

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Co ženy potřebují k dobrému porodu?

What do women need for a good birth?

Bc. et BcA. Eliška Došková

Vedoucí práce: PhDr. Helena Franke, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Odevzdáním této diplomové práce na téma „Co ženy potřebují k dobrému porodu“ potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 4. 7. 2021

.....

Podpis

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí mé práce PhDr. Heleně Franke, Ph.D. za odborné vedení a komentáře k práci. Také bych chtěla poděkovat všem maminkám, které se zúčastnily výzkumné části této práce, a přispěly tak svou zkušeností do mého výzkumu. Velké díky patří také mému manželovi, který mi byl po celou dobu práce oporou.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou bio-psycho-sociálních faktorů u porodu. Jejím cílem je zmapovat faktory a jejich případné vztahy, které se podílejí na pozitivní porodní zkušenosti. Výzkumný design byl kvantitativně-kvalitativní, tedy smíšený. Pro kvantitativní část byla využita dotazníková metoda sběru dat. Respondentky vyplnily sadu online dotazníků, které se týkaly základních informací o těhotenství a porodu. Zároveň vyplňovaly dotazník na porodní zkušenost, strategie zvládání stresu (SVF-78) a psychosociální klima porodnice (KLI-P). Pro navazující kvalitativní část byly použity hloubkové polostrukturované rozhovory. Výzkumný soubor pro kvantitativní část tvořilo 81 žen prvorodiček, z nichž byl následně proveden rozhovor s pěti respondentkami, které dosahovaly nadprůměrných výsledků v dotazníku na porodní zkušenost. Z výsledků vyplývá, že na pozitivní porodní zkušenosti se významně podílí absence porodních komplikací, vnímaná nízká intenzita bolesti, porod bez léků na tláčení bolesti, příznivé psychosociální klima porodnice a vyhýbavé strategie zvládání stresu. Na základě kvalitativní analýzy pak bylo zjištěno, že důležitou roli sehrává také přítomnost blízké osoby, zejména partnera, který napomáhá svou pasivní přítomností, nebo praktickou pomocí. Ženy s pozitivní porodní zkušeností kvalitativního výzkumného vzorku prožily těhotenství pozitivně, na porod se určitou formou připravovaly a u porodu využívaly práci s vlastním tělem a různé sebeinstrukce. Jejich společným rysem byla také nižší míra copingové strategie kontrola situace. Tyto faktory se tedy mohou podílet na pozitivní porodní zkušenosti. Ve vztahu k adaptaci na rané mateřství se pozitivní porodní zkušenost nejeví jako univerzálně významná, ale protektivně mohla působit před poporodními psychickými obtížemi, které se u těchto žen neobjevily.

KLÍČOVÁ SLOVA

Porod, pozitivní porodní zkušenost, psychosociální klima porodnice, copingové strategie, adaptace na mateřství

ABSTRACT

This thesis deals with the issue of biopsychosocial factors in childbirth. It aims to map factors and their possible relationships that contribute to a positive birth experience. The study used a mixed methods research design. A questionnaire was used for the quantitative part of the research. Respondents completed a set of online questionnaires about pregnancy and childbirth, followed by a questionnaire on childbirth experience, stress management strategies (SVF-78), and the Psychosocial Climate of the Maternity Hospital (KLI-P). For the qualitative part, semi-structured interviews were used. The research sample for the quantitative part consisted of 81 first-time mothers, from which five respondents who scored above average on the birth experience questionnaire were subsequently interviewed. The results showed that the absence of obstetric complications, perceived low pain intensity, delivering without pain relief medication, a pleasant psychosocial climate of the maternity hospital and stress avoidance coping strategies significantly contributed to a positive birth experience. The qualitative analysis results showed that a close person, especially a partner, who assists with their passive presence or practical help, also plays an important role. Women with positive birth experiences in the qualitative research sample experienced pregnancy positively; they prepared themselves for the birth in some way and used body work and various self-instructions during the birth. Their common feature was also a lower level of coping strategy called control of the situation. These factors may thus contribute to a positive birth experience. In relation to early adaptation to early motherhood, the positive birth experience did not appear universally significant; however, it may have been protective against postpartum psychological problems that these women did not experience.

KEYWORDS

Childbirth, Positive childbirth experience, Psychosocial climate in maternity hospitals, Coping strategies, Adaptation to Motherhood

Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická část.....	10
1.1 Pozitivní porodní zkušenost.....	10
1.2 Porod a bio-psycho-sociální faktory	12
1.2.1 Porod a biologické faktory	12
1.2.1.1 Začátek porodu	12
1.2.1.2 Vyvolávání porodu	13
1.2.1.3 Klasifikace porodů.....	14
1.2.1.4 Fáze porodu	15
1.2.1.5 Porodní patologie a intervence	16
1.2.1.6 Bolest u porodu a léky na tišení bolesti.....	17
1.2.1.7 Věk matky	19
1.2.1.8 Délka porodu	19
1.2.2 Porod a psychické faktory	20
1.2.2.1 Typologie osobnosti ve vztahu k porodu.....	20
1.2.2.2 Strach z porodu.....	21
1.2.2.3 Strategie zvládání stresu ve vztahu k porodu	22
1.2.2.4 Předporodní příprava	23
1.2.2.5 Očekávání	24
1.2.3 Porod a sociální faktory	26
1.2.3.1 Psychosociální klima v porodnici.....	26
1.2.3.2 Sociální opora.....	28
1.2.4 Shrnutí bio-psycho-sociálních faktorů porodu	29

1.3	Porodní zkušenost a raná adaptace mateřství	31
2	Empirická část	32
2.1	Cíle výzkumu	33
2.2	Společný výzkumný problém a hlavní výzkumná otázka	34
2.3	Výzkumný design	35
2.3.1	Kvantitativní design.....	35
2.3.1.1	Výzkumné sub-otázky pro kvantitativní část	35
2.3.1.2	Hypotézy.....	36
2.3.1.3	Metody sběru a zpracování dat.....	37
2.3.1.4	Výzkumný soubor	41
2.3.1.5	Diskuse kvantitativní části.....	65
2.3.1.6	Závěr z kvantitativní části	69
2.3.1.7	Kvalitativní analýza výpovědí z dotazníků	70
2.3.2	Kvalitativní design.....	74
2.3.2.1	Výzkumné sub-otázky pro kvalitativní část	74
2.3.2.2	Metody sběru a zpracování dat.....	74
2.3.2.3	Výzkumný soubor	74
2.3.2.4	Analýza dat a prezentace výsledků.....	77
2.3.2.5	Diskuse kvalitativní části.....	107
2.3.2.6	Odpovědi na výzkumné otázky	110
2.4	Komparace poznatků z kvantitativní vs. kvalitativní části	114
2.5	Limity výzkumu.....	115
	Závěr.....	116
	Seznam literatury.....	119
	Přílohy	126

1 Dotazník na porodní zkušenost	126
2 Ukázka z rozhovoru	127

Úvod

V této diplomové práci jsem se zaměřila na bio-psycho-sociální faktory, které vstupují do utváření porodní zkušenosti žen. Těhotenství a porod jsou významnou zkušeností v životě ženy. Porod představuje klíčový moment, který prezentuje určitý vstup do mateřské role. Způsob, jakým porod proběhne, může dále ovlivnit psychiku matky i dítěte (Marek, 2002). Význam porodní zkušenosti může být zásadní a je žádoucí, aby porod proběhl bez komplikací, a zároveň je důležité neopomíjet subjektivní zkušenosti ženy.

V této práci nazvané “Co ženy potřebují k dobrému porodu” jsem věnovala pozornost tomu, jaké bio-psycho-sociální faktory se pojí s pozitivní porodní zkušeností a spokojeností s porodem. V minulosti bylo napsáno mnoho prací, v nichž se autoři věnovali izolovaně jednotlivým faktorům ze zmíněných oblastí ve vztahu k porodní zkušenosti. V této práci bych chtěla postihnout zkoumanou realitu komplexněji, a porozumět tak více faktorům, které utvářejí porodní zkušenost v jejich interakcích. Přesto je na místě dodat, že rozsah tématu výrazně přesahuje hranice diplomové práce, a proto jsem především v rámci teoretické části věnovala pozornost vybraným proměnným, které se na základě studia odborných pramenů jeví jako významné.

Věnovala jsem se specifikům potřeb žen - prvorodiček v průběhu porodu a následně jsem zmapovala porodní zkušenost a její vztah k ranému mateřství. V celé práci jsem pojednávala výhradně o porodech v nemocničním prostředí a jejich specifikách, tedy opomím porody, které se uskutečnily v domácím či jiném prostředí. Zaměřila jsem se na porody, které proběhly vaginální cestou, protože jsem se zabývala mimo jiné specifickou dynamikou průběhu vaginálního porodu vzhledem k osobnostním, sociálním a biologickým aspektům, a pro zcela odlišný charakter průběhu jsem proto opomenula operativní porody.

Práce je rozdělena na dvě části, přičemž první představuje část teoretickou a druhá část empirickou. V teoretické části jsem se věnovala tématu porodní zkušenosti v kontextu bio-psycho-sociálních faktorů. Nejdříve jsem se vymezila význam tématu, pozitivní porodní zkušenost a spokojenost s porodem. V další části jsem se vztáhla jednotlivé aspekty bio-psycho-sociálních proměnných k otázce, jak by měla daná proměnná vypadat, aby byla žena se svým porodem spokojená a hodnotila svou porodní zkušenost jako pozitivní. Jednalo se o faktory biologické, kde jsem vymezila porod a jeho průběh. V této části je dále

tématizována problematika vyvolávání porodu, věku rodičky, porodních komplikací, intervencí a bolesti v průběhu porodu. Další skupinu představovaly psychosociální faktory, do nichž jsem zahrnula typologii osobnosti, strach z porodu, copingové strategie rodiček, psychosociální klima porodnice, sociální oporu a předporodní přípravu spolu s očekáváním rodiček od porodu.

Část empirická je rozdělena na kvantitativní a kvalitativní výzkum. V rámci kvantitativního designu jsem zjišťovala pomocí online dotazníkového šetření vztahy mezi porodní zkušeností žen prvorodiček, jejich strategiemi zvládání stresu, psychosociálním klimatem porodnice a dalšími aspekty týkající se jejich porodu. Kvantitativní části výzkumu se zúčastnilo 81 žen, které jsem oslovila ve skupinách na sociálních sítích, kde se věnují tématu porodu.

Přechod mezi kvantitativní a kvalitativní částí tvoří kvalitativní analýza jedné otevřené otázky z dotazníků. Ženy popsaly svou porodní zkušenost a tento popis byl následně kvalitativně analyzován. Bylo zachyceno několik kategorií, z nichž jsem vytvořila schéma porodní zkušenosti ve vztahu k bio-psycho-sociálním faktorům. Dále následuje samotná kvalitativní část výzkumného šetření. Z výzkumného vzorku kvantitativní části jsem oslovila ženy s kladnou porodní zkušeností, s nimiž jsem provedla hloubkový polostrukturovaný rozhovor. Z rozhovorů byly identifikovány kategorie, které napomáhají zodpovědět otázku, co ženy k dobrému porodu potřebují. V závěru práce jsem uvedla syntézu poznatků z části kvalitativní a kvantitativní. Poznatky obou částí byly také diskutovány s odbornými zjištěními jiných prací.

1 Teoretická část

1.1 Pozitivní porodní zkušenost

Porod člověka se odráží v následném psychickém prožívání matky i dítěte a je tedy na místě mu věnovat patřičnou pozornost (Marek, 2002). Pro ženu je porodní zkušenost v životě významná. V průběhu porodu se prolíná dimenze fyzická, psychická i sociální (Tani et al., 2016). Jedná se proto o výrazně psychosomatickou zkušenost.

Spokojenost s porodem má svůj význam v dlouhodobém i krátkodobém měřítku a sehrává svou úlohu pro matku i dítě. Četné studie dokládají tuto skutečnost. Ukazuje se, že negativní zkušenost z porodu může zvyšovat riziko vzniku poporodní deprese, která pak negativně ovlivňuje vztah mezi matkou a dítětem (Bell, Andersson, 2016). Další studie ukazuje, že nespokojenost s průběhem porodu a celkově negativní porodní zážitek může ovlivnit vznik psychického onemocnění, narušit vztah k dítěti či vztah s partnerem. Například posttraumatická stresová porucha spojená s porodem se vyskytuje u 1-2 % žen (Ayers et al., 2006). Tato porucha pak často zasahuje do partnerského vztahu, ale i psychické pohody celé rodiny (Delicate et al., 2018). Negativní zážitek z porodu také častěji redukuje celkový počet dětí, který žena plánuje, nebo prodlouží intervaly mezi jednotlivými těhotenstvími (Gottvall, Waldenström, 2002). Jak již bylo výše naznačeno, i další studie poukazuje na to, že porodní zkušenost není významná pouze pro psychickou pohodu matek, ale může také významně zasahovat do raných interakcí a vztahu s dítětem (Molgora, et al., 2020). Na druhé straně spokojenost ženy s porodem je spojena s vyšším self-efficacy ve vztahu ke kojení, a to následně zásadně ovlivňuje jeho průběh (Wang et al., 2021). Porod tedy představuje významnou životní zkušenost, u níž je velmi důležité, jakým způsobem se odehraje.

V jedné studii, kde výzkumný vzorek čítal 16 000 žen, naznačují, že prevalence nespokojenosti s porodem je 5,7 % (Falk et al., 2016). V jiném výzkumu je uvedeno, že 7 % žen referuje o své porodní zkušenosti jako o negativním zážitku (Waldenström et al., 2004). Lze tedy konstatovat, že většina žen svou zkušenost z porodu nehodnotí jako negativní a je s ní spíše spokojena. Obecně hodnotí svou porodní zkušenost hůře prvorodičky

oproti ženám, které již v minulosti rodily (Waldenström et al., 2004; Falk et al., 2016; Takács, 2016). Právě z tohoto důvodu bude pozornost věnována právě prvorodičkám.

Práce nese název „Co ženy potřebují k dobrému porodu“. Dobrý porod je velmi relativní formulace, protože záleží na perspektivě posuzovatele. Jiná kritéria bude mít pro dobrý porod porodní asistentka, lékař, otec či samotná rodička. Zcela jistě existují i interindividuální rozdíly mezi zmíněnými osobami. V této práci se zaměřuji na perspektivu rodiček a ptám se, co potřebují k porodu, aby s ním byly spokojené a hodnotily svou porodní zkušenost jako pozitivní.

Samotnou spokojenost s porodem lze označit za komplexní konstrukt, který je ovlivňován mnoha faktory. V odborné literatuře nenacházíme shodu v definici tohoto pojmu. Takács (2016) např. upozorňuje na nejasné oddělování pojmů „spokojenost s porodem“ a „spokojenost s perinatální péčí“. Ve své práci uvádí dimenze a determinanty obou těchto konceptů. Dimenze spokojenosti s porodním zážitkem jsou následující: pocit bezpečí, pocit kontroly, spokojenost s vlastním zvládáním porodu, bolest a průběh porodu. Tyto aspekty byly v literatuře vymezeny jako klíčové části a můžeme tak jejich prostřednictvím spokojenost s porodem definovat. Například právě nedostatečný pocit kontroly nad situací během porodu hodnotí Waldenström (et al., 2004) jako nejvýznamnější faktor, který formuje negativní porodní zkušenost. Pod determinanty, tedy určité vnější faktory, které ji ovlivňují, pak řadí Takács (2016) očekávání, předchozí zkušenost, osobnostní charakteristiky rodiček, sociální oporu, sociodemografické proměnné, proměnné související s porodní péčí a zdravotní proměnné. V následující části věnované bio-psycho-sociálním faktorům porodu bude pozornost věnována částečně dimenzím spokojenosti s porodem, ale především pak vnějším determinantám spokojenosti s porodem. Právě vnější determinanty spokojenosti s porodem totiž pomáhají nalézt odpověď na otázku, co ženy potřebují k tomu, aby byly se svými porody spokojené.

1.2 Porod a bio-psycho-sociální faktory

Jakým způsobem bude porod probíhat, závisí na mnoha faktorech. V této práci se budu věnovat třem skupinám faktorů, které se projevují v průběhu porodu. Budu se zabývat jejich vztahem k průběhu porodu, ale především k charakteru porodní zkušenosti z perspektivy rodičky. U porodní zkušenosti mě zvláště zajímalo, jestli byla pozitivní, tedy zda byla rodička se svým porodem spokojená. První skupinu představují biologické faktory, druhou psychosociální faktory, které zahrnují osobnostní faktory na straně rodičky, a třetí sociální faktory. Jednotlivé skupiny faktorů mezi sebou určitým způsobem interagují, a proto se podkapitoly této části budou v určitých ohledech vzájemně prolínat. Zároveň je důležité dodat, že vymezené faktory nepředstavují úplný výčet proměnných, nicméně se jedná o proměnné, které se v odborné literatuře častěji tematizují, a jeví se proto jako významné.

1.2.1 Porod a biologické faktory

V následující části vymezím porodní proces z biologického hlediska a popíšu několik faktorů, které vstupují do porodního procesu. V dalších řádcích by měl být nastíněn průběh porodu, několik biologických proměnných a zdravotnických intervencí, které do tohoto procesu vstupují.

1.2.1.1 Začátek porodu

Porod je neodmyslitelnou součástí života každého člověka. Jedná se o významný mezník, který je na straně rodičky doprovázen směsí různorodých emocí. Z biologického hlediska ho lze charakterizovat jako vypuzení dítěte z těla matky, které proběhlo po 24. týdnu těhotenství, a novorozenec vykazuje známky života, nebo je nevykazuje, ale jeho hmotnost již přesáhla jeden kilogram (Roztočil, 2017).

Porod můžeme dělit dle načasování, tedy týdne těhotenství, kdy proběhl. Do 37. týdne těhotenství se jedná o předčasný porod, mezi 38. a 40. týdnem těhotenství jde o porod v termínu, porod ve 40. až 42. týdnu těhotenství lékaři klasifikují jako potermínový porod a pozdější termín je považován za patologické přenášení, k němuž by nemělo docházet

(Roztočil, 2017). Termín porodu je tedy poměrně jasně normován a lze ho považovat za jeden z biologických faktorů, který může ovlivnit následný průběh porodu, a to např. ve vztahu k možné indukci porodu z důvodu potermínového porodu. Ukazuje se, že ženy, které rodily po termínu svého porodu, jsou se svým porodem méně spokojené (Nahae et al., 2020).

1.2.1.2 Vyvolávání porodu

K vyvolávání neboli indukci porodu bývá přistupováno z důvodů, které jsou na straně matky nebo dítěte (Ryan, 2019). Incidence vyvolání porodu ve Velké Británii odpovídá 20 % těhotenství (Ryan, 2019). Podle internetového průzkumu odpovídá počet indukovaných porodů v ČR asi 18 % (MůjPorod.eu, 2018).

V praxi neexistuje shoda v tom, kdy je indukce porodu na místě, a mezi nemocnicemi je patrná variabilita v indikacích indukce. Mezi obecné indikace k vyvolání porodu patří těhotenství, které je potermínové. K indukci pak často dochází mezi 41. a 42. týdnem těhotenství (Coates, 2020). Vhodnou prevencí indukce porodu je správné určení termínu porodu, které je vypočítáno na základě ultrazvukového vyšetření (Ryan, 2019). Dále je porod vyvoláván v případě předčasného odtoku plodové vody, při preeklampsii či při poklesu pohybů dítěte. Nízká shoda panuje mezi odborníky u indukce v případě těhotenské cukrovky, velké odhadované porodní váhy dítěte, zvýšeného BMI (Body Mass Index) matky a v případě vícečetného těhotenství (Coates, 2020). Výše byly popsány různé příčiny, kvůli nimž dochází k vyvolání porodu.

Způsoby vyvolání porodu mohou být mechanické nebo farmakologické (Ryan, 2019). Mezi metody, které jsou v nemocnicích užívány pro vyvolání porodu, patří nejčastěji infuze syntetického oxytocinu, protržení amnionového vaku nebo podání prostaglandinů pomocí tablety (Ryan, 2019; Stadelmann, 2009). Porodní asistentky Stadelmannová (2009) a Davisová (2014) spojují podání syntetického oxytocinu s intenzivnějšími porodními bolestmi a zároveň se znemožněním přirozeného působení endorfinů a serotoninu, které se vyplavují v souvislosti přirozeným oxytocinem.

V odborné literatuře (Ryan, 2009; Waldenström et al., 2004, Takács, 2016) se setkáváme s poznatkem, že vyvolání se pojí s nižší spokojeností matek s porodem a vyšším výskytem instrumentálního porodu a císařského řezu, oproti spontánnímu vaginálnímu porodu. Z toho důvodu je vhodné volit indukci porodu s rozvahou a dobrým zvážení přínosů a potenciálních rizik.

1.2.1.3 Klasifikace porodů

Z medicínského hlediska Roztočil (2017) klasifikuje porod na šest typů dle jeho průběhu. Prvním je spontánní porod, který začal samovolně a dále pokračoval bez intervencí lékařů. Druhý typ představuje medikamentózní porod, při kterém byly podávány farmakologické látky, a to např. za účelem podpory děložních kontrakcí či zmírnění bolesti. Takový porod začal spontánně, ale bylo do něj medikamentózně zasahováno. Jako třetí typ uvádí Roztočil porod indukovaný, kdy porod z nějakého důvodu nezačal samovolně, a proto byl vyvolán lékařem. Dále se jedná o operativní porod, který se volí v případech, kdy je potřeba ochránit zdraví matky či dítěte. Předposlední typ porodu představuje porod fyziologický, který začal samovolně a dále probíhal bez zásahů zdravotníků. Protiklad k fyziologickému porodu pak představuje patologický porod, při kterém jsou nutné lékařské intervence (Roztočil, 2017). Z popisu je zřejmé, že fyziologický porod se překrývá s porodem spontánním. Těchto šest typů představuje určitý přehled toho, jakým způsobem může porod probíhat, a je z něj patrné, že se jednotlivé typy výrazně liší mírou lékařských zásahů.

Dále vymezím přirozený porod. Během těhotenství a porodu se žena běžně dostává do systému zdravotnické péče, kde je v kontextu zcela přirozených dějů označována za pacientku. Typický medicínský přístup k porodu je často provázen úkony, které se podobají operaci, a porod tak ztrácí svůj přirozený charakter (Marek, 2002). Pokud hovoříme o tzv. přirozeném porodu, jedná se o takový porod, kde neprobíhají intervence, které jsou ze své podstaty umělé. Porodní proces v tomto případě není ovlivněn medikamenty pro jeho urychlení, rodiče nejsou podávány léky na tlášení bolesti a zároveň je ženě umožněna svoboda ve vedení porodu, tedy jeho průběh si určuje ona sama na základě svých instinktivních potřeb. Pomoc jí během porodu poskytuje porodní asistentka (Thorová, 2015).

Dochází k určité změně perspektivy, kdy rodička není vnímána jako objekt, nýbrž jako subjekt porodního procesu. V pozici subjektu se aktivně spolupodílí na porodním procesu. Rodička v roli aktivního spoluúčastníka tedy stojí na druhé straně od rodičky jakožto objektu, který je zvnějšku řízen (Roztočil, 2017). V tomto kontextu Roztočil (2017) poukazuje na častou konfliktní situaci, kdy se rodička setká s nepochopením svých přání ze strany zdravotnického personálu.

Z dokumentů významných organizací, které se věnují oblastem zdravotnictví či porodnictví (jako např. World Health Organization, České gynekologicko-porodnické organizace či Mezinárodní iniciativy za porodní péči pro matku a dítě), byl v roce 2012 vytvořen dokument, který shrnuje desatero přirozeného porodu v porodnici. Tento výčet zahrnuje vstřícnou a empatickou komunikaci s rodičkou, individuální přístup, dostatečné informování o možnostech a postupech, respekt k intimitě a soukromí rodičky a odborný přístup, který kopíruje nejvyšší dosažené poznání a postupy *lege artis*. Další bod představuje nutnost informovaného souhlasu s medicínskými intervencemi. Ženy by měly mít možnost u sebe během porodu bezplatně přítomnou blízkou osobu a měly by zažívat dostatek svobody v rozhodnutích o porodní poloze. Předposlední bod vyzývá k zamezení separace mezi matkou a dítětem a v posledním bodě je uvedena podpora kojení (Babyweb, 2012). Zmíněným desaterem lze tedy rovněž definovat pojem přirozeného porodu, který je realizovatelný v nemocničním prostředí.

V některých případech jsou medicínské intervence nezbytné pro ochranu života dítěte či matky. Na druhou stranu stojí za povšimnutí, že např. pouze u 6 % porodů v německých porodnicích nedojde k medicínským intervencím, jako např. k podání medikamentů či nástřihu hráze (Stadelmann, 2009). Stadelmannová (2009) dále uvádí, že pouze u malého procenta žen jsou tyto zákroky skutečně nutné a je vhodné věnovat pozornost rozdílnému procentu intervencí v jednotlivých porodnicích, které nevyplývá z poměrového zastoupení žen s rizikovým těhotenstvím v daných porodnicích.

1.2.1.4 Fáze porodu

Porod můžeme dělit na několik fází, přičemž ještě před začátkem samotného porodu

hovoříme o tzv. přípravném období, které probíhá v posledních týdnech před porodem. V přípravném období mívají ženy tzv. poslíčky, tedy kontrakce, které předcházejí porodu a mají odlišný charakter. Děloha je v tomto období více dráždivá, žena přestává nabývat na váze a děložní fundus klesá. V tomto čase také odchází hlenová zátka.

Když nastoupí samotný porod, hovoříme o první době porodní, kde se otevírá děložní hrdlo. Délka této doby se odvíjí od psychického i fyzického nastavení matky, případné medikace, ale také od toho, zda se jedná o prvorodičku či vícerořičku (Roztočil, 2017). Průměrná délka této fáze porodu se pohybuje mezi 6 až 8 hodinami (Thorová, 2015). Porodní asistentka Davisová (2014) poukazuje na význam výživy, odpočinku a mírného pohybu v této části porodu. První dobu porodní dále dělí na počáteční fázi a fázi aktivní, která nastupuje po otevření děložního hrdla na 4 cm. Právě v přechodu mezi těmito dvěma fázemi ženy často prožívají určitý typ krize, pro kterou je typický strach a frustrace z bolesti, nad níž nelze získat kontrolu. Za efektivní strategii pro tuto část porodu považuje Davisová oddání se procesu, protože právě to napomůže vyplavení endorfinů, které přirozeně tlumí bolest. Přechod do druhé doby porodní je také často doprovázen určitou přechodovou dobou, kterou provází puzení k tlačení, ale někdy také specifický pocit, který se v daném momentu pojí se strachem z vlastní smrti (Davis, 2014).

Ve druhé době porodní už dochází k samotnému vypuzování. Tato fáze by neměla trvat déle než jednu hodinu (Roztočil, 2017). Thorová (2015) ovšem uvádí, že délka vypuzovací fáze se může pohybovat mezi několika minutami až dvěma hodinami. Ve třetí době porodní žena porodí placentu. Porodní asistentka Stadelmann (2009) poukazuje na to, že ženy dobře zvládnou a pozitivně prožijí přirozený porod, když budou během porodu uvolněné a nechají porodu volný průběh.

Někteří autoři hovoří také o čtvrté době porodní, což představuje poporodní dobu v délce tří hodin. V této fázi existuje zvýšené riziko výskytu krvácení (Roztočil, 2017).

1.2.1.5 Porodní patologie a intervence

Porod může probíhat patologicky z různých důvodů. Mezi příčiny komplikací během porodu patří abnormality porodních cest, polohy dítěte nebo děložních stahů. Během porodu

jsou potřebné takové děložní kontrakce, které jsou pravidelné, dostatečně silné a jejichž činností dochází ke změnám děložního hrdla. Pokud tyto podmínky nejsou naplněny, často se přistoupí k nějaké formě intervence, která má kvalitu kontrakcí upravit. Například slabé kontrakce bývají podpořeny podáním oxytocinu (Roztočil et al., 2020). Nicméně právě podání oxytocinu je spojováno s nižší spokojeností s porodem (Nahae et al., 2020; Falk et al., 2016).

Důležitá je v průběhu porodu také poloha, v níž je dítě uloženo. Některé abnormální polohy plodu jsou totiž spojeny s častějším použitím kleští či vakuumextraktoru (Roztočil et al., 2020). Catala (et al., 2020) uvádí, že vyšší spokojenost s porodem vykazovaly ženy, které rodily vaginálně bez komplikací, oproti ženám, které rodily instrumentálně (použití kleští nebo vakuumextraktoru) či císařským řezem. Další autoři (Falk et al., 2016; Takács, 2016) ve svém výzkumu vyhodnotili akutní císařský řez jako největší rizikový faktor pro nespokojenost s porodem. Méně spokojené s porodem jsou také ty ženy, které zažily poporodní krvácení se ztrátou větší než dva litry krve a také matky dětí, které měly v páté minutě nižší Apgar skóre než 7 (Falk et al., 2016).

Méně spokojené s porodem budou tedy ty ženy, u nichž se během porodu objeví komplikace. Přítomnost komplikace pak často vyžaduje určitý zdravotnický zásah. Celkově se ukazuje, že méně intervencí v průběhu porodu je spojeno s vyšší spokojeností rodičky s porodem oproti hojným zásahům do procesu (Nahae et al., 2020; Conrad et al., 2018; Takács, 2016).

Je ovšem na místě rozlišit potřebnost dané intervence u konkrétní rodičky a neprovádět některé kroky pouze rutinně. Mezi intervence, které se často provádí právě rutinním způsobem, můžeme zařadit např. epiziotomii neboli nástřih hráze, který bývá prováděn v průběhu druhé doby porodní. Může proběhnout během vypuzování hlavičky a má zabránit rozsáhlejší ruptuře a urychlit porod (Roztočil, 2017). Nicméně ženy, u kterých byl tento úkon proveden, vykazují nižší míru spokojenosti s porodem (Nahae et al., 2020).

1.2.1.6 Bolest u porodu a léky na tišení bolesti

Porodní bolest byla zařazena mezi biologické faktory, i když souvisí i se složkami

psychosociálními, a to z důvodu návaznosti tématu na léky tišící bolest, které jsou přiléhavé spíše k biologickým faktorům. Vedle senzorické stránky se totiž pojí také s určitými emocemi, kognitivním zpracováním, chováním a sociálními procesy (Takács et al., 2015). Všechny tyto aspekty bolesti se pak objevují společně a vzájemně se ovlivňují. Například to, jakým způsobem se žena chová nebo jaké emoce v danou chvíli prožívá, může dále ovlivnit senzorickou kvalitu bolesti (Takács, 2015). Porodní bolest je považována za vůbec nejsilnější prediktor pro spokojenost s porodem (Takács, 2016). Ukazuje se, že ženy, u nichž byly po porodu zaznamenány symptomy posttraumatické stresové poruchy, hodnotí porodní bolest jako větší (Garthus-Niegel et al., 2014).

Specifikem porodní bolesti je její odlišný charakter od jiných bolestí, který nepoukazuje na patologii, ale přirozený proces (Takács et al., 2015). Waldenström (et al., 1995) ve své studii uvádí, že 40 % žen považuje porodní bolest za vůbec nejhorší, jakou si umí představit. Zároveň ovšem poukazuje na jednu třetinu žen výzkumného vzorku, které bolest hodnotily jako spíše pozitivní než negativní. Intenzitu bolesti pak významně ovlivňuje např. úzkost během porodu, očekávaná bolest, podpora od porodní asistentky a délka porodu.

Způsoby tišení bolesti u porodu můžeme rozdělit na nefarmakologické a farmakologické. Mezi ty nefarmakologické řadíme například různé formy přípravy na porod využívající hypnózu, kognitivní intervence (Takács et al., 2015), dále pak hydroanalgezii, aromaterapii nebo např. akupunkturu.

Za efektivnější jsou obecně považovány spíše metody farmakologické (Pařízek, 2004). Pokud hovoříme o částečném utlumení vnímání bolesti, jedná se o analgezii. Oproti tomu v případě anestezie je bolest plně odstraněna. Farmaka mohou být podávána centrálně, kdy se jedná zejména o různé formy opioidů. Dále se může jednat např. o inhalaci tzv. „rajského plynu“ či epidurální analgezii. Tyto metody s sebou ovšem vedle výhod vždy přináší i určitá rizika. Například v případě podání opioidů je možné negativní působení na následnou adaptaci novorozence a útlum na straně matky, který komplikuje bonding. U epidurální analgezie pak může dojít k oslabení kontrakcí dělohy, což následně vyžaduje podání farmak na podporu děložních kontrakcí (Pařízek, 2004). Waldenström (et al., 2004) ve svém výzkumu ukazuje, že ženy, které využily epidurální anestezii, byly s porodem méně spokojené. Hůře také hodnotily svůj porod ty ženy, které popisují bolest v průběhu porodu

jako vůbec nejhorší, jakou si umí představit (Falk et al., 2016; Takács, 2016), a to bez ohledu na to, zda využily epidurální anestezii.

1.2.1.7 Věk matky

Dalším biologickým faktorem, který sehraává svou úlohu u porodu, je věk matky. Roztočil (2017) uvádí, že nejpříznivější věk pro porod mají z biologického hlediska ženy ve věku 22 let. Dále konstatuje, že je vhodné, aby žena nerodila po 30. roce života. Statistické údaje v České republice ovšem ukazují, že průměrný věk prvorodiček představuje 28,9 let, přičemž nejvyšší je v Praze, kde v roce 2017 dosahoval 31,1 let. V obecné rovině je pak průměrný věk všech rodiček k roku 2017 30,7 let. Z výsledků lze sledovat patrný trend odkládání mateřství. Celkem 3,7 % všech narozených dětí porodily ženy ve věku 40–44 let (Frelich, 2018). Roztočil (2017) poukazuje na vyšší rizika během těhotenství i porodu spojená s výrazně nízkým (méně než 18 let) či vysokým věkem rodičky.

