

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Lea Takács

**Souvislost psychosociálních faktorů perinatální péče s patientskou
spokojeností, průběhem porodu a zahájením kojení**

The psychosocial factors of perinatal care in relations with the patient
satisfaction, the conduct of delivery and the onset of lactation

Praha 2013

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Lenka Šulová, CSc.

Poděkování

Chtěla bych poděkovat prof. PhDr. Lence Šulové, CSc., za cenné rady, podněty a připomínky k této práci a za její odbornou i lidskou podporu při spolupráci na grantových projektech *Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky* (Interní grant FF UK, 2010) a *Psychosociální klima porodnice očima rodičky – teorie a diagnostika* (GA UK, 2011-2013), v jejichž rámci jsem provedla výzkumy prezentované v této práci. Za odbornou i lidskou podporu a spolupráci na uvedených projektech bych ráda poděkovala rovněž PhDr. Simoně Horákové Hoskovcové, Ph.D., a PhDr. Ivě Štětovské, Ph.D. Za pomoc a cenné rady se statistickým zpracováním dat patří dík Mgr. Elišce Kodyšové, MUDr. Jitce Seidlerové, Ph.D., RNDr. Petru Boschkovi, CSc., a Mgr. Evě Rozehnalové. Poděkování patří též PhDr. Daniele Sobotkové, CSc., za její laskavé připomínkování článků a četné rady. Za pomoc se sběrem dat děkuji Kateřině Kejřové, Martině Bartošové, Michaele Kolumpkové, Haně Zejdové, Simoně Rychnovské a dalším studentům Katedry psychologie FF UK a rovněž všem institucím a sdružením, které na sběru dat spolupracovaly. V neposlední řadě patří dík všem ženám, které se výzkumu účastnily.

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 22.7.2013

Lea Takács

Abstrakt

Diplomová práce je věnována psychosociálním aspektům porodní a poporodní péče. Je rozdělena do tří tematických celků: psychosociální aspekty péče o rodičku, psychosociální aspekty péče o novorozence a psychosomatické souvislosti v porodnictví. Každý tematický celek sestává z části shrnující dosavadní poznatky v dané oblasti a vlastní výzkumné části. První tematický celek se zaměřuje na přístup zdravotníků k rodící ženě a jejich psychosociální kompetence (komunikace, poskytování informací, zvládání náročných situací atd.); je zakončen výzkumnou studií, jejímž cílem je identifikovat hlavní psychosociální faktory, které ovlivňují spokojenost rodiček s péčí v českých porodnicích. Druhý tematický celek sleduje porodní situaci z perspektivy novorozence a obsahuje následující témata: psychosociální potřeby novorozence, raný kontakt matky a dítěte, péče o předčasně narozené a nemocné děti a zahájení kojení; je uzavřen vlastní výzkumnou studií o faktorech, které mohou podpořit či naopak zkomplikovat zahájení kojení. Třetí a poslední tematický celek se soustřeďuje na otázku vlivu psychologických proměnných na prožívání porodní bolesti a průběh porodu a v jeho empirické části je prezentován výzkum o dopadu psychosociálních faktorů perinatální péče na výskyt některých porodních komplikací a medicínských intervencí.

Klíčová slova

porod; psychosociální faktory; kojení; perinatální psychologie; psychosomatika

Abstract

The aim of this study is to explore the psychosocial aspects of care provided in maternity hospitals. The study is divided into three parts: i) the psychosocial aspects of care for parturients, ii) the psychosocial aspects of care for the newborn, and iii) the psychosomatic issues in obstetrics. Each part includes a review of the relevant literature and a presentation of the specific research carried out for the purpose of this thesis. The first part discusses the psychosocial competences of healthcare providers (social support, communication, providing of information, etc.), while subsequent research focuses on the psychosocial factors that influence parturients' satisfaction with perinatal care. The second part is devoted to psychological importance of birth experience for the newborn and early mother-child contact, psychosocial needs of the health-risk newborn and initiation of breastfeeding, with the research section containing the inquiry into the factors that may influence the start of breastfeeding. The last part of this study concentrates on the effects of psychological variables on the perception of pain and the course of labour. The review of the relevant literature is followed by presenting the research results that show the impact of psychosocial factors of perinatal care on selected labour complications.

Keywords

childbirth; psychosocial factors; breastfeeding; perinatal psychology; psychosomatics

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Poděkování..... | 2 |
| Abstrakt..... | 4 |
| Abstract..... | 5 |
| Úvod..... | 8 |
| 1. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE O RODIČKU..... | 12 |
| 1.1 Teoretická část..... | 12 |
| 1.1.1 Psychoprofylaktická příprava žen k porodu..... | 12 |
| 1.1.2 Sociální opora v průběhu porodu..... | 15 |
| 1.1.3 Komunikace a informace..... | 20 |
| 1.1.4 Úzkost a strach v průběhu porodu..... | 27 |
| 1.1.5 Psychologické aspekty porodu císařským řezem..... | 35 |
| 1.1.6 Psychologická péče o rodiče při perinatální ztrátě..... | 40 |
| 1.1.7 Poporodní psychické poruchy a jejich prevence..... | 45 |
| 1.2 Výzkumná část: Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost žen s perinatální péčí..... | 51 |
| 1.2.1 Cíle výzkumu..... | 51 |
| 1.2.2 Soubor a metodika kvalitativní části..... | 52 |
| 1.2.3 Výsledky kvalitativní části..... | 53 |
| 1.2.4 Soubor a metodika kvantitativní části..... | 58 |
| 1.2.5 Výsledky kvantitativní části..... | 62 |
| 1.2.6 Diskuse..... | 64 |
| 2. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE O NOVOROZENCE..... | 68 |
| 2.1 Teoretická část..... | 68 |
| 2.1.1 Porodní situace očima novorozence..... | 68 |
| 2.1.2 Raný kontakt matka – dítě..... | 71 |
| 2.1.3 Předčasně narozené děti a děti se zdravotními komplikacemi..... | 75 |
| 2.1.4 Zahájení kojení..... | 77 |
| 2.2 Výzkumná část: Souvislost psychosociálních faktorů perinatální péče a zahájení kojení..... | 80 |
| 2.2.1 Cíle výzkumu..... | 80 |
| 2.2.2 Soubor a metodika kvantitativní části..... | 81 |
| 2.2.3 Výsledky kvantitativní části..... | 84 |
| 2.2.4 Soubor a metodika kvalitativní části..... | 87 |
| 2.2.5 Výsledky kvalitativní části..... | 88 |

| | |
|--|-----|
| 2.2.6 Diskuse..... | 92 |
| 3. PSYCHOSOMATICKÁ PROBLEMATIKA V PORODNICTVÍ..... | 96 |
| 3.1 Teoretická část..... | 96 |
| 3.1.1 Psychosomatické aspekty porodní bolesti..... | 97 |
| 3.1.2 Vliv osobnostních charakteristik ženy na perinatální výsledky | 99 |
| 3.1.3 Vliv psychosociálních faktorů v těhotenství na perinatální výsledky.... | 101 |
| 3.1.4 Vliv psychosociálních faktorů v průběhu porodu na perinatální výsledky | 103 |
| 3.2 Výzkumná část: Souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zdravotními komplikacemi v průběhu porodu..... | 106 |
| 3.2.1 Cíle výzkumu..... | 106 |
| 3.2.2 Soubor a metodika..... | 106 |
| 3.2.3 Výsledky..... | 110 |
| 3.2.4 Diskuse..... | 115 |
| Závěr..... | 122 |
| Seznam použité literatury..... | 124 |
| Přílohy..... | 149 |

Úvod

Psychosociální dimenze zdravotnické péče se dostává stále více do popředí zájmu nejen psychologů, ale i zdravotníků, zřizovatelů zdravotnických zařízení a legislativních institucí. Přibývá literatury zaměřené na komunikaci s pacientem, psychosomaticky orientované studie upozorňují na to, že psychosociální faktory se uplatňují nejen v etiopatogenezi, ale i při léčbě četných onemocnění, je zdůrazňován terapeutický význam vztahu lékař – pacient, který se rozvíjí v první řadě díky schopnosti lékaře dobře komunikovat s pacientem a získat si jeho důvěru. Stále častěji se objevuje kritika čistě instrumentální a psychosociální kontext nemoci nezohledňující medicíny, která se soustřeďuje především na patofyziologii a zanedbává komunikaci s nemocným. Navzdory silícímu povědomí o významu psychosociálních aspektů nemoci je však v České republice praktikování čistě somaticky orientované medicíny stále velmi rozšířené a spolupráce lékařů a psychologů je běžná pouze na několika málo typech oddělení, jako je například onkologie, pediatrie či psychiatrie.

Je-li význam psychosociálních aspektů v medicíně nezanedbatelný, pro oblast porodnictví to platí dvojnásob. Rodící ženy nejsou pacientkami v obvyklém smyslu – procházejí přirozeným, byť rizikovým procesem, který závisí i na prostředí, v němž se porod odehrává. Porod je hormonálně řízený děj a environmentální faktory (přístup zdravotníků k rodičce, teplota a osvětlení na porodním sále, soukromí rodičky atd.) mohou samostatně či ve vzájemné souhře ovlivňovat jeho průběh včetně vnímání bolesti (Pirdel & Pirdel, 2009). Prožívá-li žena v průběhu porodu úzkost, strach či ohrožení, dochází k vyplavování hormonů katecholaminů, které mohou narušit produkci hormonu oxytocinu nezbytného pro děložní kontrakce, a vést tak ke zpomalení či dokonce zastavení porodu (Lederman et al., 1985; Leifer, 2004; Enkin et al., 1998; Odent, 2004). Produkci oxytocinu může potlačit i přílišná stimulace neokortexu způsobená například silným osvětlením na porodním sále, či tlakem na rodičku, aby si zachovávala racionální kontrolu (Buckley, 2005). Mnohé rodičky může stresovat i přítomnost cizích osob na porodním sále v roli „pozorovatelů“, vyšetřování na intimních místech neznámými osobami, střídání

zdravotníků u porodu a nedostatek soukromí (Enkin et al., 1998). Výsledky naší studie, jíž se zúčastnilo 657 rodiček s nízkou mírou rizika, ukázaly, že významně více porodních komplikací (především nepostupující porod a akutní císařský řez) se vyskytovalo u žen, které byly při porodu nespokojeny s přístupem zdravotníků (Takács, Kodyšová, & Seidlerová, 2012). Připomenout je třeba i to, že nevstřícná atmosféra v porodnici a nevlídný přístup zdravotníků mohou u čerstvých matek potencovat či dokonce způsobovat problémy při zahájení kojení (Takács et al., 2011b).

Porod je pro ženu jednou z klíčových událostí jejího života a charakter porodního zážitku se může významně promítnout do jejího dalšího života. Zkušenost porodu může u ženy ovlivnit pocit mateřské kompetence (Bryanton et al., 2008), rozhodnutí mít či nemít další děti, případně rodit napříště plánovaným císařským řezem (Tschudin et al., 2009); studie poukazují i na to, že porodní zážitek může mít dopad na vztah ženy k dítěti i k partnerovi (Sosa et al., 1980; Ayers, Eagle, & Waring, 2006). Kombinace vyšší míry lékařských intervencí a rodičkou negativně vnímaných vztahů se zdravotníky vytváří silný prediktor rozvinutí posttraumatické stresové poruchy spojené s porodem (Creeady, Shochet, & Horsfall, 2000). Špatná porodní zkušenost zvyšuje riziko rozvoje poporodního smutku či tzv. baby blues (Enkin et al., 1998) a poporodních depresí (Righetti-Veltéma et al., 1998), které mají negativní dopad na interakci mezi matkou a dítětem, a tím i na sociální, emocionální i kognitivní vývoj dítěte (Murray, Cooper, 1996).

Důraz na psychologické aspekty péče, jako je vstřícný, podpůrný a empatický přístup, dobrá komunikace, dostatek informací a úcta a respekt k rodící ženě, by měl být kladen nejen v průběhu porodu, ale i v poporodním období. Zatímco v průběhu fyziologického porodu je prvořadé to, aby se rodící žena cítila v bezpečí a mohla se nerušeně soustředit na porod za asistence osoby, jíž může důvěřovat, v období po porodu je třeba se zaměřit především na podporu nedělky při zpracování porodního zážitku a adaptaci na mateřskou roli, dále na podporu kojení a v neposlední řadě i na prevenci poporodních psychických poruch, případně psychosociální podporu ženám, které vykazují

známky poporodních blues a je u nich zvýšené riziko rozvoje poporodní deprese.

V českém porodnictví došlo za poslední tři dekády k zásadním proměnám. Rodící ženu může k porodu doprovázet partner či jiná blízká osoba, ve většině porodnic již dobře funguje systém „rooming-in“ (společné ošetřování matky a novorozence) a i díky iniciativě BFHI (*Baby Friendly Hospital Initiative*)¹ je kladen větší důraz na kojení. Z řad odborné i laické veřejnosti se ozývají hlasy, že současné české porodnictví je ve srovnání s předrevolučním obdobím humanizované, s respektujícím přístupem k rodičce, která již není pasivním „objektem“ vlastního porodu, ale stává se naopak hlavním aktérem, na jehož přání a potřeby je brán zřetel. I dnes se nicméně objevují stížnosti žen na autoritativní a nevstřícný přístup zdravotnického personálu, nedostatek informací a nemožnost spolurozhodovat o způsobu vedení vlastního porodu a kontaktu se svým dítětem bezprostředně po porodu. Průzkum spokojenosti s perinatální péčí, který jsme provedli u reprezentativního vzorku 1195 žen, které porodily v letech 2005-2012 v českých porodnicích (Takács et al., 2012; Takács & Seidlerová, 2013a), dává této kritice do značné míry za pravdu. Jeho výsledky totiž ukazují, že i navzdory vysoké kvalitě perinatální péče v ČR je spokojenost žen s českými porodnicemi relativně nízká, a to zejména pokud jde o přístup a chování zdravotníků a možnost rodiček podílet se na rozhodování.

Zájem zdravotníků v oblasti perinatální péče o psychologickou problematiku narůstá, systém pregraduálního i postgraduálního vzdělávání však psychologické aspekty lékařské, resp. porodní a poporodní péče zohledňuje pouze okrajově a totéž platí pro domácí literární prameny – na stránkách hlavního oborového časopisu *Česká gynekologie* se příspěvky věnované této tematické objevují spíše výjimečně. Problémem je však i nedostatečná péče

¹Statut *Baby Friendly Hospital* (BFH) vyplývá z iniciativy *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI), která je součástí programu „Podpora, ochrana a prosazování kojení“, jehož oficiálním nositelem je UNICEF. Podmínkou pro získání tohoto statutu je splnění kritérií stanovených UNICEF a Světovou zdravotnickou organizací (WHO), tzv. deseti kroků k úspěšnému kojení (viz příloha č. 2). V ČR je odborným garantem pro posuzování připravenosti nemocnic k získání tohoto statutu Laktační liga. Za laskavé poskytnutí informací o BFHI děkuji Rose Šimberské z Českého výboru pro UNICEF.

o psychický komfort samotných zdravotníků – v této souvislosti je třeba zmínit především absenci supervizí a chybějící prevenci a terapii syndromu vyhoření. Spolupráce psychologů a porodníků, resp. neonatologů je minimální a doposud není samozřejmostí přítomnost psychologa na porodnickém oddělení a oddělení následné péče o rodičku.

Podle dokumentu Světové zdravotnické organizace z roku 1996 *Péče v průběhu normálního porodu* by mezi hlavní cíle intrapartální péče mělo patřit i to, aby žena prožívala porod jako pozitivní událost. Jak již bylo řečeno, spokojenost s porodem, která úzce souvisí se spokojeností s intrapartální péčí, není jen otázkou momentální pohody či nepohody rodící ženy, ale může mít dopad na její psychické i fyzické zdraví, vztah k dítěti a k partnerovi, a v důsledku toho i na psychický vývoj dítěte. Zohledňování psychosociálních aspektů v perinatální péči je tedy zároveň účinnou prevencí četných sociálních patologií.

Tato práce je rozdělena do tří tematických oddílů, z nichž každý sestává z teoretické i výzkumné části. Důvodem tohoto netradičního rozdělení diplomové práce je to, že bych v ní chtěla představit několik výzkumů věnovaných psychosociálním aspektům perinatologie, které jsem provedla díky podpoře FF UK (Interní grant č. 261107 *Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky* z roku 2010) a Grantové agentury Univerzity Karlovy (GA UK) (grant č. 316111 *Psychosociální klima porodnice očima rodičky – teorie a diagnostika* realizovaný v letech 2011-2013) a publikovala v odborných časopisech (Česká gynekologie, Československá psychologie, Psychologie pro praxi, E-psychologie). Tyto výzkumy se týkají (1) psychosociální dimenze péče o rodičku (klíčové faktory spokojenosti rodiček s perinatální péčí), (2) psychosociální dimenze péče o novorozence (souvislost psychosociálních faktorů perinatální péče a zahájení kojení) a (3) psychosomatických souvislostí porodního procesu (vliv environmentálních faktorů na průběh porodu). Pro lepší přehlednost jsou výsledky jednotlivých výzkumů představeny vždy na konci toho oddílu, k němuž se tematicky vztahují.

1. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE O RODIČKU

1.1 Teoretická část

Ačkoli péče o matku a péče o novorozence představují provázaná a vzájemně se prolínající témata, v následujícím textu je budeme pojednávat samostatně, neboť jde o dvě různé perspektivy, z nichž lze na danou problematiku pohlížet. V rámci psychologických a psychosociálních aspektů péče o rodičku se budeme věnovat nejen faktorům vztahujícím se k péči v průběhu porodu, ale i faktorům předporodní péče, resp. přípravy žen k porodu, a dále faktorům týkajícím se péče bezprostředně po porodu a v období šestinedělí. Problematiku raného kontaktu matky a dítěte a téma zahájení kojení přitom zařazujeme až do druhého oddílu věnovaného psychologickým otázkám péče o novorozence (kapitoly 2.1.2 a 2.1.4).

1.1.1 Psychoprofylaktická příprava žen k porodu

Původním smyslem psychoprofylaktické přípravy k porodu bylo snížení porodní bolesti – jednalo se tedy vlastně o určitou formu či metodu porodnické analgezie. Vycházela z metody hypnosuggestivní, tj. z metody, která se snažila využívat při porodu hypnózy (Kuželová, 2003). V roce 1878 byla prvně využita Charcotova hypnóza (Šulová, 2005), další zmínka o užití hypnózy při porodu je z roku 1883. V Německu byla hypnóza zavedena do porodnictví von Oettingenem z Heidelbergu (Kopřivová, 2007; Kuželová, 2003). Německými porodníky se inspirovali leningradští psychiatři K. Platonov a I. Velvovskij, kteří vytvořili vlastní metodu, do níž zakomponovali prvky Pavlovovy teorie excitace a útlumu (Šulová, 2005). Předpokládali, že pomocí mluveného slova, resp. sugesce, lze ovlivňovat stahy dělohy. Tato metoda byla využívána i v bývalém Československu.

Nezávisle na hypnosuggestivní metodě vznikla ve 30. letech v Anglii metoda „přirozeného porodu“ lékaře Grantly Dick-Reada, který vycházel z předpokladu, že existuje souvislost mezi strachem, napětím a bolestí: strach vyvolává napětí, napětí bolest a bolest zpětně zvyšuje strach (Šulová, 2005; Wideman & Singer, 1984). Pro praxi z toho plyne, že je třeba snižovat úzkost a napětí. Porodník tráví s rodičkou maximum času, klade důraz na empatický přístup k rodičce a na to, aby si získal její důvěru, o kontrakcích nemluví jako o „porodních bolestech“, ale prostě jako o „stazích“; na sále by neměly být nástroje, které si rodička může asociovat s komplikacemi a intervencemi; napětí má být snižováno pomocí svalové relaxace (Kuželová, 2003).

Velvovského metodu přejal francouzský porodník Ferdinand Lamaze, který o ní napsal knihu *Accouchement sans douleur* (Bezbolestný porod) a začal ji šířit v západní Evropě – odtud dnes obvyklý název „Lamazova metoda“ (Kratochvíl, 2009). F. Lamaze ovšem Velvovského metodu modifikoval: začlenil do ní relaxační techniky a zavedl jiný typ dýchání ve druhé době porodní. Jeho metoda vychází z následujícího přístupu k porodu a k roli ženy při porodu (Šulová, 2005):

- porod je přirozený děj, nikoli děj primárně patologický;
- porod je prožitek, který má zásadní vliv na další život ženy a její rodiny;
- žena má instinktivní schopnost vycítit, co je pro ni při porodu nejlepší;
- péče a prostředí při porodu může ovlivnit ženinu sebedůvěru a schopnost porodit, tj. může se promítat do průběhu porodu.

Lamazův žák P. Vellay, inspirován psychoanalytičkou H. Deutschovou, následně propojil psychoprofylaxi s teoretickými předpoklady psychoanalýzy. Zavrhł například jakoukoli porodní medikaci, protože by mohla mít negativní dopad na navazování emočního pouta mezi matkou a dítětem. Tím ovlivnil svého žáka F. LeBoyera, který ve své knize *Porod bez násilí* (LeBoyer, 1995) propaguje tzv. „něžný porod“. Leboyerově přístupu a rovněž přístupu dalšího

Vellayova přímého žáka, M. Odenta, se budeme více věnovat ve druhém oddíle této práce, v kapitole 2.1.1.

V 50. a 60. letech se na stránkách gynekologických časopisů na Západě i na Východě velmi intenzivně debatuje o skvělých výsledcích Lamazovy metody, které byla věnována velká pozornost i v bývalé ČSSR. Od 70. let však nadšení pro psychoprofylaktickou metodu opadá, neboť se ukazuje, že výsledky nejsou zdaleka tak uspokojivé, jak se původně očekávalo. Stejný trend je patrný i v bývalé ČSSR, kde se příprava žen na porod stávala stále více formální záležitostí (Kuželová, 2003).

V 70. letech se problematice porodní bolesti začal věnovat kanadský fyziolog Ronald Melzack, autor vrátkové teorie bolesti, který vytvořil k měření bolesti vlastní dotazník (Melzack, 1975). R. Melzack zjistil, že porodní bolest patří k těm vůbec nejsilnějším; zároveň se však ukázalo, že mezi jednotlivými ženami existují ve vnímání bolesti podstatné rozdíly. Sledoval i analgetický efekt přípravy těhotných k porodu. Ačkoli se ukázalo, že u žen, které přípravou prošly, intenzita porodní bolesti významně klesá (Melzack et al., 1984), porodní bolest zůstávala stále velmi silná a spotřeba analgezie se neměnila. V souvislosti s psychoprofylaktickou přípravou přišel R. Melzack s myšlenkou, že je třeba připravovat ženy nejen na fyziologický porod, ale i na komplikace a operace, které mohou nastat. Ženy, které absolvovaly klasickou předporodní přípravu, mají totiž často nerealistická očekávání o průběhu porodu a nejsou připraveny na možné komplikace, což může mít v případě vážnějších komplikací za následek problémy psychologického rázu, jako jsou pocity selhání a viny (Kuželová, 2003).

V 80. letech dochází v bývalém Československu k opětovnému příklonu k realizování kursů předporodní přípravy, a to především zásluhou PhDr. Marie Pečené z Psychosomatické sekce Gynekologické a porodnické společnosti, která vypracovala novou koncepci předporodní přípravy. Dnešní psychoprofylaxe vychází víceméně ze základů, které postavila. Obsahuje jak didaktické části (poučení o psychických i tělesných změnách v těhotenství, při porodu a v šestinedělí, výživě, bolesti a možnostech jejího ovlivnění, vhodné době příjezdu do porodnice, operativním porodu, kojení, raném vývoji dítěte

a péči o dítě, hygieně, sexualitě po porodu), tak i praktický nácvik dýchání, masáží a akupresury; počítá se přitom i s účastí otce, který je poučen o tom, jak může ženu při porodu podpořit a co ho u porodu čeká (Kuželová, 2003). Současná koncepce předporodní přípravy tedy v mnohém navazuje jak na Lamazovu, tak i na Readovu koncepci, a současně zohledňuje nejnovější poznatky teorie bolesti. Od původního smyslu psychoprofylaxe jako analgezie při porodu bylo nicméně upuštěno a její hlavní náplní se stala příprava ženy i jejího partnera na těhotenství, porod a poporodní období.

1.1.2 Sociální opora v průběhu porodu

Medikalizace a profesionalizace porodnictví v 18. století šla ruku v ruce s nástupem „mužského“ porodnictví, a znamenala tedy zásadní zlom v tisícileté tradici babictví, založené na principu „ženské péče o rodící ženu“ (odtud pramení například anglický pojem mid-wife, spolu-žena). Porod byl postupně vyčleněn ze sféry každodennosti rodinné komunity, magických rituálů a prastaré ženské solidarity do prostoru lékařské autority, reprezentované mužskými odborníky, ačkoli s ohledem na stud a společenské konvence byly v některých společenských skupinách stále přivolávány (alespoň k nekomplikovaným porodům) spíše porodní báby, jejichž vzdělání ovšem také s postupem času nabývalo „odbornějších“ obrysů díky vznikajícím porodnickým kursům pro ženské adeptky (Tinková, 2010).

Muži, kteří se v 18. století rozhodli pro porodnickou profesi, disponovali zpravidla chirurgickým vzděláním, a jelikož jejich služeb bylo využíváno především tam, kde selhala babická péče, jejich „ideové základy“, tj. jejich pohled na porod a rodící ženu, byly utvářeny primárně praxí vedení komplikovaných porodů. Ve Francii, kde došlo k upozadění babictví ve prospěch mužského porodnictví dříve než v ostatních částech Evropy, existoval zároveň silný vliv mechanistické filosofie, chápající skutečnost, a tedy i lidské tělo, jako stroj fungující podle zákonů působení mechanických sil, a úkolem lékaře tedy bylo dopomoci tomuto stroji k optimálnímu chodu. Takové úzce racionální pojetí porodního procesu oproštěné od tradičního

emocionálního a magického kontextu zároveň otevíralo cestu využití radikálnějších lékařských intervencí i v případě fyziologického porodu, při němž byla dříve upřednostňována spíše vyčkávací strategie. Kromě ztráty intimity a prolomení tabu v souvislosti s mužským pohledem na ženské tělo byla další významnou změnou i samotná role a funkce osoby asistující u porodu: zatímco porodní bába byla nositelkou ženské solidarity a její rolí bylo psychicky podpořit rodící ženu v průběhu celého porodu, porodník přejímá roli „technika“, který na scénu vstupuje teprve v případě, kdy je třeba řešit nějakou konkrétní komplikaci (Tinková, 2010).

Ztráta sociální opory ztělesněné v osobě porodní báby, případně rodinných příslušníků ženského pohlaví, je posléze dovršena přesunem porodů z domácností do porodnic, kde byla žena oddělena od svých blízkých, odkázána na péči neznámého zdravotnického personálu, tedy na péči osob, které viděla poprvé v den svého porodu, a ponechána po značnou část svého porodu o samotě. K masovějšímu přesunu porodů do porodnic ovšem dochází mnohem později než k samotnému vzniku porodnic - na našem území zhruba ve 30. letech 20. století (v 19. století byla ústavní péče určena zejména pro chudinu a psychicky nemocné ženy, jinak byla běžná praxe porodů v domácnosti) (Hajníková, 2012). A ještě v 70. letech minulého století byl rodinným příslušníkům přístup do porodnic, natož k samotnému porodu, přísně zapovězen.

Tato praxe se u nás začíná pozvolna měnit počátkem 80. let, kdy se otevírá velmi bouřlivá diskuse na téma „otec u porodu“ (Sobotková & Štembera, 2003b); v Československu byl otec u porodu poprvé v roce 1984 ve znojenské porodnici (Štimpl & Slezák, 1986). Jak popisují D. Sobotková a Z. Štembera (2003b), v následné diskusi na stránkách hlavního oborového časopisu gynekologů-porodníků, tehdejší Československé gynekologie, bylo zprvu více odpůrců než zastánců znojemských porodníků, kteří otcům otevřeli brány porodnice. Důvodem rozpaků byl přitom nejen malý zájem tehdejších otců účastnit se porodu (zájem projevilo pouhých 6 % z nich), ale například i to, že prostory mnohých porodnic s porodními sály dimenzovanými pro více

rodiček nebyly na takovou změnu uzpůsobené, a dále pocit některých zdravotníků, že se jedná o zasahování do jejich profesionální prestiže.

Očekávání podpořená výsledky některých zahraničních studií (Copstick et al., 1986; Henneborn & Cogan, 1975), že se přítomnost otce u porodu příznivě projeví na průběhu porodu, se však bezezbytku nepotvrdila. Nejednotnost ve výsledcích provedených studií však může odrážet rozdílnost v partnerských vztazích a osobnostních typech rodiček. Někteří autoři naznačují, že za předpokladu déletrvajícího napětí ve vztahu rodičky a jejího partnera, případně určitých osobnostních vlastností rodičky (úzkostnost) i partnera (tendence udržet ženu v racionálním, sebekontrolujícím stavu) může mít přítomnost partnera u porodu negativní efekt, především prodloužení doby trvání porodu (Enkin, 1998; Odent, 2004; Šulová, 2005). M. Enkin et al. (1998) nicméně upozorňují, že většina studií o vlivu přítomnosti otce u porodu byla limitována malým rozsahem vzorku a samovýběrem. Příznivý vliv partnera u porodu se neprokázal ani v naší studii (Takács, Kodyšová, & Seidlerová, 2012), která se zaměřovala na vliv psychosociálních faktorů na průběh porodu; přítomnost partnera u porodu korelovala s delší dobou trvání porodu a souvise-la i s častějším výskytem nepostupujícího porodu a častějším užitím epidurální anestezie.

Podporu při porodu může rodičí ženě poskytnout i jiná blízká osoba, než je otec dítěte, například matka, sestra či přítelkyně. M. Odent (2004) nicméně v průběhu své praxe vyzoroval, že matky, které samy měly neutěšenou porodní zkušenost, ať už kvůli medicínským intervencím, nebo kvůli nevstřícnému a rutinnímu přístupu zdravotnického personálu, na své rodičí dcery často přenášely vlastní úzkost a neléčená traumata. Totéž platí pro sestry a přítelkyně. Má-li však rodičku doprovázející žena sama zkušenost se spontánním, přirozeným porodem, „vnese do této události pozitivní znalosti ze své vlastní zkušenosti“ (Odent, 2004, s. 68). Ve výzkumu, který provedli D. Campbell, M. Lake, M. Falk a J. Backstrand (2006) se například ukázalo, že ženy, které si mohly zvolit přítomnost blízké osoby u porodu (přítelkyně či příbuzné), měly signifikantně kratší porody a jejich děti měly vyšší Apgar skóre než kontrolní skupina žen, které byly zařazeny do rutinní péče.

Mnoho studií bylo věnováno efektu podpory, kterou rodící ženě poskytuje dula. Slovo dula je odvozeno od řeckého *dúlé*, označujícího otrokyni či služku. V 70. letech se jméno dula (v orig. doula) začalo v USA používat pro ženy, které pomáhaly čerstvým matkám v domácnosti; až později se vžilo jako označení pro ženy doprovázející rodičky k porodu. Dula v tomto posledním významu je laická průvodkyně porodem, tj. průvodkyně vyškolená v tom, jak poskytovat podporu při porodu, avšak bez lékařského, resp. zdravotnického vzdělání, a zpravidla nepatří mezi personál dané porodnice, byť v zahraničí některé porodnice duly zaměstnávají.

V České republice se povědomí o práci dul začalo šířit v roce 2001, kdy byla založena Česká asociace dul (ČAD). Dula podporuje ženu a její rodinu v průběhu těhotenství, porodu a v období šestinedělí; jejím úkolem je poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a v době kojení, pomáhat ženě s přípravou porodního plánu, ulevit jí při porodu od bolesti masážemi a dalšími nefarmakologickými metodami, pomoci jí nalézt vhodnou porodní polohu, usnadnit její komunikaci se zdravotnickým personálem a poskytovat jí informace a podporu při zahajování kojení. V období šestinedělí dula radí s péčí o dítě a přispívá i drobnou výpomocí v domácnosti.

Instituce duly tedy vlastně představuje jakousi renesanci „mateřské péče o rodičku“, která se v procesu proměny babiectví v porodnictví a „maskulinizace“ porodnické péče postupně vytratila. Dlužno dodat, že i moderní porodnictví obsahuje prvek ženské péče, a totiž v osobě porodní asistentky; její role je nicméně v souladu s převládajícím biomedicínským modelem péče rovněž primárně technická (a definována přesně vymezenými postupy) a možnost kontinuální emoční podpory rodiče je vyloučena už tím, že model péče one-to-one není v našich (a nejen v našich) porodnicích doposud samozřejmostí. I tento poslední „zbytek“ ženské účasti při porodu je tedy nakonec rozpuštěn ve zmechanizovaném porodnictví s odpovídajícími atributy, jako je střídání směn a absence individuálního přístupu.

Podpora duly v průběhu porodu snižuje podle některých studií výskyt porodnických intervencí, zejména akutního císařského řezu, zkracuje dobu trvání porodu a souvisí i s vyššími hodnotami Apgar skóre u novorozenců

v první i páté minutě po porodu (Kozhimannil et al., 2013; Campbell et al., 2006). Pozitivní výsledky byly nicméně zjištěny i ve studiích, které sledovaly vliv sociální opory při porodu vůbec, tj. nikoli specificky opory poskytované dulami – kromě méně častého užívání analgezie a anestezie, kratší doby trvání porodu a nižšího výskytu perinatálních komplikací včetně operativních porodů byl zjištěn i méně častý výskyt perineálního traumatu (Enkin, 1998; Hodnett & Osborn 1989; Kashanian, Javadi, & Haghighi, 2010; Kennell, 2008; Klaus & Kennell, 1988; Langer et al., 1998; Pascoe, 1993; Sosa et al., 1980). V naší studii zaměřené na vliv environmentálních faktorů na průběh porodu bylo zjištěno, že ženy, které měly u porodu „svou“ porodní asistentku či dula, využívaly významně méně často epidurální anestezie a byla jim méně často provedena episiotomie (Takács, Kodyšová, & Seidlerová, 2012).

Pozitivní dopad sociální opory na průběh porodu je patrný především tam, kde se jedná o oporu kontinuální – tuto oporu přitom může rodiče poskytnout dula, příbuzní, přítelkyně, ale i zdravotník (lékař či porodní asistentka). Přerušovaná podpora v průběhu porodu, tj. například podpora poskytovaná porodní asistentkou, která má na starosti více rodiček a nemůže se tedy věnovat jedné ženě soustavně, má prokazatelně menší efekt než podpora kontinuální. Pokud žena ví, že má neustále na dosah někoho zkušeného, v koho má důvěru, a zároveň ví, že jí tato opora bude k dispozici i po porodu, snižuje se její úzkost a napětí a snáze si udržuje pocit kontroly nad porodním procesem (Hodnett & Osborn, 1989).

Studie opakovaně zdůrazňují, že ženy očekávají od osob, které se stávají součástí jejich porodní zkušenosti, především porozumění a péči, neboť právě to u nich vytváří pocit bezpečí, který je důležitý pro zdárný průběh porodu. Kromě emocionální a fyzické podpory je velmi důležité i to, aby se ženě dostalo potřebných informací a aby byla respektována její přání – to vše lze řadit mezi formy sociální opory.

Sociální opora je považována za faktor moderující vliv nepříznivých životních událostí na psychické i fyzické zdraví a má rovněž pozitivní vliv na průběh nemoci. Předpokládá se, že kognitivní hodnocení stresových situací je ovlivněno tím, jak jedinec vnímá vlastní sociální zakotvení a dostupnost

sociální opory (Kebza, 2005). To je zcela v souladu s výše citovanými výzkumy, podle nichž sociální opora poskytovaná rodící ženě snižuje míru úzkosti a stresu, které v průběhu porodu prožívá. Podle U. Waldenström et al. (2004) patří sociální faktory mezi nejvýznamnější rizikové faktory negativní porodní zkušenosti. Nejedná se přitom jen o vztahy se zdravotníky, ale i o vztahy ženy s partnerem a s rodinou (Horwath, Swain, & Treharne, 2010).

1.1.3 Komunikace a informace

Komunikace s pacientem by měla být považována za jednu ze základních kompetencí zdravotníků ve všech lékařských oborech; v perinatální péči by na ni měl být kladen obzvláště silný důraz, neboť sociální aspekty zde ovlivňují psychický i somatický stav „pacientky“, či lépe klientky, v daleko větší míře než v jiných specializacích.

Dobrá komunikace s rodičkou je klíčovým momentem pro navázání vztahu důvěry a pro to, aby se rodící žena cítila v porodnici dobře. Vhodnou formou komunikace je možné snížit stres a úzkost rodičky a přispět tak nejen k lepšímu prožívání porodu a větší spokojenosti s péčí, nýbrž i k lepším perinatálním výsledkům, neboť průběh porodu i jeho délka jsou v úzké souvislosti s psychickým vyladěním ženy. Při strachu, úzkosti či pocitu ohrožení stoupá hladina stresových hormonů katecholaminů a zvyšuje se krevní tlak a spotřeba kyslíku, což má dopad na děložní činnost a na zásobení plodu kyslíkem (Leifer, 2004). Žena, která je při porodu klidná, relaxovaná, a cítí se v prostředí, v němž rodí, bezpečně, zpravidla vnímá děložní kontrakce jako méně bolestivé a její porod obvykle trvá kratší dobu.

Komunikace je základní formou sociální interakce a v tomto smyslu je něčím samozřejmým, co většina z nás provádí dennodenně bez zvláštní námahy. Komunikace v rámci zdravotnické profese však není totéž co komunikace v běžné zkušenosti - je třeba se jí naučit, byť někteří zdravotníci „intuitivně“ vědí, co je v jaké situaci a jakou formou vhodné říci, aby zmírnili stres, bolest, dodali rodící ženě sílu, vyjádřili jí účast, získali si její důvěru, posílili její pocit bezpečí atd. Komunikaci s rodičkou a následně nedělkou ovlivňují

mnohé – pro každodennost nepříliš obvyklé - okolnosti, jako například silná bolest, strach, stres, výrazné hormonální změny vedoucí k psychické nerovnováze a intenzivním emočním reakcím, extrémní senzitivita a zranitelnost, velmi silná potřeba podpory a bezpečí atd.

Dobrá komunikace vede k pocitu rodičky, že:

- je k ní přístupováno jako k individualitě;
- je k ní přístupováno jako k autonomnímu jedinci, tj. může se sama za sebe rozhodovat a obdrží k tomu dostatek informací;
- může se spoléhat na podporu pomáhajících zdravotníků a s důvěrou se jim svěřit do péče v případě jakýchkoli komplikací (Lohmann, 2007).

V perinatální péči je účelem komunikace především:

- získat informace od rodičky (např. při anamnéze);
- snížit její úzkost a strach;
- ulehčit jí období těhotenství a porodu;
- ulehčit jí průběh zátěžových situací, jako jsou nepříjemná vyšetření nebo porodní komplikace;
- pomoci ženě připravit se na porod, edukovat ji;
- zvýšit její spolupráci a kompliance;
- pomoci jí vyrovnat se s bolestí;
- poskytnout jí informace;
- usnadnit jí rozhodování;
- posílit ji v jejích kompetencích;
- umožnit jí, aby měla pocit osobní a individuální podpory (Lohmann, 2007).

