

Teze dizertační práce

**Vliv sociálně psychologických faktorů porodního
zážitku na ranou rodičovskou self-efficacy
prvorodiček**

**Social-psychological aspects of childbirth
experience and their impact on early parental
self-efficacy of first-time mothers**

Eliška Kodyšová

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Sociální psychologie

*Doktorské kombinované studium
Zahájení studia 2009/2010
Podání práce 2013*

Abstrakt:

Období vstupu do rodičovství je významným přechodovým obdobím v psychické ontogenezi ženy. Důležitým faktorem předvídajícím rodičovské kompetence a emoční pohodu je rodičovská self-efficacy (vnímaná rodičovská účinnost). Nedávné studie ukazují, že rodičovskou self-efficacy matky může ovlivnit i spokojenost s porodním zážitkem. Ta je zase predikována sociálně psychologickými aspekty porodního zážitku, především oporou ze strany zdravotníků a pocitem osobní kontroly. V longitudinálním dvoufázovém výzkumu jsme proto sledovali faktory ovlivňující rodičovskou self-efficacy v období kolem narození prvního dítěte a jednotlivé determinanty porodního zážitku. S využitím postupů mnohonásobné lineární regrese jsme zjistili, že ačkoli je rodičovská self-efficacy z velké míry založena už před porodem, opora ze strany zdravotníků při porodu a snadná utišitelnost dítěte ji mohou významně pozitivně ovlivnit. Potvrdili jsme také rozhodný vliv opory ze strany zdravotníků při porodu na spokojenost s porodním zážitkem i v našem souboru, reprezentativním pro prvorodičky v ČR.

Úvod

Téma vstupu do rodičovství se v dnešní době týká v ČR významné skupiny žen. Vzhledem k posunu průměrného věku porodu prvního dítěte (v r. 2005 na 26,6 let) se nyní stává matkami významná kohorta žen narozených v 80. letech (Eurostat, 2006). Navzdory poklesu porodnosti je rodičovství stále významnou hodnotou a cílem řady osob: dítě nyní neplní ekonomické, ale spíše psychosociální potřeby rodičů.

Období vstupu do rodičovství je zvláště pro ženy významnou životní změnou. Procesní vývojové modely (Gloger-Tippelt, 1988) popisují především období počátku těhotenství a porodu a raného rodičovství jako kritické pro sebejistotu a pocit kompetentnosti. Vedle výrazné změny sociálních rolí, a tím i potenciální změny statusu a sebekoncepcce, zažívá žena na tělesné úrovni řadu intenzivních procesů spojených s těhotenstvím, porodem a šestinedělím, případně i kojením dítěte. Ty pak ovlivňují přímo (vlivem hormonů na CNS) i nepřímo (kognitivním zpracováním) její prožívání a chování. Zároveň tyto ve své podstatě fyziologické procesy neprobíhají v sociálním vakuu, ale jsou vysvětlovány a ovlivňovány sociálním kontextem – rodinou, dalšími blízkými osobami, médii a veřejným míněním, ale i zdravotníky, kteří o ženu při porodu a v těhotenství pečují. Interakce s nimi a její charakteristiky jsou pak hlavními faktory kvality porodního zážitku. Studie z nedávné doby zároveň spojily spokojenost s porodem s vyšší rodičovskou self-efficacy.

Teoretická východiska

Rodičovská self-efficacy (někdy překládaná jako sebeuplatnění nebo vnímaná osobní účinnost) je v období vstupu do rodičovství důležitou dimenzí psychické odolnosti. Označuje „názory nebo hodnocení, které má rodič o svých schopnostech zorganizovat a provést sérii úkolů vztahujících se k rodičovské péči o dítě“ (Montigny & Lacharité, 2005) a je hlavní základnou rodičovských praktik (Bandura, 1997). Vysoká rodičovská self-efficacy koreluje s adekvátnějšími rodičovskými praktikami, které jsou charakterizovány více responzivním, stimulačním a netrestajícím přístupem (Stifter & Bono, 1998) a s větší mateřskou citlivostí a vřelostí (Teti & Gelfland, 1991); u matek je spojována s nižším výskytem deprese v prvních měsících po porodu (Cutrona & Troutman, 1986) a psychosociálního stresu (Halpern & McLean, 1997), a naopak s lepší vazbou s dítětem, spokojeností v manželství i s lepší adaptací na rodičovství (Williams, et al., 1987). Self-efficacy také zmírňuje dopady nízkého socioekonomického statutu na rodičovské chování u rizikových skupin, jako jsou chudé rodiny (Raikes & Thompson, 2005; Raver & Leadbeater, 1999) nebo svobodné matky (Jackson & Huang, 2000).

Rodičovská self-efficacy se vytváří již předtím, než se jedinec stane rodičem. Předporodní faktory rodičovské self-efficacy lze podle Bandurovy (1997) teorie zdrojů self-efficacy klasifikovat následovně:

1. Osobní zkušenosti s pečováním o malé děti, např. o mladší sourozence či jiné svěřence (Montigny & Lacharité, 2005), jako zkušenost zvládnutí (mastery experience).
2. Pozorování ostatních (především osob, se kterými se jedinec srovnává) v rodičovské roli či při péči o malé děti, např. na předporodních kurzech (Feinberg, Jones, Kan, & Goslin, 2010) nebo pozitivní zkušenost s péčí vlastních rodičů (Leerkes & Crockenberg, 2002), tedy přenesená zkušenost (vicarious experience).