Porodní zkušenost negativněji hodnotily ženy, které jsou starší 35 let (Falk et al., 2016). Jiný zdroj ovšem uvádí, že vyšší nespokojenost s porodem vykazovaly spíše mladší ženy (Waldenström et al., 2004) a v další studii nebyla souvislost spokojenosti s porodem a věkem zaznamenána (Takács, 2016). Mezi odborníky tedy není shoda v tom zda a případně jakým způsobem souvisí věk se spokojeností s porodem.

1.2.1.8 Délka porodu

Ukazuje se také, že věk má vliv na délku porodu. Ženy, které věkově spadají do intervalu mezi 18-35 let, mají kratší porod. Na délku trvání porodu má ovšem vliv i mnoho dalších faktorů. Kratší porody mají například ženy, které již v minulosti rodily. Svou úlohu hrají i konstituční předpoklady pánve ženy vzhledem k velikosti dítěte. Lépe rodí také ženy, které se na porod připravovaly, nejsou unavené a ty, které vykazují méně úzkostné symptomatiky a jsou celkově spíše harmonické. Kratší porod lze také očekávat u rodiček, které mohou volit porodní polohu, kde využívají gravitaci. Jak již bylo výše nastíněno, další faktor, který může porod prodloužit, je určitý typ medikace, který tlumí bolest a zároveň i děložní kontrakce. Kratší porod mají také ty ženy, které netrpí nadváhou ani podvýživou

(Roztočil, 2017). Větší spokojenost s porodním zážitkem nacházíme právě u žen, kde proběhl porod rychleji (Conrad et al., 2018, Waldenström et al., 2004).

1.2.2 Porod a psychické faktory

Bylo zjištěno, že také některé psychické faktory mohou být významné pro porodní zkušenost. Na základě studia odborné literatury jsem vymezila několik oblastí, které se vztahují k průběhu a prožitku z porodu. Nejdříve se zaměřím na vztah k typologii osobnosti. V návaznosti na významné charakteristiky osobnosti se budu věnovat strachu jakožto emoci, která je v odborné literatuře prezentována jako významný faktor pro průběh a prožitek z porodu. Ve třetí části se zaměřím na copingové strategie ve vztahu k porodu. V závěru této kapitoly pak věnuji pozornost předporodní přípravě a očekáváním od porodu, což jsou proměnné, které by bylo možné zahrnout také do skupiny sociálních faktorů, tudíž by je bylo možné definovat jako faktory psychosociální.

1.2.2.1 Typologie osobnosti ve vztahu k porodu

V této části jsem si kladla otázku, jaké osobnostní charakteristiky jsou pro porod protektivní či naopak rizikové. Studie věnující se vztahu deseti osobnostních faktorů k porodní zkušenosti poukazuje na významné souvislosti mezi některými z nich. Deset osobnostních faktorů vychází z pětifaktorového modelu osobnosti, tedy zahrnuje pět oblastí: míru extraverze, přívětivosti, emoční stability, otevřenosti k nové zkušenosti a svědomitosti. Z výsledků vyplývá, že například ženy s nižší emoční stabilitou a nižší extraverzí podstoupily častěji akutní císařský řez. Obecně se také ukázala vyšší incidence porodních komplikací u žen s nižší emoční stabilitou a nižší extraverzí. Když se autoři pak věnovali konkrétním komplikacím, které tuto skupinu žen provázejí, jednalo se častěji o nepostupující porod či distres plodu. U této skupiny žen také častěji došlo k závažnějšímu poranění hráze či epiziotomii (Johnston et al., 2013). Nižší emoční stabilita a nižší míra extraverze se tedy jeví jako nevýhodné osobnostní charakteristiky ve vztahu k průběhu porodu. Dále studie poukazuje na to, že nižší míra extraverze a nižší emoční stabilita se častěji pojí s celkově negativní porodní zkušeností.

V další studii se také hodnotily charakteristiky pětifaktorového modelu osobnosti ve vztahu k porodní zkušenosti. Svědomitější ženy hodnotily svou porodní zkušenost pozitivněji. To by mohlo souviset s tím, že se na porod více připravovaly a díky tomu byly pak sebevědomější a připravenější. Vyšší neuroticismus souvisel s nižší vlastní kapacitou, což mohlo vést k pocitu, že mají situaci méně pod kontrolou, k vyšší nejistotě během rozhodování a celkově nižšímu sebevědomí (Conrad, Sticker, 2018).

Jako důležitý osobnostní rys se tedy ukazuje míra neuroticismu, jakožto určitá nižší emoční stabilita. U osob, které vykazují vyšší míru neuroticismu, by bylo možné očekávat, že budou mít z porodu častěji obavy. Nicméně Waldenström (et al., 1999) ve své studii ukazuje, že úzkost a strach během porodu se sice pojí s nespokojeností s porodem, ale úzkostnost jakožto osobnostní charakteristika se spokojeností s porodem nespojuje. Jako důležitější se tedy podle Waldenströma (et al., 1999) jeví vnímaná úzkost a pocit vlastní kontroly během porodu než trvalejší osobnostní charakteristiky. Na základě zmíněného výzkumu se tedy ukazuje, že je pro spokojenost rodičky s porodem je zásadnější její asociace porodu se strachem než míra její úzkostnosti jakožto osobnostní charakteristiky. Zároveň je ovšem na místě poznamenat, že ženy, které mají vyšší míru strachu z porodu, vykazují také obecně vyšší hodnoty neuroticismu.

1.2.2.2 Strach z porodu

Právě strach z porodu sehrává důležitou úlohu pro průběh porodu. Větší strach z porodu se častěji pojí s instrumentálním porodem, kde jsou využívány kleště nebo vakuuextraktor či s akutním císařským řezem. Tyto ženy pak hodnotí svou zkušenost z porodu jako méně uspokojivou (Handelzalts et al. 2015; Conrad, Sticker, 2018). Strach z porodu se častěji vyskytuje u prvorodiček a také souvisí s delším trváním porodu. Ženy, které vykazují vyšší míru strachu z porodu, častěji volí epidurální anestezii a mívají porod urychlován. Nicméně právě volba epidurální anestezie a zásahy do porodu jsou taktéž spojeny s delším trváním porodu (Adams et al., 2012).

Takács (2016) uvádí, že ženy, které měly velký strach z porodu či pociťovaly nízkou sebedůvěru v roli matky, byly se svým porodem méně spokojené. Negativní dopad na

porodní zkušenost mají také obavy týkající se těhotenství, vyšetření a následné péče o dítě již v časných stádiích těhotenství (Waldenström et al., 2004).

U žen, které prožívají neopodstatněný silný strach z porodu, hovoříme o tzv. tokofobii. Její prevalence se nyní pohybuje okolo 14 % a od roku 2000 se celkově zvýšila (O'Connell et al., 2017). Tento strach bývá spojen s nedůvěrou ve zdravotnický personál, se strachem z vlastní neschopnosti, se strachem z vlastní smrti či smrti dítěte, s nesnesitelnou bolestí nebo ztrátou kontroly. Obecně lze konstatovat, že strach z bolesti představuje častý a významný důvod strachu z porodu, ale zároveň není důvodem převládajícím (Sjögren, 1997). Pokud má žena u porodu strach, zvyšuje se také intenzita bolesti, protože začne vylučovat stresové hormony, které pak působí na svaly dělohy. Strach u porodu ovšem nesouvisí pouze s vyšší bolestí, ale také zasahuje do krevního oběhu, který pak může způsobit stres plodu (Davis, 2014). Strach z porodu lze tedy považovat za významný rizikový faktor pro jeho následný průběh.

1.2.2.3 Strategie zvládání stresu ve vztahu k porodu

Pokud se v životě setkáváme s náročnou situací, volíme různé strategie, jak se s danou situací vypořádat. Každý využívá odlišné způsoby jak naložit s obtížnou situací. Lidé se také mezi sebou různí v efektivitě využívaných postupů. Tyto strategie nazýváme copingovými, nebo také strategiemi zvládání (Křivohlavý, 2009). Porod představuje v životě ženy velmi významný a přelomový mezník, který lze označit za náročnou situaci, s níž se žena musí vypořádat. Lze tedy očekávat, že každá žena bude volit různé strategie, jak se s takovým procesem naložit.

Když hovoříme o copingových strategiích, můžeme na základě různých teorií vymezit obecnou skupinu nástrojů, kterou běžně v životě používáme ke zvládnutí náročných situací. Každá osobnost se vyznačuje různými charakteristikami, které determinují přístup ke zvládání náročných situací.

Dále pak můžeme hledat specifické copingové strategie ve vztahu ke konkrétním situacím. Borrelli (et al., 2018) se ve své studii věnoval právě specifickým copingovým strategiím ve vztahu k porodu. Uvádí, že ženy prvorodičky využívají mnoho copingových

strategií vzhledem k porodu již v průběhu těhotenství. Ve svém výzkumu se zaměřil právě na typ těchto strategií zvládání u těhotných žen. Patří mezi ně samotná příprava na porod, vyhýbání se, úvahy o porodu jako o sdílené zkušenosti všech žen, spoléhání se na vlastní instinkty nebo na farmakologické prostředky pro tlumení bolesti. Strategii vyhýbání ženy využívaly z toho důvodu, aby nezískávaly negativní informace o porodech, které by pro ně mohly být zdrojem obav.

Catala (et al., 2020) ve své studii poukazuje na význam copingových strategií u porodu. Ve svém výzkumu dokládá, že strategie zvládání stresu představují významný prediktor spokojenosti s porodem. Zároveň uvádí, že copingové strategie představují významnější prediktor pro spokojenost s porodem než osobnostní charakteristiky, které byly měřeny pomocí dotazníku Big five. Zvláště významnou prediktivní hodnotu pro spokojenost s porodem měly takové strategie zvládání, které byly vyhýbavé, nebo pokud šlo o pozitivní hodnocení. Určité copingové strategie tedy mohou být pro spokojenost rodičky s porodem významné.

1.2.2.4 Předporodní příprava

Ženy získávají informace o porodu prostřednictvím různých zdrojů. Jeden ze zdrojů informací představuje sociální síť, v níž mohou čerpat zkušenosti od blízkých žen, ale také od porodních asistentek, lékařů či dul. V současné době je možné čerpat také bohaté informace z internetových zdrojů. Dále mohou ženy absolvovat teoreticko-praktické kurzy, které vedou nejčastěji porodní asistentky či duly. Před porodem také mnoho žen absolvuje určitou formu předporodní přípravy.

Odborně vedená psychofyzická příprava nabízí ženám možnost pozitivně se naladit na porod a získat dostatek informací, které jí následně mohou pomoci lépe zvládnout nároky porodu, ale i raného období mateřství (Bašková, 2015). Taková forma přípravy by měla být běžnou součástí péče o těhotné ženy (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Jedním z cílů psychické přípravy na porod je dostatečné informování o jeho fyziologii. Žena během přípravy může získat informace o jednotlivých fázích porodu, o relaxačních a dechových technikách a např. možnostech porodnické analgie. Důležitou

součástí představuje také eliminace obav spojených s porodem (Hudáková, Kopáčiková, 2017). V obecné rovině má předporodní příprava napomoci realističtějším očekáváním od porodu a to nejen na straně rodičky, ale případně také na straně partnera. V souvislosti s přípravou na porod si mohou ženy sepsat svá porodní přání, která následně předloží v porodnici. Jedná se o určitou formulaci očekávání a přání, jak by rodička chtěla, aby bylo přistupováno k průběhu jejího porodu. Může formulovat např. svá přání ohledně tišení bolesti, poloh při porodu, epiziotomie či dotepání pupečníku (Bašková, 2015).

Vedle psychické přípravy se pak jedná o přípravu fyzickou. Tu může tvořit cvičení napomáhající následně zvládnout nároky porodního procesu (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Žena si může osvojit např. možnosti úlevových poloh, které je výhodné při porodu zaujmout, nebo prakticky nacvičit dechové či relaxační techniky. Žena se učí také zvládat a přijímat porodní bolest (Bašková, 2015).

Nahae (et al., 2020) ve své studii poukazuje na to, že rodičky, které navštěvovaly předporodní přípravu, následně vykazovaly vyšší spokojenost s porodem. Bašková (2015) pak uvádí, že pokud ženy navštěvují kvalitní kurzy předporodní přípravy, je pro ně snazší vstup do rodičovské role a lépe se jim daří kojení.

1.2.2.5 Očekávání

Ženy prvorodičky mají porod spojený s neznámem, a tedy určitou nejistotou a pochybnostmi. V jedné studii často referovaly o tom, že jejich očekávání nejsou zcela jasná, protože tuto situaci zažívají poprvé, každá žena je odlišná a také není možné mít nad průběhem porodu plnou kontrolu. Respondentky uvedly očekávání, že jejich zkušenost z porodu bude pravděpodobně velmi odlišná od jejich nynější představy. U žen byla z analýzy rozhovorů zachycena kategorie „going with the flow“, která poukazuje na flexibilitu zkoumaných prvorodiček vzhledem k porodnímu plánu a otevřenosti ke změně v případě potřeby (Borrelli et al., 2018). Očekávání prvorodiček mohou být tedy plná představ neznáma, nejistoty, ale zároveň otevřenosti k neočekávaným událostem.

Ukazuje se, že očekávání prvorodiček bývají nerealistická, protože nemají zkušenost, na které by mohly stavět, adekvátní přípravu a chybí jim informace a podpora. Jejich

představa nebývá nikým zjišťována, a tedy ani korigována, a proto může následně vést ke zklamání z nesplněných očekávání. Prvorodičky vstupují do neznáma a způsob jejich reakce na tuto situaci je formován předchozí přípravou, pocity kontroly, informacemi, komunikací a stupněm podpory. Významným způsobem se na zkušenosti z porodu pak podílí porodní asistentky (Dahlen et al., 2008). Borrelli (et al., 2018) zdůrazňuje, že by ženám měly být poskytovány dostatečné a přesné informace již v průběhu těhotenství, čímž by se podpořila realistická očekávání a zmírnily by se pocity nejistoty. Právě splněná očekávání se totiž pojí se spokojeností s porodem (Conrad, Sticker, 2018).

Očekávání od porodu se ovšem mohou promítnout také do jeho průběhu. Fenaroli (et al., 2016) ve své studii poukazuje na souvislost negativního očekávání od porodu s vyšší incidencí akutních císařských řezů a instrumentálně vedených porodů.

Jiná studie poukazuje na souvislost mezi očekáváním a následným hodnocením porodu. Ženy, které očekávaly, že jejich porod bude bolestivým a negativním zážitkem, skutečně častěji hodnotily porod jako negativní zkušenost oproti ženám, které měly od porodu pozitivnější očekávání (Waldenström et al., 2004). Vedle toho ženy, které měly s porodem spojená pozitivní očekávání, hodnotily svou porodní zkušenost jako pozitivní. Obdobný poznatek nacházíme i v další studii, kde poukazují na souvislost očekávání od porodu s následnou porodní zkušeností (Fenaroli et al., 2016). Na druhou stranu pozitivní očekávání, která se týkala porodních bolestí, nebyla spojená s celkovou spokojeností s porodem (Waldenström et al., 1999).

Podle Thorové (2015) jsou informace o porodech v médiích prezentovány problematicky, protože jsou stavěny do ostré disjunkce, kdy na jedné straně stojí přirozené porody a na straně druhé porody medicínsky vedené. Zastánci medicínských porodů prosazují jako nejvyšší cíl ochranu života a na druhé straně zastánci přirozených porodů poukazují na problémy spojené porodem, který je provázen medicínskými intervencemi. Rodičky, které svá očekávání upnou na přirozený porod, a následně porod neproběhne tímto způsobem, mohou zažívat pocity zklamání a mohou se u nich objevit i depresivní symptomy.

Jak již bylo nastíněno v části o předporodní přípravě, ženy získávají informace např. z četby knih, videí na internetu, předporodních kurzů nebo poslouchají porodní zkušenosti z jejich okolí (Borrelli et al., 2018).

Velmi důležitou úlohu plní porodní asistentka, s níž může těhotná žena navázat vztah, kde se jí dostává podpory, může těhotnou připravit na porod a předat adekvátní informace, které pomohou rodičce v tom, aby se informovaně rozhodovala o průběhu porodu. Vhodným modelem je kontinuální péče jedné porodní asistentky, která o ženu pečuje po celou dobu těhotenství i porodu (Dahlen et al., 2008).

1.2.3 Porod a sociální faktory

V dalším textu se budu věnovat sociálním faktorům ve vztahu k porodu. Do této skupiny jsem zahrnula psychosociální klima porodnice a sociální oporu rodičky.

1.2.3.1 Psychosociální klima v porodnici

Psychosociální klima v porodnici je tvořeno především přístupem zdravotníků, kteří pečují o ženu v průběhu porodu, případně na oddělení šestinedělí. Jedná se především o různé aspekty kvality komunikace (Takács, Hoskovicová, 2012). Podpora ze strany zdravotníků byla identifikována jako základní faktor pro vysvětlení spokojenosti s porodem (Catala et al., 2020; Bell, Andersson, 2016). Laskavá a vhodná péče zdravotníků spolu s dobrou komunikací zvyšuje mezi rodičkami spokojenost (Catala et al., 2020; Cy Chan et al., 2014). Důraz je v průběhu porodu potřeba klást také na respekt a podporu rodičky a společné rozhodování o porodním procesu. Ženy v tomto období potřebují zažívat pocity bezpečí a sebedůvěry. Také je důležité zachovat jejich soukromí (Bell, Andersson, 2016).

Ke kladnější porodní zkušenosti přispívá přítomnost porodní asistentky, kterou rodička poznala již před porodem. To se ovšem netýká jen průběhu samotného porodu, ale i před porodem je potřebná kvalitní péče o těhotnou ženu. Ukazuje se, že ženy s negativnějším zážitkem z porodu popisují péči zdravotníků v období těhotenství jako méně uspokojivou vzhledem k nedostatečnému času na dotazy a nízké emoční podpoře oproti ženám, které byly s péčí v těhotenství spokojené a následně referovaly o porodu pozitivněji (Waldenström et al., 2004).

Z výzkumu Takács (2016) vyplývá, že více než polovina žen byla s psychosociálním klimatem porodnice a oddělením šestinedělí maximálně spokojena. V případě porodnických oddělení je tomu tak u 65 % žen u vaginálních spontánních porodů, 83 % žen s akutním císařským řezem, 80 % s plánovaným císařským řezem. Na oddělení šestinedělí uvádí maximální spokojenost 80 % respondentek.

Psychosociální klima v porodnici představuje důležitou součást zkušenosti rodičky s porodem. Pro spokojenost s péčí na porodnickém oddělení potřebují ženy, které rodily spontánně vaginálně, laskavost a vstřícnost porodních asistentek, svobodné rozhodnutí o poloze, ve které budou rodit, emoční podporu ze strany lékařů a dostupnost zdravotníků. Naopak negativně do ní zasahuje nadřazený přístup lékařů. Na oddělení šestinedělí je pak pro spokojenost důležitá důvěra ve zdravotníky, kteří pečují o novorozence, podávané informace, pomoc s kojením, vzhled pokoje a dostupnost sociálního zařízení. Zmíněné faktory tedy vysvětlují podstatnou část spokojenosti s psychosociálním klimatem porodnice. Tyto faktory pak různou mírou vstupují do celkové spokojenosti s porodem.

Takács (2016) se ve svém výzkumu věnovala také otázce, jaké případné rizikové faktory vstupují do spokojenosti s péčí na porodnickém oddělení a oddělení šestinedělí. Zjistila, že mezi rizikové faktory, které přispívají nespokojenosti s porodní péčí, patří stres v období těhotenství, nedostatek sociální opory v těhotenství, absence partnera a nespokojenost se svým materiálním zajištěním. Hůře také hodnotí psychosociální klima porodnic ženy prvorodičky a ženy, které hodnotí svůj porod jako silně bolestivý. Na druhé straně je z výsledků studie patrné, že s nespokojeností s porodní péčí nesouvisí míra úzkosti a deprese v těhotenství, strach z porodu ani nízká sebedůvěra matky. Stejně tak nehraje roli věk, vzdělání a samotný průběh porodu, jakožto jeho délka či typ.

Vyšší spokojenost s porodem pak uvádějí ty ženy, které mohou volit svou porodní polohu, jejich porod není urychlován, získávají dostatek informací i emoční podpory od lékařů a porodní asistentky k nim přistupují vlídně (Takács, 2016). Dále je důležité, že jsou včasné a dostatečně informovány o intervencích a mají kompetence v rozhodování (Conrad, Sticker, 2018; Takács, 2016). Poněkud odlišné potřeby nacházíme u žen, které rodí plánovaným či akutním císařským řezem. Například u plánovaného císařského řezu je pro spokojenost s péčí nejzásadnější vstřícnost zdravotníků a dostatek informací oproti ženám,

kteře rodí vaginálně, kde je spíše vyzdvížena dostatečná kompetence v rozhodování. Za vůbec nejzásadnější prediktor spokojenosti je uveden přístup ze strany zdravotníků, jakožto jejich laskavost a emoční podpora (Takács, 2016).

Psychosociální klima, které zdravotníci v průběhu porodu vytváří, má tedy svůj význam pro celkovou spokojenost rodičky s porodem.

1.2.3.2 Sociální opora

Sociální opora představuje určitou pomoc či podporu od druhých osob (Krpoun, 2012). Během těhotenství a porodu je sociální opora pro ženu zvláště důležitá. Mezi osoby, které tvoří sociální oporu rodiček, patří především porodní asistentky, partneři, ale také např. duly. Dula je osoba, která o ženu pečuje v období těhotenství a kolem porodu po fyzické i psychické stránce, nicméně není zdravotnickým pracovníkem (Bašková, 2015; Thorová, 2015). Právě přítomnost duly u porodu se pojí s vyšší spokojeností s porodem, úspěšnějším kojením a menším množstvím intervencí v průběhu porodu (Roztočil, 2017).

Spolu s humanizací porodnictví je v současné době hojným trendem přítomnost otců u porodu. V zemích západní Evropy jsou otcové přítomni u přibližně 90 % porodů. Ukazuje se, že jejich přítomnost u porodu příznivě působí na délku porodu, nepřítomnost úzkosti a strachu u rodičky a na vnímání bolesti. Naopak byla vyvrácena obava, že přítomnost otce u porodu bude iniciovat sexuální dysfunkce ve vztahu k rodičce. Spíše se ukazuje, že má přítomnost otce u porodu kladný vliv na vztah obou partnerů i vztah otce k dítěti (Roztočil, 2017). Ženy, které rodí za doprovodu svého partnera, také hodnotí svou porodní zkušenost pozitivněji (Gungor, Beji, 2007). Jiná studie ovšem toto zjištění nepotvrzuje a uvádí, že nebyla zaznamenána souvislost mezi podporou ze strany partnera a spokojeností s porodem, i když to neznamena, že by ženy podporu jejich partnerů neoceňovaly (Waldenström, et al., 1999). Další studie shodného autora ovšem naznačuje, že ženy, které nebyly spokojeny s podporou od partnera, hodnotily svůj porod negativněji (Waldenström et al., 2004). Z hlediska redukce obav, stresu i vnímané intenzity bolesti působí u porodu obecně kladně přítomnost blízké osoby (Gogela, Malý, 2000).

Také míra sociální opory, kterou žena zažívá již během těhotenství, se následně promítá do průběhu porodu. Ženy, které zažívají dostatek sociální opory během těhotenství od svých rodin, přátel a partnera, využívají během porodu méně často farmakologické metody tlumení bolesti a méně často je během jejich porodu aplikován oxytocin pro podporu děložních kontrakcí. Také délka jejich porodu častěji odpovídá normě. Sociální opora těhotných žen představuje také významný protektivní faktor před poporodní depresí (Tani et al., 2016). Ukazuje se, že podpora od porodní asistentky se pojí s vyšší spokojeností s porodem (Waldenström, et al., 1999). Jiné studie poukazují na to, že jsou s porodem spokojenější ty ženy, které pocítují obecně vyšší míru sociální opory (Conrad, Sticker, 2018). Vyšší sociální opora a přítomnost blízké osoby u porodu se tedy jeví jako protektivní faktory pro spokojenost s porodem.

1.2.4 Shrnutí bio-psycho-sociálních faktorů porodu

Z biologických faktorů lze shrnout, že spokojenější jsou ženy, jejichž porod začal spontánně, v termínu a trval kratší dobu. Dále se pak se spokojeností pojí porody, kde bylo respektováno jejich tempo a ženy neprožívaly bolest během porodu jako výrazně silnou. Obecně jsou ženy spokojenější s porodem, kde se nevyskytly komplikace a proběhlo méně zdravotnických intervencí.

Z oblasti psychických faktorů se pro porodní zkušenost jeví jako nevýhodná nižší míra extravertovanosti a nižší emoční stabilita. Naopak vyšší míra svědomitosti je spojena s pozitivnější porodní zkušeností. Strach je pak obecně spíše rizikový faktor pro porod, protože se častěji pojí s instrumentálním zakončením porodu, delším porodem, častějším užitím epidurálu, nižší spokojeností s porodem, vyšší bolestivostí, ale také častějším distresem plodu. Z oblasti copingových strategií napomáhají spokojenosti s porodem vyhybavé strategie a pozitivní hodnocení. Pro spokojenost s porodem i pro jeho příznivý průběh napomáhá odborně vedená příprava. Také splněná očekávání se pojí se spokojeností s porodem a negativnější očekávání naopak častěji provází negativní porodní zkušenost.

Ze sociálních faktorů je pro spokojenost s porodem důležitá přítomnost podporujících zdravotníků. Konkrétně je důležité, aby jejich péče byla laskavá, aby dostatečně s rodičkou

komunikovali, informovali jí a umožňovaly jí mít kompetence v rozhodování. Příznivě pro spokojenost s porodem, ale také pro průběh porodu působí péče doly nebo kontinuální péče porodní asistentky. Pozitivněji porod hodnotí ženy, které měly svého partnera u porodu a dostalo se jim od něj adekvátní podpory. Míra sociální opory, kterou žena zažívá působí obecně příznivě pro průběh porodu i pro následnou spokojenost s porodem.

1.3 Porodní zkušenost a raná adaptace mateřství

V této části se krátce zaměřím na to, jakým způsobem vstupuje porodní zkušenost do raného mateřství. Kladu si zde tedy otázku, zda bude kladné hodnocení vlastního porodu fungovat jako protektivní faktor pro relativní psychickou pohodu v období šestinedělí.

Některé studie poukazují na souvislost typu porodu s mírou prožívaného stresu v raném rodičovství. Pokud se jednalo o vaginální porod, byla hodnocena míra prožívaného stresu v období raného mateřství jako nižší (Saisto et al., 2008). Ženy, které hodnotily svou porodní zkušenost jako pozitivní, vykazovaly také pozitivnější emoce v souvislosti s mateřstvím, a zároveň nižší míru stresu a úzkosti spojené s rodičovstvím (Misago et al., 2009). Obdobné výsledky zachytila i další studie, kde bylo zjištěno, že negativnější zkušenost s porodem byla spojena s vyšší mírou rodičovského stresu (Morgola et al., 2020).

Ženy v období těhotenství a v poporodním období jsou vystaveny vyššímu riziku vzniku deprese (De Tychey, 2004). Handelzalts (et al. 2015) uvádí, že porodní prožitek je důležitý pro poporodní náladu a vnímání negativních projevů dítěte, stejně jako pro mateřské self-esteem a pozitivní hodnocení dítěte.

Formování pozitivního prožitku z porodu má dle zmíněných studií význam pro rané období mateřství a naznačuje tak důležitost zkoumání subjektivního prožitku z porodu.

2 Empirická část

Vzhledem k významu porodu pro matku i dítě z hlediska krátkodobého i dlouhodobého účinku se budu v empirické části této práce věnovat právě porodní zkušenosti matek. Hluběji zmapuji potřeby matek-prvorodiček. Smyslem práce je zachytit v širší rovině faktory, které přispějí ke kladné porodní zkušenosti a následně usnadní vstup do mateřské role. Pokusím se zachytit důležité protektivní a rizikové faktory ze zmíněných oblastí, které vstupují do porodu a následně pak i do období šestinedělí. Vzhledem k rozsahu bio-psycho-sociálních faktorů, které do porodní zkušenosti vstupují, se více zaměřím na ty proměnné, které byly v literatuře teoretické části vyhodnoceny jako významné pro spokojenost rodičky s porodem. Výsledná zjištění pak mohou být přínosná pro zlepšení porodních zkušeností žen, a tedy i péče a přípravy rodičky na porod, kterou zajišťují porodní asistentky, lékaři, ale i doly a další osoby.

Výzkumný design bude smíšený, tedy kvantitativní i kvalitativní. Bude se jednat o typ kvantitativně-kvalitativní, neboli sekvenční, kdy bude nejdříve proveden výzkum kvantitativní, kde půjde o dotazníkové šetření, z něž budou následně vybrány respondentky, s nimiž bude realizován hloubkový polostrukturovaný rozhovor. Díky kombinaci obou přístupů bude možné hlouběji proniknout do kvantitativně zjištěných dat (Vlčková, Lojdová, 2016).

V části empirické kvantitativní se zaměřím na konkrétní proměnné, které se dle odborné literatury vztahují ke spokojenosti s porodem, a v kvalitativním výzkumu hlouběji prozkoumám několik konkrétních případů pomocí polostrukturovaných rozhovorů s cílem zachytit v kontextu významné kategorie, které utvářejí pozitivní zkušenost z porodu. Kvalitativní část bude vycházet z kvantitativního šetření, z něhož bude vybráno několik žen, které vykazují spíše vyšší spokojenost s porodem. Pro kvantitativní část bude provedeno on-line dotazníkové šetření, kde budu mapovat průběh porodu, spokojenost rodičky s porodem, psychosociální klima porodnice a strategie zvládání stresu.

2.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl práce: Zjistit, co ženy potřebují k **pozitivní porodní zkušenosti** na úrovni biologické, psychické a sociální.

- I. Zjistit, jaký je vztah mezi vybranými biologickými faktory a porodní zkušeností.
- II. Zjistit, jaký je vztah mezi psychosociálním klimatem porodnice a porodní zkušeností.
- III. Zjistit, jaký je vztah mezi strategiemi zvládání stresu prvorodiček a porodní zkušeností.
- IV. Zjistit, jaký je vztah mezi přítomností blízké osoby u porodu a porodní zkušeností.
- V. Zjistit, jaký je vztah mezi přípravou na porod a porodní zkušeností.
- VI. Zmapovat dopady pandemie na porodní zkušenost prvorodiček.
- VII. Zjistit další faktory a jejich vztahy, které utvářejí pozitivní porodní zkušenost.
- VIII. Zmapovat, jak se projevují očekávání od porodu do porodní zkušenosti.
- IX. Zjistit typické copingové strategie u porodu žen s pozitivní porodní zkušeností.
- X. Zjistit, jakým způsobem se vztahuje porodní zkušenost k adaptaci na mateřskou roli v šestinedělí.
- XI. Zmapovat, jaké faktory hrají významnou úlohu v porodní zkušenosti prvorodiček.

2.2 Společný výzkumný problém a hlavní výzkumná otázka

Ve smíšeném výzkumném designu se definuje hlavní výzkumná otázka, která je společná pro kvantitativní i kvalitativní části. V každé z těchto částí budou dále definovány sub-otázky, které mají specifickou podobu vzhledem k charakteru kvantitativního či kvalitativního výzkumu (Vlčková, Lojdová, 2016).

Společný výzkumný problém

Protektivní a rizikové bio-psycho-sociální faktory pro utváření pozitivní zkušenosti z porodu u prvorodiček, které rodily vaginálně.

Hlavní výzkumná otázka

Jaké bio-psycho-sociální faktory utvářejí pozitivní porodní zkušenost?

2.3 Výzkumný design

2.3.1 Kvantitativní design

2.3.1.1 Výzkumné sub-otázky pro kvantitativní část

- I. Jaký je vztah mezi **biologickými faktory** a porodní zkušeností?
 - A. Jaký je vztah mezi vyvoláváním porodu a zkušeností z porodu?
 - B. Jaký je vztah mezi porodními komplikacemi a zkušeností z porodu?
 - C. Jaký je vztah mezi podáním látek tlumících bolest a zkušeností z porodu?
 - D. Jaký je vztah mezi epiziotomií a zkušeností z porodu?
 - E. Jaký je vztah mezi věkem ženy a zkušeností z porodu?
- II. Jaký vztah mezi **psychosociálním klimatem** porodnice a zkušeností z porodu?
- III. Jaký je vztah mezi **strategiemi zvládání stresu** a zkušeností z porodu?
- IV. Jaký je vztah mezi **přípravou na porod** a zkušeností z porodu?
- V. Jaké psychosociální klima zažívají prvorodičky v porodnicích v období pandemie onemocnění covid-19?
- VI. Jaké jsou rizikové či protektivní faktory pro vytvoření pozitivní zkušenosti z porodu?
- VII. Jaké faktory hrají významnou úlohu v porodní zkušenosti prvorodiček?

2.3.1.2 Hypotézy

H1: Ženy, u kterých byl porod vyvoláván, dosahují nižších (horších) výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H1₀: Není rozdíl ve výsledcích *Dotazníku na porodní zkušenost* mezi ženami, které měly nebo neměly vyvolávaný porod.

H2: Ženy, u kterých se objevily porodní komplikace, dosahují nižších (horších) výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H2₀: Není rozdíl ve výsledcích *Dotazníku na porodní zkušenost* mezi ženami, které měly nebo neměly porodní komplikace.

