělení šestinedělí dosáhlo hladiny významnosti 0,75. Srovnání ostatních hodnocení dosáhla hladiny významnosti 0,01 (dokonce 0,001) až na hodnocení celkové spokojenosti s péčí na porodnickém oddělení s dosaženou hladinou významnosti 0,047 a hodnocení škály vstřícnost a empatie zdravotníků pro novorozence s dosaženou hladinou významnosti 0,28.

Shrnutí výsledků statistického testování hypotéz

Pro lepší přehlednost výsledků zde uvedu jejich krátké shrnutí. Na základě provedení Wilcoxonova jednovýběrového testu na zvolené hladině $\alpha = 0,05$ zamítám všechny nulové hypotézy, kromě H_{016C} , H_{016E} a H_{016G} . Spokojenost rodiček z porodnice ve Vrchlabí s péčí na oddělení šestinedělí dosáhla hladiny významnosti 0,75 při porovnávání s tímto parametrem u

populace rodiček z malých typů porodnic (s méně 500 i 800 porody za rok a nefakultních). Srovnáním spokojenosti u ostatních škál a kritériálních otázek bylo dosaženo hladiny významnosti nižší než 0,05 (dokonce většinou nižší než 0,001).

Srovnání spokojenosti s péčí na porodnickém oddělení u rodiček z porodnice ve Vrchlabí a rodiček z obecné populace, z porodnic s méně i více než 500 i 800 porody za rok a porodnic nefakultních bylo dosaženo hladiny významnosti 0,047. Stejně hladiny významnosti dosáhlo srovnání ochoty opakovaně rodit ve stejné porodnici u rodiček z porodnice ve Vrchlabí a rodiček z porodnic s méně než 500 i 800 porody za rok. Srovnání průměrné spokojenosti se vstřícností a empatií zdravotníků na oddělení pro novorozence u rodiček z porodnice ve Vrchlabí a rodiček z porodnic s méně než 800 porody za rok a z porodnic nefakultních dosáhlo hladiny významnosti 0,028. Hladiny významnosti 0,016 dosáhlo srovnání ochoty doporučit porodnici u rodiček z porodnice ve Vrchlabí a rodiček z porodnic s méně než 500 porody za rok.

9.2 Výsledky doplňujícího kvalitativního dotazování

9.2.1 Výsledky doplňujícího kvalitativního dotazování rodiček na subjektivně významné faktory perinatální péče

Výsledky kvantitativní analýzy psychosociálních aspektů perinatální péče jsem doplnila o kvalitativní dotazování na subjektivně významné, pozitivní i negativní faktory péče. Jejich přehled uvádím v tomto oddíle. Podrobně pak s citacemi v příloze č. 1.

Negativně vnímané aspekty perinatální péče v porodnici ve Vrchlabí

Rodičky hodnotily negativně následující faktory: nedbání přání a potřeb, nerespektování aktuálního stavu, provádění zákroků bez předchozího informování, vyrušování ženy během porodu, sdělování nemístných poznámek, velké množství lidí u porodu, nedostatečná podpora bondingu (časné oddělení od dítěte), nedostatečná podpora kojení, necitlivý přístup k dítěti ze strany dětských sester, nedostatek respektu k rodičům ze strany zdravotníků pečujících o dítě, vysoké stáří lékařů (73 a 75 let), brzké buzení, strava nevhodná pro kojící matky.

Pozitivně vnímané aspekty perinatální péče v porodnici ve Vrchlabí

Rodičky hodnotily pozitivně následující faktory: nepřítomnost čekací doby na vyšetření v těhotenství, prohlídky porodní asistentkou, příjemné, milé chování zdravotníků pečujících o rodičky, profesionální vystupování porodních asistentek, nevyrušování rodičky

při porodu, nezasahující přítomnost při porodu, respekt k přáním rodičky, podpora bondingu, prostředí nepřipomínající nemocnici, možnost poslouchání hudby a využití vany při porodu, nevyrušování při porodu, neposkytování nevyžádaných rad, ochotná péče porodní asistentky při porodu, podpora během porodu, nepřesouvání v průběhu porodu, podpora kojení, chování vzbuzující důvěru, společný pobyt s dítětem na pokoji, přizpůsobení lékařských vyšetření a vizit po porodu matce a dítěti.

9.2.2 Charakteristiky přístupu zdravotníků v porodnici ve Vrchlabí podle místních porodních asistentek

Pro dokreslení charakteristik psychosociálního klimatu porodnice ve Vrchlabí jsem se dotazovala také dvou místních porodních asistentek, které svolily k účasti na výzkumu. V tomto oddíle shrnu jejich odpovědi. Podrobněji odpovědi uvádím v příloze č. 2.

V porodnici ve Vrchlabí se podle porodních asistentek sešla skupina lidí s podobnými představami o přístupu k rodičce. Stejně tak důležitý byl přístup rodiček, které sem přijížděly rodit z odlehlých částí České republiky či dokonce Slovenska. Rodičky podle jedné porodní asistentky „*věděly, co chtějí, nebály se a věřily si*“.

Vrchlabská porodnice byla specifická vysokými kompetencemi porodních asistentek. Porodní asistentky zde měly na starosti většinu agendy zdravotnické péče, včetně předporodních konzultací o ženiných představách, týkajících se porodu, těhotenskou poradnu (měření tlaku, vyšetření moči, vnější vyšetření pohmatem) a vedení samotného porodu. Lékaři prováděli zejména vaginální a ultrazvukové vyšetření, rozsáhlejší šití poporodních zranění a císařské řezy.

Zdravotníci se zde podle porodních asistentek snažili umožnit ženám porodit podle jejich přání. Tento přístup podle porodních asistentek komplikovaly často protichůdné „*Doporučené postupy*“ gynekologicko-porodnické společnosti, jejichž dodržování má zdravotníky chránit před případnými právními postihy za pochybení při poskytování péče.

Porodní asistentky práce v porodnici ve Vrchlabí velmi bavila. Považovaly ji za náročnou, ale cennou praxi. Podle dotázaných asistentek chtěly porodní asistentky z porodnice ve Vrchlabí spíše pracovat samostatně. Byly citlivé a empatické. Vzdělávaly se zejména pozorováním rodičích žen a komunikací s nimi, ale také vzájemnými poradami. Svě odborné znalosti rozšiřovaly také studiem literatury a účastí na konferencích, včetně zahraničních. Díky místní praxi pak porodní asistentky v porodnici ve Vrchlabí dokázaly rozpoznávat stadia porodu bez vnitřního vyšetření a lépe se vyhýbat komplikacím při porodu.

Porodní asistentky usilovaly o to, dát ženám v průběhu porodu prostor, respektovat je. Žena zde byla v centru jejich zájmu. Zaměřovaly se na prožívání žen. Naopak v jiných porodnicích podle jedné porodní asistentky zdravotníci přistupují k porodu aktivně (rodí zdravotníci) a rodička je spíše pasivní pacientkou (je zdravotníky „odrozená“). Během porodu se porodní asistentky v porodnici ve Vrchlabí snažily nechávat ženám volnost ve hledání vhodných poloh. Po porodu podporovaly bonding matka-dítě. Celkově se snažily o minimalizaci dopadu porodu na wellbeing ženy i dítěte.

Nesoulad podle porodních asistentek panoval v přístupu zdravotníků z porodního a novorozeneckého oddělení. Porodní asistentky neměly podporu od lékařů ani vedení porodnice. Často trpěly syndromem vyhoření. Podle dotázaných již porodní asistentky neměly již sílu měnit nepříznivou situaci v porodnici. Pro personální neshody a obtížnost získání do pracovního poměru lékařů, kteří by byli nakloněni místnímu přístupu respektujícímu přání ženy, byla porodnice ve Vrchlabí podle dotázaných porodních asistentek uzavřena.

