Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Sociální psychologie

Disertační práce

Psychosociální aspekty porodní a poporodní péče

Psychosocial aspects of intrapartum and postpartum care

Školitel: PhDr. Simona Hoskovcová, Ph.D.

Konzultant: MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.

Praha, 2016

Mgr. Lea Takács

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem disertační práci napsala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 29.6.2016

……..

Jméno a příjmení

Poděkování

Ráda bych poděkovala své školitelce PhDr. Simoně Hoskovcové, Ph.D., za cenné rady a podporu při psaní práce, MUDr. PhDr. Pavlu Čepickému, CSc., za jeho podrobné připomínky a komentáře k rukopisu a doc. MUDr. Jitce Mlíkové Seidlerové, Ph.D., a PhDr. Filipu Smolíkovi, Ph.D., za pomoc se statistickým zpracováním dat a za rady k metodologii výzkumné části práce. Za odbornou podporu patří dík i kolegům z katedry psychologie FF UK a rovněž kolegům sdruženým v rámci akce COST IS1405 *(Building Intrapartum Research Through Health - an interdisciplinary whole system approach to understanding and contextualising physiological labour and birth).* Za pomoc se sběrem dat děkuji vrchním sestrám všech porodnic v Kraji Vysočina (Jihlava, Havlíčkův Brod, Třebíč, Nové Město na Moravě, Pelhřimov), Mgr. Aleně Valové, Jitce Vařákové, Jarmile Dočkalové, Jaroslavě Uchytilové a Bc. Jitce Plášilové. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat představitelům Kraje Vysočina, bez jehož finanční podpory by tento projekt nemohl být uskutečněn.

Název: Psychosociální aspekty porodní a poporodní péče

Autor: Mgr. Lea Takács

Pracoviště: Katedra psychologie

Školitel: PhDr. Simona Hoskovcová, Ph.D.
Konzultant: MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.

Abstrakt
Současný stav poznání: Spokojenost rodiček s porodní a poporodní péčí je do značné míry ovlivněna psychosociálními faktory. Navzdory rozsáhlému výzkumu však není pojem spokojenosti s perinatální péčí dostatečně definován a vyjasněn, často je navíc zaměňován s příbuznými, avšak odlišnými pojmy, zejména s pojmem spokojenosti s porodem. Nejasnosti se týkají především určení dimenzí a determinant spokojenosti s péčí u různých skupin rodiček a rovněž role, kterou hrají pro tuto spokojenost psychosociální faktory ve srovnání s biomedicínskými proměnnými.
Cíle: Cílem této práce je prohloubit porozumění pojmu spokojenosti s perinatální péčí analýzou psychosociálních a biomedicínských faktorů, které tuto spokojenost ovlivňují u různých skupin rodiček rozlišených podle typu porodu (vaginální porod, akutní císařský řez, plánovaný císařský řez). S ohledem na záměr osvětlit rozdíl mezi spokojeností s péčí a spokojeností s porodem byly analýzy prediktorů provedeny zvlášť pro obě tyto proměnné.
Metodika: K identifikaci klíčových prediktorů spokojenosti byla užita ordinální logistická regrese. Data byla získána od souboru 680 žen, které porodily v porodnicích Kraje Vysočina v období od října 2013 do září 2014. Ženám byly administrovány dotazníkové baterie v posledním trimestru těhotenství a dva měsíce po porodu.
Výsledky: Faktory ovlivňující spokojenost s perinatální péčí a spokojenost s porodem se liší: zatímco o spokojenosti s péčí rozhodovaly především faktory psychosociální (vztahy se zdravotníky) a biomedicínské proměnné hrály zanedbatelnou roli, pro spokojenost s porodem byly klíčovými prediktory intenzita porodní bolesti a informace od zdravotníků. Spokojenost s péčí souvisela se sociálním zázemím žen, spokojenost s porodem s jejich osobnostními charakteristikami. Byly rovněž zjištěny rozdíly ve faktorech ovlivňujících spokojenost u žen dle typu porodu.

Klíčová slova: psychosociální aspekty; perinatální péče; porodní péče; pacientská spokojenost; porodní zkušenost

Title: Psychosocial aspects of intrapartum and postpartum care

Author: Mgr. Lea Takács

Department: Department of Psychology

Supervisor: PhDr. Simona Hoskovcová, Ph.D.
Consultant: MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.

