Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta

Psychosociální aspekty porodní a poporodní péče

Psychosocial aspects of intrapartum and postpartum care

Lea Takács

Teze disertační práce

Katedra psychologie

Doktorský studijní program Sociální psychologie

Praha

2016

Teze disertační práce byly zpracovány v rámci doktorského studijního programu Sociální psychologie na Katedře psychologie Filosofické fakulty UK v Praze.

Autor: Mgr. et Mgr. Lea Takács
Katedra psychologie
Filozofická fakulta
Univerzita Karlova v Praze

Školitel: PhDr. Simona Hoskovcová, Ph.D.
Katedra psychologie
Filozofická fakulta
Univerzita Karlova v Praze

Konzultant: MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.
Česká gynekologicko-porodnická společnost
Levret, s.r.o.

1 Úvod

V literatuře se setkáváme s rozlišením dvojího pojetí porodu: medicínského a sociálního. První model klade hlavní důraz na rizikovost (a tedy na somatickou stránku) porodního procesu a konsekventně vyzdvihuje roli lékaře-porodníka, který je vzhledem ke svým profesním znalostem považován za autoritu při rozhodování o způsobu vedení porodu. Tento model je zároveň spojován s vyšší mírou intervencí do porodního procesu, které se často nedějí jen v situaci aktuálního ohrožení zdraví či života matky nebo dítěte, ale i preventivně, tj. ve snaze předejít možným komplikacím či usnadnit rodičce porod (zkrátit jeho délku, zmírnit bolest atd.) (van Teijlingen, 2005; Christiaens & Bracke, 2007). Sociální model porodní péče vychází naproti tomu z předpokladu, že porod je normální fyziologický proces a u většiny žen probíhá bezpečně a bez komplikací. V rámci tohoto modelu není popírána existence rizik; riziko pouze nehraje pro pojetí porodu a porodní péče paradigmatickou roli. Předpokládá se přitom rozlišení skupin žen dle míry rizika a zvláštní péče pro rizikové skupiny rodiček. Zároveň se předpokládá možnost volby pro ženy s nízkým rizikem: tyto ženy by měly mít možnost rozhodovat o místě, kde porod proběhne, o osobách, které u něj budou přítomny, o způsobu, jakým bude porod veden. Těžištěm perinatální péče pak není pouze zdraví matky a dítěte, velký význam je přikládán i faktorům sociálním a psychologickým: hlavním cílem porodní péče jsou nejen dobré perinatální výsledky, ale i spokojenost ženy (případně i její rodiny) s porodním zážitkem (van Teijlingen, 2005; Bryers & van Teijlingen, 2010).

Bryers a van Teijlingen (2010) poukazují na to, že ve 20. století v rozvinutém světě postupně převládl medicínský model porodní péče, který stále dominuje i v současnosti; v mnohých vyspělých zemích je však patrný pozvolný trend přechodu k modelu sociálnímu, tj. rostoucí důraz na psychosociální aspekty porodu a perinatální péče, a to nejen ve vztahu k rodičkám, ale i ve vztahu k novorozencům (podpora raného kontaktu matky a dítěte, podpora kojení, zavedení systému rooming-in, atp.). Posun k sociálnímu modelu je dán několika faktory. Klíčovým faktorem je patrně výrazné snížení mateřské a novorozenecké mortality a morbidity v důsledku rozvoje porodnických technik a technologií; to umožnilo zaměřit větší pozornost na potřeby, preference a očekávání rodiček a v centru zájmu se vedle termínu „bezpečí“ objevil i pojem „spokojenost“ (Lavender, Walkinshaw, & Walton, 1999). Dalším faktorem je lepší dostupnost informací o možnostech vedení porodu laické veřejnosti – jejím výsledkem jsou vzrůstající nároky a požadavky budoucích matek, které mají konkrétní představy o průběhu vlastního porodu a nejsou spokojeny s pasivní rolí pacienta, nýbrž naopak chtějí o svém porodu aktivně rozhodovat. A do třetice, ke zdůrazňování psychosociální dimenze v porodní péči přispěly nesporně i narůstající poznatky o tom, jak zásadní význam má prožitek porodu pro další život ženy a její rodiny. Porodní zážitek představuje „kritické období“ v životě ženy, které je provázeno zvýšenou senzitivitou a vulnerabilitou, a má významné (i dlouhodobé) dopady na její fyzické a psychické zdraví, navazování vztahu s dítětem, pocit kompetence v mateřské roli a tím i na další vývoj dítěte (DiMatteo et al., 1996; Bailham & Joseph, 2003; Michels, Kruske, & Thompson 2013).

Navzdory vzrůstajícímu zájmu o psychologickou problematiku v oblasti perinatální péče je původních českých prací věnovaných tomuto tématu stále nedostatek. Kromě studijního textu *Aplikovaná psychologie porodnictví* (Ratislavová, 2008) je k dispozici pouze učebnice *Psychologie v perinatální péči* (Takács, Sobotková, & Šulová, 2015) určená pro zdravotnický personál. Z nečetných českých autorů zabývajících se tímto tématem je třeba jmenovat práce Sobotkové a Štembery (2003a, 2003b, 2003c), kteří analyzovali vývoj psychologických aspektů v perinatální medicíně v letech 1980 – 2000, významným přínosem jsou i psychosomaticky orientované studie Čepického (1993, 1999, 2007). Existují rovněž texty k dílčím tématům, jako jsou například porodní alternativy (Šulová 2008, 2011), psychosociální intervence při perinatální ztrátě (Ratislavová & Beran, 2010) či poporodní psychické poruchy (Jirák, Dušková, & Hill, 2012), chybějí však původní práce, které by se zaměřovaly na psychosociální aspekty porodnictví v jejich širší souvislosti a vzájemné provázanosti.

K zaplnění této mezery se snažily přispět i předchozí výzkumné projekty autorky

Psychosociální klima porodnice očima rodičky (projekt podpořený Interním grantem FF UK v roce 2010) a *Psychosociální klima porodnice – teorie a diagnostika,* (projekt č. 316111 financovaný Grantovou agenturou Univerzity Karlovy v letech 2011-2013). V rámci těchto projektů byla provedena analýza porodních zkušeností žen, na jejímž základě byla vyvinuta metoda pro evaluace porodnické péče (*Dotazník psychosociálního klimatu porodnice;* Takács, Sněhotová, & Hoskovcová, 2012), která byla následně využita pro celorepublikové šetření spokojenosti žen s perinatální péčí (Takács & Seidlerová et al., 2012; Takács & Seidlerová, 2013).