10. Diskuse

Cílem empirické části diplomové práce bylo analyzovat psychosociální klima porodnice ve Vrchlabí. Použila jsem jak kvantitativní metodu a statistické testování hypotéz, tak pro doplnění metodu otevřeného dotazování pro podrobnější vykreslení vnímání péče rodičkami. Pohled rodiček jsem navíc doplnila perspektivou porodních asistentek.

Na základě statistického testování hypotéz lze shrnout, že rodičky z porodnice ve Vrchlabí byly s péčí statisticky významně spokojenější než rodičky ze srovnávaných populací. Pouze srovnání *spokojenosti s celkovou péčí na oddělení šestinedělí* (jedna z kritériálních otázek dotazníku KLI-P) u rodiček z porodnice ve Vrchlabí a u rodiček z malých porodnic (s méně než 500 i 800 porody za rok a porodnic nefakultních) nedosáhlo zvolené hladiny významnosti.

Nepřítomnosti statisticky významného rozdílu v celkové *spokojenosti s péčí na oddělení šestinedělí* u rodiček z porodnice ve Vrchlabí a u rodiček z malých typů porodnic odpovídá zmínka porodních asistentek, že v porodnici ve Vrchlabí panoval nesoulad v přístupu zdravotníků z porodnického a novorozeneckého oddělení. Rodičky v doplňujícím kvalitativním dotazování, zřídka i v rámci kvalitativní položky dotazníku KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012), spontánně uváděly negativní zkušenosti se zdravotníky pečujícími o novorozence. Konkrétně hodnotily negativně necitlivý přístup sester z novorozeneckého oddělení k dítěti a také nedostatečný respekt zdravotníků pečujících o novorozence k ženám. Opakovaně si rodičky v doplňujícím kvalitativním dotazování, místy i v rámci kvalitativní položky dotazníku KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012), stěžovaly na nevhodný přístup konkrétního dětského lékaře.

Průměrné hodnocení položek dotazníku, týkajících se oddělení šestinedělí, bylo však vysoké- 90,6 %. Takto vysoké průměrné spokojenosti bylo dosaženo díky velmi vysoké spokojenosti rodiček s péčí zdravotníků pečujících o rodičky (na oddělení šestinedělí). Na základě rozdílu v hodnocení *celkové spokojenosti s péčí na oddělení šestinedělí* a průměrné spokojenosti žen s položkami dotazníku, týkajícími se péče na oddělení šestinedělí, se domnívám, že se rodičky z porodnice ve Vrchlabí při hodnocení kritériální otázky na *celkovou spokojenost s péčí na oddělení šestinedělí* zaměřily více na spokojenost s péčí zdravotníků pečujících o novorozence.

Nižší spokojenost žen s péčí zdravotníků pečujících o novorozence oproti spokojenosti s péčí zdravotníků pečujících o rodičky je patrná např. v tom, že druhou z nejhůře průměrně

hodnocených škál, byla škála *Vstřícnost a empatie zdravotníků pro novorozence* (84,7 %). Pro lepší ilustraci uvedu v závorkách (pokud jsou položky zodpovídaný pro tyto 2 skupiny zdravotníků) rozdíly v hodnocení zdravotníků pečujících o novorozence a zdravotníků pečujících o rodičky na příkladech nejhůře hodnocených položek dotazníku, týkajících se péče na oddělení šestinedělí. Nejméně spokojené zde ženy byly s pocíťovanou důvěrou vůči zdravotníkům pečujícím o novorozence (77,1 % vs. 92,2% spokojenosti u zdravotníků pečujících o rodičky), jejich poskytováním emoční podpory (79,1 % vs. 94,1 %) a laskavým a vstřícným přístupem (80,4 % vs. 92,9 %). Rodičky by rovněž uvítaly kvalitnější seznámení se zásadami péče o novorozence (84,3 %), aktivnější nabízení rad a pomoci s kojením (85 %) a více projevů úcty a respektu ze strany zdravotníků pečujících o novorozence (85% spokojenost vs. 94,8% u zdravotníků pečujících o rodičky).

Ženy se v doplňujícím kvalitativním dotazování častěji vyjadřovaly k péči porodních asistentek, než k péči porodníků. Na základě toho se v souladu s Takács et al. (2011a) domnívám, že je přístup porodních asistentek pro ženy důležitější než přístup porodníků. Roli zde však zřejmě sehrála i vyšší míra kompetencí porodních asistentek v porodnici ve Vrchlabí, kterou uváděly samy porodní asistentky v doplňujícím kvalitativním dotazování.

I v mém výzkumu byly ženy s péčí porodních asistentek spokojenější, než s péčí lékařů pečujících o rodičky. Dokonce nejnižší průměrná spokojenost v rámci škál byla u škály *Vstřícnost a empatie lékařů na porodním oddělení* (83,5 %). Naopak průměrná spokojenost v rámci této škály byla při hodnocení péče porodních asistentek velmi vysoká (93,4 %). Dále uvedu v závorkách porovnání spokojenosti těchto skupin zdravotníků na příkladu nejhůře hodnocených položek, týkajících se péče lékařů na porodním oddělení. Ženy byly méně spokojené s emoční podporou poskytovanou lékaři na porodním oddělení (73,2% spokojenost vs. 90,2% spokojenost u porodních asistentek) a pocíťovaly k nim méně důvěry (77,1 % vs. 88,9 %). Rovněž jejich přístup hodnotily jako více neosobní (81 % vs. 90,2 %), méně laskavý a vstřícný (průměrná spokojenost 81,7 % vs. 94,1 %), méně zohledňující aktuální stav rodičky (spokojenost 85,6 % vs. 92,2 %) a respektující její soukromí a stud (85,6 % vs 95,4 %).

Lepší výsledky perinatální péče poskytované porodními asistentkami v porovnání s péčí porodníků potvrzuje mnoho studií. Péče porodních asistentek souvisí s: vyšší spokojeností žen s předporodní péčí (Wilson & Sirois, 2010), kratší délkou porodů, nižší mírou využívání analgezie a celkově nižším počtem porodních intervencí (Begley et al., 2011; Sutcliffe et al., 2012; Symon et al., 2007). Porody vedené porodními asistentkami jsou spíše normální (Fair & Morrison, 2012; Gu et al., 2013; Sutcliffe et al., 2012), ženy jsou s touto

péči více spokojené (Fair & Morrison, 2012; Gu et al., 2013; Sutcliffe et al., 2012; Zadoroznyj, 1996), mají nižší skóre úzkosti (Gu et al., 2013) a vyšší pocit osobní kontroly (Fair & Morrison, 2012).

Jádrem péče v porodnici ve Vrchlabí byl podle dotázaných porodních asistentek respekt k ženám. Rodičky však podle nich rovněž přebíraly svůj díl zodpovědnosti za průběh porodu. Na důležitost tohoto aspektu pro rozvoj ohleduplnějšího („alternativního“) přístupu v porodnictví upozorňuje např. Malý (2004). Stejně tak porodní asistentky měly v porodnici ve Vrchlabí širší pravomoci a zároveň byly ochotné pracovat samostatněji.

Z výsledků doplňujícího kvalitativního dotazování rodiček bych zdůraznila velmi negativní hodnocení oddělení matky a dítěte, nerespektování přání a potřeb rodičky a rovněž nedostatečné zohlednění jejího aktuálního stavu. Respondentky tyto situace ve svých odpovědích zdůraznily jak prostorem, který jejich popisu věnovaly, tak silně negativním emocionálním doprovodem. Tato zjištění jsou v souladu s výzkumem Takács et al. (2011a). Jednalo se o izolované stížnosti na konkrétní zdravotníky. To zřejmě souvisí s tím, že ne všichni zdravotníci poskytovali tolik ohleduplnou péči, jako většina ostatních, což spontánně zmínila i jedna porodní asistentka.