Abstract
Background: Satisfaction with perinatal care is largely a result of psychosocial aspects of the care provided. However, despite a considerable body of research, the concept of satisfaction with perinatal care is not sufficiently defined and understood, being often confused with other concepts, particularly with that of satisfaction with childbirth experience. The lack of knowledge concerns especially the psychosocial dimensions and determinants of the care, most importantly for different groups of women, and the level of importance of psychosocial factors for satisfaction compared to biomedical variables.
Objective: The aim of the present dissertation is to contribute to the theory of satisfaction by investigating the psychosocial and biomedical factors that affect satisfaction with perinatal care and satisfaction with childbirth experience in different groups of women depending on the mode of delivery (vaginal delivery, emergency caesarean section or elective caesarean section).
Method: Ordinal logistic regression was used to identify the key predictors of satisfaction. The data were obtained from 680 women who gave birth at maternity hospitals in Vysočina region between October 2013 and September 2014. The women completed questionnaires in the third trimester of pregnancy and two months after delivery.
Results: Our results confirmed the difference between satisfaction with perinatal care and satisfaction with childbirth experience as their predictors differed considerably. While satisfaction with care was predicted mainly by the psychosocial factors (the interactions and relationships with caregivers) with a negligible influence of the biomedical variables, satisfaction with childbirth experience was predicted primarily by the intensity of childbirth pain and the information received. Satisfaction with care was associated with women's social background, while satisfaction with childbirth with their psychological characteristics. The intergroup differences in satisfaction predictors were also observed depending on the mode of delivery.

Key words: psychosocial aspects; perinatal care; intrapartum care; patient satisfaction; childbirth experience

Obsah

Úvod....9
1. Kulturní a společenský kontext poskytování perinatální péče....14
1.1 Medicínský versus sociální model porodu....14
1.2 Souvisí nadužívání porodnických intervencí s tzv. medicínským modelem porodu?....18
1.3 Kultura rizika a její konsekvence v porodnictví: rozpor mezi věděním a praxí....20
1.4 Postoj rodiček k intervencím....23
1.5 Důvody nadužívání císařského řezu a psychosociální indikace....25
1.6 Co je to normální porod?....29
2. Psychosociální klima porodnice a spokojenost s perinatální péčí....32
2.1 Psychosociální klima porodnice a jeho dimenze....33
2.1.1 Vztahové hledisko....35
2.1.2 Hodnotové hledisko....36
2.1.3 Systémové hledisko....36
2.1.4 Ekologicko-architektonické hledisko....37
2.2 Provázanost dimenzí psychosociálního klimatu porodnice....38
2.3 Psychosociální klima českých porodnic a spokojenost žen s perinatální péčí v České republice....40
2.3.1 Vztah pojmů psychosociální klima a spokojenost....40
2.3.2 Spokojenost žen s péčí v českých porodnicích....41
3. Spokojenost s perinatální péčí – kritická analýza pojmu a jeho teoretické zakotvení....45
3.1 Teorie pacientské spokojenosti....45
3.1.1 Donabedianova klasická teorie kvality zdravotní péče....46
3.1.2 Teorie diskonfirmace (disconfirmation theory)....47
3.1.3 Teorie diskrepance (discrepancy theory)....47
3.1.4 Teorie naplnění (fulfilment theory)....48
3.1.5 Teorie sociální spravedlnosti (social equity theory)....49
3.1.6 Teorie očekávání a hodnot (expectancy-value theory)....49
3.1.7 Teorie determinant a komponent....50
3.1.8 Teorie vícenásobných modelů....52
3.1.9 Spokojenost jako přímá odpověď na zkušenost se zdravotní péčí....53
3.2 Problém očekávání jako klíčové determinanty spokojenosti....54
3.3 Základní stavební kameny teorie pacientské spokojenosti....56
3.4 Teoretické zakotvení dotazníků pro měření spokojenosti s perinatální péčí....58
3.5 Model spokojenosti pro oblast perinatální péče....64
4. Dimenze spokojenosti s perinatální péčí a s porodem....72
4.1 Dimenze spokojenosti s perinatální péčí....74
4.1.1 Interpersonální vztahy....75
4.1.2 Organizace péče....77
4.1.3 Odborná úroveň péče....78
4.1.4 Paradigma určující postoj k vedení porodu a k roli rodičky při porodu....79
4.1.5 Prostředí porodnice....81