Předkládaná disertační práce navazuje na uvedené práce autorky a zaměřuje se na **souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče a „pacientské“[1] spokojenosti.** Nesoustředí se ovšem na psychosociální aspekty perinatologie v nejširším slova smyslu, tj. jejím cílem není zmapovat veškerá psychologicky relevantní témata v rámci perinatální péče, mezi něž by spadaly například i otázky psychosociální intervence u rodičů po perinatální ztrátě, u žen s poporodními psychickými poruchami apod. Tématem jsou psychosociální aspekty perinatální péče, které byly v předchozích pracích autorky identifikovány jako faktory konstituující psychosociální klima porodnice: empatie a emoční podpora, komunikace a podávání informací, respekt k rodičce, jejímu soukromí a studu, zapojení rodičky do rozhodování o způsobu vedení porodu. Tyto faktory jsou zároveň nejčastěji udávanými prediktory spokojenosti žen s porodní péčí v zahraničních studiích (Brown & Lumley, 1994; Séguin et al., 1989; Waldenström, Rudman, & Hildingsson, 2006; Sheera et al., 2007).

Jak bylo uvedeno výše, otázce spokojenosti žen s perinatální péčí je v zahraniční literatuře věnováno stále více prostoru a roste i počet nástrojů určených k jejímu měření (Sawyer et al., 2013). Zároveň však sílí hlasy kritiků, kteří poukazují na nedostatečné zohledňování **metodologických limitů,** které se s měřením spokojenosti pojí. Tyto limity souvisejí v první řadě s tím, že **pojem spokojenosti není dostatečně vymezen, a dotazníkům spokojenosti tak chybí odpovídající teoretické zakotvení.** Linder-Pelz (1982) a Sitzia (1997) poukázali na to, že podobná situace nastala rovněž v oblasti měření zákaznické spokojenosti a spokojenosti se zdravotní péčí obecně: i zde konstrukce evaluačních nástrojů předcházela teoretickému uchopení měřených konstruktů, ačkoli by tomu mělo být naopak. Práce zaměřené na spokojenost žen s perinatální péčí se zpravidla opírají o obecnější definice pacientské spokojenosti (Rudman, El-Khouri, & Waldenström, 2007; Christiaens & Bracke, 2007; Wilde-Larsson et al., 2011); tato situace je nicméně neuspokojivá, neboť porodnictví představuje velmi specifickou oblast medicínské péče, a lze proto předpokládat, že spokojenost s porodní péčí sestává z odlišných dimenzí než spokojenost se zdravotní péčí obecně. Závažným metodologickým problémem dosavadního měření spokojenosti je i **směšování, resp. nedostatečné rozlišování mezi spokojeností s perinatální péčí a spokojeností s porodem** (Bramadat & Driedger, 1993; Stadlmayr et al., 2004; Hodnett, 2002). Tyto dva koncepty jsou sice příbuzné a souvisejí spolu, zachycují však odlišné oblasti zkušenosti. S ohledem na uvedené metodologické limity dosavadního zkoumání spokojenosti s perinatální péčí je cílem předkládané disertační práce **přispět k analýze pojmu spokojenosti s perinatální péčí vypracováním modelu spokojenosti, který by zřetelně rozlišoval spokojenost s porodní péčí a s porodem, a který by se mohl stát východiskem pro konstrukci či adaptaci evaluačních nástrojů.**

Dosavadní studie zaměřené na spokojenost s perinatální péčí upozorňují na další klíčové faktory, které se do této spokojenosti promítají – mezi tyto faktory patří zejména proměnné týkající se průběhu porodu (Stadlmayr et al., 2004; Hodnett, 2002; Chalmers, 2015). Tato práce proto zohledňuje i dopad biomedicínských faktorů jako kontrolovaných proměnných. Sleduje zároveň i **psychologické (osobnostní) a sociálně-psychologické charakteristiky rodičky,** které představují zvýšené riziko nespokojenosti s perinatální péčí, resp. s porodním zážitkem, a jejich interakce s psychosociálními aspekty péče (tj. zdali mohou psychosociální aspekty péče fungovat jako ochranné faktory u žen s vyšším rizikem negativní porodní zkušenosti a nespokojenosti s perinatální péčí). Osobnostním a sociálně-psychologickým charakteristikám rodiček a dopadu těchto charakteristik na hodnocení porodu a porodní péče je prozatím věnováno jen minimum studií (Haines et al, 2013).

---

1 Termínu „pacient“ užíváme v oblasti porodnictví v uvozovkách, neboť většina rodiček jsou zdravé ženy, jejichž porod probíhá fyziologicky.

2 Cíle a struktura disertační práce

Cílem přehledové části disertační práce je systematicky představit hlavní psychosociální aspekty porodní a poporodní péče a popsat jejich význam pro hodnocení perinatální péče a porodní zkušenosti ze strany rodiček. Úkolem je dále nastínit metodologické otázky a problémy měření spokojenosti a na základě analýzy dosavadní literatury navrhnout model spokojenosti, který zachycuje hlavní komponenty a determinanty sledovaného konstruktu a zároveň zohledňuje rozdíl mezi spokojeností s perinatální péčí a s porodním zážitkem.

Výzkumná část disertační práce si klade za cíl prozkoumat vztahy mezi psychosociálními aspekty perinatální péče a spokojeností žen s touto péčí, resp. s porodním zážitkem, a to zvlášť pro různé skupiny žen rozlišené dle typu porodu. Prediktivní síla psychosociálních aspektů péče je zároveň porovnána s prediktivní silou dalších kontrolovaných proměnných (průběhem porodu a fyzickým prostředím porodnice). Cílem výzkumné části práce je rovněž zjistit, zdali existují z psychologického či sociálně psychologického hlediska skupiny žen s vyšším rizikem nespokojenosti s perinatální péčí, resp. porodním zážitkem (např. ženy úzkostné či ženy s nízkou sociální oporou), a zdali mohou některé psychosociální aspekty péče (např. dobrá komunikace, dostatek informací) toto riziko u uvedených skupin žen zmírňovat. Získané výsledky jsou interpretovány v kontextu modelu spokojenosti navrženého v přehledové části práce.

Výzkumná část disertační práce má následující strukturu:

Analýzy byly provedeny ve třech krocích odpovídajících třem výzkumným otázkám.
Každý krok byl proveden zvlášť pro spokojenost s perinatální péčí a zvlášť pro spokojenost s porodním zážitkem.

Krok 1: Jaké psychosociální aspekty perinatální péče se promítají do spokojenosti žen s porodem a s porodní, resp. poporodní péčí? Liší se prediktory spokojenosti s porodem a spokojenosti s porodní péčí?

Krok 2: Jaký význam mají psychosociálních aspekty perinatální péče pro spokojenost s porodem a porodní péčí ve srovnání s medicínskými a dalšími proměnnými (průběh porodu, podstoupené intervence, prostředí a vybavení porodnice)? Liší se v tomto ohledu spokojenost s porodem a spokojenost s porodní péčí?