Dobrá komunikace s rodičkou předpokládá empatii zdravotnického personálu, tj. schopnost zdravotníků porozumět prožívání rodičky, pochopit její emoce a vycítit, co v daný okamžik potřebuje a co je v danou situaci vhodné (zdali na rodičku mluvit, či ji naopak nerušit; zdali ji utěšovat, „mateřsky o ni pečovat“

a dotýkat se jí, či naopak zachovávat větší odstup; zdali chce žena sama aktivně rozhodovat, či zdali jí bude více vyhovovat, když jí porodní asistentka či lékař „povede“). Schopnost zvolit v daný okamžik správný způsob komunikace je velice obtížné a neexistuje přesný a univerzálně platný návod, podle něhož by se bylo možné řídit – nejenže je každá rodička jiná a má různé představy a různé preference, ale i tatáž rodička může v různých fázích porodu upřednostňovat různý přístup (v závislosti na únavě, vyčerpání atd.).

Ačkoli schopnost empatie závisí do značné míry na osobnostních charakteristikách, lze se ji „naučit“ a posilovat ji. Je rovněž možné formulovat některá pravidla „empatického rozhovoru“, která umožní vyvarovat se základních chyb. Mezi tyto chyby patří zejména popírání pocitů rodičky („*prosím vás, jaký kontrakce?*“), hodnotící a zevšeobecňující soudy („*jiné ženské to taky zvládly*“), bezobsažné, nic neříkající věty, z nichž rodička vycítí, že je porodní asistentka či lékař myšlenkami jinde, a kterými jí dávají najevo, že její starosti nejsou namístě („*to si nesmíte tak brát*“), neverbální projevy, které naznačují časový tlak (pohled na hodinky, poposedávání si, hraní si s vlasy, těkání pohledem, nesoustředěnost, rychlejší mluva), nezájem (uhýbání pohledem, pohled přes rameno z okna apod.).

Schopnost empatie však v první řadě předpokládá pozitivní vztah k rodičce, schopnost „naladit se“ na její problémy a potřeby, upřímný zájem a respekt, bez nichž zůstává i důsledné následování praktických doporučení bez efektu. To je ovšem v současném porodnictví, v němž je kladen důraz spíše na technicko-medicínskou stránku, porodní asistentky mají na starost více rodiček najednou a není zajištěna péče o psychické zdraví samotných zdravotníků, poměrně obtížné. Někteří zdravotníci komunikovat vlastně ani nechtějí, protože se cítí vyčerpání a vcit'ování se do prožívání rodiček pro ně představuje jen další zátěž navíc. Proto si udržují odstup, vykonávají předepsané rutinní postupy, s rodičkou nekomunikují, případně pouze o nezbytných provozních záležitostech, a na její projevy emocí nereagují či je bagatelizují.

Mezi techniky důležité pro efektivní komunikaci patří například (Beran et al., 2010; Lohmann, 2007; Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007):

- přikývnutí, přitakání (projev zájmu, vybídnutí k dalšímu hovoru);
- zrcadlení, zopakování několika posledních slov rodičky (rodička vnímá, že je pro zdravotníky to, co říkala, relevantní);
- předložení alternativních názorů a pohledů (toto se ovšem nesmí provádět autoritativně, ale pouze jako navrhování různých možností, z nichž si rodička může vybrat);
- shrnutí, stručné vyjádření obsahu toho, co rodička řekla (tento postup utvrzuje rodičku v tom, že její přání, obavy apod. jsou personálem respektovány a správně pochopeny);
- aktivní naslouchání a mlčení ve správnou chvíli (umožnit rodičce či nedělce, aby vyjádřila, co je pro ni podstatné, aniž by byla přerušována);
- přizpůsobení volby výrazů a termínů rodičce, která se tak cítí více akceptována a lépe porozumí poskytnutým informacím (je-li třeba použít odborný termín, pak je vhodnější volit jeho českou variantu, případně popsat vlastními slovy proceduru či problém).

Efektivní komunikaci mohou narušovat či blokovat některé faktory, jako je například přítomnost cizích lidí, nesoustředěnost rodičky, bolest, strach, neslučitelný životní styl rodičky a zdravotníků či časový stres porodní asistentky nebo lékaře.

Do komunikace rodičky se zdravotníky mohou významně zasahovat i neuvědomělé příčiny chování a jednání. Do vztahu mezi rodičkou a zdravotníkem se totiž promítá řada předchozích zkušeností s jinými lidmi a z nich plynoucí přesvědčení, co lze od lidí určitého typu očekávat. Podle psychoanalyticky orientovaných autorů jsou pro tvorbu takových očekávání nejvýznamnější rané zkušenosti s rodičovskými figurami – to, jaký mělo dítě vztah s rodiči, zásadně ovlivní jeho vztahy k dalším osobám v jeho životě. Vliv nevědomých očekávání vybudovaných na vztazích s významnými osobami v dětství může být v různých situacích různě silný v závislosti na tom, jak silně připomínají aktuální partneři v komunikaci tyto „vzorové“ vztahové osoby. Rodička tak může mít pocit, že ji porodní asistentka za to, co dělá nebo říká, odsuzuje,

že ji nebere vážně, nebo že ji v rozhodujících momentech nepodpoří, aniž by porodní asistentka k těmto obavám zavdala příčinu. Mechanismus „přenosu“ však nepracuje jen na straně rodičky, resp. nedělky, ale i na straně zdravotníků, a v podobné situaci je třeba, aby porodní asistentka nevědomým negativním očekáváním rodičky nevyhověla a snažila se udržet své protipřenosové mechanismy v maximálně možné míře pod kontrolou. Zdravotníci by měli mít na paměti nejen to, že reakce rodičky mohou být reakcí na něco, co překračuje rámec reálných interakcí odehrávajících se v porodnici, ale rovněž to, že i u nich samotných se mohou objevit nepřiléhavé reakce či negativní emoce, související spíše s jejich minulostí než s aktuálním chováním jejich klientky.

Přenos však může mít i pozitivní efekt (a psychoanalytická terapie tohoto efektu hojně využívá): rodička například připisuje porodní asistentce, aniž by ji blíže znala, pozitivní vlastnosti, jako je starostlivost, ochota pečovat a podpořit, spolehlivost apod. K tomu ovšem musí být splněny některé podmínky: porodní asistentka musí vytvořit takový první dojem, aby vůbec mohla být „plátnem“ pro projekci pozitivních mateřských vlastností, a bude-li její další chování naplňovat tato očekávání, získá si ženinu důvěru a posílí se jejich vzájemný vztah. Na straně rodičky je pak důležitým předpokladem možnosti takového přenosu pozitivní zkušenost s mateřskou pečující osobou. Výzkumy totiž ukazují, že percepce sociální opory souvisí s tím, jaké péče se jedinci dostávalo v dětství. Ženy, které měly emočně uspokojivé vztahy s klíčovými postavami v dětství, budou péči a oporu při porodu hodnotit pravděpodobně lépe, než ženy z rodin, v nichž byly vztahy narušené (Kodyšová, 2012).

Porod je po psychologické stránce velmi výrazným milníkem nejen proto, že se žena stává matkou a prochází procesem adaptace na tuto roli, ale i proto, že porod představuje velmi intenzivní prožitek projevu vlastní tělesnosti, do něhož se žena vlivem hormonálních mechanismů plně ponoří za současného utlumení racionální kontroly; zároveň pociťuje velmi silně potřebu bezpečí a potřebu opřít se o někoho, kdo podporuje a pečuje. Při porodu se žena vlastně nachází ve stavu regrese na úroveň raného dětství v jeho živočišné tělesnosti, zranitelnosti a závislosti na pečující osobě (Kodyšová,

2012). Komunikace s rodičkou by měla tuto skutečnost zohledňovat a k rodičce by nemělo být přistupováno ani jako k někomu, kdo je nemocný, ani jako k někomu, kdo je nesvéprávný, ale v první řadě jako k někomu, kdo potřebuje přijetí, respekt a péči.

Velkou pozornost je třeba věnovat prvnímu navázání kontaktu s rodičkou – samozřejmostí by mělo být představení se a podání ruky, sdělení kompetencí konkrétního zdravotníka, aby žena věděla, s čím se na něj může obracet, v ideálním případě i informace o tom, jak dlouho bude zdravotník ve službě a na koho se žena bude moci obrátit po jeho odchodu, aby získala (alespoň částečně) pocit kontinuity péče, který je klíčový pro spokojenost s porodnickou péčí a přispívá k pocitu jistoty a bezpečí (Green, Renfrew, & Curtis, 2000). Významnou roli hraje i vhodné oslovení – v českých porodnicích je například rozšířeným zvykem oslovovat rodičku „*maminko*“, což je mnohým ženám nepříjemné; některým ženám však vadí i oslovování pomocí titulů („*paní magistro*“, „*paní inženýrko*“). Doporučit lze oslovení *paní* následované příjmením ženy, případně je možné domluvit se s rodičkou na tom, jaké oslovení jí vyhovuje nejlépe.

Pro vybudování atmosféry důvěry je velmi přínosné, když zdravotník předpokládá, že žena má pozitivní záměr, tj. že vše, co činí, činí s úmyslem utvářet vzájemný vztah pozitivním způsobem (to ovšem není totéž jako akceptovat jakékoli jednání rodičky; jedná-li sebepoškozujícím způsobem, je třeba s ní problém řešit). Pokud si například její výpovědi odporují, není třeba a priori předpokládat, že jde o záměrné klamání; mnohdy lze vše vyjasnit doplňujícími informacemi, případně tím, že žena na danou událost či informaci zapomněla či si ji vybavuje jen ve zkreslené podobě (Lohmann, 2007).

Zjišťování informací v těhotenství i v průběhu porodu (resp. při příjmu rodičky do porodnice) by mělo probíhat taktně a citlivě. Je-li rodička tázána na intimní témata a na témata, která by mohla být spojena s rozpaky a pocity studu, zdravotník by měl takovou otázku uvést a vysvětlit, proč se na ni táže (např.: „*Rád/a bych se Vás teď zeptal/a na něco, co Vám bude možná nepříjemné, ale je potřeba o tom vědět, aby...*“) (Lohmann, 2007). Při dotazování by měla být zohledněna situace, v níž se žena nachází – není například vhodné

klást rodičce při bolestivých kontrakcích otázky typu „*jaké je Vaše datum narození a bydliště?*“ či „*o kolikáté těhotenství se jedná?*“, jak se to bohužel v našich porodnicích často děje (Takács et al., 2012). Vhodné je vyřídít agendu tohoto typu již během předporodních návštěv rodičky v dané porodnici, aby nemusela být zajišťována v průběhu jejího porodu.

Pozornost je třeba věnovat i kongruenci mezi verbální a neverbální komunikací, neboť bez ní nebude zdravotník působit důvěryhodně a nebude schopen s rodičkou navázat nosný vztah. Mezi neverbální projevy patří například to, jakou vzdálenost zdravotník k rodičce zaujímá (např. k vaginálním vyšetřením je třeba přistupovat s vědomím, že jde o narušení intimní zóny klientky; při sdělování informací osobního rázu by si měl zdravotník sednout blízko rodičky a ujistit se, že informace neuslyší i cizí osoby), jaký při rozhovoru s ní zaujímá postoj (měl by mít oči ve stejné výšce jako rodička a měl by k ní být otočen přední plochou těla a nikoli bokem či zády), dále mimika (důležitá je oblast kolem úst – velmi mocným gestem je úsměv), pantomimika (např. povzbudivý dotek, který je dobře přijímán od porodních asistentek či sester, od lékaře by však mohl působit nepatřičně a rušivě) a zrakový kontakt, který je důležitým signálem toho, že nás druhý člověk zajímá a chceme mu věnovat pozornost.

Podstatné je dále dbát na to, aby nenastával rozpor mezi tím, co zdravotníci říkají, a tím, co fakticky dělají, případně mezi jejich jednotlivými výroky - zdravotník například odpovídá ženě na prosbu ponechat dítě po porodu v její blízkosti „*to víte, že jo*“ a přitom dítě odnáší (rodičce neznámo kam a na jak dlouho), nebo rodičce při příjezdu do porodnice řekne, že ji ještě nepřijíme, jelikož ještě nezačala rodit, a vzápětí se obrátí ke kolegům s tím, že ženu nemohou přijmout kvůli nedostatku míst (Takács & Kodyšová, 2011).

V oblasti porodnictví je třeba klást maximální důraz na poskytování informací, neboť právě dostupnost informací představuje podle četných zahraničních studií nejdůležitější faktor spokojenosti žen s porodní i poporodní péčí (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Sullivan & Beeman, 1982; Wilcock, Kobayashi, & Murray, 1997). Tento výsledek byl zjištěn i v naší studii, provedené na reprezentativním vzorku 1195 českých rodiček (Takács &

Seidlerová, 2013b). Ženy chtějí vědět, jaké zákroky a vyšetření je čekají a jak se bude porod s největší pravděpodobností dále vyvíjet. Je pro ně též důležité, aby se orientovaly v kompetencích jednotlivých zdravotníků a v pravidlech fungování porodnice (kde koho a kdy najdou, na koho se mohou s čím obrátit apod., tj. pravidla fungování porodnice by měla být předvídatelná a srozumitelná); podrobněji se této otázce budeme věnovat ve výzkumné části tohoto oddílu (viz kapitola 1.2.3.).

Při podávání informací je třeba zohledňovat především následující momenty:

1. zdali je žena schopna informaci vnímat;
2. zdali informaci porozuměla;
3. zdali ji přijala pozitivně či negativně;
4. zdali kontext či komunikační šumy nezměnily význam sděleného;
5. zdali je vhodná doba pro její podání;
6. zdali byla podána včas;
7. zdali byly informace podány v adekvátní šíři (informací by nemělo být podáváno příliš málo, ale ani příliš mnoho, o správné míře spolurozhoduje konkrétní situace a konkrétní rodička);
8. zdali byly informace jednoznačné;
9. zdali byla celková atmosféra, v níž se komunikace odehrávala, vstřícná a podpůrná.

Komunikace, zejména poskytování informací, patří mezi klíčové kompetence zdravotníků a spolu s postupy pro prevenci stresu (psychohygienická opatření, supervize apod.) by měly představovat nedílnou součást jejich pregraduálního i postgraduálního vzdělávání.

1.1.4 Úzkost a strach v průběhu porodu

Úzkost a strach se v souvislosti s porodem vyskytují u žen běžně a nepřekročili určitou hranici, nejsou považovány za patologické; klinicky významný strach z porodu se vyskytuje u 20 až 25 % těhotných žen a prevalence vážného stra-

chu narušujícího každodenní život je odhadována na 6 až 10 % (Haines et al., 2012). Dotazníky měřící obecnou úzkost, např. *State-Trait Anxiety Inventory*, STAI (Spielberger, 2010), však nejsou při zjišťování míry strachu z porodu zcela spolehlivé; bylo prokázáno, že úzkost či strach související s porodem představují jedinečný fenomén, resp. samostatnou doménu, jejíž adekvátní zachycení vyžaduje specifický nástroj (Wijma & Wijma, 1992). Podrobnější pohled na vztah obecné a porodní úzkosti pak ukazuje, že strach z porodu souvisí více s rysem než stavem úzkosti (dle dotazníku STAI), přičemž stav úzkosti je něčím zcela odlišným od strachu z porodu, který je zaměřen na interakce s lidmi přítomnými u porodu, a velmi slabě koreluje s obavami, které má žena ohledně sebe samé a vlastního zvládnání porodu (Wijma & Wijma, 1992). Zmíněný dotazník STAI byl nicméně v minulosti ve výzkumech sledujících úzkost rodiček využíván (např. Lederman et al., 1978), postupem času však byly vyvinuty a ve výzkumech začaly být využívány dotazníkové metody zaměřené na strach vztahující se specificky k porodu, jako například *Delivery Fear Scale*, DFS (Wijma, Alehagen, & Wijma, 2002; Alehagen et al., 2005), *Fear of Birth Scale*, FOBS (Haines et al., 2011), *The Oxford Worries about Labour Scale*, OWLS (Redshaw et al., 2009) či *Wijma Delivery Experience Questionnaire*, W-DEQ (Wijma & Wijma, 1992).

Rozlišení obecné úzkosti a úzkosti či strachu vztahujícímu se k porodu je však jen prvním metodickým krokem; rozlišit je třeba i samotné pojmy strachu a úzkosti. Tyto pojmy jsou mnohými autory užívány *promiscue*, případně je pojem úzkostnosti (anxiety) považován za souhrnné označení pro strach, obavy, úzkost, fobie apod. (Svoboda, 1999). Například holandští výzkumníci (Huizink et al., 2004) chápou - s ohledem na výsledky faktorové analýzy - strach z porodu (fear of giving birth) jako subkonstrukt úzkosti v těhotenství (pregnancy anxiety).

Co se týče dalších souvisejících pojmů, M. Redshaw et al. (2009) ve svém výzkumu užívají termínu „obavy“ (worry) s odůvodněním, že se tento pojem odlišuje od úzkosti i strachu absencí „klinické nálepky“; „obavy“ z porodu jsou podle nich něčím, co je třeba zvažovat v kontextu psychické pohody (wellbeing) ženy v těhotenství, aniž by byla řeč o patologii. „Obavy“

přítom považují za kognitivní odpověď na potenciální ohrožení bezpečí a osobní pohody jedince a odlišují je od odpovědi emocionální, jejímž korelátem by byla úzkost, případně strach. Emocionální reakce (resp. úzkost) a obavy se tedy podle autorů odlišují kvalitativně: jednou jde o afektivní, podruhé o kognitivní odpověď. Rozlišení afektivní a kognitivní roviny je sice namístě, lze ovšem namítnout, že (přinejmenším z pozice kognitivní teorie emocí) může být reálné (a nikoli pouze metodologické) oddělení emocionální a kognitivní komponenty považováno za problematické – lze pochybovat o tom, že „obavy“ představují *sensu stricto* výlučně kognitivní odpověď a „strach“ odpověď výlučně afektivní (podle četných autorů mu totiž nelze upřít kognitivní složku).

Kognitivní složka se naopak obecně nepředpokládá u pojmu úzkosti s ohledem na chybění konkrétního intencionálního předmětu, ačkoli absence konkrétního intencionálního předmětu ještě nutně neznamená vyloučení kognitivního výkonu vůbec, jak níže ukážeme v souvislosti s pojetím úzkosti v existenciální filosofii Martina Heideggera.

Není zde místo pro podrobnější analýzu rozporu mezi kognitivními a nekognitivními teoriemi emocí; vrátíme se však ještě stručně k problému nejednotného a neujasněného užívání pojmů úzkost a strach. Z výše řečeného je zjevné, že tyto pojmy jsou často užívány nekriticky, nepřesně a nedůsledně a vztah mezi nimi zůstává na principiální rovině nevyjasněn, a to navzdory tomu, že je jejich odlišnost v psychologii i psychiatrii na obecné rovině akceptována.

Pojem úzkosti je, jak již bylo zmíněno, tradičně definován jako pocit postrádající konkrétní intencionální předmět, čímž se má lišit od předmětně zaměřeného strachu. Pojmy úzkost a strach mají bohaté filosofické pozadí sahající až do antiky a nezastupitelnou roli sehrály i v genezi náboženských představ ve středověku; úzkost jako zvláštní filosofickou kategorii však do filosofie uvedl až Kierkegaard, navazující na myšlenkovou linii počínající u J. Böhma, pro něhož je úzkost podmínkou dosažení věčného života (Ritter, Gründer, & Gabriel, 1971). Podle S. Kierkegarda vyvěrá úzkost z vlastní svobody utvářet sebe sama a činit rozhodnutí, a tuto úzkost lze překonat křesťanskou vírou. Už S. Kierkegaard rozlišuje úzkost a strach podle výše

uvedeného kritéria (u úzkosti neexistuje konkrétní předmět, k němuž by se vztahovala, jako je tomu v případě strachu).

Zásadní rozlišení mezi úzkostí a strachem lze najít i v Heideggerově fundamentální ontologii. Úzkost je zde chápána jako základní rozpoložení či naladění, které člověku odemyká jeho „bytí na světě“ (Heidegger, 1996) v jeho původní, holé, nejvlastnější podobě, v jeho osamocení, vrženosti, vydanosti napospas „tísňivé nehostinnosti bytí“ a v jeho konečnosti; svět a věci i lidi v něm v úzkosti najednou jakoby ztrácejí význam, rozplývá se iluze bezpečí a pocit zabydlenosti ve světě, protože člověk je postaven tváří v tvář před svou konečností a nicotností a nic a nikdo ze světa ho neuchrání před jeho nejpůvodnějším určením, kterým je „bytí k smrti“. Vidíme tedy, že úzkost není zcela bezpředmětná, byť jejím předmětem není konkrétní jsoouco na světě. To, z čeho je člověku úzko, resp. to, co mu úzkost vyjevuje, je jeho vlastní vržené bytí k smrti. Před pohledem na tuto nejpůvodnější dimenzi vlastní existence člověk zpravidla utíká do neautentického modu života v každodennosti.

Útěk před tím, co člověku vyjevuje úzkost, do každodenního světského obstarávání, se zásadně odlišuje od uhýbání před něčím ve strachu. To, před čím člověk uhýbá ve strachu, je totiž nějaké ohrožující či škodlivé jsoouco přicházející ze světa. V úzkosti naproti tomu člověk neutíká před jsooucnem ze světa, nýbrž před sebou samým ve své nejvlastnější podobě, která ho děsí – ke světu se naopak obrací. Strach je podle M. Heideggera něčím odvozeným, neboť jeho místo je v neautentickém modu existence, která je ale možná jen jako privace autenticity, resp. uhýbání před ní (a tedy ji nějak, byť netematicky, předpokládá). Strach je podle M. Heideggera „do světa upadlá, neautentická a sobě samé skrytá úzkost.“ (Heidegger, 1996, s. 218).

Pro náš další výklad je třeba zmínit ještě jeden zajímavý moment, který lze nalézt v Heideggerově díle *Bytí a čas*: Heidegger sice rozlišuje mezi úzkostí a strachem a strach definuje jako „neautentickou úzkost“, i samotná úzkost však může být „neautentická“: jelikož člověk žije zprvu a většinou v neautentickém modu rozptýlenosti ve světě, „je 'autentická' úzkost ostatně vzácná. Často je úzkost podmíněna 'fyziologicky'. <...> Úzkost může být fyziologicky vyvolána jen proto, poněvadž pobyt je v základě svého bytí úzkostný“

(Heidegger, 1996, s. 219). Úzkost jako psychiatrická či psychopatologická kategorie je tedy úzkost, která se ohlašuje v neautentickém modu; tato fyziologická úzkost je zároveň fundována v úzkosti bazální, či lépe existenciální, metafyzické, která patří k samotnému základu bytí člověka.

Tematizováním rozdílu mezi metafyzickou a fyziologickou úzkostí jsme se vrátili od filosofie zpět na půdu psychologie, resp. psychiatrie. Na rozdíl od moderního existencialismu, který úzkost v bazálním smyslu považuje za nepůvodnější naladění lidské existence, bývá v rámci psychopatologie a hlubinné psychologie úzkost chápána jako ukazatel duševní nemoci (spolu s M. Heideggerem bychom mohli říci, že se zde jedná o úzkost „neautentickou“, neboť člověk zde nečelí odhodlaně své nejvlastnější možnosti, ale je úzkostí takřkajíc „přepaden“, dopadá na něj nesmyslnost vlastního bytí, je mu úzko z vlastní nezabydlenosti na světě, ale úzkost mu v tomto případě nic doopravdy neodemyká, spíše jej paralyzuje). „Autentická“ a „fyziologická“ úzkost však mají něco společného a tímto společným jmenovatelem se odlišují od fenoménu strachu: zatímco strach je strachem z něčeho ve světě (věci, člověka, situace) a člověk se bojí o své zdraví, o svou existenci, sebeúctu apod., ale zároveň je ve světě pevně zakotven a svět a bytí na světě pro něj mají význam, v úzkosti svět význam ztrácí a odhaluje se osamocenost a nicotnost existence v jejím konečném bytí k smrti. Ve strachu jde o ohrožení bytí zabydleného na světě, v úzkosti se tato zabydlenost rozplývá a problematizuje se samotný smysl lidské existence. A právě *v tomto smyslu* nemá úzkost žádný konkrétní předmět, jelikož žádný konkrétní předmět už pro člověka v naladění úzkosti nemá význam. Předmětem, či lépe tématem úzkosti, je člověk sám ve své nejhlubší podstatě. Strach je strachem z něčeho jednotlivého, konkrétního, určitého. Úzkost je úzkostí z existence, z bytí vůbec.

Pokud bychom chtěli výsledky filosofické analýzy pojmů úzkost a strach aplikovat na psychiatrické kategorie, zjistili bychom, že to, co se v psychiatrické klasifikaci uvádí pod názvem úzkostné poruchy, koresponduje spíše s pojmem „strach“, což ostatně naznačuje již slovo „fobie“ (z řec. fobos = strach) v názvu mnohých z nich, například agorafobie, sociální fobie, specifické fobie. Psychiatrická literatura sice formálně respektuje zavedený

úzus rozlišování úzkosti a strachu podle kritéria přítomnosti, resp. nepřítomnosti intencionálního předmětu (tj. lze či nelze definovat příčinu), psychiatrická klasifikace nicméně pod úzkostné poruchy zařazuje převážně fobie. Fobii lze přitom definovat jako patologicky vystupňovaný strach, který se váže k ohrožujícímu předmětu, případně i k situaci - u některých fobií nelze hovořit o konkrétním „hrozivém“ *jsoucnu* přicházejícím ze světa, je však přesto možné určit jejich příčinu (u sociální fobie je to například strach z odmítnutí, ze zesměšnění apod.), a stále tedy platí kritérium, že jde o strach z „něčeho“. U fobií zároveň není splněna základní podmínka, která odlišuje strach od úzkosti: fobií trpí někdo, pro koho svět a věci v něm neztratily význam, kdo se chce ve světě angažovat, ale bojí se hrozby v podobě jedovatého hada, pavouka, či zesměšnění v sociální situaci. Úzkost naproti tomu prožívá někdo, komu se významuplnost světa rozplývá před očima a smysl vlastní existence přestává být něčím samozřejmým.

Ani tzv. generalizovaná úzkostná porucha, u níž není řeči o konkrétním ohrožujícím *jsoucnu* či situaci, nenaplňuje při bližším pohledu na psychiatrickou symptomatologii přísně vzato definici úzkosti (neustálé očekávání špatných věcí, plačtivost, napětí); jde spíše o jakousi obecnou ustrašenost, vztahující se k různým předmětům či situacím, aniž by některé z nich byly význačné – strach je zde pouze rozložen difúzně. Dotazníky vyvinuté za účelem měření úzkosti, například již zmíněný dotazník STAI (Spielberger, 1980), často zjišťují právě ony pocity tenze, nervozity, strachu, obav atp. - jejich pojetí úzkosti je ve shodě s uvedenou psychiatrickou symptomatologií.

Úzkosti ve smyslu, k němuž jsme dospěli prostřednictvím filosofické analýzy, tj. ve smyslu chybění intencionálního předmětu v důsledku ztráty významnosti světa a zpochybnění smyslu vlastní existence, by tedy odpovídala spíše diagnóza deprese definovaná příznaky, jako je sklíčenost, pesimistická nálada, pocity beznaděje a bezvýchodnosti, prožívání světa v odstínech černé a šedé atd. (Češková, 2001). Je ovšem třeba zároveň připomenout, že se v tomto případě jedná o tzv. „fyziologickou“, s Heideggerem řečeno „neautentickou“ úzkost.

Převedeno do kontextu situace porodu, hovořit o porodní úzkosti či úzkosti z porodu není zcela namístě, pakliže se nejedná o úzkost vyvolanou fyziologicky v tom smyslu, že by porodní situace (či její očekávání) představovala jakýsi „spouštěč“ demaskující zabydlenost lidské existence ve světě jako něco iluzorního, a vyústila v to, co známe z moderní psychiatrie pod názvem deprese (úzkost z bytí vůbec). Dotazníky zaměřené na úzkost (přesněji tedy: na strach) z porodu obsahují položky, které lze rozčlenit zhruba do následujících pěti oblastí: (1) strach z porodních komplikací, poranění a ze smrti (rodičky i dítěte), (2) strach z bolesti, strach z vydanosti na pospas neznámé situaci či neznámým lidem, (3) strach z vlastní neschopnosti a svého chování v průběhu porodu, (4) strach ze ztráty kontroly, (5) strach z medicínských intervencí (Ringler, 1985; Wiklund et al., 2008). Všechny tyto „typy“ strachů je třeba terminologicky uchopit jako „strach“ (a nikoli jako „úzkost“), máme-li být ve shodě s předpokladem akceptovaným v psychologii i psychiatrii, že totiž úzkost nemá určitý intencionální předmět; měření úzkosti v konkrétních, předmětně vymezených dimenzích, je tedy vyloučeno (v úvahu by připadalo spíše zjišťování fyziologických projevů úzkosti či celkové povahy prožívání, byť by ji bylo možné sledovat prostřednictvím položek zohledňujících konkrétní perspektivu porodní situace). Přikláníme se tedy k autorům výzkumů a dotazníkových metod, kteří hovoří o *strachu* (a nikoli úzkosti) z porodu a v následujícím textu budeme respektovat uvedené terminologické rozlišení.

Studie věnované strachu z porodu, resp. strachu při porodu sledují v zásadě tři hlavní témata: důvody či faktory vyvolávající nebo stupňující strach těhotných a rodičích žen z porodu; vliv prožívání strachu těhotnou ženou a rodičkou na průběh porodu; možnosti snižování strachu z porodu u těhotných i u rodiček během samotného porodu.

To, z čeho mají ženy v souvislosti s porodem strach především, bylo již načrtnuto výše. Dotazníky měřící strach z porodu fungují buď na principu vizuální analogové škály, například *Fear of birth Scale* (FOBS), v němž figurují dvě vizuální analogové škály ukotvené slovy „worried/calm“ a „strong fear/no fear“ (Haines et al., 2012), nebo se jedná o multidimenzionální instrumenty, například dotazník *The Oxford Worries about Labour Scale* (OWLS)

sestávající z různých, tematicky vymezených dimenzí (u dotazníku OWLS se například jedná o dimenze *bolest a distres; nejistota; intervence*).

Co se týče vlivu strachu prožívaného při porodu na průběh porodu, není k dispozici příliš velké množství studií; tématem se dlouhodobě zabýval hlavně americký výzkumný tým vedený R. Lederman (1985). Výsledky přitom ukazují, že strach prožívaný při porodu zvyšuje hladiny katecholaminů, což se promítá do délky trvání porodu a frekvence srdečních ozev plodu. Autoři použili při výzkumu dotazník *Labor Anxiety Inventory* (Lederman et al., 1985), který obsahuje položky zařazené do tří dimenzí: *coping, bezpečí a bolest*. Výzkumníci ze Švédska (Alehagen et al., 2005), kteří použili k měření strachu při porodu dotazník *Delivery Fear Scale* (DFS), dospěli k podobným výsledkům: strach při porodu koresponduje se změnami v hladině stresových hormonů a v důsledku toho dochází ke změně děložní aktivity, prodloužení doby trvání porodu, a tím i k většímu vyčerpání rodičích žen.

Strach může rovněž zesílit percepci bolesti (Huizink et al., 2004), přičemž větší bolest dále posiluje strach, takže vzniká spirálovitý pohyb neustálého stupňování bolesti a strachu s neblahými důsledky pro ženu i plod. Souvislost strachu a bolesti jsme zmiňovali již v kapitole věnované psychoprofylaxi, v níž byla řeč o metodě G. Dick-Reada, který předpokládal, že strach vyvolává napětí, napětí bolest a bolest zpětně zvyšuje strach (Šulová, 2005; Wideman & Singer, 1984). Snížení strachu u rodičích žen by tedy mohlo přispět nejen k většímu komfortu v průběhu porodu a lepšímu porodnímu zážitku se všemi pozitivy, která z něj plynou, ale i k nižší spotřebě analgezie a anestezie v průběhu porodu; někteří autoři nicméně navrhují spíše opačnou cestu: snížení strachu právě prostřednictvím analgezie (Čepický, 1993).

Ke snížení strachu přispívá podle studií především pocit jistoty a bezpečí (Ringler, 1985). Tento pocit žena získá v první řadě tím, že bude mít v průběhu porodu dostatečnou sociální oporu, ať už v podobě duly, přítelkyně, „vlastní“ porodní asistentky či partnera (viz kapitola 1.1.2.). K odbourání strachu rodičí ženy přispěje především vstřícnost a empatie zdravotníků, jejich schopnost vzbudit v ní pocit, že jsou tu pro ni, že se na ně může spolehnout a že jí budou k dispozici, kdykoli je bude potřebovat. Zdravotníci mohou snížit

strach rodičky i tím, že jí umožní, aby si zachovala kontrolu nad průběhem porodu, tj. zapojí ji do rozhodování o způsobu vedení porodu, pokud si to žena přeje.

1.1.5 Psychologické aspekty porodu císařským řezem

Podíl porodů císařským řezem v poslední době rapidně vzrůstá, a to nejen v zahraničí, ale i v České republice – císařským řezem se u nás rodí téměř každé čtvrté dítě (Roztočil, 2012), ve Spojených státech téměř každé třetí (Martin et al., 2007). Z celkového počtu císařských řezů je zhruba 30 % těchto operací výsledkem neindikované a nadměrné aktivity lékařů (Roztočil, 2012) a podle Americké gynekologicko-porodnické společnosti jsou přibližně 2,5 % porodů vedena císařským řezem na přání rodičky (Kalish, McCullough, & Chervenak, 2008). Ve švýcarské studii, na níž participovalo 201 žen, preferovalo zhruba 10 % žen císařský řez (bez lékařské indikace) před vaginálním porodem a dalších cca 8 % tuto možnost zvažovalo (Tschudin et al., 2009). Vysoký zájem o porod císařským řezem ze strany rodiček byl zjištěn i v anglických a amerických dotazníkových šetřeních – projevilo jej 13 až 20 % těhotných žen (Johanson et al., 2001; Lapeyre et al., 2004). Tyto výsledky odporují závěru přehledové studie, kterou provedli McCourt et al. (2007), že císařský řez preferuje jen velmi malý počet žen.

Varovná čísla upozorňující na každoroční nárůst podílu porodů císařským řezem nutí mnohé porodníky k zamyšlení nad tím, co je vlastně příčinou nadužívání císařských řezů v tzv. vyspělém světě a co vede některé ženy k tomu, aby tuto variantu upřednostňovaly před vaginálním porodem. Jak uvádí A. Roztočil (2012), mnozí porodníci považují císařský řez za „bezpečnější“ variantu ve forenzním smyslu – ženy, které se soudí s porodnicí (a v tomto oboru je obecně mnohem více žalob, než v jiných medicínských oborech), se soudí zpravidla proto, že jim císařský řez proveden nebyl, a nikoli proto, že jim proveden byl. Dojde-li ke komplikacím (např. porod koncem pánevním) a vedení porodu přirozenou cestou sice není a priori vyloučeno, ale představuje určité riziko, v případě vedení porodu přirozenou cestou a následného poško-

zení plodu lékař obtížně zdůvodní, proč císařský řez neprovedl; císařský řez ovšem rovněž představuje nemalé riziko pro ženu i dítě a může vést k závažným komplikacím i ke smrti rodičky – ale i v tomto případě lékař snáze zdůvodní, proč císařský řez provedl a že komplikace byla neodvratná (Čepický, 2009).

Studie, které zkoumají motivy žen pro volbu plánovaného císařského řezu, dospívají k závěru, že rozhodnutí ženy požádat o císařský řez je buď vedeno racionálními důvody, jako je například prevence inkontinence, perineálního traumatu či narušení sexuální funkce, případně eliminace stresu dítěte, který by prožívalo při vaginálním porodu, nebo je emocionálního rázu: strach z bolesti, ze ztráty kontroly, ze smrti, či strach z porodu na základě předcházející traumatické porodní zkušenosti (Tschudin et al., 2009). Jako nejvýznamnější prediktory přání rodit císařským řezem byly identifikovány předcházející císařský řez (elektivní i akutní), věk (císařský řez žádají starší rodičky), parita, lékařská diagnóza a negativní porodní zkušenost (Hildingsson, 2008; Tschudin, 2009, Wiklund et al., 2008). Ženy, které preferovaly porod císařským řezem, vykazovaly větší strach z porodu, samotný strach z porodu však nebyl identifikován jako významný prediktivní faktor pro volbu porodu císařským řezem (Tschudin, 2009). V literatuře je nicméně souvislost mezi strachem z porodu a elektivním císařským řezem na přání rodičky obecně přijímána (Wiklund et al., 2008).

Zajímavá zjištění přinesl výzkum, který provedli R. Al-Mufti et al. (1996) v Londýně: rozeslali anonymní dotazník porodníkům a tázali se jich, zdali by sami u sebe (či u svých partnerek) volili v případě nekomplikovaného těhotenství vaginální porod nebo císařský řez. Z téměř 300 porodníků by si 17 % zvolilo plánovaný císařský řez, přičemž ze skupiny porodníků-žen by si plánovanou sekci zvolilo dokonce 31 % respondentek. Jako důvody uváděli porodníci nejčastěji obavy z perineálního traumatu vedoucího ke stresové inkontinenci a porušení análního sfinkteru. Dalšími důležitými motivy pro jejich příklon k variantě císařského řezu byly i obavy z dlouhodobého efektu vaginálního porodu na sexuální funkci a rovněž obavy o zdraví dítěte. Zcela opačné výsledky však přinesl výzkum provedený mezi porodními asistentkami

(Dickson & Willett, 1999): 95 % dotázaných porodních asistentek odpovědělo, že by preferovaly vaginální porod. Z těchto výsledků lze usuzovat, že porodníci, kteří jsou častěji přítomni u komplikovaných porodů, mají z případného vlastního porodu větší obavy než porodní asistentky, které se častěji setkávají s porody nekomplikovanými a navíc jsou více než porodníci angažovány v péči o ženu po porodu a uvědomují si proto zřetelněji, že péče o dítě je po porodu císařským řezem mnohem obtížnější než po porodu vaginálním (Aslam, Gilmour, & Fawdry, 2003). Z výsledků uvedených dvou průzkumů lze usoudit, že radí-li se těhotná žena se zdravotníkem o způsobu vedení svého porodu, jinou radu si patrně odnese od porodní asistentky a jinou od porodníka.