4.1.6 Výsledky péče 81
4.1.7 Specifická témata v rámci perinatální péče....82
4.2 Dimenze spokojenosti s porodním zážitkem....83
4.2.1 Pocit bezpečí....84
4.2.2 Pocit kontroly....85
4.2.3 Spokojenost s vlastním zvládáním porodu....86
4.2.4 Porodní bolest....87
4.2.5 Průběh porodu (porodní komplikace a intervence)....88
4.3 Srovnání pojmů spokojenost s perinatální péčí a spokojenost s porodem co do jejich konstitutivních dimenzí....88
5. Determinanty spokojenosti s perinatální péčí a s porodem....91
5.1 Determinanty spokojenosti s perinatální péčí....91
5.1.1 Očekávání a preference....91
5.1.2 Osobnostní charakteristiky rodiček....92
5.1.3 Sociální opora a stres během těhotenství a porodu....94
5.1.4 Sociodemografické proměnné 94
5.1.5 Zdravotní proměnné a průběh porodu (včetně prožívané bolesti)....96
5.1.6 Faktory zkreslující výsledky měření spokojenosti s péčí....97
5.2 Determinanty spokojenosti se zkušeností porodu....100
5.2.1 Očekávání a předchozí zkušenosti....100
5.2.2 Osobnostní charakteristiky rodiček....101
5.2.3 Sociální opora....102
5.2.4 Sociodemografické proměnné 103
5.2.5 Proměnné související s porodní péčí....103
5.2.6 Zdravotní proměnné (vyjma průběhu porodu)....104
6. Závěry vyplývající z analýz teoretické části práce....105
7. Úvod do empirické části a cíle výzkumu....110
8. Soubor a metodika....112
8.1 Sběr dat....112
8.2 Soubor....112
8.3 Sledované proměnné....115
8.3.1 Závisle proměnné....115
8.3.2 Nezávisle proměnné....115
8.3.3 Psychosociální rizikové faktory 116
8.4 Nástroje....117
8.5 Statistická analýza....122
9. Výsledky....124
9.1 Spokojenost s porodní péčí u žen se spontánním vaginálním porodem....124
9.1.1 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodní péčí u žen se spontánním vaginálním porodem....124
9.1.2 Psychosociální a biomedicínské prediktory spokojenosti s porodní péčí u žen se spontánním vaginálním porodem....126
9.2 Spokojenost s porodní péčí u žen s akutní SC....127
9.2.1 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodní péčí u žen s akutní SC....128
9.2.2 Biomedicínské prediktory spokojenosti s porodní péčí u žen s akutní SC....130
9.3 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodní péčí u žen s plánovanou

SC....131
9.4 Psychosociální prediktory spokojenosti žen s péčí na oddělení šestinedělí (OŠ)....133
9.5 Spokojenost s porodem u žen rodících spontánně vaginálně....135
9.5.1 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodem u žen rodících spontánně vaginálně....135
9.5.2 Psychosociální a biomedicínské prediktory spokojenosti s porodem u žen rodících spontánně vaginálně....137
9.6 Spokojenost s porodem u žen s akutní SC....138
9.6.1 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodem u žen s akutní SC....139
9.6.2 Psychosociální a biomedicínské prediktory spokojenosti s porodem u žen s akutní SC....139
9.7 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodem u žen s plánovanou SC....140
9.8 Rizikové (psychosociální a biomedicínské) faktory nespokojenosti s porodní péčí....142
9.9 Rizikové (psychosociální a biomedicínské) faktory nespokojenosti s porodem....143
9.10 Psychosociální aspekty perinatální péče jako moderátory vztahu mezi rizikovými faktory a spokojeností s péčí v průběhu porodu....144
9.11 Psychosociální aspekty perinatální péče jako moderátory vztahu mezi rizikovými faktory a spokojeností s porodem....146
10. Diskuse....148
11. Závěr....155
12. Seznam zkratek....158
13. Literatura....159
14. Přílohy....176
14.1 Příloha 1 – Dotazníkové metody pro měření spokojenosti s perinatální péčí....176
14.2 Příloha 2 – Dotazník KLI-P....190
14.3 Příloha 3 – Přiřazení položek Dotazníku KLI-P k jednotlivým škálám..197

Úvod

Psychosociální aspekty perinatální péče se staly v posledních dvou dekádách předmětem narůstajícího zájmu nejen výzkumníků, ale i poskytovatelů zdravotní péče a osob zodpovědných za koncepci zdravotní politiky. Jakkoli byla kvalita perinatální péče tradičně hodnocena na základě tzv. „objektivních parametrů“, tj. především perinatálních výsledků, postupně se do popředí začaly dostávat i preference a potřeby rodiček a vedle pojmu „bezpečí“ začal být přikládán význam i pojmu „spokojenost“ (Lavender, Walkinshaw, & Walton, 1999).