Krok 3: Existují určité rizikové skupiny rodiček, u nichž je vyšší pravděpodobnost nespokojenosti s perinatální péčí a s porodním zážitkem? Jedná se např. o ženy úzkostné, o ženy s nízkou sebedůvěrou v mateřské roli, nedostatečnou sociální oporou či o ženy s porodními komplikacemi. Mohou psychosociální aspekty perinatální péče zmírňovat riziko nespokojenosti u žen s vyšší vulnerabilitou?

3 Soubor a metodika

3.1 Sběr dat

Sběr dat probíhal ve všech porodnicích Kraje Vysočina (Havlíčkův Brod, Jihlava, Pelhřimov, Třebíč, Nové Město na Moravě) od října 2013 do září 2014 a byl zajištěn ve spolupráci s vrchními sestrami a porodními asistentkami z jednotlivých porodnic. Zdravotníci oslovili všechny ženy, které v tomto období porodily v uvedených porodnicích, a to buď během jejich návštěvy dané porodnice v těhotenství (prenatální poradna, předporodní kurs), nebo během jejich pobytu v porodnici po porodu. Všechny ženy obdržely informace o studii písemnou formou a byla jim nabídnuta možnost zeptat se na další podrobnosti. Všechny respondentky účastnící se studie k tomu poskytly písemně svůj informovaný souhlas. Ženy, které se studie účastnily již během těhotenství, vyplnily první dotazníkovou baterii ve třetím trimestru těhotenství. Evaluační dotazník byl ženám zaslán až po ukončení období šestinedělí (58 dní po porodu) dle jejich volby buď on-line, nebo poštou. Data o průběhu porodu byla získána ze zdravotnické dokumentace ve spolupráci s vrchními sestrami z příslušných gynekologicko-porodnických oddělení. Výzkum schválila Etická komise Nemocnice Jihlava (multicentrická komise s působností pro Kraj Vysočina).

3.2 Soubor

Ve sledovaném období porodilo v porodnicích Kraje Vysočina 4709 žen. Informovaný souhlas s účastí na projektu udělilo celkem 2274 (48,3 %) rodiček. Dotazník administrovaný v posledním trimestru těhotenství vyplnilo 966 žen. Evaluační dotazník po ukončení období šestinedělí vyplnilo 1366 žen. Data ze zdravotnické dokumentace byla k dispozici od 1150 žen. Analýzy týkající se prediktorů spokojenosti vycházejí z dat od souboru 680 žen, které vyplnily evaluační dotazník, a zároveň byla k dispozici jejich data ze zdravotnické dokumentace. Tento soubor sestával z žen od 17 do 45 let (průměr 30,6 let; SD = 4,4). Základní vzdělání mělo 0,6 % žen, středoškolské bez maturity 10 %, středoškolské s maturitou 34,6 %, vyšší odborné či VŠ bakalářské 23,9 % a VŠ magisterské 30,9 % žen. Zhruba polovina žen byly prvorodičky. Spontánně vaginálně porodilo 68,1 % žen, vaginální operativní porod podstoupila 3,4 % žen, plánovanou SC rodilo 14,8 % žen a akutní SC 13,7 % žen. Svobodných bylo 24,7 % žen, vdaných 70,8 % žen, rozvedená byla 4,2 % žen, dvě ženy (0,3 %) byly vdovy. Analýzy zaměřené na psychologicky a psychosociálně vulnerabilní skupiny žen vycházejí ze souboru 438 žen, které vyplnily i dotazník v posledním trimestru těhotenství.

3.3 Nástroje

V první fázi sběru dat (poslední trimestr těhotenství) byla ženám administrována dotazníková baterie sestávající z následujících metod:

Oxford Worries about Labour Scale (OWLS) – dotazník zjišťující strach z porodu, obsahuje 9 položek, položky jsou skórovány na čtyřbodové škále, vyšší skór indikuje menší strach z porodu (Redshaw et al., 2009);

Maternal Self-Report Inventory (MSRI-prenatal) – dotazník zjišťující sebedůvěru ženy v mateřské roli obsahuje 12 položek, ženy hodnotí míru jejich výstižnosti na pětibodové Likertově škále, vyšší skór indikuje vyšší mateřskou sebedůvěru (Farrow & Blissett, 2007);

Perceived Social Support Scale (PSSS) – škála pro měření vnímané psychosociální opory ze strany rodiny i širšího okolí, škála obsahuje 12 položek, které jsou skórovány na sedmibodové škále, vyšší skór indikuje vyšší sociální oporu (Zimet et al., 1988);

Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI) – škála pro měření úzkostnosti (v této studii byla využita verze „rys úzkostnosti“), dotazník obsahuje 20 položek vyhodnocovaných na čtyřbodové škále, vyšší skór indikuje vyšší míru úzkostnosti (Heretik et al., 2009);

Edinburská škála postnatální deprese (EPDS) – nejpoužívanější dotazník pro screening poporodní deprese, v zahraničních studiích je často užíván i pro populaci těhotných žen, obsahuje 10 položek, odpovědi jsou zaznamenávány na 4bodové škále, vyšší skór indikuje více depresivních symptomů (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987);

Perceived Stress Scale (PSS) – dotazník zjišťuje míru prožívaného stresu během posledního měsíce, obsahuje 10 položek, odpovědi jsou zaznamenávány na pětistupňové škále, vyšší skór indikuje vyšší intenzitu vnímaného stresu (Cohen, Kamarck, & Mermelstein,1983).
Ve druhé fázi sběru dat (po ukončení období šestinedělí) byl ženám administrován *Dotazník psychosociálního klimatu porodnice KLI-P* zaměřený na psychosociální aspekty perinatální péče. Dotazník KLI-P zjišťuje spokojenost žen s psychosociálními aspekty péče zvlášť pro porodnické oddělení (34 položek) a pro oddělení šestinedělí (37 položek), položky jsou vyhodnocovány na čtyřbodové škále Likertova typu (Takács, Sněhotová, & Hoskovcová, 2012). Spolu s dotazníkem KLI- P ženy rovněž odpovídaly na otázky týkající se základních sociodemografických charakteristik.