Ženy s plánovanou sekci hodnotí svůj porod podstatně lépe než ženy po sekci akutní a některé studie udávají, že dokonce i lépe než ženy po vaginálním porodu (Graham et al., 1999). Podle studie, kterou provedli T. Saisto et al., (2001), představuje akutní císařský řez jeden z nejsilnějších prediktorů nespokojenosti s porodním zážitkem. Ženy po akutním císařském řezu byly rovněž méně spokojeny s péčí v porodnici než ženy po porodu vaginálním, vaginálním s komplikacemi a plánovanou sekci (Takács, Sněhotová, & Hoskocová, 2012). Prožívání císařského řezu se zásadně odlišuje u žen, které rodily sekci plánovanou, a u žen, které podstoupily císařský řez jako akutní operaci, neboť tyto ženy mají méně času na to, aby se s nutností podstoupit operaci vyrovnaly a psychicky se na ni připravily (Somera, Feeley, Ciofani, 2010). Akutní císařský řez dále prožívají výrazně hůře ženy, které vykazovaly silný strach z porodu a rovněž ženy úzkostné (Wijma, Ryding, & Wijma, 2002).

E. Ryding et al. (1997) poukázali na to, že většina žen prožívá akutní císařský řez jako psychické trauma. Zhruba polovina žen po akutní sekci z jejich výzkumného souboru trpěla dva měsíce po porodu různými formami posttraumatické stresové reakce, ačkoli žádná z žen nesplňovala všechna kritéria posttraumatické stresové poruchy (PTSD) – soubor ovšem čítal pouze 25 žen. To, že neplánovaný císařský řez je asociován s výskytem PTSD, nicméně potvrdila i studie s rozsáhlým výzkumným souborem (Stramrood et al., 2011).

Kvalitativně zaměřený výzkum na téma prožívání akutního císařského řezu (Ryding, Wijma, & Wijma, 1998) ukázal, že většina žen prožívala při zprávě, že je pravděpodobně čeká císařský řez, smutek, zklamání a strach, a vzápětí poté, co byla tato varianta potvrzena, pocítovaly většinou naopak úlevu, protože měly za to, že je jejich problém vyřešen a že budou mít porod brzy za sebou. Bezprostředně po operaci byly pocity žen smíšené – některé cítily zlost a vztek, a to především tehdy, pokud se domnívaly, že s nimi personál nezacházel dobře. Pocity štěstí převažovaly u těch žen, které viděly své dítě hned po porodu. Stejní autoři (Ryding, Wijma, & Wijma, 2000) se o dva roky později pokusili identifikovat vzorce odpovědí žen na otázky týkající se jejich pocitů před touto operací a po ní. Ve své analýze rozlišili 4 skupiny žen podle následujících 4 typů odpovědí (rozhovory se ženami vedli 1-9 dní po porodu):

1. „*důvěra a jistota, ať se děje cokoli*“ - tyto ženy měly před porodem důvěru jak v sebe, tak i v ošetřující personál, a tuto důvěru si zachovaly i po porodu;
2. „*pozitivní očekávání a následné zklamání*“ - tyto ženy nejprve prožívaly naději, ale později pocítovaly úzkost, zklamání a dokonce i zlost;
3. „*strach a následná úleva*“ - tyto ženy prožívaly strach při příjezdu do nemocnice, avšak poté, co jim bylo řečeno, že bude nevyhnutelné provést císařský řez, pocítily úlevu;
4. „*zmatek a amnézie*“ - tyto ženy si na svůj porod nezachovaly žádné vzpomínky až do chvíle, kdy spatřily své dítě.

Novější studie (Somera, Feeley, & Ciofani, 2010) identifikovala 7 hlavních témat, která hrála roli při popisu zkušeností žen s akutním císařským řezem:

1. „*Císařský řez jako nejlepší volba v dané situaci*“ – ženy popisovaly úlevu, neboť prioritou pro ně bylo zdraví dítěte a domnívaly se, že císařský řez je záchranou a nejlepším řešením v situaci komplikovaného porodu;
2. „*Neměla jsem kontrolu nad tím, co se se mnou dělo*“ – ženy popisovaly, že v situaci akutního císařského řezu nemohly mít pod kontrolou sekvenci událostí, které se odehrávaly po rozhodnutí, že jim bude proveden císařský řez; mnohé z nich prožívaly pocity bezmocnosti, cítily se nepotřebné, nevěděly, jak

mohou v nastalé situaci prospět; mohly jen čekat na to, co udělají lidé okolo nich;

3. „*Všechno dobře dopadne*“ – mnohé ženy se snažily získat ztracenou kontrolu nad situací alespoň „ovládnutím“ svých myšlenek, které se k blížící se operaci vztahovaly; snažily se samy sebe přesvědčit, že vše dobře dopadne; tyto pozitivní myšlenky jim pomáhaly zmírnit stres;

4. „*Byla jsem tak zklamaná*“ – jedním z hlavních témat bylo zklamání žen z toho, že se nenaplnila jejich očekávání o průběhu porodu; z literatury je známo, že právě naplnění těchto očekávání patří mezi nejsilnější prediktory spokojenosti žen s porodem a s péčí v porodnici;

5. „*Byla jsem tak vyděšená*“ – ženy popisovaly intenzivní strach o sebe a o dítě, zvažovaly nejhorší scénáře (vlastní smrt, smrt dítěte) a obávaly se následků operativního porodu; bály se i bolesti a nejistoty;

6. „*Nemohla jsem tomu uvěřit*“ – dalším důležitým momentem byla reakce popření, která se objevila u většiny žen; žádná z žen totiž s možností císařského řezu nepočítala, připravovaly se na vaginální porod a zpráva o nevyhnutelnosti operace pro ně představovala šok; nechtěly si připustit možnost, že císařský řez čeká právě je;

7. „*Těšila jsem se*“ – objevily se však i pozitivní emoce; stejně jako v předchozím citovaném výzkumu (Ryding, Wijma, & Wijma, 2000) ženy pociťovaly radost a úlevu, že už budou mít porod za sebou; také se těšily na dítě.

V našem výzkumu spokojenosti žen s péčí v českých porodnicích, na němž participovalo 1195 žen (Takács et al., 2012), se ukázalo, že ženy, které porodily císařským řezem, byly s péčí v porodnici spokojeny signifikantně méně: hodnotily hůře přístup zdravotnického personálu na porodnickém oddělení a měly omezenější možnost kontaktu se svým dítětem po porodu. V mnohých českých porodnicích nemohou ženy po císařském řezu vidět své dítě i několik dní po porodu, často nevědí, kde jejich dítě je, a nemají zprávy o tom, jaké zákroky a vyšetření jejich dítě podstupuje. Ženy po císařském řezu jsou většinou hospitalizovány na jednotce intenzivní péče, zatímco novorozenci na novorozeneckém oddělení; organizační pravidla porodnice však často neumožňují

včasný a dostatečný kontakt matky a novorozence, což může mít nežádoucí dopad na ranou interakci mezi matkou a dítětem a na zahájení kojení.

Z výsledků výše uvedených výzkumů zaměřených na psychologické aspekty porodu císařským řezem lze vyvodit některá doporučení pro praxi:

1. informaci o tom, že je třeba provést císařský řez, je třeba ženě podat v pozitivním „zarámování“, tj. nesoustředit se v hovoru na samotnou operaci, jako spíše na to, co pozitivního přinese (je to nejlepší volba v dané situaci, ochrání zdraví rodičky i dítěte, je to nepříjemná procedura, ale děje se „pro dobro věci“, už brzy uvidí své dítě atd.);
2. ženy velmi stresovalo to, že je operace neočekávaná (jak již bylo řečeno, plánovaný císařský řez ženy prožívají mnohem pozitivněji než tutéž operaci, je-li jim provedena akutně), je proto třeba usilovat o to, aby žena měla k dispozici maximum informací o tom, co se s ní dále bude dít, jak bude operace probíhat atd.; je třeba, aby žena měla pocit, že je další dění předvídatelné;
3. je vhodné ženu v maximálně možné míře zapojit do rozhodování o okolnostech operace a poskytnout jí k tomu dostatek informací – tím získá pocit, že si nad tím, co se s ní děje, udržuje kontrolu;
4. ženy chtějí znát důvody, které zdravotníky vedly k jejich rozhodnutím o provedených intervencích - zvláště vzdělanější ženy potřebují rozumět tomu, co a proč se s nimi děje;
5. velmi důležité je i to, aby ženy ihned po porodu dostaly informace o zdravotním stavu svého dítěte a aby své dítě mohly co nejdříve vidět a kojit.

1.1.6 Psychologická péče o rodiče při perinatální ztrátě

Odumření plodu během těhotenství je pro rodiče smutná a silně traumatizující událost. Čím blíže k termínu porodu k ní dojde, tím hůře se s ní žena, její partner a jejich blízcí příbuzní vyrovnávají; extrémně traumatizující je pak pro ženu období od stanovení diagnózy do vlastního porodu – mnoho žen prožívá

pocity úzkosti a deprese. Lépe se s touto diagnózou vyrovnávají rodiče dítěte, u něhož bylo předtím diagnostikováno těžké postižení (Binder, 2007).

Sdělit ženě, že plod v děloze odumřel, vyžaduje maximální míru citlivosti a respektu a samozřejmostí je dodržování etických pravidel. Diagnózu by měl sdělovat vedoucí pracoviště či jeho zástupce, sdělení by měl být přítomen i partner ženy (pokud ji na vyšetření doprovází) a naopak by neměly být přítomny žádné další osoby (medikové, studentky porodní asistence atd.). Informace poskytnuté personálem by měly být srozumitelné a jednotné, tj. informace by měl mít pověření poskytovat pouze omezený počet osob (Binder, 2007).

Dojde-li k úmrtí dítěte při porodu nebo krátce po porodu, aniž by předtím byly známy jakékoli komplikace a rizika, situace je o to vážnější, neboť pár neměl čas se na tragickou zkušenost připravit; radostně očekávaná událost se náhle a neočekávaně mění v životní tragédii a zklamání. Rodiče prožívají při perinatální ztrátě intenzivní pocity viny, bezmoci a selhání. Některé ženy mohou trpět pocity vlastní nedostatečnosti a selhání ve své mateřské roli a mohou se obávat, že je proto partner opustí. Zároveň se na straně rodičů někdy objevuje snaha najít viníka; někteří z nich žádají o prošetření toho, zdali lékaři něco nezanedbali.

Co se týče dopadu na vztah páru, jak uvádí T. Binder (2007), většina párů se vyrovnává lépe s porodem mrtvého plodu než s narozením hendikepovaného dítěte – porod mrtvého plodu pár spíše stmelí, zatímco narození postiženého dítěte naopak spíše rozdělí: péče o hendikepované dítě je náročná a vysilující, žena často rezignuje na své zaměstnání, zůstává s dítětem doma a péče o ně jí zabírá většinu času; společný život páru je následkem toho značně omezen. Studie, které srovnávaly manželskou spokojenost u párů, které prošly perinatální ztrátou, a u párů, kterým se narodilo zdravé dítě, nezjistily mezi těmito dvěma skupinami zásadní rozdíly (Hughes, 1998).

Negativní pocity a především pocity viny a selhání však v případě perinatálního úmrtí neprožívají pouze rodiče, nýbrž i zdravotnický personál. Perinatální mortalita je vizitkou každé kliniky a perinatální úmrtí je v očích zdravotníků automaticky spojeno s myšlenkou, že by mu bylo bývalo možné

zabránit. Zvláště mladí lékaři, porodní asistentky či sestry se navíc mohou jen těžko ubránit pocitu identifikace s rodiči a představám, že by se něco takového mohlo stát i jim samotným. Není pak snadné zachovat si zdravou rovnováhu mezi účastí a distancí. Cullberg (1972) vyzoroval u zdravotnického personálu následující reakce:

- vyhýbání se situaci, minimalizaci kontaktu s nedělkou (či rychlé propuštění ženy z nemocnice);
- projekci vlastních pocitů viny na rodičku např. (výčitky, že v těhotenství kouřila, přibrála příliš na váze);
- popření situace a doporučení typu „zapomeňte na to co nejrychleji“ nebo „pořídte si co nejrychleji další dítě“, případně podávání sedativ.

Pro zdravotnický personál by měla být samozřejmostí možnost navštěvovat supervize (např. Bálintovské skupiny) s kompetentní profesionální podporou, nezbytné je provádění psychohygienických opatření.

K. Ratislavová a J. Beran (2010) uvádějí, že v zahraniční literatuře jsou první zmínky o nutnosti psychické podpory ženy při perinatální ztrátě v roce 1950. Podle P. Hughes (1998) nebyla ještě v 60. letech lékaři ve Velké Británii považována perinatální ztráta za skutečnou ztrátu blízké osoby a za událost, již je třeba věnovat vážnou pozornost. Ještě v 70. letech bylo považováno za škodlivé, aby matka viděla a mohla držet své mrtvé dítě, nebo aby dokonce nechala své mrtvě narozené dítě pohřbít. Doporučovalo se povzbuzovat matky k potlačení ztráty a k jejímu nahrazení dalším dítětem. Namísto toho, aby se matka mohla s dítětem seznámit, se novorozenec v porodnici rychle někam „ztratil“ v dobrém úmyslu zdravotníků, aby její trauma bylo co nejmenší. Postupem času se však tento postup začal jevit jako problematický. Narůstala literatura o tom, že rodiče cítí potřebu vidět své mrtvě narozené dítě a rozloučit se s ním, množily se případové studie o matkách, které své mrtvorozené dítě neviděly a vnímaly to jako velmi traumatizující.

Četné výzkumy sledovaly otázku, jak se vyrovnávají se ztrátou rodiče, kteří se se svým dítětem mohli rozloučit, a rodiče, kteří tuto možnost neměli. Výsledky vyznívají ve prospěch rodičů, kteří se se svým dítětem rozloučili (Kirk & Schwiebert, 1992). Objevují se nicméně i varování proti rutinnímu doporučení fyzického kontaktu s mrtvým dítětem, neboť pro některé rodiče může být tento kontakt velmi stresující a může vést až k rozvoji PTSD (Badenhorst, 2007). Je zřejmé, že tak krajní situace, jakou je perinatální ztráta, vyžaduje přísně individuální přístup a respekt k tomu, co si rodiče přejí a nepřejí.

Trauma, které rodiče prožívají při perinatální ztrátě, lze jen obtížně zvládat, neboť rodiče neměli možnost začít novorozence vnímat jako samostatnou, od matčina těla oddělenou bytost – nemají žádné vzpomínky na společný život s dítětem, a jediné, k čemu se mohou upínat, jsou jejich představy, fantasmie a přání vztahující se k dítěti, která si vytvořili během těhotenství. Proto je důležité, aby rodiče své mrtvé dítě po porodu viděli, a přejí-li si to, aby se ho mohli dotýkat. Jen tak si totiž mohou o dítěti utvořit reálnou představu, což jim umožňuje, aby se s ním mohli rozloučit a mohl u nich započít „zdravý“ proces truchlení. Rodiče by své dítě měli vidět i proto, aby si nezačali vytvářet hroživé fantasmie o tom, jak dítě vypadá a jaká má postižení (Ringler, 1985; Ratislavová & Beran, 2010).

Z psychologického hlediska není pro ženu vhodné rychlé „ukončení“ období šestinedělí a podávání vysokých dávek sedativ, stejně tak není vhodné izolovat ženu v porodnici od ostatních nedělek, a to i navzdory tomu, že pro ni může být kontakt s nedělkami, které mají zdravé děti, traumatizující a může v ní posilovat pocity bezmoci, úzkosti a viny (Ringler, 1985). Izolace od ostatních (je nicméně žádoucí, aby žena s partnerem měli vlastní pokoj), sedativa, případně rychlé propuštění z porodnice mohou vést k popření situace a tím i k narušení procesu „zdravého“ truchlení; po rychlém propuštění z porodnice se žena navíc ocitá mimo bezprostřední dosah profesionální pomoci. Pokud je jí včas poskytnuta dostatečná podpora (ideální je, pokud s ní může být neustále její partner), mohou se u ní (resp. u obou rodičů) spustit přirozené reakce

a smutek může být adekvátně zpracován, aniž by se rozvinul ve smutek patologický.

M. Klaus a J. Kennell (1982) doporučují, aby rodičům byla „přidělena“ sestra či lékař, kteří s nimi budou o jejich situaci dostatečně dlouho a hlavně pravidelně mluvit. Úkolem podpory zdravotníka je pomoci rodičům, aby mohli prožít ztrátu jako něco reálného a mohli započít proces „zdravého“ truchlení a rovněž to, aby bylo zajištěno, že budou v porodnici respektovány jejich individuální potřeby. Doporučuje se, aby se zdravotník s rodiči setkal třikrát: poprvé hned po smrti dítěte, kdy se rodiče sice nejsou ještě schopni soustředit na nic jiného, než na své pocity; již v tuto dobu je jim však vysvětleno, jaké jsou obvyklé fáze truchlení, jaké průvodní jevy je provázejí a jaký dopad může mít truchlení na jejich vzájemný vztah. Podruhé se s rodiči zdravotník sejde 2 až 3 dny po tragické události, přičemž nejdůležitější je, aby nechal rodiče mluvit o jejich pocitech a ujistil je, že jsou tyto pocity normální. Potřetí se s rodiči sejde 3 až 6 měsíců po smrti dítěte, ujistí se, že proces truchlení probíhá normálně, resp. že se u rodičů neobjevují příznaky patologického smutku, jako je například přehnaná aktivita a vyhýbání se negativním pocitům, psychosomatická onemocnění, změny ve vztazích s přáteli a známými, silné nepřátelství vůči určitým osobám, sebepoškozování, poruchy spánku a vyčerpání.

Někdy se i v současnosti rodičům doporučuje, aby co nejrychleji počali další dítě. To ovšem není ideální varianta. Žena by měla znovu otěhotnět teprve poté, co byla traumatická zkušenost úmrtí dítěte dobře zpracována a odžita; jakmile tomu tak není, mohou mít děti počaté krátce po perinatální ztrátě velmi zatěžující status tzv. „náhradních dětí“, které nejsou vnímány jako samostatné osobnosti, což u nich v budoucnosti může vyústit v poruchy osobnosti související s problémem identity či dokonce v psychiatrické onemocnění - rodiče si tyto děti často buď idealizují, nebo je naopak považují za horší než bylo dítě, které zemřelo; výjimečné není ani ambivalentní chování (Hughes, 1998). Skutečnost je ovšem taková, že více než 90 % žen, u nichž došlo k perinatální ztrátě při prvním těhotenství, znovu otěhotní do 1 roku od porodu. U žen, které již předtím porodily jedno či dvě zdravé děti, je situace

variabilnější. Záleží především na věku ženy a také na tom, jak moc pár touží po dalším dítěti (Binder, 2007). Rodiče jsou též po perinatální ztrátě ve vztahu k dalšímu dítěti často úzkostnější a u takových dětí se může objevit *syndrom zranitelného dítěte* (vulnerable child syndrom) (Hughes, 1998).

K usnadnění „zdravého“ procesu truchlení jsou doporučovány mnohé rituály. Bylo již řečeno, že je důležité, aby rodiče (přejí-li si to) své mrtvě narozené dítě viděli a stalo se pro ně reálným, čímž se zároveň redukuje jejich fantasie o něm a o jeho postižení, které mohou být často horší než samotná skutečnost. Mezi tyto rituály patří například vyfotografování dítěte a shromažďování vzpomínkových předmětů (pramínek vlasů, otisk ručičky nebo nožičky, ultrazvukový snímek, oblečení, které mělo dítě na sobě). V tomto ohledu může rodičům též velmi pomoci personál; nemají-li, ponoření do intenzivního smutku, myšlenky na shromažďování předmětů souvisejících s jejich dítětem, mohou pro ně zdravotníci tyto předměty přichystat a pomoci jim tak zachovat si na dítě vzpomínky.

K. Ratislavová a J. Beran (2010) provedli průzkum v českých perinatologických centrech, v němž zjišťovali podmínky péče při porodu mrtvého plodu. Zjistili, že sice většina perinatologických center umožňuje matkám (rodičům) vidět jejich mrtvorozené dítě, jen 3 z 11 center však poskytují rodičům upomínky na dítě a všechna tato tři centra se nacházejí na Moravě.

Pro péči o rodiče, kteří utrpěli perinatální ztrátu, platí totéž, co konstatují D. Sobotková a Z. Štembera (2003c) s ohledem na rodiče rizikových novorozenců: psychologická a psychoterapeutická péče by měla být samozřejmostí a zařazení psychologa či psychoterapeuta do klinického týmu by mělo do budoucna představovat jednu z hlavních priorit v procesu zlepšování kvality péče poskytované v českých porodnicích.

1.1.7 Poporodní psychické poruchy a jejich prevence

O poporodních psychických poruchách se zmiňuje už Hippokratés, první podrobnější popis poporodní psychózy však podal až francouzský psychiatr Louis Marcé v roce 1858 (Trede et al., 2009). Poporodním psychickým poru-

chám nicméně nebyla věnována větší pozornost až do 60. let minulého století, kdy si Ralph Paffenberger (1961, 1964) všiml enormně častého příjmu šestinedělek na psychiatrických odděleních. Mezi hlavní poporodní psychické poruchy patří tzv. „baby blues“, postpartální deprese a poporodní psychózy. Nejčastěji se objevují poruchy afektivní, výjimečné však nejsou ani poruchy přizpůsobení, attachmentu, obsesivně-kompulzivní, úzkostné a schizofrenie (Robinson & Stewart, 2001).

Psychika žen je v období šestinedělí vystavena značné zátěži: po prožití porodu následuje nutnost adaptace na novou roli matky a zvládnání často náročné a vysilující péče o dítě. V organismu ženy dochází k náhlému výraznému poklesu hladin ženských pohlavních hormonů a kromě hormonálních změn působí mnoho dalších stresorů (např. krevní ztráty, fyzická zátěž). V období šestinedělí proto existuje zvýšené riziko výskytu duševních poruch, zejména depresí (Raboch, 2001). Postpartální krize přitom stále patří mezi společenská „tabu“ a mnohé ženy se se svými pocity přetížení, nespokojenosti či agresivity vůči dítěti nerady svěřují, neboť se domnívají, že ony jsou jediné, kdo se se svou situací neumí bez potíží vyrovnat, a prožívají pocity viny a selhání. Ženy jsou navíc svými negativními pocity vůči dítěti a mateřské roli často zaskočeny; představovaly si sebe sama v roli šťastné matky a nepočítaly s tím, že budou pociťovat smutek, nebo dokonce agresi či prázdnotu.

Nejčastější a zároveň nejméně závažnou psychickou poruchou po porodu jsou poporodní subdeprese, či tzv. „baby blues“. Objevují se u 50 – 70 % rodiček, a to zpravidla 3. až 6. den po porodu (Sobotková & Štembera, 2003c; Raboch, 2001). Trvají jen krátce a nepředstavují tudíž závažnou překážku pro vytváření vztahu matky k dítěti. Za jejich hlavní příčinu je považován pokles hladiny progesteronu a estrogenu po porodu. Pravděpodobnost jejich výskytu je vyšší, má-li žena za sebou negativní porodní zážitek a je-li po porodu odloučena od svého dítěte (Weimer, 2007). Mezi další prediktory patří parita (poporodní subdeprese jsou více ohroženy prvorodičky), nižší ekonomický status, neplánované těhotenství, protražovaný porod, problémy s kojením, psychické a partnerské problémy v těhotenství, nižší sebevědomí

(self-esteem) ženy a krátké časy spánku novorozence (Moslemi et al., 2012; Séjourné et al., 2008).

Jako symptomy poporodní subdeprese lze uvést plačtivost, smutek, poruchy spánku, popudlivost, vztek, strachy, vyčerpání, problémy s myšlením a s pamětí, napětí, neklid, změny nálady. Prevencí je především citlivý přístup k rodičce během porodu, zachování její kontroly nad procesem porodu průběžným informováním o vývoji porodu a plánovaných zákrocích a vyšetřeních, a to ve vstřícné a podpůrné atmosféře. Preventivní účinek má rovněž podpora raného kontaktu matky a dítěte, pomoc matce při péči o dítě a empatický rozhovor o porodním zážitku. Nezastupitelnou roli hraje samozřejmě podpora partnera v průběhu porodu a v šestinedělí.

Závažnější poruchu představuje poporodní deprese, jejíž první symptomy se objevují během prvních třech měsíců po porodu. Postihuje 10 - 15 % rodiček (Raboch, 2001). Počátek poporodní deprese se může projevovat jako únava a vyčerpání, k tomu se přidružuje vnitřní pocit prázdnoty, beznaděje a úzkosti. Toto onemocnění má vážné dopady na psychický stav matky a na utváření jejího vztahu s dítětem; v důsledku toho může dojít k narušení emočního i kognitivního vývoje dítěte (Sobotková & Štembera, 2003c; Weimer, 2007; Raboch, 2001). Depresivní matky mohou vůči dítěti pociťovat agresivitu a zlost, hůře reagují na jeho projevy, jako je úsměv či oční kontakt, nejsou schopny zvládat péči o ně a mají excesivní strachy o jeho zdraví. Prožívají zároveň silné pocity viny a smutku, protože jejich chování k dítěti neodpovídá „mateřskému mýtu“ a protože vědí, že dítě svým chováním poškozují. Ocítají se v „emočním chaosu“, který nemají pod kontrolou a který zásadním způsobem deformuje jejich prožívání a chování.

Mezi příznaky poporodní deprese patří plačtivost a náhlé návaly slz; ženy s poporodní depresí se cítí permanentně přetížené, smutné, úzkostné, prožívají beznaděj. Dlouhodobě u nich převládají negativní myšlenky a pocity. Projevy jsou v podstatě podobné, jako u poporodních blues (podrážděnost, vztek, poruchy spánku, únava, pocity přetížení, problémy s myšlením a koncentrací), ovšem silnější, přičemž se přidávají další symptomy, jako je například nechut' k jídlu, pochybnosti o sobě, ztráta zájmu o obvyklé aktivity,

somatické projevy (bolesti hlavy a žaludku) a myšlenky na sebevraždu (Weimer, 2007). Předpokládá se multifaktoriální podmíněnost poporodní deprese – obecně se za faktory zapříčiňující její rozvoj považují faktory biologické (hormonální změny, spánkový deficit, poruchy funkce štítné žlázy, užívání léků), faktory spojené s těhotenstvím, porodem a kojením (komplikace v těhotenství, negativní porodní zážitek, sterilizace, ukončení kojení), psychické faktory (smrt blízkého člověka, izolace) a faktory vztahové (vztah matka-dítě, vztah ke starším dětem, vztah k partnerovi, vztah k vlastní matce, vztahy k přátelům).

K diagnostice deprese se nedoporučuje užívat klasických klinických škál depresivity, neboť v nich nedělky často dosahují patologických hodnot (Sobotková, Štembera, 2003c). Vhodnou metodou je *Edinburghská škála postnatální deprese*, EPDS (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), která byla převedena do češtiny a ověřena pro českou populaci V. Břicháčkem a kol.

I v případě poporodních depresí lze uskutečnit některá preventivní opatření. Jedná se zejména o včasnou detekci rizikových rodiček a poskytnutí psychosociální intervence; jako účinná se ukázala rovněž dynamická psychoterapie, dále prenatální poradenství a nácvik relaxace (Robinson & Stewart, 2001).

Nejzávažnější skupinou poporodních psychických poruch jsou psychotická onemocnění, která začínají zpravidla v prvních 14 dnech až 3 týdnech po porodu (mohou se však rozvinout i později) a vyskytují se u 0,1 – 0,2 % žen, z čehož se v 70 – 80 % případů jedná o těžší psychotické deprese (Raboch, 2001; Robinson & Stewart, 2001). Rizikové faktory pro rozvoj poporodní psychózy jsou parita (vyšší riziko mají primipary), vyšší věk a rodinný stav (vyšší riziko mají svobodné ženy). Vysoké riziko se vyskytuje i u žen, které v minulosti trpěly bipolární afektivní poruchou (Kleynhans, 2011).

Prodromální symptomy zahrnují poruchy spánku, únavu, depresi, iritabilitu a emocionální labilitu. Matka není schopna starat se o své dítě, cítí se zmatená, popletená, žije jakoby ve snu a může mít potíže s pamětí. Bylo již řečeno, že puerperální psychóza se nejčastěji projevuje jako afektivní porucha, jedná se o tzv. psychotickou depresi; žena je plačtivá, prožívá poruchy spánku

a ztrácí chuť k jídlu, přepadají ji pocity viny a bezcennosti, může trpět bludy, že je její dítě mrtvé nebo nějak postižené, může popírat, že porodila, mohou se objevovat halucinace, které jí přikazují, aby dítěti ublížila. Poporodní psychóza však může mít i formu mánie či schizofrenie (Robinson & Stewart, 2001).

V literatuře jsou zmiňovány i postpartální úzkostné poruchy, které mohou (a nemusí) být spojeny s panickou atakou, a postpartální obsedantně-kompulzivní porucha. Pozornost je však třeba věnovat i posttraumatické stresové poruše (PTSD) spojené s porodem. Tato porucha začala být se situací porodu spojována teprve nedávno - mezi odborníky se vedly spory, zdali je porod opravdu stresovou událostí takového druhu, aby mohla být posuzována jako možný zdroj PTSD (Vythilingum, 2010; Lyons, 1998). Událost, po níž může podle DSM III-R následovat PTSD, musí být mimořádná a musí se vymykat běžné lidské zkušenosti – porod však zažívají miliony žen a ačkoli jde o zkušenost v životě jednotlivé ženy výjimečnou, posuzovat ji jako „vymykající se běžné lidské zkušenosti“ je problematické.

V revidované verzi DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) je však diagnostické kritérium PTSD formulováno následovně:

Osoba byla vystavena traumatické události, kdy

- zakoušela nebo byla svědkem, nebo byla konfrontována s událostí smrti či událostí ohrožující na životě nebo hrozící vážným zraněním, nebo ztrátou fyzické integrity jí samotné či druhých;
- prožívala intenzivní strach, bezmocnost, ztrátu kontroly nebo hrůzu.

Klasické symptomy PTSD jsou: vtíravé myšlenky a obrazy, noční můry, extrémní ostražitost, vyhýbání se situacím a místům, kde se událost stala, znovuprožívání události v živých myšlenkách, snech či fantasiích, částečné narušení vzpomínek na událost, často v kombinaci s depresivními symptomy (Raboch, 2001; Lyons, 1998). Tyto symptomy přetrvávají déle než měsíc a výrazně zasahují do sociálního a pracovního fungování člověka. Při takto nastavených kritériích bylo identifikováno 1,5 – 5,6 % rodiček, které naplňovaly symptomatologii PTSD v plné šíři v době 6 týdnů po porodu a 24 – 33

% žen naplňovalo kritéria PTSD částečně (Vythilingum, 2010). Případové studie skutečně potvrzují, že některé ženy po porodu prožívají PTSD (Ballard, Stanley, & Brockington, 1995). Je poukazováno na podobnost mezi traumatickou porodní zkušeností a znásilněním a na to, že některé ženy zažívaly při porodu ponížení, nedůstojné zacházení v cizím a nepřátelsky naladěném prostředí, v němž měly pocit bezmoci a naprosté ztráty kontroly (Menage, 1993).

Rozvoj PTSD je pravděpodobnější za předpokladu negativního hodnocení intrapartální péče v kombinaci s vyšší mírou lékařských intervencí v průběhu porodu (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000). Mezi prediktory rozvoje PTSD patří kromě lékařských intervencí a přístupu personálu k rodičce i obtížné těhotenství, nenaplnění očekávání vztažených k porodu, osobnostní charakteristiky rodičky (neuroticismus, introverze), absence sociální podpory a nižší socioekonomický status (Lyons, 1998).

Účinná prevence PTSD spočívá především v poskytování realistických informací o porodu, podpurném a vstřícném přístupu zdravotníků, respektování individuálních potřeb a přání rodičky, respektování důstojnosti a studu rodičky (např. při nutném vaginálním vyšetření je vhodné požádat rodičku o svolení a ujistit ji, že bude-li jí vyšetření nepříjemné, bude okamžitě ukončeno), a v neposlední řadě v možnosti rodičky mít po celou dobu porodu u sebe blízkou osobu, případně „vlastní“ porodní asistentku či dudu.

1.2 Výzkumná část: Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost žen s perinatální péčí

1.2.1 Cíle výzkumu

Pacientská spokojenost je jedním z klíčových ukazatelů kvality zdravotnické péče. V literatuře lze nalézt doklady pro to, že spokojenost s péčí představuje jeden z hlavních prediktorů ochoty vrátit se do téhož zdravotnického zařízení a doporučit je dalším, a ovlivňuje rovněž kompliance pacienta i samotný úspěch léčby (Hojat et al., 2010; Stewart, 1995; Horwitz & Horwitz, 1993; Dubina, O'Neill, & Feldman, 2009).

Ačkoli v literatuře panuje konsensus, že pojem „pacientská spokojenost“ představuje multidimenzionální a komplexní konstrukt (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Redshaw, 2008; Waldenström et al., 1996; Singh, 1989), obecně přijímaná definice tohoto pojmu není k dispozici (Bramadat & Driedger, 1993; Linder-Pelz, 1982; Williams, 1994). V oblasti porodnictví k tomu navíc přistupuje to, že vzhledem k úzké provázanosti spokojenosti s perinatální péčí a spokojenosti s porodním zážitkem nejsou tyto dva koncepty v mnohých studiích přísně rozlišovány (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Bramadat & Driedger, 1993; Hodnett, 2002; Stadlmayr et al., 2006). Spokojenost s porodním zážitkem je nicméně širší pojem zahrnující různé aspekty porodní zkušenosti, přičemž spokojenost s péčí při porodu představuje jednu z jeho klíčových komponent (Waldenström et al., 1996; Hodnett, 2002).

Výsledky četných zahraničních studií ukazují, že spokojenost žen s perinatální péčí ovlivňují rozhodující měrou psychosociální faktory, především citlivý a respektující přístup zdravotníků, dobrá komunikace a dostatek informací (Brown & Lumley, 1994; Séguin et al., 1989; Waldenström, Rudman, & Hildingsson, 2006; Sheera et al., 2007). Faktory ovlivňující spokojenost však odrážejí specifika daného systému poskytování porodnické péče a rovněž očekávání aktuální kohorty rodiček. Lze tedy předpokládat, že se přání a požadavky rodiček v ČR budou (přinejmenším do určité

míry) odlišovat od preferencí rodiček v zahraničí. Cílem tohoto výzkumu bylo analyzovat specifické potřeby českých rodiček, poskytnout zdravotníkům působícím v perinatální péči zpětnou vazbu a navrhnout odpovídající doporučení pro praxi. Dalším cílem výzkumu bylo položit teoretické základy pro vytváření diagnostických nástrojů pro evaluační či autoevaluační účely porodnic.

V tomto oddíle přináším shrnutí výsledků dvou studií, které jsem vypracovala v rámci Interního grantu FF UK *Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky* (projekt č. 261107 z roku 2010) a grantového projektu *Psychosociální klima porodnice očima rodičky – teorie a diagnostika* realizovaného díky podpoře Grantové agentury UK (grant č. 316111 v letech 2011-2013). Jedná se (1) o kvalitativní výzkum spokojenosti s perinatální péčí v ČR (obsahovou analýzu polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami) a (2) o následnou statistickou analýzu prediktorů spokojenosti vycházející z dat získaných s využitím dotazníku psychosociálního klimatu porodnice KLI-P, který byl konstruován v návaznosti na výsledky obsahové analýzy výpovědí rodiček. V této práci není prostor pro popis vývoje dotazníku KLI-P, proto zde pouze odkazuji na příslušný článek (Takács, Smolík, Sněhotová, & Hoskovcová, 2013), případně testový manuál (Takács, Sněhotová, & Hoskovcová, 2012). Dotazník lze najít v příloze č.1. Oba zde prezentované výzkumy byly publikovány (Takács & Kodyšová, 2011; Takács et al., 2011a; Takács & Seidlerová, 2013a; Takács & Seidlerová, 2013b).

1.2.2 Soubor a metodika kvalitativní části

Data byla získána ze 189 porodních příběhů zveřejněných rodičkami na www.aperio.cz v letech 2005-2010 a polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami provedených v roce 2010, z nichž byl pořízen se souhlasem respondentek audiozáznam a následně doslovný přepis. Z těchto rozhovorů pocházejí veškeré níže uvedené citace. Charakteristika výzkumného souboru je uvedena v tabulce 1.1. Od porodu všech účastnic neuplynula v okamžiku vedení rozhovoru doba delší než jeden rok a všechny porodily ve zdravotnickém zařízení v ČR.

Tab. 1.1 Charakteristika výzkumného souboru

| | |
|---|-------|
| Počet respondentek | 44 |
| Průměrný věk respondentek v době porodu | 32,53 |
| Počet prvorodiček | 23 |
| Vícečetná těhotenství | 3 |
| Porody císařským řezem | 8 |
| Vzdělání: - VŠ | 24 |
| - SŠ s maturitou | 12 |
| - SŠ bez maturity | 8 |

Data byla zpracována kvalitativní metodou – při obsahové analýze byla použita metoda otevřeného kódování a převádění dat na jednotlivé obsahové celky (koncepty), které byly na základě své tematické příbuznosti sdružovány do obecnějších kategorií (Strauss & Corbin, 1999). Výsledky obsahové analýzy psaných porodních příběhů byly zpřesňovány pomocí závěrů obsahové analýzy polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami.

1.2.3 Výsledky kvalitativní části

Z kvalitativní analýzy porodních příběhů psaných rodičkami a polostrukturovaných rozhovorů se ženami, které porodily v českých porodnicích, vyplynulo, že faktory ovlivňující spokojenost s porodní a poporodní péčí lze rozčlenit do 4 základních oblastí: vztahy rodičky se zdravotníky; vládnoucí paradigma v dané porodnici týkající se způsobu vedení porodu a poporodní péče; systémové aspekty péče; ekologicko-architektonické aspekty péče.

Vztahy rodičky se zdravotníky

Mezi hlavní faktory, které rozhodují o tom, jak se bude žena v porodnici cítit, patří přístup a chování zdravotníků. Ženy oceňovaly především vstřícnost a empatii, to, že se zdravotníci zajímali o jejich potřeby, pocity, obavy a přání a nepřístupovali k nim „jako na běžícím pásu“.

„Pro mě je důležitý, a to asi pro každou rodičku, když máte pocit, že jsou tam ti porodníci pro vás, že je zajímá, jak se cítíte.“

Klíčová je i schopnost zdravotníků povzbudit a podpořit rodící ženu či neděлку, a to zejména v obtížných fázích porodu a při náhle vzniklých porodních komplikacích.

„Nejpříjemnější zážitek byla ta lékařka, co mě pohladila po rameni, když jsem měla jít na toho císaře a řekla, že to zvládnou.“

V rámci poporodní péče působila velmi podpůrně ochota zdravotníků pohovořit si o porodním zážitku a o obavách ženy týkajících se zvládnutí mateřské role.

Velmi důležitým momentem je i respekt k soukromí a studu rodící ženy a ohleduplnost k jejímu aktuálnímu stavu. Nespokojenost žen se v této souvislosti týkala především absence diskrétního prostoru pro průběh porodu (*„po celou dobu porodu, i před ním, byly otevřené dveře na chodbu, takže kdokoli tam šel a nakoukl, mohl vidět všechno“*) a relativně častého požadavku, aby žena vyplňovala formuláře v průběhu kontrakcí.