Posun vedoucí k důrazu na psychosociální aspekty péče je dán několika faktory. Tím klíčovým je patrně výrazné snížení mateřské a novorozenecké mortality a morbidity v rozvinutém světě, které umožnilo zaměřit větší pozornost na to, jak spokojené jsou s perinatální péčí její příjemkyně a jak ženy hodnotí svou zkušenost porodu. Dalším faktorem je lepší dostupnost informací o různých porodních alternativách – 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 chtějí o svém porodu naopak 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 však 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 je například 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 201–2013). V rámci těchto projektů byla provedena analýza porodních zkušeností žen, na jejímž základě byl vyvinut *Dotazník psychosociálního klimatu porodnice* (Takács, Sněhotová, & Hoskovcová, 2012), který byl využit v celorepublikovém šetření spokojenosti žen s perinatální péčí (Takács 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“ 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; Lerman et al., 2007).

Souvislost psychosociálních aspektů a spokojenosti rodiček s perinatální péčí je těžištěm a klíčovým tématem této práce; jak ale upozorňují mnozí autoři, pojem „pacientská spokojenost“, resp. „spokojenost rodiček s péčí“ není stále uspokojivě vymezen, a dotazníky určené k měření spokojenosti tudíž postrádají odpovídající teoretické zakotvení (Turris, 2005; Yellen, Davis, & Ricard, 2002; Locker & Dunt, 1978; Williams, Coyle, & Healy, 1998). Ačkoli v praxi probíhají mnohá šetření spokojenosti, která jsou v zahraničí (zejména ve Velké Británii, Švédsku a Austrálii) často prováděna na žádost příslušných ministerstev s cílem vybudovat tzv. „woman-centred“ systém poskytování perinatální péče, chybějící vymezení pojmu spokojenost vrhá stín pochybnosti na validitu jejich výsledků; není-li totiž vyjasněno, co „spokojenost s péčí“ vlastně znamená, z jakých komponent sestává, jaké faktory ji ovlivňují a jaké mechanismy jsou ve hře v okamžiku, kdy rodička hodnotí perinatální péči, nemůžeme si být jisti tím, že pomocí stávajících dotazníkových metod skutečně měříme spokojenost s péčí a její relevantní komponenty (Williams et al., 1998). Související problém pak představuje nedostatečné rozlišování pojmů „spokojenost s péčí“ a „spokojenost s porodem“, které, jak bude dále ukázáno, je častým metodologickým limitem dosavadních studií. Ve snaze reagovat na aktuálně probíhající diskusi o teoretické fundaci pojmu „spokojenost“ je cílem předkládané disertační práce navrhnout teoretický model spokojenosti s perinatální péčí na základě analýzy dosavadní literatury a následně potvrdit předpoklady o komponentách a determinantách spokojenosti prostřednictvím empirického výzkumu.

V teoretické části práce je problematika psychosociálních aspektů perinatální péče nejprve uvedena do širších, sociokulturních souvislostí (kapitola 1) a následně je věnován prostor otázce psychosociálního klimatu porodnice a jeho vztahu ke spokojenosti žen s perinatální péčí (kapitola 2). Cílem kapitoly 3 je analyzovat pojem spokojenosti rekursem k dosavadním teoriím pacientské spokojenosti a navrhnout obecný model spokojenosti s perinatální péčí. Další rozpracování a prohloubení tohoto modelu přinášejí kapitoly 4 a 5, které analyzují psychosociální aspekty tvořící komponenty, resp. dimenze (kapitola 4)

a determinanty spokojenosti (kapitola 5). Kapitoly 4 a 5 zároveň tematizují rozdíl mezi spokojeností s perinatální péčí a spokojeností s porodem poukazem na jejich odlišné dimenze a determinanty.