Po porodu zvyšuje rodičovskou self-efficacy mj. informační opora získaná v nemocnici od zdravotníků (Salonen, Kaunonen, Astedt-Kurki, Järvenpää, Isoaho, & Tarkka, 2009) a temperament dítěte: nejvyšší self-efficacy mají matky malých dětí, které se snadno rozruší, ale i snadno utiší (Leerkes & Crockenberg, 2002). Příčinu lze hledat mj. i v tom, že self-efficacy se zvyšuje postupným a každodenním nácvikem činností spojených s péčí o dítě (Froman & Owen, 1989). Mezi další zdroje vyplývající z teorie self-efficacy je dostupnost verbálního přesvědčování a zvládnání emocí, stresu či únavy. Tuto funkci může plnit či facilitovat dostupná sociální opora v rodičovství.

Self-efficacy v jedné oblasti však může být zvýšena i jiným způsobem než posilováním kompetencí v této oblasti. Bandura (1997) uvádí několik způsobů generalizace self-efficacy, mezi které patří zvýšení self-efficacy v jiné oblasti, ale ve stejném časovém období, a velmi silná zkušenost zvládnutí. Jako příklad Bandura uvádí svůj experiment s fobiky, kteří po překonání fobie z plazů pak udávali výrazně zvýšenou sebedůvěru i v dalších oblastech. To je možným teoretickým vysvětlením toho, proč lze za jeden ze zdrojů rodičovské self-efficacy považovat i porodní zážitek.

Porod dítěte je jedním z nejintenzivnějších vývojových přechodů v životě. Dopady porodního zážitku jsou proto v centru řady výzkumů. Souvislost porodního zážitku či péče při porodu a pozdějšího rodičovství zmiňují už klasici vývojové psychologie: Winnicot se zajímal o vliv porodní zkušenosti nejen na dítě, ale i na jeho matku, a o interakce mezi dyádou matka-dítě a jejím okolím, včetně lékařských autorit (Winnicot, 1987). Bowlby dokonce uvádí: „Důkazy z výzkumů naznačují, že ženy, které mají kvůli svým předchozím zkušenostem výraznější sklony k rozvoji nepříznivých rodičovských postojů, jsou více než obvykle citlivé vůči tomu, co se s nimi děje při porodu a po narození jejich dětí. Pro tyto ženy mohou negativní zkušenosti v této době, zdá se, znamenat poslední kapku.“ (Bowlby, 1984)

Nedávné výzkumy zaměřené na vývoj rodičovské self-efficacy také určily spokojenost s porodním zážitkem jako významnou, ačkoli jen mírně působící proměnnou (Bryanton, Gagnon, Hatem, & Johnston, 2008; Salonen et al, 2009). Nesledovaly však ani vývoj rodičovské self-efficacy v období před a po porodu, ani jednotlivé faktory spokojenosti s porodem. Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham, & Fitzmaurice (2003) ale uvádějí, že měření samotné spokojenosti s porodním zážitkem, bez sledování jeho jednotlivých proměnných, může být silně závislé na rozličných faktorech souvisejících nejen s kvalitou péče, ale i s typem péče poskytovaným v daném zdravotnickém zařízení, s charakteristikami respondentky (věk, účast na předporodní přípravě), ale i s metodologickými charakteristikami výzkumu (jeho načasování či způsob položení otázky). Samotná vzpomínka na porod je obvykle velmi intenzivní a trvalá a nemění se ani po 15-20 letech. Nejsilnější přitom jsou vzpomínky na emočně či fyzicky silné zážitky (velmi silná bolest či úzkost, samotné narození dítěte), ale i vzpomínky na péči, která byla ženě poskytnuta (Simkin, 1991). V souladu s Teijlingenem uvádí Waldenström, že vzpomínka na porod se může měnit v průběhu prvního roku po porodu; kritickým faktorem změny k lepšímu či k horšímu je přitom spokojenost, respektive nespokojenost s přístupem zdravotníků při porodu (Waldenström, 2004). To potvrdila i další studie trvalosti porodního zážitku (Stadlmayr et al, 2006).

Hlavní determinanty kvality porodního zážitku tedy podle současného stavu poznání jsou:

1. **Determinanty na straně ženy:** ačkoli se vliv konkrétních osobnostních charakteristik na spokojenost s porodem neprokázal, strach z porodu jednoznačně ovlivňuje fyziologii i následné hodnocení porodu: úzkost před a při porodu vede totiž ke zvýšené produkci

katecholaminů (stresových hormonů), díky níž se první doba porodní prodlužuje (Alehagen, Wijma, & Wijma, 2006) a která zintenzivňuje bolest v oblasti pánve a zvyšuje percepci bolesti na kortikální úrovni (Lowe N. , 2002). Také výzkum žen se sklonem ke katastrofizování bolesti potvrdil, že tyto ženy prožívají kontrakce a porod jako celek negativněji (Bussche, Crombez, Eccleston, & Sullivan, 2007). Na druhou stranu důvěra ve vlastní schopnost porod zvládnout a celková vyšší self-efficacy hodnocení porodu zlepšuje (Bandura, 1997; Christiaens & Bracke, 2007).