3.4 Statistická analýza

Prediktory spokojenosti s péčí na porodnickém oddělení, resp. oddělení šestinedělí a prediktory spokojenosti s porodním zážitkem byly analyzovány pomocí ordinální logistické regrese. Nezávisle proměnné představovaly jednotlivé položky dotazníku KLI-P a proměnné související s průběhem porodu (komplikace a intervence). Jednotlivé položky dotazníku KLI-P byly do regresní analýzy vloženy jako ordinální proměnné; proměnné týkající se průběhu porodu (komplikací, intervencí) byly kódovány ano/ne, v případě kontinuálních proměnných byl zvolen cut-off point nad 90. percentil (délka porodu, krevní ztráta, porodní bolest). K redukci velkého počtu nezávisle proměnných byl zvolen následující postup: nejprve byla provedena jednoduchá regresní analýza a významné prediktory byly následně vloženy do postupné krokové regrese (kritériem pro vstup a výstup z rovnice byla p hodnota menší než 0,10); zároveň byla provedena kontrolní analýza pomocí dopředného a zpětného výběru proměnných. Finální analýza byla provedena pomocí vícenásobné logistické regrese, do níž vstoupily jako nezávisle proměnné položky identifikované jako zlepšující predikční schopnost modelu v postupné krokové regresi. Analýzy spokojenosti byly provedeny zvlášť pro ženy po vaginálním porodu a po císařském řezu (s rozlišením akutní a plánované SC). Skupiny rodiček s rizikovými psychologickými a psychosociálními faktory byly porovnány se skupinou žen bez odpovídajícího rizikového faktoru co do spokojenosti s porodní péčí, resp. porodem, pomocí Wilcoxonova testu. Za rizikový faktor byla v případě užití dotazníkových metod OWLS, MSRI, PSSS, STAI a PSS považována hodnota hrubého skóru překračující cut-off point odpovídající 90. percentilu naměřených skórů (případně hodnota pod 10. percentil). U metody EPDS byl zvolen doporučený cut-off > 12 bodů. Efekt psychosociálních aspektů perinatální péče jako proměnných moderujících vztah mezi rizikovými faktory a spokojeností rodiček byl zkoumán analýzou interakcí (interaction term).

4 Výsledky

4.1 Prediktory spokojenosti s perinatální péčí

U žen se spontánním vaginálním porodem rozhodovaly o spokojenosti s péčí na porodnickém oddělení (PO) následující faktory: laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek, emoční podpora ze strany lékařů, možnost volby porodní polohy; hraničně významný pak byl symetrický přístup lékařů, důvěra v porodní asistentky a dostupnost zdravotníků (viz tab. 1). Tento model vysvětloval 35 % variability spokojenosti.

Tab. 1 Psychosociální prediktory spokojenosti s péčí na PO u žen rodících spontánně vaginálně, n = 463

Položka dotazníku KLI-P	$\chi 2$	*p*
Laskavý a vstřícný přístup PA	**16,01**	**0,0011**
Důvěra v PA	7,67	0,053
Emoční podpora LEK	**11,17**	**0,011**
Nadřazený přístup LEK	**7,80**	**0,050**
Dostupnost zdravotníků	7,43	0,059
Možnost volby porodní polohy	**18,84**	**0,0003**

R2 = 0,35; výsledky vícenásobné logistické regrese

Byl sledován i dopad následujících biomedicínských proměnných: indukce porodu, augmentace porodu, aplikace oxytocinu, nepostupující porod (zvlášť pro první a druhou dobu porodní), kontinuální CTG, velká krevní ztráta, silná porodní bolest (zvlášť pro první a druhou dobu porodní), poporodní laparotomie, emergentní císařský řez (od indikace k operaci uplynulo max. 30 minut). Dále byl sledován dopad proměnných souvisejících s fyzickým pohodlím a službami v porodnici (vzhled, čistota, uspořádání prostor na PO, dostupnost relaxačních pomůcek pro první dobu porodní a soukromí v první době porodní).

U žen se spontánním vaginálním porodem se v jednoduché regresní analýze ukázala jako jediný významný biomedicínský faktor spokojenosti silná bolest v první době porodní; ve vícenásobné regresi, do níž vstoupily biomedicínské proměnné i psychosociální aspekty péče, se však ukázalo, že porodní bolest nepřináší vlastní vysvětlení variability spokojenosti nad rámec ostatních faktorů (p=0,14). Mezi prediktory s unikátním vysvětlením variability spokojenosti s péčí na PO patřil u žen rodících spontánně vaginálně zejména laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek (p<0,0001), možnost volby porodní polohy (p=0,0003), emoční podpora od lékařů (p=0,006), dostupnost zdravotníků (p=0,0077) a symetrický přístup lékařů (p=0,01). Položky týkající se prostředí porodnice nebyly identifikovány jako zlepšující predikční schopnost modelu v postupné krokové regresi, nejsou tudíž součástí finálního modelu.

U žen rodících akutním císařským řezem (SC) byly v jednoduché regresní analýze nejsilnějšími prediktory spokojenosti s péčí na PO položky vztažené k přístupu lékařů (k emoční podpoře, respektu k soukromí a studu rodičky) a dále laskavost a vstřícnost porodních asistentek. Vícenásobná logistická regrese však zaznamenala unikátní přínos k vysvětlení variability spokojenosti pouze u položky laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek (p=0,028), hraničně významná byla emoční podpora lékařů (p=0,068). U žen s akutní SC nepředstavovala ani jedna z biomedicínských proměnných významný prediktor spokojenosti (při využití jednoduché regrese), totéž platí pro položky vztažené k fyzickému prostředí porodnice.

U žen s plánovanou SC patřil mezi nejsilnější prediktory spokojenosti s péčí na PO dostatek informací a jejich srozumitelnost, laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek a respekt lékařů k soukromí a studu rodičky (výsledky jednoduché regrese). Ve vícenásobné regresi se jako významné faktory ukázaly pouze dostatek informací (p=0,0008) a respekt lékařů k soukromí a studu (p=0,038). Většinu biomedicínských faktorů nebylo u těchto žen možné sledovat. Z faktorů týkajících se fyzického prostředí porodnice byla v jednoduché regresi významným prediktorem spokojenosti s péčí na PO pouze čistota prostor (p=0,036).

Pro spokojenost s péčí na oddělení šestinedělí (OŠ) byly klíčové následující faktory: důvěra k personálu pro novorozence, vzhled pokoje, rada a pomoc s kojením, dostatek informací, jednotné informace, laskavý přístup personálu pro rodičky, emoční podpora od personálu pro rodičky a informace o chystaných zákrocích a vyšetřeních (tab. 2). Uvedený model vysvětloval 39 % variability spokojenosti s péčí na OŠ.