Pro hlubší pochopení výsledků popíšu i další specifika perinatální péče v porodnici ve Vrchlabí. Ženy, které byly ubytovány na nadstandardním pokoji, zůstávaly v tomto pokoji ubytovány od počátku hospitalizace většinou až do jejího ukončení. Na nadstandardním pokoji bylo ubytováno 96 % žen z výzkumného souboru oproti 21 % v rámci obecné populace rodiček (Takács, Sněhotová et al., 2012). Oddělení šestinedělí bylo v této porodnici sloučené s porodním. Pokoje byly zařízené manželským dvojlůžkem, postýlkou pro dítě a vlastním sociálním zařízením. Matky nebyly od svých dětí oddělovány. Z tohoto důvodu bylo nejvyšší průměrné spokojenosti dosaženo v rámci škály *Kontrola a podíl rodičky na rozhodování na oddělení šestinedělí* s 97,1% spokojeností. Ženy byly předem informovány o chystaných zákrocích a vyšetřeních (ženy i dítěte), své děti mohly vidět kdykoli chtěly a měly přehled o tom, kde se dítě nachází. Rovněž v rámci jiné škály bylo hodnocení dostupnosti, množství a čistoty sociálního zařízení, i uspořádání prostor extrémně vysoké (vyšší než 97% spokojenost).

Rodičky byly na nadstandardním pokoji většinou nepřetržitě se svým partnerem. Tento aspekt péče rodičky hodnotily spontánně v doplňujícím kvalitativním dotazování velmi pozitivně. Stejně tak ženy (jak v doplňujícím kvalitativním dotazování, tak v rámci

kvalitativní položky dotazníku KLI-P) samy od sebe uváděly, že bylo prostředí v porodnici velmi příjemné a připomínalo spíše ubytování v hotelu.

Hodnocení stravy je celkově jednou z nejhůře hodnocených položek dotazníku KLI-P (Takács, Sněhotová et al., 2012) v rámci všech populací rodiček. Nejinak tomu bylo s 51,6% spokojeností u rodiček z porodnice ve Vrchlabí.

Porodnice ve Vrchlabí byla malou porodnicí se zhruba 500 porody za rok. Ve studii Takács et al. (2012) a také Waldenström et al. (2006) byly rodičky v menších porodnicích s poskytovanou péčí spokojenější. V menších porodnicích zřejmě poskytují ve větší míře individuální a vstřícný přístup a respekt k přání a potřebám žen (Takács et al, 2012). Na základě statistického testování hypotéz také potvrzují vyšší spokojenost rodiček z porodnice ve Vrchlabí a to ve většině hodnocených parametrů (až na zmíněnou *celkovou spokojenost s péčí na oddělení šestinedělí*) i v porovnání s malými porodnicemi.

Možnost zobecnění mých výsledků je omezená nedostatečnou velikostí výzkumného souboru. Protože rodičky z porodnice ve Vrchlabí pochází z různých částí republiky a není jich velké množství, nepodařilo se mi získat pro účast na výzkumu větší počet respondentek. Rovněž samovýběr respondentek mohl mít vliv na složení výzkumného souboru. Ve prospěch zjištěných výsledků mohou vypovídat dosažené hladiny významnosti a také to, že ve srovnání s menšími typy porodnic, nebyl signifikantní rozdíl v *celkové spokojenosti rodiček s péčí na oddělení šestinedělí* (z důvodů výše uvedených). To je v souladu s již zmíněnou odlišností přístupu zdravotníků z porodního a novorozeneckého oddělení, kterou uvedly porodní asistentky z porodnice ve Vrchlabí.

V mém výzkumném souboru převažují respondentky s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním (v kvantitativní fázi 60,8 %, v kvalitativní fázi 90 %). Z výsledků kvalitativního dotazování rodiček i porodních asistentek odvozují, že služeb porodnice ve Vrchlabí se rozhodovaly využívat spíše rodičky, které měly více informací o porodu, konkrétnější představu o průběhu jejich porodu a vyšší důvěru ve své schopnosti porodit dítě. Ochota spolupracovat na výzkumu byla podle mého názoru vysoká. Rodičky z porodnice ve Vrchlabí dle svých vlastních vyjádření i vyjádření porodních asistentek přijížděly do porodnice z velmi vzdálených míst České a dokonce i Slovenské republiky. Všechny tyto aspekty mohly ovlivnit reprezentativitu výzkumného souboru, charakter odpovědí rodiček a tím i zobecnitelnost mých výsledků.

Většina respondentek z doplňujícího kvalitativního dotazování (7 z 10) spontánně vyjádřila zklamání z uzavření porodnice ve Vrchlabí. Na facebookovém profilu porodnice se objevují zprávy tohoto typu i od žen ze Slovenska. Podle těchto žen byla porodnice ve Vrchlabí jediným místem, kde mohly přivést dítě na svět v bezpečí lékařského zázemí bez nezbytných zásahů do porodu. Oficiální důvody uzavření porodnice se mi nepodařilo zjistit ani získat (dotazem na vedení nemocnice). Z rozhovorů s porodními asistentkami jsem vyrozuměla, že je velmi nesnadné najít v ČR porodníky respektující přirozený průběh porodu. Pro projevení větší iniciativy ve prospěch zachování porodnice, byly místní porodní asistentky, podle vyjádření dotázaných, již příliš vyčerpané zodpovědností, která na nich spočívala.

Pro další směřování výzkumné činnosti v oblasti perinatální péče bych doporučila orientaci na osobnostní charakteristiky rodiček, které se podílí na jejich vnímání perinatální péče. Rozšíření znalostí v tomto směru podle mého názoru přispěje k vyšší individualizaci perinatální péče.

Za přínos mého výzkumu považuji potvrzení významu psychosociálních aspektů perinatální péče pro spokojenost rodiček. Rovněž fakt, že v ČR existovala porodnice s takto pozitivním hodnocením perinatální péče, považuji za důkaz aplikovatelnosti přístupu respektujícího rodičky v praxi i v našich podmínkách. Domnívám se, že je možné využít praktických zkušeností zdravotníků z porodnice ve Vrchlabí pro realizaci kroků směrem ke zlepšení kvality péče v jiných porodnicích.

Významný podíl na spokojenosti žen se v souladu s mnoha studii ukázala mít převažující péče o rodičky ze strany porodních asistentek, nikoli lékařů. Na základě toho se domnívám, že by měly být posilovány kompetence porodních asistentek při poskytování péče o ženu v těhotenství, perinatálním i poporodním období. Přitom tento aspekt péče je příčinou zásadních a stále přetrvávajících profesních rozporů mezi porodníky a porodními asistentkami, jak uvádí Roztočil (2012).

V souladu s Malým (2004) i autory psychoprophylaktických metod se na základě mého výzkumu se domnívám, že by rodičky měly být kvalitně předporodně připravovány, aby pochopily a převzaly svůj díl zodpovědnosti za výsledek porodu.

Ve světle teoretických i empirických poznatků, uvedených v této práci, považuji za doporučeníhodné, aby Česká gynekologická a porodnická společnost při vypracování svých Doporučených postupů vycházela z doporučení WHO pro péči o ženu v průběhu těhotenství,

porodu a poporodního období. Doporučení WHO jsou totiž neustále aktualizovaná na základě výzkumných zjištění a zohledňují psychosociální aspekty péče.