Je také pravděpodobné, že určité osobnostní charakteristiky, především některé kognitivní strategie zvládnání (vyhýbavá strategie zvládnání, domněnka „jsem lepší než ostatní“ spojená s nízkou frustrační tolerancí) zvyšují riziko posttraumatické stresové poruchy (PTSD) po porodu (Edworthy, Chasey, & Williams, 2008; Sawyer & Ayers, 2009).

2. **Determinanty týkající se porodního procesu:** velmi silná bolest při porodu, především v druhé době porodní, může porodní prožitek negativně ovlivnit a vést až k PTSD, a to i navzdory jiným ochranným vlivům (Soet, Brack, & Dilorio, 2003); přesto její vliv není tak přímý jako vliv charakteristik péče (Hodnett, 2002). Řada studií také zmiňuje způsob vedení porodu (porod kleštěmi či císařským řezem) jako zdroj nespokojenosti s porodním zážitkem, především pokud byl v rozporu s očekáváními ženy (Schytt, Green, Baston, & Waldenström, 2008).
3. **Determinanty týkající se psychosociálních charakteristik porodní péče:** interakce se zdravotníky patří ke klíčovým proměnným porodního zážitku, a jak bylo uvedeno výše, má konečný vliv na dlouhodobý porodní prožitek a působí i na vznik PTSD (Sawyer & Ayers, 2009). Ve studiích se nejčastěji objevují dvě zásadní proměnné – sociální opora ze strany zdravotníků či doprovázející osoby a osobní kontrola, kterou žena při porodu zažívá (Fowles, 1998; Takács & Kodyšová, 2011). Ukazuje se také, že opora a kontrola jsou vzájemně provázány: cítí-li žena oporu pro zvládnutí náročných fází porodu, zvyšuje se u ní zároveň pocit kontroly (Fair & Morrison, 2012; Ford & Ayers, 2009). Ve výzkumech se obvykle rozlišuje osobní kontrola interní – nad příliš intenzivními vjemy či pocity – a externí – tedy nad tím, co se děje kolem ní (Green & Baston, 2003).

Interakce mezi rodící ženou a zdravotníky tedy hraje klíčovou roli pro pozdější hodnocení porodu. Důležitou podpůrnou charakteristikou pozitivní interakce je vzájemná důvěra, o které mluvil už Donald Winnicot. Ve své přednášce pro porodní asistentky vyslovil názor, že právě proto, že zdravá matka je vyvráslou a dospělou osobností, není schopna předat při porodu kontrolu porodní asistentce či lékaři, které nezná. Pokud nemá možnost zdravotníky poznat a vybudovat si k nim důvěru, snaží se pak držet kontrolu ve vlastních rukou, případně obviňuje zdravotníky z problémů, jež nastaly, ať už to je jejich chyba či nikoli (Winnicot, 1987). Významný vliv na průběh interakce mezi ženou a zdravotníky tedy leží v rukou zdravotníků a systému zdravotní péče při porodu, který poskytuje pro tuto interakci kontext, a tím nastavuje i její formy a hranice.

Důležitým aspektem interakce zdravotníků s rodičkou je sociální opora, ta však nepůsobí přímočaře a sama o sobě. Percepce sociální opory je závislá i na zkušenostech z primární rodiny: teorie podpůrných vztahů postuluje, že kladné, přijímající vztahy v primární rodině souvisí s vyšší percepcí sociální opory (Sarason, Pierce, Bannerman, & Sarason, 1993). Další, významná oblast výzkumu hledá souvislost mezi percepcí sociální opory a stylem citového připojení (adult attachment), který

ostatně souvisí nejen s rodinnými vztahy, ale i se sebekoncepcí a vztahy s ostatními. Studenti s bezpečným typem připoutání uvádějí zároveň vyšší úroveň percipované opory, která snižuje pocity osamění (Bernardon, Babb, Hakim-Larson, & Gragg, 2011). Dalším faktorem percepce opory ze strany zdravotníků je i oxytocin. Je prokázáno, že zvýšená hladina centrálního oxytocinu a počet oxytocinových receptorů (vyskytující se i při porodu) ovlivňují specificky sociální percepci, především percepci opory (Heinrichs, von Dawans, Domes, & others, 2009) a důvěryhodnosti (Mikolajczak, a další, 2010). Účinky centrálního oxytocinu na ženy se přitom liší od jeho účinku na muže (Lischke, a další, 2012). Při porodu jsou ženy např. citlivé především na stres, který zdravotníci prožívají a který vede i ke snížení percipované sociální opory, a následně i spokojenosti s porodem (Schwab, 2001).

Vyslovili jsme proto předběžnou hypotézu, že sociálně-psychologické charakteristiky porodního zážitku ovlivňují rodičovskou self-efficacy. Na základě této hypotézy byl navržen dvoufázový explorativní výzkum.