Tab. 2 Psychosociální prediktory spokojenosti s péčí na OŠ, n = 652

Položka	$\chi 2$	p
Důvěra k personálu pro novorozence	**15,04**	**0,0018**
Rovnocenný přístup personálu pro novorozence	6,45	0,091
Laskavý a vstřícný přístup personálu pro rodičky	**7,75**	**0,021**
Emoční podpora od personálu pro rodičky	**9,59**	**0,023**
Informace o chystaných zákrocích a vyšetřeních	**9,25**	**0,026**
Jednotné informace od personálu	**10,69**	**0,013**
Dostatek informací	**10,81**	**0,0128**
Rada a pomoc s kojením	**11,69**	**0,0085**
Vzhled pokoje	**14,01**	**0,0029**
Dostatek sprch a toalet	**11,56**	**0,0090**
Strava	7,44	0,059

R2 = 0,39; výsledky vícenásobné logistické regrese

4.2 Prediktory spokojenosti s porodním zážitkem

U žen se spontánním vaginálním porodem patřily mezi nejvýznamnější prediktory spokojenosti s porodním zážitkem zejména položky týkající se podílu rodičky na rozhodování: možnost odmítnout zákrok, včasné informování o zákrocích a vyšetřeních, respekt k tempu porodu, možnost volby porodní polohy (výsledky jednoduché regrese). Výsledky vícenásobné regresní analýzy zachycuje tabulka 3 – mezi psychosociální proměnné, které přispívají unikátním způsobem k vysvětlení variability spokojenosti s porodem, patřil u žen rodících spontánně vaginálně citlivý přístup lékařů a hraničně dostatek informací. Model uvedený v tabulce 3 vysvětloval 9 % variability spokojenosti.

Tab. 3 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodem (spontánní vaginální porod), n = 463

Položka dotazníku KLI-P	$\chi 2$	p
Laskavý a vstřícný přístup PA	5,50	0,14
Citlivý přístup LEK	**8,63**	**0,035**
Dostatek informací	6,92	0,074

R2 = 0,09; výsledky vícenásobné logistické regrese

U spokojenosti s porodem však hrály podstatnou roli biomedicínské proměnné – v jednoduché regresní analýze se jako významné prediktory ukázaly: silná bolest v první a druhé době porodní, indukce a augmentace porodu, aplikace oxytocinu a hraničně velká krevní ztráta. Vstoupily-li do vícenásobné regresní analýzy spolu s psychosociálními aspekty (citlivý přístup lékařů a dostatek informací) i biomedicínské proměnné, byly zjištěny následující významné prediktory spokojenosti s porodem: citlivý přístup lékařů (p=0,0061), dostatek informací (p=0,025), silná bolest v první i druhé době porodní (p<0,0001), indukce a augmentace porodu (p=0,0048) a velká krevní ztráta (p=0,0077). Tento model vysvětloval 22 % variability spokojenosti s porodem.

U žen s akutní SC se v jednoduché regresní analýze ukázala jako významný psychosociální prediktor spokojenosti s porodem jediná proměnná: srozumitelnost informací (p=0,027). Vstoupila-li tato položka do vícenásobné regrese spolu s biomedicínskými proměnnými identifikovanými pomocí jednoduché regrese, jako významné prediktory spokojenosti se ukázaly: silná bolest v první době porodní (p<0,0001), emergentní SC (p=0,011) a srozumitelnost informací (p=0,025). U žen

s elektivní SC byl pro spokojenost s porodem klíčový zejména přístup zdravotníků: emoční podpora od porodních asistentek, citlivý přístup lékařů, dostupnost zdravotníků. Žádná z položek týkajících se prostředí porodnice nebyla v jednoduché regresní analýze významná u žádné ze skupin žen.

4.3 Skupiny žen s vyšším rizikem nespokojenosti s porodní péčí a porodním zážitkem dle osobnostních a sociálně-psychologických faktorů

Co do rizikových faktorů se spokojenost, resp. nespokojenost s porodní péčí a s porodem velmi odlišuje: zatímco **nespokojenost s péčí souvisela především s neuspokojivým sociálním zázemím ženy** (žena žije bez partnera, hodnotí negativně dostupnou sociální oporu, udává vysokou míru stresu v těhotenství a nespokojenost s finanční situací a bydlením, viz tab. 4), **nespokojenost s porodem souvisela kromě porodních komplikací (akutní SC) zejména s osobnostními charakteristikami rodičky** (výrazný strach z porodu, nízká mateřská sebedůvěra, depresivní symptomy v posledním trimestru těhotenství, viz tab. 5).

Tab. 4 Porovnání spokojenosti s porodní péčí u žen dle rizikových faktorů, N = 438

Rizikový faktor	Faktor ano		Faktor ne		*p*
	Mean	95% CI	Mean	95% CI	
Výrazný strach z porodu (OWLS), n=40	1,95	1,41-2,49	1,76	1,62-1,89	0,91
Nízká mateřská sebedůvěra, n=43	2,07	1,56-2,58	1,74	1,61-1,88	0,21
Nechtěné těhotenství, n=16	2,00	1,42-2,58	1,77	1,63-1,90	0,076
Žije bez partnera, n=10	**3,10**	**1,65-4,55**	**1,74**	**1,62-1,87**	**0,0022**
Nízká sociální opora, n=42	**2,14**	**1,64-2,64**	**1,74**	**1,60-1,87**	**0,033**
Věk < 30 let, n=210	1,68	1,53-1,83	1,86	1,66-2,08	0,90
Vzdělaní základní a UO, n=34	1,85	1,30-2,40	1,77	0,64-1,90	0,87
Svobodná matka, n=127	1,90	1,64-2,16	1,73	1,58-1,88	0,24
Úzkost v těhotenství (STAI), n=45	2,02	1,58-2,46	1,75	1,61-1,88	0,081
Deprese v těhotenství (EPDS), n=53	2,08	1,64-2,51	1,73	1,60-1,87	0,060
Stres v těhotenství (PSS), n=44	**2,41**	**1,83-2,99**	**1,71**	**1,58-1,83**	**0,010**
Nízký sociální status, n=63	**2,13**	**1,72-2,53**	**1,72**	**1,58-1,85**	**0,017**
Primipara, n=223	**1,90**	**1,70-2,09**	**1,65**	**1,48-1,82**	**0,027**
Emergentní sekce, n=37	2,19	1,56-2,82	1,74	1,61-1,87	0,22

p pro rozdíl mezi skupinami pomocí Wilcoxonova oboustranného testu

Tab. 5 Porovnání spokojenosti s porodem dle rizikových faktorů, N = 438

Rizikový faktor	Faktor ano		Faktor ne		*p*
	Mean	95% CI	Mean	95% CI	
Výrazný strach z porodu (OWLS), n=40	**4,10**	**3,49-4,71**	**3,25**	**3,07-3,43**	**0,0071**
Nízká mateřská sebedůvěra, n=43	**4,16**	**3,60-4,73**	**3,23**	**3,06-3,41**	**0,0019**
Nechtěné těhotenství, n=16	3,56	2,71-4,41	3,32	3,14-3,49	0,47
Žije bez partnera, n=10	4,00	2,35-5,65	3,31	3,14-3,48	0,33
Nízká sociální opora, n=42	3,50	2,98-4,02	3,31	3,13-3,49	0,40
Věk < 30 let, n=210	3,42	3,17-3,67	3,24	3,00-3,47	0,27
Vzdělaní základní a UO, n=34	3,18	2,40-3,96	3,34	3,16-3,51	0,36
Svobodná matka, n=127	3,55	3,21-3,89	3,23	3,04-3,43	0,15
Úzkost v těhotenství (STAI), n=45	3,69	3,10-4,27	3,28	3,11-3,46	0,19
Deprese v těhotenství (EPDS), n=53	**3,96**	**3,41-4,52**	**3,24**	**3,06-3,42**	**0,013**
Stres v těhotenství (PSS), n=44	3,70	3,09-3,42	3,28	3,11-3,46	0,20
Nízký sociální status, n=63	3,36	2,90-3,83	3,32	3,13-3,50	0,87
Primipara, n=223	**3,69**	**3,45-3,93**	**2,95**	**2,72-3,18**	**<0,0001**
Emergentní sekce, n=37	**4,78**	**4,18-5,38**	**3,19**	**3,01-3,37**	**<0,0001**