„Sestra mě odvedla na vyšetřovnu, kde už začaly ty kontrakce být docela nesnesitelné a do toho mi dali vyplňovat ty jejich papíry a dotazníky... ani nevím, co jsem tam všechno podepsala.“

Spokojenost s přístupem zdravotníků je do značné míry závislá i na tom, zdali žena obdrží na porodnickém oddělení i během svého pobytu na oddělení šestinedělí dostatek informací. Je-li rodička průběžně informována o postupu svého porodu, jeho očekávaném vývoji a plánovaných zákrocích a vyšetřeních, snižuje se její úzkost a posiluje se u ní pocit jistoty a bezpečí a ochota spolupracovat.

„Jak se nevědělo, jestli to bude normální porod nebo ne, tak mi sestřičky a pak i paní primářka vysvětlily, co se děje a jak dál by se to mohlo vyvíjet. A to mě právě uklidnilo, když mi ta sestra řekla: ‚No, tak teď budeme tak dvacet minut čekat, a když se ty kontrakce nerozběhnou, tak zavoláme paní primářku a ona se na to podívá a uvidíme, co bude dál‘.“

Nespokojenost žen se vztahovala zejména k provádění zákroků či vyšetření bez předchozího upozornění a vysvětlení a rovněž k tomu, že informace, které obdržely od různých zdravotníků, byly nejednotné či si navzájem odporovaly.

Kromě podávání informací se do spokojenosti s péčí promítají i komunikační styly zdravotníků, především to, jestli zdravotníci volí styl symetrický nebo asymetrický. Symetrický styl respektuje rodičku jako klienta a rovnocenného partnera; projevuje se ochotou, přístupností a vstřícností, ale například i běžnou zdvořilostí, jako je představení se, podání ruky, přivítání ženy při příjezdu do porodnice, užívání vhodného oslovení apod.

„Byla tam třeba jedna doktorka, která přišla do pokoje a začala se představovat. Řekla, kdo je, co je, co od ní můžeme chtít, co s náma bude za náš pobyt dělat... Jednala s náma jako s lidma a ne jako s pacientem, kterej má svoje číslo a je to ‚trojka z dvanáctky‘.“

Asymetrický styl může mít podobu komunikace rodič-dítě, učitel-žák či nadřízený-podřízený; ve všech případech se jedná o vyjádření mocenské převahy - rodička dostává příkazy jako podřízený či úkoly jako malé dítě (sestra odpovídá ženě po císařském řezu na její prosbu vidět své dítě: *„tady se nám po baráku nikdo courat nebude“*). Příkladem asymetrické komunikace je dále komunikace o rodičce před ní ve třetí osobě (*„tahle maminka vůbec nespolupracuje“*) a znevažování, znejistňování a zpochybňování mateřských kompetencí (*„vy jste tak neschopná, že neumíte to miminko ani nakojit“*); ženy si stěžovaly i na užívání ironie ze strany zdravotnického personálu, nejčastěji sester na oddělení šestinedělí (sestra reaguje na prosbu klientky o půjčení kojeneckého oleje slovy: *„tady nejsme žádná charita“*).

Vládnoucí paradigma v dané porodnici

Základní představy, předpoklady a přesvědčení o způsobu vedení porodu vytvářejí paradigma dané porodnice, které předznamenává přístup jednotlivých zdravotníků k porodu a k roli rodičky při porodu. Toto paradigma ovlivňuje, do jaké míry se může rodička v dané porodnici podílet na rozhodování a zda zdravotníci respektují její přání a preference. Možnost zapojit se

do rozhodování umožňuje rodiče převzít do značné míry kontrolu nad situací, a tím snížit úzkost a posílit pocit vlastní kompetence.

Ženy hodnotily velmi pozitivně zdravotníky, kteří respektovali jejich přání a dávali jim rady formou doporučení.

„Sestřičky mi skoro vždycky nabídly různé možnosti a já jsem se mohla sama rozhodnout, to na vás působí taky mile, že tam má váš názor nějakou hodnotu.“

Bohužel i v současné době, kdy respekt k preferencím rodičů žen deklaruje většina porodnic, se v tomto ohledu objevují stížnosti:

„... přišla porodní asistentka, dala mi klystýr, který jsem nechtěla, měla jsem yal z domova. To bylo nepříjemný a já se styděla i před manželem...“

„Po porodu mi dítě vůbec neukázali, ihned ho odnesli..., přesto, že jsem je prosila o přiložení na břicho... Odpověděli "to víte že jo" a donesli mi ho až po základním vyšetření a očištění na chvíli v inkubátoru... Sahala jsem na něj přes sklo a dodnes mě to strašně mrzí...“

Vládnoucí paradigma souvisí i s respektováním mezinárodních doporučení o vhodných porodnických postupech (World Health Organization, 1996) včetně podpory raného kontaktu matky a dítěte, který je podstatný pro formování mateřských postojů a utváření citového pouta mezi matkou a dítětem (Šulová, 2005; Langmeier & Krejčířová, 2009). V uvedeném kontextu je třeba zmínit i otázku podpory kojení, resp. dodržování kroků k úspěšnému kojení stanovených UNICEF a Světovou zdravotnickou organizací (WHO), viz příloha č. 2. Mnohé ženy zdůrazňovaly, že právě možnost být v kontaktu se svým dítětem po porodu a podpora kojení pro ně představovaly nejdůležitější momenty, od nichž se odvíjela jejich spokojenost s porodnicí.

Většina žen, s nimiž jsme vedli rozhovory, však své dítě u sebe bezprostředně po porodu neměla; novorozenec byl zpravidla umístěn do inkubátoru a k matce se vrátil až po několika hodinách či následující den. Ačkoli některé respondentky uvedly, že oddělení od dítěte po porodu uvítaly, jelikož

byly vyčerpané a potřebovaly si odpočinout, mnohé z nich si odloučení od dítěte nepřály a vnímaly je jako traumatizující.

Pokud jde o podporu kojení, spokojenost žen souvisela především s trpělivostí, odbornou podporou a schopností sester dodávat sílu matkám, kterým se kojení nedařilo; nespokojenost žen se nejčastěji týkala toho, že je sestry za jejich neúspěchy kritizovaly a že se informace o kojení od jednotlivých sester rozcházel.

Systémové aspekty péče

Pro spokojenost s perinatální péčí je dále velmi podstatná srozumitelnost a vstřícnost pravidel fungování porodnice. *Srozumitelnost* systémových pravidel souvisí s tím, zda se rodička orientuje v prostoru (ví, kde koho a co najde), v čase (orientuje se v aktuálním a plánovaném dění) a v kompetencích jednotlivých zdravotníků (ví, na koho se s čím může obrátit). Rodiči žena je vystavena silnému stresu, ocitne-li se v situaci, v níž se nedovede zorientovat – je-li například během porodu ponechána delší dobu o samotě a neví, zdali bude v případě potřeby dostupný personál, na který by se mohla obrátit.

„... tak jsem tam byla docela dlouho sama. Neměla jsem informace, nevěděla jsem, co se děje... Vždycky ten lékař přišel, ztratil se, neměla jsem teda ponětí, co bude dál, co se děje a na co se vlastně čeká.“

Vstřícnost pravidel se odvíjí od toho, zdali zdravotníci preferují vlastní pohodlí a organizační jednoduchost své práce či zdali zohledňují v první řadě potřeby matek a novorozeneckých dětí. Rodičky oceňovaly, když byli zdravotníci navzdory své vytíženosti ochotní pružně přizpůsobovat provoz v porodnici potřebám žen a jejich dětí. *Vstřícnost* pravidel porodnice se projevuje i v tom, že si rodička může zvolit „vlastní“ porodní asistentku, může mít u sebe partnera během první doby porodní a v případě odloučení od dítěte po porodu je jí dítě přinášeno ke kojení podle jeho potřeb a nikoli podle předem stanoveného časového plánu.

Ekologicko-architektonické aspekty péče

Obsahová analýza porodních příběhů a rozhovorů s rodičkami poukázala na to, že významný faktor spokojenosti s péčí v porodnici je i prostorové uspořádání, vybavení a vzhled prostor porodnice a rovněž hygienické a servisní zázemí. Za nejdůležitější v tomto ohledu ženy označovaly čistotu prostor porodnice. Nespokojenost se týkala zejména velikosti a vzhledu prostor pro návštěvy, nevhodných kombinací žen na jednom pokoji (žena v kontrakcích a žena, jejíž porod ještě nezačal) a kvality stravy - většina žen uvedla, že byla nezdravá, případně nevhodná pro kojící matky (luštěniny, čerstvé bílé pečivo, květák, kořeněný guláš, játrová paštika, vakuovaný salám atd.).

1.2.4 Soubor a metodika kvantitativní části

Výzkumný soubor tvořilo 1195 žen, které porodily ve zdravotnickém zařízení v ČR v letech 2005 - 2012. Soubor byl reprezentativní co do vzdělání, věku, parity a poměru vaginálních porodů a porodů císařským řezem (podle Zprávy o rodičce za rok 2010, ÚZIS) s odpovídajícím zastoupením porodů v malých a velkých porodnicích; odpovídajícímu poměru se přibližuje i zastoupení porodnic z jednotlivých krajů. Do výzkumu byly zahrnuty všechny aktuálně existující porodnice v České republice (podle seznamu porodnic existujících k 28.5.2012, který poskytl ÚZIS).

Průměrný věk respondentek byl 29,8 let (SD = 4,9). Polovina žen byly prvorodičky. Císařským řezem porodilo 22,4 % žen, z toho se ve 40 % případů jednalo o plánovaný výkon. Vícečetné těhotenství se vyskytlo u 1,6 % žen. Na nadstandardním pokoji bylo po porodu ubytováno necelých 20 % žen. Průměrný interval mezi porodem a vyplněním dotazníku byl 11,6 měsíců (rozmezí 0-75 měsíců). Charakteristika výzkumného souboru je uvedena v tabulce 1.2.

Tab. 1.2 Charakteristiky výzkumného souboru (n=1195)

| | |
|--|-------------|
| Věk, roky (průměr, SD) | 29,8 (4,9) |
| Věk, roky (rozpětí) | 15 – 44 |
| Interval mezi porodem a vyplněním dotazníku, měsíce (průměr, SD) | 11,6 (10,7) |
| Interval mezi porodem a vyplněním dotazníku, měsíce (rozpětí) | 0,3 – 76,0 |
| Ubytování na nadstandardním pokoji na odd. šestinedělí, n, (%) | 234 (19,6) |
| Vzdělání | |
| Základní, n (%) | 118 (9,9) |
| Středoškolské bez maturity, n (%) | 234 (19,6) |
| Středoškolské s maturitou, n (%) | 528 (44,2) |
| Vysokoškolské, n (%) | 315 (26,4) |
| Parita | |
| Primipara, n (%) | 607 (50,8) |
| Multipara, n (%) | 588 (49,2) |
| Průběh porodu | |
| Vaginální, n (%) | 783 (65,5) |
| Vaginální s komplikacemi, n (%) | 144 (12,1) |
| Plánovaná sekce, n (%) | 108 (9,0) |
| Akutní sekce, n (%) | 160 (13,4) |
| Počet dětí na těhotenství | |
| Jedno dítě, n (%) | 1176 (98,4) |
| Dvojčata, n (%) | 19 (1,6) |
| Fakultní nemocnice, n (%)* | 444 (37,2) |
| Nemocnice s počtem porodů >800/rok** | 895 (76,8) |

*SD = standardní odchylka; *1 žena neuvedla, ve které nemocnici rodila. ** Informace o počtu porodů v dané porodnici za rok 2010 byly převzaty z Národního referenčního centra; informace o počtu porodů za rok 2010 v porodnicích v Karlových Varech, Chebu a Sokolově poskytl ÚZIS. Středomoravská nemocniční a.s. (nemocnice Prostějov, Šternberk a Přerov) nedala souhlas s poskytováním údajů o počtu porodů za rok individuálním žadatelům, celkový počet respondentek v těchto porodnicích je 29.*

Data byla získána prostřednictvím dotazníkového šetření, které probíhalo od června 2011 do dubna 2012. Dotazník byl administrován v papírové i on-line verzi. Odkazy na on-line verzi dotazníku byly umístěny na webových stránkách mateřských center a portálů a rovněž na webových stránkách sdružení, která se věnují problematice těhotenství, porodu a péče o dítě. On-line verzi dotazníku vyplnily převážně respondentky s vyšším vzděláním (středo-

školským s maturitou a vysokoškolským). Sběr papírových dotazníků probíhal ve spolupráci s mateřskými centry, pediatrickými ambulancemi, azylovými domy, kojeneckými ústavami a jedním diagnostickým ústavem a rovněž kontaktováním respondentek v terénu (dětská hřiště a další prostory určené pro matky s malými dětmi).

Pro sběr dat byl využit dotazník psychosociálního klimatu porodnice (KLI- P), který měří spokojenost žen s psychosociálními aspekty perinatální péče zvláště pro porodnické oddělení (PO) a pro oddělení šestinedělí (OŠ). Dotazník lze najít v příloze č. 1. Dotazník pro PO obsahuje 34 položek, dotazník pro OŠ 37 položek. Respondentky zaznamenávají na 4-bodové škále Likertova typu, do jaké míry souhlasí či nesouhlasí s předkládanými tvrzeními. Položky v dotazníku pro PO i pro OŠ jsou uspořádány do 6 škál. U PO měří první škála vstřícnost a empatii lékařů, druhá škála vstřícnost a empatii porodních asistentek. U OŠ měří první škála vstřícnost a empatii zdravotníků pečujících o novorozence, druhá škála vstřícnost a empatii zdravotníků pečujících o rodičky. Názvy zbývajících čtyř škál jsou shodné pro PO i pro OŠ: podávání informací a dostupnost zdravotníků; kontrola a podíl rodičky na rozhodování; nadřazenost a nedostatek zájmu; fyzické pohodlí a služby. Stručný popis jednotlivých škál je uveden v tabulce 1.3.

Tab. 1.3 Škály dotazníku KLI-P

| | |
|--|---|
| Vstřícnost a empatie | Škála vyhodnocuje přístup a chování zdravotníků k rodičkám (vstřícnost, respekt, ohleduplnost) včetně jejich schopnosti poskytnout rodící ženě a ne-děle emoční podporu. |
| Podávání informací a dostupnost zdravotníků | Škála zjišťuje míru, srozumitelnost a načasování podávaných informací a rovněž to, zdali jsou zdravotníci dostupní, když je žena potřebuje. |
| Kontrola rodičky a její podíl na rozhodování | Škála vyhodnocuje míru zapojení rodičky do rozhodování o průběhu porodu a péči o dítě, respekt k jejím přáním a potřebám a rovněž to, zdali se rodička orientuje v plánovaném dění. |
| Nadřazenost a nedostatek zájmu | Škála sleduje, zdali zdravotníci přistupují |

| | |
|--------------------------|--|
| | k rodičce jako k rovnocennému partnerovi a zdali je jejich přístup k rodičce individuální. |
| Fyzické pohodlí a služby | Škála vyhodnocuje spokojenost rodičky s fyzickým pohodlím, vybavením porodnice a poskytovanými službami. |

Součástí dotazníku jsou i následující kritériální otázky:

- Byla jste celkově spokojena s péčí, která Vám byla v porodnici poskytnuta?
- Pokud byste si mohla vybrat, šla byste znovu родit do téže porodnice?
- Doporučila byste tuto porodnici svým přátelům a známým?

Na tyto otázky respondentky odpovídaly volbou jedné ze čtyř možných odpovědí (ano, spíše ano, spíše ne, ne), na první otázku odpovídaly zvlášť pro PO a pro OŠ. Vnitřní konzistence jednotlivých škál dotazníku KLI-P měřená Cronbachovým koeficientem alfa se pohybuje od 0,74 do 0,93 pro PO a od 0,73 do 0,93 pro OŠ. Empirická (souběžná) validita nástroje byla ověřena na základě vysokých korelací jak jednotlivých škál, tak i hrubého skóru obou částí dotazníku s empirickými kritérii.

Za účelem identifikace významných determinant spokojenosti s perinatální péčí byla zvolena metoda multinomické (ordinální) logistické regrese s využitím kumulativního logit modelu. Závislé proměnné představovaly následující položky dotazníku: celková spokojenost s péčí na porodnickém oddělení (PO), celková spokojenost s péčí na oddělení šestinedělí (OŠ); respondentky odpovídaly na 4-bodové škále: ano, spíše ano, spíše ne, ne.

Za nezávislé proměnné byly považovány jednotlivé položky dotazníku, které se vztahovaly k odpovídající závislé proměnné (tj. k příslušnému oddělení – PO nebo OŠ). Respondentky odpovídaly na uvedené položky na 4-bodové škále Likertova typu (rozhodně souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím, rozhodně nesouhlasím). Odpovědi byly pro účely regresní analýzy dichotomizovány: odpovědím vyjadřujícím nejlepší hodnocení byla přiřaze-

na hodnota 1, zbývajícími třemi kategoriemi odpovědí hodnota -1. Mezi nezávisle proměnné byly zařazeny i základní sociodemografické a anamnestické charakteristiky rodiček (věk, parita, průběh porodu, ubytování na nadstandardním pokoji na OŠ). K redukci velkého počtu nezávisle proměnných byl použit dvoustupňový postupný krokový výběr, přičemž předpokladem pro vstup a zachování nezávisle proměnné v modelu byla *P* hodnota menší než 0,10. Byl rovněž proveden kontrolní výběr pomocí zpětné eliminace proměnných; výsledky byly konzistentní s postupnou krokovou metodou.

1.2.5 Výsledky kvantitativní části

Prediktory spokojenosti s péčí na porodnickém oddělení (PO) ukazuje tabulka 1.4. Šance, že rodička bude spokojena s péčí na PO, je téměř třikrát větší, pokud ji zdravotníci předem informují o chystaných zákrocích a vyšetřeních (OR = 2,79; $p < 0,000$) a rovněž tehdy, má-li v průběhu první doby porodní dostatek soukromí (OR = 2,81; $p < 0,000$). Pro spokojenost s péčí na PO byly důležité i následující faktory: laskavý a vstřícný přístup lékařů (OR = 2,67; $p < 0,000$), důvěra v lékaře (OR = 2,68; $p = 0,0001$), ochotné zodpovídání dotazů ze strany porodních asistentek (OR = 1,93; $p = 0,0034$), symetrický a rovnocenný přístup lékařů (OR = 1,84; $p = 0,0039$) a laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek (OR = 1,86; $p = 0,0044$). Šance na spokojenost s péčí se zvyšuje o 90 % (OR = 1,90; $p = 0,013$), pokud porodní asistentky přistupují k rodičkám citlivě a berou ohledy na jejich aktuální stav. Spokojenost však závisí i na paritě (OR = 1,40; $p = 0,015$) - o 40 % vyšší šanci na spokojenost mají vícerodíčky. Roli hraje rovněž uspořádání prostor, například vzdálenost sprch a toalet (OR = 1,62; $p = 0,017$), konzistentní a jednotné informace podávané personálem (OR = 1,57; $p = 0,021$) a důvěra rodičky v porodní asistentky (OR = 1,70; $p = 0,037$).

Tab. 1.4 Prediktory spokojenosti s péčí na porodnickém oddělení (n = 931)

| | Odds ratio | 95% CI | p |
|--|------------|-----------|---------|
| Předem podané informace o chystaných zákrocích a vyšetřeních | 2,79 | 1,85–4,18 | <0,0001 |
| Dostatek soukromí během první doby porodní | 2,81 | 1,86–4,26 | <0,0001 |
| Laskavý a vstřícný přístup lékařů | 2,67 | 1,69–4,22 | <0,0001 |
| Důvěra k lékařům | 2,68 | 1,62–4,44 | 0,0001 |
| Ochota porodních asistentek odpovídat na dotazy | 1,93 | 1,24–2,99 | 0,0034 |
| Rovnocenný (symetrický) přístup lékařů | 1,84 | 1,22–2,80 | 0,0039 |
| Laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek | 1,86 | 1,21–2,85 | 0,0044 |
| Citlivý přístup porodních asistentek (ohledy k aktuálnímu stavu rodičky) | 1,90 | 1,15–3,13 | 0,013 |
| Parita | 1,40 | 1,07–1,84 | 0,015 |
| Spokojenost s uspořádáním prostor (vzdálenost sprch, toalet atp.) | 1,62 | 1,09–2,42 | 0,017 |
| Podávání jednotných a navzájem si neodporujících informací zdravotníky | 1,57 | 1,07–2,31 | 0,021 |
| Důvěra k porodním asistentkám | 1,70 | 1,03–2,80 | 0,037 |

V predikci spokojenosti s péčí na oddělení šestinedělí (OŠ) se z hodnocených faktorů statisticky významně uplatnily následující (viz tabulka 1.5): včasné informování rodičky o plánovaných zákrocích a vyšetřeních, týkajících se jí i jejího dítěte (OR = 2,25; $p < 0,000$), aktivní nabízení rady a pomoci s kojením (OR = 2,19; $p < 0,000$), dosažitelnost zdravotníků v případě, že je rodička potřebuje (OR = 2,16, $p < 0,000$), parita, resp. žena je vícero-dička (OR = 1,52; $p = 0,0001$), úcta a respekt ze strany zdravotníků pečujících o rodičky (OR = 2,02; $p = 0,0004$), laskavý a vstřícný přístup personálu pro novorozence (OR = 1,86; $p = 0,0005$), podávání jednotných a konzistentních informací zdravotníky (OR = 1,68; $p = 0,0015$), důvěra rodičky ve zdravotníky pečující o novorozence (OR = 1,70; $p = 0,0065$) a symetrický (rovnocenný) přístup personálu pečujícího o rodičky (OR = 1,59; $p = 0,0089$). Šance na celkovou spokojenost s péčí na OŠ stoupá 1,5krát při spokojenosti s čistotou sprch a toalet (OR = 1,53; $p = 0,019$) a rovněž tehdy, je-li přístup personálu pečujícího o rodičky laskavý a vstřícný (OR = 1,47; $p = 0,032$). Na hranici statistické signifikance se pohybuje faktor spokojenosti s vybavením pokoje.

Tab. 1.5 Prediktory spokojenosti s péčí na oddělení šestinedělí (n = 1184)

| | Odds ratio | 95% CI | p |
|--|------------|-----------|---------|
| Předem podané informace o chystaných zákrocích a vyšetřeních | 2,25 | 1,65–3,07 | <0,0001 |
| Aktivní nabízení rady a pomoci s kojením | 2,19 | 1,57–3,04 | <0,0001 |
| Dostupnost zdravotnického personálu | 2,16 | 1,55–3,00 | <0,0001 |
| Parita | 1,52 | 1,23–1,89 | 0,0001 |
| Úcta a respekt zdravotníků pečujících o rodičky | 2,02 | 1,36–2,99 | 0,0004 |
| Laskavý a vstřícný přístup zdravotníků pečujících o novorozence | 1,86 | 1,31–2,65 | 0,0005 |
| Podávání jednotných a navzájem si neodporujících informací zdravotníky | 1,68 | 1,22–2,30 | 0,0015 |
| Důvěra ke zdravotníkům pečujícím o novorozence | 1,70 | 1,16–2,48 | 0,0065 |
| Zdravotníci pečující o rodičky přistupují k rodičce jako k rovnocennému partnerovi | 1,59 | 1,12–2,24 | 0,0089 |
| Čistota sprch a toalet | 1,53 | 1,07–2,19 | 0,019 |
| Laskavý a vstřícný přístup zdravotníků pečujících o rodičky | 1,47 | 1,03–2,08 | 0,032 |
| Spokojenost s vybavením pokojů | 1,41 | 0,99–2,02 | 0,056 |
| Emoční podpora od zdravotníků pečujících o novorozence | 1,43 | 0,96–2,14 | 0,077 |

1.2.6 Diskuse

Cílem tohoto výzkumu bylo podat přehled hlavních psychosociálních faktorů, které mají dopad na hodnocení kvality perinatální péče rodičkami, a následně určit, jak silně predikují jednotlivé získané faktory spokojenost českých žen s porodnicemi. Ve výzkumu byla použita kvalitativní a následně kvantitativní metodologie. Kvalitativní přístup umožňuje hlubší zachycení perspektivy prožívání rodičích žen než metoda kvantitativního zpracování dotazníkových dat a vzhledem k tomu, že výzkumy zaměřené na toto téma v ČR doposud chyběly, bylo třeba nejprve „explorovat“ tematické pole, aby mohl být vytvořen dotazník reflektující aktuální situaci v českém porodnictví.

Ve shodě se zahraničními výzkumy bylo zjištěno, že pro celkové hodnocení perinatální péče jsou rozhodující vztahy se zdravotníky (především jejich vstřícnost, empatie a podpora), kvalita komunikace, dostupnost informací a podíl na rozhodování (Waldenström, 1999; Wilcock, Kobayashi, &

Murray, 1997; Ford, Ayers, & Wright, 2009; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Hodnett, 2002; Séguin et al. 1989; Sullivan & Beeman, 1982); tyto faktory podle některých studií předčí i vliv sociodemografických charakteristik jako věk, rodinný stav a příjem (Brown & Lumley, 1994; Hodnett, 2002).

V tomto výzkumu se navíc ukázalo, že podstatnou roli hraje i symetrický, resp. asymetrický přístup k rodičce a otázky organizačně-systémového rázu (srozumitelnost a vstřícnost pravidel fungování porodnice). Výsledky poukazují i na to, že spokojenost s péčí ovlivňuje podpora časného kontaktu matky a dítěte a podpora žen při zahajování kojení.

Ženy samy hodnotí jako důležitější přístup porodních asistentek, statistická analýza vycházející z reprezentativního vzorku 1195 rodiček však naznačila, že silnějším prediktorem spokojenosti s intrapartální péčí je přístup lékařů, především jejich laskavost, vstřícnost a schopnost získat si důvěru rodiček. Tyto výsledky lze interpretovat tak, že přístup lékařů předznamenává přístup porodních asistentek tím, že lékaři nastavují určitá měřítka chování k rodičce; analýzy, které jsme provedli v rámci psychometrické evaluace dotazníku KLI- P, ukazují, že škály *vstřícnost a empatie lékařů* a *vstřícnost a empatie porodních asistentek* spolu silně korelují (Takács, Smolík, Sněhotová, & Hoskovcová, 2013).

Na základě obsahové analýzy výpovědí rodiček vykristalizovala čtyři základní hlediska, která rozhodují o hodnocení perinatální péče, rodičky jim však nepřikládají stejnou váhu. Za nejdůležitější považovaly vztahy se zdravotníky (schopnost empatie a poskytování psychické podpory, kvalitu komunikace včetně podávání informací, ochotu a pomoc), možnost účastnit se rozhodování, a to zejména v souvislosti s péčí o dítě (hodnotové hledisko) a čistotu prostor v porodnici (ekologicko-architektonické hledisko).

Statistická analýza, která identifikovala významné prediktory spokojenosti, však přinesla některá překvapivá zjištění. V souladu s výsledky kvalitativní analýzy se jako klíčový prediktor spokojenosti ukázalo včasné informování rodičky o chystaných zákrocích a vyšetřeních na porodnickém oddělení (PO) i na oddělení šestinedělí (OŠ). U PO bylo dále podstatné soukromí rodičích ženy v průběhu první doby porodní, u OŠ zase aktivní

nabízení rady a pomoci s kojením. Na základě prezentovaných dat však nebyla prokázána prediktivní síla položek týkajících se podílu rodičky na rozhodování o způsobu vedení porodu, což je jeden z hlavních faktorů spokojenosti uváděných zahraničními autory (Brown & Lumley, 1994; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Séguin et al., 1989; Waldenström et al., 1996; Waldenström, Rudman, & Hildingsson, 2006) a ženy na něj rovněž kladly značný důraz ve svých porodních příbězích. Lze nicméně předpokládat, že ve výzkumném souboru kvalitativní části převládaly ženy s aktivnějším přístupem porodu, tj. tento soubor nebyl pro populaci českých rodiček reprezentativní. Statistická analýza vycházející z reprezentativního souboru 1195 českých rodiček ukázala, že se české ženy většinou spoléhají na to, že rozhodování o způsobu vedení jejich porodu převezmou zdravotníci. Z výše uvedeného nicméně plyne, že je pro ně zároveň klíčové, aby je zdravotníci o veškerých zákrocích a vyšetřeních s předstihem informovali. To je v souladu s výsledky kvalitativní analýzy, podle nichž je pro české ženy důležité, aby k nim lékaři přistupovali symetricky, tj. jako k rovnocenným partnerům. Ačkoli tedy často přenechávají rozhodování o způsobu vedení svého porodu zdravotníkům, žádají zároveň symetrický přístup, který se projevuje především ochotou komunikovat o plánovaných postupech a poskytováním dostatečných informací.

Limitem této studie je to, že nebyl sledován vliv osobnostních a sociodemografických charakteristik rodiček na patientskou spokojenost; cílem však bylo zmapovat co nejširší pole psychosociálních proměnných souvisejících s perinatální péčí. Další omezení představuje složení výzkumného souboru kvalitativní části, neboť v něm převažují ženy s vyšším vzděláním a více než polovina respondentek byly prvorodičky. U těchto skupin lze předpokládat kritičtější hodnocení poskytované péče a specifické preference ohledně způsobu vedení porodu.

Limitací je i to, že vzorek kvantitativní části byl získán do značné míry samovýběrem, soubor jako celek je nicméně reprezentativní co do základních charakteristik populace rodiček v ČR. Další omezení může představovat to, že do souboru kvantitativní části byly zařazeny i ženy, které

vyplnily dotazník déle než rok po porodu; průměrný interval mezi porodem a vyplněním dotazníku však nepřesáhl jeden rok (medián byl 9 měsíců).

Na základě uvedených výsledků lze formulovat některá doporučení pro praxi. Patří mezi ně především podrobné a včasné vysvětlování plánovaných zákroků a vyšetření, aktivnější nabízení pomoci s kojením, a rovněž to, aby byl kladen větší důraz na soukromí žen v průběhu první doby porodní, neboť společné sdílení prostor pro předporodní přípravu a porod je v některých českých porodnicích stále realitou. Doporučit je třeba i posilování psychosociálních a psychologických kompetencí (zejména komunikačních dovedností) zdravotníků. V neposlední řadě je nutné dbát na to, aby byli pomáhající zdravotníci v případě potřeby dostupní a přistupovali k rodičím ženám a nedělkám vstřícně a s respektem.

2. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE O NOVOROZENCE

2.1 Teoretická část

Duševní život novorozence je více než jedno století předmětem intenzivního zájmu badatelů z různých vědeckých disciplín. Zlomové období se přitom datuje do počátku 60. let minulého století, kdy se vlivem mnohých výzkumných studií zproblematizoval převládající pohled na novorozené dítě jako na nediferencovaný a do sebe uzavřený organismus, jehož fungování je omezeno na uspokojování biologických potřeb pomocí soustavy elementárních reflexů. Ukázalo se, že novorozenec je vybaven funkčním smyslovým aparátem a je schopen učit se, pamatovat si a zpracovávat podněty z okolí, a že je rovněž predisponován k sociálnímu kontaktu a od prvních chvil po porodu rozvíjí se svými pečovateli vztahy, jejichž základy byly položeny již v prenatálním období (Verny & Kelly, 1981; Schindler, 1988; Brazelton & Cramer, 1990). Novorozenec vnímá, cítí bolest a jeho aktivity mají sociální rozměr; mezi jeho základní potřeby patří i potřeba citového a sociálního zázemí, které hraje klíčovou úlohu nejen při zajišťování stability ve smyslu biologické rovnováhy, nýbrž i při získávání podnětů a zkušeností umožňujících dítěti orientaci v prostředí a jeho účelné ovládnutí.

2.1.1 Porodní situace očima novorozence

Změna v pohledu na duševní život novorozence přinesla i změnu v pohledu na porodní situaci, která byla tradičně pojímána spíše z perspektivy rodičky, zejména s ohledem na její vnímání bolesti při porodu. K prožívání porodní situace dítětem obrátili pozornost již psychoanalyticky orientovaní autoři, kteří poukazovali na možný dopad průběhu porodu na jeho psychické zdraví (Freud, 1909; Rank, 1924); do praxe však začal myšlenku šetrného vedení porodu vůči

dítěti zavádět teprve francouzský porodník Frederick Leboyer v polovině 70. let minulého století.

F. Leboyer (1995) ve svém spíše literárním než odborném pojednání *Porod bez násilí* upozorňuje na necitlivost některých běžně užívaných porodnických postupů k prožívání a psychologickým potřebám dítěte a představuje zde novou techniku vedení porodu, která má příchod dítěte na svět co možná nejvíce ulehčit: osvětlení na porodním sále se ztlumí, aby nebyl přechod dítěte ze tmy do světla příliš prudký; personál je co nejtišší, aby novorozence nevylekaly hlasité zvuky; pupeční šňůra se nechá dotepat, takže je přechod na plicní zásobování krve dítěte kyslíkem plynulý; novorozenec se po porodu neměří, aby u něj nedocházelo k napínání kraniosakrální osy; bezprostředně po porodu není oddělován od matky, jejíž blízkost u něj navozuje pocit jistoty a bezpečí; pomáhající personál zaujímá spíše vyčkávací postoj a ponechává dítěti dostatek času na poporodní adaptaci. Leboyerovo zjištění, že děti narozené za takto šetrných okolností křičí po porodu pouze minimálně, méně se chvějí a třesou a jejich svaly jsou méně napjaté, potvrzují i jiné výzkumy (Oliver & Oliver, 1978).

Ohled na prožívání porodní situace novorozencem akcentuje i Leboyerův následovník Michel Odent, který se ovšem staví kriticky k soustředění pozornosti na rodičí se dítě na úkor rodičí ženy, k čemuž dle jeho slov praktikování Leboyerovy metody často vede (Odent, 2004). Ve své porodnické praxi nicméně přejímá některé Leboyerem navržené postupy (tlumené osvětlení, klid, nenarušování raného kontaktu matky a dítěte) a navazuje rovněž na jeho myšlenku, že adaptaci novorozence na extrauterinní prostředí usnadňuje pobyt ve vodě. Zatímco však F. Leboyer doporučuje koupání novorozeného dítěte v teplé vodě poté, co se přivítalo s matkou, M. Odent zdůrazňuje, že koupání dítěte provádí sama matka, neboť koupel dítěti kompenzuje šok z oddělení od matky, případně nechává ženu porodit do vody, takže dítě přechází z plodové vody do vody o stejné teplotě a teprve potom z vody

na vzduch. Za tuto praxi je některými odborníky kritizován pro riziko bakteriální infekce dítěte a obtížnou kontrolu ztráty krve u matky.

Podle některých autorů je třeba klást důraz na prožívání porodní situace dítětem i proto, že způsob, jakým dítě přichází na svět, může ovlivnit jeho budoucí život (Verny & Kelly, 1981; Chamberlain, 1988; Cheek 1975). Psychoanalyticky zaměřené práce poukazují na to, že vzpomínky na porod a časné poporodní období mohou být uchovány v nevědomí a následně se promítat do schopnosti jedince pociťovat zdravou sebedůvěru, navazovat vztahy k druhým lidem, volit si a dosahovat cíle a vyrovnávat se se stresem a náročnými životními situacemi. Není-li porodní a poporodní situace po psychologické stránce citlivě zvládnuta a dítěti se nedostane hřejivého a respektujícího přivítání, může se u něj – zejména v kombinaci s dalšími nepříznivými vlivy v průběhu raného dětství - rozvinout postoj bazální nedůvěry ke světu, který se v budoucnu stane určujícím vzorcem pro jeho jednání. Prožitky porodu mohou dále facilitovat rozvoj afektivních poruch, různých forem závislostí a dalších psychických i psychosomatických onemocnění (Grof, 1993). Empirická validita psychoanalytických zjištění je sice často zpochybňována, tvrzení o vztahu závažných porodních komplikací a zvýšeného rizika výskytu pozdějších psychiatrických onemocnění u dítěte však potvrzují četné výzkumy (Rosso et al., 2000; Mittal, Ellman, & Cannon, 2008; Clarke, Harley, & Cannon, 2006).

Porodní a neonatologické komplikace rovněž korelují s psychiatrickým onemocněním matky v průběhu těhotenství, především s úzkostnými a depresivními stavy (Chung et al., 2001; Misri et al., 2004; Crandon, 1978; Peterson, Mehl, & McRae, 1988). Zdá se tedy, že právě porodní situace může sehrát svou roli při předávání patologie další generaci: psychiatrické onemocnění ženy v těhotenství koreluje s těžším průběhem jejího porodu a komplikovaný porod je zase jedním z prediktorů psychiatrického onemocnění dítěte v dospělosti.

V literatuře lze dále nalézt doklady pro to, že komplikované porody se častěji objevují u žen s nepříznivým socioekonomickým zázemím (Peacock, Bland, & Anderson, 1995) a u žen, jejichž těhotenství bylo nechtěné (Orr et al.,

2000; Verny & Kelly, 1981). Mnoho autorů se zároveň shoduje na tom, že kratší a méně komplikované porody mívají ženy, jimž se v průběhu porodu dostává emocionální podpory (Langer et al., 1998; Kashanian, Javadi, & Haghghi, 2010; Pascoe, 1993; Sosa et al., 1980); psychická podpora poskytovaná rodičce přitom snižuje nejen mateřskou, nýbrž i novorozeneckou morbiditu (Klaus & Kennell, 1988). Dítě je s matkou propojeno na mnoha úrovních a velmi citlivě reaguje na její emocionální i fyziologický stav – to může ovlivnit jak průběh porodu, při němž je plod neméně aktivní než matka (Davenport, 1988; Odent, 2004), tak i poporodní adaptaci novorozence (Klaus & Kennell, 1976).

Tradiční pohled na porod z perspektivy rodičky tedy nestaví potřeby dítěte zcela do pozadí, neboť podpora, jíž se v průběhu porodu dostává matce, přináší nepochybně pozitiva i pro dítě. Snaha minimalizovat zátěž, kterou pro dítě představuje porodní zážitek, proto předpokládá nejen ohled k prožívání porodní situace dítětem, nýbrž i úctu a respekt k rodící ženě a empatické porozumění jejím potřebám.

2.1.2 Raný kontakt matka – dítě

Zájem badatelů o interakci matky a dítěte bezprostředně po porodu byl patrně inspirován etologickými výzkumy, které upozornily na fenomén imprintingu a na geneticky podmíněné tendence k chování mezi samicí a mládětem (Harlow, 1958; Hinde & Tinbergen, 1958; Lorenz, 1961). U většiny savců ovlivňují hormonální mechanismy nejen těhotenství, nýbrž i mateřské pečovatelské chování bezprostředně po porodu. Ačkoli již u primátů ztrácí vliv hormonů na mateřské chování výsadní roli a je modifikován rozmanitými zkušenostně podmíněnými faktory, je obecně přijímáno, že obzvláště v hypothalamu produkované hormony oxytocin, prolaktin a vasopresin spolu s opiáty a dopaminy začínají (u nižších i vyšších savců) v pozdních fázích těhotenství stimulovat mateřské chování a ovlivňují tak zacházení matky s dítětem po porodu (Ahnert, 2008).