Průběh výzkumu

Sběr dat probíhal od jara 2011 do podzimu 2012 ve dvou fázích. První fáze průzkumu se zúčastnilo celkem 231 žen, druhé fáze 118, jejichž data byla následně využita pro finální analýzu. Všechny ženy zařazené do výzkumu byly s to dobře porozumět dotazníku v češtině, čekal je jejich první porod a v době vyplnění dotazníku byly mezi 32. a 42. týdnem fyziologického těhotenství. Prvorodičky byly do výzkumu zařazené z toho důvodu, že jejich zkušenost s péčí o malé děti byla významně nižší než u vícerodiček, a tak jejich rodičovská self-efficacy mohla být porodním zážitkem více ovlivněna. Závěr těhotenství jako dobu vyplňování dotazníku jsme zvolili proto, že v tomto období už ženy intenzivně prožívají blízkost porodu a narození dítěte (Gloger-Tippelt, 1988); navíc vědí, že pokud by se dítě narodilo, je už životaschopné. Po uplynutí 2 měsíců od očekávaného termínu porodu jim je zaslán druhý dotazník, a to formou webového linku odkazujícího na server SurveyMonkey.com, nebo jako vytištěný formulář v obálce poštou. Dva měsíce po porodu jako okamžik druhé fáze výzkumu jsme zvolili proto, že v té době už skončilo rané novorozenecké období a zároveň období šestinedělí, a ženy se už obvykle naladily na potřeby svého dítěte.

Co do způsobu porodu a poporodní péče byl vzorek reprezentativní pro populaci prvorodiček v ČR. Jejich věk a vzdělání byly přitom vyšší než dostupné údaje o průměrném věku a vzdělání prvorodiček.

Metody

V **první fázi výzkumu** ženy vyplňovaly dotazník s běžnými sociodemografickými položkami a položkami zaměřenými na obecný průběh stávající gravidity a termín porodu. Dále byla zjišťována úroveň *sociální opory* z hlavních zdrojů (rodiče, přátelé, partner, partnerovi rodiče) na pětistupňové škále („Ohodnoťte prosím míru podpory, kterou v současnosti cítíte ze strany několika důležitých osob ve vašem životě“). Cronbachova alfa = 0.617.

Očekávané zvládnutí porodu (porodní self-efficacy) bylo zjištěno dotazníkem Childbirth Self-efficacy Scale (Lowe, 1993), přesněji jeho krátkou verzí. Původní verze dotazníku sestává totiž ze čtyř dimenzí tvořených 16 stejnými položkami, které žena hodnotí na škále 1-10 jednak podle toho, zda očekává, že dané chování (např. „Využít při kontrakcích dýchání“, „Vnímat povzbuzení ostatních“) jí pomůže porod zvládnout, a za druhé podle toho, do jaké míry je přesvědčená o své schopnosti dané chování při porodu využít; celý proces hodnocení probíhá zvláště pro nejintenzivnější kontrakce při první době

porodní a pro druhou dobu porodní (tedy tlačení a samotné porození dítěte). Následné validační studie (Ip, Chung, & Tang, 2008) ukázaly, že reliabilita dotazníku pro následnou spokojenost s porodem zůstává obdobně vysoká (Cronbachova alfa = 0.92), hodnotí-li žena dotazník pouze jednou; proto byla využita tato úvodní instrukce: „Nyní myslíte na to, jaký si představujete, že porod bude, až budete mít časté a silné kontrakce a když budete tláčit, abyste dítě porodila. Pro každé níže uvedené tvrzení uveďte, jak jistá si jste svou schopností dané chování využít tak, aby vám pomohlo s porodním procesem, a to tak, že zakroužkujete jedno číslo mezi 1 (vůbec ne jistá) a 10 (naprosto jistá).“ Stejně jako všechny ostatní dotazníky převzaté z angličtiny byl i tento přeložen nejprve do češtiny, pak zpět do angličtiny a po kontrole shody významu znovu do češtiny. Cronbachova alfa = 0.926.

Předporodní úroveň *rodičovské self-efficacy* byla zjištěna dotazníkem Parental Expectations Survey (Reece, 1992), určeným pro rodiče dětí ve stáří 1-3 měsíců. Dotazník je unidimenzionální, má 25 položek a Cronbachovu alfu = 0.86-0.91; byla testována i jeho prediktivní validita vzhledem k adekvátním rodičovským praktikám a rodičovské spokojenosti. Obsahuje položky popisující jednotlivé oblasti péče o dítě (např. „Poznám, kdy je mé dítě nemocné“, „Dokážu své dítě navyknout na dobrý režim při večerním ukládání“, či „Dokážu projevit lásku ke svému dítěti“). Ve shodě s teorií self-efficacy je možné zjišťování očekávané self-efficacy právě v případě, že osoba zatím nemá možnost sledované chování nijak uplatnit, ale očekává jeho uplatnění v blízké budoucnosti (Bandura, 1997). Původní instrukce byla proto přeformulována takto: „Následující tvrzení popisují přesvědčení některých novopečených rodičů o svých schopnostech starat se o své dítě. Představte si, že se vaše dítě už narodilo, je s vámi doma a vy o něj pečujete. Po přečtení každého tvrzení prosím označte jedno číslo mezi 1 (vůbec nezvládnou) a 10 (jistá, že zvládnou), které podle vás nejpřesněji popisuje to, co vy sama/sám očekáváte ve vztahu k rodičovství.“ Cronbachova alfa = 0.957.