H3: Ženy, kterým byly podány léky tišící bolest během porodu, dosahují nižších (horších) výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H3₀: Není rozdíl ve výsledcích *Dotazníku na porodní zkušenost* mezi ženami, kterým byly či nebyly podány léky na tišení bolesti během porodu.

H4: Ženy, kterým byla provedena epiziotomie, dosahují nižších (horších) výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H4₀: Není rozdíl ve výsledcích *Dotazníku na porodní zkušenost* mezi ženami, kterým byla nebo nebyla provedena epiziotomie.

H5: Mladší ženy dosahují vyšších (lepších) výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*, než ženy starší.

H5₀: Výsledky *Dotazníku na porodní zkušenost* nesouvisí s věkem.

H6: Ženy, které dosahují vyšších (lepších) výsledků v *Dotazníku psychosociálního klimatu porodnického oddělení*, dosahují vyšších (lepších) výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H6₀: Není rozdíl mezi výsledky v *Dotazníku na porodní zkušenost* u žen s vyššími nebo nižšími výsledky v *Dotazníku na psychosociální klima porodnického oddělení*.

H7: Ženy, které dosahují vyšších (lepších) výsledků v <i>Dotazníku psychosociálního klimatu oddělení šestinedělí</i> , dosahují vyšších (lepších) výsledků v <i>Dotazníku na porodní zkušenost</i> .
H7₀: Není rozdíl mezi výsledky v <i>Dotazníku na porodní zkušenost</i> u žen s vyššími nebo nižšími výsledky v dotazníku na psychosociální klima oddělení šestinedělí.
H8: Ženy, které vykazují vyšší výsledky na škále pozitivní strategie zvládání stresu (SVF-78), dosahují vyšších výsledků v <i>Dotazníku na porodní zkušenost</i> .
H8₀: Není rozdíl mezi výsledky v <i>Dotazníku na porodní zkušenost</i> u žen s vyššími nebo nižšími výsledky na škále pozitivní strategie zvládání stresu (SVF-78).
H9: Ženy, které vykazují vyšší výsledky na škále negativní strategie zvládání stresu (SVF-78), dosahují vyšších výsledků v <i>Dotazníku na porodní zkušenost</i> .
H9₀: Není rozdíl mezi výsledky v <i>Dotazníku na porodní zkušenost</i> u žen s vyššími nebo nižšími výsledky na škále negativní strategie zvládání stresu (SVF-78).
H10: Ženy, které se na porod připravovaly, dosahují vyšších (lepších) výsledků v <i>Dotazníku na porodní zkušenost</i> .
H10₀: Není rozdíl mezi výsledky v <i>Dotazníku na porodní zkušenost</i> u žen, které se na porod připravovaly, a u žen, které se nepřipravovaly.

a

2.3.1.3 Metody sběru a zpracování dat

Sběr dat probíhal pomocí elektronického Google formuláře, kde respondentky vyplňovaly soubor dotazníků. Kvantitativní zpracování dat bylo realizováno v programech Microsoft Excel a SPSS.

V úvodní části dotazníku byl popsán záměr a charakter výzkumu. Vstupní otázku představoval informovaný souhlas respondentky. Bez informovaného souhlasu nebylo možné ve vyplňování dotazníku pokračovat. Svým souhlasem respondentka stvrzovala, že

byla seznámena s podstatou a účelem výzkumu, který je součástí diplomové práce. Dále potvrzovala vědomí dobrovolnosti účasti a možnosti z výzkumu kdykoli odstoupit. Jako autorka výzkumu jsem se v informovaném souhlasu zavázala k nakládání s daty v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů a nařízením (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (obecné nařízení o ochraně osobních údajů – „GDPR“). Také jsem uvedla, že data budou poskytována dalším subjektům pouze bez identifikačních údajů v anonymní podobě.

Dotazník na základní demografické informace a porod

V úvodní části dotazníku byly ženám pokládány otázky na věk jejich i věk partnera, rodinný stav a vzdělání. Dále bylo zjišťováno, zda u žen probíhaly komplikace v průběhu těhotenství a případně zda bylo početí realizováno pomocí asistované reprodukce. V další části dotazníku se otázky vztahovaly k samotnému porodu. Bylo zjištěno, v jakém týdnu těhotenství proběhl porod, zda byl vyvoláván, jestli byly v průběhu podány léky na tlášení bolesti, v jaké poloze proběhla druhá doba porodní a zda byl proveden nástřih hráze.

Dále ženy uváděly osoby, které s nimi byly přítomny u porodu, a zda a případně jak se promítla protiepidemická opatření z důvodu pandemie onemocnění covid-19 do jejich porodu. Další otázky se týkaly přípravy na porod a rozsáhlejších poranění po porodu. V poslední otázce této části ženy popisovaly to, jak vnímají svůj porod a zda korespondoval s očekáváními. Tato otázka byla tedy otevřená a ženy tak měly možnost popsat svou zkušenost z porodu.

Dotazník na porodní zkušenost

Dotazník, který mapuje porodní zkušenost, byl převzat a upraven z výzkumu Conradové a Sticker z roku 2018. Čítá celkem 12 otázek, u nichž respondentky vyjadřují, do jaké míry daný výrok odpovídá jejich zkušenosti. Respondentky svou zkušenost hodnotí na Lickertově škále od 1 do 5, kde čím je číslo nižší, tím méně se výrok blíží zkušenosti respondentky, a naopak čím vyšší číslo zaškrtně, tím více potvrzuje, že její zkušenost výroku

odpovídá. Na základě předchozího výzkumu (Conrad, Sticker, 2018) byly pomocí faktorové analýzy vymezeny čtyři faktory, které odrážejí nejlépe porodní zkušenost. Jednalo se o pocit vlastní kapacity, pozitivní zážitek z porodu, který vycházel např. ze splněných očekávání a příjemných pocitů během porodu. Třetím faktorem byla bolest a tím posledním úzkost a obavy, které porod doprovázely. Otázky se týkají schopnosti uvolnit se během porodu, využít techniky dýchání, bolestivosti, obav během porodu a také celkové spokojenosti s porodem.

Psychosociální klima porodnice

V roce 2012 vytvořily autorky Lea Takács, Jiřina Sněhotová a Simona Horáková Hoskovcová dotazník psychosociálního klimatu porodnice (KLI-P). Jedná se o nástroj, který prošel standardizací pro českou populaci. Dotazník mapuje psychosociální klima porodnice tak, jak ho vnímá rodička. Skládá se ze dvou částí, kde v první části hodnotí rodička péči na porodnickém oddělení a ve druhé části pak na oddělení šestinedělí. Ženy neodpovídají na otázky o daných odděleních všeobecně, ale vždy hodnotí konkrétní kvalitu péče ze strany jednotlivých zdravotnických profesí, tedy porodních asistentek a lékařů. Na oddělení šestinedělí pak odděleně hodnotí zdravotníky, kteří pečovali o novorozence a o samotnou matku. Obě tyto části obsahují několik škál, které byly vytvořeny na základě předchozího výzkumu, kde byla realizována faktorová analýza. Respondentky zodpoví 71 otázek na čtyřstupňové Lickertovo škále, kde číslo 4 odpovídá výroku „rozhodně souhlasím“ a 1 znamená „rozhodně nesouhlasím“ (Takács et al., 2012).

Škály obou částí dotazníku jsou rozděleny do šesti skupin. První škálu představuje vstřícnost a empatie. Otázky týkající se této škály zjišťovaly informace o ochotě, laskavosti pracovníků a např. jejich citlivosti v přístupu k rodičce. Škála vstřícnost a empatie představuje nejdůležitější škálu, protože má největší podíl na utváření klimatu porodnice. Druhou škálu představuje kontrola rodičky a její podíl na rozhodování. Odráží to, do jaké míry mohla matka rozhodovat o průběhu porodu i o průběhu péče na oddělení šestinedělí, zda byla dostatečně informovaná o tom, co se právě děje, a měla tak pocit větší kontroly nad situací. Další škála postihuje téma nadřazenosti a nedostatku zájmu ze strany zdravotníků. Zahrnuje tedy negativní hodnocení personálu, který se vůči ženě projevuje až lhostejně.

Pátou škálu představuje podávání informací a dostupnost zdravotníků. Je zde hodnocena kvalita srozumitelnosti a dostatek informací, ale také jejich správné načasování. Poslední škálu představuje fyzické pohodlí a služby, kde respondentky hodnotí svou spokojenost s úrovní prostředí, tedy i materiální vybavenost daného oddělení. Jednotlivé otázky dotazníku lze přiřadit k vymezeným škálám dle příručky dotazníku (Takács et al., 2012).

Časová náročnost celého dotazníku je asi 15 minut. Získané hrubé skóry lze následně převést na standardní skóry, které jsou vyjádřeny v percentilech. Autorky dotazníku vytvořily sedm percentilových pásem, která usnadňují orientaci ve výsledcích. Mezi 0. a 5. percentilem se vyskytují extrémně nízké hodnoty, mezi 5. a 10. výrazně podprůměrné hodnoty, 10. až 25. představují podprůměrné hodnoty apod. Pokud se výsledky pohybují pod 25. percentilem, měla by v dané porodnici proběhnout určitá intervence zaměřená na problematickou oblast. Díky české standardizaci je možné výsledky srovnat s celorepublikovým standardem, případně se standardním výsledkem konkrétní porodnice, u které byl výzkum proveden (Takács et al., 2012).

SVF 78 – Strategie zvládání stresu

Jedná se o diagnostický nástroj určený dospělým, jehož cílem je zmapovat prožitek a zvládání zátěže. Lidé se ve způsobu nakládání se zátěží různí a dotazník *Strategie zvládání stresu* rozlišuje způsoby, které osoby volí proto, aby zmírnily její intenzitu nebo ji úplně zastavily (Janke, Erdmannová, 2003).

Způsoby zvládání stresu, které nástroj rozlišuje, se dělí do několika kategorií. Jedná se o dělení dle druhu, kdy rozlišujeme strategie akční a intrapsychické. Mezi akční strategie řadíme různé typy jednání jako např. útok, útek, nečinnost a další. Vedle toho intrapsychické strategie se týkají výhradně kognitivních procesů a patří mezi ně např. popírání nebo přehodnocení zátěžového faktoru. Dále můžeme strategie dělit dle jejich cíle a funkce. Odlišujeme pak, zda jde o postupy zvládání, kdy se jedinec orientuje na danou situaci, nebo ty, kdy věnuje svou pozornost spíše stresu, který na něj působí. Způsoby nakládání se zátěží autoři dělí také dle efektivity, kterou daná metoda disponuje. Na jedné straně může stres snižovat, ale některé strategie, jako např. rezignace, budou stres spíše zvyšovat. Hraje zde

roli také délka účinnosti daného postupu, kdy některé sice mohou přinést bezprostřední úlevu, ale z dlouhodobého hlediska jsou spíše zatěžující (Janke, Erdmannová, 2003).

Autoři vycházejí z předpokladu, že lidé si v průběhu života osvojují různé strategie, které si dále uchovávají v paměti, a to na základě jejich účinnosti při zvládnutí zátěže. Každý člověk má pak svůj specifický soubor nástrojů, které v náročných situacích využívá k jejich zvládnutí. Přesto, že se v průběhu života mohou různým způsobem modifikovat, lze o nich hovořit jako o relativně stabilních rysech osobnosti. Dalším teoretickým východiskem dotazníku je předpoklad, že strategie zvládání stresu jsou relativně nezávislé na konkrétní situaci (Janke, Erdmannová, 2003). Člověk má tedy určitý typický repertoár zvládání zátěžových situací. Pakliže budeme o porodu uvažovat jako o náročnou situaci, která s sebou nese nároky na její zvládnutí, lze se domnívat, že budou rodičky využívat svých typických postupů zvládání, které běžně využívají.

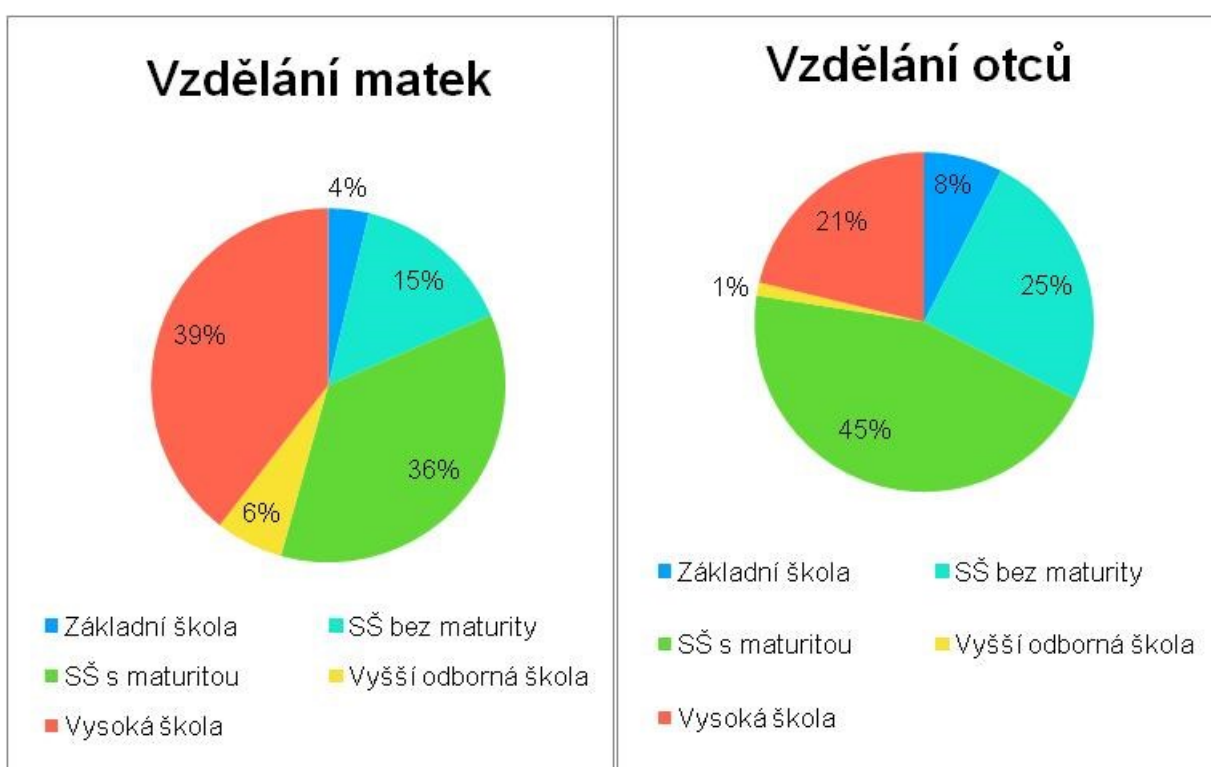
Dotazník sestává ze 78 položek, kde respondentka na pětibodové Lickertově škále posuzuje své tendence reagovat určitým způsobem v zátěžové situaci. Jednotlivé položky představují výroky možné reakce v zátěžové situaci. Respondentka má danou položku vyhodnotit dle svého posouzení vlastní reakce v situaci, kdy je někým (něčím) poškozena, vnitřně rozrušena nebo vyvedena z míry. Číslo 0 představuje nesouhlas formulovaný jako „vůbec ne“ a číslo 4 souhlas, který je vyjádřen slovy „velmi pravděpodobně“. Dotazník má třináct subtestů, které mapují konkrétní strategie zvládání. Jedná se o podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrolu situace, kontrolu reakcí, pozitivní sebeinstrukce, potřebu sociální opory, vyhýbání se, únikové tendence, perseverace, rezignaci a sebeobviňování. Z testu získáme vyhodnocení jednotlivých subtestů, ale také souhrnné pozitivní a negativní strategie dané respondentky (Janke, Erdmannová, 2003).

2.3.1.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor pro kvantitativní část tvoří ženy prvorodičky, které rodily vaginálně a v době sběru dat mají dítě staré maximálně šest měsíců. Hranice šest měsíců byla zvolena z toho důvodu, aby nebyla zkušenost z porodu časově příliš vzdálená. Ženy byly osloveny na sociálních sítích sdružujících matky dětí.

Celkový vzorek představuje 81 matek prvorodiček, které rodily vaginální cestou. Průměrný věk respondentek představuje 27 let ($SD = 4$ roky), průměrný věk otců dětí odpovídá 30 letům ($SD = 5$ let). Z hlediska pohlaví bylo z 81 dětí respondentek 38 dívek a 43 chlapců, relativní četnost představuje tedy zastoupení 43 % dívek a 53 % chlapců. Z hlediska rodinného stavu žije 40 respondentek (49 %) v sezdáném vztahu, 36 žen (44 %) v nesezdaném vztahu a 5 respondentek (6 %) uvedlo, že jsou svobodné a z toho v jednom případě byla žena rozvedená.

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek bylo ve 3 (4 %) případech základní, 12 (15 %) žen dosáhlo střední školy bez maturity a 29 (36 %) žen střední školy s maturitou. Vyšší odbornou školu dostudovalo 5 žen (6 %) a 32 respondentek (40 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Nejvíce zastoupené jsou ve vzorku vysokoškolsky vzdělané ženy a naopak nejmenší podíl tvoří ženy se základním vzděláním. Z hlediska vzdělání



Graf č. 2

Graf č. 2

respondentek je tedy patrné nerovnoměrné zastoupení jednotlivých skupin. Nejvyšší dosažené vzdělání u otce dítěte bylo u 6 (7 %) osob základní, ve 20 případech (25 %) střední

bez maturity a ve 36 případech (44 %) střední s maturitou. Jeden otec (1 %) vystudoval vyšší odbornou školu a 18 mužů (22 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Stejně jako u matek dětí je zde patrné nerovnoměrné zastoupení jednotlivých stupňů vzdělání. V tomto případě ovšem převažuje středoškolské vzdělání s maturitou, dále bez maturity a teprve třetí nejpočetnější skupinu tvoří vysokoškolské vzdělání.

Reliabilita

Reliabilita byla zjišťována u *Dotazníku na porodní zkušenost*, SVF-78 a u *Dotazníku na psychosociální klima porodnic*. Pro určení reliability byla spočítána Cronbachova alfa.

Pro dotazník SVF-78 odpovídá hodnotě 0,9; což je vyhovující. V případě *Dotazníku na psychosociální klima porodnic* byla zvlášť vypočtena hodnota pro oblast dotazníku, který se věnuje porodnickému oddělení, a zvlášť pro oddělení šestinedělí. V prvním i druhém případě odpovídala ovšem Cronbachovo alfa stejné hodnotě, a to 0,96; což je taktéž velmi uspokojivý výsledek.

U dotazníku na porodní zkušenost byla Cronbachova alfa nižší, a to konkrétně 0,6. Z toho důvodu byla provedena položková analýza, kdy po vyřazení otázky, která se týká bolesti porodu, dosahovala hodnota Cronbachovo alfy 0,7. Nižší úroveň reliability v tomto testu pravděpodobně souvisí s větší rozmanitostí oblastí, které byly o porodní zkušenosti zjišťovány.

Deskriptivní analýza dat

Početí a těhotenství

Početí většiny párů proběhlo přirozenou cestou. Pouze 2 % případů dosáhlo oplodnění pomocí asistované reprodukce. Těhotenství dále probíhalo bez komplikací u 65 % respondentek. Vedle toho 35 % žen se v průběhu těhotenství setkala s nějakou formou komplikací. Typ komplikací se lišil délkou trvání i stupněm závažnosti.

Nejčastější komplikací představuje vysoký (9 %) či nízký (2 %) krevní tlak, který se vyskytl u 11 % žen z celkového vzorku. Vysoký krevní tlak v těhotenství se běžně v populaci

vyskytuje o něco méně, konkrétně u 5–7 % těhotných žen (Roztočil, 2017). Druhou nejčastější komplikací představovala těhotenská cukrovka, která se vyskytla u 6 % žen. Ve vzorku byl vyšší výskyt těhotenské cukrovky ve srovnání s běžným výskytem v české populaci, který odpovídá 2–3 % (Roztočil, 2017). Méně časté komplikace pak představovalo riziko předčasného porodu, preeklampsie nebo zhoršená funkce placenty. Ojediněle ženy také uvedly, že je v průběhu celého těhotenství provázely nevolnosti, které v některých případech vedly k opakovaným hospitalizacím.

Porod

Začátek porodu byl spontánní v 58 % případů respondentek a u zbylých 42 % žen byl porod vyvoláván. Incidence indukce porodu je ve zkoumaném vzorku dvojnásobná oproti uvedeným teoretickým východiskům (Ryan, 2019; MůjPorod.eu, 2018). Výzkumný soubor má tedy podstatně menší podíl žen, u nichž porod začal spontánně, tedy přirozeně bez zásahů.

Celkem 61 %, tedy více než polovina žen porodila své dítě v termínu, tzn. mezi 38. a 40. týdnem těhotenství. Průměrný týden, kdy proběhl porod, odpovídá 40. týdnu těhotenství (SD = 2 týdny). Téměř jedna třetina (30 %) matek porodila své dítě v období potermínovém, tedy mezi 40. a 42. týdnem porodu. U 6 % respondentek byl porod předčasný a na druhé straně křivky u 3 % žen se jednalo o tzv. patologické přenášení, tedy porod po 42. týdnu těhotenství. Z toho je patrné, že 91 % žen rodilo v termínu nebo ve dvou týdnech po termínu. Z celého výzkumného vzorku přišlo nejdříve na svět dítě v 34. a nejpozději ve 43. týdnu těhotenství.

Komplikace v průběhu porodu se objevily u 23 % žen. Nejčastěji se jednalo o nepostupující porod, hypoxii plodu, nepříznivou polohu plodu a u několika žen byly v závěru porodu použity kleště nebo vakuumextraktor.

V druhé době porodní, tedy během vypuzovací fáze, se ženy lišily v poloze, ve které své dítě porodily. Celkem 73 % žen zaujalo polohu vleže či v polosedě na porodním křesle. Jedná se tedy o úplně nejčastější polohu. 7 % žen porodilo své dítě na boku, 4 % ve dřepu a několik žen pak porodilo ve startovací poloze, na porodní stoličce či na vaku.

Epiziotomie, tedy nástřih hráze, byl proveden u jedné třetiny dotazovaných žen, zbylých 67 % porodilo bez nástřihu. Léky na tlumení bolesti byly podány 42 % žen. Nejčastěji byla aplikována epidurální anestezie nebo rajsý plyn (Entonox). Dále byl ženám podáván paracetamol či léky ze skupiny opioidů. Některé respondentky také uvedly, že léky na tlumení bolesti dostaly, ale nemají informaci o tom, o jaké léky se jednalo. Více než polovina žen, konkrétně 54 %, porodilo bez léků na bolest a 3 ženy (4 %) odpověď neuvedly. Jedna z těchto respondentek uvedla, že o tom, zda jí byly podávány léky na bolest, informaci nemá.

Žádná nebo jen mírná poporodní poranění uvedlo 61 % žen. Ostatní ženy měly poranění rozsáhlejšího charakteru. U těchto žen se v souvislosti s poporodním poraněním častěji objevilo rozsáhlejší krvácení.

Doprovodem u porodu byl nejčastěji otec dítěte, dále pak matka rodičky, v jednom případě se jednalo o tchyni rodičky a s jednou ženou byla přítomna dula. 7 % respondentek rodilo bez doprovodu, tedy výhradě se zdravotnickým personálem. Z této skupiny uvedly dvě ženy, že doprovod nebyl možný z důvodu opatření spojených s pandemií onemocnění covid-19. Většina žen, konkrétně 86 %, měla u porodu přítomného otce dítěte.

Porodnice

Respondentky tohoto výzkumu rodily v různých porodnicích České republiky. Ve výzkumném vzorku jsou zastoupeny porodnice všech krajů, přičemž nejhojněji se jednalo o ženy, které rodily v Jihomoravském kraji, dále pak ve Středočeském kraji, v Praze a v Pardubickém kraji. Celkem ženy uvedly 44 porodnic, z nichž vícekrát zastoupená byla porodnice v Ústí nad Orlicí, dále Ústav pro péči o matku a dítě v Praze nebo například FN Plzeň Lochotín, Rakovník, Ostrava či FN Brno.

V jedné z otevřených otázek respondentky odpovídaly na to, zda a případně jak byl jejich porod ovlivněn opatřeními spojenými s pandemií onemocnění covid-19. 42 % žen uvedlo, že byl jejich porod nebo pobyt na oddělení šestinedělí určitým způsobem protiepidemickými opatřeními ovlivněn. Nejčastěji (u 59 %) se jednalo o zákaz návštěv na oddělení šestinedělí. Ženy v tomto kontextu vícekrát uvedly, že jim v tomto období chyběla

psychická opora nebo se cítily osaměle. Další opatření, se kterým se respondentky častěji setkávaly, je nošení roušek během porodu. Na některých místech bylo toto opatření upraveno a ženy si v průběhu porodu roušku sundaly. Některé ženy musely zároveň podstoupit testy na covid-19 či byla zakázána přítomnost otce nebo jiné osoby u porodu. Dále se rodičky setkaly s omezením ohledně délky doby, kdy může být partner u porodu přítomen, a několik žen uvedlo, že měly před porodem obavy, zda bude možné mít partnera u porodu. Jedna žena ze zkoumaného vzorku byla po porodu z důvodu zvýšené teploty vyhodnocena jako podezřelá na covid-19. Z tohoto důvodu byla separována od svého dítěte na 24 hodin. Během této doby byl znemožněn přístup k synovi také jeho otci.

Během koronavirové pandemie tedy některé ženy zažívají ztížené podmínky, které se dle jejich výpovědí odráží v psychickém prožívání.

Výsledky Dotazníku na porodní zkušenost

Z výsledků dotazníků bylo vytvořeno několik kumulativních skóre, které odpovídají zadaným oblastem od autorů dotazníku (Conrad, Sticker, 2018). Jedná se o škálu **vlastní kapacity, pozitivní zkušenost z porodu, vnímanou bolest a strach**. Pro účely statistické analýzy bude využita také samostatně položka, kde respondentky hodnotily svou **spokojenost s porodem**.

Dále byl vytvořen kompozitní skór pro všechny položky, které vypovídají o **celkové porodní zkušenosti**. Čím je tento skór vyšší, tím kladnější je celková porodní zkušenost ženy. Znamená to tedy, že pokud měla žena celkově vyšší kompozitní skór z dotazníku na porodní zkušenost, pociťovala během porodu vyšší vlastní kapacitu, zažívala pozitivnější prožitky spojené s porodem a bolest i strach hodnotila jako nižší. Průměrně ženy dosahovaly hodnoty 31 bodů ($SD = 9$), přičemž minimum představuje 14 bodů a maximum 54 bodů, variační rozpětí tedy odpovídá 40 bodům. U škál strachu a bolesti byla provedena reverze bodů, tedy čím je číslo vyšší, tím odpovídá nižšímu hodnocení bolesti či strachu. Podrobnější údaje o distribuci skóre na jednotlivých škálách jsou přiloženy v tabulce č. 1.

Rozložení kompozitního skóru dotazníku je znázorněno v grafu č. 3. Na první pohled data nekopírují křivku normálního rozdělení. Šikmost odpovídá hodnotě 0,4 a špičatost -0,4.

Vzhledem k tomu, že je hodnota šikmosti kladná, jedná o sešikmení pravostranné, tedy kladné. Z toho lze usuzovat, že respondentky hodnotily porodní zkušenost většinou o něco hůře, než je průměrná hodnota. Špičatost odpovídá záporné hodnotě, tzn. že rozdělení je o něco plošší oproti normálnímu rozdělení. Normalita dat byla ověřena pomocí jednovýběrového Kolmogor-Smirovova testu. Na hladině významnosti 5 % nebylo normální rozdělení prokázáno. Z toho důvodu budou pro další kroky analýzy voleny nástroje, které pracují s neparametrickými daty.

Tabulka č. 1

Statistické charakteristiky výsledků Dotazníku na porodní zkušenost					
	Kompozitní skóre	Vlastní kapacita	Pozitivní zkušenost	Bolest (inverzně)	Strach (inverzně)
Průměr	31	14	9	3	6
Minimum	14	5	3	1	2
Maximum	54	24	15	5	10
Směrodatná odchylka	9	5	3	2	3
Rozptyl	85	24	9	2	6
Rozpětí	40	19	12	4	8
Modus	25	11	8	1	6
Medián	28	13	8	2	5



Graf č. 3

Výsledky Dotazníku psychosociálního klimatu porodnice

Z dotazníku na psychosociální klima porodnice jsem získala dvě sady hodnot. První část se týká psychosociálního klimatu porodnického oddělení a druhá sada vypovídá o psychosociálním klimatu oddělení šestinedělí.

Pro kompozitní skór porodnického oddělení odpovídá průměrná hodnota 113 bodům ($SD = 20$ b.). Rozložení kompozitního skóru je znázorněno v grafu č. 4. Z grafického znázornění je patrné, že jsou data asymetricky levostranně zešikmena. Hodnota šikmosti odpovídá -1 , což poukazuje na převažující nadprůměrné hodnocení psychosociálního klimatu porodnického oddělení. Špičatost se rovná $0,1$; tudíž je v tomto ohledu křivka blízko normálnímu rozdělení. Již z grafu je ovšem patrné, že rozložení dat pravděpodobně nenaplnuje známky normality. Pro ověření normality dat byl proveden jednovýběrový test Kolmogorov-Smirnov, pomocí něhož byla na hladině významnosti 5 % zamítnuta nulová hypotéza o normalitě dat. Data tedy nedosahují normálního rozdělení, což bude zohledněno ve výběru statistických metod pro další analýzy.

Průměrně respondenty hodnotily psychosociální klima oddělení šestinedělí 122 body ($SD = 21$ b.). Bližší deskriptivní data hrubých skóre jednotlivých škál i celkových

skórů obou oddělení jsou uvedeny v tabulce č. 3. Z grafu č. 5 je stejně jako u výsledků z porodnického oddělení zjevná levostranná asymetrie. Šikmost odpovídá hodnotě $-0,8$; což je o něco blíže normálnímu rozdělení než v případě rozložení skórů z porodnického oddělení, nicméně i v tomto případě respondentky hodnotily oddělení šestinedělí spíše nadprůměrně. I zde byl proveden jednovýběrový Kolmogorův-Smirovův test pro ověření normality dat. Na 5% hladině významnosti nebylo prokázáno normální rozdělení dat, tedy byla opět zamítnuta nulová hypotéza o normálním rozdělení. I zde tedy bude tento fakt zohledněn pro výběr dalších statistických metod.

Posouzení výsledků hodnocení psychosociálního klimatu porodnic

Jedním z dílčích cílů této práce je posoudit, jaké psychosociální klima prvorodičky zažívají v současné době, která je mimo jiné ovlivněna pandemií infekčního onemocnění covid-19. Pro naplnění tohoto cíle budou průměrné hodnoty jednotlivých škál porovnány s normou, pomocí které lze hrubý skór převést na percentily. Hodnoty percentilů je následně možné dále roztrždit do sedmi pásem, které vytvořily autorky dotazníku (Takács et al., 2012).

Celkový průměrný skór porodnického oddělení se rovná 113 bodům, což odpovídá 40. percentilu, který zároveň spadá do pásma hodnot nižšího průměru. Oddělení šestinedělí bylo průměrně hodnoceno 122 body, které náleží 36. percentilu, ten opět odpovídá pásmu hodnot nižšího průměru. Porodnické oddělení i oddělení šestinedělí tedy ženy hodnotily v pásmu průměru, i když se mírně odchylovaly směrem k nižším hodnotám. Oproti celorepublikové normě zde tedy nejsou patrné výrazné odchylky v psychosociálním klimatu porodnic. Posouzeny a srovnány s normou byly také průměrné hodnoty pro jednotlivé škály obou částí dotazníku. Všechny hrubé skóry průměru odpovídaly po převedení na percentily pásmu hodnot nižšího průměru. I zde tedy není patrná zásadní odchylka od průměru, pouze lze u všech hodnot sledovat jejich posunutí do nižšího pásma. Respondentky tedy celkově i v jednotlivých škálách hodnotily psychosociální klima porodnic v pásmu nižšího průměru ve srovnání s normou. Hodnocení respondentek tohoto výzkumu se tedy blíží obecnému průměru, který odpovídá spíše vyšší spokojenosti s psychosociálním klimatem. Celkově byly tedy respondentky s psychosociálním klimatem spíše spokojené. Z důvodu absence dat

ze standardizačního vzorku nemohlo být provedeno srovnání, které by zhodnotilo statistickou významnost rozdílu.

Tabulka č. 2

Statistické charakteristiky výsledků škál z části dotazníku o porodnickém oddělení							
	VEL	VEP	NNZ	PID	KPR	FPS	Celkový skór
Průměr	23	24	26	13	8	18	113
Minimum	9	9	11	5	3	7	56
Maximum	28	28	32	16	12	20	135
Směrodatná odchylka	5	5	5	3	3	3	20
Rozptyl	29	26	27	9	7	7	405
Rozpětí	19	19	21	11	9	13	79
Modus	27	28	31	16	11	20	131
Medián	25	26	29	14	9	19	121

Tabulka č. 3

Statistické charakteristiky výsledků škál z části dotazníku o oddělení šestinedělí							
	VEN	VER	NNZ	PID	KPR	FPS	Celkový skór
Průměr	27	26	19	16	11	23	122
Minimum	9	12	6	7	5	12	68
Maximum	32	32	24	20	12	28	148
Směrodatná odchylka	6	5	4	4	2	4	21
Rozptyl	37	26	19	12	3	197	419
Rozpětí	23	20	18	13	7	16	80

Statistické charakteristiky výsledků škál z části dotazníku o oddělení šestinedělí

Modus	32	32	24	20	12	28	132
Medián	29	27	20	17	12	24	131



Graf č. 4



Graf č. 5

Výsledky dotazníku SVF-78

Z dotazníku SVF-78 jsem získala odpovědi na 78 otázek, které mapují strategie zvládání stresu. Na základě manuálu dotazníku byly jednotlivé položky přiřazeny ke třinácti subškálám. Jednotlivé subškály jsou dále rozděleny do skupin pozitivních či negativních strategií. Byly tedy vypočítány kompozitní skóry pro pozitivní a negativní strategie. Manuál dále nabízí rozdělení pozitivních strategií do tří subškál, a to strategie podhodnocení a devalvace viny, strategie odklonu a strategie kontroly (Janke, Erdmannová, 2003).