Studie zaměřené na mateřské chování u nonhumánních savců zároveň poukazují na to, že vztah samice k mláděti ovlivňuje i časnost a délka jejího kontaktu s mládětem po porodu - biologicky dané dispozice tedy musejí být „probuzeny“ konkrétními okolnostmi v době po porodu. Výzkumy, které tuto problematiku sledovaly u člověka, dospěly k podobným závěrům: vztah matky k dítěti se sice utváří již v průběhu těhotenství (Gloger-Tippelt, 1993), avšak narození dítěte je tou nejdůležitější fází pro formování mateřských postojů (Golańska & Borkowski, 1988). Zejména první hodina po porodu, jež je nazývána „zlatou hodinou“ či „hodinou přivítání“, je některými autory považována za klíčovou pro aktivaci biologicky disponovaného pečovatelského chování – v této souvislosti se rovněž hovoří o „mateřské senzitivní periodě“ (Klaus & Kennell, 1976; Lozoff et al., 1977; Chateau & Wiberg, 1977).

Během první postpartální hodiny dochází u matky k výraznému vzestupu hladiny oxytocinu, je-li jí ihned po porodu umožněn kontakt s dítětem „kůže na kůži“ (Nissen et al., 1995). Oxytocin se uvolňuje ve velkém množství i v průběhu porodu; ovlivňuje děložní kontraktilitu, sekreci mléka a souvisí s prosociálním a opatrovatelským chováním. Působí rovněž jako protektivní faktor ve stresové situaci - navozuje klid a tlumí úzkost (Heinrichs et al., 2003). V souladu s tím je i zjištění, že nepřerušovaný kontakt s dítětem po porodu má silný protektivní vliv na emoční vyladění rodičky, a představuje tedy prevenci poporodního smutku (Takács et al., 2011a). Separace matky a dítěte po porodu pravděpodobně zasahuje do křehké hormonální rovnováhy, jejímž účelem je chránit matku i dítě v různých ohledech (psychická odolnost matky, aktivace pečovatelského chování, zahájení kojení).

V době bezprostředně po porodu dochází k synchronizaci interakcí mezi matkou a dítětem, a tím zároveň k upevnování jejich citové vazby (Šulová, 2005). Tato doba je ideální pro posílení jejich emočního pouta, a to nejen ze strany matky, nýbrž i ze strany dítěte, které se v prvních 60 minutách po porodu nachází ve stavu nejvyšší vigility a receptivity a je schopno živě reagovat na podněty, jichž se mu od matky dostává (Mahmud et al., 1991). Ačkoli není mechanismus časného kontaktu bezezbytku prozkoumán, výzkumy potvrzují, že separace matky a dítěte po porodu narušuje jejich vzájemné

slad'ování: může vyústit v oslabení pocitu mateřské kompetence a bezděčné schopnosti matky vyladit se na potřeby dítěte (Leiderman & Seashore, 2008; Salk, 1970; Greenberg, Rosenberg, & Lind, 1973), v postpartální poruchy nálady, v chudší emocionální projevy matky vůči dítěti (Hales et al., 1977; Kontos, 1978; Ali & Lowry, 1981; Schaller, Carlsson, & Larsson, 1979; Enkin et al., 1998), v narušení procesu přilnutí dítěte k matce a v pozdní či problematické zahájení kojení (Righard, 1990; Ali & Lowry, 1981). Někteří autoři poukazují i na to, že raný kontakt matky a dítěte působí preventivně proti budoucímu týrání a zanedbávání dítěte (Kennell et al., 1974; O'Connor et al., 1980). Ukázala se rovněž souvislost časného kontaktu matky a dítěte a nižší rozvodovosti, resp. ochoty dát dítě v budoucnu k adopci (Leifer et al., 1972). Ačkoli nepanuje shoda v tom, jak dlouho senzitivní období trvá (hovoří se o hodinách až dnech), a výsledky patrně varíují v závislosti na živočišném druhu, jisté je, že účinky pozdější separace nejsou tak závažné jako účinky separace, k níž dojde krátce po porodu (Šulová, 2005).

Potřeba vzájemného kontaktu v době bezprostředně po porodu se objevuje jak na straně matky, tak i na straně dítěte. Matka často projevuje přání, aby jí dítě pohlédlo do očí a aby se jej mohla dotýkat (Klaus, Trause, & Kennell, 1975; Langmeier & Krejčířová, 2006). Matky, kterým bylo dítě po porodu z důvodu rutinní péče odneseno, obvykle popisují pocity smutku a jisté nedokončenosti či neuzavřenosti porodu. Některé matky oddělení od dítěte vítají, zejména v případě, byl-li porod dlouhý a vyčerpávající; pro ženy, které si kontakt s dítětem přejí, však nevyžádaná separace zpravidla představuje traumatizující zážitek (Takács & Kodyšová, 2011).

Potřeba dítěte nacházet se po porodu v blízkosti matky je provázána jak s potřebou biologické homeostázy, tak i s potřebou bezpečí a citového zázemí. Novorozenec je schopen rozlišit hlas své matky od hlasu cizí ženy a poslech matčina hlasu jej zklidňuje. Rozpozná svou matku podle vůně (Lozoff et al., 1977; Šulová, 2005; Langmeier & Krejčířová, 2006). Novorozenci, kteří měli během první hodiny po porodu kontakt s matkou „kůže na kůži“, byli i po třech měsících po porodu klidnější, více se smáli a méně plakali (Chateau & Wiberg, 1977). Na základě analýzy záznamu pláče novoro-

zenců během prvních 90 minut po porodu dospěla skupina výzkumníků k závěru, že novorozenec reaguje na oddělení od matky specifickým druhem pláče, který vykazuje znaky fenoménu „separation distress call“ (úzkostné volání mláděte odděleného od matky), popsaného u některých druhů savců. Jelikož tento pláč nezávisí na předchozí sociální zkušenosti, jedná se s největší pravděpodobností o geneticky zakódovanou reakci mláděte na postpartální separaci od matky (Christensson et al., 1995).

Mezi základní potřeby novorozence patří i potřeba stimulace. Bylo již zmíněno, že novorozenec je vybaven funkčním smyslovým aparátem - vidí, slyší, má velmi dobře vyvinutý hmat, čich a chuť a umí spojit informace z různých smyslů; je rovněž schopen učit se a je připraven k sociálnímu kontaktu. K optimálnímu rozvoji těchto schopností je však třeba, aby o novorozence od samého počátku pečovala osoba, která je schopna citlivě reagovat na jeho jemné signály, změny chování a nepravidelnost biorytmu - každé dítě má své individuálně specifické potřeby a přehnaná či nevhodně načasovaná stimulace by u něj mohla vést ke ztrátě zájmu o sociální interakci, a tím i ke zpomalení vývoje.

K péči vyžadující takovou vnímavost je nejlépe predisponována matka a je velmi pravděpodobné, že tato predisponovanost má hormonální základ. Matka své dítě instinktivně kolébá a pohupuje, a nevědomky tak u něj podporuje vývoj vestibulárního orgánu, který reguluje rovnováhu a motorickou koordinaci (Odent, 2004), Rozpozná rovněž různé druhy jeho pláče a je na ně schopna adekvátně reagovat. Někteří autoři v této souvislosti hovoří o intuitivní schopnosti zachytit potřeby dítěte a navodit synchronii v interakcích s ním (Salk, 1970; Papoušek & Papoušek, 1990; Odent, 2004), byť se jednotlivé matky mohou v míře této schopnosti značně odlišovat. Je-li však matka od svého dítěte v časném poporodním období oddělena, její intuitivní schopnost vyladit se na jeho signály slábne.

Předností nepřerušené a soustavné péče matky (či několika málo blízkých osob) o dítě je rovněž to, že si všechny interakce zachovávají jednotný styl, a novorozenec tak může vnímat svět jako stabilní a předvídatelný (Langmeier & Krejčířová, 2006). Sebelépe vyškolený, avšak rutinně postupující

a střídající se personál nemůže nahradit intuitivní empatii mateřské péče, která je důležitá zejména v prvních hodinách po porodu, během nichž se formuje povaha budoucích vztahů mezi matkou a dítětem, které zároveň předznamenávají další sociální interakce dítěte.

Poznatky o významu časného kontaktu matky a dítěte však nelze interpretovat jednostranně, neboť na povahu jejich raných interakcí mají nesporně dopad i další vlivy, především psychické vyladění matky, její postoj k těhotenství, vztah s vlastní matkou a s otcem dítěte a v neposlední řadě i zralost, zdravotní stav a pohlaví novorozence (Egeland & Farber, 1984; Fleming et al., 1988; Hwang, 1978). Obezřetně je třeba posuzovat i otázku dopadu časného kontaktu na další vývoj dítěte – za prvé, výzkumy se neshodují v určení doby, po kterou může separace matky a dítěte alterovat jejich vzájemný vztah, a za druhé zde vstupuje do hry mnoho dalších faktorů, které mohou vliv rané separace překrýt či modifikovat. Z dosavadních poznatků je ovšem zřejmé, že raná separace matky a dítěte představuje rizikový faktor, jehož důsledky mohou být obzvlášť závažné v případě souběhu více nepříznivých okolností (např. špatné socioekonomické zázemí rodiny a nechtěné těhotenství).

2.1.3 Předčasně narozené děti a děti se zdravotními komplikacemi

Byly-li dlouhou dobu podceňovány duševní schopnosti novorozence, pro děti předčasně narozené to platí dvojnásob. K nedonošeným dětem se přistupovalo jako k plodu, který je velmi málo zralý na to, aby se mohl adaptovat na podmínky extrauterinního prostředí a reagovat na podněty, které mu toto prostředí přináší. Teprve později - a z velké části díky rozvoji technologií schopných zaznamenat chování a výrazy nedonošených dětí na dálku - byl tento tradiční, avšak nesprávný pohled překonán a psychice předčasně narozených dětí začalo být věnováno více pozornosti (Mellier, 2000).

Psychosociální potřeby nedonošeného dítěte se v zásadě neliší od potřeb dítěte donošeného; nedonošené dítě však vyžaduje intenzivnější a zároveň citlivější stimulaci a podporu. Nedonošení novorozenci jsou více

ohrožení senzoricou deprivací, neboť se jim dostává méně kinestetických a vibračních podnětů než plodu téhož věku *in utero* a - vzhledem k časté nutnosti hospitalizace - zároveň i méně smyslové a sociální stimulace než novorozencům donošeným. To může ještě zkomplikovat jejich už tak obtížnější start a promítnout se nežádoucím způsobem do jejich motorického, kognitivního a sociálního vývoje (Leib, Benfield, & Guidubaldi, 1980; Nugent, Blanchard, & Stewart, 2008). Studie v této souvislosti poukazují i na negativní dopad některých nepřírozených (výrazné zvuky, hluk, ostré světlo) či matoucích podnětů (střídání personálu, nejednotný styl péče) na dětských jednotkách intenzivní péče (Bender, 1988).

I v případě nedonošeného dítěte či dítěte se zdravotními komplikacemi však platí, že k optimálnímu uspokojování jeho potřeb je nezbytná soustavná a láskyplná péče osoby, která je k tomu biologicky i psychologicky predisponována - tedy v první řadě matky, případně obou rodičů. Je-li však dítě po porodu od rodičů separováno, stoupá riziko asynchronie v interakcích rodič-dítě, které jsou navíc znesnadňovány i dalšími faktory: na straně dítěte je to větší labilita a dráždivost, menší reaktivita na smyslové a sociální podněty a menší předvídatelnost a čitelnost v sociálních situacích, na straně rodičů zase silný strach o dítě, na jehož příchod ještě nebyli připraveni, a pocity viny, selhání, bezmoci či smutku.

Američtí pediatři M. Klaus a J. Kennell (1976) zjistili, že prvorodičky separované po porodu od svých předčasně narozených dětí pociťovaly výrazně menší důvěru ve svou schopnost pečovat o dítě než ženy, jimž byl přístup k jejich dětem umožněn. V důsledku rané separace může k již výše zmíněným rizikům přistoupit i to, že matka získá pocit určité „nereálnosti“ dítěte, či pocit, jako by dítě nebylo její vlastní (Langmeier & Krejčířová, 2006). Pocity nedostatečné rodičovské kompetence a „nereálnosti“ dítěte jsou rovněž posilovány nemocniční praxí, kdy matka sice může své nedonošené dítě navštěvovat, avšak veškerou péči o ně přebírá z důvodu rizika infekce ošetřující personál.

Upřednostňování hygienických aspektů před psychologickými může mít negativní důsledky jak pro dítě, tak i pro jeho rodiče, a to zejména tehdy, omezují-li nemocniční praktiky nejen možnost rodičů pečovat o dítě, ale

i samotný kontakt s ním. Výzkumy přitom nepotvrzují oprávněnost obavy, že by fyzický kontakt matky s jejím předčasně narozeným dítětem zvyšoval riziko infekce a že by přítomnost matky na oddělení mohla být v tomto ohledu rizikovější než přítomnost personálu (Barnett et al., 1970). Ukazuje se naopak, že stálý fyzický kontakt nedonošeného dítěte s matkou (tzv. kontakt „kůže na kůži“) působí vůči infekcím preventivně (případně zlehčuje jejich průběh) a má celkově pozitivní dopad na zdraví novorozence (upravuje se termoregulace, dech je pravidelnější, zlepšuje se kvalita spánku).

Kontaktu „kůže na kůži“ se s velkými úspěchy využívá při tzv. „kangaroo method“ (metoda klokánkování), kterou v roce 1978 vyvinul kolumbijský pediatr Edgar Rey. Matka podle ní nosí své nedonošené dítě na hrudi, čímž mu zajišťuje stimulaci, potravu i optimální teplotu. Tato metoda se používá tehdy, nepotřebuje-li již dítě intenzivní lékařskou péči, ačkoli se v kratších časových úsecích praktikuje i u dětí napojených na dýchací přístroje. Její bezpečnost je podle kontrolovaných studií srovnatelná s prostředím inkubátoru (Conde-Agudelo, Diaz-Rossello, & Belizan, 2011) a kromě pozitivního efektu na zdraví novorozence ovlivňuje příznivě i kognitivní a motorický vývoj dítěte (Feldman et al., 2002), psychické vyladění matky a její pocit mateřské kompetence a v neposlední řadě i zahájení kojení a styl interakcí mezi matkou (či rodiči) a dítětem (Ruiz-Peláez, Charpak, & Cuervo, 2004; Roller, 2005).

Zohledňování psychosociálních potřeb nedonošených či nemocných novorozenců má tedy pozitivní důsledky nejen na rovině psychologické, nýbrž i na rovině somatické. Spočívá v první řadě v podpoře kontaktu dítěte s rodiči – je žádoucí povzbuzovat rodiče, aby brali své dítě do náručí, dotýkali se jej, kolébali je, mluvili na ně a aby je matka, je-li to možné, kojila a mohla se o ně i během jeho hospitalizace v maximálně možné míře starat.

2.1.4 Zahájení kojení

Kojení má prokazatelně pozitivní dopad na zdraví matky i dítěte a představuje přirozený způsob výživy novorozenců a malých dětí. Kromě nutritivní funkce

má i psychologický a psychosociální význam. Sladká chuť mateřského mléka působí na novorozence tišivě a podobný efekt má i samotné sání (Weiner et al., 2003). Fyzický kontakt s matkou, poslech jejího hlasu a tlukotu jejího srdce napomáhá u dítěte uspokojit potřeby emocionální stability a sociálního zázemí (Šulová, 2005). Kojící matky navazují častěji oční i taktilní kontakt s dítětem (Kuzela, Stifter, & Worobey, 1990; Lavelli, Poli, 1998) a jsou díky působení hormonu prolaktinu klidnější (Dermer, 2001) a odolnější vůči stresu (Altemus et al., 1995). Situace kojení je nesporně jedním z nejdůležitějších pilířů pro navazování vztahu mezi matkou a dítětem a utváření jejich citového pouta.

Rozhodnutí ženy, že bude své dítě kojit, koreluje se sociodemografickými charakteristikami jako například věk, vzdělání, příjem, sociální status a manželský stav (Forster & McLachlan, 2007; Mydlilová, Šípek, & Wiesnerová, 2008; Blyth, 2002); roli mohou hrát i některé psychosociální faktory, zejména postoje nejbližšího okolí ženy ke kojení, problém identifikace s mateřskou rolí či vnímání ženského těla jako sexuálního symbolu (Earle, 2002). Mezi rizikové faktory pro zahájení kojení patří i první těhotenství, vpáčené a ploché bradavky a nadváha u matky a špatný zdravotní stav, nízká porodní váha a špatná technika sání u novorozence (Dewey et al., 2003; Dewey, 2001).

Do úspěšnosti při zahájení kojení se promítají i proměnné související s perinatální péčí. V literatuře je podrobně zdokumentován negativní vliv některých porodnických postupů a ošetrovatelských praktik; patří mezi ně zejména farmakologické tlášení bolesti při porodu (Mydlilová, Šípek, & Wiesnerová, 2008; Forster & McLachlan, 2007), separace matky a novorozence bezprostředně po porodu (Ali & Lowry, 1981; Sosa et al., 1976), pozdní zahájení kojení (Righard, 1990), dokrmování novorozenců umělou výživou v prvních dnech po porodu a užívání náhražek sání (Dewey et al., 2003; Dewey, 2001). Problémy s nástupem laktace a zahájením kojení se rovněž častěji vyskytují u žen po císařském řezu (Mydlilová, Šípek, & Wiesnerová, 2008; Kruse et al., 2005; Rowe-Murray & Fisher, 2002) a po porodu kleštěmi či vakuumentrací (Chien & Tai, 2007; Patel et al., 2003).

Velký význam pro úspěšné zahájení kojení mohou mít i vztahy rodičky se zdravotníky, a to jak v průběhu porodu, tak i v době po porodu. Výzkumy například upozorňují na to, že psychická podpora poskytovaná rodičce při porodu pozitivně ovlivňuje nástup laktace (Morhason-Bello, Adedokun, & Ojengbede, 2009; Langer et al., 1998) a mateřské pečovatelské chování (Klaus, Kennel, Klaus, 2003); stres prožívaný během porodu může naopak nástup laktace oddálit (Dewey et al., 2003; Grajeda & Perez-Escamilla, 2002; Chen et al., 1998). Zažívá-li stres žena po porodu, může dojít k narušení uvolňování oxytocinu, který ovlivňuje sekreci mléka z prsních žláz, a následkem toho k redukcí tvorby mléka způsobené nedostatečným vyprazdňováním prsů během kojení (Dewey, 2001).

Dopad vztahových faktorů na zahájení kojení potvrzují i výsledky výzkumu, který blíže představím ve druhé části tohoto oddílu (Takács et al., 2011b): byla zjištěna významná korelace mezi neúspěšným zahájením kojení a negativním hodnocením vnímané atmosféry ($p = 0.002$) a přístupu zdravotníků ($p = 0.005$) na oddělení šestinedělí ze strany rodiček. Ženy, které při odchodu z porodnice své dítě nekojily nebo je kojily pouze částečně, častěji uváděly, že v nich interakce se zdravotníky na oddělení šestinedělí vyvolávaly negativní pocity ($p = 0.001$). Dále se ukázalo, že podávání náhradní výživy novorozenci je pro zahájení kojení rizikovější v případě, že se ženě na oddělení šestinedělí nedostává empatie a psychické podpory. Účinná podpora kojení by proto měla spočívat nejen v eliminaci škodlivých rutinních praktik a v dodržování tzv. *Deseti kroků k úspěšnému kojení* (viz příloha č. 2), ale měla by se rovněž zaměřit na psychologické potřeby ženy v postpartálním období.

Pozn.: Teoretická část kapitoly *Psychosociální aspekty péče o novorozence* byla v rozšířené podobě publikována pod názvem *Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče* v časopise *Česká gynekologie* (Takács, 2012).

2.2 Výzkumná část: Souvislost psychosociálních faktorů perinatální péče a zahájení kojení

2.2.1 Cíle výzkumu

Dosavadní studie věnované faktorům ovlivňujícím zahájení kojení se zaměřují především na otázku, co hraje roli při rozhodování ženy o způsobu výživy jejího dítěte, jaké farmakologické intervence a rutinní postupy praktikované v porodnicích mohou představovat překážky úspěšného zahájení kojení a jaké zdravotní komplikace na straně matky nebo dítěte mohou proces kojení narušit. Přichází-li ke slovu otázka dopadu psychosociálních souvislostí, hlavním tématem se stávají právě rutinní postupy porodnic, případně role psychosociální podpory poskytované ženě v průběhu porodu a po něm. Chybí však podrobnější rozpracování psychosociálních aspektů péče o rodičku v průběhu porodu a poporodního období. Na tyto aspekty se zaměřuje prezentovaný výzkum, jehož cílem je identifikovat hlavní psychosociální proměnné v rámci perinatální péče, které mohou představovat podpurné či rizikové faktory pro úspěšné zahájení kojení. Pozornost je věnována i tomu, jaké faktory hodnotí jako nepříznivé pro zahájení kojení samy rodičky a které naopak považují za podpurné při překonávání problémů s kojením. Ve výzkumu byl rovněž sledován vliv vedlejších proměnných souvisejících se zdravotním stavem rodičky a medikací aplikovanou v průběhu porodu.

Tato práce je rozdělena na dvě části – kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní část obsahuje statistickou analýzu dotazníkových dat získaných při šetření spokojenosti rodiček s péčí v českých porodnicích. Cílem kvalitativní části je doplnit, prohloubit a podrobněji interpretovat výsledky získané prostřednictvím statistické analýzy.

Tento výzkum byl realizován díky podpoře Interního grantu FF UK *Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky* (projekt č. 261107 z roku 2010) a jeho výsledky byly publikovány v článku *Zahájení*

kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče v časopise E- psychologie (Takács et al., 2011).

2.2.2 Soubor a metodika kvantitativní části

Výzkumný soubor kvantitativní části představuje 199 respondentek z celé České republiky. Do tohoto souboru byly zařazeny pouze prvorodičky, kterým se narodilo jedno dítě a od jejichž porodu neuplynula v okamžiku vyplnění dotazníku doba delší než 1 rok. Všechny respondentky porodily své dítě v porodnici v České republice.

Věk respondentek se pohybuje v rozmezí od 20 do 41 let, průměrný věk je 30 let, medián je rovněž 30 let. Celkem 120 žen z tohoto souboru vystudovalo vysokou školu, 72 respondentek absolvovalo střední školu s maturitou a 7 střední školu bez maturity. Z tohoto souboru odešlo 156 rodiček z porodnice s plně kojeným dítětem, 34 rodiček s částečně kojeným dítětem a 9 respondentek uvedlo, že své dítě při odchodu z porodnice nekojily vůbec.

Pro výzkum byl použit dotazník mapující hlavní psychosociální aspekty perinatální péče (viz příloha č. 3), který byl konstruován na základě výsledků obsahové analýzy polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami a psaných porodních příběhů (viz výzkum prezentovaný v prvním oddílu této práce, kapitola 1.2.3). Jedná se o první, delší verzi dotazníku psychosociálního klimatu porodnice, jehož finální podobu představuje dotazník nazvaný KLI-P, prezentovaný v prvním oddíle této práce (kapitola 1.2.4).

Psychosociální faktory byly rozčleněny do 4 kategorií: *vztahové hledisko* (přístup zdravotníků k rodičkám, kvalita komunikace a poskytování informací), *hodnotové hledisko* (vládnoucí paradigma v porodnici týkající se přístupu k porodu, poporodní péči a podílu rodičky na rozhodování), *systémové hledisko* (provozně-systémové aspekty zdravotnické péče) a *ekologicko-architektonické hledisko* (uspořádání, vybavení a vzhled prostor porodnice, hygienické a servisní zázemí). Dotazník dále zjišťoval pocity rodiček během jejich pobytu na porodnickém oddělení a na oddělení šestinedělí, zdravotní

komplikace během porodu, délku trvání porodu a stav kojení při odchodu z porodnice.

Dotazník byl vyhotoven v on-line verzi. Odkazy na něj byly umístěny na webových stránkách společností a sdružení, která se věnují problematice těhotenství a porodu, a rovněž na webových stránkách mateřských center a portálů. Některá mateřská centra rozeslala svým klientkám odkaz na dotazník prostřednictvím e-mailu. Odkazy na on-line dotazníky byly umístěny ve čtyřech pediatrických ambulancích.

V této studii jsou sledovány položky z dotazníku týkající se následujících tematických oblastí:

1. stav kojení při odchodu z porodnice (plně kojené dítě – částečně kojené dítě – nekojené dítě; vzhledem k nízkému počtu respondentek byly poslední dvě skupiny sloučeny);
2. základní demografické (věk, vzdělání) a anamnestické (délka trvání porodu, komplikace při porodu, farmakologické zásahy v průběhu porodu) charakteristiky respondentek;
3. ošetrovatelské praktiky, které byly předchozími výzkumy hodnoceny jako rizikové pro zahájení kojení (separace matky a dítěte po porodu, délka separace, nemožnost zahájit kojení do půl hodiny po porodu, podávání náhražek sání, podávání náhradní stravy a přinášení dítěte ke kojení v pravidelných intervalech stanovených porodnicí, nikoli dle jeho potřeb);
4. psychosociální aspekty perinatální péče – zvláště pro porodnické oddělení (PO) a pro oddělení šestinedělí (OŠ):
 - přístup zdravotníků k rodičce: kumulativní skóre sycený 6 položkami – symetrie/asymetrie; úcta a respekt; zohledňování přání a potřeb rodičky; citlivý přístup; zohledňování aktuálního stavu rodičky; dostupnost zdravotníků (všechny položky hodnoceny pro PO i pro OŠ). První položka byla hodnocena „ano – ne“, další položky byly hodnoceny „ano – většinou ano – většinou ne – ne“. Celkový skóre se pohyboval mezi 6 a 24 (nejlepšímu možnému hodnocení přístupu zdravotníků rodičkou odpovídal skóre 6);

- komunikace zdravotníků: kumulativní skór sycený 2 (PO), resp. 3 položkami (OŠ) – srozumitelnost informací, dostatečnost informací, protichůdnost informací (poslední položka pouze pro OŠ, reverzně skórováno). Všechny položky byly hodnoceny „ano – většinou ano – většinou ne – ne“. Celkový skór se pohyboval mezi 2 a 8, resp. 3 a 12 (nejlepšímu možnému hodnocení komunikace zdravotníků rodičkou odpovídal skór 2, resp. 3);
- podpora kojení; syceno jednou položkou (zdravotníci nabízeli ženě pomoc s kojením);
- celkové hodnocení atmosféry na PO a OŠ (velmi příjemná – spíše příjemná – spíše nepříjemná – nepříjemná; vřelá a laskavá – ani vřelá, ani chladná – chladná a neosobní – nepřátelská – ambivalentní), převažující ladění pocitů, které v ženách vyvolávala interakce se zdravotníky (hodnoceno: pozitivní – neutrální – negativní).

Výzkumný soubor byl rozdělen na dva výběry podle toho, zda žena opouštěla porodnici s plně kojícím dítětem (n = 156), anebo s dítětem pouze částečně kojícím či nekojícím (n = 43). Poté byly obě skupiny porovnány z demografického hlediska a bylo zjišťováno, zdali je mezi nimi signifikantní rozdíl co do hodnocení jednotlivých psychosociálních aspektů péče. Jednotlivé hypotézy byly testovány zhodnocením pravděpodobnosti shody obou skupin vypočítané s využitím testu χ^2 a Studentova t-testu.

V kvantitativní části výzkumu byly testovány následující hypotézy:

- H1: Ve skupině plně kojících žen je nižší výskyt porodnických a ošetřovatelských praktik, které negativně ovlivňují zahájení kojení (operativní porody, farmakologické zásahy v průběhu porodu, poporodní separace matky a dítěte, podávání náhražek sání a náhradní výživy).
- H2: Plně kojící ženy hodnotí atmosféru na PO pozitivněji.
- H3: Plně kojící ženy hodnotí atmosféru na OŠ pozitivněji.
- H4: Plně kojící ženy jsou spokojenější s přístupem a komunikací zdravotníků na PO.

H5: Plně kojící ženy jsou spokojenější s přístupem a komunikací zdravotníků na OŠ.

2.2.3 Výsledky kvantitativní části

Porovnání základních demografických a anamnestických charakteristik (tabulka 2.1) obou výběrů ukazuje, že mezi výběry nejsou významné rozdíly co do věku, vzdělání, délky trvání porodu, výskytu komplikací při porodu (vč. předčasného porodu, císařského řezu a porodu kleštěmi) a farmak aplikovaných v průběhu porodu.

Tab. 2.1 Základní demografické a anamnestické charakteristiky obou výběrů

| <i>Proměnná</i> | <i>Plně kojící (n = 156)</i> | <i>Částečně kojící nebo nekojící (n = 43)</i> | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|---|------------|-------|----------------|
| | \bar{x} (σ) | \bar{x} (σ) | p (t-test) | | |
| Věk | 29.66 (3.41) | 30.07 (3.49) | 0.489 | | |
| Délka porodu | 10.24 (9.473) | 11.44 (15.74) | 0.532 | | |
| | Počet (%) | Počet (%) | χ^2 | st.v. | p (χ^2) |
| Vzdělání | | | | | |
| • ZŠ | 0 | 0 | 0.5 | 2 | 0.929 |
| • SŠ bez maturity | 5 (3.21) | 2 (4.65) | | | |
| • SŠ s maturitou | 58 (37.18) | 14 (32.56) | | | |
| • VŠ | 93 (59.61) | 27 (62.79) | | | |
| Předčasný porod | 5 (3.2) | 3 (7) | 1.2 | 1 | 0.265 |
| Císařský řez | 37 (23.7) | 11 (25.6) | 0.1 | 1 | 0.800 |
| Porod kleštěmi | 6 (3.8) | 0 (0.0) | 1.7 | 1 | 0.192 |
| Epidurální analgezie | 38 (27.9) | 12 (24.4) | 0.2 | 1 | 0.635 |
| Jiná analgezie | 18 (11.5) | 4 (9.3) | 0.2 | 1 | 0.679 |
| Infúze pro urychlení porodu | 47 (30.1) | 11 (25.6) | 0.3 | 1 | 0.561 |

Statisticky významný rozdíl nebyl prokázán ani u separace matky a dítěte po porodu, která je považována za významnou překážku pro úspěšné zahájení kojení (Righard, 1990). Statistické významnosti se rozdíl mezi oběma výběry ovšem přibližoval za předpokladu, že bylo dítě od matky po porodu odděleno více než tři hodiny. Mezi výběry nebyl nalezen rozdíl v možnosti zahájit kojení do půl hodiny po porodu a rovněž režim donášení dětí ke kojení byl obdobný;

významný rozdíl byl nicméně (nikoli překvapivě) zjištěn ve frekvenci podávání náhradní výživy ($p = 0,000$), ale i ve frekvenci podávání náhražek sání ($p = 0,008$). Hypotéza 1 se tedy potvrdila jen zčásti. Uvedené výsledky zachycuje tabulka 2.2.

Tab. 2.2 Souvislost rutinních ošetrovatelských praktik a zahájení kojení

| <i>Proměnná</i> | <i>Plně kojící (n = 156)</i> | <i>Částečně kojící nebo nekojící (n = 43)</i> | | | |
|--|----------------------------------|---|----------|-------|----------------|
| | Počet (%) | Počet (%) | χ^2 | st.v. | p (χ^2) |
| Separace od dítěte po porodu | 122 (78.2) | 33 (76.7) | 0.0 | 1 | 0.838 |
| Doba separace > 3 hod. | 65 (41.6) | 24 (55.9) | 2.7 | 1 | 0.099 |
| Zahájení kojení do půl hodiny po porodu | 95 (60.9) | 26 (60.5) | 0.3 | 1 | 0.582 |
| Podávání náhražek sání | 34 (21.8) | 18 (41.9) | 7 | 1 | 0.008** |
| Podávání náhradní výživy | 58 (37.2) | 37 (86.0) | 32.3 | 1 | 0.000** |
| Dítě přinášeno ke kojení v pravid. intervalech | 39 (25) | 14 (32.6) | 2.1 | 1 | 0.343 |

** $p < 0.01$

Při srovnání hodnocení celkové atmosféry na PO a přístupu a komunikace zdravotníků na PO opět nebyly mezi oběma skupinami zjištěny významné rozdíly. Nebylo prokázáno ani to, že ženy, které své dítě při odchodu z porodnice plně kojily, prožívaly častěji pozitivní emoce v souvislosti s interakcemi se zdravotníky. Hypotézy 2 a 4 se tedy nepotvrdily. Výsledky ukazuje tabulka 2.3.

Tab. 2.3 Souvislost hodnocení celkové atmosféry na PO a přístupu a komunikace zdravotníků na PO se zahájením kojení

| <i>Proměnná</i> | <i>Plně kojící (n = 156)</i> | <i>Částečně kojící nebo nekojící (n = 43)</i> | | | |
|--|----------------------------------|---|----------|-------|----------------|
| | Počet (%) | Počet (%) | χ^2 | st.v. | p (χ^2) |
| Atmosféra: velmi příjemná a spíše příjemná | 118 (75.6) | 33 (76.7) | 1.3 | 4 | 0.881 |
| Popis atmosféry: vřelá a laskavá | 102 (65.4) | 26 (60.4) | 3.4 | 4 | 0.496 |
| Převaha pozitivních emocí | 124 (79.5) | 33 (76.7) | 0.2 | 2 | 0.696 |
| Převaha negativních emocí | 28 (17.9) | 8 (18.6) | 0.0 | 2 | 0.921 |
| | <i>Plně kojící (n=156)</i> | <i>Částečně kojící nebo nekojící (n = 43)</i> | | | |
| | \bar{x} (σ) | \bar{x} (σ) | | | p (t-test) |
| Hodnocení přístupu zdravotníků (6-24) | 10.21 (4.16) | 10.70 (4.84) | | | 0.625 |
| Hodnocení komunikace zdravotníků (2-8) | 3.15 (1.33) | 3.32 (1.57) | | | 0.515 |

Pozn.: V tabulkách č. 2.3, 2.4 a 2.5 jsou uvedeny hodnoty pouze pro proměnnou „velmi příjemná a spíše příjemná atmosféra“ a nikoli rovněž pro proměnnou „spíše nepříjemná a velmi nepříjemná atmosféra“, neboť tyto hodnoty jsou komplementární. Naproti tomu jsme v tabulkách č. 2.3, 2.4 a 2.5 uváděli jak proměnnou „převaha pozitivních emocí“, tak i proměnnou „převaha negativních emocí“, neboť celkové ladění pocitů bylo hodnoceno třístupňově (pozitivní, neutrální, negativní) a přidání proměnné „převaha negativních emocí“ tedy přináší novou informaci.

Statisticky významný rozdíl mezi výběry byl zaznamenán u hodnocení celkové atmosféry na OŠ: ženy, které při propuštění z porodnice kojily jen částečně nebo vůbec, hodnotily atmosféru na OŠ hůře ($p = 0.002$; $p = 0.030$) a interakce se zdravotníky v nich častěji vyvolávaly negativní pocity ($p = 0.001$). Signifikantní rozdíl byl zjištěn i v tom, jak obě skupiny hodnotily přístup zdravotníků (plně kojící ženy pozitivněji, $p = 0.005$) a jejich komunikaci (plně kojící ženy pozitivněji, $p = 0.013$), a dále v podpoře kojení (pomocí s kojením se více dostávalo plně kojícím ženám, $p = 0.002$). Hypotézy 3 a 5 se tedy potvrdily. Výsledky jsou zachyceny v tabulce 2.4.

Tab. 2.4 Souvislost hodnocení celkové atmosféry na OŠ a přístupu a komunikace zdravotníků na OŠ se zahájením kojení

| <i>Proměnná</i> | <i>Plně kojící (n = 156)</i> | <i>Částečně kojící nebo nekojící (n = 43)</i> | | | |
|--|----------------------------------|---|----------|-------|----------------|
| | Počet (%) | Počet (%) | χ^2 | st.v. | p (χ^2) |
| Atmosféra: velmi příjemná a spíše příjemná | 111 (71.2) | 18 (41.9) | 16.6 | 4 | 0.002** |
| Popis atmosféry: vřelá a laskavá | 78 (50) | 16 (37.2) | 10.7 | 4 | 0.030* |
| Převaha pozitivních emocí | 101 (64.7) | 16 (37.2) | 10.5 | 2 | 0.002** |
| Převaha negativních emocí | 46 (29.5) | 25 (58.1) | 12.1 | 2 | 0.001** |
| Zdravotníci nabízeli ženě pomoc s kojením | 132 (84.6) | 27 (62.8) | 10.0 | 1 | 0.002** |
| <i>Proměnná</i> | <i>Plně kojící (n = 156)</i> | <i>Částečně kojící nebo nekojící (n = 43)</i> | | | |
| | \bar{x} (σ) | \bar{x} (σ) | | | p (t-test) |
| Hodnocení přístupu zdravotníků (6-24) | 11.63 (4.43) | 14.02 (5.58) | | | 0.005** |
| Hodnocení komunikace zdravotníků (3-12) | 5.48 (2.17) | 6.70 (2.56) | | | 0.013* |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

2.2.4 Soubor a metodika kvalitativní části

Výzkumný soubor kvalitativní části čítal 18 respondentek ve věku od 20 do 43 let. Všechny respondentky uvedly, že se během svého pobytu v porodnici potýkaly s problémy s kojením. V okamžiku vedení rozhovoru neuplynula od jejich porodu doba delší než 18 měsíců. VŠ vzdělání mělo 12 respondentek, střední školu s maturitou 4 a střední školu bez maturity 2 respondentky. Ve výzkumném souboru bylo 14 prvorodiček a 4 druhorodičky. Dvěma ženám se narodila dvojčata, jedné trojčata. Šest žen prodělalo porod císařským řezem. Všechny respondentky chtěly své dítě (dětí) kojit a všechny se o to v průběhu svého pobytu v porodnici snažily.

Smyslem kvalitativní části výzkumu bylo doplnit a lépe porozumět výsledkům získaným v kvantitativní části. Za tím účelem byla provedena obsahová analýza dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami, které měly v porodnici problémy se zahájením kojení. Při analýze rozhovorů byla věnována pozornost jak těm faktorům, které rodičky dávaly do souvislosti se svými problémy s kojením, tak i faktorům, které považovaly za podpůrné při jejich překonávání. Z rozhovorů byl se souhlasem respondentek pořízen audiozáznam a následně byly vypracovány jejich doslovné přepisy.

2.2.5 Výsledky kvalitativní části

Z rozhovorů s rodičkami vyplynulo, že za nejdůležitější faktory, které mohou mít příznivý či nepříznivý dopad na zahájení a úspěšný průběh kojení, rodičky považují především přístup zdravotníků a jejich komunikaci (*vztahové hledisko*). Následují faktory související s rutinními postupy v rámci perinatální péče včetně podpory kojení (*hodnotové hledisko*) a s organizačně-provozními podmínkami v dané porodnici (*systemové hledisko*).

Ženy, které čelily problémům při zahajování kojení, uváděly, že pro jejich překonání byl rozhodující zájem sester o jejich potíže, aktivní nabízení pomoci a vstřícná a ochotná reakce sester v případě žádosti o pomoc. Mají-li rodičky pocit, že zdravotníky svými dotazy a žádostmi obtěžují, nenaleznou často odvahu říci si o radu a o pomoc a při přetrvávajících problémech na kojení rezignují.