V **druhé fázi výzkumu** ženy opět odpovídaly na otázky týkající se průběhu porodu a poporodního období a zdravotního stavu jejich a dítěte po porodu a v době vyplňování dotazníku, včetně kojení. Dále hodnotily na škále 0-10 *spokojenost s porodem*, a to spokojenost celkovou, spokojenost se sebou a spokojenost se zdravotníky; *bolest*, kterou cítily v průběhu porodu (celkově a ve chvíli, kdy byla nejsilnější); *spokojenost s oporou osoby*, která ji doprovázela při porodu; a *temperament dítěte* (iritabilita a obtížná utišitelnost). Cronbachova alfa pro kumulativní skóre spokojenosti = 0.829; pro kum. skóre bolesti = 0.897.

Sociální opora je opět zjišťována u čtyř hlavních zdrojů (rodiče, přátelé, partner, jeho rodiče), ale tentokrát podrobněji. Ženy měly na pětistupňové škále ohodnotit zájem dané osoby či osob o dítě, zájem o její pocity, její pomoc s péčí o dítě a pomoc s péčí o domácnost. Cílem bylo odlišit vliv emocionální a instrumentální opory v poporodním období. Cronbachova alfa = 0.783.

Percipované *sociálně psychologické charakteristiky interakce se zdravotníky* v průběhu porodu jsme sledovali dotazníkem Support and Control in Birth (SCIB) (Ford, Ayers, & Wright, Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB), 2009). Jedná se o trojdimenzionální nástroj, který je určen výslovně pro výzkum porodního zážitku a jeho dopadů, s Cronbachovou alfou = 0.86-0.93. Obsahuje celkem 12 položek sledujících na pětistupňové škále *oporu* ze strany zdravotníků (např. „Zdravotníci mě povzbuzovali, abych vyzkoušela nové způsoby, jak to zvládnout“ či „Zdravotníci ignorovali to, co jsem jim říkala“); 10 položek sledujících *interní kontrolu* ženy v průběhu porodu (např. „Bolest byla příliš velká, než abych ji mohla mít pod kontrolou“ či „Získala

jsem kontrolu tím, že jsem pracovala ve shodě se svým tělem“); a 11 položek sledujících *externí kontrolu* ženy v průběhu porodu (např. „Mohla jsem vstát a pohybovat se, jak jen jsem chtěla“ nebo „Neměla jsem kontrolu nad tím, kdo přicházel a odcházel z místnosti“). Při plánovaném císařském řezu měly ženy zaškrtnout střední možnost. Cronbachova alfa (opora) = 0.906; Cronbachova alfa (vněj. kont.) = 0.856; Cronbachova alfa (vnit. kont.) = 0.872.

Sledovali jsme i charakter *opory po porodu ze strany zdravotníků*, a to 3 položkami, které na pětistupňové škále zjišťovaly percepce dostupnosti základních typů sociální opory (instrumentální/informační, emoční, hodnotící), a 7 položkami zjišťujícími rovněž na pětistupňové škále charakter rad, které se nedělkám dostávaly v souvislosti s péčí o dítě (přiměřenost, užitečnost, srozumitelnost, povzbuzující, relevance, shoda s předchozí znalostí, shoda s informacemi od ostatních zdravotníků na oddělení). Cronbachova alfa = 0.916.

Znovu jsme zjišťovali zvládnutí porodu dotazníkem CBSEI, ve stejném znění, ale s mírně upravenou instrukcí: „Vzpomeňte si na to, jaký porod byl, když jste měla časté a silné kontrakce a když jste tlačila, abyste dítě porodila. Pro každé níže uvedené tvrzení uveďte, jak jste dokázala dané chování využít tak, aby vám pomohlo s porodním procesem, a to tak, že vyberete jedno číslo mezi 1 (vůbec ne jistá) a 10 (naprosto jistá). Při plánovaném císařském řezu zaškrtněte pro chování, které jste nemohla využít (např. zvládnutí kontrakcí), 5.“ Cronbachova alfa = 0.934.

Poslední metodou byl opět dotazník PES zjišťující poporodní rodičovskou self-efficacy. Instrukce tentokrát vynechávala větu začínající slovy „Představte si...“ a vztahovala se k přesvědčením o schopnostech aktuálně o dítě pečovat. Cronbachova alfa = 0.965.

Výsledky analýzy dat

Spokojenost s porodem

Závislá proměnná: celková spokojenost s porodem

Nezávislé proměnné:

- očekávání ženy operacionalizované jako porodní self-efficacy v těhotenství (CBSEI T1)
- účast na předporodní přípravě
- suma obou škál měřících bolest v průběhu porodu (celková a maximální)
- všechny tři dimenze dotazníku SCIB (SCIB opora, SCIB vnější kontrola, SCIB vnitřní kontrola)
- operativní porod (císařský řez, porod kleštěmi či vakuumextrakcí)
- nepostupující porod
- distres plodu
- epidurální anestezie

Byla provedena kontrola předpokladů provedení MLR (linearita, homoskedasticita, normalita rozdělení). Finální model také splňoval podmínky přijatelnosti. Po nalezení finálního modelu metodou Stepwise za použití SPSS 19 byly do regrese vloženy jako kontrolní i sociodemografické a porodnické proměnné. Žádná z nich neměla statisticky významný vliv na model.