Průměrné bodové hodnocení pozitivních strategií odpovídá 14 bodům ($SD = 3$ b.) a v oblasti negativních strategií 13 bodům ($SD = 5$ b.). Podrobnější data o distribuci skóre v jednotlivých škálách jsou uvedena v tabulce č. 4. Grafy č. 6 a 7 zobrazují rozložení skóre škály pozitivních a negativních strategií.

U škály pozitivní strategie odpovídá hodnota šikmosti 0, což poukazuje na vzhled křivky normálního rozdělení. Špičatost rozdělení se rovná $-0,4$; což poukazuje na plošší křivku oproti normálnímu rozdělení. U škály negativní strategie je hodnota šikmosti 0,1; což poukazuje na rozdělení, které se od normálního odchyluje jen velmi nepatrně. Špičatost rozdělení negativních strategií odpovídá hodnotě $-0,6$; což opět naznačuje na plošší distribuci dat. Normalita dat byla testována taktéž Kolmogor-Smirovovým testem, a to u škály pozitivních i negativních strategií. Na hladině významnosti 5 % jsem nulovou hypotézu ani v jednom ze zmíněných případů nezamítla, tudíž data vykazují známky normality a lze u nich použít parametrické testy.

Pokud porovnáme průměrné hodnoty výsledků z jednotlivých škál, zaznamenáme určité odchylky oproti standardizačnímu vzorku. Vzhledem k absenci kompletních dat ze standardizace testu SVF-78 nelze zhodnotit statistická významnost rozdílů, nicméně můžeme srovnat průměrnou hodnotu výsledků vzorku s převedenými hodnotami na T-skóry. Převedené hodnoty jsou zaneseny v tabulce č. 5. Z výsledků je patrné, že respondentky tohoto vzorku více využívaly např. strategie podhodnocení, vyhýbání se a únikové tendence. Směrodatná odchylka v případě T-skóre dosahuje 10 bodů, odchylka ve zmíněných škálách dosahovala 7–8 bodů, což je méně než jedna směrodatná odchylka. Rozdíl se pohybuje stále v pásmu průměru, i když je patrná tendence k vyššímu průměru.

Tabulka č. 4

Statistické charakteristiky výsledků škál dotazníku SVF-78								
	Průměr	Min.	Max.	SD	Rozptyl	Rozpětí	Modus	Medián
Podhodnocení	12	0	24	6	32	24	15	12
Odmítání viny	12	2	24	5	21	22	9	12
Odklon	12	6	19	3	10	13	8	11
Náhradní uspokojení	13	2	24	6	35	22	11	12
Kontrola situace	17	9	24	4	15	15	17	17
Kontrola reakcí	16	6	24	4	14	18	14	16
Pozitivní sebeinstrukce	16	7	24	5	22	17	14	16
Potřeba sociální opory	16	3	24	5	27	21	16	16
Vyhýbání se	17	5	24	4	15	19	18	17
Únikové tendence	13	0	24	5	25	24	12	12
Perseverace	16	1	24	6	33	23	16	16
Rezignace	11	0	24	5	27	24	11	10
Sebeobviňování	12	0	24	6	37	24	11	12
Pozitivní strategie – celkem	14	6	23	3	10	17	14	14
POZ (1) – Strategie podhodnocení a devalvace viny	12	2	24	4	19	23	13	13
POZ (2) – Strategie odklonu	13	5	22	4	17	17	11	12
POZ (3) – Strategie kontroly	16	8	24	4	13	15	15	16
Negativní strategie – celkem	13	4	24	5	22	20	13	13

Tabulka č. 5

Statistické charakteristiky výsledků škál dotazníku SVF-78			
	Průměr	T-skór	Percentil
Podhodnocení	12	58	79 %
Odmítání viny	12	55	69 %
Odklon	12	47	38 %
Náhraní uspokojení	13	56	73 %
Kontrola situace	17	51	54 %
Kontrola reakcí	16	50	50 %
Pozitivní seneinstrukce	16	47	38 %
Potřeba sociální opory	16	52	58 %
Vyhýbání se	17	57	76 %
Únikové tendence	13	58	79 %
Perseverace	16	49	46 %
Rezignace	11	55	69 %
Sebeobviňování	12	52	58 %
Pozitivní strategie – celkem	14	55	69 %
Negativní strategie – celkem	13	56	73 %



Graf č. 6



Graf č. 7

Korelační analýza

Pro zodpovězení základních otázek, zda existuje vztah mezi porodní zkušeností a jednotlivými bio-psycho-sociálními faktory, byla provedena korelační analýza. Pro výpočet byl použit Pearsonův a Spearmanův korelační koeficient. Při práci s daty, která nevykazují známky normálního rozdělení, jsem použila Spearmanův korelační koeficient a v případě výpočtu u dat s normálním rozdělením jsem využila Pearsonův korelační koeficient. V případě, že se jednalo o výpočet korelačního koeficientu u proměnných, které zahrnují dichotomické proměnné, byl použit Pearsonův korelační koeficient, který může nahradit biserální korelační koeficient (Hendl, 2012). Vzhledem k velkému rozsahu korelačních tabulek budou v následující části uvedeny pouze korelace, které byly vyhodnoceny jako statisticky významné.

Výsledky

I. Vyvolávání porodu a porodní zkušenost

H1: Ženy, u kterých byl porod vyvoláván, dosahují nižších (horších) výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H1₀: Nemá rozdíl ve výsledcích *Dotazníku na porodní zkušenost* mezi ženami, které měly nebo neměly vyvolávaný porod.

Nulovou hypotézu nezamítám. Na hladině významnosti 5 % **nebyl prokázán** statisticky významný vztah mezi vyvoláváním porodu a výsledky v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

II. Porodní komplikace a porodní zkušenost

H2: Ženy, u kterých se objevily porodní komplikace, dosahují nižších (horších) výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H2₀: Nemá rozdíl ve výsledcích *Dotazníku na porodní zkušenost* mezi ženami, které měly nebo neměly porodní komplikace.

Nulovou hypotézu zamítám. Na hladině významnosti 1 % **byl prokázán** statisticky významný vztah mezi porodními komplikacemi a porodní zkušeností. Ženy, které během porodu zažily porodní komplikace, hodnotily svou porodní zkušenost hůře.

Korelace byly provedeny i mezi jednotlivými faktory a nejsilnější vztah lze nalézt mezi porodními komplikacemi a pozitivní zkušeností z porodu. Přičemž ty ženy, které měly porodní komplikace, hodnotily svůj porod negativněji. Na hladině významnosti 5 % byl také prokázán statisticky významný vztah mezi porodními komplikacemi a pocity vlastní kapacity u porodu. Pokud se tedy u žen v průběhu porodu objeví komplikace, zažívají nižší pocity vlastní kapacity. Na hladině významnosti 1 % byl také zaznamenán statisticky významný vztah mezi bolestí a nepostupujícím porodem. Ženy, u nichž trvá porod delší dobu a nepostupuje, hodnotí bolest jako větší.

Tabulka č. 6

Korelační tabulka – porodní komplikace a porodní zkušenost				
Proměnné	Typ korelace	Porodní komplikace obecně	Hypoxie plodu	Nepostupující porod
Kompozitní skóre porodní zkušenosti	Spearman rho	−0,3**	−0,3**	−0,3*
	p-value	0,003	0,005	0,011
Pozitivní zkušenost u porodu	Spearman rho	−0,5***	−0,4**	−0,4***
	p-value	<0,001	0,002	<0,001
Bolest (inverzně)	Spearman rho	-	-	−0,3*
	p-value			0,019
Vlastní kapacita	Spearman rho	−0,3*	-	-
	p-value	0,036		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

III. Léky tišící bolest a porodní zkušenost

H3: Ženy, kterým byly podány léky tišící bolest během porodu, dosahují nižších (horších) výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H3₀: Není rozdíl ve výsledcích *Dotazníku na porodní zkušenost* mezi ženami, kterým byly či nebyly podány léky na tišení bolesti během porodu.

Nulovou hypotézu zamítám. Na hladině významnosti 5 % **byl prokázán** statisticky významný vztah mezi užitím léků na tišení bolesti během porodu a výsledky v *Dotazníku na porodní zkušenost*. Ženy, které užily léky na tišení bolesti během porodu, také hůře hodnotily svůj porod. Na hladině významnosti 1 % byl také prokázán statisticky významný vztah mezi bolestí a léky na tišení bolesti. Ženy, které užily léky na tišení bolesti, zároveň hodnotily svůj porod jako bolestivější.

Tabulka č. 7

Korelační tabulka – porodní komplikace a porodní zkušenost		
Proměnné	Typ korelace	Léky na tišení bolesti
Kompozitní skóre porodní zkušenosti	Spearman rho	-0,3*
	p-value	0,023
Pozitivní zkušenost u porodu	Spearman rho	-0,4**
	p-value	0,001
Bolest (inverzně)	Spearman rho	-0,4**
	p-value	0,002

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

IV. Epiziotomie a porodní zkušenost

H4: Ženy, kterým byla provedena epiziotomie, dosahují nižších (horších) výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H4₀: Není rozdíl ve výsledcích *Dotazníku na porodní zkušenost* mezi ženami, kterým byla nebo nebyla provedena epiziotomie.

Nulovou hypotézu nezamítám. Na hladině významnosti 5 % **nebyl prokázán** statisticky významný vztah mezi epiziotomií a výsledky v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

V. Věk a porodní zkušenost

H5: Mladší ženy dosahují vyšších výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*, než ženy starší.

H5₀: Výsledky *Dotazníku na porodní zkušenost* nesouvisí s věkem.

Nulovou hypotézu nezamítám. Na hladině významnosti 5 % **nebyl prokázán** statisticky významný vztah mezi věkem a výsledky v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

VI. Psychosociální klima porodnického oddělení a porodní zkušenost

H6: Ženy, které dosahují vyšších výsledků v *Dotazníku psychosociálního klimatu porodnického oddělení*, dosahují vyšších výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H6₀: Není rozdíl mezi výsledky žen v *Dotazníku na porodní zkušenost* u žen s vyššími nebo nižšími výsledky v *Dotazníku na psychosociální klima porodnického oddělení*.

Nulovou hypotézu nezamítám. Na hladině významnosti 5 % **nebyl prokázán** statisticky významný vztah mezi výsledky *Dotazníku na psychosociální klima porodnického oddělení* a *Dotazníku na porodní zkušenost*.

Mezi celkovým skóre porodní zkušenosti a hodnocením porodnického oddělení **nebyl nalezen vztah**. Nicméně byla provedena analýza jednotlivých položek a škál testu, kde byla nalezena statisticky významná korelace mezi hodnocením psychosociálního klimatu porodnického oddělení a spokojeností s porodem. Na hladině významnosti 1 % existuje vztah mezi spokojeností s porodem a výsledky *Dotazníku na psychosociální klima porodnického oddělení*. Tedy ženy, které byly s průběhem porodu spokojenější, hodnotily také lépe psychosociální klima porodnického oddělení. Z jednotlivých škál dotazníku psychosociálního klimatu porodnického oddělení byl věcně nejvýznamnější vztah mezi vstřícností a empatií zdravotníků a spokojeností s porodem.

Tabulka č. 8

Korelační tabulka – Psychosociální klima porodnického oddělení a porodní zkušenost		
Proměnné	Typ korelace	Spokojenost s porodem
Psychosociální klima porodnického oddělení	Spearman rho	0,4**
	p-value	0,000
Vstřícnost a empatie na porodnickém oddělení	Spearman rho	0,5**
	p-value	0,000

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

VII. Psychosociální klima oddělení šestinedělí a porodní zkušenost

H7: Ženy, které dosahují vyšších výsledků v *Dotazníku psychosociálního klimatu oddělení šestinedělí*, dosahují vyšších výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H7₀: Není rozdíl mezi výsledky žen v *Dotazníku na porodní zkušenost* u žen s vyššími nebo nižšími výsledky v *Dotazníku na psychosociální klima oddělení šestinedělí*.

Nulovou hypotézu nezamítám. Na hladině významnosti 5 % **nebyl prokázán** statisticky významný vztah mezi výsledky *Dotazníku na psychosociální klima oddělení šestinedělí* a *Dotazníku na porodní zkušenost*. V souhrnném skóru hodnocení oddělení tedy opět nebyla nalezena souvislost s celkovou porodní zkušeností. Nicméně byl nalezen vztah mezi spokojeností s porodem a některými škálami *Dotazníku psychosociálního klimatu oddělení šestinedělí*.

Konkrétně škály vstřícnost a empatie zdravotníků pro rodičku, podávání informací a dostupnost zdravotníků a kontrola a podíl na rozhodování souvisely s položkou spokojenost s porodem. Jednotlivé hodnoty korelací jsou uvedeny v tabulce č. 9. Ženy, které byly s porodem spokojenější, zároveň lépe hodnotily zmíněné škály na oddělení šestinedělí.

Síla korelace se v tomto případě pohybovala mezi 0,2–0,3; což spadá do pásma nízké síly vztahu (Hendl, 2012). Přes statistickou významnost je tedy věcná významnost zmíněných korelací nízká.

Tabulka č. 9

Korelační tabulka – Psychosociální klima oddělení šestinedělí a porodní zkušenost		
Proměnné	Typ korelace	Spokojenost s porodem
Vstřícnost a empatie (zdravotníci pro rodičku)	Spearman rho	0,2*
	p-value	0,045
Podávání informací a dostupnost zdravotníků	Spearman rho	0,2*
	p-value	0,037
Kontrola a podíl rodičky na rozhodování	Spearman rho	0,3**
	p-value	0,006

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

VIII. Pozitivní strategie zvládání stresu (SVF-78) a porodní zkušenost

H8: Ženy, které vykazují vyšší výsledky na škále pozitivní strategie zvládání stresu (SVF-78), dosahují vyšších výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H8₀: Není rozdíl mezi výsledky v *Dotazníku na porodní zkušenost* u žen s vyššími nebo nižšími výsledky na škále pozitivní strategie zvládání stresu (SVF-78).

Nulovou hypotézu nezamítám. Na hladině významnosti 5 % **nebyl prokázán** statisticky významný vztah mezi výsledky pozitivních strategií stresu (SVF-78) a výsledky z *Dotazníku na porodní zkušenost*. Provedla jsem také korelační analýzu jednotlivých škál pozitivních strategií a ani tam nebyla nalezena žádná statisticky významná korelace s porodní zkušeností.

IX. Negativní strategie zvládání stresu (SVF-78) a porodní zkušenost

H9: Ženy, které vykazují vyšší výsledky na škále negativní strategie zvládání stresu (SVF-78), dosahují vyšších výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H9₀: Není rozdíl mezi výsledky v *Dotazníku na porodní zkušenost* u žen s vyššími nebo nižšími výsledky na škále negativní strategie zvládání stresu (SVF-78).

Nulovou hypotézu nezamítám. Na hladině významnosti 5 % **nebyl prokázán** statisticky významný vztah mezi výsledky negativních strategií stresu (SVF-78) a výsledky z *Dotazníku na porodní zkušenost*.

Opět jsem spočítala také korelace mezi jednotlivými škálami negativních strategií a *Dotazníkem na porodní zkušenost*. V tomto případě byla nalezena korelace mezi vyhýbavými strategiemi a porodní zkušeností. Ženy, které hodnotily svou porodní zkušenost kladněji, častěji využívají vyhýbavé strategie zvládání stresu. Zároveň byl nalezen vztah ve škálách *Dotazníku na porodní zkušenost* a vyhýbavou strategií. Respondentky, které využívají vyhýbavou strategii zvládání stresu, pociťovaly během porodu větší vlastní kapacitu a porod hodnotily jako méně bolestivý. Věcná významnost nalezených vztahů se ovšem pohybuje v nízké síle věcné významnosti.

Tabulka č. 10

Korelační tabulka – Negativní strategie zvládání stresu a porodní zkušenost		
Proměnné	Typ korelace	Vyhýbání se
Kompozitní skóre porodní zkušenosti	Spearman rho	0,2*
	p-value	0,042
Vlastní kapacita u porodu	Spearman rho	0,3*
	p-value	0,020
Bolest (inverzně)	Spearman rho	0,3**
	p-value	0,003

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

X. Příprava na porod a porodní zkušenost

H10: Ženy, které se na porod připravovaly, dosahují vyšších výsledků v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

H10a: Není rozdíl mezi výsledky v *Dotazníku na porodní zkušenost* u žen, které se na porod připravovaly, a u žen, které se nepřipravovaly.

Nulovou hypotézu nezamítám, protože na hladině významnosti 5 % **nebyl prokázán** statisticky významný vztah mezi přípravou na porod a vyššími výsledky v *Dotazníku na porodní zkušenost*.

Analýza dalších vztahů

V následující části popíšu zachycené vztahy, které neodpovídají na hlavní výzkumné otázky, nicméně doplňují představu o zkoumané realitě o další vztahy mezi proměnnými.

I. Bolest a zkušenost z porodu

Na hladině významnosti 1 % byl nalezen vztah mezi pozitivní zkušeností s porodem a bolestí. Ženy, které hodnotily svůj porod jako méně bolestivý, měly pozitivnější zkušenost z porodu.

Tabulka č. 11

Korelační tabulka – Bolest a porodní zkušenost		
Proměnné	Typ korelace	Bolest (inverzně)
Pozitivní zkušenost z porodu	Spearman rho	0,6 **
	p-value	0,000

** $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$*

II. Léky na tišení bolesti a porodní komplikace

Na hladině významnosti 0,1 % byl zaznamenán statisticky významný vztah mezi léky na tišení bolesti a porodními komplikacemi, zvláště pokud se jednalo o nepostupující porod.

Tabulka č. 12

Korelační tabulka – Léky na tišení bolesti a porodní komplikace		
Proměnné	Typ korelace	Léky na tišení bolesti
Obecné porodní komplikace	Spearman rho	0,4***
	p-value	<0,001
Nepostupující porod	Spearman rho	0,4***
	p-value	<0,001

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

III. Hodnocení psychosociálního klimatu porodnice a strategie zvládání stresu

Na hladině významnosti 1 % byl zjištěn statisticky významný vztah mezi hodnocením psychosociálního klimatu porodnice a negativními strategiemi zvládání stresu. Respondentky, které hodnotily hůře psychosociální klima porodnice, častěji využívají negativní strategie zvládání stresu (únikové tendence, perseveraci, rezignaci, sebeobviňování). Ženy, které více využívají negativní copingové strategie, tedy hodnotí psychosociální klima porodnice hůře. Právě negativní copingové strategie vnímanou zátěž ještě zesilují.

Tabulka č. 13

Korelační tabulka – Psychosociální klima porodnice a strategie zvládání stresu		
Proměnné	Typ korelace	Negativní strategie
Psychosociální klima porodního oddělení	Spearman rho	-0,4**
	p-value	0,000
Psychosociální klima oddělení šestinedělí	Spearman rho	-0,4**
	p-value	0,001

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2.3.1.5 Diskuse kvantitativní části

Výše byl popsán kvantitativní výzkum, ve kterém byla provedena deskriptivní analýza dat a korelační analýza. V rámci výzkumných otázek jsem se ptala na několik oblastí a zajímalo mě, zda a případně jakým způsobem se vztahují k porodní zkušenosti prvorodiček. V následujících odstavcích popíšu zjištění v diskusi s odbornou literaturou.

Biologické faktory a zkušenost z porodu

První oblast představují biologické faktory, pod které jsem v tomto výzkumu zařadila také medicínské intervence. Zde bylo mým cílem zjistit, jakým způsobem se vztahují k porodní zkušenosti. Pod tyto faktory bylo zařazené vyvolávání porodu, porodní komplikace, epiziotomie, užití léků na tlášení bolesti a věk rodičky.

Z korelační analýzy je patrné, že pouze užití léků na tlášení bolesti souvisí s kvalitou porodní zkušenosti. Ženy, které během porodu dostanou nějakou formu medikace pro tlášení bolesti, zároveň hodnotí svůj porod negativněji a jako bolestivější. Pozitivní porodní zkušenost se tedy pojí s průběhem porodu, do kterého není zasahováno medikací na tlášení bolesti. Toto zjištění je ve shodě se zjištěním Ully (et al., 2004), který dává do souvislosti nižší spokojenost žen v případě užití epidurální anestezie. To by mohlo souviset např. s tím, že ženy, kterým je podána medikace na tlášení bolesti, mívají následně porod delší (Roztočil, 2017). Také by bylo možné se domnívat, že ženy, které považují svůj porod za bolestivější, budou častěji volit léky na tlášení bolesti, a právě vnímaná intenzita bolesti je významným prediktorem spokojenosti s porodem (Takács, 2016).

Výsledky korelační analýzy také poukazují na souvislost porodních komplikací s negativnější porodní zkušeností. To odpovídá také výsledkům studie od Cataly (et al., 2020), který poukazuje na vyšší spokojenost žen s porodem v případě vaginálního porodu bez komplikací. U žen, kde se během porodu objevily komplikace, také pozorujeme častější užití léků na tlášení bolesti, a to zvláště v případě, že se jedná o nepostupující porod. Právě nepostupující porod pak ženy hodnotí jako bolestivější.

Ostatní zmíněné proměnné tedy s porodní zkušeností nekorelovaly. Výsledek, že spolu nesouvisí vyvolávání porodu a porodní zkušenost, je v rozporu s dosavadními

zjištěními (Ryan, 2009; Waldenström et al., 2004), v nichž je dááno vyvolávání porodu do souvislosti s nižší spokojeností s porodem. Zároveň je ovšem nutné dodat, že podle Ryana (2009) je vyvolávání porodu následně častěji spojováno např. s císařským řezem, přičemž tento typ porodu nebyl do práce zahrnut.

V rozporu s předchozím zjištěním je absence souvislosti mezi porodní zkušeností a epiziotomií. Nahae (et al., 2020) ve své studii poukazuje na to, že ženy, kterým byl v závěru porodu tento zákrok proveden, jsou s porodem méně spokojené. To se v této studii nepotvrdilo a je tedy otázkou pro další výzkumná šetření.

Nebyl nalezen vztah mezi věkem a porodní zkušeností ani samotnou spokojeností s porodem, což je v souladu se zjištěními Takács (2016). Další zdroj (Falk et al., 2016) uvádí, že negativněji porod hodnotily starší ženy a jiný zdroj naopak nachází souvislost mezi nižším věkem a nespokojeností s porodem. Neshody mezi výzkumnými zjištěními pravděpodobně souvisí s odlišnou metodologií a definicí konceptů spokojenost a pozitivní hodnocení porodu. Zároveň je ovšem na místě dodat, že Roztočil (2017) uvádí jako ideální věk pro porod z biologického hlediska interval okolo 22 let a poukazuje na vyšší rizika pro průběh těhotenství i porodu ve skupinách výrazně mladších či výrazně starších žen. Možná tedy není na místě hledat mezi věkem a porodní zkušeností přímou úměrnost. Pro zpřesnění by bylo vhodné další výzkumné šetření.

Psychosociální klima porodnic a zkušenost z porodu

Psychosociální klima porodnice ženy tohoto výzkumu hodnotily spíše kladně, ačkoli ve srovnání s normami bylo patrné hodnocení o něco horší než ve standardizačním vzorku (Takács et al., 2012). Při zjišťování vztahu mezi psychosociálním klimatem porodnic a zkušeností z porodu nebyl zjištěn vztah mezi celkovým hodnocením porodu a psychosociálním klimatem porodnického oddělení ani oddělení šestinedělí. Z podrobnější analýzy lze také uvést, že kvalita psychosociálního klimatu na porodnickém oddělení nesouvisela s tím, do jaké míry byla žena během porodu uvolněná, jak se jí dařilo dýchat, jak se cítila sebejistá, jak uspokojivý pro ni celý porod byl, do jaké míry porod odpovídal

očekáváním, zda měla pocit, že má porod pod kontrolou a jak velkou pociťovala bolest či strach.

Na druhou stranu byl ovšem zaznamenán vztah mezi dílčí položkou zkušenosti z porodu, kterou představuje spokojenost s porodem a psychosociálním klimatem porodnického oddělení. Ženy, které byly spokojenější s porodem, lépe hodnotily psychosociální klima porodnice. Zjištění o souvislosti spokojenosti s porodem a psychosociálním klimatem porodnického oddělení je ve shodě s výsledky výzkumu od Takács (2016). Z korelace není zřejmá kauzalita, ale je možné vznést hypotézu, že příznivé psychosociální klima vede ke spokojenosti s porodem, nebo naopak, že spokojenost s porodem vede k pozitivnějšímu hodnocení psychosociálního klimatu.

Stejně tak byla nalezena souvislost mezi spokojeností s porodem a dílčími škálami hodnocení oddělení šestinedělí. Ženy, které byly s porodem spokojenější, také kladněji hodnotily vstřícnost a empatii zdravotníků na oddělení pro rodičku, podávání informací a dostupnost zdravotníků a také podíl na podíl na rozhodování. Věcná významnost byla v tomto případě ovšem nízká.

Strategie zvládání stresu a zkušenost z porodu

Ve výzkumu nebyl nalezen vztah mezi pozitivními ani negativními strategiemi zvládání stresu a zkušeností z porodu. Nelze tedy tvrdit, že by rodičky, které mají určité typy žádoucích či nežádoucích copingových strategií, měly kladnější či zápornější zkušenost z porodu.

Nicméně byl nalezen vztah mezi vyhýbavými strategiemi zvládání stresu a porodní zkušeností. Vyhýbavá strategie souvisí s kladnější celkovou porodní zkušeností, vyšší vlastní kapacitou u porodu a menší bolestivostí. Z manuálu testu víme, že strategie vyhýbání není přidělena k pozitivním, ani negativním strategiím, protože může být využita oběma způsoby. Vyhýbavé strategie odpovídají takovému jednání, kdy se osoba snaží situaci či zátěži dopředu vyhnout. Jedinec se tedy snaží o to, aby zátěžová situace vůbec nenastala (Janke, Erdmannová, 2003). Pokud se podíváme na kontext s porodní zkušeností, bylo by možné navrhnout hypotézu např. o tom, že ženy, které využívají vyhýbavé strategie, tedy

snaží se předejít zátěžové situaci, se na porod lépe připravily, a to tak, aby co nejvíce eliminovaly jeho náročnost. Již v předchozím výzkumu Catala (et al., 2020) poukázal na souvislost spokojenosti s porodem a výskytem vyhýbavých strategií. V této práci představuje spokojenost s porodem jednu z komponent celkové porodní zkušenosti. Lze tedy konstatovat, že nalezená souvislost vyhýbavých strategií a porodní zkušenosti se opírá i o předchozí studii. Pro vysvětlení tohoto vztahu by bylo přínosné ho hlouběji prozkoumat v rámci kvalitativní analýzy, aby byl lépe zachycen jeho kontext.

Borrelli (et al., 2018) ve svém výzkumu uvedl, že právě vyhýbavé strategie užívají těhotné ženy k tomu, aby předešly přísunu negativních informací o porodu, z nichž by dále mohly pramenit obavy. Autoři dotazníku SVF-78 pracují s konceptem strategie zvládání stresu jakožto s relativně stabilním osobnostním rysem, který se může měnit (Janke, Erdmannová, 2003). V souladu s poznatky od Borrelliho (et al., 2018) je průměrně vyšší výskyt vyhýbavé strategie oproti standardizačnímu vzorku patrný i ve zkoumaném vzorku. Z toho by bylo možné usuzovat na rozvoj vyhýbavých strategií u matek prvorodiček oproti ženám obdobného věku.

Příprava na porod a zkušenost z porodu

Souvislost přípravy na porod a zkušenosti z porodu nebyla v tomto výzkumu prokázána. Oproti tomu v předchozí studii Nahae (et al., 2020) souvislost předporodní přípravy a spokojenosti s porodem zachytil. Tento nesoulad může pramenit z nesjednocené formy a obsahu přípravy, na kterou byly rodičky dotazovány. Je pravděpodobné, že kvalita přípravy mohla být velmi různorodá a její absolvování tak nemusela nutně provázet následná spokojenost s porodem.

Další analýzy

Z další analýzy dat byla potvrzena také souvislost mezi nižší bolestivostí porodu a pozitivnější zkušeností z porodu. Toto zjištění odpovídá i výsledkům studie od Takács (2016). Míra bolesti je tedy významným faktorem pro pozitivní zkušenost z porodu.

Z dalších analýz je také patrné, že ženy, které vykazují vyšší míru negativních strategií zvládání stresu, hodnotí psychosociální klima porodnic hůře.

2.3.1.6 Závěr z kvantitativní části

Z první části výzkumu lze tedy shrnout několik poznatků, které byly zaznamenány.

Z biologických faktorů se ukazuje jako významná volba léků na tišení bolesti. Ženy, které k tomuto kroku nepřistoupí hodnotí svůj porod kladněji. Nehovoříme zde ovšem o kauzalitě, nýbrž o souvislosti mezi neužitím léku na tišení bolesti a pozitivní porodní zkušeností. Lze totiž předpokládat, že v pozadí stojí další faktory, které utvářejí porodní zkušenost a možná, že ženy, které mají porod náročnější, následně volí léky na tlumení bolesti.

Z oblasti psychosociálních faktorů je pak důležitá souvislost psychosociálního klimatu porodnice a spokojenosti s porodem. Opět je otázkou, zda jsou ženy s porodem spokojenější z důvodu dobrého psychosociálního klimatu, nebo zda je samotná spokojenost s porodem prediktorem kladného hodnocení porodnického oddělení.

U matek prvorodiček tohoto výzkumu byl celkově zaznamenán vyšší výskyt vyhýbavých strategií zvládání stresu, dále pak strategie podhodnocení a únikových tendencí. Jedná se tedy o určité strategie, které možná prvorodičky více rozvíjejí v kontextu těhotenství a následně porodu. Toto zjištění by ovšem bylo vhodné prověřit v dalším výzkumu, kde by byl přítomen kontrolní soubor. Zároveň ženy, které využívaly vyhýbavé strategie hodnotily svůj porod, vlastní kapacitu během porodu a bolest kladněji. Ukazuje se tedy, že se vyhýbavá strategie jeví v kontextu porodu jako výhodná.

Souhrnně lze konstatovat, že protektivními faktory pro pozitivní zkušenost z porodu či její dílčí komponenty představuje dobré psychosociální klima porodnice, vyhýbavé strategie zvládání stresu a nízká bolestivost porodu. Naopak za rizikový faktor lze považovat užití léků na tišení bolesti.

2.3.1.7 Kvalitativní analýza výpovědí z dotazníků

Jedním z dílčích cílů této práce je popsat, jaké faktory hrají významnou úlohu v porodní zkušenosti prvorodiček. Na jedné straně byly získány informace z *Dotazníku na porodní zkušenost*, které mají kvantitativní charakter, a dále byla ženám v dotazníku položena otázka, na základě které měly popsat svou porodní zkušenost a zhodnotit, zda korespondovala s jejich očekáváním.

Ženy tedy v několika větách popsaly svou porodní zkušenost a očekávání. S těmito daty bude nakládáno kvalitativním způsobem, tedy nepůjde o jejich numerické kvantitativní zpracování, ale nahlédnu strukturu daného jevu. Pro tento účel jsem zvolila zakotvenou teorii, u níž je cílem dospět ke schématu, kde budou popsány vztahy mezi proměnnými (Švaříček et al., 2014).

Prvním krokem této analýzy bylo otevřené kódování, kde jsem abstrahovala jednotlivé proměnné. Nejprve jsem jednotlivé výpovědi rozdělila na menší části, a to dle významových souvislostí. Každé z těchto jednotek jsem následně přiřadila název, který vystihuje daný kód. Byla použita metoda papír-tužka.

Kategorie z otevřeného kódování

Z indikátorů, tedy přesných znění odpovědí, bylo abstrahováno několik kódů, které prezentují jednotlivé koncepty. Z popisovaných zkušeností prvorodiček jsem tedy vymezila následující kódy:

1. Nevyžádané intervence
2. Nedostatečná komunikace personálu
3. Porodní komplikace
4. Splněná očekávání
5. Realita horší než očekávání
6. Realita lepší než očekávání
7. Pozitivní vnímání porodu
8. Negativní vnímání porodu
9. Příliš dlouhý porod

10. Rychlý porod
11. Neúnosná bolest

Sepsané pojmy jsem následně shrnula do kategorií:

1. Problematická komunikace se zdravotníky
2. Porodní komplikace
3. Srovnání s očekáváním
4. Charakter zkušenosti z porodu
5. Délka porodu
6. Fyzické a psychické působení bolesti

Další krok představovalo axiální kódování, kde jsem využila paradigmatický model, v němž jsou jednotlivé kategorie rozděleny do několika položek. Tento krok by měl přispět k lepšímu třídění dat (Švaříček et al., 2014).