Za podpůrné faktory rodičky označily rovněž empatii a psychickou podporu ze strany zdravotníků. Ukázalo se, že nejefektivnější způsob, jak poskytnout ženě, jíž se kojení nedaří, podporu, je posilování jejího pocitu mateřské kompetence, který ženy po neúspěšných pokusech o kojení často ztrácejí. Rodičky hodnotily velmi pozitivně, když je zdravotníci uklidňovali, dodávali jim odvahu do dalšího snažení, ujišťovali je, že se kojení rozběhne, pomáhali jim zahnat obavy z toho, že se kojení rozbíhá pomalu, a trpělivě jim naslouchali. Respondentky, které se v porodnici setkaly s necitlivým přístupem ze strany zdravotníků (např. sestry jim v reakci na neúspěch při kojení sdělily,

že jsou „neschopné“, či s nimi a s jejich dětmi manipulovaly při nácvičku kojení hrubě), uváděly, že tento faktor silně přispíval k jejich celkové psychické nepohodě a jejich problémy s kojením stupňoval.

Některé respondentky zmiňovaly, že jim bylo kojení v porodnici nepříjemné, neboť jim scházel pocit soukromí a intimity. Tento problém se netýkal pouze přítomnosti dalších rodiček na společném pokoji a jejich návštěv, nýbrž i vizit, při nichž na pokoj přicházelo větší množství lidí. Vizitující lékaři podle jejich slov často nebrali ohledy na to, že žena kojí, a v mnoha případech žádali, aby kojení kvůli vizitě přerušila.

Klíčovou roli hraje i kvalita komunikace, neboť komunikační styly zdravotníků úzce souvisí s tím, zdali rodička vyhodnotí jejich přístup jako ochotný, empatický a podpůrný. Jak bylo řečeno v souvislosti s poskytováním psychické podpory, velmi pozitivní efekt má uklidňování, ujišťování a trpělivé naslouchání. Rizikový faktor pro úspěšný průběh kojení představují především ty formy komunikace, při nichž jsou rodičky kritizovány a znejišťovány; některé respondentky spojovaly své problémy s kojením se stresem, který v nich tyto nevhodné komunikační styly vyvolávaly.

Důležité jsou i neverbální projevy akceptace jako úsměv a vlídný tón řeči - právě tyto signály jsou pro navození příznivého klimatu rozhodující. Kdykoli respondentky uváděly, že v jejich neúspěšných pokusech o kojení nastal obrat k lepšímu, sdělovaly zároveň, že se tak stalo díky pomoci „usměvavé“ sestry či laktační poradkyně, která s nimi „hezky mluvila“. Rodičky rovněž zmiňovaly, že k jejich psychické nepohodě velmi přispívaly neverbální signály sester jako například „oči v sloup“ či různé „úškleby“, doprovázející kritiku jejich snah o kojení; podpora kojení poskytovaná sestrami, které komunikovaly tímto způsobem, nebyla efektivní, a to ani tehdy, když se rodičkám individuálně věnovaly a ukazovaly jim různé polohy a techniky kojení.

Pro úspěšný začátek kojení může být rozhodující i kvalita informací, které rodička od zdravotníků obdrží. Ukázalo se, že v této souvislosti existují dvě hlavní překážky úspěšného rozjezdu kojení: nedostatečná kompetence sester v otázkách kojení a udílení protichůdných rad. Tyto faktory měly velmi negativní dopad zejména u prvorodiček – nejasné, nevhodné či navzájem

si odporující informace v nich vyvolávaly pocity zmatku a nejistoty, což v nejednom případě vedlo k tomu, že tyto ženy přestaly kojit.

Za překážku úspěšného zahájení kojení považovalo více respondentek oddělení od svého dítěte po porodu a nedostatečnou frekvenci kojení během této separace. Problémem však nemusí být pouze separace matky a dítěte bezprostředně po porodu, ale i pozdější odloučení například z důvodu novorozenecké žloutenky.

Některé respondentky považovaly za důvod svého ukončení kojení dokrmování dítěte náhradním mlékem v lahvi, neboť dítě si zvyklo na savičku a nechtělo se již přisávat k prsu. Faktorem, který může přispět k nárůstu počtu nekojených dětí, je tedy i příliš rychlé přecházení na umělou výživu, objeví-li se problémy s kojením. Více respondentek sdělilo, že nedostatečná podpora kojení v kombinaci s okamžitou nabídkou náhradní výživy byla důvodem toho, že v pokusech o kojení nepokračovaly.

Několik respondentek se však ocitlo v situaci, kdy se jim dlouho netvořilo mléko, hladové dítě neustále plakalo a zdravotníci odmítli vyhovět jejich prosbě o dokrmení dítěte s odůvodněním, že nemocnice dodržuje kroky k úspěšnému kojení. Tento dobře míněný postup však může být kontraproduktivní, uplatňuje-li se bez ohledu na individuální situaci rodičky, neboť v některých případech stupňuje její stres plynoucí z pocitů bezmoci a vlastní nekompetence, což může nástup laktace dále oddalovat.

Podpora kojení by proto měla v první řadě spočívat v pomoci s nácvičkem kojení a v povzbuzování matky, které se kojení nedaří. Rodičky opakovaně uváděly, že rozhodující pro překonání jejich problémů s kojením nebyla jen kvalita poskytovaných informací, ale především individuální pomoc spojená s praktickým nácvičkem kojení, které se jim dostalo od vstřícné a empatické sestry či laktační poradkyně. Pouhé odmítnutí podání umělého mléka dítěti bez současné psychické i praktické pomoci matce nepřineslo mnoho užitku.

Zvlášť důležitou roli hraje podpora kojení u nedonošených dětí. Více rodiček uvedlo, že jejich nedonošené děti, umístěné v inkubátoru, byly dokrmovány (nebo dokonce sondovány), ačkoli byly schopny samy sát. U těchto

děti navíc vstupovaly do hry další nepříznivé faktory, především separace od matky. Na nedostatečnou podporu kojení jako na nepříznivý faktor pro zahájení kojení poukazovaly i vícerodičky a ženy po císařském řezu. Vícerodičky zmiňovaly, že je sestry považovaly za zkušené a nevěnovaly jim tolik péče jako prvorodičkám; u žen po císařském řezu je zase opakujícím se problémem extrémně dlouhá separace od dítěte a nedostatečný kontakt s dítětem během ní.

Co se týče organizačně provozních podmínek porodnice, jedním z klíčových momentů je dostupnost pomoci v případě potíží s kojením; tento moment je důležitý nejen proto, že umožňuje okamžité řešení případných problémů, nýbrž i proto, že u rodiček podporuje pocity jistoty a bezpečí. Za nepříznivý faktor rodičky označovaly i požadavek vážit dítě před kojením a po něm a neustálé sledování, zdali dostatečně přibírá; váhovým přírůstkem dítěte byla často podmíněna možnost odchodu rodičky a dítěte z porodnice. Některé rodičky uvedly, že se jim kojení úspěšně rozběhlo teprve po návratu domů, totiž právě tehdy, když přestaly s obavami sledovat, kolik mléka dítě přesně vypilo.

Shrnutí výsledků kvalitativní části

Z rozhovorů s rodičkami, které se během svého pobytu v porodnici potýkaly s problémy s kojením, vyšlo najevo, že pro překonání těchto problémů je nejdůležitější psychická podpora ze strany zdravotníků a jejich citlivý přístup. Podávání dostatečných a srozumitelných informací o kojení a praktický nácvik technik kojení jsou sice nepostradatelnými podmínkami pro překonání problémů s kojením, samy o sobě však nepostačují; rozhodující je, aby se podpora kojení odehrávala ve vstřícné a přátelské atmosféře. Pokud rodičky uváděly, že jim laktační poradkyně či sestry pomohly problémy s kojením překonat, hodnotily je jako „milé“, „usměvavé“, nebo „ochotné“. Malý úspěch měla naopak podpora kojení poskytovaná sestrami, jejichž přístup respondentky hodnotily negativně.

Za nepříznivé faktory pro zahájení kojení (tj. faktory, které problémy s kojením buď posilují, nebo dokonce vyvolávají) považují rodičky nepří-

jemnou atmosféru na oddělení šestinedělí, zejména neochotu a nevstřícnost sester a nedostatek empatie a psychické podpory. Za další rizikové faktory označovaly některé z rutinních praktik perinatální péče, především oddělování od svých dětí po porodu a dokrmování novorozenců umělým mlékem v lahvi, a dále nedostatečné či protichůdné rady ohledně kojení a nedostupnost pomoci. U žen, které porodnici opouštěly s nekojeným či pouze částečně kojeným dítětem, lze zpravidla pozorovat působení několika negativních faktorů zároveň.

2.2.6 Diskuse

Cílem tohoto výzkumu bylo sledovat souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče a kvality kojení. Jak v kvantitativní, tak i v kvalitativní analýze se ukázalo, že nejsilnějším faktorem, který může mít dopad na zahájení a průběh kojení, je přístup zdravotníků (ochota, vstřícnost, schopnost empatie a poskytování psychické podpory) a kvalita komunikace (míra a kvalita poskytovaných informací) v poporodním období. Tím se rozšiřují dosavadní poznatky o vlivu psychosociálních proměnných na kvalitu kojení, jelikož stávající (především zahraniční) výzkumy se zaměřují spíše na vztahové faktory v průběhu porodu. To souvisí pravděpodobně s tím, že ve srovnání s Českou republikou, kde rodička odchází z porodnice minimálně po 72 hodinách po porodu, je v zahraničí doba postpartálního pobytu rodičky v porodnici kratší, a vliv psychosociálních proměnných spjatých s poporodní péčí se tedy na kvalitě kojení nemůže výrazněji projevit. Vliv vztahových faktorů v průběhu porodu na kvalitu kojení, na který poukazují jiné výzkumy (Morhason-Bello, Adedokun, & Ojengbede, 2009; Langer et al., 1998; Dewey et al., 2003; Grajeda & Perez-Escamilla, 2002; Chen et al., 1998), se však v tomto výzkumu neprokázal.

Lze ovšem vznést námitku, že souvislost psychosociálních faktorů v rámci poporodní péče (zejména hodnocení přístupu a komunikace zdravotníků a atmosféry na oddělení šestinedělí rodičkami) a kvality kojení lze interpretovat obousměrně; nepříznivé psychosociální klima může mít negativní dopad na zahájení kojení, je však rovněž možné, že rodičky, které měly problémy

s kojením, hodnotí psychosociální klima kritičtěji. Data získaná v rámci kvalitativní části nicméně svědčí pro první variantu: ve více případech rodičky hodnotily jednotlivé sestry na oddělení šestinedělí velmi odlišně, a jejich hodnocení tedy nebylo závislé na tom, zda se jim kojení dařilo či nikoli. Byla zjevná i časová posloupnost ve vztahu povahy klimatu a kvality kojení: rodičky uváděly, že jejich problémy s kojením ustoupily poté, co se atmosféra v porodnici změnila k lepšímu (např. po střídání směn), nebo poté, co se v porodnici setkaly s ochotnou a empatickou sestrou resp. laktační poradkyní, u níž našly podporu.

Ve shodě s jinými výzkumy (Kuan et al., 1999) se ukázalo, že k zahájení kojení přispívá ve velké míře podpora kojení v dané porodnici, zejména aktivní nabízení pomoci, dostupnost pomoci a dostatečné poskytování informací. Negativní vliv pak má užívání dudlíků a náhražek sání a dokrmování novorozenců náhradním mlékem, na což rovněž upozorňují i jiné studie (Dewey et al., 2003; Dewey, 2001). Dokrmování novorozenců je nicméně problematickou proměnnou, neboť na základě dat získaných z dotazníku nelze rozlišit, zdali šlo o zdroj potíží s kojením, nebo o jejich důsledek. Z kvalitativní analýzy navíc plyne, že rozlišování příčin a následků je v této souvislosti velmi obtížné, neboť předčasné dokrmování novorozence může již vzniklé problémy s kojením potencovat, a být tak jejich důsledkem a zároveň i zdrojem.

Oproti očekávání se neprokázal vliv farmakologických zásahů v průběhu porodu (anestezie, infúze pro urychlení porodu), který je uváděn v literatuře (Forster & McLachlan, 2007; Enkin et al., 1998). Výsledky této práce nepotvrzují ani závěr jiných studií (Dewey et al., 2003; Chien & Tai, 2007; Patel et al., 2003), že významným prediktorem problémů s kojením může být dlouhý či instrumentálně vedený porod. Souvislost separace matky a dítěte po porodu s kvalitou kojení, kterou potvrdily předchozí výzkumy (Righard, 1990), naznačují – za předpokladu separace trvající déle než tři hodiny – i výsledky tohoto výzkumu, byť pouze v přiblížení se statistické významnosti. Je nicméně pravděpodobné, že v případě většího rozsahu výzkumného souboru by bylo hranice statistické významnosti dosaženo. Prezentované výsledky poukazují na to, že oddělování matek a dětí po porodu patří

v mnohých českých porodnicích k rutinním postupům; tato skutečnost by mohla vysvětlovat podobný podíl separovaných párů matka-dítě v obou výběrových souborech.

Údaje o poměru kojících a nekojících žen získané v rámci tohoto výzkumu se odlišují od dat uváděných Laktační ligou (LL)²: zatímco podle informací LL odchází v posledních letech z českých porodnic téměř 90% novorozenců plně kojených (v roce 2009 necelých 87%), v tomto výzkumu bylo při odchodu z porodnice plně kojených pouze 78% novorozenců (údaj se týká žen, které porodily v letech 2009 a 2010). Větší počet částečně kojených a nekojených dětí než v údajích LL však může souviset s tím, že do výzkumného souboru kvantitativní části byly zařazeny pouze prvorodičky. Počet plně kojených dětí v ČR navíc každým rokem klesá zhruba o 1%.

Limitací tohoto výzkumu může být převažující zastoupení vysokoškolaček ve výzkumném souboru kvalitativní i kvantitativní části, avšak souvislost vzdělání a úspěchu či neúspěchu v zahájení kojení se neprokázala. Další omezení představuje i způsob výběru respondentek související s internetovým sběrem dat; jelikož se jednalo o samovýběr, lze předpokládat, že dotazník vyplnily převážně ty rodičky, které měly buď výrazně pozitivní, nebo naopak výrazně negativní zkušenost s perinatální péčí, a které byly k vyplnění relativně rozsáhlého dotazníku motivovány vlastním zájmem o danou problematiku.

Vzhledem k výsledkům dosavadních výzkumů, podle nichž existuje souvislost mezi operativním porodem a kvalitou kojení (Mydlilová, Šípek, Wiesnerová, 2008; Kruse et al., 2005; Rowe-Murray & Fisher, 2002), se může jevit jako problematické zařazení žen po císařském řezu do výzkumného souboru. V tomto výzkumu se nicméně vliv císařského řezu na kvalitu kojení neprokázal; výsledky spíše naznačují, že případný nepříznivý vliv operativního porodu na zahájení laktace může být vyvážen následnou kvalitní podporou kojení odehrávající se ve vstřícném a podpůrném klimatu.

Psychosociální faktory související s perinatální péčí jsou významnými determinantami kvality kojení; podle prezentovaných výsledků předčí i dopad

²Za laskavé poskytnutí informací o aktuálním stavu kojení v ČR děkuji MUDr. Anně Mydlilové, předsedkyni Laktační ligy.

některých farmakologických zásahů a ukončení porodu císařským řezem. Ukázalo se, že pro úspěšné zahájení kojení je klíčová psychická podpora rodičky v době po porodu, poskytování jednoznačných, dostatečných a srozumitelných informací o kojení a aktivní nabízení pomoci.

Účinná podpora kojení v porodnici tedy nespočívá pouze v dodržování deseti hlavních zásad, které jsou podmínkou pro udělení statutu BFH dané porodnici (viz příloha č. 2). Tyto zásady kladou důraz na kompetence zdravotníků v otázkách kojení, poskytování informací a pomoci s kojením, včasné zahájení kojení, neužívání náhražek sání a umělého mléka v prvních dnech po porodu apod., avšak nedotýkají se psychosociálního klimatu, v němž se podpora kojení odehrává. Bez příznivého klimatu porodnice, tj. bez současného poskytnutí psychické podpory rodičce a citlivého přístupu zdravotníků, může i důsledné dodržování uvedených zásad zůstat bez efektu.

3. PSYCHOSOMATICKÁ PROBLEMATIKA V PORODNICTVÍ

3.1 Teoretická část

Psychosomatika je obor, který zkoumá vzájemné vztahy mezi psychickými funkcemi, somatickými strukturami a sociálním prostředím a sleduje jejich souvislost a interakce v etiopatogenezi somatických i psychických onemocnění. Jedná se tedy o holistické, komplexní pojetí nemoci, při němž psychická a somatická stránka nejsou nahlíženy jako něco odděleného, ale naopak jako navzájem propojené a neustále se ovlivňující systémy, které vstupují do vztahů se sociálním okolím pacienta. V užším pojetí jsou předmětem psychosomatiky takové choroby, u nichž se psychosociální faktory výrazně uplatňují při jejich vzniku a vývoji.

Jako „psychosomatickou“ nicméně nelze označit žádnou klasickou diagnostickou kategorií, neboť v rámci jedné diagnózy se lze setkat s pacienty, u nichž hrají psychosociální aspekty v etiopatogenezi onemocnění významnou roli, a stejně tak s pacienty, u nichž jsou tyto aspekty víceméně bezvýznamné (Baštecký, Šavlík, & Šimek, 1993). Stejná psychosociální patologie přitom může vést u různých lidí k různým onemocněním, případně se onemocnění vůbec nerozvine.

Mezi psychosomatická onemocnění lze řadit i poruchy spojené se špatným životním stylem (a nikoli přímo psychosociální patologií, například nemoci způsobené kouřením, nadměrnou konzumací tuků atd.) a poruchy vyvolané stresem.

Psychosomatické souvislosti lze sledovat i v oblasti porodnictví. Není zde prostor věnovat se podrobně psychosomatickým aspektům a komplikacím v průběhu těhotenství, omezíme se proto pouze na stručnou zmínku o nejvýznamnějších z nich. Mezi ně patří zvracení těhotných (hyperemesis gravidarum), které je v psychosomatické literatuře dáváno do souvislosti s nezralostí ženy, její závislostí na matce a ambivalentním postojem k těhotenství; dále

pozdní gestóza, která se častěji vyskytuje u neurotiček a je naopak vzácná u psychóz; spontánní potrat, který je rovněž dáván do vztahu s nezralostí ženy, případně s psychickým traumatem a akutním stresem; předčasný porod, který může být výsledkem chronické úzkosti ženy během těhotenství a zvýšeného počtu životních událostí v těhotenství či krátce před otěhotněním (Čepický, 1993).

V následujícím textu se budeme věnovat pouze těm psychosociálním faktorům působícím v období těhotenství, u nichž byl prokázán dopad na průběh porodu. Co se týče poporodního období, literární prameny zaměřené na psychosomatické aspekty se zpravidla věnují poporodním psychickým poruchám a komplikacím při zahajování kojení, což jsou témata, kterým jsme se podrobněji věnovali v prvním a druhém oddíle. V tomto závěrečném oddíle se zaměříme na psychosomatické aspekty porodní bolesti a na psychosociální determinanty průběhu porodu. Ve výzkumné části pak představíme výsledky studie, která sledovala souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s výskytem některých komplikací a medicínských intervencí v průběhu porodu.

3.1.1 Psychosomatické aspekty porodní bolesti

Tématu porodní bolesti jsme se již dotkli v kapitole 1.1.1 věnované psychoprofylaktické přípravě k porodu - původní smysl této přípravy spočíval právě v redukci porodní bolesti. Psychoprofylaktická příprava původně vycházela z metody hypnosuggestivní (Kuželová, 2003). Hypnoterapie v porodnictví, resp. využití sugescí během hypnózy za účelem úlevy od porodních bolestí, se využívá i dnes a existují studie, které efektivitu hypnotické analgezie potvrzují. Hypnózy bylo úspěšně využito například tam, kde byla kontraindikována epidurální analgezie (Cyna, 2003). Metaanalýza studií zaměřených na efektivitu hypnózy při tišení porodní bolesti ukázala, že ženy, které během porodu podstoupily hypnózu, hodnotily porodní bolest jaké méně intenzivní a potřebovaly méně často analgezii (Cyna, McAuliffe, & Andrew, 2004).

V kapitole o psychoprofylaxi jsme rovněž zmiňovali koncepci Grantly Dick-Reada vycházející z předpokladu patogenetické řady strach – napětí –

bolest: strach vyvolává napětí, napětí bolest a bolest zpětně zvyšuje strach (Šulová, 2005; Wideman, & Singer, 1984). G. Dick-Read ve své knize *Child-birth without fear* (Dick-Read, 1953) doporučuje eliminaci strachu a tenze za účelem snížení bolesti. G. Dick-Read i F. Lamaze (F. Lamaze rozšířil na Západě učení I. Velvovského, vycházejícího z pavlovské teorie excitace a útlumu) doporučovali relaxaci, pozitivní sugesce i ego posilující techniky, což jsou shodou okolností metody, které jsou využívány i v hypnóze.

Porodní bolest byla popsána jako jedna z nejintenzivnějších bolestí vůbec (Melzack, 1984). Porod představuje pro většinu žen extrémní fyzický i mentální stres; koncentrace stresových hormonů se při porodu – ve srovnání s těhotenstvím – zvyšuje. Porodní bolest koreluje s uvolňováním kortizolu a výzkumy dokládají, že uvolňování stresových hormonů zároveň souvisí se strachem. Strach, stres a bolest spolu úzce souvisejí, jak předpokládal už G. Dick-Read (Alehagen et al., 2005; Huizink et al., 2004).

Vnímání bolesti může být ovlivněno prostředím, v němž žena rodí, a podporou, které se jí při porodu dostává. Osamocení ženy při porodu či naopak mnoho cizích osob a nevstřícný a necitlivý přístup zdravotníků zvyšují pravděpodobnost, že bude rodička vnímat porodní bolest jako intenzivnější (Pirdel & Pirdel, 2009); kontinuální podpora je naproti tomu asociována s nižší spotřebou analgezie, ať už podporu poskytuje partner, příbuzný, zdravotník či dula (Escott, Slade, & Spiby, 2009), byť některé studie poukazují na rizika spojená s přítomností rodinných příslušníků u porodu, viz kapitola 1.1.2.

Percepce bolesti však závisí i na osobnostních charakteristikách rodičky. V této souvislosti byl zkoumán zejména vliv self-efficacy (vlastní vnímané účinnosti). Podle teorie self-efficacy (Bandura, 1997) predikují osobní přesvědčení o vlastní vnímané účinnosti (schopnosti vyrovnat se se situací) výkon, resp. úspěšnost v dané situaci. Některé studie skutečně prokázaly, že ženy, které měly vysokou self-efficacy ve vztahu ke zvládnutí porodní bolesti, využívaly méně často možnosti farmakologického tlášení bolesti (Maning, Wright, 1983) a porodní bolest vnímaly jako méně intenzivní (Larsen et al., 2001; Stockman & Altmaier, 2001).

Za nejefektivnější farmakologickou metodou pro eliminaci porodní bolesti je považována epidurální analgezie (Howel, 2000). Snížení bolesti díky epidurální analgezii však nutně nepřináší větší spokojenost žen s porodem (Morgan et al., 1982); užívání analgezie a anestezie je navíc asociováno s některými riziky pro matku i dítě (Enkin et al., 1998; Murray et al., 1981; Ransjö-Arvidson et al., 2001; Goodfellow et al., 1983; Leighton & Halpern, 2002). Psychologickým a psychosociálním aspektům porodní bolesti, stejně jako četným nefarmakologickým metodám tišení bolesti, je proto třeba do budoucna věnovat větší pozornost.

3.1.2 Vliv osobnostních charakteristik ženy na perinatální výsledky

Osobnost rodičky může mít dopad na to, jak bude probíhat její porod, ať už v tom smyslu, že se od postojů a osobnostních charakteristik ženy odvíjí to, jaký způsob vedení porodu si zvolí (např. úzkostnější ženy častěji žádají císařský řez, viz kapitola 1.1.5), nebo ve smyslu psychosomatického působení. Porodní a neonatologické komplikace korelují s psychiatrickým onemocněním ženy během těhotenství, především s úzkostnými a depresivními stavy (Chung et al., 2001; Misri et al., 2004; Crandon, 1979; Peterson, Mehl, & McRae, 1988). Úzkostnost matky byla kladena do souvislosti s nízkou porodní hmotností novorozence (Teixeira, Fisk, & Glover, 1999); depresivní symptomy v pozdní fázi těhotenství souvisí podle Steer et al. (1992) kromě nízké porodní hmotnosti i s vyšším rizikem intrauterinní růstové retardace plodu a předčasným porodem.

Výzkumy se zaměřovaly i na možný dopad vlastností souvisejících se sebepojetím ženy: ženy s pozitivním vztahem k sobě samé a s vyšší sebeúctou mají větší šanci, že své dítě porodí v termínu a že jejich dítě nebude mít porodní hmotnost menší než 2500 gramů (Edwards et al., 1994; Rini, 1999). Zkoumalo se i to, zdali k lepšímu průběhu porodu přispívá vyšší self-efficacy (vlastní vnímaná účinnost) rodičky. Například v novozélandské studii, kterou zpracovali J. Berentson-Shaw, K. Scott a P. Jose (2009), bylo prokázáno, že silnější porodní self-efficacy predikuje menší porodní bolest, avšak

podle autorů neovlivňuje průběh porodu a výskyt porodních komplikací. Některé studie nicméně vztah vyšší self-efficacy (resp. kontroly rodičky nad průběhem porodu, která zahrnuje i přesvědčení o vlastní self-efficacy) a menšího rizika porodních komplikací potvrzují (Rini et al. 1999, Slade et al., 2000).

V roce 1985 publikovala Joan Raphael-Leff práci, v níž rozpracovala profily těhotných žen podle jejich postojů k těhotenství a porodu. Popsala 4 kategorie rodiček: *Facilitator*, *Regulator*, *Reciprocator* a *Conflicted*. Do skupiny *Facilitator* patří ženy, které vnímají těhotenství a porod jako vyvrcholení jejich feminity a přejí si родit přirozeným způsobem, bez léků tišících bolest a dalších medicínských zásahů. Kategorie *Regulator* zahrnuje ženy, které pociťují silný strach z porodu a z porodní bolesti, preferují předvídatelnost a chtějí родit co možná nejvíce „civilizovaně“, s využitím všech dostupných medicínských prostředků k minimalizaci možných rizik. Termín *Reciprocator* označuje ženy, které sice porod považují za stresující, ale zároveň jej vnímají jako radostnou událost; tyto ženy upřednostňují tzv. strategii „*wait and see*“ (volně přeloženo „uvidíme, co přijde“). Poslední kategorie rodiček nazvaná *Conflicted* sdružuje ženy, které oscilují mezi dvěma prvními polohami *Facilitator* a *Regulator*. Na jedné straně by si přály přirozený porod, na druhé straně mají strach z neznámého a nepředvídatelného. J. Raphael-Leff sice zdůrazňuje, že tyto profily nemají být chápány jako trvalé osobnostní rysy – jedná se spíše o takové postoje žen, které se při dalším těhotenství mohou změnit; její model však představuje určitou „typologii“ rodiček, která byla dávána do souvislosti s výskytem některých porodních komplikací.

Ve stopách J. Raphael-Leff se vydal výzkumný tým pod vedením Helen Haines (2012). Pomocí shlukové analýzy identifikovali na základě postojů k porodu a míry strachu z porodu 3 typy rodiček: *Self determiners* (nepociťují cílný strach z porodu, porod chápou jako přirozený proces), *Take it as it comes* (nemají strach z porodu, ale netouží po přirozeném porodu) a *Fearful* (pociťují silný strach z porodu, nevnímají porod jako přirozený proces a preferují kontrolu a předvídatelnost). Autoři zjistili, že ženy, které spadaly do kategorie *Fearful*, rodily častěji císařským řezem na přání, vnímaly porodní

bolesti jako silnější ve srovnání s ostatními dvěma typy žen a častěji při porodu využívaly epidurální analgezie.

3.1.3 Vliv psychosociálních faktorů v těhotenství na perinatální výsledky

Studie poukazují na to, že biomedicínské faktory vysvětlují pouze zhruba 50 % variability negativních perinatálních výsledků, jako je nízká porodní hmotnost či předčasný porod (ACOG Committee on Health Care for Underserved Women, 2006). Badatelé si proto začali klást otázku, jak se na negativních perinatálních výsledcích podílejí psychosociální proměnné, přičemž hlavním ohniskem zájmu se stal stres prožívaný ženou v průběhu těhotenství.

Negativní působení psychosociálního stresu může nabývat různých forem: může se odehrávat prostřednictvím mechanismů behaviorálních, neuroendokrinních či imunologických. Behaviorální „dráha“ negativního působení stresu spočívá v nevhodných či škodlivých formách chování, k nimž se některé těhotné ženy v důsledku stresu uchylují (např. kouření, pití alkoholu a nadměrného množství kávy, špatné stravovací návyky atd.). Neuroendokrinní „dráha“ spočívá v neuroendokrinní odpovědi na stres. Nízká porodní hmotnost novorozence, předčasný porod a intrauterinní růstová retardace plodu mohou souviset se stresem matky díky vyplavování katecholaminů; v jeho důsledku dochází k placentární hypoperfuzi s následným omezením přísunu živin a kyslíku pro plod, což může vyústit ve vady růstu plodu, případně v předčasný porod. Vyplavování katecholaminů vede též ke změně napětí periferních cév, což přispívá k rozvoji preeklampsie (Omer, 1986; Copper et al., 1996). Poslední „dráha“ působení stresu, která je ve studiích často zmiňována, je dráha imunologická: vyplavování glukokortikoidů a katecholaminů může snižovat celulární imunitu a zvyšovat tak riziko infekcí, jako je bakteriální vaginóza, která zase zvyšuje riziko předčasného porodu (Wadhwa et al., 2001).

Výsledky výzkumů zaměřených na zhoršení perinatálních výsledků vlivem stresu však nevyznívají zcela jednoznačně – některé studie zjistily významné souvislosti, jiné tento vztah neprokázaly. Přehledovou studii na toto téma publikoval už v roce 1986 Joseph Istvan, který však nekonzistentnost

výsledků dosavadních prací přičítá na vrub spíše komplexní povaze zkoumaného jevu, kdy se při spolupůsobení různých faktorů mohou jejich účinky navzájem rušit, a rovněž metodologickým nedůslednostem a limitům včetně omezeného spektra psychosociálních prediktorů. Zdůrazňuje přitom, že souvislost emocionálního distresu těhotné ženy a horších perinatálních výsledků je třeba brát vážně (Istvan, 1986), neboť (1) pokusy na zvířatech opakovaně prokázaly, že vystavení stresorům v těhotenství vyúsťuje v nízkou porodní váhu a vyšší neonatální úmrtnost mláďat a (2) stres vede k větší frekvenci forem chování, které zvyšují riziko neonatologických či porodnických komplikací (kouření, konzumace alkoholu). Uzavírá nicméně, že na základě vyhodnocených studií nelze než konstatovat, že důkazy pro efekt stresu prožívaného v těhotenství na perinatální výsledky nejsou prozatím přesvědčivé.

Rozporuplnost ve výsledcích studií o vlivu stresu však přetrvává i v novější literatuře: P. Rondó et al. (2003) hledají její příčiny v nejednotné operacionalizaci pojmu stres a poukazují i na problém retrospektivního charakteru mnohých studií, které hodnotily dopad stresu na nízkou porodní váhu, předčasný porod a intrauterinní růstovou retardaci plodu. Ženy, kterým se narodilo dítě s těmito komplikacemi, podle nich zpětně posuzují své těhotenství jako více stresující, než kdyby se jim narodilo dítě s normální porodní váhou. Další problém spatřují v tom, že jen málo studií sledovalo zároveň i vedlejší proměnné, jako je například parita, gestační věk, socioekonomický status, věk matky, morbidita a antropometrické údaje o matce.

První a dosud nejaktuálnější metaanalytická studie o vztahu psychosociálního stresu v těhotenství a perinatálních výsledků (Littleton et al., 2010), která zahrnuje 35 prospektivních studií publikovaných v letech 1991 až 2009, v podstatě opakuje závěr, k němuž dospěl už v roce 1986 Istvan: souvislost mezi stresem ženy v těhotenství a negativními perinatálními výsledky není nijak zvlášť výrazná a pro klinické účely zůstává irelevantní. Ačkoli je korelace mezi stresem a některými perinatálními výsledky (např. neonatální váhou) statisticky významná, korelační koeficienty jsou velice slabé; pro obě uvedené kategorie perinatálních výsledků vysvětluje psychosociální stres méně než 1 % variability. Studie nicméně přinesla i některá nová zjištění: silněji byly s negativními

perinatálními výsledky asociovány významné životní události oproti menším, každodenním stresorům. Má-li tedy stres představovat významný rizikový faktor, musí se jednat o závažnou, výjimečnou a velmi intenzivní událost. Vliv stresu se dále ukázal jako silnější u žen náležejících k etnickým minoritám a u multipar. Autoři studie proto dospěli k závěru, že budoucí výzkumy o vlivu stresu na perinatální výsledky by měly sledovat spíše vliv dalších psychosociálních faktorů či faktorů souvisejících se životním stylem, případně to, zdali může stres zvyšovat riziko negativních perinatálních výsledků u žen, které jsou již vystaveny jiným biomedicínských či psychosociálním rizikovým faktorům.

Aktuální výzkumy zjišťující vliv psychosociálního stresu v těhotenství na průběh porodu (a nikoli na perinatální výsledky související se zralostí a porodní váhou novorozence) ovšem přinášejí relativně přesvědčivé důkazy. Existuje plausibilní vysvětlení této souvislosti: v důsledku stresu stoupá hladina katecholaminů, které ovlivňují uteroplacentární průtok krve, což se může negativně odrazit na délce porodu a počtu porodnických operací (Čepický, 1993; Lederman et al., 1985). Studie, která analyzovala dosavadní výzkumy na toto téma, skutečně potvrzuje silnou souvislost mezi stresem v těhotenství a porodnickými komplikacemi, zejména protrahovaným porodem a akutním císařským řezem, byť je rovněž poukazováno na metodologické nedostatky některých dosavadních prací, jako je například nedostatečná definice a měření porodnických výsledků, neadekvátní velikost vzorku, užívání kategorií směřujících různé diagnózy apod. (Johnson, Slade, 2003).

Dále bylo prokázáno, že vyšší výskyt porodních komplikací souvisí s nepříznivým socioekonomickým zázemím ženy (Peacock, Bland, & Anderson, 1995) a s nechtěným těhotenstvím (Orr et al., 2000; Verny & Kelly, 1981).

3.1.4 Vliv psychosociálních faktorů v průběhu porodu na perinatální výsledky

Existuje relativně velký počet studií, které se zaměřují na vliv stresu či psychiatrických symptomů v těhotenství na průběh porodu a perinatální výsledky; prací, které by sledovaly vliv prostředí, v němž samotný porod

probíhá, je však nedostatek. Výzkumy věnované faktorům působícím přímo během porodu se zpravidla koncentrují na efekt psychosociální podpory poskytované rodičí ženě; v kapitole 1.1.2. jsme uvedli některé pozitivní dopady této podpory: ženy, které si mohly zvolit přítomnost blízké osoby u porodu (přítelkyně či příbuzné), měly signifikantně kratší porody a jejich děti měly vyšší Apgar skóre než u kontrolní skupiny žen, které byly zařazeny do rutinní péče (Campbell et al., 2006).

Studie potvrzují, že podpora při porodu snižuje míru medicínských intervencí a je asociována s nižším počtem komplikací a kratší dobou trvání porodu (Langer et al., 1998; Kashanian, Javadi, & Haghghi, 2010; Pascoe, 1993; Sosa et al., 1980). V tomto ohledu vykazuje obzvlášť pozitivní výsledky podpora duly, která prokazatelně snižuje riziko ukončení porodu císařským řezem, a je proto doporučováno plošné využívání této praxe v porodnicích (Kozhimannil et al., 2013). Psychická podpora poskytovaná rodičí ženě navíc snižuje nejen mateřskou, nýbrž i novorozeneckou morbiditu (Klaus & Kennell, 1988).

V předcházející kapitole jsme stručně popsali pravděpodobný mechanismus působení stresu na průběh porodu a perinatální výsledky; vyplavování stresových hormonů katecholaminů narušuje vyplavování oxytocinu a vede k oslabení děložních kontrakcí a omezení přísunu kyslíku pro plod – prožívá-li tedy rodičí žena stres či strach, je vystavena vyššímu riziku nepostupujícího porodu, ukončení porodu akutním císařským řezem či hypoxie plodu (Lederman et al., 1985). Z toho důvodu je třeba věnovat pozornost konkrétním stresorům, které na rodičku mohou působit v rámci intrapartální péče.

Při vyhledávání v databázi MEDLINE Complete, Academic Search Complete, PsycINFO a PsycARTICLES lze však najít jediný článek věnovaný dopadu konkrétních environmentálních stresorů souvisejících s péčí o rodičku ve zdravotnickém zařízení; autoři výzkumu se zaměřují na otázku, jak ovlivňuje stres vyvolaný konkrétními environmentálními faktory percepci bolesti (Pirdel & Pirdel, 2009). Výzkumy, které sledovaly dopad stresu prožívaného v průběhu porodu, se zpravidla nezaměřují na environmentální faktory v rámci intrapartální péče, nýbrž na stres prožívaný rodičkou v souvislosti s porodní

bolestí a strachem z nezvládnutí porodu (Lederman et al., 1985). Z toho důvodu jsme zpracovali studii věnovanou dopadu konkrétních psychosociálních aspektů perinatální péče na průběh porodu (Takács, Kodyšová, & Seidlerová, 2012), jejíž výsledky představím ve výzkumné části tohoto oddílu.

3.2 Výzkumná část: Souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zdravotními komplikacemi v průběhu porodu

3.2.1 Cíle výzkumu

Jak již bylo řečeno v teoretické části tohoto oddílu, dosavadní studie zaměřené na psychosomatické souvislosti porodního procesu v kontextu perinatální péče se zpravidla soustřeďují na faktor kontinuální psychosociální podpory poskytované ženě v průběhu porodu či obecněji na otázku působení úzkosti a stresu. Cílem této práce je rozšířit dosavadní poznatky o dopadu psychosociálních proměnných na perinatální výsledky o další faktory, které jsou úzce spjaté s péčí o rodičku ve zdravotnickém zařízení. V následujícím textu uvedu hlavní výsledky této studie; podrobnější výsledky jsou k dispozici v článku „*Souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zákroky a zdravotními komplikacemi v průběhu porodu*“, který byl publikován v České gynekologii (Takács, Kodyšová, & Seidlerová, 2012). Výzkum byl realizován díky podpoře Interního grantu FF UK *Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky (projekt č. 261107 z roku 2010)*.