Výsledek MLR

Predikční model obsahuje tři z deseti prediktorů a byl dosažen ve třech krocích. Byly vyloučeny proměnné vnější kontrola (SCIB), CBSEI 1, předporodní příprava, celková bolest při porodu, operativní porod, distres plodu a epidurální anestezie. Model byl statisticky významný, $F(3,114)=57,46$, $p<0,001$, a vysvětlil zhruba 59% celkového rozptylu spokojenosti s porodem ($R^2=0,602$, upravené $R^2=0,591$).

Model	b	SE(b)	beta	t	p (t)	r ²	sr ²	SK
Konstanta	-1.589	2.068		-.769	.444			
SCIB opora	.311	.039	.497	7.967	.000	.639	0.222	0.823
SCIB vnit. kont.	.339	.052	.409	6.539	.000	.584	0.149	0.753
Nepostup. porod	-3.821	1.241	-.183	-3.079	.003	-.249	0.033	-0.321

Pozn.: Nezávislou proměnnou je spokojenost s porodem. $R^2=.602$, uprav. $R^2=.591$. SE(b) je standardní chyba b. sr² je kvadrát semiparciální korelace. SK je strukturní koeficient.

Tab. 1 – Výsledky MLR pro nezávislou proměnnou spokojenost s porodem

Spokojenost s porodem je v tomto modelu predikována **oporou ze strany zdravotníků, vnitřní kontrolou při porodu a tím, že žena nezažila nepostupující porod**. Hrubé a standardizované regresní koeficienty prediktorů spolu s jejich korelacemi se spokojeností s porodem, kvadráty semiparciálních koeficientů a strukturními koeficienty jsou uvedeny v tab. 1. Rozdílná byla velikost jedinečného rozptylu vysvětleného každou z proměnných, jak ji reprezentují kvadráty semiparciálních korelací: zatímco opora ze strany zdravotníků vysvětluje asi 22% rozptylu, vnitřní kontrola při porodu necelých 15% a nepostupující porod asi jen 3%. Inspekce se zohledněním strukturních koeficientů ukazuje, že zatímco opora ze strany zdravotníků a vnitřní kontrola při porodu jsou silnými indikátory spokojenosti s porodem, nepostupující porod je spíše mírným indikátorem nespokojenosti s porodem.

Pro kontrolu toho, zda při krokové regresi nebyly vyřazeny některé významné prediktory závislé proměnné, jsme vložili vyloučené proměnné zpět do MLR metodou Enter (využití všech proměnných v regresi). Tak jsme zjistili, že i jiné proměnné jsou významnými prediktory spokojenosti s porodem. Je to především vnější kontrola při porodu (SCIB), která vysvětluje až 14,5% celkového rozptylu závislé proměnné (viz kvadráty semiparciálních korelací). Bolest při porodu a operativní porod vysvětlují každá cca 4,5% rozptylu. Ostatní proměnné mají jen malý informační přínos pro predikci spokojenosti s porodem. Ačkoli byl tento alternativní model statisticky významný, $F(7, 110)=8,581$, $p<0,001$, vysvětlil pouze cca 31% celkového rozptylu spokojenosti s porodem ($R^2=0,353$, upravené $R^2=0,312$), tedy asi polovinu rozptylu původního modelu získaného krokovou regresi.

To lze vysvětlit významnými korelacemi opory při porodu s vnější kontrolou, vnitřní kontroly s bolestí (negativní) a nepostupujícího porodu s operativním. Rozptyl vysvětlený významnými prediktory v druhém modelu tedy s velkou pravděpodobností do velké míry vysvětlují i prediktory v prvním modelu.

Změna rodičovské self-efficacy

Závislá proměnná: změna rodičovské self-efficacy mezi oběma měřeními (PES T2-T1)

Nezávislé proměnné:

- rodičovská self-efficacy před porodem (PES T1)
- všechny tři dimenze dotazníku SCIB (SCIB opora, SCIB vnější a SCIB vnitřní kontrola)

- spokojenost s porodem (suma tří položek)
- sociální opora po porodu
- sociální opora před porodem
- celková opora na oddělení šestinedělí
- obě položky sledující temperament dítěte: "dítě se dá obtížně uklidnit", "dítě se snadno rozpláče"

Byla provedena kontrola předpokladů provedení MLR (linearita, homoskedasticita, normalita rozdělení). Finální model také splňoval podmínky přijatelnosti. Po nalezení finálního modelu metodou Stepwise za použití SPSS 19 byly do regrese vloženy jako kontrolní i sociodemografické a porodnické proměnné. Žádná z nich neměla statisticky významný vliv na model.

Výsledek MLR

Predikční model obsahuje tři z deseti prediktorů a byl dosažen ve třech krocích. Byly vyloučeny proměnné vnější kontrola (SCIB), vnitřní kontrola (SCIB), spokojenost s porodem, celková opora na oddělení šestinedělí, snadná rozrušitelnost dítěte, sociální opora před porodem a sociální opora po porodu. Model byl statisticky významný, $F(3,114)=29,01$, $p<0,001$, a vysvětlil zhruba 42% celkového rozptylu změny rodičovské self-efficacy ($R^2=0,433$, upravené $R^2=0,418$).