Příčinné podmínky: Délka porodu, Fyzické a psychické působení bolesti

Jev: Porodní zkušenost

Kontext: Srovnání s očekáváním

Intervenující podmínky: Porodní komplikace, Problematická komunikace se zdravotníky

Následky: Charakter zkušenosti z porodu

Jevem, který sleduji především, je porodní zkušenost. Tu lze základně rozdělit na pozitivní či negativní. Na základě paradigmatického modelu lze pak k pozitivní porodní zkušenosti přiřadit kratší porod a lépe snášená a hodnocená bolest. Zároveň i intenzivní bolest byla někdy spojována se spokojeností či smysluplností zkušenosti. To dokládají následující výroky:

„I přes silnou bolest jsem s porodem velmi spokojená.“

„Nic bolestivějšího jsem ještě nezažila, ale stálo to stokrát za to.“

„Bylo to bolestivější, než jsem očekávala, ale stálo to za to.“

Kontextem pozitivní porodní zkušenosti pak byla buď splněná očekávání, nebo lepší zkušenost než očekávání. Ženy používaly v kontextu očekávání a pozitivní porodní zkušenosti např. tyto výroky:

„Porod byl úžasný, i když intenzivní. Samotný porod byl lepší než očekávání.“

„Samotný porod byl nádherný, očekávání předčil, protože tak silný zážitek se nedá předvídat.“

„Upřímně, budu asi jedna z mála, která řekne, že to čekala horší.“

„Nezapomenutelný zážitek, ráda na něj vzpomínám, měla jsem očekávání mnohem horší, co se týče bolesti, oproti realitě.“

„Krásný, přirozený, dle očekávání.“

Vedle toho negativní porodní zkušenost byla spojená s dlouhým a bolestivě vnímaným porodem. Intervenujícími podmínkami byly v tomto případě také porodní komplikace a problematická komunikace se zdravotníky. Očekávání těchto žen byla někdy realistická, ale často lepší než následně realita. Lepší očekávání měly ženy především v kontextu bolestivosti.

Příklady výroků:

„Strašný zážitek, tlačila jsem 3,5 hodiny.“

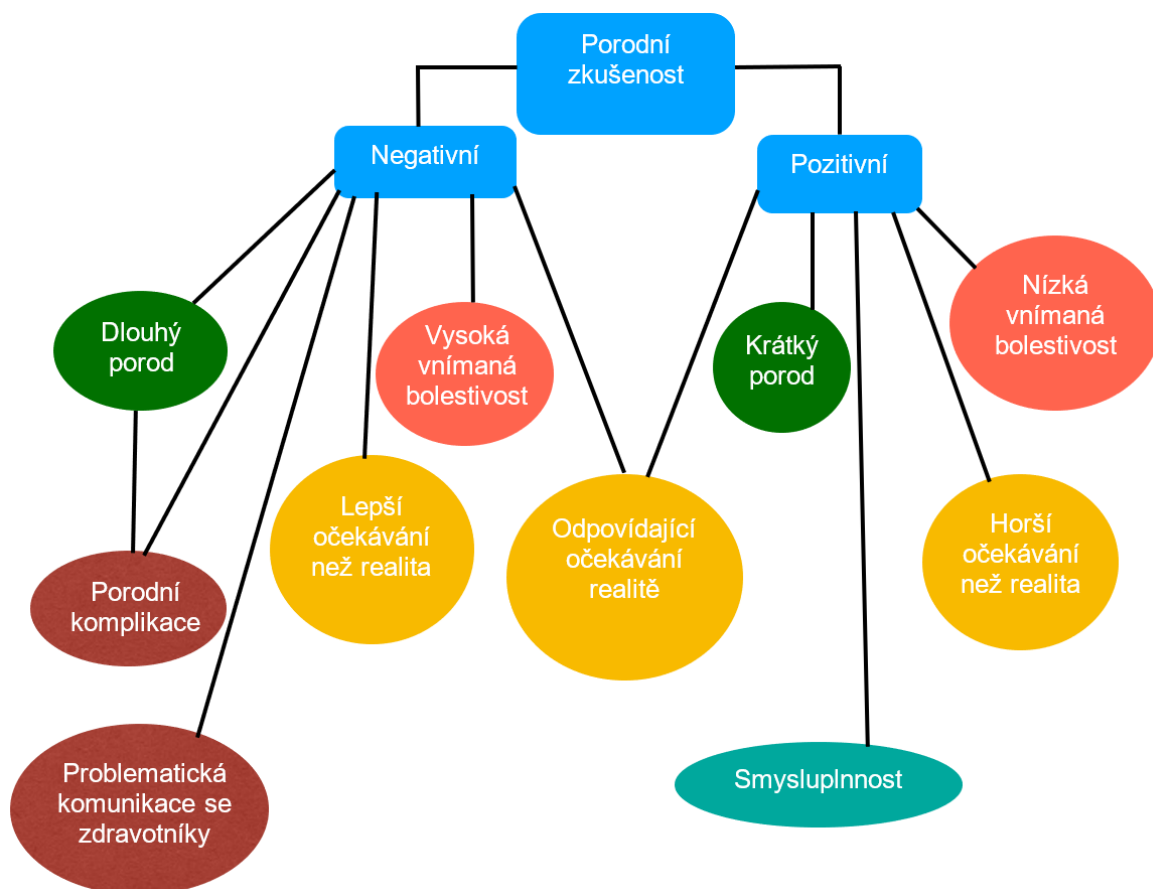
„Překvapilo mě, jak byl porod bolestivý, až v takové míře jsem to nečekala.“

„Bolelo to víc, než jsem čekala.“

„Nekorespondoval s očekáváním, bylo to velmi náročné a bolestivé, 2. doba porodní byla komplikovaná.“

„Očekávání bylo lepší, tak intenzivní a dlouhou bolest jsem nečekala.“

V dalším kroku jsem pomocí selektivního kódování vybrala centrální kategorii, kterou představuje charakter porodní zkušenosti. Dále jsem do schématu zanesla určité pravidelnosti, které bylo možné mezi kategoriemi sledovat. Charakter porodní zkušenosti je utvářen vnímanou bolestí a délkou porodu, vstupuje do něj přístup personálu a porodní komplikace a specificky se vztahuje k očekáváním rodičky od porodu.



Graf č. 8

Schéma znázorňuje určité vztahy, které se pravidelněji objevily ve výpovědích prvorodiček o porodu. Nicméně je nutno dodat, že se ve výpovědích objevily také výroky, které neodpovídají schématu.

Pro tuto část byla klíčová otázka, jaké faktory hrají významnou úlohu v porodní zkušenosti prvorodiček. Z této analýzy lze tedy vyjít s poznatkem, že důležité kategorie, které prvorodičky zmiňují při popisu své porodní zkušenosti, představují vnímaná bolestivost porodu, délka porodu, porodní komplikace, problematická komunikace se zdravotníky a výrazně pozitivní či negativní emoce spojené s porodem. U bolestivosti a délky porodu pak hlavní úlohu hraje subjektivní vnímání rodičky, které určuje jejich vnímanou náročnost, ale také to, zda vnímají celý proces jako smysluplný. Některé ženy

totiž přes vysokou vnímanou bolestivost a náročnost délky porodu referovaly o pozitivní zkušenosti z porodu vzhledem k vysoké hodnotě smysluplnosti procesu.

2.3.2 Kvalitativní design

2.3.2.1 Výzkumné sub-otázky pro kvalitativní část

- I. Jaké faktory podporují pozitivní porodní zkušenost prvorodiček?
- II. Jaké informace vstupují do utváření představy o porodu?
- III. Jak se ženy s kladnou porodní zkušeností připravují na porod?
- IV. Jak se promítají očekávání a představy o porodu do porodní zkušenosti?
- V. Co ženy potřebují během porodu od partnera?
- VI. Jaký je strach z porodu u žen s kladnou porodní zkušeností?
- VII. Jaké copingové strategie využívají ženy s pozitivní porodní zkušeností?
- VIII. Jak se projevuje zkušenost z porodu prvorodiček v adaptaci na mateřství v období šestinedělí?

2.3.2.2 Metody sběru a zpracování dat

Metodou sběru dat je pro kvalitativní část hloubkový polostrukturovaný rozhovor. Stejně jako v předchozí kvalitativní analýze této práce jsem zvolila zakotvenou teorii. Postupovala jsem tedy opět od otevřeného kódování k tvorbě kategorií a teorie s případným grafickým znázorněním schématu.

Před každým rozhovorem jsem se žen dotazovala na informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a nahráváním rozhovoru. Po jejich souhlasu jsem spustila audio nahrávání, kde ženy svůj souhlas opětovně potvrdily. Pro zachování anonymity byly změněny některé identifikační údaje.

2.3.2.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl sestaven z respondentek z kvantitativní části práce. Byly

primárně osloveny ty ženy, které dosahovaly nejvyšších skóre v dotazníku porodní zkušenosti. Jednalo se tedy o ženy s kladnou porodní zkušeností. Vzhledem k tomu, že se k pokračování ve výzkumu přihlásila jen omezená část žen, byly provedeny rozhovory s těmi ženami, které dosahovaly vyšších skóre v dotazníku na porodní zkušenost, a zároveň byly k rozhovoru ochotné. Vždy se ovšem jednalo o ženy, které dosahovaly nadprůměrných hodnot.

Charakteristika respondentek

Popisy respondentek vycházejí z vyplněných dotazníků a polostrukturovaných rozhovorů. Jednalo se o pět žen, u nichž proběhl vaginální porod v nemocničním prostředí.

Jana

Jana žije v nesezdaném vztahu s otcem dítěte. Je jí 30 let a jejímu partnerovi 36 let. Vystudovala střední školu bez maturity, konkrétně učební obor pečovatelský. Její partner vystudoval střední školu s maturitou.

Janino těhotenství proběhlo bez komplikací a stejně tak i porod. Jednalo se ovšem o vyvolávaný porod, a to ve 41. týdnu těhotenství. V průběhu porodu Janě nebyly podávány žádné látky na tlumení bolesti ani jiné léky. U porodu byl přítomen otec dítěte. Nástřih hráze nebyl proveden a rodička neměla rozsáhlejší poporodní poranění. Poslední fáze porodu proběhla v polosedu na porodnickém křesle.

Anna

Anně je 29 let a žije se svým manželem, kterému je 31 let. Vystudovala vysokou školu, obor porodní asistence. Její manžel vystudoval střední školu s maturitou. Anna je momentálně na rodičovské dovolené a vedle toho občasně pracuje ve fitness centru, kde vede lekce cvičení pro těhotné. Před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako porodní asistentka v nemocnici.

V průběhu těhotenství byla Anna dvakrát hospitalizovaná pro riziko předčasného porodu. Nakonec porod spontánně začal ve 39. týdnu těhotenství a to prasknutím vody. Manžel byl u porodu přítomen. V průběhu porodu respondentce nebyly podávány žádné léky na tišení bolesti a proběhl bez komplikací. Během porodu byl proveden nástřih hráze a rodička neměla rozsáhlejší poporodní poranění. Závěrečná fáze porodu proběhla v polosedu na vaku.

Petra

Petře je 27 let a žije v manželství s partnerem, kterému je 42 let. Vystudovala vysokou školu, obor speciální pedagogika, přičemž otěhotněla na úplném konci studia. Její manžel vystudoval střední školu s maturitou. Již během studií pracovala jako asistentka pedagoga u sluchově postiženého žáka.

Těhotenství ani porod neprovázely žádné komplikace. Porod začal spontánně nástupem kontrakcí ve 41. týdnu těhotenství. Manžel rodičky byl přítomen u porodu. Respondentce nebyly podány žádné léky tlumící bolest a byl proveden nástřih hráze. Porodní míry dítěte spadaly do pásma normy.

Karolína

Karolíně je 27 let a žije s manželem, kterému je 32 let. Oba vystudovali vysokou školu a mají společně syna, kterého počali s pomocí asistované reprodukce. Karolína pracovala před nástupem na mateřskou dovolenou jako zdravotní sestra u obvodního lékaře.

Karolínino těhotenství komplikoval vysoký krevní tlak a těhotenská cukrovka. Porod začal spontánně prasknutím vody ve 38. týdnu těhotenství a proběhl bez komplikací. Během porodu byly respondentce podány opiáty na tlumení bolesti. Nástřih hráze proveden nebyl a rodička neměla rozsáhlejší poporodní poranění. Závěrečná fáze porodu proběhla v polosedu na porodnickém křesle.

Edita

Editě je 26 let a žije s manželem, kterému je 33 let. Momentálně dokončuje studium sociální práce na vysoké škole. Její manžel vystudoval střední školu s maturitou.

Editino těhotenství probíhalo bez komplikací, nicméně na jeho konci se dítě neotočilo do správné polohy, a proto byl proveden jeho zevní obrat. Porod byl následně ve 41. týdnu těhotenství vyvoláván a proběhl bez léků tišících bolest a bez nástřihu hráze. Během porodu se neobjevily žádné komplikace. Manžel byl během porodu přítomen. Závěrečná poloha během porodu byla v polosedu na porodnickém křesle a rodička byla bez rozsáhlejších poranění.

2.3.2.4 Analýza dat a prezentace výsledků

V polostrukturovaných rozhovorech jsem se dotazovala na informace z několika tematických celků. Jednalo se o početí a těhotenství, porod, adaptaci na mateřství a copingové strategie, které ženy využily u porodu.

Všechny rozhovory jsem nejdříve přepsala z nahrávek a následně několikrát důkladně pročítla. V textu jsem vyznačila důležité významové jednotky, kterým jsem následně přiřadila kódy. Z jednotlivých kódů jsem následně vytvořila kategorie, mezi nimiž jsem hledala případné vztahy a interpretovala je.

Analýza úvodních medailonků

Z úvodních medailonků respondentek zde vyzdvihnu několik charakteristik, které by bylo možné považovat za protektivní faktory pro pozitivní porodní zkušenost. Pět žen, které zažily kladnou porodní zkušenost, rodily ve věky mezi 26-30 lety. **Příznivý věk** spadající do tohoto intervalu by mohl představovat jeden z protektivních faktorů pro pozitivní porodní zkušenost, ale také pro průběh porodu. Některé respondentky se sice setkaly s nějakou formou komplikací v průběhu těhotenství, nicméně ani u jedné z těchto žen není zaznamenána výraznější komplikace během porodu. Samotný **nekomplikovaný porod** lze považovat za příznivý faktor pro pozitivní porodní zkušenost. Další společnou

charakteristiku těchto rodiček představuje **přítomnost partnera u porodu**, což by tedy také mohlo být považováno za protektivní faktor pro kladnou porodní zkušenost.

Analýza rozhovorů

Následující nadpisy vymezují oblasti a dále podoblasti, na které jsem se respondentek dotazovala. Z oblastí byly zachyceny kódy, které jsem shrnula do kategorií a subkategorií. Kategorie jsou vyznačeny tučně v uvozovkách a subkategorie jsou psány kurzívou. Přehled kategorií a subkategorií je za každou tematickou oblast shrnut v tabulce.

I. Tematická oblast početí a těhotenství

Účelem této části bylo zachytit informace o početí a těhotenství pro lepší zachycení kontextu porodu.

Oblast: Početí

a) „Faktory rozhodování o početí“

Z výpovědí všech pěti žen je patrné, že svá těhotenství plánovaly. Do procesu rozhodování o početí vstupovalo několik faktorů. Jednalo se např. o *materiální zajištění, věk a dokončení studií*. Čtyři z pěti žen sice neudávaly jako významný faktor pro rozhodnutí *svatbu*, nicméně u všech čtyř svatba početí předcházela, a to s časovým odstupem maximálně jeden rok.

Edita popisovala jejich rozhodování následujícími slovy: *„No, my jsme chtěli miminko myslím od vždycky a vzali jsme se vlastně, když jsem dodělala bakaláře, a potom jsem... no my jsme si vlastně přáli miminko už dávno, ale trošku mě blokovala ta škola, a tak jsme trošku čekali.“*

Anna: *„My jsme se po třech letech vzali, koupili jsme domeček, opravili jsme ho, přestěhovali jsme se a protože už nám bylo 28 a manželovi 29, tak jsme se prostě rozhodli, že to mimčo už by mohlo být.“*

Oblast: Čekání na otěhotnění

b) „Stupeň kontroly procesu otěhotnění“

Ženy se různí v tom, do jaké míry chtějí mít *otěhotnění pod kontrolou* nebo procesu spíše nechat *volný průběh*. Na jedné straně tedy můžeme pozorovat snahy naplánovat otěhotnění a na druhé straně spíše nechat procesu volný průběh.

Snahu o kontrolu procesu můžeme zaznamenat například u Anny, která zavedla určité úpravy v životním stylu: „*Vysadila jsem vlastně antikoncepci. Nějakou dobu jsem si chtěla nechat na jakoby očištění, pročištění. Jedla jsem kyselinu listovou, člověk se jako snažil jíst i zdravě, sportovat. Nějaké vitaminy jsem brala, pak jsem začala cvičit podle Mojžíšové. To si myslím, že mi docela pomohlo. Měřila jsem si teplotu. Cvičila jsem doma každý druhý den. Vím, že i v práci, když jsem měla noční, tak jsem si taky zacvičila. Opravdu jsem to poctivě cvičila, chodila jsem na tu rehabilitaci, tam mi ukázali další cviky. Pila jsem vlastně i čaj na srovnání cyklu. Jako psychika, ta spíš hraje proti, jak na to člověk myslí a furt teda počítá.*”

Ponechání volného průběhu dokládá např. u Edity následující výrok: „*Nebylo to tak, jako, že bychom na to tlačili a teďka se hlídali, že teďka prostě to bude. Řekli jsme si, že to nebudeme řešit a uvidíme, a shodli jsme se na tom oba.*”

c) „Prožitek čekání na otěhotnění“

U dvou informantek (Petra, Edita) trvalo od rozhodnutí do otěhotnění méně než dva měsíce. Další dvě ženy (Anna, Jana) otěhotněly do roka od rozhodnutí počít, nicméně délku čekání považují za dlouhou. U Karolíny se otěhotnění přirozenou cestou nepodařilo, a proto partneři zvolili cestu asistované reprodukce.

Čtyři ženy (Anna, Karolína, Petra, Edita) se obávaly, zda u nich bude otěhotnění možné. *Strach z nemožnosti otěhotnět* byl u Petry a Edity bez souvislosti s délkou snažení.

Petra: „*Já jsem si teda pravda říkala, abych z toho nebyla nějak ve stresu, protože jako nejdřív jsem byla v pohodě, a pak jsem začala mít obavy, aby všechno bylo v pohodě, aby to šlo.*“

U Anny odrážely negativní pocity delší období čekání na otěhotnění a v případě Karolíny šlo především o reakci na špatné zprávy z kliniky asistované reprodukce.

Oblast: Průběh těhotenství

d) „Prožitek těhotenství“

U všech žen tohoto výzkumného vzorku se objevily v průběhu těhotenství určité komplikace, které se následně promítaly do prožívání těhotenství. Všechny respondentky tohoto vzorku ovšem i přes komplikace uvedly, že těhotenství prožívaly převážně kladně.

Jana: *„No to bylo úplně úžasný. I celý to těhotenství proplouvalo tak úžasně. Sice v pětadvacátém týdnu hrozil předčasný porod, ale přesto, žádný změny nálad, nic... opravdu jsem byla maximálně spokojená.“*

Anna: *„No bylo to super, protože člověk se na to hrozně těšil, takže jsem si to pak jako užívala. Byly teda nějaký ty nevolnosti, pak nějaký to špinění, tak jsem byla nějakou dobu doma, vzala jsem si dovolenou. Bylo to super.“*

Edita: *„A tak nějak jsem si připadala docela spokojeně v tom těhotenství. Já myslím, že jsem ho prožívala hrozně hezky. Jako až na ten konec teda, ten pro mě byl hodně náročnej. Celkově jsem se ale jinak hrozně těšila.“*

Ze zmíněných výpovědí byla tedy zachycená kategorie „prožitku těhotenství“, kterou jsem blíže specifikovala jako *pozitivní* prožitek těhotenství, *i přes přítomné komplikace*. Touto charakteristikou se vyznačovaly všechny respondentky. Ve vzorku žen s pozitivní porodní zkušeností tedy vidíme pozitivní prožitek období těhotenství, i přes to, že se v průběhu objevily komplikace, které u čtyř žen z pěti vedly k hospitalizaci.

Tabulka č. 14

Tematická oblast početí a těhotenství		
Oblast	Kategorie	Subkategorie
<i>Početí</i>	Faktory rozhodování o početí	Věk, materiální zabezpečení, dokončení studií, svatba
<i>Čekání na otěhotnění</i>	Stupeň kontroly procesu otěhotnění	Kontrola vs. ponechání volného průběhu
	Prožitek čekání	Strach z nemožnosti otěhotnět vs. důvěra
<i>Průběh těhotenství</i>	Prožitek těhotenství	Pozitivní prožitek těhotenství, i přes komplikace

Shrnutí tematické oblasti početí a těhotenství

Otěhotnění žen předcházelo rozhodování, v rámci kterého uvažovaly o několika faktorech. Některé se po rozhodnutí snažily mít otěhotnění více pod kontrolou (např. sledováním ovulace), zatímco jiné ženy dávaly otěhotnění spíše volný průběh. Ženy tohoto výzkumného vzorku všechny svá těhotenství plánovaly, což by mohlo následně souviset s tím, že jej prožívaly kladně, a to i přes komplikace, které se objevily. Možná už samotné kladné prožívání těhotenství může představovat prediktor pozitivní porodní zkušenosti.

II. Tematická oblast porodu

Informantky, s nimiž byly provedeny rozhovory, hodnotily svou porodní zkušenost v dotazníku nadprůměrně. Jednalo se tedy o ženy, které porodní zkušenost hodnotily spíše pozitivně.

Oblast: Asociace s porodem

a) „Prožitek z porodu“

Úvodní otázka k tématu porodu byla následující: „Když se řekne porod, co vás napadne jako první?“

Dvě ženy (Jana, Petra) uvedly velmi pozitivní asociace. Další dvě ženy (Anna, Karolína) asociovaly spíše negativní aspekty jako bolest, dlouhé trvání a strach z komplikací. Konkrétně Anna dodala, že její asociace se hodně pojí s obecnou představou porodu, kterou ženy sdílejí.

Výrazně kladný zážitek můžeme zachytit ve výpovědi od Jany: „*Úžasný zážitek, ten pocit..., klidně bych rodila každý měsíc jen proto, abych si to zapamatovala, jak úžasný to bylo, abych na to nezapomněla no. Opravdu to bylo super.*”

b) „Výsledek porodu“

Edita ještě spolu s Karolínou uvedly jako asociaci miminko.

Je zde tedy možné pozorovat tři základní zaměření asociací s porodem: *kladný zážitek, negativní prožitek bolesti a strachu a výsledek a smysl celého procesu* – miminko.

Oblast: Očekávání od porodu

V další části rozhovoru jsem se věnovala tématu očekávání od porodu. Dvě výzkumné otázky jsou zacíleny na očekávání od porodu. V jedné se ptám na to, jak vstupují očekávání do porodní zkušenosti, a v té druhé se zabývám zdroji informací, které očekávání utvářely. Celkově je v této tématické oblasti cílem očekávání vymezit, a následně zachytit, odkud pocházejí a jakou sehrávají úlohu během porodu.

Zjišťovala jsem, jaká očekávání mají zkoumané ženy, které sdílí společný znak z kvantitativní části, kterým je kladná zkušenost z porodu. Lze tedy předpokládat, že jejich očekávání budou pro porodní zkušenost spíše výhodná.

c) „Konkrétní představy aktivit“

Očekávání od porodu sytily kódy, které jsem dále rozčlenila do několika kategorií. Jednalo se o konkrétní představy aktivit, kde dvě ženy (Anna, Karolína) uvedly svá očekávání především pro první dobu porodní a situaci odjezdu do porodnice.

Anna: „*No já vím, že jsem už vlastně na vysoké škole jedné spolužačce říkala, že až začne porod, tak budu ve vaně, ještě jsem jí říkala, že se jako sama vyšetřím a pak na těch osmi centimetrech pojedou do té porodnice.*“

Karolína: „*Já jsem si hlavně myslela, že do té porodnice půjdu z domu a my jsme měli úplně naplánované, že si uděláme selfiečko, než vyjdeme z domu, že to prostě bude takové o nás, ale tím, že byl ten covid a tak, tak manžel vlastně mohl přijít až 4 hodiny před tím, než se malý narodil.*“

Jejich plán byl tedy obsahoval konkrétní postup, jak měl začátek porodu probíhat, z hlediska jejich aktivity. Nejednalo se tedy o očekávání vzhledem k tomu, jak bude porod probíhat po fyziologické stránce.

d) „Očekávaný charakter prožitku“

U dalších dvou žen se obsah očekávání dotýkal spíše „charakteru prožitku“, tedy např. toho, zda bude mít *pozitivní* nebo *negativní* náboj. U Edity bylo očekávání od porodu kladné, s tím, že se v sobě snažila tuto představu podpořit.

Edita: „*Měla jsem dopředu pocit, že porod může být hezkej. S tím jsem tam i šla a snažila jsem se to hrozně, jako vnitřně si to tak nastavit.*“

Petra: „*Tak já jsem čekala, že už jako ten příjezd bude takovej dramatickej, že mě to bude bolet a možná si tam i tak jako zanedávám. Vlastně jsem to čekala tak, že to bude, jako to měla moje mamka no. Prostě, že to bude náročný a dlouhý.*“

U charakteru prožitku šlo spíše o obecnější představu povahy prožitku, který byl ovšem také konkretizován např. v projevu Petry, která očekávala, že dramatický příjezd bude možná doprovázen nadávkami.

e) „Očekávaný průběh porodu“

Zároveň u Petry vidíme očekávání z hlediska průběhu porodu, konkrétně o jeho délce a bolestivosti.

Oblast: Očekávání a reálná zkušenost z porodu

Pro srovnání očekávání a následné zkušenosti z porodu jsem využila kategorie, skrze které jsem definovala očekávání v předchozí části. Očekávání jsem rozdělila do dvou kategorií, a to „splněná“ či „nesplněná“.

f) „Nesplněná očekávání“

U dvou žen, které měly konkrétní představy o aktivitách během porodu, se jejich zkušenost s představou úplně rozcházela a jejich očekávání naplněno nebylo.

Anna: „Samozřejmě to bylo úplně jinak no, protože mi otekla plodová voda, neměla jsem bolesti a do té porodnice jsem proto musela jet hned. Sprchu jsem teda nestihla, ani vanu, protože jsme přijeli do té porodnice v jedenáct hodin a před půl jednou byl na světě.“

Očekávaný charakter zážitku z porodu se v několika případech neshodoval se zažitou zkušeností. Například Petra očekávala, že bude porod bolestivější, dramatičtější a delší. Její zkušenost byla tedy lepší než očekávání. Naopak Karolínino očekávání průběhu porodu bylo lepší než zažitá zkušenost, protože očekávala menší bolestivost a kratší délku porodu.

Tři ženy z tohoto vzorku (Anna, Petra, Karolína) prožily zkušenost, která očekáváním neodpovídala. Pro tři ženy tohoto výzkumného vzorku se tedy nejví splněné očekávání jako významný prediktor kladné zkušenosti z porodu.

g) „Splněná očekávání“

U dvou žen (Edity, Jany) bylo očekávání, které se týkalo hezkého porodu, splněno.

Očekávání tedy může být horší nebo lepší, splněné i nesplněné, ale přesto může být porodní zkušenost kladná. Nebyla zde tedy zachycena pravidelnost, která byla zaznamenána v kvalitativní analýze výpovědí z dotazníku a je obsažena v grafu č. 8.

Oblast: Zdroje informací utvářející očekávání

Zdroje informací o porodu jsem rozdělila do několika kategorií, a to na základě způsobu předání informace a zdroje.

h) „Verbálně sdělené zkušenosti blízkých osob“

V rámci verbálně sdělených zkušeností blízkých osob šlo především o *kamarádky* žen nebo o *členy rodiny*. Dalším zdrojem informací byly matky respondentek. Určité informace o průběhu porodu jejich matek mělo všech pět žen. Informace se týkaly vzniklých komplikací, emocí, které během porodu zažívaly, délky porodu, bolesti, ale také praktických informací, které se vztahují k odjezdu do porodnice. Je patrné, že informace od vlastní matky měly pro některé ženy důležitý význam pro utváření očekávání.

Například ve výpovědi od Petry můžeme zaznamenat shodné prvky z vyprávění její matky o porodu a jejích očekáváních: „*No já právě vím, že to trvalo hrozně dlouho, co mi říkala mamka, že to trvalo asi 38 hodin, že jsem prostě nechtěla na svět. To je asi jediný, co vím. Jo a taky vím, že nadávala tátovi, co jí to jako udělal. Tak jsem čekala, že už jako ten příjezd bude takovej dramatickej, že mě to bude bolet a možná si tam i tak jako zanedávám. Vlastně jsem to čekala tak, že to bude jako to měla moje mamka no. Prostě, že to bude náročný a dlouhý.*“

Karolína tedy na základě vyprávění své matky očekávala, že bude u ní porod probíhat podobným způsobem.

Když jsem se žen dotazovala, jaká slova by použila jejich matka pro to, jaký byl porod, neobjevila se žádná odpověď, která by poukazovala na kladnou porodní zkušenost. Jednalo se spíše o slova, která měla negativní či neutrální konotace jako: bolest, „mazec“, nutnost.

i) „Tištěné a internetové materiály“

Další kategorii představují tištěné a internetové materiály, kde se věnují tematice porodu. Ženy získávaly informace z knih, internetových článků nebo videí.

j) „Příprava vedená odborníkem“

Pod třetí kategorii zdrojů informací o porodu jsem zařadila přípravu vedenou odborníkem, kam můžeme zařadit např. předporodní kurz. Jedna z žen tohoto výzkumu vystudovala porodní asistenci, tudíž pro ni bylo samotné studium zdrojem informací.

k) „Pozorování“

U jedné ženy bylo očekávání ovlivněno zkušeností, kdy v porodnici zahlédla ženu, přijíždějící k porodu. Pro tuto zkušenost jsem vytvořila samostatnou kategorii pozorování.

Petra: *„Asi jsem měla i nějakou představu, i jak jsem byla na tom kurzu, tak jsem tam v nemocnici viděla nějaký maminky, co tam jely rodit, a ty byly už takový dost jako zničený.“*

Zdroje informací by bylo možné také rozdělit na odborné a neoborné, nicméně nemám dostatek informací pro toto rozdělení.

Oblast: Příprava na porod

Další tematické oblasti, které jsem se věnovala, byla příprava na porod. Ta se do určité míry překrývá se zdroji informací, která utvářejí očekávání. V jedné z výzkumných otázek se ptám, jakým způsobem se ženy s kladnou porodní zkušeností připravují na porod.

l) „Oblasti přípravy“

Základní kategorii zde představují „oblasti přípravy“, které jsem dále rozdělila na části psychickou a fyzickou. Úroveň *psychické přípravy* zahrnovala příjem informací, které se kryjí se zdroji informací o porodu z předchozí části. Dále ženy hovořily (Edita, Jana,

Anna) o snaze se určitým způsobem „naladit“ na porod. K „naladění“ využívaly například informace z jiných zdrojů nebo vlastní pozitivní afírmace, skrze, které se snažily posílit přítomnost pozitivních myšlenek.

Edita: *„Nějakou knížku jsem četla a asi jsem se snažila na to nějak vnitřně naladit. Jako, že jsem si pak prostě říkala, že se těším na to miminko a to předtím vlastně není tak důležitý. Důležitý je to, co z toho bude.“*

Edita tedy využila pozitivní sebeinstrukce směřované ke smyslu události a snížení významu samotného porodu.

Anna: *„No, věřila jsem tomu, že to zvládnou, že to nebude tak hrozný.“*

Petra se v psychické oblasti připravovala na bolest tím, že ji definovala jako smysluplnou a komunikovala o porodu s miminkem: *„No a ještě mamka mi řekla a v jednom článku jsem si přečetla, že mám jako přijmout tu bolest, protože s každou tou bolestí jsem blíže k tomu miminku. Je pravda, že jsem na to občas připravovala i to mimčo, to mi teda poradila mamka, že se o tom bavila s někým v práci, že prostě jsem tomu mimču to takhle říkala, že nás čeká tahle velká věc a že mě to možná bude bolet, ale že se nesmí bát, že to zvládneme.“*

U Petry tedy můžeme vidět důležitý postoj, kdy je bolest vnímána pozitivně a není spojena s obavami.

Druhou oblast pak představuje *fyzická příprava*, která zahrnovala různé formy těhotenského cvičení (Edita, Karolína, Anna) a procházky, ale také masáž hráze či pití maliníku.

Ženy tohoto vzorku se tedy všechny na porod určitým způsobem připravovaly. Kromě Jany se ostatní ženy připravovaly v oblasti psychické i fyzické. Jana se věnovala pouze psychické oblasti přípravy. Pro pozitivní zkušenost s porodem se tedy jeví příprava psychická i fyzická jako výhodný faktor.

Oblast: Partner u porodu

V jedné z výzkumných otázek se ptám, co ženy potřebují od svých partnerů u porodu. U všech pěti informantek tohoto výzkumu byl partner u porodu přítomen, tudíž je možné hledat na tuto otázku odpověď.

m) „Kladný vztah s partnerem“

Pro lepší pochopení kontextu přítomnosti partnera u porodu jsem se žen dotazovala také na jejich vztah s partnerem. Všechny ženy popsaly svůj vztah s partnerem jako kladný. Dvě ženy (Edita, Karolína) pro popis použily slovo „harmonický“, Jana uvedla, že jejich vztah je „báječný“. Dále ženy vyzdvihovaly různé aspekty vztahu, jako např., že se o sebe mohou opřít (Petra), že spolu umějí dobře trávit volný čas (Anna), nebo to, že spolu dobře komunikují (Edita). Informace o vztahu s partnerem jsem tedy shrnula do kategorie „kladný vztah s partnerem“.