11. Závěr

V této diplomové práci jsem analyzovala psychosociální klima perinatální péče v porodnici ve Vrchlabí. Na základě statistického srovnání spokojenosti rodiček z porodnice ve Vrchlabí a jiných populací rodiček je možné shrnout, že rodičky byly v této porodnici statisticky významně spokojenější.

Toto výzkumné zjištění je v souladu s informacemi uvedenými v teoretické části diplomové práce. I v mém výzkumu v porodnici ve Vrchlabí se potvrdilo, že přístup zdravotníků s ohledem na potřeby rodičky, symetrický vztah zdravotníků k rodičkám, citlivý přístup a další aspekty dobrého psychosociálního klimatu porodnice jsou pro spokojenost s perinatální péčí důležité. Navíc jsem takto zjistila, že je takový přístup realizovatelný i v ČR, čehož byla podle mého názoru porodnice ve Vrchlabí příkladem. V menších porodnicích, jakou byla i porodnice ve Vrchlabí, je však zřejmě takový přístup jednodušší aplikovat.

V dalším výzkumu bych pro zvýšení individualizace péče doporučila zaměření na osobnostní charakteristiky rodiček, které se podílí na vnímání a hodnocení perinatální péče. Při zohlednění těchto charakteristik je podle mého názoru možné dosáhnout ještě kvalitnější, výrazněji individualizované péče v porodnicích.

Pro praxi bych doporučila vzdělávání zdravotníků v psychologii těhotné ženy a rodičky. Ve shodě s Takács et al. (2011b) považuji za velmi prospěšné zavedení supervizí a terapie pro zdravotníky, jako důležité součásti této náročné pomáhající profese. Vhodné je podle mého názoru také širší využívání balintovských skupin. Zvyšování kompetencí v komunikaci a psychologickém i psychoterapeutickém přístupu zdravotníků považuji rovněž za základ zvyšování spokojenosti rodiček s perinatální péčí v ČR. Stejně tak považuji za důležitou i kvalitní předporodní přípravu žen, aby pochopily a převzaly svůj díl zodpovědnosti za výsledek péče v těhotenství a perinatálním období. Za velmi praktické považuji zapracování doporučení WHO pro péči o ženu v těhotenství, během porodu a poporodním období do Doporučených postupů České gynekologické a porodnické společnosti a také posilování kompetencí porodních asistentek při poskytování péče.

Seznam použité literatury

- Adams, S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, *119*(10), 1238-1246. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x
- Adejumo, A. O. (2008). Influence of Social Support, Work Overload, and Parity on Pregnant Career Women's Psychological Well-Being. *Journal Of Applied Biobehavioral Research*, *13*(4), 215-228. doi:10.1111/j.1751-9861.2008.00036.x
- Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada.
- Anton, R., & David, D. (2013). Response expectancy versus response hope in predicting birth-related emotional distress and pain. *International Journal Of Psychology*, *48*(5), 954-963. doi:10.1080/00207594.2012.720376
- Aston, M., Saulnier, C., & Robb, K. (2010). Not Just Another Delivery: Women's Maternity Care Experiences of Provider Client Relationships. *Women's Health & Urban Life*, *9*(1), 32-49.
- Avotri, G., Beke, A., & Abekah-Nkrumah, G. (2011). Predictors of satisfaction with child birth services in public hospitals in Ghana. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, *24*(3), 223-237.
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, *11*(4), 389-398.
- Balasková, J. (2010). *Aktivní porod: Stručný průvodce přirozeným porodem*. Praha: Argo.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, *4*, 71-81. New York: Academic Press.
- Barbera, D. L., Barrale, L., Catania, R., Filì, P., Guarneri, G., Rubino, M. A., & ... Vela, A. (2010). Qualità della vita in gravidanza e variabili psicologiche: Un contributo di ricerca. = Quality of life in pregnancy and psychological features: A research contribution. *Psichiatria E Psicoterapia*, *29*(2), 102-112.
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
- Begley, C., Devane, D., Clarke, M., McCann, C., Hughes, P., Reilly, M., & ... Doyle, M. (2011). Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: a randomised trial. *BMC Prenancy and Childbirth* *11*(1), 85-94.
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., & Fraser, W. D. (2014). Perception of humanization of birth in a highly specialized hospital: Let's think differently. *Health Care For Women International*, *35*(2), 127-148. doi:10.1080/07399332.2013.857321

- Bell, A. F., Erickson, E. N., & Carter, C. S. (2014). Beyond labor: The role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 59(1), 35-42. doi:10.1111/jmwh.12101
- Beran, J. (2009). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(9), 1167-1176. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02144.x
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2010). Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 89(6), 794-800. doi:10.3109/00016341003694978
- Bertalanffy, L. (1972). *Člověk- robot a myšlení: psychologie v moderním světě*. Praha: Nakladatelství Svoboda.
- Blomquist, J., Quiroz, L., Macmillan, D., McCullough, A., & Handa, V. (2011). Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *American Journal Of Perinatology*, 28(5), 383-388. doi:10.1055/s-0031-1274508
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Boyce, P., & Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 605-612. doi:10.1007/s00127-005-0931-0
- Brazelton, T., & Nugent, J. (1995). *Neonatal behavioral assessment scale* (3rd ed.). London: Mac Keith Press.
- Briddon, E., Slade, P., Isaac, C., & Wrench, I. (2011). How do memory processes relate to the development of posttraumatic stress symptoms following childbirth?. *Journal Of Anxiety Disorders*, 25(8), 1001-1007. doi:10.1016/j.janxdis.2011.06.008
- Brown, S., & Lumley, J. (1994). Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 21(1), 4-13.
- Bruggemann, O. M., Parpinelli, M. A., Osis, M. D., Cecatti, J. G., & Carvalhinho Neto, A. S. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 4, 5-7. doi:10.1186/1742-4755-4-5
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A., Mukhamedrakhimov, R., & ... Widström, A. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother—Infant interaction one year later. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 36(2), 97-109. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x

- Castro, F., Place, J. S., Billings, D. L., Rivera, L., & Frongillo, E. A. (2014). Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: The role of sociodemographic and psychosocial factors. *Archives Of Women's Mental Health*, doi:10.1007/s00737-014-0472-1
- Castro Parreira, M. V., & Gomes, N. F. (2013). Preventing postpartum haemorrhage: active management of the third stage of labour. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(23/24), 3372-3387. doi:10.1111/jocn.12361
- Cipolletta, S., & Sperotto, A. (2012). From the hospital organisation to the childbirth practice: Italian women's experiences. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 30(3), 326-336.
- Cockburn, J., & Pawson, M. E. (2007). *Psychological challenges in obstetrics and gynecology: The clinical management*. London: Springer-Verlag.
- Conde, A. A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2008). Perception of the childbirth experience: Continuity and changes over the postpartum period. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 26(2), 139-154. doi:10.1080/02646830801918414
- Cordero, M., Martín, I., Rodríguez, M., Villar, N., Ruiz, M., Pérez, A., & Mendoza, J. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. (Spanish). *Nutricion Hospitalaria*, 28(3), 920-926. doi:10.3305/nh.2013.28.3.6395
- Costa-Martins, J. M., Pereira, M., Martins, H., Moura-Ramos, M., Coelho, R., & Tavares, J. (2014a). Attachment styles, pain, and the consumption of analgesics during labor: A prospective observational study. *The Journal Of Pain*, 15(3), 304-311. doi:10.1016/j.jpain.2013.12.004
- Costa-Martins, J. M., Pereira, M., Martins, H., Moura-Ramos, M., Coelho, R., & Tavares, J. (2014b). The role of maternal attachment in the experience of labor pain: A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 76(3), 221-228. doi:10.1097/PSY.0000000000000040
- Creedy, D., Shochet, I., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 27(2), 104-111. doi:10.1046/j.1523-536X.2000.00104.x
- Croft, N. (2011). *The good birth companion: A practical guide to having the best labour and birth*. London: Vermilion.
- Čepický, P. (1999). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 8(3), 162-250.

- Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 537-554. doi:10.1002/imhj.20197
- Davisová, E. & Pascali-Bonarová, D. (2014). *Orgasmický porod: Jak bezpečně a příjemně porodit*. Praha: Argo.
- de Lima Parada, C., & de Barros Leite Carvalhaes, M. (2007). Childbirth care: Contributing to the debate on human development. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 15(Spec), 792-798. doi:10.1590/S0104-11692007000700013
- Dick-Read, G. (2013). *Childbirth Without Fear*. London: Pinter & Martin Ltd.
- Dittrichová, J. (2008). *K historii pojmu intuitivní rodičovství [online]*. Přednáška k Psychologické dny: Já & my a oni, dostupný z <http://cmps.ecn.cz/pd/2008/pdf/dittrichova.pdf>
- Dittrichová, J., Papoušek, M. & Paul, K. (2004). *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada.
- Doležal, A. (2001). *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum.
- Doležalová, J. (2006). *Hovory s porodní bábou: Rozhovor Jany Doležalové s registrovanou porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou*. Praha: Argo.
- Dong Ying, F., Jie, Y., Rong, Z., Qin Fen, P., Xiao Feng, S., Yu Zhu, P., & ... Fu Zhou, W. (2012). Preoperative psychoprophylactic visiting alleviates maternal anxiety and stress and improves outcomes of Cesarean patients: a randomized, double-blind and controlled trial. *Healthmed*, 6(1), 263-277.
- Duman, N. B., & Kocak, C. (2013). The effect of social support on state anxiety levels during pregnancy. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 41(7), 1153-1163.
- Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A., Welles-Nyström, B., & Widström, A. (2013). Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother–infant interaction: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 22(3), 310-336. doi:10.1177/1054773812468316
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Enkin, M., Keirse, M. J. N. C, Renfrew, M., & Neilson, J. (1998). *Efektivní péče v perinatologii*. Praha: Grada.
- Fabbro, N., & Tripani, A. (2014). Ruolo di fattori di rischio psicosociali dei sintomi depressivi in gravidanza e nel postparto. *Cognitivismo Clinico*, 11(1), 62-76.

- Fair, C., & Morrison, T. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, 28(1), 39-44. doi:10.1016/j.midw.2010.10.013
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives Of Women's Mental Health*, 14(3), 247-255. doi:10.1007/s00737-011-0217-3
- Fisher, C., Hauck, Y., Bayes, S., & Byrne, J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12(1), 126-135. doi:10.1186/1471-2393-12-126
- Fleming, A. S., Corter, C., Franks, P., Surbey, M., Schneider, B., & Steiner, M. (1993). Postpartum factors related to mother's attraction to newborn infant odors. *Developmental Psychobiology*, 26(2), 115-132. doi:10.1002/dev.420260204
- Garthus-Niegel, S., Knoph, C., Von Soest, T., Nielsen, C. S., & Eberhard-Gran, M. (2014). The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: A longitudinal cohort study. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 41(1), 108-115. doi:10.1111/birt.12093
- Gaskin, I., M. (2010). *Zázrak porodu*. Praha: One Woman Press.
- Geissbuehler, V., & Eberhard, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 pregnant women. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(4), 229-235. doi:10.3109/01674820209074677
- Geller, P. A. (2004). Pregnancy as a Stressful Life Event. *CNS Spectrums*, 9(3), 188-197.
- George, A., Luz, R. F., De Tyche, C., Thilly, N., & Spitz, E. (2013). Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13(1), 1-12. doi:10.1186/1471-2393-13-233
- Glover, V., & Barlow, J. (2014). Psychological adversity in pregnancy: what works to improve outcomes?. *Journal Of Children's Services*, 9(2), 96-108. doi:10.1108/JCS-01-2014-0003
- Glynn, L. M., Pathik, D. W., Dunkel-Schetter, A. C., & Sandman, C. A. (2001). When stress happens matters: effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 184, 637-642.
- Goer, H. (2002). *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: One Woman Press.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). ISSUES AND INNOVATIONS IN NURSING PRACTICE Factors related to childbirth satisfaction. *Journal Of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219. doi:10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x

- Gottlieb, S. E., & Barrett, D. E. (1986). Effects of unanticipated cesarean section on mothers, infants, and their interaction in the first month of life. *Journal Of Developmental And Behavioral Pediatrics*, 7(3), 180-185. doi:10.1097/00004703-198606000-00010
- Goutaudier, N. N., Séjourné, N. N., Rousset, C. C., Lami, C. C., & Chabrol, H. H. (2012). Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 30(4), 352-362. doi:10.1080/02646838.2012.738415
- Grof, S. (2007). *Nové perspektivy v psychiatrii a psychologii: pozorování z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Nadace Dagmar a Václava Havlových Vize 97.
- Gu, C., Wu, X., Ding, Y., Zhu, X., & Zhang, Z. (2013). The effectiveness of a Chinese midwives' antenatal clinic service on childbirth outcomes for primipare: A randomised controlled trial. *International Journal Of Nursing Studies*, 50(12), 1689-1697. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.05.001
- Hall, M. (2011). 'Containing the container': an exploration of the mother-midwife relationship. *Infant Observation*, 14(2), 145-162. doi:10.1080/13698036.2011.583429
- Hall, W. A., Stoll, K., Hutton, E. K., & Brown, H. (2012). A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12(1), 78-87. doi:10.1186/1471-2393-12-78
- Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. (1996). Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care For Women International*, 17(4), 361-379. doi:10.1080/07399339609516251
- Harkness, J. J., & Gijsbers, K. K. (1989). Pain and stress during childbirth and time of day. *Ethology & Sociobiology*, 10(4), 255-261. doi:10.1016/0162-3095(89)90003-4
- Hašková, H. (2001). *Názorové difference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky.
- Hay, D. E., Pawlby, S., Sharp, D., Asten P., Mills, A., & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J child Psychol psychiatry*, 42(7), 871-889.
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2011). Midwifery factors associated with successful breastfeeding. *Child: Care, Health And Development*, 37(5), 744-753. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01177.x
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013a). Anxiety in the perinatal period: Antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 31(5), 465-478. doi:10.1080/02646838.2013.835037
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013b). Who is well after childbirth? Factors related to positive outcome. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 40(1), 1-9. doi:10.1111/birt.12022

- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013c). Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 92(10), 1159-1167. doi:10.1111/aogs.12211
- Hildingsson, I., Rådestad, I., & Lindgren, H. (2010). Birth preferences that deviate from the norm in Sweden: Planned home birth versus planned cesarean section. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 37(4), 288-295. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00423.x
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2005). *Continuous Support for Women During Childbirth*. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 32(1). doi:10.1111/j.0730-7659.2005.00336.x
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., & Gonnella, J. S. (2010). Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *International Journal Of Medical Education*, 1, 83-87. doi:10.5116/ijme.4d00.b701
- Hongo, H., Nanishi, K., Shibanuma, A., & Jimba, M. (2014). Is baby-friendly breastfeeding support in maternity hospitals associated with breastfeeding satisfaction among Japanese mothers?. *Maternal And Child Health Journal*, doi:10.1007/s10995-014-1631-8
- Honzák, R. (1989). *I v nemoci si buď přítelem*. Praha: Avicenum.
- Honzák, R. (1997). *Komunikační pasti v medicíně: Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén.
- Höschl, C. (2002). Poruchy nálady. In Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie*, 409-454. Praha: Tigris.
- Hrešanová, E. (2008). *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.
- Chaillet, N., Belaid, L., Crochetière, C., Roy, L., Gagné, G., Moutquin, J., & ... Bonapace, J. (2014). Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: A meta-analysis. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 41(2), 122-137. doi:10.1111/birt.12103
- Chalmers, B. (2012). Childbirth Across Cultures: Research and Practice. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 39(4), 276-280. doi:10.1111/birt.12000.
- Chalmers, B. (2013). Cultural Issues in Perinatal Care. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 40(4), 217-219. doi:10.1111/birt.12068
- Charles, A., Norr, K., Block, C., Meyering, S., & Meyers, E. (1978). Obstetric and psychological effects of psychoprophylactic preparation for childbirth. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 131(1), 44-52.