Model	b	SE(b)	beta	t	p (t)	r ²	sr ²	SK
Konstanta	84.368	11.833		7.130	.000			
PES T1	-.440	.055	-.584	-7.996	.000	-.477	0.318	-0.725
Obtíž. utišit. dítě	-3.258	.731	-.327	-4.454	.000	-.319	0.099	-0.485
SCIB opora	.536	.158	.256	3.400	.001	.195	0.058	0.296

Pozn.: Nezávislou proměnnou je změna rodičovské self-efficacy. $R^2=.433$, uprav. $R^2=.418$. SE(b) je standardní chyba b. sr² je kvadrát semiparciální korelace. SK je strukturní koeficient.

Tab. 2 – Výsledky MLR pro nezávislou proměnnou změna rodičovské self-efficacy

Nárůst rodičovské self-efficacy (PES T2-T1) je predikován primárně nižším skórem předporodní rodičovské self-efficacy (PES T1), snadnou utišitelností dítěte a vyšším skórem opory ze strany zdravotníků při porodu. Hrubé a standardizované regresní koeficienty prediktorů spolu s jejich korelacemi se změnou rodičovské self-efficacy, kvadráty semiparciálních koeficientů a strukturními koeficienty jsou uvedeny v tab. 2. Rozdílná byla velikost jedinečného rozptylu vysvětleného každou z proměnných, jak ji reprezentují kvadráty semiparciálních korelací: zatímco předporodní rodičovská self-efficacy vysvětluje téměř 32% rozptylu, snadná utišitelnost dítěte necelých 10% a opora ze strany zdravotníků při porodu vysvětlovala necelých 6%. Inspekce se zohledněním strukturních koeficientů ukazuje, že zatímco (ve shodě s očekáváními) nízká úroveň kontrolované proměnné PES T1, tedy rodičovské self-efficacy před porodem, je silným indikátorem růstu rodičovské self-efficacy, utišitelnost dítěte je středně silným indikátorem a opora ze strany zdravotníků mírným indikátorem růstu rodičovské self-efficacy.

Pro kontrolu toho, zda při krokové regresi nebyly vyřazeny některé významné prediktory závislé proměnné, jsme vložili vyloučené proměnné zpět do MLR metodou Enter (využití všech proměnných v regresi). Tak jsme zjistili, že ostatní proměnné predikují změnu rodičovské self-efficacy jen mírně. Výjimkou je přitom rozrušitelnost dítěte, která je z vyloučených proměnných nejsilnějším a stále významným prediktorem; na celkovém rozptylu změny rodičovské self-efficacy se podílí cca 8%. Ostatní proměnné nemají ve vztahu ke změně rodičovské self-efficacy téměř žádnou predikční sílu.

Ačkoli byl tento alternativní model statisticky významný, $F(7, 110)=2,648$, $p=0,014$, vysvětlil pouze cca 9% celkového rozptylu spokojenosti s porodem ($R^2=0,114$, upravené $R^2=0,090$), tedy asi jen čtvrtinu rozptylu původního modelu získaného krokovou regresí.

Shrnutí výsledků a závěr

Výsledky MLR s nezávislou proměnnou spokojenost s porodem potvrzují dosavadní zjištění o prediktorech spokojenosti s porodním prožitkem. MLR s nezávislou proměnnou změna rodičovské self-efficacy zase ukázala dominantní vliv předporodní self-efficacy a potvrdila známé působení neutišitelnosti dítěte. Kromě toho se potvrdila i naše původní hypotéza o vlivu opory ze strany zdravotníků při porodu na rodičovskou self-efficacy.

Tento proces lze v rámci teorie self-efficacy vysvětlit tím, že opora poskytovaná zdravotníky při porodu působí jako verbální povzbuzování, které pomáhá ženám strukturovat a zvládnout náročný porodní proces. Ten může žena navíc vnímat nejen jako bolestivý, fyzicky náročný děj, ale i jako rodičovský akt, kdy po měsících více či méně pasivního čekání přivádí dítě na svět a kdy se skutečně stává matkou. Verbální povzbuzování a empatický přístup mohou mít v této chvíli významný vliv právě na formování jejího rodičovského sebepojetí, které úzce souvisí s její rodičovskou self-efficacy.

Předběžné podrobnější analýzy dat ($n=99$) také ukázaly, že pro některé ženy může platit alternativní model nárůstu rodičovské self-efficacy. Zatímco u žen se středoškolským a nižším vzděláním se uplatňovaly faktory uvedené zde, u vysokoškolaček ($n=49$) k nárůstu rodičovské self-efficacy přispívala namísto opory právě vnější kontrola při porodu. Tyto ženy měly také významně nižší rodičovskou self-efficacy než ženy s nižším vzděláním (Kodysova, 2012).