Čtyři z těchto žen žijí v sezdáném vztahu. V jejich odpovědích na otázku, jaký byl důvod sňatku, se objevuje motivace početí dítěte v manželství.

Anna to vyjádřila explicitně: *„No, to bylo takový společný přesvědčení nebo názor, že nejdřív teda svatba a potom děti.“*

n) „Proměny ve vztahu po narození dítěte“

Ženy uvedly také změny, které ve vztahu nastaly po narození dítěte. Čtyři z pěti žen (Jana, Edita, Karolína, Petra) změny popsaly jako spíše pozitivní. V jejich výpovědích lze zachytit slova o větším sblížení s partnerem.

Edita: *„Hrozně nás to sblížilo, najednou jsme měli další téma, takový jako veliký a bylo to prostě něco společného.“*

Petra: *„No vlastně po tom narození miminka je to fakt první věc, kterou opravdu sdílíme spolu a je nová pro nás pro oba. Manžel nemá děti, ale ženatej už jednou byl. Svatbu už si jednou prožil. Pro mě byla svatba první a to dítě nás konečně spojuje, že to zažíváme oba.“*

Dále můžeme zachytit změny, které se týkají společného trávení času. Na jedné straně šlo o změny ve společném trávení času, ale také menší množství času na partnera.

o) „Komunikace o porodu s partnerem“

Výše jsem tedy popsala, skrze které kategorie a subkategorie ženy hovořily o svých vztazích a jejich proměnách po narození dítěte. V další fázi jsem v rozhovorech identifikovala kódy, které se týkaly komunikace o porodu s partnerem. Ženy se svými partnery hovořily o různých aspektech porodu, které jsem shrnula pod několik subkategorií. Jednalo se o *rozhodování o přítomnosti partnera u porodu, nepředvídatelné chování muže a ženy během porodu, strach z porodu u partnera a očekávání od partnera během porodu*.

V subkategorii *nepředvídatelné reakce muže a ženy během porodu* partneři komunikovali o nejistotě, která se pojí s novou situací, u níž nejsou schopni dopředu odhadnout své chování.

Komunikaci o nepředvídatelných reakcích během porodu ze strany muže či ženy můžeme zachytit u Edity a dále u Petry:

Edita: „*Hrozně jsme i řešili to, že on sám neví, jak na to bude reagovat, že z toho má i trošku strach, že mu třeba krev nedělá úplně dobře, tak aby tam úplně neomdlel nebo tak.*”

Petra: „*My jsme se bavili hlavně o tom, jakože jsem ho připravovala na to, že na něj budu třeba sprostá nebo třeba tam vyvedu hysterickou scénu, nebo prostě to... Prostě jsem mu jako házela ty tipy, aby byl připravenej vlastně na všechno, aby to nebral špatně, ale že prostě nevím, co to se mnou udělá.*”

Další subkategorii představuje strach z porodu u partnera, který se objevil u čtyř případů (Anny, Edity, Jany, Petry). Tři partneři komunikovali o strachu, který je spojený s obavami z příliš naturalistické situace, přičemž konkrétní obsah se týkal např. obav z pohledu na krev.

U Anny můžeme zaznamenat řešení obavy u manžela, a zároveň konkrétní očekávání, která od něj měla: „*Nemá teda rád krev, to mu nedělá moc dobře, takže jsem mu říkala, že*

bude sedět na tom vaku za mnou a v podstatě nic neuvidí, a ještě bude sedět, takže ani nebude omdlívat.”

p) „Žádoucí chování partnera během porodu“

Kategorie žádoucí chování partnera během porodu byla rozdělena na dvě subkategorie. Informantky uvedly, že zásadní žádoucí chování od partnera u porodu pro ně byla prostá *pasivní přítomnost*. Iniciativu jako např. rozptylování při porodu hodnotily jako nepřínosnou. Ženy se potřebovaly více zaměřit na své vnitřní prožívání a rozptylování působilo rušivě.

Jana: *„Ne, ten chlap tam podle mě fakt moc nemá co dělat, nějak jako víc pomoci. Tam prostě stačí jen to, že tam je. Člověk pak prostě jen ví, že ho má chytnout za ruku a hotovo prostě. Hlavně moc nekecat.“*

Edita: *„No asi hlavně to, aby tam byl, to pro mě bylo nejdůležitější. Já jsem nepotřebovala, aby mi tam jako něco vyprávěl nebo aby mě nějak utěšoval, ale hlavně aby tam prostě byl. Myslím, že mi tam pak i něco říkal, když jsem měla kontrakce a už to bylo spíš ke konci, tak vím, že jsem už vůbec neměla sílu ho poslouchat.“*

Petra: *„A já jsem samozřejmě byla strašně ráda, že se mnou u toho porodu byl, ale snažil se mě třeba rozptylovat a já jsem v tu chvíli nebyla schopná ho vnímat. Hodně jsem se v tu chvíli soustředila jakoby na sebe. Byla jsem spíš uzavřená do sebe.“*

Dále ženy od svých partnerů během porodu očekávaly *praktickou pomoc* u porodu, jako např. podání vody, pomoc při chůzi apod.

Karolína popisovala žádoucí praktickou pomoc následujícím způsobem: *„No já jsem chtěla, aby mi byl tak jako k ruce, když budu potřebovat napít nebo cokoli, tak jako aby tam byl. A on tam fakt byl. Prostě jsem cokoli řekla a on to prostě splnil a nic kolem toho neobkecával.“*

Oblast: Strach u porodu

Na základě studia odborné literatury se jeví emoce strachu jako výrazně nepříznivá pro průběh porodu. V rozhovorech jsem proto věnovala prostor otázce o strachu, který souvisí s porodem.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o ženy s kladnou porodní zkušeností, bylo by možné se domnívat, že se u nich strach projeví v nižší míře nebo vůbec. U sledovaných žen jsem identifikovala tři kategorie, které se pojí s tématem strachu.

q) „Přítomnost nebo absence strachu u porodu“

Jednalo se o samotnou přítomnost či absenci strachu u porodu. Tři informantky (Anna, Petra, Karolína) uvedly, že nějaký strach měly před porodem, v průběhu druhé doby porodní (vypuzovací fáze) nebo po narození. Některé ženy (Jana, Edita) přítomnost strachu kolem porodu úplně negovaly.

Edita: *„No mě přijde, že jsem si od začátku nedala šanci se bát. Prostě jsem si řekla, že se nebudu bát a snažila jsem se si to nepřipouštět. Takže si nevybavuju jako chvíli, kdy bych se bála přímo toho porodu. A během toho porodu na to myslím nebyl čas. To mě asi jako vůbec nenapadlo, že bych se jako měla bát.“*

r) „Strach o zdraví“

Jako další kategorii jsem identifikovala strach o zdraví. Dvě ženy (Anna, Karolína) měly před porodem i v průběhu porodu obavy z možných *komplikací*. Dvě ženy (Petra, Karolína) se bály o *zdraví dítěte* bezprostředně po narození, kdy neslyšely jeho pláč. Jedna žena (Petra) uvedla přítomnost strachu z *fyzického poranění* v druhé době porodní. Žádná z těchto žen ovšem neuvedla obavy, které by souvisely s vlastním pocitem kompetence během porodu, jako např. obavy z toho, jak budou zvládat bolest. Bylo by zajímavé se proto v dalším výzkumném šetření ptát na otázku, jakou úlohu hraje v průběhu porodu předmět strachu.

s) „Faktory redukující strach“

Třetí identifikovanou kategorií z tématu strachu u porodu představují faktory redukující strach. Jednalo se o *přítomnost partnera, vstřícnost personálu, pozitivní sebeinstrukce, klidnou atmosféru*. Tyto faktory tedy napomáhaly ženám lépe zvládnout své obavy.

Oblast: Bio-psycho-sociálních faktory podporující pozitivní porodní zkušenost

Ve výpovědích žen s kladnou porodní zkušeností jsem identifikovala také obecné faktory podporující pozitivní porodní zkušenost.

Tyto ženy byly se svým porodem podle dotazníků i z rozhovoru spokojené a při otázce: „Co byste označila za ideální porod?“ svou zkušenost tři z nich za ideální porod označily (Edita, Petra, Jana). Jedná se tedy skutečně o skupinu žen, které považují svou porodní zkušenost za pozitivní.

Petřin popis porodu (zkráceno):

„Cejtla jsem se to ráno prostě ne úplně komfortně, ale nepříkládala jsem tomu velké význam. Šli jsme na procházku, to mi teda taky už pořádně nešlo, ale pořád jako v klidu. Dali jsme si hamburger v restauraci, pak jsme jeli nakoupit, to jsem jako taky cejtla takový to, no a pak v tom autě jsem cejtla chvílema takový jako nepříjemný pocity, že jsem si musela vždycky trochu stoupnout, že jsem to musela jako ustát, ale byly to takový jako výstřely jenom krátký. Pak jsme přijeli domů, to už bylo k večeru.

Já jsem seděla a vždycky to najednou přišlo, takže já jsem si musela stoupnout. Říkala jsem si, že je to nějaký divný. Tak jsem tady v tom hodinu asi byla a říkala jsem to Lukášovi, že já prostě nevím jestli to nejsou poslíčky, protože předtím jsem to tak nikdy necítla. No a pak jsem věděla, že zkusím jako tu sprchu, takže jsem šla do sprchy, tam jsem čekala, jestli se to třeba nezlepší, kdyby to byly ty poslíčky. Začla jsem si to počítat a zjistila jsem, že ty bolesti přicházejí v rozpětí 3-5 minut, tak jsem si říkala, že to je divný teda. No ale pořád jsem nevěřila, že to je fakt ono, protože jsem čekala, že to bude ještě horší.

No ale asi po další půl hodině jsem si říkala, že bych radši jela, ať zjistíme, jestli jo nebo ne, že v nejhorším mě vrátí. Nakonec jsem se rozhodla, že jo. Říkala jsem, no tak ti nás určitě pošlou domů.

No a pak přišel doktor, vyšetřil mě a řekl, že jsem na 6 cm otevřená. Takže jsem šla hned na sál. To jsem teda vůbec nečekala. Tak to bylo vlastně všechno najednou dost rychlý. Já jsem šla potom do sprchy. No snažila jsem se co nejdýl chodit, abych byla v nějaký jako pohodě, aby mi to bylo trochu příjemnější. No a pak už to přišlo. Pak už mě ta porodní asistentka položila, píchla mi vodu, což nebylo moc příjemný, jak to z člověka všechno vyteče, a pak už to přišlo, že už mě položila i na bok, což teda nebylo moc příjemný, ale to já jsem věděla, že bude bolestivější. No a docela dlouho jsem ležela na tom boku, a pak už řekla, že je čas, takže mě přetočila a začala ta druhá porodní fáze, kde jsem jako tlačila. To už samozřejmě trvalo, tak já jsem tam byla asi 4 hodiny na tom sále. A tak to proběhlo.“

Oblast: biologické faktory

t) „Absence patologie“

Za zásadní faktory, které přispěly k tomu, že zkušenost byla kladná, uvedly ženy to, že porodily *zdravé dítě* a *porod proběhl fyziologicky bez komplikací*. Tyto faktory jsem shrnula pod kategorii „absence patologie“. Ve výpovědích čtyř žen (Karolína, Anna, Edita, Petra) jsem identifikovala tuto kategorii.

Karolína: *„Asi, že ten porod prostě dopadl dobře. Prostě na konci bylo to zdravé miminko.“*

u) „Rychlý porod“

Za další důležitý faktor pro porodní zkušenost uvedly ženy „rychlý porod“.

Anna: *„Takže taky aby to bylo rychlý, protože když se to protahuje a jde to pomalu, tak je to náročný. Takže aby to bylo trochu rychlý to chce.“*

v) „Nízká bolestivost porodu“

Na pomezí biologických a psychických faktorů jsem identifikovala kategorii „nízké bolestivosti“. Na jedné straně zde hraje roli intenzita biologického procesu kontrakcí a na druhé straně je zde podstatná vnímavost vůči bolesti, tedy práh citlivosti, případně i její zvládání.

Oblast: Psychické faktory

w) „Psychická pohoda“

Dále byla pro ženy důležitá kategorie „psychická pohoda“ během porodu, kterou uvedly dvě ženy (Edita, Jana). Určité harmonické psychické nastavení v průběhu porodu tedy dávaly do souvislosti s příznivým průběhem porodu.

Jana: *„Takovej ten klid vnitřní, opravdu, co jsem prožívala v sobě ten klid a vyrovnanost, tak to jsem přenesla na ten porod. Rodila jsem naprosto v klidu.“*

Edita: *„Celková asi duševní pohoda a právě asi to, jak si k tomu každý dojde. Jako každý si k tomu asi dojde jinak, někdo třeba chce být doma a mít co nejpřirozenější porod, někdo to chce mít třeba hlavně rychle za sebou. No asi si myslím, že hlavně nějaká jako duševní pohoda je u toho porodu důležitá.“*

Edita tedy také poukázala na individualitu na cestě k dosažení vnitřního klidu. Poukazuje na to, že dosažení vnitřního klidu u porodu vychází z individuálních potřeb dané rodičky. Na dosažení psychické pohody v průběhu porodu se pravděpodobně budou podílet kategorie z jiných oblastí, které respondentky uváděly jako důležité pro pozitivní porodní zkušenost. Lze očekávat, že půjde např. o přítomnost blízké osoby u porodu, příjemné prostředí pro porod nebo také pozitivní copingové strategie.

Oblast: Sociální faktory

x) „Přítomnost blízké osoby“

Jako další prediktor spokojenosti jsem definovala kategorii „přítomnost blízké osoby“, kdy ženy uváděly především přítomnost partnera.

Edita: „*Pro tu spokojenost bylo důležitý taky to, že tam byl se mnou ten manžel.*“

y) „Spokojenost se zdravotníky“

Na to navazuje kategorie „spokojenost se zdravotníky“, kde ženy oceňovaly jejich *vstřícný přístup* a absenci negativního chování vůči nim (Edita, Petra, Anna). Druhou složku spokojenosti pak představuje *důvěra v kompetence* zdravotníků, kterou uvedly dvě ženy (Anna, Karolína).

Petra: „*No určitě zásadní byl ten přístup porodní asistentky a doktorů. Byli hodně otevření, milí, hecovali a v klidu. Nebyli nějak jako negativní. Prostě byli vlastně hrozně příjemní.*“

Edita: „*...a že tam se mnou byli všichni hodní a přívětiví. To, že na mě nikdo nebyl nepříjemnej.*“

z) „Prostředí“

Jako poslední kategorii jsem identifikovala „prostředí“. Ženy uváděly, že je důležité, aby bylo *příjemné*, což pro tyto respondentky znamenalo, aby bylo např. moderní a ne příliš staré a celkově aby mělo líbivý vzhled. Dále bylo pro některé informantky podstatné, že se jedná o prostředí, se kterým se již *seznámily*, např. v rámci předporodního kurzu (Petra, Anna, Jana). Dvě ženy také uvedly, že pro ně byla důležitá *materiální vybavenost* prostředí (Petra, Karolína). Materiální vybavení představovaly na jedné straně různé pomůcky pro relaxaci (gymnastický míč, sprcha...) a dále vybavení pro intervence v případě patologie (operační sál). Dvě ženy také zmínily důležitost *soukromí* v prostředí, a to především vzhledem k tomu, do jaké míry slyšely jiné ženy při porodu (Edita, Petra).

Petra: „*Jo, jako já si myslím, že to jsou ty možnosti toho, co ta porodnice nabízí, takže určitě ty různé pomůcky by tam měly být, protože si každá žena pak může vybrat, co potřebuje. My jsme tam měli dokonce i možnost vzít si tam svoji hudbu, což jsme teda nevěděli, kdy bychom to tam jako pouštěli. Asi bylo fajn, že jsem na tom porodním sále byla*

sama. Já jsem slyšela ty ženy z dálky, ale neviděla jsem je. Tak jsem byla hrozně ráda, že ten porodní box jsem měla pro sebe, protože to bylo intimnější.”

Edita: „To bylo příjemný prostředí. Jediný, co tam bylo nepříjemný, bylo to, že tam ty dva porodní sály byly těsně vedle sebe a rodily jsme tam dvě skoro zároveň, takže jsme se dost slyšely, tak to nebylo nic moc.“

Z hlediska prostředí tedy může být důležitá jeho celková příjemná atmosféra, předchozí seznámení s prostředím, materiální vybavenost a dostatek soukromí.

Seřazení bio-psycho-sociálních faktorů dle důležitosti

Faktory, které byly důležité pro pozitivní porodní zkušenost z hlediska žen tohoto vzorku, odpovídaly u jednotlivých informantek různému stupni důležitosti. Ženy měly seřadit pět nejdůležitějších faktorů, které jsou podle nich zásadní pro pozitivní zkušenost z porodu. Číselné řazení 1–5 je sestupné, tedy číslo 1 představuje faktory nejdůležitější. Z tabulky je patrné, že první místo u všech pěti žen obsadily různé psychosociální faktory. Neobjevil se zde tedy žádný biologický faktor. Biologické faktory, kam řadím průběh porodu, absenci patologie a bolestivost, se objevily dále u dvou respondentek, a to s různou mírou důležitosti.

Tabulka č. 15

Bio-psycho-sociální faktory řazené dle důležitosti					
	<i>Jana</i>	<i>Anna</i>	<i>Petra</i>	<i>Karolína</i>	<i>Edita</i>
1.	Psychická pohoda	Přítomnost blízké osoby	Příjemnost prostředí	Důvěra ve zdravotníky	Přítomnost blízké osoby
2.	Důvěra ve zdravotníky	Rychlý průběh, nízká intenzita bolesti	Vlídny přístup zdravotníků	Přítomnost blízké osoby	Vlídny přístup zdravotníků

3.	Příjemnost prostředí	Absence patologie	Přítomnost blízké osoby	Nízká intenzita bolesti	Příjemnost prostředí
4.	Přítomnost blízké osoby	Příjemnost prostředí	Informovanost	Rychlý průběh	-
5.	-	Splněná očekávání	Vybavenost prostředí	Vybavenost prostředí	-

Oblast: Výběr porodnice a porodní plán/přání

ž) „Nízká míra nároků“

Z oblasti výběru porodnice a porodního plánu nebo přání jsem identifikovala kategorii „nízká míra nároků“. Ze všech pěti rozhovorů žádná z těchto žen neměla podrobněji definovaný porodní plán. Pouze uvedly, že měly v hlavě přibližnou představu, že např. nechtějí epidurál a chtějí poporodní bonding. To by mohlo souviset s nízkou obeznámeností s tím, co je to porodní plán či přání, ale také by to mohlo poukazovat na vyšší důvěru v kompetence zdravotníků či očekávanou větší pasivitu rodící ženy.

Také výběr porodnice neprobíhal u žádné z žen výrazně dlouhodobým procesem, ale spíše se řídily vodítkem vzdálenosti či velikosti dané porodnice.

Tabulka č. 16

Tematická oblast porodu		
Oblast	Kategorie	Subkategorie
Asociace s porodem	Prožitek a výsledek porodu	Prožitek (pozitivní vs. negativní), výsledek a smysl procesu
Očekávání od porodu	Konkrétní představy o aktivitách během porodu	Aktivity před odjezdem do porodnice: relaxace ve vaně, samovyšetření, vzpomínková fotografie

	Očekávaný charakter zážitku z porodu	Pozitivní zážitek, dramatický zážitek, bolestivý zážitek, náročný zážitek
	Očekávaný průběh porodu	Délka porodu, přirozený průběh bez intervencí
Očekávání a reálná zkušenost z porodu	Splněná očekávání	Očekávání kladného zážitku
	Nesplněná očekávání	Odlišný průběh porodu, lepší zkušenost než očekávání, horší zkušenost než očekávání
Zdroje informací o porodu	Verbálně sdělené zkušenosti blízkých osob	Rodina, kamarádky
	Tištěné a internetové materiály o porodu	Knihy, internetové články, videa
	Příprava vedená odborníkem	Předporodní kurz, studium porodní asistence
	Pozorování	Pozorování žen přijíždějících na příjem k porodu
Příprava na porod	Oblasti přípravy	Fyzická, psychická
Partner a porod	Kladný vztah s partnerem	-
	Proměny ve vztahu po narození dítěte	Sblížení, změny ve společném trávení času
	Komunikace o porodu s partnerem	Rozhodování o přítomnosti partnera u porodu, nepředvídatelné reakce muže a ženy během porodu, strach z porodu u partnera, průběh přítomnosti partnera
	Žádoucí chování partnera při porodu	Pasivní přítomnost, praktická pomoc
Strach u porodu	Přítomnost nebo absence strachu u porodu	-
	Strach o zdraví	Komplikace, fyzické poranění, zdraví dítěte

	Faktory redukující strach	Přítomnost partnera, vstřícnost personálu, pozitivní sebeinstrukce, klidná atmosféra
Biologické faktory podporující pozitivní porodní zkušenost	Absence patologie	Nekomplikovaný porod, zdraví matky i dítěte
	Nízká bolestivost porodu	-
	Rychlý průběh porodu	-
Psychické faktory podporující pozitivní porodní zkušenost	Psychická pohoda	-
Sociální faktory podporující pozitivní porodní zkušenost	Přítomnost blízké osoby	Pasivní přítomnost, praktická pomoc
	Spokojenost se zdravotníky	Vstřícnost, důvěra v kompetence
	Prostředí	Příjemná atmosféra, předchozí seznámení s prostředím, materiální vybavenost, dostatek soukromí
Výběr porodnice a porodní plán	Nízká míra nároků	-

Shrnutí tematické oblasti porodu

Nyní shrnu klíčové kategorie z tematické oblasti porodu. Očekávání žen od porodu se pojila s konkrétními aktivitami, charakterem prožitku a průběhem porodu. Představa konkrétních aktivit u porodu a průběhu porodu z hlediska jeho délky či bolestivosti se ženám nenaplnila. Očekávání toho, zda bude prožitek spíše kladný či negativní, se některým ženám naplnilo a jiným nenaplnilo. Ženy s kladnou porodní zkušeností se tedy různily v tom, zda byla očekávání naplněna a zda byla lepší nebo horší než zažitá zkušenost.

Informace o porodu respondentky získávaly z verbálně sdělených zkušeností blízkých osob, tištěných internetových materiálů, z přípravy vedené odborníkem a z pozorování. Všechny tyto ženy se věnovaly nějaké formě přípravy na porod, a to psychické a/nebo fyzické. Z oblasti psychické přípravy šlo o získávání informací či ladění

se na porod skrze vnímání jeho smyslu a pozitivní vnímání bolesti. Vedle toho fyzická příprava představovala především různé formy cvičení, masáž hráze či pití maliníku. Určitou formu přípravy jsem zaznamenala u všech dotazovaných žen, tudíž lze přípravu vyhodnotit jako příznivý faktor pro pozitivní porodní zkušenost.

Všechny dotazované ženy měly u svého porodu partnera, se kterým mají dle popisu kladný, harmonický vztah. Před porodem o porodu s partnery komunikovaly v rámci rozhodování, zda u porodu bude, o obavách, nepředvídatelném chování u partnera i rodičky a očekáváních od partnera. V průběhu porodu pak ženy potřebovaly od partnera především praktickou pomoc či jeho pasivní přítomnost bez výrazné aktivity. Změny ve vztahu po porodu se pak týkaly především odlišného trávení společného času ale i sblížení.

Za důležité faktory, které pozitivní porodní zkušenost podpoří, ženy považují absenci patologie, nízkou bolestivost, rychlý porod. Dále pak spokojenost se zdravotníky, přítomnost blízké osoby a pěkné prostředí pro porod. Za pomyslnou zastřešující kategorii, která je zároveň sycena uvedenými kategoriemi, lze pak považovat psychickou pohodu, kterou také ženy uváděly.

U výběru porodnice u těchto žen lze zachytit jako hlavní kritérium vzdálenost. U případné tvorby či uvažování o porodním plánu či přáních pak nízké nároky.

III. Tematická oblast copingové strategie

Další tematickou oblastí, které byla věnována pozornost, představují copingové strategie rodiček. Informace o copingových strategiích těchto žen jsem získala z rozhovoru, ale i z dotazníku SVF-78, o kterém blíže pojednávám v kvantitativní části této práce.

Nejdříve popíšu v rozhovorech identifikované kategorie copingových strategií u porodu a následně se budu věnovat analýze obecných copingových strategií jednotlivých žen, kde budu vycházet z rozhovoru i dotazníku SVF-78.

Oblast: Copingové strategie u porodu

a) „Práce s vlastním tělem“

Jednou z identifikovaných kategorií v rámci copingových strategií představuje práce s vlastním tělem, kdy ženy využívaly různé způsoby pohybů či působení vody k úlevě a zvládání bolesti. Jednalo se o využití *sprchy, chůze a skákání na míči*.

Petra: „*Dokázala jsem být uvolněná, že jsem si třeba zašla do té sprchy během porodu.*“; „*No snažila jsem se co nejdýl chodit, abych byla v nějaký jako pohodě, aby mi to bylo trochu příjemnější.*“

Karolína: „*Pořád mě to strašně bolelo do zad, tak jsem furt chodila i do té sprchy, a docela blbě se mi spalo nebo jako leželo, takže já jsem vlastně tu celou noc prochodila na tom pokoji.*“

Edita: „*Já jsem teda moc nemohla sedět a hodně mi pomáhalo, když jsem při těch kontrakcích chodila.*“; „*A taky jsem si říkala, že zkusím sprchu, že se říká, že to pomáhá, tak jsem šla do sprchy.*“

b) „Sebeinstrukce“

V průběhu porodu ženy využívaly různé formy sebeinstrukcí, které jim napomáhaly porodní proces zvládnout. Samy sebe tedy vedly vnitřní řečí k tomu, aby situaci lépe zvládly.

I. Zaměření na smysl procesu

Jana: „*Soustředit se na to dítě. Čistě na to, že teď je to o ní, aby šla ke mně. Celou dobu jsem se soustředila na to. No, každá ta kontrakce, když přišla, tak jsem si říkala, že čím víc to bolí, tím blíže ke mně je dcera. Opravdu jsem to tak prostě vnímala, že to musí bolet, aby tady byla, a díky tomu jsem cítila, že se uvolňuju. Fakt jako jsem byla naprosto uvolněná a díky tomu měla jako prostor jít ven.*“

U této ženy jsem zachytila určitou formu sebeinstrukce, kdy se Jana pomocí decentrace, kdy odhlédla sama od sebe, zaměřila na celkový smysl náročného procesu, jímž je porod jejího dítěte.

II. Podpora sebedůvěry

Anna: „No, věřila jsem tomu, že to zvládnou, že to nebude tak hrozný. No, ale pořád jsem to brala jako pozitivně. Byla jsem naladěná tak, že to prostě zvládnou, protože spousta maminek si naopak říká, že to nezvládnou, a já vím, že to prostě všichni zvládnou. Věděla jsem, že to zvládnou.“

Karolína: „Tak jsem si říkala, že když to zvládly všechny přede mnou, tak to zvládnou taky.“

Edita: „Spousta ženských porodilo, přežily to a nemají z toho nějakou velkou újmu, tak to musím taky zvládnout.“

Další subkategorií z oblasti sebeinstrukce představuje podpora sebedůvěry, v jejímž rámci ženy samy sebe podporovaly v tom, že je pro ně proces zvládnutelný. Využívaly při tom sdílené zkušenosti žen, že se porod lze zvládnout.

III. Ohraničenost bolesti

Petra: „Takže to, že jsem se nějak seznámila s tou bolestí a už jsem jako věděla. Co mi pak pomáhalo, bylo taky to, že ta kontrakce přijde, ale že taky odejde. V tom čase, kdy kontrakce nebyla, jsem se snažila jako motivovat, že to za chvíli přejde a bude zase fajn.“

Pod kategorií sebeinstrukce jsem vymezila také pozitivní sebeinstrukce o ohraničenosti bolesti. Uvědomění, že náročná situace má svůj začátek i konec, představuje podstatu této strategie.

IV. Podhodnocení bolesti

Anna: „Říkala jsem si, když pak začal ten porod, že to bude ještě horší, že to ještě nic není. To jsem si pak říkala pořád, že to nic není, že to bude ještě horší, no a když jsem pak přijela do porodnice, tak už jsem byla otevřená na 9 cm z těch 10.“

Další subkategorii sebeinstrukcí představuje podhodnocení bolesti, kdy je současný náročný stav poměřován ke stavu představovanému budoucímu, a v tomto kontrastu je definován momentální stav jako příznivější.

V. Popření

Edita: „*Já jsem samozřejmě věděla, že porod bude bolet, ale tak nějak jsem se to snažila si to nepřipouštět a trochu jsem to víc nadsazovala.*“

Poslední formu sebeinstrukce představuje popření, kdy respondentka upravila a zmírnila představu o realitě takovým způsobem, aby pro ni byla přijatelnější a snesitelnější.

c) „Vyhledání sociální opory“

Další kategorii pak představovalo vyhledání sociální opory, kdy ženy referovaly o důležitosti přítomnosti partnera, ale i podporujícího zdravotnického personálu.

Petra: „*Tak to, že tam byl ten manžel, že tam na to člověk nebyl sám.*“

Karolína: „*Asi ten manžel, že mě držel. Já jsem tam měla úplně super porodní asistentky a mladou doktorku, takže to mi asi hodně pomohlo. Jako fakt ten manžel mi hodně pomohl, ale i ty porodní asistentky.*“

Edita: „*Všichni mi říkali, jo teď zatlačte, to zvládnete, a to mi jako hrozně pomohlo.*“

Tabulka č. 17

Tematická oblast copingové strategie		
Oblast	Kategorie	Subkategorie
Copingové strategie u porodu	Práce s vlastním tělem	Sprcha, chůze, skákání na míči
	Sebeinstrukce	Zaměření na smysl procesu, podpora sebedůvěry, ohraničenost bolesti, podhodnocení bolesti, popření

	Vyhledání sociální opory	-
--	--------------------------	---

Oblast: Obecné copingové strategie u žen s pozitivní porodní zkušeností

Po analýze dotazníků SVF-78 u informantek, s nimiž byl proveden rozhovor, jsem zaznamenala u čtyř z nich **nízké hodnoty na škále kontrola situace**, a to o více než jednu směrodatnou odchylku. Tyto ženy tedy nemají potřebu získat větší kontrolu nad zátěžovou situací. Právě **přijetí** toho, že nad zátěžovou situací žena nemá kontrolu, mohlo pomoci přirozenému průběhu porodu.

V subtestu **vyhýbání se**, který se v kvantitativní části této práce jevil jako výhodný pro kladnou porodní zkušenost, nižší bolestivost porodu a pocit vlastní kapacity u porodu, se všech pět žen z rozhovorů pohybovalo **minimálně nad průměrem**. Výsledky jedné respondentky pak odpovídají pásnu nadprůměru, který poukazuje na více než jednu směrodatnou odchylku. Nemůžeme zde tedy hovořit o výrazné nápadnosti v této škále u těchto žen, nicméně zcela jistě tuto techniku pro náročné situace využívají. V ostatních subtestech byla patrná větší rozmanitost mezi těmito pěti ženami.

V rámci rozhovoru jsem následně identifikovala u tří respondentek strategii **úniku od stresoru k jiné činnosti**.

Anna: „*V té dané situaci se to snažím vždycky nějak překonat třeba sportovní aktivitou, koníčky a snažím se jít dál.*“

Edita: „*No, já se na to snažím spíš tak jako nemyslet a hrozně mi to nejde, takže spíš tak jako se snažím dělat něco jinýho. Něčím se snažím zaměstnat, abych na to nemusela myslet.*“

Shrnutí copingových strategií

U porodu ženy využívaly několik specifických copingových strategií. Patří mezi ně práce s vlastním tělem, kdy prováděly sprchování, chůzi nebo pohyb na gymnastickém míči. Dále šlo o sebeinstruování, v rámci kterého se ženy snažily zaměřit na smysl porodu,

podpořit svou sebedůvěru, zvědomit bolest jako ohraničený úsek nebo ji podhodnocovat či ještě před porodem úplně popřít. Další využívanou copingovou strategií pak představovalo vyhledání sociální opory, kterou naplňoval především partner rodičky a dále pak zdravotnický personál.

Z rozhovorů jsem také identifikovala nespecifickou copingovou strategii, která nebyla vztahována k porodu, ale spíše k obecné trvalejší charakteristice. Některé respondentky častěji využívají únik k jiné činnosti.

Z dotazníkové části pak byla nápadná nižší kontrola situace a průměrné až nadprůměrné využívání vyhýbavé copingové strategie.

IV. Tematická oblast adaptace na mateřství v šestinedělí

Poslední tematickou oblast představovala adaptace na mateřství v šestinedělí, v rámci které ženy v rozhovorech hovořily o svých počátcích v mateřské roli po porodu. Ženy tedy zhodnotily své období po porodu v nemocnici, ale také další týdny v době šestinedělí.

V rámci této části byly zachyceny kategorie plačtivost dítěte, úspěšnost kojení, sociální opora od partnera v šestinedělí a návaznost porodní zkušenosti na adaptaci.

a) „Plačtivost dítěte“

V souvislosti s adaptací na mateřskou roli byla zachycena kategorie, která poukazuje na míru plačtivosti dítěte. Za subkategorie pak můžeme označit *děti plačtivé* a naopak *neplačtivé, klidné*.