p pro rozdíl mezi skupinami pomocí Wilcoxonova oboustranného testu

Analýza interakcí mezi rizikovými faktory a psychosociální aspekty porodní péče odhalila následující významné interakce: věk < 30 let vs. rovnocenný přístup zdravotníků; svobodná matka vs. podávání informací; akutní SC vs. podávání informací; prvorodička vs. podávání informací; nízká mateřská sebedůvěra vs. fyzické pohodlí a služby. Srovnání spokojenosti žen s rizikovými faktory rozdělených do skupin podle hodnocení psychosociálních aspektů porodní péče ukázalo, že:

- u žen mladších, resp. starších 30 let se nemění spokojenost s porodem v závislosti na rovnocenném přístupu zdravotníků (3,43 vs. 3,47; p=0,81, 3,28 vs. 3,35; p=0,86);
- svobodné matky, které byly maximálně spokojeny s informacemi od zdravotníků, byly významně spokojenější s porodem než svobodné matky, které byly s informacemi spokojeny méně (2,71 vs. 3,69; p=0,036); tento rozdíl se však ukázal rovněž u vdaných žen a byl zde významnější (2,97 vs. 3,67; *p*=0,0002);
- ženy rodící akutní SC, které vyjádřily vysokou spokojenost s podáváním informací, nebyly celkově spokojenější s porodní péčí než ženy rodící akutní SC, které byly s informacemi spokojeny méně (2,23 vs. 2,17; p=0,92); u ostatních žen však platilo, že ženy, které byly maximálně spokojené s informacemi, byly významně spokojenější s porodní péčí celkově (1,44 vs. 2,01; p<0,0001);
- prvorodičky, které byly maximálně spokojené s podáváním informací, byly celkově spokojenější s porodní péčí než prvorodičky, které byly s informacemi spokojeny méně (1,79 vs. 1,98; p=0,0023); tento vztah mezi celkovou spokojeností s péčí a podáváním informací však platil i pro vícerodičky a byl u nich statisticky významnější (1,23 vs. 2,08; p<0,0001);
- ženy s nízkou mateřskou sebedůvěrou nehodnotily porodní péči významně lépe, pokud byly maximálně spokojené s fyzickým pohodlím a službami v porodnici – rozdíl v celkové spokojenosti s péčí u žen hodnotících pohodlí maximálně pozitivně a méně pozitivně nebyl významný (2,35 vs. 1,33; p=0,38); u žen s vyšší sebedůvěrou v mateřské roli však platilo, že větší pohodlí v porodnici souviselo s významně vyšší celkovou spokojeností s porodní péčí (1,58 vs. 2,19; p<0,0001).

5 Diskuse

Cílem předkládané disertační práce bylo analyzovat psychosociální aspekty perinatální péče a jejich dopad na spokojenost žen s touto péčí, a to zvlášť pro různé skupiny rodiček rozdělené podle typu porodu. Hlavním úkolem bylo zjistit, které psychosociální aspekty péče jsou pro různé skupiny rodiček klíčové a jaký význam mají tyto aspekty pro spokojenost s péčí ve srovnání s biomedicínskými proměnnými a prostředím a vybavením porodnice. Dalším úkolem bylo zjistit, jak se do hodnocení perinatální péče promítá případná psychosociální zátěž rodiček a zdali mohou některé dílčí psychosociální faktory snižovat riziko nespokojenosti s péčí u vulnerabilních žen (úzkostných, depresivních, postrádajících sociální oporu apod.). S ohledem na záměr odlišit spokojenost s perinatální péčí od spokojenosti s porodem byly analýzy prediktorů spokojenosti provedeny paralelně pro obě tyto závisle proměnné. Zaměřením na sociálně-psychologické dimenze a determinanty spokojenosti rodiček s perinatální péčí jsou výsledky empirické části práce zároveň příspěvkem k teorii spokojenosti, jejíž hlavní komponenty byly nastíněny v části teoretické.

Předpoklad o rozdílnosti faktorů určujících spokojenost s porodní péčí u různých skupin rodiček, který byl vysloven v teoretické části práce, podpořily i prezentované analýzy. Pro spokojenost žen rodících spontánně vaginálně byl nejdůležitější podíl na rozhodování, rovnocenný přístup lékařů a podpora porodních asistentek, pro ženy rodící akutní SC byl klíčový citlivý přístup lékařů a podpora porodních asistentek a pro ženy rodící plánovanou SC kromě vstřícného a ohleduplného přístupu zdravotníků především dostatek informací.

Sumárně lze říci, že mezi klíčové dimenze spokojenosti s porodní péčí patřily interpersonální vztahy, dostatek informací a podíl rodičky na rozhodování, přičemž samotný průběh porodu a fyzické prostředí porodnice hrály okrajovou roli (fyzické prostředí porodnice bylo klíčové pro spokojenost s poporodní péčí, perinatální výsledky pro spokojenost s porodem). Menší význam fyzického prostředí pro spokojenost s porodní péčí potvrzují i další studie (Jenkins et al., 2014; Séguin et al., 1989), avšak pokud jde o proměnné spojené s průběhem porodu, jiné práce zpravidla

poukazují na významný vliv porodních komplikací a intervencí (Waldenström et al., 2006; Wilde-Larsson et al., 2011; Rudman et al., 2007; Chalmers & Dzakpasu, 2015). Dosavadní literatura je však zatížena nedostatečným rozlišováním mezi spokojeností s péčí a spokojeností s porodem, takže je do budoucna třeba podrobnějších analýz, které by otázku dopadu komplikací a intervencí na spokojenost s péčí blíže osvětlily.

Z výsledků prezentovaných analýz je zřejmé, že spokojenost s péčí a spokojenost s porodem je třeba chápat jako odlišné konstrukty složené z odlišných dimenzí. Zatímco pro spokojenost s porodem je určující zejména jeho průběh (komplikace, intervence, vnímání porodní bolesti), pro spokojenost s péčí jsou klíčové psychosociální aspekty péče. Spokojenost s porodem je dále asociována zejména se sebedůvěrou ženy ve vlastní schopnosti, spokojenost s porodní péčí spíše s jejím sociálním zázemím, sociálními kompetencemi, resp. pozitivním hodnocením sociální opory. Pro spokojenost s porodem je tedy rozhodující to, že žena věří sobě, pro spokojenost s péčí to, že má důvěru v druhé (tj. má tendenci hodnotit sociální vztahy pozitivně).