V návaznosti na teoretickou část se část výzkumná zaměřuje na otázku, jaké psychosociální aspekty perinatální péče souvisí se spokojeností rodiček s porodnicí a jaký je jejich význam ve srovnání s dalšími faktory: s medicínskými proměnnými týkajícími se průběhu porodu a porodních komplikací a s prostředím a vybavením porodnice; pozornost je v této souvislosti věnována i psychologickým a psychosociálním charakteristikám rodiček. S ohledem na záměr zřetelně vymezit pojem „spokojenost s péčí“ vůči pojmu „spokojenost s porodem“ jsou analýzy dimenzí a determinant ve výzkumné části práce provedeny paralelně pro obě tyto proměnné.

Cíle této práce jsou tedy jak na rovině teoretické – disertace je příspěvkem k teorii spokojenosti – , tak i na rovině praktické: navržený teoretický model spokojenosti, jehož platnost stvrzuje empirický výzkum, by mohl v budoucnu sloužit jako spolehlivý základ a východisko pro konstrukci či adaptaci evaluačních nástrojů.

Teoretická část

1. Kulturní a společenský kontext poskytování perinatální péče

1.1 Medicínský versus sociální model porodu

Psychosociální aspekty perinatální péče nelze učinit tématem bez toho, aby byly zasazeny do širších sociokulturních souvislostí. Jsou totiž odrazem celkového nastavení systému porodnické péče, které je zase do značné míry spoluurčeno společenskými a kulturními trendy, resp. převládajícím přístupem k porodu v příslušném sociokulturním prostoru; to, jak daná společnost uchopuje a kontextualizuje porod, je považováno za spolehlivý indikátor způsobu poskytování porodní péče (Jordan, 1992). Zároveň je však třeba počítat – a to i v rámci relativně uzavřeného kulturního okruhu například na úrovni jednotlivých států – s určitou rozmanitostí postojů k porodu. Tato rozmanitost se netýká pouze skupin lišících se svým postavením v rámci systému porodní péče (např. poskytovatelé péče versus její příjemci, resp. příjemkyně), nýbrž objevuje se i v rámci dílčích celků, které jsou v tomto ohledu homogenní, tj. týká se i samotné skupiny rodiček, případně porodníků, resp. porodních asistentek (Reime et al., 2004). I v této rozmanitosti se však ustavují určité obecné normy, které se nějakým způsobem promítají do faktického způsobu poskytování porodní péče, byť takové ustavování nemusí probíhat (a zpravidla ani neprobíhá) bezkonfliktně, nýbrž je naopak výsledkem ostrých názorových výměn.

Společenské klima hraje v této oblasti medicínské praxe významnou úlohu především proto, že se porodnictví vymyká z celku ostatních medicínských oborů svým zaměřením na primárně zdravou populaci, resp. na primárně přirozený či normální, nikoli patologický proces. Normalita tohoto procesu zároveň znamená, že se tento proces týká značné části populace; relativně aktuální zkušenost s porodní péčí má většina žen v reprodukčním věku, mnohdy i zkušenost opakovanou. Jako zkušenost s mimořádným psychologickým a sociálním významem je porod něčím, na co se značná část žen intenzivně připravuje. Mnohé

nastávající matky přistupují k porodu aktivně a vytvářejí si konkrétní představy o jeho průběhu a způsobu vedení. Tyto představy a preference jsou (zejména u prvorodiček) formovány především sociálně a kulturně – ženy čerpají informace od jiných žen, které touto zkušeností prošly, prostřednictvím internetových diskusních fór a internetových stránek občanských iniciativ, porodnic či profesních organizací porodníků a porodních asistentek, a v neposlední řadě prostřednictvím médií (Hundley & Ryan, 2004). Mediální obraz společenské diskuse o porodech je však často utvářen především na základě rozporů mezi různými profesními a zájmovými skupinami (např. porodníky a porodními asistentkami, či zdravotníky a občanskými iniciativami), a může se tak prezentovat ve vyhrocené a zároveň značně zjednodušené podobě. Mediální obraz je přitom třeba odlišit od společenského klimatu, s nímž je ovšem ve vztahu jednak v tom smyslu, že toto klima nějak odráží, a jednak tím, že toto klima zpětně nějak formuje. To, jak daná společnost uchopuje porod, lze tedy (byť nepřesně) odečíst z mediálních prezentací tohoto tématu, které současně slouží jako základ pro utváření preferencí, očekávání a postojů rodiček.