Petra: „Ale rozhodně ona byla strašně hodná. Hodně spinkala, ani moc neplakala. Bylo to takový spící miminko.“

Edita: „Malej byl hodně ubrečenej, nešlo moc kojení, tak to bylo takový náročnější. A vlastně i v tý porodnici to bylo takový, že on vlastně hrozně plakal.“

Jana: „Jinak jsme si to užívali, malej byl hodnej, nějak nebrečel, jen spal a jedl. Jak říkám, malej byl prostě hodnej, takže to nebyl žádný stres.“

b) „Úspěšnost kojení“

Další důležitou kategorií pro ženy představovala úspěšnost na začátku kojení. Pro některé ženy bylo kojení zahájeno bez jakýchkoli obtíží, zatímco pro jiné ženy bylo kojení značně problematické, a tak byla potřeba dítě dokrmovat, a zároveň se tak stalo téma kojení určitým stresorem.

Jana: *„Nebyly žádné problémy. Ohledně kojení jsem teda byla taky dost poučená a on se hezky přisál, mlíka jsem měla od začátku hodně, takže nebyly žádné problémy.“*

Edita: *„Co mě stresovalo, bylo to kojení, protože mi to moc nešlo. Bylo to s tím kojením náročný. To jsem měla pocit, že teda nejsem dostatečně dobrá, když mi to nejde. Fakt to ve mě vyvolávalo dost nedobrý pocity.“*

c) „Opora od partnera v šestinedělí“

Partner představoval pro tři ženy (Editu, Karolínu, Petru) velmi významnou oporu v období šestinedělí. Tyto ženy popisovaly přítomnost partnera doma během otcovské dovolené jako významný podpůrný faktor pro jejich psychickou pohodu.

Petra: *“Za prvé to, že člověku pomůže ten manžel, to byla na začátku fakt obrovská pomoc v tom šestinedělí tý mámě. Že si můžu zajít do té sprchy a tak. Byl to najednou úplně totální klid. A ta adaptace byla hrozně rychlá, protože ten manžel tam se mnou byl, že se o nás staral, že pomáhal, takže to bylo super.”*

d) „Návaznost porodní zkušenosti na adaptaci na mateřství“

Poslední zachycenou kategorií pak představuje návaznost porodní zkušenosti na poporodní adaptaci, kdy některé ženy uvedly, že vnímají porod a následné období šestinedělí jako vzájemně provázané a ovlivňující se, zatímco jiné ženy vnímají porodní zkušenost a následnou adaptaci na mateřskou roli výrazně odděleně.

Edita: *„Mám pocit, že ten porod jako zůstal porodnici, a pak jsme jeli jako dál. Asi se mi to docela oddělilo si myslím.“*

Petra: „Já si vlastně říkám do určitý míry, jestli vlastně to, že ten porod byl klidnej, že proto je ona klidnější a spinká, tak si vlastně říkám, že ten základ jsem jí dala dobrej při tom porodu, že jsem se snažila být v pohodě, tak třeba proto je víc v pohodě. Tak třeba to si myslím. Myslím, že i ten porod to mohl nějak ovlivnit. Protože ten porod proběhl vlastně tak v klidu, že si třeba možná ani nevšimla, že šla jakoby ven, a proto je třeba taková klidnější.“

Tabulka č. 18

Tematická oblast adaptace na mateřství v šestinedělí	
Oblast	Kategorie
Adaptace na mateřství	Plačtivost dítěte
	Úspěšnost kojení
	Opora od partnera v šestinedělí
	Návaznost porodní zkušenosti na adaptaci

Vztahy mezi kategoriemi z části adaptace na mateřství

Mezi kategoriemi bylo možné zachytit určité vztahy. Tři ženy, které vnímají zkušenost z porodu a období šestinedělí jako oddělené jednotky, zároveň uvedly, že počátky jejich kojení byly obtížné a miminko bylo více plačtivé. Naopak dvě ženy, které porodní zkušenost vnímaly jako provázanou s obdobím šestinedělí, referovaly zároveň o snadném počátku kojení a klidném miminku.

Vysvětlení těchto vztahů může být poměrně jednoduché, kdy ženy, které měly obtíže s kojením, zároveň vnímaly počátek mateřství jako náročnější, miminko bylo více plačtivé, protože nemělo hned od začátku plně saturovanou potřebu hladu a sání, což celkově vedlo k tomu, že adaptace byla možná vnímána jako problémovější než porodní proces, a proto ženy nereferovaly o spojení s porodní zkušeností.

2.3.2.5 Diskuse kvalitativní části

V následujícím textu srovnám zjištěné informace z kvalitativní části s informacemi z odborné literatury.

Respondentky této výzkumné části zažily spíše pozitivní porodní zkušenost. Snažila jsem se proto prozkoumat kontext jejich porodní zkušenosti, který se na této zkušenosti podílel. Výzkumný vzorek pro kvalitativní část zahrnoval pět žen, které se věkově pohybovaly v intervalu mezi 26-30 lety. Toto věkové rozmezí odpovídá relativně příznivému období pro těhotenství a porod, kdy není výrazně zvýšená pravděpodobnost výskytu komplikací (Roztočil, 2017). U tří z pěti žen se porod spustil až po termínu, tedy ve 41. týdnu těhotenství. Nahae (et al., 2020) poukazuje na to, že ženy, které rodí po termínu porodu, jsou se svým porodem méně spokojené. Souvislost potermínového porodu a spokojenosti s porodem tedy neodpovídá předchozímu zjištění. Důvodem může být odlišný způsob zjišťování, ale také odlišná definice pozitivní porodní zkušenosti a spokojenosti s porodem. Přičemž v tomto výzkumu je spokojenost s porodem do pozitivní porodní zkušenosti zahrnuta, ale tvoří jí také další aspekty.

Dvě ženy z tohoto výzkumného vzorku měly vyvolávaný porod, což je opět podle literatury nepříznivý faktor pro spokojenost s porodem (Ryan, 2009; Waldenström et al., 2004, Takács, 2016). Autoři ovšem dodávají, že je vyvolávání porodu častěji spojeno s instrumentálním porodem či císařským řezem, a to se u žen tohoto výzkumu neuskutečnilo. Je tedy otázkou pro další výzkumná šetření, zda je pozitivní porodní zkušenost či spokojenost narušena samotným faktorem vyvolávání porodu či následnými intervencemi, které nasedají na porodní komplikace.

Porody těchto pěti respondentek proběhly bez komplikací, což je jeden z důležitých faktorů pro pozitivní porodní zkušenost. Toto zjištění odpovídá i výsledkům předchozí studie od Cataly (et al., 2020). Společným znakem čtyř z těchto pěti žen je také to, že jejich porody proběhly bez užití léků na tlášení bolesti. Pouze jedné ženě byly podány opioidy, u nichž Pařízek (2004) poukazuje na možné nežádoucí účinky např. v problematice poporodní adaptace u dítěte, což odpovídá i zkušenosti zmíněné respondentky. Ani jedna žena ovšem nevyužila epidurální analgezie, která je podle Waldenströma (et al., 2004) spojena též s nižší spokojeností z porodu.

Dále jsem u žen s pozitivní porodní zkušeností zjišťovala, jakým způsobem se u nich objevil či neobjevil strach spojený s porodem. V některých případech se strach neobjevil vůbec, zatímco jindy porodu předcházela nebo se objevil ve vypuzovací fázi porodu či po narození dítěte. V průběhu první doby porodní se tedy ženy neobávaly, což mohlo pomoci průběhu porodu. Takács (2016) ve svém výzkumu uvádí, že strach z porodu se pojí s nižší spokojeností s porodem. Není zde ovšem specifikováno načasování, kdy se strach objevuje, tudíž nelze vyhodnotit, zda je tento poznatek shodný se zjištěním tohoto výzkumu. Ženy se obávaly komplikací nebo měly po porodu obavy o zdraví dítěte. Předmětem strachu bylo tedy vždy zdraví a nereferovaly např. o strachu z bolesti, z vlastní neschopnosti, ze ztráty kontroly apod. tak, jak uvádí Sjögren (1997) další možné předměty strachu.

Z oblasti copingových strategií, které ženy využívaly specificky u porodu, se jednalo o práci s vlastním tělem, různé formy sebeinstrukcí a vyhledání sociální opory. Některé nalezené strategie se shodují se strategiemi, které zachytil ve své studii Borrelli (et al., 2018). Konkrétně se jedná o především úvahy o porodu jako o sdílené zkušenosti všech žen, které jsou ve výzkumu této práce zahrnuty do sebeinstrukcí podporujících sebedůvěru. Borrelli (et al., 2018) také uvádí, že mezi copingové strategie těhotných patří strategie vyhýbání, aby se ženy vyhnuly negativním informacím o porodech. Z dotazníkové části je patrné, že respondentky strategie vyhýbání sice používají, nicméně z rozhovorů se neukazuje, že by se snažily nějakým informacím vyhnout.

Společným znakem pro ženy s kladnou porodní zkušeností byla předporodní příprava v různé podobě u všech dotazovaných. Právě předporodní příprava je podle předchozí studie (Nahae et al., 2020) prediktorem vyšší spokojenosti s porodem.

Mimo kurzy předporodní přípravy ženy získávaly informace z internetových i tištěných zdrojů a od blízkých osob. Borrelli uváděl shodné zdroje informací u respondentek jeho výzkumu (et al., 2018). Dále pak bylo zdrojem informací pozorování, kdy žena viděla jinou rodící ženu na chodbě.

V oblasti očekávání od porodu zachytil Borrelli (et al., 2018) ve svém výzkumu určitou flexibilitu k průběhu porodu definovanou jako „going with flow“. To se spíše rozchází s některými očekáváními respondentek tohoto výzkumu, které měly konkrétní představy o aktivitách během porodu či o jeho průběhu. Na druhou stranu samotný fakt, že

si respondenty nevytvořily porodní plán či seznam přání by mohl nasvědčovat tomu, že jsou otevřené různým možnostem průběhu porodu. Také nižší výsledky z dotazníku strategie zvládání stresu na škále kontrola situace by mohly poukazovat jejich otevřenost a flexibilitu k průběhu porodu. Dahlen (et al., 2008) pak poukazuje na to, že prvorodičky mívají často nerealistická očekávání, což bylo patrné i ve výpovědích respondentek, kdy se očekávání výrazně rozcházel s reálnou zkušeností. Ve vztahu ke spokojenosti s porodem poukazuje Conrad a Sticker (2018) na to, že právě splnění očekávání se pojí se spokojeností s porodem. Takový vztah se v této části u dvou respondentek objevil a u tří ne. Zkušenost rodiček tohoto výzkumu tedy neodpovídá předchozímu zjištění. Také souvislost pozitivního očekávání s pozitivní porodní zkušeností a naopak se objevila u některých, ale ne u všech pěti žen.

Předchozímu zjištění (Catala et al., 2020; Bell, Andersson, 2016, Cy Chan et al., 2014)) dále odpovídá spokojenost se zdravotníky, konkrétně s jejich vstřícným přístupem a absencí negativního chování jakožto významný prediktor spokojenosti s porodem.

Ve shodě s předchozími zjištěními (Gungor & Beji, 2007) ženy tohoto výzkumu uvádějí, že přítomnost jejich partnera u porodu působila příznivě pro pozitivní porodní zkušenost. Konkrétně pro ně byla důležitá praktická pomoc a pasivní přítomnost.

Předchozí studie poukazují na návaznost pozitivní zkušenosti s porodem na nižší míru stresu, který rodiče následně prožívají v souvislosti s rodičovstvím (Misago et al., 2009; Morgola et al., 2020). Také Handelzalts (et al., 2015) ukazuje na vliv porodní zkušenosti na poporodní náladu. Subjektivně některé ženy s pozitivní porodní zkušeností vnímaly souvislost s ranou adaptací na mateřství, ale některé souvislost neuváděly. Nicméně přesto, že se u některých respondentek objevily určité obtíže spojené s kojením spolu s častější plačivostí dítěte, neuvedla žádná z dotazovaných žen, že by období vnímaly jako výrazně stresující nebo že by se u nich objevily patologické příznaky úzkosti či deprese. Pozitivní porodní zkušenost byla tedy minimálně spojená s absencí poporodních psychických poruch.

2.3.2.6 Odpovědi na výzkumné otázky

I. Jaké faktory podporují pozitivní porodní zkušenost prvorodiček?

Faktory, které podporují pozitivní porodní zkušenost, lze rozdělit na ty před porodem a během porodu. Nejprve uvedu ty faktory, které jsou podstatné ještě před porodem. Společný faktor, který se jeví jako protektivní, představuje plánované rodičovství, které se dále pojilo s pozitivním prožíváním těhotenství. Také příprava na porod, která zahrnuje psychickou i fyzickou složku může napomoci lepší porodní zkušenosti. Další faktor pak představuje kladný vztah s partnerem.

Během porodu bylo pak u těchto žen možné zaznamenat právě přítomnost partnera u porodu, který jim pomáhal především prakticky jako např. podáním vody nebo byl pasivně přítomen, čímž porodní proces nenarušoval, ale zároveň byl svou přítomností psychickou podporou pro rodící ženu. Dále byla důležitá absence porodních komplikací a vlídný přístup zdravotníků. U těchto žen také můžeme vidět v průběhu porodu pozitivní sebeinstrukce jakožto copingovou strategii, která napomáhala porod lépe zvládnout. Zmíněné faktory pak mohou napomoci celkové psychické pohodě během porodu, která je pro průběh porodu taktéž příznivou proměnnou.

II. Jaké informace vstupují do utváření představy o porodu?

Ženy si utvářely představu o porodu především prostřednictvím několika zdrojů. Mezi ně patří verbálně sdělené zkušenosti blízkých osob, tištěné a internetové materiály o porodu, příprava vedená odborníkem a pozorování.

III. Jak se ženy s kladnou porodní zkušeností připravují na porod?

Obecně lze konstatovat, že nějaká forma přípravy proběhla u všech pěti dotazovaných. Jednalo se o přípravu fyzickou, která spočívala především v těhotenském cvičení, masáži hráže apod. nebo psychickou, kdy si ženy zjišťovaly různé informace a snažily se pozitivně naladit na porod pomocí různých sebeinstrukcí.

IV. Jak se promítají očekávání a představy o porodu do porodní zkušenosti?

Očekávání se u těchto respondentek pojila s konkrétními představami o aktivitách během porodu, ale také o jeho průběhu či charakteru prožitku. Některým ženám se očekávání naplnila, nicméně jiným se nenaplnila. Zkušenost v průběhu porodu byla v některých případech tedy shodná, ale jindy byla spíše lepší nebo horší než očekávání. Mezi očekáváním a porodní zkušeností tedy nebyly zachyceny pravidelnější vztahy.

V. Co ženy potřebují během porodu od partnera?

Přítomnost partnera u porodu hodnotily všechny ženy kladně. Ženy od partnerů potřebovaly především konkrétní pomoc nebo prostou pasivní přítomnost. Naopak větší aktivita z jejich strany nebyla hodnocena pozitivně.

VI. Jak se vyskytuje či nevyskytuje strach z porodu u žen s kladnou porodní zkušeností?

Strach se u žen s kladnou porodní zkušeností objevil před porodem, ve vypuzovací fázi porodu a po porodu. V průběhu první doby porodní, která bývá z porodu nejdelší, se strach u žen neobjevil. Předmětem strachu bylo pak vždy zdraví, konkrétně obavy z komplikací a po narození obavy o zdraví dítěte. Strach jim pomáhaly zvládnout následující faktory: přítomnost partnera, vstřícnost personálu, pozitivní sebeinstrukce a klidná atmosféra.

Jednalo se o přítomnost partnera, vstřícnost personálu, pozitivní sebeinstrukce, klidnou atmosféru. Tyto faktory tedy napomáhaly ženám lépe zvládnout své obavy.

VII. Jaké copingové strategie využívají ženy s pozitivní porodní zkušeností?

Mezi copingové strategie, které využívaly ženy s kladnou porodní zkušeností, patří práce s vlastním tělem. Konkrétně pak šlo o využití sprchy, chůze či pohybu na

gymnastickém míči. Další skupinu copingových strategií představovaly různé formy sebeinstrukcí, kdy se ženy zaměřovaly na smysl porodního procesu, podporovaly svou vlastní sebedůvěru, zvědomovaly si ohraničenost bolesti nebo bolest podhodnocovaly, případně se snažily popřít přítomnost bolesti. Třetí copingovou strategií pak představovalo vyhledání sociální opory, a to především od partnera.

Podle výsledků z dotazníků tyto ženy využívají spíše méně strategii kontrolu situace, tedy nesnaží se mít průběh zátěžové situace pod kontrolou a spíše jí nechají volnější průběh. Všechny využívají (alespoň průměrně) strategii vyhýbání se, tedy snaží se předejít zátěžové situaci.

VIII. Jak se projevuje zkušenost z porodu prvorodiček v adaptaci na mateřství v období šestinedělí?

U žádné z pěti žen s kladnou porodní zkušeností nebyly zachyceny poporodní psychické obtíže. Pozitivní porodní zkušenost tedy mohla sloužit jako protektivní faktor před vznikem podobných potíží.

Část žen pak vnímala porodní zkušenost oddělenou od adaptace na mateřství, přičemž bylo možné zaznamenat, že se právě u nich objevily určité problémy s kojením a referovaly o dítěti jako o plačtivějším. Oproti tomu jiné ženy naopak vnímaly návaznost porodu s poporodní adaptací v období šestinedělí. Právě u těchto žen byly počátky kojení snažší a také tyto děti byly hodnocené jako klidnější.

2.4 Komparace poznatků z kvantitativní vs. kvalitativní části

Nyní provedu krátké srovnání výsledků z kvantitativní a kvalitativní části a poukáži tak na shody a případné odlišnosti ve výzkumných zjištěních.

V obou částech nacházíme jako důležitou proměnnou absenci porodních komplikací a nižší bolestivost porodu. Léky na tlášení bolesti u porodu souvisely s negativní porodní zkušeností, což by odpovídalo také respondentkám s kladnou porodní zkušeností, které až na jednu z nich léky na tlášení bolesti nevyužily.

Z hlediska psychosociálního klimatu byla v kvalitativní části vyzdvižena spokojenost s přístupem zdravotníků, a to zvláště jejich vstřícný přístup a absence negativního chování, což odpovídá také výsledkům z kvantitativní části práce.

V oblasti copingových strategií pak můžeme pozorovat shodu v zaznamenání vyhýbavých strategií jako protektivního faktoru pro příznivou porodní zkušenost.

Stejně tak jako v kvantitativní části nereferovaly ženy z kvalitativní části o vyvolávání či epiziotomii jako faktorech, které by zhoršily jejich porodní zkušenost.

2.5 Limity výzkumu

Nyní se formulují pro obě části výzkumu limity, které mohou omezit platnost zjištěných informací.

V rámci kvantitativní části byl výzkumný vzorek žen osloven skrze sociální síť, a je tedy zatížen nenáhodným výběrem ze skupiny žen, které se sdružují na sociální síti. Také jejich ochota do výzkumu vstoupit může narušovat reprezentativnost výběru. Zjištěné vztahy mezi jednotlivými proměnnými byly zachyceny pomocí korelační analýzy, která poukazuje na souvislost, nicméně nelze je redukovat na kauzalitu, a proto je potřeba je dále prozkoumat pomocí další kvalitativní analýzy, případně využít lineární regrese, pro kterou ovšem v tomto výzkumu nebyly splněny náležité podmínky.

Pro kvalitativní výzkumnou část byly osloveny ženy z kvantitativní části, které dosahovaly nadprůměrných hodnot v dotazníku na porodní zkušenost. Jedna z těchto žen dosahovala úplného maxima, kterého bylo možné v dotazníku na porodní zkušenost dosáhnout. Bohužel se mi nepodařilo provést rozhovor s dalšími ženami, které dosahovaly těch nejvyšších výsledků, ale spíše šlo o ženy, které splňovaly kritérium nadprůměrného výsledku a byly ochotné k rozhovoru. Limitem této části je také menší množství respondentek. Vhodné by také bylo vést rozhovory delší, případně opakované, a tak proniknout do zkoumané problematiky ještě hlouběji a zvýšit tak validitu výzkumu. Nicméně vzhledem k tomu, že se jednalo o kojící matky v raném období mateřství, nebylo možné vést rozhovory delší a opakované rozhovory by pravděpodobně ještě více snížily ochotu vstoupit do výzkumu. Výsledky této části tedy neumožňují generalizaci, nicméně rozšiřují představu o faktorech, které se podílejí na pozitivní porodní zkušenosti.

Společným limitem pro obě části představuje pak absence sledování proměnné délky porodu, která byla ovšem vyřazena z důvodu příliš subjektivního hodnocení této proměnné respondentkami. Není totiž vždy jednoznačné, který moment lze již považovat za začátek porodu, a tedy určit následně jeho celkovou délku. Nicméně se jedná o proměnou, která je jistě také důležitá a pro další výzkumná šetření by měla být také zahrnutá.

Závěr

V této diplomové práci jsem se zmapovala bio-psycho-sociální faktory, které se podílejí na kladné porodní zkušenosti. V rámci teoretické části jsem vymezila pozitivní porodní zkušenost, dále bio-psycho-sociální faktory a porodní zkušenost ve vztahu k rané adaptaci na mateřství. Výzkumnou část práce pak tvořil smíšený výzkumný design, kde jsem zmapovala zmíněné faktory a jejich případné vztahy.

Z kvantitativní části výzkumu vyplynulo, že významnými faktory, které zhoršují celkovou porodní zkušenost, jsou především **porodní komplikace** a **vyšší vnímaná intenzita bolesti**. Vyšší bolestivost se pak pojí s nepostupujícím porodem; obecně výskyt komplikací se pojí s nižšími pocity zažívané vlastní kapacity. Souvislost byla nalezena také mezi **užitím léků na tlášení bolesti** a horší porodní zkušeností. Zjištěné vztahy neukazují na kauzalitu, ale lze se domnívat, že ženy, které vnímají porod jako bolestivější, častěji užijí léky na tlášení bolesti, přičemž právě vyšší bolestivost zhoršuje celkovou porodní zkušenost. Na druhou stranu to může být i obráceně, kde užití léku na tlášení bolesti jako takové může zhoršovat celkovou porodní zkušenost. Nicméně také vyšší výskyt porodních komplikací, především pak pokud jde o nepostupující porod, se pojí s častějším užitím léků na tlášení bolesti.

Dále se ukazuje, že s porodem jsou spokojenější ty ženy, které zažívají **příznivější psychosociální klima**, a to především dostatek vstřícného přístupu a empatie na porodnickém oddělení. Z copingových strategií se pak s pozitivní porodní zkušeností, vyšší vlastní kapacitou a nižší bolestivostí pojí **strategie vyhýbání se**. Ženy se tedy možná na porod připravují takovým způsobem, aby pro ně porod byl co nejméně zátěžový.

Naopak s pozitivní porodní zkušeností nesouvisely faktory vyvolávání porodu, epiziotomie, věk ani příprava na porod. Tyto vztahy by bylo vhodné prošetřit v dalším výzkumu, protože se výsledek neshoduje s předchozím zjištěním. To může pramenit z odlišné formy zjišťování porodní zkušenosti či spokojenosti s porodem. V případě přípravy na porod pak nebyla v tomto výzkumu sjednocena její forma, což představuje jeden z limitů tohoto výzkumu.

Z kvalitativní analýzy jedné otevřené otázky jsem zachytila některé vztahy, které se pojí s negativní či pozitivní porodní zkušeností. Pozitivní porodní zkušenost se pojí s **kratšími porody, nízkou vnímanou bolestivostí, vnímáním smyslu procesu a očekáváním, které je horší než následná realita, či očekáváním odpovídajícím realitě**. Naopak negativní očekávání se pojí s porodními komplikacemi, které často také provází delší porody, dále souvisí s vysokou vnímanou bolestivostí porodu, problematickou komunikací se zdravotníky a očekáváním, které je lepší než realita či realitě odpovídá.

Vzhledem ke kontextu celospolečenské situace, kdy probíhá pandemie onemocnění covid-19, byly zjišťovány také informace týkající se zásahů do porodu vzhledem k této skutečnosti. U samotného porodu bylo v některých případech nutné nošení roušky u partnera, ale v někdy také u rodičky. Některé ženy neměly možnost mít partnera či jiný doprovod u porodu a na oddělení šestinedělí byly často zakázány návštěvy. Ženám v tomto období pak častěji chyběla psychická opora. U jednoho případu, kdy se objevilo podezření na onemocnění u matky, bylo dítě od matky separováno. Z výpovědí respondentek je tedy patrné, že situace nepříznivě zasáhla některé porody.

Z kvalitativní části pak vyplývá, že ženy k pozitivní porodní zkušenosti potřebují, aby porod proběhl **bez komplikací**, aby byl **spíše rychlý** a vnímaná **bolestivost byla nízká**. U samotného porodu jim pak napomáhala **přítomnost partnera**, který jim pomáhal především praktickou pomocí či pasivní přítomností. Tyto ženy **těhotenství plánovaly** a svá **těhotenství prožívaly** i přes některé komplikace **pozitivně**. Také se na porod **připravovaly**, a to ať už fyzicky tak psychicky. Informace o porodu získávaly od druhých osob, z tištěných a internetových materiálů, z přípravy vedené odborníkem, ale i z pozorování. Jejich očekávání, která zahrnovala představy o konkrétních aktivitách, průběhu, ale i charakteru prožitku, nebyla vždy naplněná a některá byla i lepší než následná realita; i přesto se pojila s kladnou porodní zkušeností.

Celkově měly tyto ženy spíše **nižší nároky** na porodnici i průběh porodu. Během porodu pak využívaly různé **copingové strategie** jako **práci s vlastním tělem, sebeinstrukce** či **sociální oporu**. Jejich společným rysem byla **nižší míra** copingové strategie **kontroly situace**, tedy nesnaží se mít proces náročné situace příliš pod kontrolou

a spíše mu nechávají volnější průběh. Také se u nich objevovala **strategie vyhýbání se**, což odpovídá výsledkům z kvantitativní části.

Adaptace na mateřství v období šestinedělí pak **nebyla provázena poporodními psychickými potížemi**, což by mohl naznačovat na souvislost pohodového porodu s následným obdobím šestinedělí. Nicméně některé ženy hovořily o problematičtější adaptaci spojené s obtížemi v počátcích kojení a plačtivějším dítětem. Kladná porodní zkušenost tedy možná slouží jako protektivní faktor před většími psychickými obtížemi, ale nemusí být prediktorem bezproblémové rané adaptace na mateřství.

Pro další výzkum by pak mohlo být vhodné vést delší, případně opakované rozhovory s větším počtem respondentek, které prožily výrazně pozitivní porodní zkušenost. Případně by bylo možné se zaměřit také na opačnou stranu, tedy prozkoumat výrazně negativní porodní zkušenosti, aby bylo možné vhodně zachytit problémová místa, která je potřeba v praxi vylepšit. Také by bylo vhodné hlouběji prozkoumat problematiku přítomnosti partnera či jiné blízké osoby u porodu a jeho žádoucí chování. Mechanismus očekávání, který byl nastíněn v analýze na závěr kvantitativní části (graf č. 8) se v kvalitativní části nepotvrdil, a proto by bylo také vhodné jej hlouběji prozkoumat v rámci dalšího výzkumu.

Pro praxi je pak na místě pravidelně hodnotit a případně vylepšovat psychosociální klima porodnic, které se významně podílí na spokojenosti s porodem. Pro rodičky by pak bylo vhodné vždy umožnit přítomnost blízkých osob, které by bylo dobré předem obeznámit s tím, jaké chování je pro rodičku během porodu nápomocné. V rámci předporodní přípravy by pak bylo také možné ženy podpořit v různých copingových strategiích jako např. práce s vlastním tělem, ale také různé formy sebeinstrukcí, které jim lépe napomohou porodní proces zvládnout.

Seznam literatury

ADAMS, S. S., EBERHARD-GRAN, M. a ESKILD A., Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology [online]. 2012, 119(10), 1238-1239 [cit. 2020-09-25]. ISSN 14700328. Dostupné z: doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x

AYERS, S., A. EAGLE a H. WARING. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. Psychology, health [online]. 2006, 11(4), 389-98 [cit. 2021-03-13]. ISSN 13548506. Dostupné z: doi:10.1080/13548500600708409

BABYWEB, Desatero přirozeného porodu v porodnici. Babyweb [online]. 2012 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.babyweb.cz/desatero-prirozeneho-porodu-v-porodnici>

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

BELL, Aleeca F. a Ewa ANDERSSON. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. Midwifery [online]. 2016, 39, 112-123 [cit. 2020-08-17]. DOI: 10.1016/j.midw.2016.04.014. ISSN 02666138.

BORRELLI, Sara E., Denis WALSH a Helen SPIBY. First-time mothers' expectations of the unknown territory of childbirth: Uncertainties, coping strategies and 'going with the flow'. Midwifery [online]. 2018, 63, 39-45 [cit. 2020-09-25]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2018.04.022

CATALA, P., C. PEÑACOBÁ, J. CARMONA a D. MARIN. Do maternal personality variables influence childbirth satisfaction? A longitudinal study in low-risk pregnancies. Women [online]. 2020, 60(2), 197-211 [cit. 2021-5-2]. ISSN 15410331. Dostupné z: doi:10.1080/03630242.2019.1613473

COATES, Dominiek, Caroline HOMER, Alyssa WILSON, Louise DEADY, Elizabeth MASON, Maralyn FOUREUR a Amanda HENRY. Induction of labour indications and timing: A systematic analysis of clinical guidelines. *Women and Birth* [online]. 2020, **33**(3), 219-230 [cit. 2020-11-05]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2019.06.004

CONRAD, M. ;STRICKER, S. (2018). Personality and labor: A retrospective study of the relationship between personality traits and birthing experiences [Online]. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 36(1), 67-80. <http://doi.org/10.1080/02646838.2017.1397611>

DAHLEN, Hannah G., Lesley M. BARCLAY a Caroline S.E. HOMER. The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia. *Midwifery* [online]. 2010, **26**(1), 53-63 [cit. 2020-09-25]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2008.01.012

DAVIS, Elizabeth a Debra PASCALI-BONARO. Orgasmický porod: jak bezpečně a příjemně porodit. Praha: Argo, 2014. ISBN 978-80-257-1156-9.

DELICATE, A., S. AYERS, A. EASTER a S. MCMULLEN. The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. *Journal of reproductive and infant psychology* [online]. 2018, **36**(1), 102-115 [cit. 2021-4-24]. ISSN 1469672X. Dostupné z: doi:10.1080/02646838.2017.1397270

FALK, M., M. NELSON a M. BLOMBERG. The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population based cohort study including 16,000 women. *BMC pregnancy and childbirth* [online]. 2019, **19**(1), 494 [cit. 2020-08-19]. DOI: 10.1186/s12884-019-2633-8. ISSN 14712393.

FENAROLI, Valentina, Emanuela SAITA, Sara MOLGORA a Monica ACCORDINI. Italian women's childbirth: a prospective longitudinal study of delivery predictors and

subjective experience. Journal of Reproductive [online]. 2016, **34**(3), 235-246 [cit. 2021-04-23]. ISSN 02646838. Dostupné z: doi:10.1080/02646838.2016.1167864

FRELICH, Jiří. Statistika a my: Průměrný věk matek se zvyšuje ve všech krajích. : Magazín ČSÚ [online]. 2018, 18.9.2018 [cit. 2020-08-28]. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2018/09/18/prumerny-vek-matek-se-zvysuje-ve-vsech-krajich/>

GARTHUS-NIEGEL, Susan, Cecilie KNOPH, Tilmann VON SOEST, Christopher S. NIELSEN a Malin EBERHARD 10GRAN. The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: A longitudinal cohort study. Birth: Issues in Perinatal Care [online]. 2014, **41**(1), 108-115 [cit. 2021-4-24]. ISSN 07307659. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12093

GOGELA, J., MALÝ, Z. Porodnické alternativy. Moderní gynekologie a porodnictví. 2000, roč. 9, č. 1

GOTTVALL, K. a U. WALDENSTRÖM. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology [online]. 2002, **109**(3), 254 - 260 [cit. 2021-03-13]. ISSN 14700328. Dostupné z: doi:10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x

HANDELZALTZ, J. E., BECKER, G., AHREN, M. P., LURIE, S., RAZ, N., TAMIR, Z., & Sadan, O. (2015). Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. Archives of gynecology and obstetrics, 291(5), 1055–1062.

HENDL, Jan. Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat. 4., rozš. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.

HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, C., J.C. SANS, V.A. VAL, M. MURPHY a P.C. BUSQUETS. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes.

Women and Health [online]. 2011, 51(2), 124 - 135 [cit. 2021-4-26]. ISSN 03630242. Dostupné z: doi:10.1080/03630242.2010.550991

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ. Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0274-7.

JANKE, W., ERDMANNOVÁ, G. (2003). Strategie zvládání stresu – SVF 78. Příručka. Praha: Testcentrum.

JOHNSTON, R.G. a A.E. BROWN. Maternal trait personality and childbirth: The role of extraversion and neuroticism. Midwifery [online]. 2013, **29**(11), 1244-1250 [cit. 2021-04-21]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2012.08.005

KRPOUN, Zdeněk. SOCIÁLNÍ OPORA: SHRNUÍ VÝZKUMNÉ ČINNOSTI V ČESKÉ A SLOVENSKÉ OBLASTI A INSPIRACE DO BUDOUCNOSTI - NADANÉ DĚTI. E-psychologie [online]. 2012, 6(1), 42-50 [cit. 2021-5-13]. ISSN 18028853.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

MAREK, Vlastimil. Nová doba porodní: život před životem, porod jako zázrak, první tři minuty a jak dál : přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí. Praha: Eminent, c2002. ISBN 80-7281-090-1.