- Chertok, L. (1966). *Psychosomatické metody bezbolestného porodu*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Christiaens, W., Gouwy, A. & Bracke P. (2007). Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison. *BMC Health Services Research*, 7,109-9. doi:10.1186/1472-6963-7-109
- Iida, M., Horiuchi, S., & Porter, S. (2012). The relationship between women-centred care and women's birth experiences: a comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan. *Midwifery*, 28(4), 398-405. doi:10.1016/j.midw.2011.07.002
- Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. *Journal Of Anxiety Disorders*, 25(4), 520-530. doi:10.1016/j.janxdis.2010.12.006
- Iles, J., Spiby, H., & Slade, P. (2014). Modification and preliminary use of the five-minute speech sample in the postpartum: Associations with postnatal depression and posttraumatic stress. *Archives Of Women's Mental Health*, 17(5), 389-402. doi:10.1007/s00737-014-0414-y
- Jamas, M., Hoga, L., & Tanaka, A. (2011). Mothers' birth care experiences in a Brazilian birth centre. *Midwifery*, 27(5), 693-699. doi:10.1016/j.midw.2009.10.004
- Janoušek, J. (2007). *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada.
- Janoušek, J. (2014). Sociální komunikace. In J. Výrost et al. (Eds.), *Sociální psychologie* (217-232). Praha: Grada.
- Kebza, V. (2001). Sociální psychologie zdraví. In J. Výrost et al., *Aplikovaná sociální psychologie II* (s. 19-35). Praha: Grada.
- Kim, T. M., Connolly, J. A., & Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14(1), 1-15. doi:10.1186/1471-2393-14-162
- Kitzinger, S. (2004). *The new experience of childbirth*. London: Orion.
- Kitzinger, S. (2011). *Rediscovering birth*. London: Pinter & Martin Ltd.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klausová, P. H. (2004). *Porod s dulou*. Praha: One Woman Press.
- Kodyšová, E. (2014). Proč jsou některé ženy s porodem nespokojené: psychologické a biologické koreláty percepce sociální opory při porodu. *Psychosom*, 12(1)
- Kojo-Austin, H., Malin, M., & Hemminki, E. (1993). Women's satisfaction with maternity health care services in Finland. *Social Science & Medicine* (1982), 37(5), 633-638.

- Kokubu, M., Okano, T., & Sugiyama, T. (2012). Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. *Arch Womens Ment Health*, 15, 211-216.
- Kopřivová, D. (2007). Psychoprofylaxe. *Moderní babičtví*, 12, 1-5.
- Kosová, J., & Praško, J. (2002). Neurotické poruchy. In C. Höschl, J., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie*, 481-526. Praha: Tigris.
- Kringeland, T., Daltveit, A. K., & Møller, A. (2010). How Does Preference for Natural Childbirth Relate to the Actual Mode of Delivery? A Population-based Cohort Study from Norway. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 37(1), 21-27. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00374.x
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J., & Pečenková, J. (2004). *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada.
- Kubička, L., & Matějček, Z. (2003). Rodičovské chování v pohledu dospívajících a sebepercepce v dospělosti: prospektivní studie. *Československá Psychologie*, 47(6), 481-490.
- Kulesza-Bronczyk, B. B., Kuczko, A. A., Zych, B. B., Piekut, K. K., Dobrzycka, B. B., & Terlikowski, S. J. (2013). An evaluation of perinatal care offered at Białystok hospitals based on the opinions of postpartum women hospitalized in obstetrical wards. *Progress In Health Sciences*, 3(2), 66-73.
- Kuo, S., Lin, K., Hsu, C., Yang, C., Chang, M., Tsao, C., & Lin, L. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. *International Journal Of Nursing Studies*, 47(7), 806-814. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.012
- Kuželová, M. (2003). Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babičtví*, 2, 1-5.
- Lamaze, F. (1974). *Painless childbirth: psychoprophylactic method*. New York: Pocket Books.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lantsburg, M. E. (2011). The Role of Psychological Training and Support in the Implementation of Parenting Functions. (English). *Psychological Science & Education*, (1), 15-26.
- Laursen, M., C. Johansen, C., & M. Hedegaard (2009). "Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort." *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology* 116, no. 10: 1350-1355. *Academic Search Complete*, EBSCOhost (accessed December 5, 2014).
- Leboyer, F. (1991). *Pôrod be násilia*. Osveta, Martin.

- Lerman, S. F., Shahar, G., Czarkowski, K. A., Kurshan, N., Magriples, U., Mayes, L. C., & Epperson, C. (2007). Predictors of Satisfaction with Obstetric Care in High-risk Pregnancy: The Importance of Patient–Provider Relationship. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 14(4), 330-334. doi:10.1007/s10880-007-9080-9
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 21(2), 220-228. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x
- Lundgren, I., Karlsdottir, S. I., & Bondas, T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context - a secondary analysis. *International Journal Of Qualitative Studies On Health & Well-Being*, 4(2), 115-128. doi:10.1080/17482620802423414
- Magon, N., & Kalra, S. (2011). The orgasmic history of oxytocin: Love, lust, and labor. *Indian Journal Of Endocrinology & Metabolism*, 2, 156-161.
- Malý, Z. (2004). Alternativní porodnické postupy. In A. Zwinger et al. (Ed.), *Porodnictví*, 477-478. Praha: Avicenum.
- Marek, V. (2002). Nová doba porodní. Praha: Eminent.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Maslow, A. H. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.
- Mikšík, O. (2009). *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. Praha: Karolinum.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mlčák, Z. (2005). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.
- Morhason-Bello, I. O., Adedokun, B. O., Ojengbede, O. A., Olayemi, O., Oladokun, A., & Fabamwo, A. O. (2009). Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: A randomised controlled trial. *Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 49(2), 145-150. doi:10.1111/j.1479-828X.2009.00983.x
- Mangaleshwari, M. N. (2014). Personality Style, Anxiety Sensitivity and Perceived Social Support among the Pregnant Women. *Language In India*, 14(9), 1-94.
- Martin, C., & Fleming, V. (2011). The birth satisfaction scale. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 124-135.
- Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C., Carreguí-Vilar, S., Ibáñez-Gil, N., Margaix-Fontestad, L., & Escribà-Agüir, V. (2012). [Women's satisfaction with the experience of childbirth:

- validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale]. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S.*, 26(3), 236-242. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.019
- Matinnia, N., Faisal, I., Hanafiah Juni, M., Herjar, A. R., Moeini, B., & Osman, Z. J. (2014). Fears related to pregnancy and childbirth among primigravidae who requested caesarean versus vaginal delivery in iran. *Maternal And Child Health Journal*, doi:10.1007/s10995-014-1610-0
- Mehler, K., Wendrich, D., Kissgen, R., Roth, B., Oberthuer, A., Pillekamp, F., & Kribs, A. (2011). Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a secure attachment behavior: evidence of a sensitive period with preterm infants?. *Journal Of Perinatology*, 31(6), 404-410. doi:10.1038/jp.2010.139
- Meyer, S. (2013). Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *Journal Of Advanced Nursing*, 69(1), 218-228. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06051.x
- Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: The role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 31(2), 172-182. doi:10.1080/02646838.2013.791921
- Mitchell, S. A. & Black, J. M. (1999). *Freud a po Freudovi: Dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Praha: Triton.
- Moreau, C., Bohet, A., Le Guen, M., Régnier Loilier, A., & Bajos, N. (2014). Unplanned or unwanted? A randomized study of national estimates of pregnancy intentions. *Fertility & Sterility*, 102(6), 1663-1670. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.08.011
- Morris, D. (1995). *Lidské mládě: Co nevíte o nemluvnátech*. Praha: Argo.
- Motschnig, R., & Nykl, L. (2011). *Komunikace zaměřená na člověka: Rozumět sobě i druhým*. Praha: Grada.
- Mrowetz, M., Chrastilová, G., & Antalová, I. (2011). *Bonding: porodní radost. Podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* Praha: DharmaGaia.
- Muzik, M. & Borovska, S. (2010). Perinatal depression: implications for child mental health. *Mental Health in Family Medicine*, 7(4), 239-247.
- Nicolson, P. (2001). *Poporodní deprese*. Praha: Grada.
- Newham, J. J., Wittkowski, A., Hurley, J., Aplin, J. D., & Westwood, M. (2014). Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Depression And Anxiety*, 31(8), 631-640. doi:10.1002/da.22268
- Oakley, L. L., Henderson, J., Redshaw, M., & Quigley, M. A. (2014). The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14(1), 1-20. doi:10.1186/1471-2393-14-88

- Odent, M. (2011). *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.
- Odent, M. (2013). *Porod a budoucnost Homo sapiens*. Praha: Maitrea.
- Odent, M. (2014). *Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení: přímé cesty k transcenci*. Praha: Maitrea.
- O'Higgins, M., Roberts, I., Glover, V., & Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives Of Women's Mental Health*, 16(5), 381-389. doi:10.1007/s00737-013-0354-y
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M., & Sandall, J. (2012). The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine (1982)*, 74(7), 973-981. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.023
- Oyuela-García, J., & Hernández-Herrera, R. (2010). Psicoprofilaxis e índice de cesáreas. (Spanish). *Revista Medica Del IMSS*, 48(4), 439-442.
- Padawer, J. A., Fagan, C., Janoff-Bulman, R., Strickland, B. R., & Chorowski, M. (1988). Women's psychological adjustment following emergency cesarean versus vaginal delivery. *Psychology Of Women Quarterly*, 12(1), 25-34. doi:10.1111/j.1471-6402.1988.tb00925.x
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Poh, H., Koh, S., & He, H. (2014). An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *International Nursing Review*, 61(4), 543-554. doi:10.1111/inr.12137
- Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
- Porrett, L., Barkla, S., Knights, J., de Costa, C., & Harmen, S. (2013). An exploration of the perceptions of male partners involved in the birthing experience at a regional Australian Hospital. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 58(1), 92-97. doi:10.1111/j.1542-2011.2012.00238.x
- Postel, T. (2013). Naissance et jouissance : Mise en évidence de l'existence d'un orgasme obstétrical. = Childbirth climax: The revealing of obstetrical orgasm. *Sexologies: European Journal Of Sexology And Sexual Health / Revue Européenne De Sexologie Et De Santé Sexuelle*, 22(4), 165-168. doi:10.1016/j.sexol.2013.03.010
- Raboch, J. (2001). Duševní poruchy v praxi jiných lékařů. In J. Raboch, P. Zvolský et al. (Eds.). *Psychiatrie* (s. 546-559). Praha: Galén a Karolinum.
- Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o. Praha.
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Grada: Praha.

- Rautava, P., Koski, M., Sillanpää, M., & Tuominen, J. (1992). The Finnish family competence study: Childbearing attitudes in pregnant nulliparae. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal Of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(1), 3-8.
- Raynor, M., & England, C. (2010). *Psychology for midwives pregnancy, childbirth and puerperium*. Maidenhead, England: Open University Press.
- Reck, C., Zimmer, K., Dubber, S., Zipser, B., Schlehe, B., & Gawlik, S. (2013). The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Archives Of Women's Mental Health*, 16(5), 363-369. doi:10.1007/s00737-013-0344-0
- Redshaw, M., & Henderson, J. (2013). From antenatal to postnatal depression: Associated factors and mitigating influences. *Journal Of Women's Health*, 22(6), 518-525. doi:10.1089/jwh.2012.4152
- Righetti-Veltema, M., Bousquet, A., & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(2), 75-83. doi:10.1007/s00787-003-0311-9
- Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál.
- Rotter, J. (1990). Internal Versus External Control of Reinforcement: a case History of a Variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.
- Rossiter, L. (2009). The development of a midwife-mother relationship questionnaire (MMRQ). *Dissertation Abstracts International*, 69, 7148.
- Rowan, C., Bick, D., & da Silva Bastos, M. H. (2007). Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: Exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 4(2), 97-105. doi:10.1111/j.1741-6787.2007.00088.x
- Roztočil, A. (2012). Jak dál s našim porodnictvím? *Česká gynekologie*, 77(6), 552-554.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 120(1), 75-84. doi:10.1111/1471-0528.12011
- Rudman, A., & Waldenström, U. G. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research*, 7, 178-191.
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Salmon, P., & Drew, N. C. (1992). Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: Relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric

- history. *Journal Of Psychosomatic Research*, 36(4), 317-327. doi:10.1016/0022-3999(92)90068-D
- Sauls, D. J. (2006). Dimensions of Professional labor Support for Intrapartum Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 26-41.
- Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., & Ayers, S. (2013). Parents' experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby: a qualitative study. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 120(5), 637-643. doi:10.1111/1471-0528.12104
- Scopesi, A., & Zanobini, M. (1997). Childbirth in different cultures: Psychophysical reactions of women delivering in US, German.. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 15(1), 9.
- Şen, S., Egelioglu Cetişli, N., & Saruhan, A. (2012). The relationship between migration and depression, anxiety level and social support in pregnancy. *International Journal Of Human Sciences*, 9(2), 1-13.
- Selby-Nelson, E. (2012). The application of the Lamaze method in the management of acute pain: A comparison of non-pharmacological pain management techniques. *Dissertation Abstracts International*, 72, 7101.
- Shaw, J. G., Asch, S. M., KimerlinG, R., Frayne, S. M., Shaw, K. A., & Phibbs, C. S. (2014). Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Spontaneous Preterm Birth. *Obstetrics & Gynecology*, 124(6), 1111-1119. doi:10.1097/A0G.0000000000000542
- Shorten, A., & Shorten, B. (2012). The importance of mode of birth after previous cesarean: success, satisfaction, and postnatal health. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 57(2), 126-132. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00106.x
- Simkinová, P. (2000). *Partner u porodu: Vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. Praha: Argo.
- Skála, J. et al. (1989). *Psychoterapie v medicínské praxi*. Praha: Avicenum.
- Skari H., Skreden M., Malt U. F., Dalholt, M., Ostensen A. B., Egeland T., & Emblem, R. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth--a prospective population-based study of mothers and fathers. *An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 109(10), 1154-63.
- Slade, P., & Cree, M. (2010). A psychological plan for perinatal care. *The Psychologist*, 23(3), 194-197.
- Sluijs, A., Cleiren, M. D., Scherjon, S. A., & Wijma, K. (2012). No relationship between fear of childbirth and pregnancy-/delivery-outcome in a low-risk Dutch pregnancy cohort delivering at home or in hospital. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(3), 99-105. doi:10.3109/0167482X.2012.685905