Překvapivých výsledků bylo dosaženo u analýzy interakcí mezi rizikovými faktory nespokojenosti s porodem a s porodní péčí (nižší věk, nízká mateřská sebedůvěra, svobodná matka, porod akutní SC, primipara) a vysokým hodnocením některých dimenzí perinatální péče: ukázalo se, že zlepšení spokojenosti s jednotlivými dimenzemi porodní péče přináší výhody v podobě vyšší spokojenosti s porodem či celkové spokojenosti s porodní péčí spíše pro ženy bez rizikových faktorů. Vdané ženy byly spokojenější s porodem, když se jim dostalo více informací (svobodné též, ale rozdíl byl vyjádřen méně významně), ženy nerodící akutní SC byly spokojenější s porodní péčí, když měly k dispozici dostatek informací (u žen rodících akutní SC dostatek informací k větší spokojenosti s porodní péčí nepřispěl), vícerodičky hodnotily péči lépe, když měly dostatek informací (prvorodičky též, ale daný vztah byl méně významný), ženy s vysokou mateřskou sebedůvěrou byly spokojenější s péčí, když hodnotily lépe fyzické pohodlí a služby (u žen s nízkou sebedůvěrou nepřispělo lepší hodnocení fyzického pohodlí a služeb k větší spokojenosti s péčí).

Jak bylo řečeno, dle prezentovaných výsledků se do spokojenosti s perinatální péčí promítají i sociálně psychologické charakteristiky rodiček. Spokojenost s péčí tak závisí i na očekáváních, postojích a předchozích sociálních zkušenostech rodiček, přičemž dopad těchto determinant může být u různých dimenzí péče různý. Další výzkum by se proto měl zaměřit i na to, jak se liší determinanty spokojenosti pro jednotlivé dimenze péče: je totiž pravděpodobné, že například spokojenost s emoční podporou od zdravotníků souvisí se sociálními kompetencemi rodičky, zatímco spokojenost s podílem na rozhodování se bude více odvíjet od postojů ženy k porodu, jejích očekávání a preferencí, byť lze předpokládat provázanost jedné determinanty s více dimenzemi (např. sociální kompetence zlepší vnímání emoční podpory od zdravotníků a zároveň dopomohou k zapojení rodičky do rozhodování), případně jedné dimenze s více determinantami (spokojenost rodičky s podílem na rozhodování může být dána jejími očekáváními a preferencemi, ale i schopností dobré komunikace se zdravotníky). Výsledky této práce je tedy třeba interpretovat tak, že spokojenost s perinatální péčí nelze uchopit jednoduše jako sumu či agregát spokojenosti s jednotlivými dimenzemi péče (Wilson, Goldsmith, 1995), nýbrž spíše jako dynamickou strukturu vzájemně provázaných a interagujících momentů.

6 Závěr

Psychosociální aspekty perinatální péče hrají klíčovou roli pro „pacientskou“ spokojenost a promítají se i do spokojenosti žen s porodním zážitkem. Pro hodnocení porodní péče jsou tyto aspekty důležitější než samotný průběh porodu (komplikace a intervence) a fyzické prostředí porodnice. Konceptuální rámec pro vývoj a adaptaci dotazníků spokojenosti s perinatální péčí by měl ovšem zohledňovat nejen jednotlivé dimenze péče, nýbrž i determinanty spokojenosti s těmito dimenzemi na straně rodičky (její preference, očekávání, postoje, interpersonální kompetence) a zároveň posuny v kombinaci klíčových dimenzí péče a jejich významu pro celkové hodnocení péče u různých skupin rodiček (rozlišených zejména dle průběhu porodu). Výsledky předkládané práce je však třeba potvrdit v dalších studiích a ověřit jejich transkulturní platnost.

7 Literatura

Bailham, D., & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health, and Medicine, 8,* 159–168.

Bramadat, I. (1993). Satisfaction with Childbirth: Theories and Methods of Measurement. *Birth, 20*(1), 22- 29.

Brown, S., & Lumley, J. (1994). Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth, 21,* 4-13.

Bryers, H., & Van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery, 26*(5), 488-496.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav, 24,*385-396.

Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10- item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry, 150,* 782-786.

Čepický, P. (1993). Psychosomatická problematika v gynekologii a porodnictví. In: Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. (eds.): *Psychosomatická medicína.* Praha: Grada, 246–267.

Čepický, P. (1999). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví, 8*(3), 88 s.

Čepický, P. (2007). Psychosomatika v porodnictví. In: Živný, J. (ed.): *Gynekologie a porodnictví. Testy.* 2. vyd. Praha: Galén, 349–351.

Farrow, C., & Blissett, J. (2007). The development of maternal self-esteem. *Infant Mental Health J*, *28,* 517-535.

Haines, H. (2013). The Role of Women's Attitudinal Profiles in Satisfaction with the Quality of their Antenatal and Intrapartum Care. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing, 42*(4), 428-441.

Heretik, A., Ritomský, A., & Novotný, V., et al. (2009). Restandardizace state-trait anxiety inventory X-2 – úzkostnost jako rys. *Československá psychologie, 53,* 587-599.

Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American journal of obstetrics and gynekology, 186*(5 Suppl Nature), 160-172.

Chalmers, B. (2015). Interventions in labour and birth and satisfaction with care: The Canadian Maternity Experiences Survey Findings. *Journal of reproductive and infant psychology, 33*(4), 374-387.

Chalmers, B. E., & Dzakpasu, S. (2015). Interventions in labour and birth and satisfaction with care: The Canadian Maternity Experiences Survey Findings. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *33*(4), 374-387.

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.

Jenkins, M. G., Ford, J. B., Morris, J. M., & Roberts, C. L. (2014). Women's expectations and experiences of maternity care in NSW–What women highlight as most important. *Women and Birth*, *27*(3), 214-219.

Jirák, R., Dušková, M., & Hill, M. (2012). Psychické poruchy v těhotenství a po porodu. In: Pařízek, A. (ed.): *Kritické stavy v porodnictví.* Praha: Grada.

Lavender, T., Walkinshaw, S. A., & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, *15*(1), 40-46.

Linder Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social science & medicine, 16*(5), 577-582.

DiMatteo, M.R., Morton, S.C., Lepper, H.S., Damush, T.M., Carney, M.F., Pearson, M., & Kahn, K.L. (1996). Cesarean section and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychol.*, *15*(4), 303-314.

Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of reproductive and infant psychology,*

31(2), 172-182.

Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví.* Plzeň: Reklamní atelier Area s.r.o.