3.2.2 Soubor a metodika

Za účelem získání dat bylo provedeno dotazníkové šetření, které proběhlo v rámci širšího projektu zaměřeného na psychosociální klima porodnice v období od června 2010 do ledna 2011. Pro výzkum byl použit dotazník mapující hlavní psychosociální aspekty perinatální péče, který byl již představen ve výzkumné části druhého oddílu této práce; plnou verzi dotazníku lze nalézt v příloze č. 3.

Dotazník mapoval spokojenost rodiček s klíčovými psychosociálními aspekty perinatální péče; dále zjišťoval pocity, které v rodičkách vyvolávaly interakce se zdravotníky, zdravotní komplikace a zákroky v průběhu porodu, délku trvání porodu a základní sociodemografické charakteristiky.

Dotazník byl administrován v papírové i on-line verzi. Odkazy na něj byly umístěny na webových stránkách mateřských center a portálů a rovněž na webových stránkách sdružení, která se věnují problematice těhotenství, porodu a péče o dítě. Odkazy na on-line dotazníky byly umístěny ve 4 pediatrických ambulancích. Sběr papírových dotazníků probíhal kontaktováním respondentek v terénu (mateřská centra, dětská hřiště, pediatrické ambulance).

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 799 žen z celé ČR. Z výzkumného souboru byly vyřazeny ženy s vyšší mírou rizika (chronická onemocnění či onemocnění vzniklá v průběhu těhotenství) a tvořily je pouze ženy, u nichž nebyly před porodem předpokládány žádné porodní komplikace. Rovněž byly vyřazeny respondentky s plánovaným císařským řezem, předčasným porodem a abnormální polohou plodu. Všechny respondentky rodily ve zdravotnickém zařízení v České republice. Charakteristika výzkumného souboru je uvedena v tabulce 3.1.

Tab. 3.1 Charakteristika výzkumného souboru

| n = 657 | $\bar{x} \pm SD$ |
|--|------------------------------------|
| Věk (roky) | 31.30 ± 3.71 |
| Interval mezi porodem a vyplněním dotazníku (měsíce) | 17.14 ± 13.72 |
| Průměrná doba trvání porodu v porodnici (hodiny) | 6.74 ± 6.64 |
| | n (%) |
| Primipara | 404 (61.5) |
| Vzdělání: ZŠ | 2 (0.3) |
| SŠ bez maturity | 33 (5.0) |
| SŠ s maturitou | 211 (32.1) |
| VŠ | 411 (62.6) |

Pozn.: \bar{x} = průměrná hodnota, SD = směrodatná odchylka, n = počet výskytů, % = procentuální zastoupení dané hodnoty.

Respondentky uváděly v dotazníku údaje o zákrocích a komplikacích v průběhu porodu formou volby z předem definovaných možností i formou volných odpovědí. Volné odpovědi byly kódovány jako nové kategorie, případně byly rozřazeny do stávajících kategorií. Rodičky bez zákroků a komplikací

(s výjimkou šití poranění hráze bez předcházející epiziotomie) byly zařazeny do kontrolní skupiny (KS). Ze zjištěných komplikací a zákroků jsme se zaměřili na ty, které jsou v literatuře pojednávány v kontextu psychosomatických souvislostí, a u nichž je zároveň vysoká pravděpodobnost, že je v dotazníku adekvátně vyznačí i respondentky bez odborného lékařského vzdělání (u cizích názvů bylo vždy uvedeno vysvětlení dané položky).

Podle prodělaných komplikací, resp. zákroků či jejich kombinace byly respondentky rozděleny do experimentálních skupin (ES): silné krvácení v průběhu porodu či po něm, nepostupující porod, distres plodu, klešťový porod/VEX, porod císařským řezem, nepostupující porod zakončený císařským řezem, infúze pro urychlení porodu, jiná infúze, epidurální anestezie, jiná forma farmakologické analgezie, epiziotomie, amniotomie. Počet žen v jednotlivých skupinách je uveden v tabulce 3.2, resp. 3.3.

Jednotlivé ES byly porovnány s KS co do základních osobních charakteristik respondentek (věk, parita, interval mezi porodem a vyplněním dotazníku) a bylo dále zjišťováno, zdali je mezi ES a KS statisticky významný rozdíl v hodnocení sledovaných psychosociálních faktorů perinatální péče. Byly zohledněny i další položky z dotazníku, které mapovaly: celkovou spokojenost rodiček s péčí v porodnici; převažující ladění pocitů, které v rodičkách vyvolávaly interakce se zdravotníky; přítomnost dalších osob u porodu.

U všech kumulovaných faktorů byly nejprve získány celkové skóre součtem bodů za příslušné položky. Počet bodů přidělených za jednu položku se pohyboval v rozmezí 1–4. Pokud žena otázku nezodpověděla, jelikož se na ni nevztahovala (např. možnost volby porodní polohy u žen, které rodily císařským řezem), byly chybějící odpovědi nahrazeny střední hodnotou.

Popis jednotlivých faktorů vyhodnocených v této studii:

1. Přístup a chování zdravotníků – kumulovaný faktor sycený 5 položkami (úcta a respekt k rodičce; ohled na její přání a potřeby; ohled na její soukromí a stud; ohled na její aktuální stav; úcta a respekt vůči partnerovi). Celkový skór se pohyboval v rozmezí 5 – 20; čím nižší byl skór, tím vyšší byla spokojenost s přístupem zdravotníků.
2. Rodičkou pocíťovaná kontrola v průběhu porodu a její podíl na rozhodování - kumulovaný faktor sycený 8 položkami (rodička byla požádána o souhlas s plánovanými zákroky a medikací; rodička byla požádána o souhlas s přítomností mediků; možnost volby porodní polohy; respekt k rodičkou preferovanému tempu porodu; respekt k porodnímu plánu; tlak na podrobení se zákrokům/vyšetřením; provedení rodičkou dříve odmítnutého zákroku; podíl rodičky na rozhodování). Celkový skór se pohyboval v rozmezí 8 – 32; čím nižší byl skór, tím vyšší byla kontrola rodičky a její podíl na rozhodování.
3. Kvalita komunikace a podávání informací - kumulovaný faktor sycený 10 položkami (srozumitelnost podávaných informací; dostatečné podávání informací; podávání navzájem si odporujících informací; včasné informování o plánovaných zákrocích/vyšetřeních; představení se zdravotníkům; hovor o rodičce před rodičkou ve třetí osobě; volba vhodného oslovení rodičky; sdělování důvěrných informací za přítomnosti jiných rodiček; ochotné zodpovídání dotazů; seznámení rodičky s Právy pacientů. Celkový skór se pohyboval v rozmezí 10 – 40; čím nižší byl skór, tím vyšší byla spokojenost s komunikací zdravotníků.
4. Vstřícnost pravidel fungování porodnice - kumulovaný faktor sycený 3 položkami (dostupnost zdravotníků; rodička je rušena během kontrakcí administrativními úkony; možnost blízké osoby trávit s rodičkou první dobu porodní). Celkový skór se pohyboval v rozmezí 3 – 12; čím nižší byl skór, tím vyšší byla spokojenost s pravidly porodnice.
5. Fyzické pohodlí a služby - kumulovaný faktor sycený 5 položkami (dostatek soukromí v první době porodní; spokojenost se vzhledem prostor na porodnickém oddělení (PO); spokojenost s čistotou prostor na PO;

spokojenost s uspořádáním prostor na PO; dostupnost relaxačních pomůcek pro první dobu porodní). Celkový skóre se pohyboval v rozmezí 5 – 20; čím nižší byl skóre, tím vyšší byla spokojenost s fyzickým pohodlím a službami.

6. Suma kladných emocí v průběhu porodu – respondentky vybíraly 1-4 možnosti z výčtu 19 emocí (10 kladných a 9 záporných), které nejlépe vystihovaly jejich pocity z interakcí se zdravotníky na PO. Hodnoty byly získány na základě počtu označených položek (kladných pocitů), tj. pohybovaly se v intervalu 0-4.

7. Suma záporných emocí v průběhu porodu - respondentky vybíraly 1-4 možnosti z výčtu 19 emocí (10 kladných a 9 záporných), které nejlépe vystihovaly jejich pocity z interakcí se zdravotníky na PO. Hodnoty byly získány na základě počtu označených položek (záporných pocitů), tj. pohybovaly se v intervalu 0-4.

8. Celková spokojenost s péčí při porodu – 4 alternativní odpovědi (ano – spíše ano – spíše ne – ne); ve výsledcích je uvedena relativní četnost odpovědi „ano“ (%).

9. Přítomnost ostatních osob u porodu – byly sledovány následující možnosti: přítomnost předem zvoleného porodníka, přítomnost předem zvolené porodní asistentky či doly, přítomnost partnera či jiné blízké osoby, přítomnost mediků či jiných neznámých osob.

Byly rovněž analyzovány odpovědi respondentek na otevřené otázky v dotazníku, v nichž měly možnost hodnotit kvalitu perinatální péče vlastními slovy.

3.2.3 Výsledky

Kontrolní skupina (KS) se od experimentálních skupin (ES) značně odlišuje ve více aspektech (tabulky 3.2 a. 3.3). Nejvýraznější rozdíl byl zjištěn u kontroly pociťované rodičkou v průběhu porodu: při srovnání s KS jsou rozdíly statisticky významné u všech ES uvedených v tabulce 3.2, přičemž u skupin se zákroky a komplikacemi byla percepce kontroly nižší.

Výsledky rovněž poukazují na to, že porodní komplikace a zákroky souvisí s paritou – v KS převládaly vícerodičky, zatímco ženy, u nichž se vyskytly sledované zákroky či komplikace, byly častěji prvorodičky.

Dalším faktorem, který podle získaných výsledků úzce souvisí s průběhem porodu, je přístup a chování zdravotníků (ohleduplnost k aktuálnímu stavu a soukromí rodičky, citlivost k jejím potřebám, úcta a respekt k rodičí ženě). Statisticky významný rozdíl v hodnocení chování a přístupu zdravotníků byl zaznamenán u následujících ES: silné krvácení (ES vs. KS, 9.72 vs. 7.97; $P = 0.003$), nepostupující porod (9.40 vs. 7.97; $P = 0.004$), distres plodu (9.14 vs. 7.97; $P = 0.027$), klešťový/VEX porod (11.03 vs. 7.97; $P = 0.001$), infúze pro urychlení porodu (9.30 vs. 7.97; $P = 0.002$) a epiziotomie (9.04 vs. 7.97; $P = 0.006$) – respondentky s komplikacemi a zákroky hodnotily přístup zdravotníků negativněji než ženy z kontrolní skupiny (tabulka 3.2).

Oproti původnímu očekávání nebyl prokázán významný rozdíl v hodnocení komunikace zdravotníků (včasné podávání dostatečných a srozumitelných informací, představení se, vhodné oslovování rodičky atd.), které se ukázalo jako klíčové pro hodnocení patientské spokojenosti (Takács, Kodyšová, 2011). Statisticky významné rozdíly se však projevily v hodnocení vstřícnosti pravidel fungování porodnice (dostupnost zdravotníků, vyplňování formulářů či administrativní úkony žádané po rodičce s kontrakcemi, možnost trávit první dobu porodní s partnerem), a to u ES: silné krvácení (ES vs. KS, 5.19 vs. 4.54; $P = 0.039$), nepostupující porod (5.19 vs. 4.54; $P = 0.011$) a nepostupující porod zakončený císařským řezem (5.23 vs. 4.54; $P = 0.032$); negativněji hodnotily svou zkušenost s porodní péčí opět ženy s komplikacemi (tabulka 3.2).

Ženy, které prodělaly akutní císařský řez, hodnotily významně negativněji faktor fyzické pohodlí a služby – u většiny ostatních skupin bylo hodnocení tohoto faktoru rovněž méně příznivé než u kontrolní skupiny, avšak rozdíly zde nedosahovaly statistické významnosti (tabulka 3.2). U všech ES byla zjištěna menší celková spokojenost s péčí při porodu než u žen z KS (tabulka 3.3) – statistické významnosti dosahoval tento rozdíl u následujících ES: nepostupující porod (ES vs. KS, 37.38 vs. 45.19; $P = 0.002$), distres plodu (31.82

vs. 45.19; $P = 0.009$), infúze pro urychlení porodu (36.18 vs. 45.19; $P = 0.035$) a epiziotomie (40.42 vs. 45.19; $P = 0.020$). Ženy z KS rovněž uváděly pozitivnější emoce v souvislosti s interakcemi se zdravotníky (tabulka 3.2); statisticky signifikantní rozdíl byl zjištěn ve srovnání s ES: nepostupující porod (ES vs. KS, 2.01 vs. 2.58; $P = 0.007$), distres plodu (2.04 vs. 2.58; $P = 0.028$), nepostupující porod zakončený císařským řezem (1.98 vs. 2.58; $P = 0.03$), a infúze pro urychlení porodu (2.08 vs. 2.58; $P = 0.008$).

Co se týče přítomnosti ostatních osob u porodu (tabulka 3.3), vedl-li porod rodičkou předem zvolený porodník, porod byl častěji ukončen císařským řezem (ES vs. KS, 17.31 vs. 6.73; $P = 0.040$) a statistická signifikance se objevila rovněž u častějšího užití epidurální anestezie (20.22 vs. 6.73; $P = 0.005$); doprovázela-li ženu k porodu předem zvolená porodní asistentka či dula, bylo užití epidurální anestezie naopak méně časté (6.74 vs. 16.35; $P = 0.040$) a nižší byl i počet epiziotomií (8.68 vs. 16.35; $P = 0.026$). Ukázala se rovněž souvislost přítomnosti partnera či blízké osoby u porodu s častějším výskytem nepostupujícího porodu (96.26 vs. 86.54; $P = 0.011$) a s častějším užitím epidurální anestezie (97.75 vs. 86.54; $P = 0.005$). Ženy, které prodělaly nějaký zákrok či komplikaci, měly u porodu častěji mediky či jiné cizí osoby, které na porodu přímo nespolečně pracovaly – statistické signifikance bylo dosaženo u ES: silné krvácení (25.76 vs. 13.46; $P = 0.043$), nepostupující porod (24.30 vs. 13.46; $P = 0.045$), distres plodu (33.33 vs. 13.46; $P = 0.002$) a epiziotomie (24.85 vs. 13.46; $P = 0.015$).

Celkové výsledky pro kategorie ES jiná infúze, jiná forma farmakologické analgezie a amniotomie nejsou v tabulkách 3.2 a 3.3 uvedeny, jelikož rozdíly oproti KS nebyly statisticky významné u většího počtu psychosociálních faktorů.

Tab. 3.2 Percepce psychosociálních aspektů péče, osobní charakteristiky a vybrané komplikace a zákroky (p = pravděpodobnost shody kontrolní skupiny s příslušnou experimentální skupinou získaná za použití t-testu)

| | | Nekomplikovaný porod bez intervencí | Silné krvácení | Nepostupující porod | Distres plodu | Klešťový/VEX porod | Porod císařským řezem | Nepostupující porod zakončený císařským řezem | Infúze pro urychlení porodu | Epidurální anestezie | Nástřih |
|---|-----------|-------------------------------------|----------------|---------------------|----------------|--------------------|-----------------------|---|-----------------------------|----------------------|----------------|
| t-test | n | 107 | 70 | 117 | 71 | 15 | 82 | 45 | 208 | 102 | 343 |
| Přístup a chování zdravotníků (5-20) | \bar{x} | 7.97 | 9.72 | 9.40 | 9.14 | 11.03 | 8.70 | 9.13 | 9.30 | 8.18 | 9.04 |
| | SD | 3.37 | 3.88 | 3.84 | 3.45 | 3.70 | 3.30 | 3.51 | 3.73 | 2.89 | 3.87 |
| | p | | 0.003** | 0.004** | 0.027* | 0.001** | 0.148 | 0.062 | 0.002** | 0.630 | 0.006** |
| Kontrola v průběhu porodu a podíl na rozhodování (8-32) | \bar{x} | 17.0 | 19.1 | 18.7 | 19.2 | 22.00 | 18.22 | 18.43 | 19.55 | 18.93 | 19.41 |
| | SD | 4.55 | 4.52 | 4.29 | 4.16 | 3.85 | 2.81 | 2.97 | 4.31 | 3.76 | 4.49 |
| | p | | 0.003** | 0.006** | 0.001** | 0.000** | 0.033* | 0.030* | 0.000** | 0.001** | 0.000** |
| Kvalita komunikace a podávání informací (10-40) | \bar{x} | 16.8 | 18.5 | 18.3 | 17.4 | 20.37 | 16.65 | 17.22 | 18.43 | 16.42 | 17.92 |
| | SD | 11.3 | 6.05 | 9.76 | 5.85 | 7.35 | 5.30 | 5.55 | 9.36 | 4.69 | 9.73 |
| | p | | 0.206 | 0.303 | 0.711 | 0.124 | 0.862 | 0.800 | 0.226 | 0.712 | 0.392 |
| Vstřícnost pravidel fungování porodnice (3-12) | \bar{x} | 4.54 | 5.19 | 5.19 | 4.86 | 4.67 | 4.93 | 5.23 | 4.76 | 5.00 | 4.89 |
| | SD | 1.75 | 2.13 | 2.06 | 1.75 | 1.79 | 1.64 | 1.82 | 1.88 | 1.93 | 1.99 |
| | p | | 0.039* | 0.011* | 0.227 | 0.791 | 0.128 | 0.032* | 0.306 | 0.076 | 0.082 |
| Fyzické pohodlí a služby (5-20) | \bar{x} | 7.71 | 8.63 | 8.15 | 7.91 | 9.27 | 8.66 | 8.67 | 7.94 | 7.69 | 8.05 |
| | SD | 2.89 | 3.28 | 3.15 | 2.57 | 3.01 | 2.78 | 2.96 | 2.86 | 2.58 | 2.95 |
| | p | | 0.055 | 0.280 | 0.628 | 0.054 | 0.029* | 0.068 | 0.497 | 0.972 | 0.295 |
| Suma kladných emocí (0-4) | \bar{x} | 2.58 | 2.22 | 2.01 | 2.04 | 1.87 | 2.19 | 1.98 | 2.08 | 2.30 | 2.29 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|------|---------------|----------------|---------------|-------|-------|---------------|----------------|-------|----------------|
| | SD | 1.59 | 1.68 | 1.48 | 1.55 | 1.36 | 1.33 | 1.44 | 1.52 | 1.32 | 1.68 |
| | p | | 0.167 | 0.007** | 0.028* | 0.079 | 0.088 | 0.034* | 0.008** | 0.174 | 0.116 |
| Suma zá- porných emo- cí (0-4) | \bar{x} | 0.70 | 0.96 | 0.94 | 0.90 | 1.00 | 0.72 | 0.91 | 0.90 | 0.61 | 0.77 |
| | SD | 1.38 | 1.31 | 1.18 | 1.24 | 1.20 | 1.18 | 1.17 | 1.25 | 1.05 | 1.16 |
| | p | | 0.225 | 0.169 | 0.325 | 0.423 | 0.927 | 0.385 | 0.199 | 0.616 | 0.612 |
| Věk ženy | \bar{x} | 31.9 | 30.7 | 31.4 | 31.5 | 31.73 | 31.55 | 31.21 | 30.95 | 31.00 | 30.71 |
| | SD | 3.52 | 3.86 | 3.38 | 4.50 | 5.20 | 5.30 | 3.20 | 3.90 | 3.59 | 4.33 |
| | p | | 0.045* | 0.286 | 0.488 | 0.818 | 0.555 | 0.221 | 0.024* | 0.052 | 0.003** |
| Interval mezi porodem a vyplněním dotazníku (měs.) | \bar{x} | 16.5 | 17.9 | 18.4 | 15.1 | 14.90 | 16.04 | 17.76 | 17.27 | 16.20 | 18.21 |
| | SD | 12.5 | 14.5 | 17.6 | 9.90 | 11.63 | 15.34 | 18.47 | 15.07 | 11.48 | 14.82 |
| | p | | 0.534 | 0.369 | 0.435 | 0.626 | 0.807 | 0.699 | 0.662 | 0.829 | 0.261 |

Pozn.: * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$, \bar{x} = průměrná hodnota dané proměnné v KS, resp. ES, SD = směrodatná odchylka v KS, resp. ES.

Tab. 3.3 Spokojenost s péčí, parita, další osoby u porodu a vybrané komplikace a zákroky: p = pravděpodobnost shody kontrolní skupiny s příslušnou experimentální skupinou získaná za použití metody χ^2

| | | Nekomplikovaný porod bez intervencí | Silné krvácení | Nepostupující porod | Distres plodu | Klešťový/VEX porod | Porod císařským řezem | Nepostupující porod zakončený císařským řezem | Infuze pro urychlení porodu | Epidurální anestezie | Nástřih |
|---|----------|-------------------------------------|----------------|---------------------|----------------|--------------------|-----------------------|---|-----------------------------|----------------------|----------------|
| χ^2 | n | 107 | 70 | 117 | 71 | 15 | 82 | 45 | 208 | 102 | 343 |
| Celková spokojenost s péčí při porodu (3 st.v.) - výskyt kladného hodnocení | % | 45.19 | 36.36 | 37.38 | 31.82 | 33.33 | 42.31 | 43.24 | 36.18 | 39.33 | 40.42 |
| | χ^2 | | 5.77 | 15.36 | 11.54 | 7.68 | 4.19 | 4.97 | 8.62 | 3.68 | 9.799 |
| | p | | 0.123 | 0.002** | 0.009** | 0.053 | 0.242 | 0.174 | 0.035* | 0.297 | 0.020* |
| Primipara (1 st.v.) | % | 38.46 | 69.70 | 79.44 | 80.30 | 80.00 | 84.62 | 94.59 | 73.87 | 86.52 | 71.56 |
| | χ^2 | | 15.76 | 36.67 | 28.52 | 9.194 | 29.71 | 34.537 | 36.24 | 46.39 | 37.565 |
| | p | | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.002** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** |

| | | | | | | | | | | | |
|---|----------|-------|---------------|---------------|----------------|-------|---------------|-------|-------|----------------|---------------|
| Předem zvolený porodník (1 st.v.) | % | 6.73 | 9.09 | 9.35 | 7.58 | 0.00 | 17.31 | 13.51 | 7.54 | 20.22 | 8.68 |
| | χ^2 | | 0.318 | 0.487 | 0.044 | 1.07 | 4.21 | 1.612 | 0.066 | 7.74 | 0.401 |
| | p | | 0.573 | 0.485 | 0.834 | 0.300 | 0.040* | 0.204 | 0.797 | 0.005** | 0.527 |
| Předem zvolená porodní asistentka či dula v porodnici (1 st.v.) | % | 16.35 | 16.67 | 9.35 | 10.61 | 0.00 | 5.77 | 8.11 | 9.55 | 6.74 | 8.68 |
| | χ^2 | | 0.003 | 2.31 | 1.097 | 2.861 | 3.47 | 1.522 | 3.01 | 4.21 | 4.955 |
| | p | | 0.956 | 0.128 | 0.295 | 0.091 | 0.062 | 0.217 | 0.082 | 0.040* | 0.026* |
| Doprovod partnera či blízké osoby (1 st.v.) | % | 86.54 | 86.36 | 96.26 | 90.91 | 93.33 | 82.69 | 91.89 | 90.45 | 97.75 | 88.92 |
| | χ^2 | | 0.001 | 6.39 | 0.743 | 0.549 | 0.408 | 0.738 | 1.07 | 7.93 | 0.438 |
| | p | | 0.974 | 0.011* | 0.389 | 0.459 | 0.523 | 0.390 | 0.299 | 0.005** | 0.508 |
| Přítomnost mediků či dalších cizích osob (1 st.v.) | % | 13.46 | 25.76 | 24.30 | 33.33 | 33.33 | 25.00 | 24.32 | 22.61 | 23.60 | 24.85 |
| | χ^2 | | 4.09 | 4.03 | 9.552 | 3.858 | 3.225 | 2.359 | 3.64 | 3.31 | 5.96 |
| | p | | 0.043* | 0.045* | 0.002** | 0.050 | 0.073 | 0.125 | 0.056 | 0.069 | 0.015* |

Pozn.: * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$; χ^2 = hodnota χ^2 při srovnání výskytu hodnoty v KS a v dané ES;

% = procento výskytu dané hodnoty v KS, resp. v dané ES.

3.2.4 Diskuse

V teoretické části tohoto oddílu jsme referovali o pozitivnímu dopadu psychosociální podpory poskytované ženě v průběhu porodu, který byl prokázán v četných studiích (Hodnett & Osborn, 1989; Kashanian, Javadi, & Haghghi, 2010; Klaus & Kennel, 1988; Langer et al., 1998; Pascoe, 1993; Sosa et al., 1980; Trueba et al., 2000). Souvislost psychosociálních faktorů a průběhu porodu se potvrdila rovněž v tomto výzkumu, který je pravděpodobně první studií tohoto druhu provedenou v ČR. Uvedené výsledky naznačují, že mezi nejvýznamnější determinanty průběhu porodu patří kontrola rodičky nad porodním procesem a její podíl na rozhodování. Kontrola nad vývojem situace a možnost ovlivnit průběh dění je klíčovým momentem mnoha koncepcí psychické odolnosti a zvládání náročných životních situací – jmenujme

například teorii kauzální atribuce F. Heidera, lokalizaci kontroly (locus of control) J. Rottera, naučené bezmoci M. Seligmána či vlastní vnímané účinnosti (self-efficacy) A. Bandury. Nedostatek vnímané kontroly může být jedincem prožíván jako ohrožující a může vést k pocitům úzkosti, strachu nebo vzteku a při nemožnosti změnit dané podmínky rovněž k pocitům bezmoci – tyto situace vedou ke stresové reakci s odpovídajícími hormonálními změnami, které se mohou promítnout do průběhu porodu.

Souvislost faktoru nízké kontroly rodičky nad průběhem porodu a častějšího výskytu zdravotních komplikací a intervencí je však třeba interpretovat velmi obezřetně, neboť směr kauzality zde není vždy jednoznačný: stresová reakce rodiček s pocitem nízké kontroly může vést ke snížení intenzity děložních kontrakcí a následně k prolongovanému porodu; na tento dopad stresu upozorňují mnozí autoři (Enkin et al., 1998; Lederman et al., 1985; Leifer, 2004) a byl rovněž reflektován samotnými rodičkami, které opakovaně dávaly do souvislosti autoritativní přístup zdravotníků se zpomalením či zastavením jejich porodu. Je však třeba vzít v úvahu i to, že rodičky, u nichž došlo ke zdravotním komplikacím vyžadujícím lékařskou intervenci, mohou hodnotit faktor kontroly hůře z toho důvodu, že jejich zdravotní stav ovlivňoval míru jejich kontroly a nikoli naopak.

Situace náhlých komplikací je stresující nejen pro rodičku, ale i pro pomáhající zdravotníky, na něž jsou zároveň kladeny vyšší nároky v souvislosti s komunikací s rodičkou, vysvětlováním plánovaných zákroků a psychickou přípravou rodičky na ně. Psychologům, kteří působí ve zdravotnických zařízeních, je dobře známa skutečnost, že se v případě náhlých komplikací zdravotníci často zaměří výlučně na patologii a přestanou s pacientem komunikovat, ačkoli právě v této chvíli potřebuje pacient více než kdy jindy citlivé a srozumitelné vysvětlení aktuální situace. Na psychosociální aspekty péče je v situaci vážných porodních komplikací třeba klást zvláštní důraz, neboť souběh vyšší míry lékařských intervencí a nespokojenosti rodičky s intrapartální péčí představuje silný prediktor rozvinutí posttraumatické stresové poruchy (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000). V našem předchozím výzkumu (Takács et al., 2011) se ukázalo, že zdravotníci mnohdy neinformují

rodičku o náhlých komplikacích s dobrým úmyslem uchránit ji stresu; jejich mlčení však stres rodičky paradoxně stupňuje, neboť ji ponechává v nejistotě, strachu a odkázanosti na nepředvídatelné zásahy cizích lidí, čímž jí zároveň odjímá možnost zorientovat se v situaci, vytvořit si účinnou strategii jejího zvládnání a převzít tak nad ní kontrolu.

Při interpretaci souvislosti nízké kontroly rodičky a urychlování porodu či nástřihu hráze je opět třeba zohlednit výsledky kvalitativní analýzy: farmakologické urychlování porodu může být následkem zpomalení porodního procesu v důsledku stresu rodičky s nízkým stupněm kontroly, nízká kontrola však může odrážet i skutečnost, že zdravotníci aplikovali farmaka či provedli nástřih bez předchozí konzultace s rodičkou a bez ohledu na její přání, což bohužel patřilo mezi časté stížnosti žen - faktor kontroly byl sycen zejména položkami, které zjišťují, zdali byla rodička v případě intervencí do porodního procesu tázána na souhlas a zdali byla zohledněna její vůle a její preference. Co se týče epidurální anestezie, vztah k nízké kontrole může znamenat jak větší citlivost rodičky na bolest z důvodu stresu plynoucího z nízké kontroly, tak i omezení kontroly nad porodem v důsledku epidurální anestezie, díky níž rodičky často nepoznají, kdy mají tlačit, a ztrácejí tak pocit, že mohou průběh porodu ovlivnit.

Do hodnocení faktoru kontroly se podle prezentovaných výsledků může promítat i parita - prvorodičky hodnotí faktor kontroly hůře; podrobné výsledky neuvádím v tabulce, pouze odkazuji na zmíněný článek (Takács, Kodyšová, & Seidlerová, 2012).

Některým osobnostním typům rodiček může nižší míra kontroly a dominující postoj zdravotníků vyhovovat; v tomto případě nabývají na významu faktory související s empatií a ohleduplným přístupem zdravotníků, neboť dominance zdravotníků je rodičkami vnímána pozitivně pouze tehdy, dávají-li zdravotníci zároveň najevo vztahovou angažovanost.

Vztahové aspekty představují další faktor, který může úzce souviset s postupem porodu. V souladu s výsledky kvalitativní analýzy dotazníkových odpovědí a závěry jiných autorů (Lederman et al., 1985; Leifer, 2004; Enkin, 1998) lze zjištění tohoto výzkumu interpretovat tak, že necitlivý přístup

zdravotníků může u rodičky vyvolat stres a úzkost a vyústit tak v nepostupující porod, případně distress plodu (u klešťového porodu jsou naše výsledky vzhledem k malému rozsahu subvzorku pouze předběžné). Souvislost negativního hodnocení přístupu personálu se silným krvácením není zcela zřejmá a mechanismus působení bude patrně zprostředkovaný.

Je ovšem možné vznést námitku, že ženy, které prodělaly závažnější komplikaci či nepříjemný zákrok, hodnotí zpětně přístup zdravotníků méně příznivě právě v důsledku prodělaných komplikací či zákroků. Proti této interpretaci však hovoří skutečnost, že rodičky zpětně hodnotily jednotlivé zdravotníky velice rozdílně, a jejich hodnocení tedy nebylo závislé na jejich zdravotním stavu; v mnohých případech byl též zjevný časový vztah mezi negativně vnímaným přístupem zdravotníků a vznikem komplikací, což se týkalo především nepostupujícího porodu. Respondentky opakovaně uváděly, že jejich kontrakce ustávaly poté, co pociťovaly stres v souvislosti s necitlivým přístupem zdravotníků, a opět zesílily, když se změnil personál či se jich ujal zdravotník, jehož přístup hodnotily pozitivně. Lze však zároveň předpokládat, že ženy s vážnějšími porodními komplikacemi kladou na empatický a citlivý přístup zdravotníků větší důraz.

Souvislost s průběhem porodu se ukázala i u vstřícnosti pravidel fungování porodnice – zde je patrně nejdůležitějším momentem dostupnost personálu a s ní spjatý pocit jistoty a bezpečí, který funguje jako silný protektivní faktor; je však rovněž pravděpodobné, že rodičky s vážnějšími komplikacemi hodnotí dostupnost a spolehlivost personálu přísněji, takže i v tomto případě je třeba připustit obousměrnou kauzalitu. Je nicméně třeba zohlednit i možnost, že u rodičky, která během kontrakcí vyplňuje formuláře či je jinak vyrušována (otázkami, přítomností cizích osob atd.), může dojít k narušení spontánních hormonálních pochodů a následně k oslabení děložních kontrakcí, a tím i ke zvýšení rizika akutního císařského řezu, na což výsledky této studie poukazují (významný rozdíl v hodnocení vstřícnosti pravidel porodnice u ES a KS byl kromě silného krvácení nalezen právě u těchto komplikací).

Signifikantní rozdíly v hodnocení celkové spokojenosti s péčí (ženy s komplikacemi a zákroky hodnotily péči negativněji) lze v návaznosti na před-

cházející interpretace chápat jak ve smyslu dopadu psychosociálních aspektů porodnické péče na průběh porodu, tak i ve smyslu vyšších požadavků na péči u žen, u nichž se objevily zdravotní komplikace či byly podrobeny některým zákrokům. Roli zde však nepochybně hraje i parita: prvorodičky hodnotí péči negativněji než vícerodičky a právě u prvorodiček se objevuje i více zdravotních komplikací.

Co se týče výsledků dosavadních studií zaměřených na vliv psychosociálních aspektů perinatální péče na průběh porodu, patrně nejpodrobněji je v literatuře zdokumentován pozitivní dopad psychologické podpory poskytované rodičce kontinuálně v průběhu porodu ženskou průvodkyní, s níž má rodička sociální vazby (nikoli však příbuzenský vztah); výsledky četných studií sledujících tento faktor se pozoruhodně shodují, a to bez ohledu na rozdílnost nemocničních podmínek, profesionálního zázemí zdravotníků a podporujících osob a porodnického rizika (Enkin, 1998): kromě méně častého užívání analgezie či anestezie a nižšího výskytu perinatálních komplikací včetně operativních porodů byla zjištěna i kratší doba trvání porodu (Enkin, 1998; Hodnett & Osborn, 1989; Kashanian, Javadi, & Haghighi, 2010; Kennell 2008; Langer et al., 1998; Pascoe, 1993; Sosa et al, 1980) a menší výskyt perineálního traumatu (Enkin et al., 1998).

I výsledky tohoto výzkumu poukazují na nižší výskyt většiny zdravotních komplikací a zákroků v průběhu porodu u žen, které porodem provázela jimi předem zvolená porodní asistentka či dula, ačkoli statisticky signifikantní rozdíl se ukázal pouze u epidurální anestezie a epiziotomie. Je však třeba mít na paměti, že rodičky, které si k porodu přizvou vlastní porodní asistentku či dula, jsou zpravidla více nakloněny variantě tzv. přirozeného porodu, tedy porodu bez farmakologického tlášení bolesti a dalších medicínských intervencí. Na druhé straně nelze ani v tomto případě vyloučit, že se žena nakonec pro některou z forem farmakologické podpory při bolesti rozhodne – naše výsledky by tedy mohly poukazovat na podpůrný efekt psychologické podpory, která může ovlivnit vnímání bolesti rodičkou (Bergstrom et al., 2010; Pirdel & Pirdel, 2009; Simkin & O'hara, 2002); do výsledků by se ovšem mohla promí-

tat i větší připravenost a časové možnosti porodní asistentky či duly poskytující individuální péči pro použití nefarmakologických prostředků k tišení bolesti.

Na rozdíl od výsledků jiných autorů (Copstick et al, 1986; Henneborn & Cogan, 1975) se v tomto výzkumu neprokázal pozitivní vliv přítomnosti partnera u porodu – ve skupinách žen s komplikacemi a zákroky byl kromě skupin žen, u nichž došlo k silnému krvácení a porodu císařským řezem, partner (či blízká osoba) u porodu přítomen častěji než u kontrolní skupiny; statisticky významný rozdíl se ukázal u nepostupujícího porodu a užití epidurální anestezie. Tyto výsledky však lze interpretovat i tak, že rodičky, které volí přítomnost partnera u porodu, jsou často úzkostnější a prožívají více obav, což se může promítnout i do průběhu porodu. Větší úzkostnost a silnější obavy z porodu by mohly souviset i s častějším využitím epidurální anestezie. Někteří autoři ovšem naznačují, že přítomnost otce dítěte u porodu může mít na průběh porodu negativní dopad, a to zejména za předpokladu určitých osobnostních charakteristik rodičky i jejího partnera či déletrvajícího napětí v jejich vztahu (Enkin, 1998; Odent, 2004). M. Enkin et al. (1998) nicméně upozorňují na to, že většina studií o vlivu přítomnosti otce u porodu byla limitována malým rozsahem vzorku a samovýběrem.

Je rovněž otázkou, jak interpretovat souvislost předem zvoleného porodníka a častějšího provedení císařského řezu a častějšího užití epidurální anestezie. Vzhledem k volbě zdravotníka rodičkou je málo pravděpodobné, že zde spolupůsobí nedostatečná psychická podpora rodičky či stres z neznámého prostředí porodnice. Spíše lze předpokládat, že ženy, které rodí za asistence předem zvoleného lékaře, zároveň předem plánují i užití epidurální anestezie, a že předem zvolený lékař volí v případě komplikací častěji operativní porod. U těchto žen však lze – podobně jako u žen, které k porodu doprovází partner – předpokládat vyšší anxiету. Souvislost přítomnosti mediků či cizích osob na porodním sále a některých komplikací a zákroků (silné krvácení, nepostupující porod, distres plodu, epiziotomie) je v souladu se závěry studií, které zdůrazňují potřebu intimity a soukromí u rodící ženy (Lothian, 2004; Pirdel & Pirdel, 2009); je však rovněž možné, že medikové jsou častěji přizváni právě k porodům s komplikacemi.

Limitací této studie je převažující zastoupení respondentek s vyšším stupněm vzdělání; mezi kontrolní skupinou a jednotlivými experimentálními skupinami však nebyl co do vzdělání nalezen signifikantní rozdíl. Jako problematické by se rovněž mohlo jevit zařazení těch žen do výzkumného souboru, které vyplnily dotazník déle než rok po porodu. Výzkumy sice ukazují, že porodní zážitek setrvává v paměti ženy v zásadě nezměněné podobě velmi dlouhou dobu (Simkin, 1992; Stadlmayr, 2006), výsledky tohoto výzkumu však zároveň naznačují (výsledky korelační analýzy nejsou uvedeny v tabulce), že čím déle po porodu hodnotila žena péči v porodnici, tím bylo její hodnocení negativnější. Mezi ES a KS ovšem nejsou v intervalu mezi porodem a vyplněním dotazníku významné rozdíly. Omezení může představovat i skutečnost, že informace o zdravotních komplikacích byly získány od rodiček a nikoli ze zdravotnické dokumentace; jak již padla zmínka, tento výzkum však sledoval ty komplikace a zákroky, které mohou v dotazníku adekvátně vyznačit i respondentky bez odborného lékařského vzdělání. Limitem této studie je i samovýběr značné části vzorku.

Závěr

Hodnocení perinatální péče se vedle mateřské a novorozenecké mortality a morbidity začíná zaměřovat i na to, jak vnímá kvalitu péče sama rodička. Lze zaznamenat pozvolný, nicméně stále zřetelnější trend posílit postavení rodiček v systému poskytování porodní a poporodní péče. Tento trend je vyvolán jednak vzrůstajícími nároky a požadavky budoucích matek, jimž je k dispozici stále více informací o různých porodních alternativách, a jednak snahou zdravotnických zařízení obstát v postupně vznikajícím konkurenčním prostředí.