- Smallová, M. F. (2012). *Naše děti, naše světy: Jak biologie a kultura ovlivňují naše rodičovství*. Praha: DharmaGaia.
- Smith, C., Levett, K., Collins, C., & Crowther, C. (2011). Relaxation techniques for pain management in labour. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (12), CD009514. doi:10.1002/14651858.CD009514
- Sobotková, D., & Štembera, Z. (2003a). Psychologické aspekty v perinatalní medicíně v letech 1980–2000: I. těhotenství. *Česká gynekologie*, 4, 249-254.
- Sobotková, D., & Štembera, Z. (2003b). Psychologické aspekty v perinatalní medicíně v letech 1980–2000: II. porod. *Česká gynekologie*, 5, 370-372.
- Sobotková, D., & Štembera, Z. (2003c). Psychologické aspekty v perinatalní medicíně v letech 1980–2000: III. poporodní období. *Česká gynekologie*, 6, 385-389.
- Sockol, L., Battle, C., Howard, M., & Davis, T. (2014). Correlates of impaired mother-infant bonding in a partial hospital program for perinatal women. *Archives Of Women's Mental Health*, 17(5), 465-469. doi:10.1007/s00737-014-0419-6
- Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 30(1), 36-46. doi:10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x
- Spaich, S., Welzel, G., Berlit, S., Temerinac, D., Tuschy, B., Sütterlin, M., & Kehl, S. (2013). Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal Of Obstetrics, Gynecology, And Reproductive Biology*, 170(2), 401-406. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.07.040
- Stern, D. (2007). *První vztah: Matka a kojeneček*. Praha: Dobra.
- Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K., & ... Thomas, J. (2012). Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: A systematic review of reviews. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(11), 2376-2386. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 91(1), 44-49. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01242.x
- Symon, A. G., Paul, J., Butchart, M., & Dugard, P. (2007). Self-rated 'No-' and 'Low-' risk pregnancy: A comparison of outcomes for women in obstetric-led and midwife-led units in England. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 34(4), 323-330. doi:10.1111/j.1523-536X.2007.00191.x
- Szeverényi, P., Póka, R., Hetey, M., & Török, Z. (1998). Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 19(1), 38-43.

- Šamánková, M., Lebedová, Z., Víchová, J., Koláčná, T., & Jirků, H. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada.
- Špatenková, N. & Králová, J. (2009). *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén.
- Štromerová, Z. (2010). *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo.
- Šulová, L. (2005). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
- Takács, L. (2012) Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče. *Česká gynekologie*, 77(1), 15-21.
- Takács, L., & Kodyšová, E. (2011). Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie*, 76(3), 199-204.
- Takács, L., Kodyšová, E., Kejřová, K., & Bartošová, M. (2011a). Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky. *Psychologie pro praxi* 47(3-4), 9-23.
- Takács, L., Kodyšová, E., Kejřová, K., & Bartošová, M. (2011b). Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. *E-psychologie [online]*, 5(4), 16-32, dostupný z [www: http://e-psycholog.eu/pdf/takacs-et-al.pdf](http://e-psycholog.eu/pdf/takacs-et-al.pdf).
- Takács, L., Kodyšová, E., & Seidlerová, J. (2012). Souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zákroky a zdravotními komplikacemi v průběhu porodu. *Česká gynekologie*, 77(3), 195-204.
- Takács, L., & Seidlerová, J. (2013a). Psychosociální klima porodnice očima rodiček: I. výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček. *Česká gynekologie*, 78(2), 157-168.
- Takács, L., & Seidlerová, J. (2013b). Psychosociální klima porodnice očima rodiček: II. prediktory spokojenosti s perinatální péčí v ČR. *Česká gynekologie*, 78(3), 157-168.
- Takács, L., Sněhotová, J., & Horáková Hoskovcová, S. (2012). *Dotazník psychosociálního klimatu porodnice KLI-P*. Praha: Test-centrum.
- Takács, L., Seidlerová, J., Horáková Hoskovcová, S., Šulová, L., Štětiovská, I., Zejdová, H., & Kolumpková, M. (2012). *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta.
- Tharner, A., Luijk, M. M., Raat, H., IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Moll, H. A., & ... Tiemeier, H. (2012). Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment. *Journal Of Developmental And Behavioral Pediatrics*, 33(5), 396-404. doi:10.1097/DBP.0b013e318257fac3

- Tinti, C., Schmidt, S., & Businaro, N. (2011). Pain and emotions reported after childbirth and recalled 6 months later: the role of controllability. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(2), 98-103. doi:10.3109/0167482X.2011.557756
- Trzcieniecka-Green, A., Strzewiczek, A., & Pawlak, A. (2012). Postnatal mental depression in two outpatient clinics in Katowice: analysing frequency and risk factors. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 37-44.
- Tschudin, S., Alder, J., Hendriksen, S., Bitzer, J., Aebi Popp, K., Zanetti, R., & ... Geissbühler, V. (2009). Previous birth experience and birth anxiety: predictors of caesarean section on demand?. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(3), 175-180. doi:10.1080/01674820902789233
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2012). *Rodička a novorozenec 2011*. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2013). *Rodička a novorozenec 2012*. Praha: ÚZIS ČR.
- Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- van Reenen, S. L., & van Rensburg, E. (2013). The Influence of an Unplanned Caesarean Section on Initial Mother-Infant Bonding: Mothers' Subjective Experiences. *Journal Of Psychology In Africa (Elliott & Fitzpatrick, Inc.)*, 23(2), 269-274.
- Vašina, B. (1999). *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.
- Vybíral, Z. (2005). *Psychologie komunikace*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál
- Waldenström, U. (1998). Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery*, 14(4), 207-213.
- Waldenström, U., & Nilsson, C. (1994). Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 73(7), 547-554.
- Waldenström, U., Rudman, A., & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 85, 551-560.
- Wilde-Larsson, B., Sandin-Bojö, A. K., Starrin, B., & Larsson, G. (2011). Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartum care: a nationwide Swedish cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1168-1177.
- Wilson, K. L., & Sirois, F. M. (2010). Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: the role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 28(1), 69-83. doi:10.1080/02646830903190946

- World Health Organization (2006). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. WHO: Geneva.
- Xu, Y., Guo, F., Huang, Z., & Chen, Z. (2014). Influence of negative emotions on delivery mode. *Chinese Journal Of Clinical Psychology*, 22(2), 337-340.
- Ye, H., Jiang, Y., & Ruan, Z. (2011). Relationship between factors of labour pain and delivery outcomes. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 46(10), 753-757.
- Zadoroznyj, M. (1996). Women's satisfaction with antenatal and postnatal care: an analysis of individual and organisational factors. *Australian And New Zealand Journal Of Public Health*, 20(6), 594-602.
- Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada.
- Zaloff, E., Schytt, E., & Waldenström, U. (2007). First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstetrica et gynecologica*, 86, 1328-1336.
- Zappitelli, M., Pinto, T., & Grizenko, N. (2001) Pre-, Peri-, and Postnatal Trauma in Subjects With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Can J Psychiatry*, 46, 542-548.
- Zelkowitz, P., Gold, I., Feeley, N., Hayton, B., Sue Carter, C., Tulandi, T., & ... Levin, P. (2014). Psychosocial stress moderates the relationships between oxytocin, perinatal depression, and maternal behavior. *Hormones & Behavior*, 66(2), 351-360. doi:10.1016/j.yhbeh.2014.06.014

Seznam příloh

Příloha č. 1: Subjektivně významné aspekty perinatální péče u rodiček z porodnice ve Vrchlabí

Příloha č. 2: Charakteristiky přístupu k rodičkám v porodnici ve Vrchlabí podle místních porodních asistentek