Vyjdeme-li z poznatků o vývoji rodičovského chování, které má svůj základ i ve zkušenostech z raného dětství a pravděpodobně se vyvíjí souběžně i s ranou citovou vazbou, a z poznatků o percepci sociální opory, která je citovou vazbou a zkušeností z primární rodiny též ovlivněna, rýsuje se zajímavý obraz toho, jak porodní zážitek vstupuje do vývoje rodičovské self-efficacy. Zdá se, že pro ženy s bezpečnou citovou vazbou, kterým přijímání sociální opory nedělá obtíže a které mají pravděpodobněji i vyšší rodičovskou self-efficacy, je pro optimální vývoj rodičovské self-efficacy rozhodující právě zážitek opory ze strany zdravotníků. Je však možné, že ženy s jinou než bezpečnou citovou vazbou a s problematickým vztahem k sociální opoře ze strany ostatních, které mají přitom pravděpodobněji nižší úroveň rodičovské self-efficacy, profitují ze zážitku vnější kontroly při porodu. Tuto dualitu by bylo možné vysvětlit tím, že využití strategie zvládnání, která je ženě i v běžném životě bližší, potvrzuje ženinu sebejistotu, že zvládne i další náročné situace, které ji v rodičovství čekají. Rolí zdravotníků při porodu je pak facilitovat využití dané strategie, tedy umožnit ženě mít kontrolu nad průběhem porodu, či nabídnout pečující, vstřícný přístup (Kodysova, 2012). Vzhledem k tomu, že analýzy byly provedeny na relativně malém vzorku a pouze v souvislosti se vzděláním, nikoli s úrovní rodičovské self-efficacy, je tato úvaha však zatím pouze spekulací. Její ověření by si vyžádalo větší vzorek, kde by bylo zastoupeno poměrně více žen s nižší rodičovskou self-efficacy.

Vybraná literatura

- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica, 85*, 56–62.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Bowlby, J. (1984). Caring for the Young: Influences on Development. V R. C. Cohen, *Parenthood* (stránky 269-284). New York: The Guildford Press.
- Bussche, E., Crombez, G., Eccleston, C., & Sullivan, M. (2007). Why women prefer epidural analgesia during childbirth: The role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *European Journal of Pain, 11*, 275–282.
- Christiaens, W., & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth, 7*(26). doi:10.1186/1471-2393-7-26
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57*(6), 1507-1518.
- Edworthy, Z., Chasey, R., & Williams, H. (2008). The role of schema and appraisals in the development of post-traumatic stress symptoms following birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26*(2), 123–138.
- Feinberg, M., Jones, D., Kan, M., & Goslin, M. (2010). Effects of family foundations on parents and children: 3.5 years after baseline. *Journal of Family Psychology, 24*(5), 532-542.
- Ford, E., Ayers, S., & Wright, D. P. (2009). Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of Women's Health, 18*(2), 245-252.
- Fowles, E. R. (1998). Labor concerns of women two months after delivery. *BIRTH, 25*(4), 235-240.
- Froman, R., & Owen, S. (1989). Infant care self-efficacy. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: an International Journal, 3*(3), 199–210.
- Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Green, J., & Baston, H. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences. *BIRTH, 20*(4), 235-247.
- Halpern, L., & McLean, W. J. (1997). Hey mom, look at me! *Infant Behavior and Development, 20*(4), 515–529.
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 186*, 160-172.
- Ip, W.-Y., Chung, T. K., & Tang, C. S. (2008). The Chinese Childbirth Self-Efficacy Inventory: the development of a short form. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 333-340.
- Jackson, A. P., & Huang, C. C. (2000). Parenting stress and behavior among single mothers of preschoolers: the mediating role of self-efficacy. *Journal of Social Service Research, 26*(4), 29-42.
- Leerkes, E. M., & Crockenberg, S. C. (2002). The development of maternal self-efficacy and its impact on maternal behavior. *Infancy, 3*(2), 227-247.
- Lowe, N. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 186*(5), 16-24.
- Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 49*(4), 387–396.
- Raikes, H., & Thompson, R. A. (2005). Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal, 26*(3), 177-190.
- Raver, C., & Leadbeater, B. J. (1999). Mothering under pressure: Environmental, child, and dyadic correlates of maternal self-efficacy among low-income women. *Journal of Family Psychology, 13*(4), 523-534.
- Reece, S. (1992). The parent expectations survey. *Clinical Nursing Research, 1*(4), 336–346.

- Salonen, A., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Järvenpää, A., Isoaho, H., & Tarkka, M. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2324–2336.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., Bannerman, A., & Sarason, I. G. (1993). Investigating the antecedents of perceived social support: Parents' views of and behavior toward their children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1071-108.
- Sawyer, A., & Ayers, S. (2009). Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychology and Health*, 24(4), 457–471.
- Schytt, E., Green, J. M., Baston, H. A., & Waldenström, U. (2008). A comparison of Swedish and English primiparae's experiences of birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 277-294.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *BIRTH*, 18(4), 203-210.
- Soet, J., Brack, G., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *BIRTH*, 30(1), 36-46.
- Stifter, C., & Bono, M. (1998). The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mother--infant attachment. *Child: Care, Health & Development*, 24(5), 339-351.
- Takács, L., & Kodyšová, E. (2011). Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie*, 76(3), 199-204.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918–929.
- Waldenström, U. (2004). Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time? , 31(2), . *BIRTH*, 31(2), 102-107.
- Waters, H. S., & Waters, E. (2006). The attachment working models concept: Among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment & Human Development*, 8(3), 185 – 197.
- Williams, T. M., Joy, L. A., Travis, L., Gotowiec, A., Blum-Steele, M., Aiken, L. S., & Davidson, S. M. (1987). Transition to motherhood: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 8, 251-265.
- Winnicott, D. (1987). *Babies and their mothers*. Massachusetts: Addison-Wesley.