U většiny žen probíhá porod naštěstí fyziologicky a není při něm třeba žádných zvláštních lékařských zákroků. Kritérium, podle něhož tyto ženy hodnotí péči, které se jim v porodnici dostalo, proto představují především psychologické a psychosociální faktory. Tyto faktory jsou však důležité i pro ženy s komplikovanými porody, neboť podpůrný a empatický přístup zdravotníků jim pomáhá lépe zpracovat tuto náročnou událost a vyrovnat se s ní. Psychologické kompetence, především schopnost dobře komunikovat s rodičkou a poskytnout jí psychickou podporu, by tedy měly být považovány za nedílnou součást profesionality zdravotníků. Interdisciplinární přístup je v perinatologii velmi žádoucí a další zvyšování kvality péče je bez něj nemyslitelné.

Navzdory vzrůstajícímu zájmu o psychologickou problematiku v porodnictví je původních českých prací věnovaných tomuto tématu stále nedostatek. Kromě studijního textu *Aplikovaná psychologie porodnictví* (Ratislavová, 2008) není k dispozici ucelená odborná publikace, která by přinesla shrnutí dosavadních poznatků o psychologických a psychosociálních aspektech perinatologie. Z nečetných textů českých autorů zabývajících se tímto tématem je třeba jmenovat práce Sobotkové a Štembery (2003a, 2003b, 2003c), kteří analyzovali vývoj psychologických aspektů v perinatální medicíně v letech 1980 – 2000, významným přínosem jsou i psychosomaticky orientované studie Čepického (1993, 1999, 2007). Existují rovněž texty k dílčím tématům, jako jsou například porodní alternativy (Šulová 2008, 2011), psychosociální intervence při perinatální ztrátě (Ratislavová, Beran, 2010) či poporodní psychické

poruchy (Jirák, Dušková & Hill, 2012), chybějí však původní výzkumné práce, které by se zaměřovaly na psychologické aspekty perinatální péče v jejich širší souvislosti a vzájemné provázanosti.

Alespoň zčásti zaplnit tuto mezeru bylo cílem výzkumu prezentovaného v této práci. V jeho rámci byly zmapovány psychosociální faktory klíčové pro spokojenost žen s péčí v českých porodnicích a následně byl zjišťován jejich dopad na průběh porodu a zahájení kojení. Mezi výstupy tohoto výzkumu patří rovněž – zde z důvodu omezeného prostoru pouze stručně představený - *Dotazník psychosociálního klimatu porodnice (KLI-P)* (Takács, Smolík, Sněhotová, & Hoskovcová, 2013), který byl vyvinut za účelem evaluací péče v českých porodnicích.

V návaznosti na uvedené výzkumné výsledky bych v dalším kroku chtěla iniciovat vznik uceleného textu věnovaného psychologickým otázkám v perinatologii, který by vzešel ze spolupráce psychologů, porodníků, neonatologů a dalších odborníků. Jak již padla zmínka, původní česká publikace tohoto druhu na našem trhu dosud chybí. Cílem tohoto textu by bylo nejen prohloubit znalosti zdravotníků v oblasti psychologie porodu a poporodního období, vývojové psychologie a komunikace s rodičkou, ale zároveň i zprostředkovat informace o možnostech vlastní psychohygieny a prevenci syndromu vyhoření. Pouze tehdy, je-li dostatečně pečováno o psychické zdraví samotných zdravotníků a jsou-li si tito vědomi psychologického významu a dopadu porodní a poporodní situace na matku a dítě, lze vytvořit podmínky pro to, aby byl porod (a narození) v porodnici zážitkem, který posílí psychické i fyzické zdraví matky a dítěte a upevní jejich vzájemný vztah.

Seznam použité literatury

- Ahnert, L. (2008). Bindung und Bonding: Konzepte früher Bindungsentwicklung. In L. Ahnert (Ed.), *Frühe Bindung – Entstehung und Entwicklung* (p. 63-81). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U., & Wijma, K. (2005). Fear, pain and stress hormones during childbirth, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and gynecology*, 26(3), 153-165.
- Ali, Z., & Lowry, M. (1981). Early maternal-child contact: effects on later behaviour. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 23, 337–345.
- Al-Mufti, R., McCarthy, A., & Fisk, N. M. (1996). Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet*, 347, 544.
- Altemus, M., Deuster, P. A., Galliven, E., Carter, C. S., & Gold, P. W. (1995). Suppression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress in lactating women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 80, 2954-2959.
- Aslam, M. F., Gilmour, K., & Fawdry, R. D. (2003). Who wants a caesarean section? A study of women's personal experience of vaginal and caesarean delivery. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology: The Journal Of The Institute Of Obstetrics And Gynaecology*, 23(4), 364-366.
- 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, 389-398.
- Badenhorst, W. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 2, 249-259.
- Ballard, C. G., Stanley, & A. K., Brockington, I. F. (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 166(4), 525-528.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Barnett, C. R., Leiderman, P. H., Grobstein, R., & Klaus, M. (1970). Neonatal separation: the maternal side of interactional deprivation. *Pediatrics*, 45(2), 197-205.
- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, Avicenum.
- Bender, H. (1988). Psychological aspects of prematurity and of neonatal intensive care: a working report. In P. G. Fedor-Freybergh & M. L. V. Vogel (Eds.), *Prenatal and perinatal psychology and medicine. Encounter with the unborn*. New Jersey: The Parthenon Publishing Group.
- Beran, J. et al. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.
- Berentson-Shaw, J., Scott, K., & Jose, P. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 357-373.
- Bergstrom, L., Richards, L., Morse, J. M., & Roberts, J. (2010). How caregivers manage pain and distress in second-stage labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(1), 38-45.
- Binder, T. (2007). Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie*, 11(2), 61-64.
- Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S.M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29(4), 278-284.
- Bramadat, I. J., & Driedger, M. (1993). Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth*, 20, 22-29.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1990). *The earliest relationship: parents, infants, and the drama of early attachment*. New York: Addison-Wesley Publishing.

- Brown, S., & Lumley, J. (1994). Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth*, 21, 4-13.
- Bryanton, J., Gagnon, A.J., Hatem, M., & Johnston, C. (2008). Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. *Nursing Research*, 57(4), 252–259.
- Buckley, S. J. (2005). Ecstatic birth: Nature's hormonal blueprint for labor, dostupné na: <<http://sarahjbuckley.com/articles/ecstatic-birth.htm>>.
- Campbell, D. A., Lake, M. F., Falk, M., & Backstrand, J. R. (2006). A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing: Clinical Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families, & Newborns*, 35(4), 456-464.
- Clarke, M. C., Harley, M., & Cannon, M. (2006). The role of obstetric events in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 3–8.
- Conde-Agudelo, A., Díaz-Rossello, J. L., & Belizan, J. M. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Copper, R. L., Goldenberg, R. L., Das, A., Elder, N., Swain, M., Norman, G., Ramsey, R., Cotroneo, P., Collins, B. A., Johnson, F., Jones, P., & Meier, A. M. (1996). The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 175(5), 1286-1292.
- Copstick, S. M., Taylor, K. E., Hayes, R., & Morris, N. (1986). Partner support and the use of coping techniques in labour. *Journal of Psychosomatic Research*, 30(4), 497–503.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Crandon, A. (1979). Maternal anxiety and obstetric complications. *Journal of Psychosomatic Research*, 23(2), 109-111.

- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 27(2), 104-111.
- Cullberg, J. (1971). Mental reactions of women to perinatal death. In N. Morris (Ed.), *Psychosomatic medicine in Obstetrics and Gynecology* (pp. 326-329). London: Karger.
- Cyna, A. M. (2003). Hypno-analgesia for a labouring parturient with contraindications to central neuraxial block. *Anaesthesia*, 58(1), 101-102.
- Cyna, A. M., McAuliffe, G. L., & Andrew, M. I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *British Journal Of Anaesthesia*, 93(4), 505-511.
- Čepický, P. (1993). Psychosomatické poruchy v gynekologii a porodnictví. In J. Baštecký, J. Šavlík, & J. Šimek (Eds.), *Psychosomatická medicína* (pp. 246-267). Praha: Grada, Avicenum.
- Čepický, P. (1999). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 8 (3), dostupné na <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol8c3.php>.
- Čepický, P. (2007). Psychosomatika v porodnictví. In J. Živný (Ed.), *Gynekologie a porodnictví. Testy* (pp. 349-351). Praha: Galén.
- Čepický, P. (2009). Kam nás dovedla autonomie ženy v porodnictví? *Psychosom*, 7(4), 270-275.
- Češková, E. (2001). Afektivní poruchy. In: J. Raboch, P. Zvolský (Eds.), *Psychiatrie* (pp. 253-273). Praha: Galén.
- Davenport, M. L. (1988). Prenatal and perinatal psychology: implications for birth attendants. In P. G. Fedor-Freybergh & M. L. V. Vogel (Eds.), *Prenatal and perinatal psychology and medicine. Encounter with the unborn*. New Jersey: The Parthenon Publishing Group.
- Dermer, A. (2001). A well-kept secret breastfeeding's benefits to mothers. *New Beginnings*, 18(4), 124-127.
- Dewey, K. G. (2001). Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis. *Journal of Nutrition*, 131, 3012-3015.

- Dewey, K. G., Nommsen-Rivers, L. A., Heinig, M. J., Cohen, R. J., & Vestermark, P. (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*, 112(3), 607-619.
- Dick-Read, G. (1953). *Childbirth without fear*. New York: Harper and Row.
- Dickson, M. J., & Willett, M. (1999). Midwives would prefer a vaginal delivery. *British Medical Journal*, 319, 1008.
- Dubina, M. I., O'Neill, J. L., & Feldman, S. R. (2009). Effect of patient satisfaction on outcomes of care. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 9, 393-395.
- Earle, S. (2002). Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promotion International*, 17(3), 205-214.
- Edwards, C. H., Cole, O.J., Oyemade, U. J., Knight, E. M., Johnson, A. A., Westney, O. E., Laryea, H., West, W., Jones, S., & Westney, L. S. (1994). Maternal stress and pregnancy outcomes in a prenatal clinic population. *The Journal Of Nutrition*, 124(6), 1006-1021.
- Egeland, B., & Farber, E. A. (1984). Infant-mother attachment: factors related to its development and changes over time. *Child Development*, 55(3), 753-771.
- Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Renfrew, M., & Nielson, J. (1998). *Efektivní péče v perinatologii*. Praha: Grada.
- Escott, D., Slade, P., & Spiby, H. (2009). Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 617-622.
- Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*, 110(1), 16-26.
- Fleming, A. S., Ruble, D. N., Flett, G. L., & Shaul, D. L. (1988). Postpartum adjustment in first-time mothers: Relations between mood, maternal

- attitudes, and mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 24(1), 71-78.
- Ford, E., Ayers, S., & Wright, D. B. (2009). Measurement of Maternal Perceptions of Support and Control in Birth (SCIB). *Journal of Women's Health*, 18(2), 245-252.
- Forster, D. A., & McLachlan, H. (2007). Breastfeeding initiation and birth setting practices: A review of the literature. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(3), 273-280.
- Freud, S. (1994). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.
- Gloger-Tippelt, G., Gomille, B., & Grimmig, R. (1993). *Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht*. Leverkusen: Leske + Budrich Verlag.
- Golańska, Z., & Borkowski, W. (1988). Early maternal-neonatal interactions and their impact on the development of maternal attitudes. In P. G. Fedor-Freybergh & M. L. V. Vogel (Eds.), *Prenatal and perinatal psychology and medicine. Encounter with the unborn*. New Jersey: The Parthenon Publishing Group.
- Goodfellow, C. F., Hull, M. G. R., Swaab, D. F., Dogterom, J., & Buijs, R. M. (1983). Oxytocin deficiency at delivery with epidural analgesia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 90, 214-219.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212–219.
- Graham, W. J., Hundley, V., McCheyne, A. L., Hall, M. H., Gurney, E., & Milne, J. (1999). An investigation of women's involvement in the decision to deliver by caesarean section. *British Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 106(3), 213-20.
- Grajeda, R., & Perez-Escamilla, R. (2002). Stress during labor and delivery is associated with delayed onset of lactation among urban Guatemalan women. *Journal of Nutrition*, 132(10), 3055 – 3060.
- Green, J. M., Renfrew, M. J., & Curtis, P. A. (2000). Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery*, 16(3), 186-196.

- Greenberg, M., Rosenberg, I., & Lind, J. (1973). First mothers rooming-in with their newborns: its impact upon the mother. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43, 783–788.
- Grof, S. (1993). *Za hranice mozku. Narození, smrt, transcendence*. Praha: Gemma89.
- Haines, H., Pallant J., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27, 560-567.
- Kennell, J. H. (2008). Kontinuierliche Unterstützung während der Geburt: Einflüsse auf Wehen, Entbindung und Mutter-Kind-Interaktion. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Eds.), *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung*, (pp. 157-169). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Haines, H., Rubertsson, Ch., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12(1), 55-68.
- Hajníková, V. (2012). Proměny v přístupu k těhotenství a porodu v období socialismu a dnes.
- Bakalářská práce. Brno: Masaryková Univerzita.
- Hales, D. J., Lozoff, B., Sosa, R., & Kennell, J. H. (1977). Defining the Limits of the Maternal Sensitive Period. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 19, 454–461.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Heidegger, M. (1996). *Bytí a čas*. Praha: Oikúmené.
- Heinrichs, M. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 15, 54(12), 1389-1398.
- Henneborn, W. J., & Cogan, R. (1975). The effect of husband participation on reported pain and probability of medication during labor and birth. *Journal of Psychosomatic Research*, 19(3), 215–222.
- Hildingsson, I. (2008). How much influence do women in Sweden have on caesarean section? A follow-up study of women's preferences in early pregnancy. *Midwifery*, 24(1), 46-54.

- Hinde, R. A., & Tinbergen, N. (1958). The comparative study of species-specific behavior. In A. Roe, & G. G. Simpson (Eds.), *Behavior and evolution* (pp. 251-286). New Haven: Yale University Press.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 160-172.
- Hodnett, E. D., & Osborn, R. W. (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing & Health*, 12, 289–297.
- 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. *The International Journal of Medical Education*, 1, 83-87.
- Horwitz, R. I., & Horwitz, S. M. (1993). Adherence to treatment and health outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 153, 1863-1868.
- Horwarth, A., Swain, N., & Treharne, G. (2010). A review of psychosocial predictors of outcome in labour and childbirth. *New Zealand College of Midwives*, 42, 17-20.
- Howell, C. J. (2000). Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2.
- Hughes, P. (1998). Psychological effects of stillbirth and neonatal loss. In S. Clement (Ed.), *Psychological perspectives on pregnancy and childbirth* (pp. 145-166). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. H. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome?. *Early Human Development*. 79(2), 81-91.
- Hwang, C. P. (1978). Mother—infant interaction: effects of sex of infant on feeding behaviour. *Early Human Development*, 2(4), 341-349.
- Chamberlain, D. B. (1988). The significance of birth memories. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 2(4), 208-226.

- Chateau, P., & Wiberg, B. (1977). Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. I. First observations at 36 hours. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 66(2), 137-143.
- Cheek, D. B. (1975). Maladjustment patterns apparently related to imprinting at birth. *The American Journal of clinical hypnosis*, 18(2), 75-82.
- Chen, D. C., Nommsen-Rivers, L., Dewey, K. G., & Lönnerdal, B. (1998). Stress during labor and delivery and early lactation performance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 68, 335-344.
- Chien, L., & Tai, C. (2007). Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth*, 34(2), 123-130.
- Christensson, K., Cabrera, T., Christensson, E., Uvnäs-Moberg, K., & Winberg, J. (1995). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatrica*, 84, 468-473.
- Chung T.K., Lau T. K., Yip A. S., Chiu H. F., & Lee D. T. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 830-834.
- Istvan, J. (1986). Stress, anxiety, and birth outcomes: A critical review of the evidence. *Psychological Bulletin*, 100(3), 331-348.
- Johnson, E. C., & Slade, P. (2003). Obstetric complications and anxiety during pregnancy: Is there a relationship?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(1), 1-14.
- Johanson, R. B., El-Timini, S., Rigby, C., Young, P., & Jones, P. (2001). Caesarean section by choice could fulfil the inverse care law. *European Journal Of Obstetrics, Gynecology, And Reproductive Biology*, 97(1), 20-22.
- Jiráková, R., Dušková, M., & Hill, M. (2012). Psychické poruchy v těhotenství a po porodu. In A. Pařízek (Ed.), *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Grada.

- Kalish, R. B., McCullough, B., & Chervenak, F. A. (2008). Patient choice Cesarean delivery: ethical issues. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 20, 116-119.
- Kashanian, M., Javadi, F., & Haghghi, M. M. (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 109(3), 198-200.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kennell, J. H., Jerauld, R., Wolfe, H., Chester, D., Kreger, N. C., McAlpine, W., Steffa, M., & Klaus, M. H. (1974). Maternal behavior one year after early and extended post-partum contact. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 16, 172–179.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding: the impact of early separation or loss on family development*. Saint Louis: Mosby.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Parent-Infant bonding*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Klaus, M., & Kennell, J. H. (1988). The effects of continual social support during birth on maternal and infant morbidity. In P. G. Fedor-Freybergh & M. L. V. Vogel (Eds.), *Prenatal and perinatal psychology and medicine. Encounter with the unborn*. New Jersey: The Parthenon Publishing Group.
- Klaus, M., Kennel, J., & Klaus, P. (2003). *Mothering the mother*. Reading: Addison Wesley Publishing.
- Klaus, M. H., Trause, M. A., & Kennell, J. H. (2008). Does human maternal behaviour after delivery show a characteristic pattern? In R. Porter & M. O'Connor (Eds.), *Ciba Foundation Symposium 33 - Parent-Infant Interaction*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Kleynhans, M. (2011). Psychosomatic disorders in Obstetrics and Gynaecology. *Obstetrics & Gynaecology Forum*, 21(2), 25-27.
- Kodyšová, E. (2012). Mateřská péče o matku. *SoftForum* 1, dostupné na <http://www.soft-os.cz/index.php/28-soft-forum/cislo-12012/115-elika-kodyova-mateska-pee-o-matku>.

- Kontos, D. (1978). A study of the effects of extended mother-infant contact on maternal behavior at one and three months. *Birth*, 5, 133–140.
- Kopřivová, D. (2007). Psychoprofylaxe. *Moderní babičtví*, 12, 1-5.
- Kozhimannil, K. B., Hardeman, R. R., Attanasio, L. B., Blauer-Peterson, C. & O'Brien, M. (2013). Doula care, birth outcomes, and costs among medicaid beneficiaries. *American Journal of Public Health*. 103(4), 1-9.
- Kratochvíl, S. (2009). *Klinická hypnóza*. Praha: Grada.
- Kruse, L., Denk, C. E., Feldman-Winter, L., & Mojta Rotondo, F. (2005). Comparing sociodemographic and hospital influences on breastfeeding initiation. *Birth*, 32, 81–85.
- Kuan, L. W., Britto, J. D., Schoettker, P. J., Atherton, H. D. & Kotagol, U. R. (1999). Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics*, 104(3), 28-35.
- Kuzela, A., Stifter, C., & Worobey, J. (1990). Breastfeeding and mother-infant interactions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 185-94.
- Kuželová, M. (2003). Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babičtví*, 2, 1-5.
- Langer, A., Campero, L., Garcia, C., & Reynoso, S. (1998). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(10), 1056-1063.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lapeyre, E., Magnus, M., Lovitt, S., Finan, M. A., & Hedges S. (2004). Patient choice for elective cesarean section. *The Female Patient*, 29,12-21.
- Larsen, K. E., O'Hara, M. W., Brewer, K. K., & Wenzel, A. (2001). A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19, 202– 214.
- Lavelli, M., & Poli, M. (1998). Early mother-infant interaction during breast- and bottle-feeding. *Infant Behavior and Development*, 21, 4, 667-683.

- Leboyer, F. (1995). *Porod bez násilí*. Praha: Stratos.
- Lederman, R. P., Lederman, E., Work, B., & McCann, D. S. (1978). The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*. 132(5), 495-500.
- Lederman, R. P., Lederman, E., Work, B., & McCann, D. S. (1985). Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: relationship to duration of labor and fetal heart rate pattern. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*. 153(8), 870-877.
- Leib, S. A., Benfield, D. G., & Guidubaldi, J. (1980). Effects of early intervention and stimulation on the preterm infant. *Pediatrics*, 66(1), 83-90.
- Leiderman, P. H., & Seashore, M. J. (2008). Mother-infant neonatal separation: some delayed consequences. In R. Porter & M. O'Connor (Eds.), *Ciba Foundation Symposium 33 - Parent-Infant Interaction*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Leifer, A. D., Leiderman, P. H., Barnett, C. R., & Williams, J. A. (1972). Effects of mother-infant separation on maternal attachment behavior. *Child development*, 43, 1203-1218.
- Leifer, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada.
- Leighton, B. L., & Halpern, S. H. (2002). The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 186(5), 69-77.
- Linder-Pelz, S. U. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16, 577-582.
- Littleton, H. L., Bye, K., Buck, K., & Amacker, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 31(4), 219-28.
- Lohmann, S. (2007). Beziehungsgestaltung zwischen Hebamme und Frau. In: V. J. Bloemeke & A. Erfmann (Eds.), *Psychologie und*

- Psychopathologie für Hebammen* (pp. 90-99). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Lorenz, K. (1961). Phylogenetische Anpassung und adaptive Modifikation des Verhaltens. *Zeitschrift für Tierpsychologie*, 18, 139-187.
- Lothian, J. A. (2004). Do not disturb: the importance of privacy in labor. *The Journal of Perinatal Education*, 3(3), 4-6.
- Lozoff, B., Brittenham, G. M., Trause, M. A., Kennell, J. H., & Klaus, M. H. (1977). The mother-newborn relationship: limits of adaptability. *The journal of pediatrics*, 91(1), 1-12.
- Lyons, S. (1998). Post-traumatic stress disorder following childbirth: causes, prevention and treatment. In S. Clement (Ed.), *Psychological perspectives on pregnancy and childbirth* (pp. 123-144). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Kirk, P., & Schwiebert, P. (1992). Perinatal grief and mourning. In J. P. O'Grady, M. Rosenthal (Eds.), *Obstetrics: Psychological and psychiatric syndromes* (pp. 255-284). New York: Elsevier Science Publishing.
- Mahmud, N., Masuzaki, H., Yasunaga, M., Ishimaru, T., & Yamabe, T. (1991). Behavioral pattern of the newborn. Earliest timing for initiating attachment behavior in the infants. *Acta medica Nagasakiensia*, 36(1-4), 94-97.
- Manning, M. M., & Wright, T. L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(2), 421-431.
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., & Sutton, P. D. (2007). Births: Final Data for 2005. *National Vital Statistic Reports*, 56, 2-104.
- McCourt, C., Weaver, J., Statham, H., Beake, S., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2007). Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*, 34(1), 65-79.
- Mellier, D. (2000). Kontinuita nebo diskontinuita. In V. Pouthas, & F. Jouen (Eds.), *Psychologie novorozence. Chování nejmenšího dítěte a jeho poznávání*. Praha: Grada.

- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-99.
- Melzack, R., Kinch, R., Dobkin, P., Lebrun, M., & Taenzer, P. (1984). Severity of labour pain: influence of physical as well as psychologic variables. *Canadian Medical Association Journal*, 130(5), 579-584.
- Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11(4), 221-228.
- Misri, S., Oberlander, T. F., Fairbrother, N., Carter, D., Ryan, D., Kuan, A. J., & Reebye, P. (2004). Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 684-689.
- Mittal, V. A., Ellman, L. M., & Cannon, T. D. (2008). Gene-environment interaction and covariation in schizophrenia: the role of obstetric complications. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1083-1094.
- Morgan, B.M., Bulpitt, C.J., Clifton, P., & Lewis, P.J. (1982). Lancet Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet*. 2(8302), 808-10.
- Morhason-Bello, I. O., Babatunde, O. A., & Oladosu, A. O. (2009). Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. *International Breastfeeding Journal*, 4,16.
- Moslemi, L., Tabari, M. G., Montazeri, S., & Tadayon, M. (2012). The frequency and several effective factors on baby blues. *HealthMed Journal*, 6(12), 4004-4008.
- Mrlinová, Z., & Šulcová, E. (1993). Některé faktory ohrožující vývoj novorozence v období porodu a v době pobytu na novorozeneckém oddělení. *Československá psychologie*, 37(1), 14-25.
- Murray, A. D., Dolby, R M., Nation, R. L., & Thomas, D. B. (1981). Effects of epidural anaesthesia on newborns and their mothers. *Child Development*, 52, 71-82.

- Murray, L., & Cooper, P. J. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 55-63.
- Mydlilová, A., Šípek, A. & Wiesnerová, J. (2008). Vliv některých faktorů na počet kojených dětí při propuštění z porodnice v letech 2000 až 2004 v ČR. *Česko-slovenská pediatrie*, 63(4), 182-191.
- Nissen, E., Lilja, G., Widström, A. M., & Uvnäs-Moberg, K. (1995). Elevation of oxytocin levels early post partum in women. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 74(7), 530-533.
- Nugent, J. K., Blanchard, Y., & Stewart, J. E. (2008). Supporting parents of premature infants: an infant-focused, family-centered approach. In D. Brodsky, M. A. Ouellette (Eds.), *Primary care of the premature infant*. Philadelphia: Saunders.
- O'Connor, S., Vietze, P. M., Sherrod, K. B., Sandler, H. M., & Altemeier, W. A. (1980). Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*, 66(2), 176-182.
- Odent, M. (2004). *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.
- Oliver, C. M., & Oliver, G. M. (1978). Gentle Birth: its safety and its effect on neonatal behavior. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 7, 35-40.
- Omer, H. (1986). Possible psychophysiologic mechanisms in premature labor. *Psychosomatics*, 27(8), 580-584.
- Orr, S., Miller, C., James, S., & Babones, S. (2000). Unintended pregnancy and preterm birth. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 14, 309-313.
- Paffenberger, R. (1961). The picture puzzle of the postpartum psychoses. *Journal Of Chronic Diseases*. 13, 161-73.
- Paffenberger, R. (1964). Epidemiological aspects of parapatum mental illness. *British journal of preventive & social medicine*, 18, 189-195.
- Papoušek, M., & Papušek, H. (1990). Excessive infant crying and intuitive parental care: buffering support and its failures in parent-infant interaction. *Early Child Development and Care*, 65, 117-126.
- Pascoe, J. M. (1993). Social support during labor and duration of labor: a community-based study. *Public Health Nursing*, 10, 97-99.

- Patel, R., Liebling, R., & Murphy, D. (2003). Effect of operative delivery in the second stage of labor on breastfeeding success. *Birth*, 30(4), 255–260.
- Peacock, J. L., Bland, J. M., & Anderson, H. R. (1995). Preterm delivery: effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine. *British Medical Journal*, 311(7004), 531–535.
- Peterson, G., Mehl, L., & McRae, J. (1998). Relationship of psychiatric diagnosis, defenses, anxiety and stress with birth complications. In P. G. Fedor-Freybergh & M. L. V. Vogel (Eds.), *Prenatal and perinatal psychology and medicine. Encounter with the unborn*. New Jersey: The Parthenon Publishing Group.
- Pirdel, M., & Pirdel, L. (2009). Perceived environmental stressors and pain perception during labor among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproduction & Infertility*, 10(3), 217-223.
- Raboch, J. (2001). Duševní poruchy v praxi jiných lékařů. In J. Raboch, & P. Zvolský (Eds.), *Psychiatrie* (pp. 546-560). Praha: Galén.
- Rank, O. (1924). *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*. Wien: Int. Psychoanal. Verlag.
- Ransjö-Arvidson, A.B., Matthiesen, A. S., Lilja, G., Nissen, E., Widström, A. M., & Uvnäs-Moberg, K. (2001). Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth*, 28(1), 5-12.
- Raphael-Leff, J. (1985). Facilitators and regulators; participators and renouncers: Mothers' and fathers' orientations towards pregnancy and parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(3), 169-184.
- Ratislavová, K. (2008). Aplikovaná psychologie porodnictví. Praha: Reklamní ateliér Area.
- Ratislavová, K., & Beran, J. (2010). Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes. *Česká gynekologie*, 75(5), 462-466.
- Redshaw, M. (2008). Women as consumers of maternity care: measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth*, 35, 73-76.

- Redshaw, M., Martin, C., Rowe, R., & Hockley, Ch. (2009). The Oxford Worries about Labour Scale: Women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth. *Psychology, Health and Medicine*, 14 (3), 354-366.
- Righard, L. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *The Lancet*, 336(8723), 1105-1107.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders* 49 (3), 167-180.
- Ringler, M. (1985). *Psychologie der Geburt im Krankenhaus*. Weinheim: Beltz.
- Rini, Ch., Killingsworth, Ch., Dunkel-Schetter, Ch., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18(4), 333-345.
- Ritter, J., Gründer, K., & Gabriel, G. (Eds.). *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, sv. 1. (1971). Basilej: Schwabe.
- Robinson, G.E., & Stewart, D. E. (2001). Postpartum disorders. In N. L. Stotland, & D. E. Stewart (Eds.), *Psychological aspects of women's health care* (pp. 117-140). Washington: American Psychiatric Press.
- Roller, C. G. (2005). Getting to know you: mothers' experiences of kangaroo care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34, 210-217.
- Rondó, P. H. C., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C. N., Lobert, H., & Artes, R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(2), 266-272.
- Rosso, I. M., Tyrone, M.A., Cannon, D., Huttunen, T., Huttunen, M. O., Lönnqvist, J., & Gasperoni, T. L. (2000). Obstetric risk factors for early-onset schizophrenia in a Finnish birth cohort. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 801-807.

- Rowe-Murray, H. J., & Fisher, J. R. (2002). Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*, 29(2), 124–131.
- Roztočil, A. (2012). Jak dál s naším porodnictvím? *Česká gynekologie*, 77(6), 552-554.
- Ruiz-Peláez, J. G., Charpak, N., & Cuervo, L. G. (2004). Kangaroo Mother Care - an example to follow from developing countries. *British Medical Journal*, 329, 1179.
- Ryding, E. L., Wijma, B., & Wijma, K. (1997). Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 76(9), 856-861.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (1998). Experiences of Emergency Cesarean Section: A Phenomenological Study of 53 Women. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 25(4), 246-251.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (2000). Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 18(1), 33-39.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 80(1), 39-45.
- Salk, L. (1970). The critical nature of the post-partum period in the human for the establishment of the mother-infant bond: a controlled study. *Diseases of the Nervous System*, 31(11), 110-116.
- Séguin, L., Therrien, R., Champagne, & F., Larouche, D. (1989). The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth*, 16, 109-113.
- Séjourné, N., Denis, A., Theux, G., & Chabrol, H. (2008). Influence de certaines variables psychologiques, psychosociales et obstétricales sur l'intensité du baby blues. *L'encéphale*, 34(2), 179-82.
- Sheera, F., Lerman, S., Shahar, G., Czarkowski, K., Kurshan, N., Magriples, U., Mayes, L., & Epperson, C.N. (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.
- Schaller, J., Carlsson, S. G., & Larsson K. (1979). Effects of extended postpartum mother-child contact on the mother's behavior during nursing. *Infant Behavior Development*, 2, 319-324.
- Schindler, S. (1988). A new view of the unborn: toward a developmental psychology of the prenatal period. In P. G. Fedor-Freybergh & M. L. V. Vogel (Eds.), *Prenatal and perinatal psychology and medicine. Encounter with the unborn*. New Jersey: The Parthenon Publishing Group.
- Simkin, P. P. (1992). Just another day in a woman's life? Part 11: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19, 64–81.
- Simkin, P. P., & O'hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 131-159.
- Singh J. (1989). The patient satisfaction concept: a review and reconceptualization. *Advances in Consumer Research*, 16, 176-179.
- Slade, P., Escott, D., Spiby, H., Henderson, B., & Fraser, R. B. (2000). Antenatal predictors and use of coping strategies in labour. *Psychology and Health*, 15(4), 555-569.
- Sobotková, D., & Štembera, Z. (2003a). Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980–2000: I. těhotenství. *Česká gynekologie* 4, 249-254.
- Sobotková, D., & Štembera, Z. (2003b). Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980–2000: II. porod. *Česká gynekologie* 5, 370-372.
- Sobotková, D., & Štembera, Z. (2003c). Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980–2000: III. poporodní období. *Česká gynekologie*, 6, 385-389.

- Somera, M. J., Feeley, N., & Ciofani, L. (2010). Women's experience of an emergency caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2824-2831.
- Sosa, R., Kennell, J. H., Klaus, M., & Urrutia, J. J. (1980). The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *The New England Journal of Medicine*, 303(11), 597-600.
- Sosa, R., Kennell, J. H., Klaus, M., & Urrutia, J. J. (1976). The effect of early mother-infant contact on breast feeding, infection and growth. *Ciba Found Symposium*, 45, 179-193.
- Sosa, R., Kennell, J. H., Klaus, M. H., & Urrutia, J. J. (1980). The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *The New England Journal of Medicine*, 303(11), 597-600.
- Spielberger, C. D. (1980). *Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti STAI*. Bratislava: Psychodiagnostika.
- Spielberger, C. D. (2010). State-Trait Anxiety Inventory. *Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1.
- Stadlmayr, W., Amsler, F., Lemola, S., Stein, S., Alt, M., Bürgin, D., Surbek, D., & Bitzer, J. (2006). Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(4), 211-224.
- Steer, R. A., Scholl, T. O., Hediger, M. L., & Fischer, R. L. (1992). Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(10), 1093-1099.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1423-1433.
- Stockman, A. F., & Altmaier, E. M. (2001). Relation of self-efficacy to reported pain and pain medication usage during labor. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 161-166.

- Stramrood, C. A. I., Paarlberg, K. M., Huis in 't Veld, E. M. J., Berger, L. W. A. R., Vingerhoets, J. R. M., Weijmar Schultz, W. C. M., & Van Pampus, M. G. (2011). Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(2), 88-97.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- Sullivan, D. A., & Beeman, R. (1982). Satisfaction with maternity care: a matter of communication and choice. *Medical Care*, 20(3), 321-330.
- Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Štimpl, M., & Slezák, L. (1986). Nejde o experiment. *Česká gynekologie*, 51, 565-567.
- Šulová, L. (2005). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
- Šulová, L. (2008). Prevence začíná v raném dětství. In T. Fait, M. Vrablík, & R. Češka (Eds.), *Preventivní medicína* (pp. 467-495). Praha: Maxdorf Jessenius.
- Šulová, L. (2011). Porodní alternativy. In L. Šulová, T. Fait, & P. Weiss (Eds.), *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví* (pp. 59-62). Praha: Maxdorf.
- 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, dostupné na: <<http://e-psycholog.eu/pdf/takacs-etal.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), 269-275.
- Takács, L., Smolík, F., Sněhotová, J., & Horáková Hoskovcová S. (2013). Diagnostika psychosociálního klimatu porodnice – konstrukce a psychometrická evaluace dotazníku KLI- P. *Československá psychologie*, LVII, 1, 75-94.
- Takács, L., Seidlerová, J., Horáková Hoskovcová, S., Šulová, L., Štětovská, I., Zejdová, H., & Kolumpková, M. (2012) *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: FF UK.
- Takács, L., Sněhotová, J., & Horáková Hoskovcová, S. (2012). *Dotazník psychosociálního klimatu porodnice KLI-P. Příručka*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.
- Teixeira, J. M., Fisk, N. M., & Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 318(7177), 153-157.
- Tinková, D. (2010). *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha: Argo.
- Trede, K., Baldessarini, R. J., Viguera, A. C., & Bottéro, A. (2009). Treatise on Insanity in Pregnant, Postpartum, and Lactating Women (1858) by Louis-Victor Marce: A Commentary. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 157-165.

- Trueba, G., Contreras, C., Velazco, M. T., Lara, E. G., & Martínez, H. B. (2000). Alternative strategy to decrease Cesarean section: support by doulas during labor. *Journal of Perinatal Education*, 9(2), 8–13.
- Tschudin, S., Alder, J., Hendriksen, S., Bitzer, J., Popp, K. A., Zanetti, R., Hösli, I., Holzgreve, W., & Geissbühler, V. (2009). Previous birth experience and birth anxiety: predictors of caesarean section on demand? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(3), 175-180.
- Vágnerová, Marie. (2005). *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum.
- Verny, T., & Kelly, J. (1981). *The secret life of the unborn child*. New York: Dell.
- Vythilingum, B. (2010). Should childbirth be considered a stressor sufficient to meet the criteria for PTSD?. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 49-50.
- Wadhwa, P. D., Culhane, J. F., Rauh, V., & Barve, S. S. (2001). Stress and Preterm Birth: Neuroendocrine, Immune/Inflammatory, and Vascular Mechanisms. *Maternal & Child Health Journal*, 5(2), 119-125.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 471-482.
- Waldenström, U., Borg, I. M., Olsson, B., Skold, M., & Wall, S. (1996). The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth*, 23, 144-153.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17–27.
- 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 Scandinavica*, 85, 551-560.
- Weimer, D. (2007). Psychische Störungen im Wochenbett. In V. J. Bloemeke & A. Erfmann (Eds.), *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen* (pp. 250-309). Stuttgart: Hippokrates Verlag.

- Weiner, I. B., Freedheim, D. K., Lerner, R. M., Easterbrooks, M. A., Schinka, J. A., & Mistry, J. (2003). *Handbook of psychology: Developmental psychology*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Wideman, M.V., & Singer, J. E. (1984). The role of psychological mechanisms in preparation for childbirth. *American Psychologist*, 39(12), 1357-1371.
- Wijma, K., Alehagen, S., & Wijma, B. (2002). Development of the Delivery Fear Scale. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, 23, 97-108.
- Wijma, K., Ryding, E. L., & Wijma, B. (2002). Predicting psychological well-being after emergency caesarean section: a preliminary study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 20(1), 25-36.
- Wijma, K., & Wijma, B. (1992). Changes in anxiety during pregnancy and after delivery. In K. Wijma, & B. von Schoultz (Eds.), *Reproductive life* (pp. 81-88). New Jersey: The Parthenon Publishing Group.
- Wiklund, I., Edman, G., Ryding, E. L., & Andolf, E. (2008). Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*. 115(3), 324-331.
- Wilcock, A., Kobayashi, L., & Murray, I. (1997). Twenty-five years of obstetric patient satisfaction in North America: a review of the literature. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 10(4), 36-47.
- Williams, B. (1994), Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science & Medicine*, 38, 509-516.
- World Health Organization. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health. Geneva, 1996.
- Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie - teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada.

Zpráva o rodiče 2010 [Internet]. Ústav zdravotnických informací a statistiky
ČR (ÚZIS) 2011, dostupné na [http://www.uzis.cz/rychle-
informace/zprava-rodicce-2010](http://www.uzis.cz/rychle-informace/zprava-rodicce-2010).

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník psychosociálního klimatu porodnice (KLI-P)

Příloha č. 2 – Deset kroků k úspěšnému kojení

Příloha č. 3 – Dotazník psychosociálního klimatu porodnice 1. verze (rozsáhlejší)