Ratislavová K., & Beran J. (2010). Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes. *Česká gynekologie, 75*(5), 462-466.

Redshaw, M., Martin, C., & Rowe, R., et al. (2009). The Oxford Worries about Labour Scale: women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth. *Psychol Health Med, 14,* 354-366.

Rudman, A., El-Khouri, B., & Waldenström, U. (2007). Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *Journal of advanced nursing, 59*(5), 474-487.

Sawyer, A., Ayers, S., Abbott, J., Gyte, G., Rabe, H., & Duley, L. (2013). Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy and Childbirth, 13*(1),108.

Séguin, L., Therrien, R., Champagne, F., & Larouche, D. (1989). The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth, 16,* 109-113.

Sheera, F., Lerman, S., Shahar, G., Czarkowski, K., Kurshan, N., Magriples, U., Mayes, L., & Epperson, C.N. (2007). Predictors of Satisfaction with Obstetric Care in High-risk Pregnancy: The Importance of Patient-Provider Relationship. *J Clin Psychol Med Settings, 14*(4), 330–334.

Sitzia, J. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social science & medicine, 45*(12), 1829-1843.

Sobotková, D., & Štembera, Z. (2003a). Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980–2000: I. těhotenství. *Česká gynekologie*, 4, 249–254.

Sobotková, D., & Štembera, Z. (2003b). Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980–2000: II. porod. *Česká gynekologie, 5,* 370–372.

Sobotková, D., & Štembera, Z. (2003c). Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980–2000: III. poporodní období. *Česká gynekologie, 6,* 385–389.

Stadlmayr et al. (2004). How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology, 115*(1), 43-50.

Šulová, L. (2011). Porodní alternativy. In:, Šulová, L., Fait, T., Weiss, P. (eds.): *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví.* Praha: Maxdorf, 59-62.

Šulová, L. (2008). Prevence začíná v raném dětství. In: Fait, T., Vrablík, M., Češka, R. a kol.: *Preventivní medicína.* Praha: Maxdorf Jessenius, 467-495.

Takács, L., Sobotková, D., & Šulová, L. (Eds.) (2015). *Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace.* Praha: Grada. 250 s.

Takács L., Sněhotová J., & Horáková Hoskovcová S. (2012). *Dotazník psychosociálního klimatu porodnice KLI-P.* Praha: Testcentrum.

Takács, L., & Seidlerová, J. (2013) Psychosociální klima porodnice očima rodiček: I. výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček. *Česká gynekologie, 78*(2), 157-168.

Takács, L., & Seidlerová, J. a kol. (2012) *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček.* Praha: FF UK.

van Teijlingen, E. (2005). A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological research online*, *10*(2).

Waldenström, U., Rudman, A., & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 85,* 551-560.

Wilde Larsson, B. (2011). Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study. *Journal of clinical nursing, 20*(7-8), 1168-1177.

Wilson, L., & Goldsmith, P. (1995). Quality and its measurement. In: Wilson, L., Goldsmith, P. *Quality management in health care.* McGraw-Hill. Sydney, 229-258.

Zimet, G.D., & Dahlem, N.W., Zimet, S.G. et al. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assessment*, *52,* 30-41.

8 Publikační činnost autorky

Leahy-Warren, P., Nieuwenhuijze, M., Spyridou A., Sigríður Sía Jónsdóttir, Benyamini, Y., Crespo, E., Murphy, M., Kazmierczak, M., TAKÁCS, L., Savona Ventura, S., Joaquin Garcia-Lopez, L., & Olza Fernández, I. The Psychological Experience of Physiological Childbirth: A Protocol for A Systematic Review of Qualitative Studies. V recenzním řízení časopisu *BMC Pregnancy and Childbirth.*

Takács, L., Smolík, F., Mlíková Seidlerová, J., Čepický, P., & Hoskovcová, S. (2016). Poporodní blues – česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“. *Česká gynekologie,* v tisku.

Takács, L., Mlíková Seidlerová, J., Smolík, F., Hoskovcová, S., Antonín, P., Vařáková, J., Valová, A., Svoboda, T., & Dočkalová, J. (2015) Spokojenost žen s perinatální péčí v Kraji Vysočina za období říjen 2013 až září 2014. *Česká gynekologie, 80*(6), 426 – 435.

Takács, L., Seidlerová, J., Šulová, L., & Horáková Hoskovcová, S. (2015) Social psychological predictors of satisfaction with intrapartum and postpartum care – what matters to women in Czech maternity hospitals? *Open Medicine, 10*(1), 119-127.

Takács, L., Sobotková, D., & Šulová, L. (Eds.) (2015) *Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace.* Praha: Grada. 250 s.

Takács, L., & Roztočil, A. (2015) Porodnické operace a jejich psychologické souvislosti. In: Takács, L., Sobotková, D., Šulová, L. (Eds.), *Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace.* Praha: Grada, s. 57-74.

Takács, L., & Pečená, M. (2015) Komunikace v perinatální péči. In: Takács, L., Sobotková, D., Šulová, L. (Eds.), *Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace.* Praha: Grada, s. 17-36.

Takács, L., Smolík, F., Sněhotová, J., & Horáková Hoskovcová S. (2013) Diagnostika psychosociálního klimatu porodnice – konstrukce a psychometrická evaluace dotazníku KLI- P. *Československá psychologie,* LVII, 1, 75-94.

Takács, L., & Seidlerová, J. (2013) Psychosociální klima porodnice očima rodiček: I. výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček. *Česká gynekologie, 78*(2), 157-168.

Takács, L., & Seidlerová, J. (2013) Psychosociální klima porodnice očima rodiček: II. prediktory spokojenosti s perinatální péčí v ČR. *Česká gynekologie, 78*(3), 269-275.

Takács, L., & Seidlerová, J. a kol. (2012) *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček.* Praha: Vydavatelství FF UK.

Takács, L., Sněhotová, J., & Horáková Hoskovcová, S. (2012*) Dotazník psychosociálního klimatu porodnice KLI-P.* Příručka. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

Takács, L., Kodyšová, E., & Seidlerová, J. (2012) Souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zákroky a zdravotními komplikacemi v průběhu porodu. *Česká gynekologie, 77*(3), 195-204.

Takács, L. (2012) Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče. *Česká gynekologie, 77*(1), 15-21.

Takács, L., & Kodyšová, E. (2011) Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie, 76*(3), 199-204.

Takács, L., Kodyšová, E., Kejřová, K., & Bartošová, M. (2011) Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky. *Psychologie pro praxi*, *47*(3-4), 9-23.

Takács, L., Kodyšová, E., Kejřová, K., & Bartošová, M. (2011) Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. *E-psychologie* [online], *5*(4), 16-32, dostupný z www: <http://e-psycholog.eu/pdf/takacs-etal.pdf>.