MISAGO, Chizuru, Kenji TAKEHARA, Makiko NOGUCHI, Takuya SHIMANE. The positive psychological impact of rich childbirth experiences on child-rearing.[online]. 2009, **56**(5), 312 [cit. 2021-04-23]. ISSN 05461766. Dostupné z: doi:10.11236/jph.56.5_312

MOLGORA, S., V. FENAROLI a E. SAITA. The association between childbirth experience and mother's parenting stress: The mediating role of anxiety and depressive symptoms. *Women* [online]. 2020, **60**(3), 341-351 [cit. 2021-04-23]. ISSN 15410331. Dostupné z: doi:10.1080/03630242.2019.1635563

MůjPorod.eu [online]. 2018 [cit. 2020-11-20]. Dostupné z: <https://mujporod.eu/cs/podrobne-statistiky/>

NAHAEE, Jila, Sakineh MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI, Fatemeh ABBAS-ALIZADEH, Colin R. MARTIN, Caroline J. HOLLINS MARTIN, Mojgan MIRGHAFORVAND a Hadi HASSANKHANI. Pre- and during-labour predictors of low birth satisfaction among Iranian women: a prospective analytical study. *BMC Pregnancy* [online]. 2020, **20**(1), 1-11 [cit. 2021-03-12]. ISSN 14712393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-020-03105-5

O'CONNELL, Maeve A., Patricia LEAHY-WARREN, Ali S. KHASHAN, Louise C. KENNY a Sinead M. O'NEILL. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA* [online]. 2017, **96**(8), 907-920 [cit. 2020-09-25]. ISSN 00016349. Dostupné z: doi:10.1111/aogs.13138

PAŘÍZEK, Antonín. Porodnická analgezie. Moderní babictví [online]. 2004, **2004**(3) [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=144>

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

ROZTOČIL, Aleš. Porodnictví v kostce. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7.

RYAN, Roisin M. a Fergus P. MCCARTHY. Induction of labour. *Obstetrics, Gynaecology* [online]. 2019, **29**(12), 351-358 [cit. 2020-11-05]. ISSN 17517214. Dostupné z: doi:10.1016/j.ogrm.2019.09.004

SJÖGREN, B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* [online]. 1997, **18**(4), 266 - 272 [cit. 2020-09-25]. ISSN 0167482X. Dostupné z: doi:10.3109/01674829709080698

STADELMANN, Ingeborg. Zdravé těhotenství, přirozený porod. 3., přeprac. vyd. Přeložil Barbora SADÍLKOVÁ, přeložil Barbora TOMEČKOVÁ. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

TAKÁCS, Lea, Jiřina SNĚHOTOVÁ a Simona HOSKOVCOVÁ. Dotazník psychosociálního klimatu porodnice KLI-P: příručka. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2012.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

TANI, F. a V. CASTAGNA. Maternal social support, quality of birth experience, and postpartum depression in primiparous women. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* [online]. 2017, **30**(6), 689 - 692 [cit. 2021-04-23]. ISSN 14764954. Dostupné z: doi:10.1080/14767058.2016.1182980

VLČKOVÁ, Kateřina a Kateřina LOJDOVÁ. Když čísla a slova spolupracují: smíšený design v ukázkách z výzkumu moci ve školní třídě/ When numbers and words co-operate. *Pedagogická Orientace* [online]. 2016, **26**(3), 482-511 [cit. 2020-09-30]. ISSN 12114669. Dostupné z: doi:10.5817/PedOr2016-3-482

WALDENSTRÖM, Ulla., V. Bergman & G. Vasell (1996) The complexity of labor pain: experiences of 278 women, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 17:4, 215-228, DOI: [10.3109/01674829609025686](https://doi.org/10.3109/01674829609025686)

WALDENSTRÖM, Ulla. Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. 1999, **47**(5), 471-482 [cit. 2021-04-22]. ISSN 00223999. Dostupné z: [doi:10.1016/S0022-3999\(99\)00043-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00043-4)

WALDENSTRÖM, Ulla, Hildingsson INGEGERD, Rubertsson CHRISTINE a Rådestad INGELA. A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth* [online]. 2004, 31(1), 17-18 [cit. 2020-08-19]. ISSN 07307659.

WANG, Shiwan, Jinfeng LIU, Nafei GUO a Hui JIANG. The relationship between birthing related factors and maternal breastfeeding confidence in China. *Women* [online]. 2021, **34**(2), 196-202 [cit. 2021-04-22]. ISSN 18715192. Dostupné z: [doi:10.1016/j.wombi.2020.02.014](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.014)

Přílohy

1 Dotazník na porodní zkušenost

Zadání: Vyberte číslo, které nejlépe odpovídá vašemu pocitu nebo stavu pro danou otázku ve vztahu s vaším prvním porodem.

1 (vůbec) – 5 (hodně)

Jak relaxovaná jste byla během porodu?

Jak se vám dařilo použít techniky dýchání a relaxace pro zlepšení kontrakcí?

Jak sebejistá jste byla během porodních bolestí?

Jak sebejistá jste byla během vypuzovací fáze porodu?

Jak příjemný či uspokojivý byl váš pocit během porodu?

Jak moc jste měla během porodu pocit, že máte porod pod kontrolou?

Do jaké míry odpovídala realita porodu vašim očekáváním před porodem?

Jak moc jste si během porodu uvědomovala události kolem porodu?

Jak moc nepříjemné byly vaše pocity během porodu?

Pamatujete si svůj porod jako bolestivý?

Jak moc jste se během porodu obávala?

Bála jste se během porodu o stav dítěte?

Byla jste spokojena s průběhem porodu?

(Conrad, Sticker, 2018)

2 Ukázka z rozhovoru

Výzkumnice: „Když se řekne porod, co vás napadne jako první?“

Informantka: „No možná jakoby ty porodní bolesti a to jak se jako všechny maminky bojí. Takže já s tím, že jsem věděla do čeho jdu, věděla jsem co mě může potkat, jaká jsou rizika apod., tak toho jsem se samozřejmě trochu bála. No, ale pořád jsem to brala jako pozitivně. Byla jsem naladěná tak, že to prostě zvládnou, protože spousta maminek si naopak říká, že to nezvládnou a já vím, že to prostě všichni zvládnou. Věděla jsem, že to zvládnou, jenom jsem se bála, aby nebyly teda komplikace a říkala jsem si, když pak začal ten porod, že to bude ještě horší, že to ještě nic není. To jsem si pak říkala pořád, že to nic není, že to bude ještě hroší, no a když jsem pak přijela do porodnice, tak už jsem byla otevřená na 9 cm z těch 10. Pořád jsem jako čekala, kdy to začne být hrozný a ono to začlo být až jako ke konci hrozný.“

V: „A jaká byla vaše očekávání od porodu?“

I: „No já vím, že jsem už vlastně na vysoké škole jedné spolužačce říkala, že až začne porod, tak budu ve vaně, ještě jsem jí říkala, že se jako sama vyšetřím a pak na těch osmi centimetrech pojedou do té porodnice. Samozřejmě to bylo úplně jinak no, protože mi odtekla plodová voda, neměla jsem bolesti a do té porodnice jsem proto musela jet hned. Takže doma takový jako rychlý přípravy, umejt hlavu, rychlá sprcha, dovařit oběd, natankovat benzín a jeli jsme. Cesta byla asi třicet kilometrů a já jsem začala mít bolesti až v tom autě. Sprchu jsem teda nestihla, ani vanu, protože jsme přijeli do té porodnice v jedenáct hodin a před půl jednou byl na světě.“

V: „Kde jste si ta očekávání k porodu utvářela a jaké byly zdroje informací, které pro vás byly důležité?“

I: „No tak asi na té vysoké škole při studiu, ale jako nějakou úplně konkrétní představu jsem neměla. Jenom jsem chtěla být v té vaně a být co nejdýl doma. Už na vysoké škole jsem si to takhle říkala, že do porodnice chci jet až ke konci.“

V: „Mhm. Jak jste se na porod připravovala?“

I: „No, tak možná teda psychicky, ale to bylo tak jediný. Potom jsem teda masírovala hráz, tak to akorát, ale jinak jsem věřila, že to bude v pohodě, že to nebude až tak hrozný. Věřila jsem, že když to všichni zvládli, tak to taky přežiju. Jinak zvlášní příprava asi nebyla. Jo, vlastně ještě s manželem jsem říkala, že bych chtěla rodit na tom vaku, že on bude sedět za mnou a já budu o něj opřená, takže to jsme si ještě natrénovali doma, aby trochu věděl do čeho jde. Takže spíš jeho jsem v tomhle jakoby připravovala a to nám pak u porodu vyšlo. Já jsem rodila na tom vaku, manžel seděl za mnou, držel mi nohu nebo mi otíral čelo, tak to vyšlo podle představ.“

V: „Mluvila jste také o tom, že jste se připravovala psychicky. Co si pod tím mám představit?“

I: „No, věřila jsem tomu, že to zvládnou, že to nebude tak hrozný, nějakou představu jsem si udělala, připravila jsem toho manžela, tím, že vím jak to v porodnici funguje a on ne. Myslím, že je taky důležitý, že si ty maminky udělají představu jak chtějí, aby to bylo. Ono to tak samozřejmě většinou není, protože čím víc si to připravíte a ještě nejlíp si to napíšete jako porodní plán, tak pak se z toho splní strašně málo. Když jsou ty maminky na to takhle nastavené, že to takhle chtějí a takhle to musí být, tak jsou pak strašně špatný z toho, když to tak není. Jako dobrý je mít nějakou vlastní představu, ale úplně se na to nefixovat.“

V: „Co víte z vyprávění o vašem vlastním porodu, když jste přicházela na svět?“

I: „Tak vím, že mamka teda už asi měla bolesti od rána, ale sanitku si volala asi v jednu hodinu, čekala na sanitku před barákem. No a v jednu čtyřicet jsem se narodila, takže to bylo taky dost rychlý.“

V: „A máte nějaké bližší informace jak ten porod pak v porodnici probíhal?“

I: „To jsme tak ani moc neprobíraly. Tehdy byla nějaká hekárna a pak se šlo na sál. Hekárnu mamka asi ani nestihla, protože přijela a hned rodila.“

V: „A víte jak to probíhalo těsně po porodu?“

I: „Nebavily jsme se o tom, ale jako vím, že dřív se děti ukazovaly z okna, protože návštěvy nebyly a děti se vozily v těch vozíčkách.“

V: „A máte představu, jak se rodilo v rodině u vašeho partnera?“

I: „Jo, to určitě mám, protože manželova maminka měla vysoký tlak, měla také rizikové těhotenství a šla na vyvolání a její manžel jí odmítl odvézt autem, takže musela jet autobusem. Takže jela s tou taškou do porodnice na příjem a dodnes mu to vlastně nezapomněla. Myslím, že mu to dodnes jako vyčítá, že jí neodvezl, i když měli auto. Říkala, že to bylo celkem jako hrozný. Ty vyvolávané porody bývají asi bolestivější, jak je ten nástup po té tabletce rychlejší. Říkala, že když šla po druhé, tak prostě brečela, protože věděla, co jí čeká, a vůbec se na to netěšila.“

V: „Jak jste mluvila o porodu se svou a partnerovou rodinou?“

I: „No jako se svojí mamkou se vzhledem k mému povolání bavíme o těch porodech tak nějak normálně, ale o tom vlastním ani tak ne. Všichni se ale těšili na miminko, protože to je vlastně první vnouče. Možná jsem jim teda řekla, že už jedeme do porodnice, i když to někdy není moc dobrý hned hlásit, protože pak všichni volají a ptají se, takže věděli, že tam jedu a těšili se no.“

V: „Aha. Jaká slova myslíte, že by použila vaše maminka o tom, jaký byl její porod?“

I: „No asi by řekla, že to bylo rychlý, bez komplikací, vlastně asi překotný porod. Já jsem vlastně měla zlomenou klíční kost, což zjistili, až když šli domů, ale jako v pohodě.“

V: „Jakým způsobem jste o porodu hovořili s partnerem?“

I: „Taky no, tím že pracuji v té porodnici, tak už něco věděl, jak probíhá porod. Domlouvali jsme si tu porodní polohu, jak bych chtěla případně родit a co ho čeká. On se zapojil i do té masáže hráze, což ho teda bavilo. No bral to v pohodě, neměl z toho rozhodně žádný stres, tak jak občas tatínci mají, že tam nechcou. Nemá teda rád krev, to mu nedělá moc dobře, takže jsem mu říkala, že bude sedět na tom vaku za mnou a v podstatě nic neuvidí a ještě bude sedět, takže ani nebude omdlívat. Takže byl taky na to připravený a taky se těšil. Měli jsme teda trochu strach, aby neměl směnu, protože pracuje na směny, ale vyšlo to teda fakt parádně. Přijel v neděli o půlnoci domů a v pondělí jsme jeli do porodnice.“

V: „Už jste se o tom trochu zmínila, ale ještě se zeptám, jestli byste mohla více rozvést, jaká byla vaše očekávání od partnera během porodu.“

I: „Tak já jsem ho nechtěla zase nějak trápit, tím že sama jsem z toho vystresovaná nebyla. Od něj jsem prostě očekávala to, že tam se mnou bude, že mě podpoří, že mě bude

držet za ruku nebo pak teda na tom vaku. Víím, že někdy jsou z toho tatínkové dost nervózní, že tam třeba ani nechtěli být, což pak ani není žádný přínos, když jsou tatínci spíš přemluvení a nechtějí to sami. To on teda nebyl, byl úplně úžasnej. Chtěla jsem prostě aby tam byl, aby mě podpořil. On z toho byl opravdu víc vystresovanej než já, takže já jsem možná byla někdy spíš jeho podpora, jakože je vše v pohodě.“

V: „Lišila se tedy Vaše očekávání od partnera od skutečnosti?“

I: „Nelišilo. Víím, že někdy chlapi mohou reagovat jinak, než v běžném životě, jak je člověk zná, ale on byl úplně v pohodě, bral to pozitivně, taky už se těšil. Jako začátek byl takovej, že mě odtekla ta voda a on z toho byl trochu vyplašenej. Tak jsem mu řekla, že prostě pojedeme do porodnice, ale pak už byl v pohodě. Držel mě za ruku, otíral mi čelo, všechno, co jsem potřebovala. Vždycky na monitoru mi hlásil, kdy začíná kontrakce. Pomáhal mě vstát, posadit se.“

V: „Mhm. Jak byste popsala váš vztah s partnerem?“

I: „Máme vlastně po svatbě, přestěhovali jsme se do domečku, tak jsme si to užívali, sportovali jsme, jezdili jsme na výlet a u porodu taky, nedošlo k nějaký změně chování nebo tak. No a po porodu bylo taky všechno v pohodě. Jako od porodu je samozřejmě míň toho času, ten život se změní. Nemůžeme chodit sportovat, na večere apod., ale jinak to je v pohodě.“

V: „Co vás vedlo k tomu rozhodnutí, že jste se vzali?“

I: „No, to bylo takový společný přesvědčení nebo názor, že nejdřív teda svatba a potom děti. Věděli jsme, že děti chceme a když už jsme bydleli v tom domečku, tak pak následovala ta svatba. Takovej náš životní názor to je.“

V: „Aha. Měla jste z porodu strach?“

I: „Měla jsem strach z komplikací, které mohou nastat. Neměla jsem strach z toho, že když to bude bolet, že to nezvládnou, to ne. Ale měla jsem strach, aby nebyly komplikace.“

V: „Měla jste nějakou konkrétní představu, z jakých komplikací máte obavy?“

I: „Neměla jsem vyloženě strach z něčeho konkrétního. Víím, že když je to nutný, musí se udělat císařský řez nebo třeba použít vakuumextraktor, toho jsem se nebála. Víím,

že je to proto, aby se zachránilo to miminko nebo předešlo nějakým komplikacím. Měla jsem strach, že třeba bude větší a že to nepůjde spodem a bude císařský řez, ale spíš tak jako obecně.“

V: „Měla jste pak strach během toho porodu?“

I: „Tak ten strach je asi až do konce no. Dokud není mimčo venku, tak se pořád může něco stát. Ještě vím, že jsem se ptala té kamarádky (porodní asistentky), jestli to půjde.“

V: „Co vám tedy pomohlo ten strach zvládnout?“

I: „Tak to, že tam byl ten manžel, že tam na to člověk nebyl sám. No a pak jak říkám, že tím, že prostě to bylo dost rychlý, tak když jsme přijeli do té porodnice, teď než se udělá ten příjem, natočí se křivka, tak za chvíli se vlastně šlo hned tlačit. Nebylo tam prostě x hodin, kdy by člověk mohl přemýšlet, a že to nejde a že to jde pomalu a nepůjde to. Šlo to docela rychle, takže na to nebyl moc čas vlastně.“

V: „Teď bych vás poprosila, jestli byste mi podrobněji popsala celý ten průběh porodu.“

I: „Mě vlastně ráno o půl deváté otekla plodová voda, takže jsem věděla, že musím do nemocnice. Tašku jsem měla sbalenou, dochystali jsme teda pár věcí, rychle jsem se osprchovala a jeli jsme. Po té cestě začaly bolesti, jakoby se stupňovat. My jsme jeli ještě tankovat, manžel pak ještě pouštěl chodce na přechodu, tak jsem mu říkala, ať už je nepouští, že už jako jedem. Přijeli jsme do té porodnice. Ještě jsem docela vysmátá přišla na to oddělení a říkám, že jdu k porodu. To bylo jedenáct hodin. Pak už to začalo zesilovat, pak jsme přišli na porodní sál a mě se udělalo špatně. Potřebovala jsem na záchod, zvracet se mi chtělo, tak jsem teda nevěděla jestli jedno nebo druhý. Úplně jsem byla zpocená a pak mě vyšetřili a zjistili, že už je to teda devět centimetrů. Takže se natočila ta křivka, vzala jsem si košili, šla jsem na porodní box. Pak se ta křivka točila znova, protože to nebylo úplně fyziologický. Měli jsme tam tu žíněnku, nachystal se ten vak, ale jak říkám, sprchu jsem nestihla, klistýr jsem nestihla a za chvíli už se šlo tlačit. Ve 12:25 se pak narodil.“

V: „Byl porod z vaší perspektivy náročný?“

I: „Náročný to bylo vždycky při té bolesti.“

V: „Co vám pomáhalo tu situaci zvládnout?“

I: „Tím, že tam byl ten manžel, který mě otíral, pomáhal mi nahoru, dolů. Co jsem potřebovala napít, podat, tak tam byl prostě pro mě.“

V: „Mluvila jste o tom, že v jednu chvíli nebyla křivka fyziologická. Probíhaly tedy během porodu nějaké komplikace?“

I: „Byla tam akorát pak zadní plodová voda zkalená, ale to bylo jediný.“

V: „A jaké bylo potom Apgar skóre?“

I: „Já myslím, že 9-10-10, asi za tu barvu tam bylo, že byl takovej fialovej maličko.“

V: „Byly vám v průběhu porodu podávány nějaké léky nebo provedeny nějaké jiné intervence?“

I: „Akorát oxytocin v té závěrečné fázi, protože někdy se stane, že hlavička tam už skoro je, ale ty kontrakce se rozestoupí, že tam je mezi nima delší čas. Takže na posílení těch kontrakcí ke konci teda oxytocin. No a nástřih hráze byl, protože nejsem zrovna vysoká, takže to mě jako vůbec nevadilo, a po porodu methylergometrin. To se standardně dává.“

V: „Dobře. Jak jste vybírala porodnici?“

I: „Úplně jednoduše, tam kde pracuju.“

V: „Ano. Také by mne zajímalo, jestli jste měla porodní plán nebo přání?“

I: „Neměla.“

V: „A měla jste nějakou, tedy nesepsanou představu nebo přání, jak byste chtěla porodit?“

I: „Jo, to jsem měla tu představu, že chci родit na tom vaku, chtěla jsem být v té vaně nebo sprše, tak to se nestihlo. Poloha na vaku teda proběhla. Jinak prostě vím, že spoustu věcí, tak jak se to v porodnici dělá, tak to je takovej standard, takže nebylo potřeba si prostě jako řešit, že chci miminko na břicho, protože vím, že se to prostě dělá. Nějaký další ty jakože dotepat pupečník a ošetření na břicho, to jsem prostě neměla, protože vím, že to, jak se to dělá, mi přijde jakoby v pohodě. Samozřejmě daly by se některý věci víc jakoby, kolem

toho bondingu apod., ale vím, že prostě když člověk rodí v porodnici, tak nechce rodit doma, a tam jakoby musí prostě přijmout nějaký ty věci, který se tam takhle dělají.“

V: „Co by tedy podle vás mělo být jinak, abyste to označila za ideál?“

I: „Říkám mě osobně to tak vlastně přijde v pořádku. Miminko se dá na břicho, pokud je vše v pořádku, nějakou dobu tam chvíli leží, pak si ho sestřičky odnesou, aby ho změřily a zvážily. Nemusí to být hned, ale mě to bylo tak nějak, nechci říct jedno, ale nevádí mi, že si ho na 10 minut třeba odnesou a jdou ho změřit a zvážit. Víím, že někdo tohle nechce. Takže si ho zváží a zase zabalí a vrátí zpátky na břicho tý maminky. Takže mi ho pak vrátili a dvě hodiny po tom porodu tam s náma prostě ležel.“

V: „Mhm. Ještě mě napadá, že to zní tak, že jste měla velmi jasnou představu, že chcete rodit na tom porodním vaku. Co vás k tomu vlastně vedlo?“

I: „No já jsem nechtěla rodit na té posteli. Přišlo mě to takový, nevím jak to říct, příjemnější. Člověk se pak necítí tak jako v té nemocnici s nohama nahoře. Ono na tom vaku je ta poloha beztak stejná, jen je to pro ten personál náročnější a museli mi držet nohy. Nicméně kdyby to nevyšlo, tak by to prostě nevyšlo.“

V: „Aha. Můžete shrnout, jak jste byla celkově s porodem spokojená?“

I: „Já jsem byla spokojená maximálně, stále říkám, že bych šla rodit klidně znova. Komplikace nebyly, bylo to rychlý. Samozřejmě to bolelo, to bohužel k tomu patří, ale tak nějak i ty představy vyšly, takže jsme si to docela užili.“

V: „A co bylo pro tu vaši spokojenost klíčové?“

I: „To, že nebyly komplikace, že tam byl ten manžel, že to stihl a že bylo vše v pořádku. Velké plus bylo to, že jsem znala ten personál, to bylo velké plus navíc.“

V: „Chápu. Zkusila byste teď prosím říct, co podle vás ženy potřebují k dobrému porodu?“

I: „Tak všichni chtěou, aby to bylo rychlý a bezbolestný. Že to nebude bezbolestný, vědí, takže si přejou, alespoň aby to bylo rychlý, protože když se to protahuje a jde to pomalu, tak je to náročný. Ony jsou unavené, pak mají pocit, že to nejde a začnou podléhat

trochu panice a vzdávají to. Takže aby to bylo trochu rychlý to chce. Většina chce asi taky mít tam podporu partnera nebo někoho jiného, aby věděly, že na to nebudou samy.“

V: „Dobře. Co si představujete pod pojmem ideální porod?“

I: „No za mě je to určitě porod bez komplikací, rychlý a mít tam fajn personál.“

V: „Je něco, co byste potřebovala, aby bylo u vašeho porodu jinak?“

I: „No, je to porod, tam si člověk nemůže vybírat. Třeba by se mi líbil větší a hezčí porodní sál s lepším vybavením. Tam u nás to není úplně tak moderní, ale to jsou prostě drobnosti. Pokud je vše v pořádku, tak člověk ty drobnosti pomine, jakože to, že jsem nemohla jít od tý sprchy, to je nakonec úplně bezvýznamný.“

V: „A jak na vás tedy působilo to prostředí, kde jste rodila?“

I: „Já to prostředí znám, jsem na něj zvyklá, takže jsem neměla žádný jiný očekávání, ale neříkám, ty porodní sály jsou tam malé. Vybavení je tam dost stejný jako jinde, co se týká balonů, žíněnek, aroma oleje, hudba, to všechno tam člověk má, takže jen ten prostor.“

V: „Už jsme o tom trochu mluvily, ale ještě se by mě více zajímalo, jak po porodu probíhal váš kontakt s dítětem.“

I: „No přiložili mi ho na břicho, za dvě hodiny, když mě odváděli z porodního sálu, tak si miminko odnesou, vykoupu, zabalí. Mě potom převezli na vozíčku, došla jsem akorát do sprchy, udělalo se mi špatně, takže mě převezli. Chvilku jsem si odpočinula a pak jsem chtěla mít dítě už hnedka u sebe, takže mi ho sestřičky daly. Sice mi nabízely, že třeba první noc ho můžu nechat u nich, ale já ho chtěla mít u sebe.“

Šestinedělí

V: „Jaké pak byly první dny po narození dítěte?“

I: „No, tak člověk je ještě takovej unavenej. Mimčo samozřejmě brečí, brečí v noci, tak k němu člověk musí furt vstávat. V nemocnici jsem byla na nadstandardu, takže jsem tam byla sama, tak mě alespoň nebudilo nějaké druhé dítě. Člověk se pak snaží odpočívat i přes den. Když spí mimčo, tak taky spát, i když v té nemocnici to také moc nejde, protože

se pořád něco děje. Pořád jsou nějaké vizity, uklízečky, sestřičky a tak. Za tři dny jsme šli pak domů.“

V: „Jak potom probíhalo to šestinedělí?“

I: „Úplně v pohodě si myslím. Doma jsme to měli nachystaný. Já jsem spala s malým v obýváku, aby se mohl manžel vyspat do práce, takže jsem byla asi půl roku odstěhovaná v obýváku. Bylo to i pohodlnější, protože jsem tu měla přebalovací pult a když jsem v noci vstávala, tak jsem tu měla vše při ruce. Jinak jsme si to užívali, malej byl hodnej, nějak nebrečel, jen spal a jedl.“

V: „Jak jste s šestinedělím spokojená?“

I: „Jo, bylo to fajn. Spokojená s jeho průběhem jsem.“

V: „Zkuste tedy prosím ještě popsat váš typický den v době šestinedělí.“

I: „Člověk 3×, 4×, 5× za noc vstane, přebalí a nakrmí dítě. No, hodně spinkal, tak prostě postarat se o to mimčo, uvařit, když spal, tak si taky odpočinout. Člověk hodně odpočívá no. Občas teda přišla nějaká návštěva, někdo se přišel podívat.“

V: „Jak jste to období prožívala po psychické stránce?“

I: „No, byli jsme hlavně rádi, že je vše v pořádku, že už jsme doma. Malej byl hodnej, takže to nebyl žádný stres, jako když miminko celý dny a noci brečí, takže jsme si to užívali. Hodně jsme chodili na procházky s kočárkem.“

V: „Mluvíte o tom hodně pozitivně. Co myslíte, že tam bylo klíčové pro to, aby to byla takto pozitivní zkušenost?“

I: „Byla jsem prostě pozitivně naladěná, těšila jsem se. Bylo to chtěný miminko a pak už jsem si nějaký komplikace v šestinedělí nepřipouštěla. No, ale jako jak říkám, on je prostě hodnej. Něco jinýho by asi bylo, kdyby celý noci nebo několik hodin v noci probrečel. Člověk by pak byl určitě hodně unavený a nevěděl by si rady. Hraje roli i to, jak je to první dítě a člověk nemá žádný zkušenosti. Jasně, někdy se to taky u nás stalo, ale opravdu výjimečně. Celkově je prostě hodnej.“

V: „Jakou úlohu v tomto období sehrála vaše zkušenost z porodu?“

I: „Tak možná, že tím, že ten porod byl takový jaký byl, teda takový jaký jsme si ho naplánovali a nebyly žádné komplikace, tak i to pak pokračovalo dál v tom šestinedělí.“

V: „Mhm. S kým jste byla v době šestinedělí v kontaktu? Kdo vás navštěvoval?“

I: „Tak ta rodina hlavně, babičky, strejda, teta a kamarádky většinou až po šestinedělí. Většinou už mají děti, tak ví, že v tom šestinedělí by stejně neměly být moc návštěvy, takže hlavně ta rodina.“

V: „Aha. Jak u vás probíhá kojení? Jaké byly začátky?“

I: „Nebyly žádné problémy, protože ačkoli mám malý prsa, tak toho nakojí víc než ty velký. Třeba tchýně, tak ta měla velký prsa a nekojila vůbec a já bych mohla kojit klidně paterčata. Takže já jsem měla mlíka hodně, já jsem odstříkávala, dávala si to do mrazáku na horší časy. Taky techniku kojení jsem znala už ze školy. Ohledně kojení jsem teda byla taky dost poučená a on se hezky přisál, mlíka jsem měla od začátku hodně, takže nebyly žádné problémy.“

V: „Takže to nastartování kojení proběhlo bez obtíží?“

I: „Jo, já vlastně už když jsem ležela v tý porodnici kolem toho 30. týdne, tak mě už teklo to mlezivo a já jsem vlastně byla pořád mokrá. Košile mokrá, postel mokrá, všechno, takže to se nastarovalo taky úplně pohodě.“

Strategie zvládání stresu

V: „V závěru rozhovoru bych vás poprosila, jestli byste zkusila popsat sama sebe. Jaká jste?“

I: „No, tak to se na to opřu. Jaká jsem. Víím o sobě, že když se pro něco rozhodnu nebo nadchnu, tak to chci nejlépe hned. To jsem vždycky taková hodně nadšená do toho, snažím se udělat maximum a jak říkám, opravdu nejlíp hned. Když někdo potřebuje pomoci, tak se snažím vyhovět, ale myslím, že jakoby ne úplně, že nejsem takovej ten člověk, který by se rozdal na úkor sebe, což třeba má můj manžel, ten když něco slíbí, tak to musí udělat na 150 %, jinak je z toho špatnej. Já zase mám takový hranice. Ale i vzhledem k tomu povolání jo, já jsem chtěla být lékařka a jsem teda porodní asistentka, což není tak daleko,

takže i ta pomoc ženám ve zdravotních problémech tam samozřejmě je. Třeba by mě ale nebavilo pracovat někde se seniory, to já potřebuju zase trochu tu akci a adrenalin v práci. Jinak jsme oba s manželem hodně aktivní, rádi sportujeme. Vždycky jsem hodně sportovala, tancovala, něco dělala. Snažíme se myslet pozitivně a hledat jakoby tu nejlepší cestu. Třeba i v tom mateřství se snažím dělat to, co je nejlepší, i když občas ostatní mají jiný názor, že by se to třeba mělo dělat jinak. Ale někdy člověk taky neví, co je vlastně nejlepší, tak o tom i dost jako přemýšlím, jak by to člověk měl dělat.“

V: „Zkuste prosím ještě říct, jak myslíte, že by vás popsál váš partner.“

I: „No jak kdy no. Někdy by asi řekl, že jsem super, že se o něj postarám, uvařím, že si rozumíme. Někdy říká, že jsem taková furt nabručená, když to tak řeknu, divná. Samozřejmě je to tak, když toho má člověk hodně. Nejsem pak moc komunikativní, ukecaná. Říká taky, že jsem málo drbna a málo s holkama klábosím a tak, tak možná, že to tak je. Jsem asi spíš uzavřená ve společnosti, kde lidi tolik neznám, a otevřu se až pak s těma kamarádkama. To můj muž je takový extrovert, že přijde do společnosti lidí, které vůbec nezná a všechny je tam baví a se všema je kamarád. To já zas ne. Když jsem s ním, tak on baví společnost a já mlčím.“

V: „A jak by vás tedy popsaly vaše kamarádky?“

I: „Asi, že jsem fajn, že se se mnou dá o všem bavit, že když můžu, tak pomůžu. Asi by řekly, že jsem akční.“

V: „Mhm. A jak se vyrovnáváte s nějakými náročnějšími životními situacemi?“

I: „No, říkám si většinou, že všechno zlý je pro něco dobrý, že když se něco stane, že to tak asi mělo být. Nicméně člověk to většinou dokáže posoudit až zpětně s odstupem času a v té dané situaci se to snažím vždycky nějak překonat třeba sportovní aktivitou, koníčky a snažím se jít dál. Nikdy není tak špatně, aby nemohlo být hůř, takže asi tak.“

V: „Dobře, děkuji. Úplně na závěr vás poprosím, jestli byste zkusila vyjádřit na stupnici 1–5 faktory, které ženy potřebují k dobrému porodu. Přičemž 1 je úplně nejdůležitější a 5 nejméně, ale i ta 5 je důležitou součástí těch faktorů, které napomáhají spokojenosti žen s porodem.“

I: „Asi mít tam někoho blízkýho, to je nejdůležitější (1), aby to bylo rychlý a moc to nebolelo (2), aby nebyly ty komplikace (3), taky asi aby byly v prostředí, které alespoň trochu znají (4), aby se byly podívat na tom porodním sále na prohlídku nebo kurzu, aby věděly, co je čeká. A taky aby to bylo podle jejich představ, pokud nějakou představu mají (5). Prostě pokud nějakou představu mají, tak aby to splnilo jejich očekávání, někdy představu nemají a plán nemají, tak pro ně to důležitý není, ale pokud představu nebo porodní plán mají, tak chtějí, aby to bylo splněné a je to myslím hodně důležité.“

V: „Napadá vás ještě něco, co byste o sobě, porodu nebo poporodním období chtěla říct?“

I: „Už jsem asi řekla všechno. Nebo ještě bych chtěla říct, že je myslím pro ženy blbý, když si čtou moc informací na internetu. Je lepší to nečíst, protože člověk je tak individuální a u porodu to prožívá úplně jinak. Každý má jiný práh bolesti a každý to jinak zvládá. Když si ty ženy přečtou různé negativní zkušenosti, tak z toho bývají často dost vystresované. Takže to vůbec nedoporučuju, protože to stejně má každý jinak. Nejlepší je soustředit se na sebe a na to, co on bude a chce mít, a neřešit jak to měli ostatní, protože to je úplně k ničemu.“

V: „Dobře, tak Vám moc děkuji za rozhovor.“