Pro budoucí rodičky, které nemají ani odborné kompetence ani vlastní zkušenost s porodem, jsou často informace prezentované v médiích (včetně sociálních sítí) hlavním zdrojem znalostí o nadcházejícím porodu. V nepřeberném množství dostupných informací je však těžké se zorientovat a k nepřehlednosti přispívá i rozpornost názorů v internetových diskusích, takže například jednu porodnici některé její klientky vychvalují, zatímco jiné vyjadřují výraznou nespokojenost. Tato nejednotnost se týká nejen spokojenosti s péčí ve smyslu přístupu a ochoty personálu, ale i spokojenosti se způsobem vedení porodu. Zatímco některé ženy například preferují epidurální analgezii a takto vedený porod jim vyhovuje, jiné ji odmítají jako intervenci narušující přirozený průběh porodu s potenciálně rizikovými důsledky.

Ve snaze najít cestu z tohoto labyrintu se mnohé ženy nechávají vést některou z názorových skupin. Mediální obraz je přes všechnu svou nepřehlednost zároveň zjednodušený a zjednodušující a vyznačuje se tendencí k černobílému vidění, resp. k ostré polarizaci v postojích k porodu, kdy jsou proti sobě zpravidla

stavěni zastánci tzv. přirozených porodů, kteří odmítají pojetí porodu jako medicínské záležitosti, kritizují lékaře za nadbytečné, resp. škodlivé intervence a argumentují ve prospěch domácích porodů, a propagátoři tzv. medicínsky vedených porodů, kteří rutinní intervence naopak hájí a zdůrazňují rizikovost porodu a superiorní roli lékaře při porodu, resp. inferiorní roli rodičky. Ačkoli jistě existují jednotlivci, kteří zastávají extrémní pozice na obou koncích názorového spektra, černobílé rozlišování dvou proti sobě stojících skupin je zavádějící a přehlíží styčné plochy a názorovou blízkost rodiček preferujících porod s minimem intervencí na straně jedné a lékařů poskytujících zdravotní péči v porodnicích na straně druhé. Identifikace s jednou z uvedených skupin pak může vyústit jednak v paušální zařazování zúčastněných osob do jedné z těchto kategorií, a jednak v apriorní odmítání názorů a postojů obsahově spadajících do odlišné kategorie. Tak například některé rodičky preferující tzv. „přirozený porod“ a *priori* očekávají nevstřícné postoje zdravotníků a anticipují škodlivé zákroky v porodnici, a naopak zdravotníci mají tendenci ženu, která projeví byť i jediné přání konvenující s obvyklými požadavky zastánců přirozeného porodu (nepřeje si například rutinní episiotomii, která by se ovšem ani rutinně dělat neměla), okamžitě zařadit do kategorie „alternativní rodička“, což je termín, který je často doprovázen negativní konotací. Konflikt, který není žádoucí ani pro rodičku, ani pro zdravotníky, a který zabraňuje jejich dobré spolupráci, je pak v takové situaci víceméně nevyhnutelný (Takács & Pečená, 2015).

S rozlišením dvojího pojetí porodu se setkáváme i v odborné literatuře – obvykle se hovoří o medicínském a sociálním modelu porodu, resp. porodní péče (Bryers & van Teilingen, 2010; McCool & Simeone, 2002). První model klade hlavní důraz na rizikovost porodního procesu, a tedy primárně na somatickou stránku, 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 naproti tomu vychází z předpokladu, že porod je normální fyziologický proces a u většiny žen probíhá 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).

Kritikové tzv. sociálního modelu porodu, resp. porodní péče argumentují, že porod je rizikový děj, který se může kdykoli a nepředvídatelně zvrátit ve stav ohrožující život matky a dítěte, a je tedy třeba vysoce specializovaného personálu připraveného zasáhnout a sofistikovaných technologií redukujících riziko včasnou predikcí možných komplikací. Rozlišování kategorií rodiček dle rizika je podle těchto kritiků nespolehlivé: mnoho žen z tzv. rizikových skupin porodí bez komplikací a na druhou stranu se komplikace v nezanedbatelné míře objevují u žen bez zjevných rizik (Berglund & Lindmark, 1999). Zejména lékaři-porodníci často poukazují na skutečnost, že velmi nízká mateřská a perinatální mortalita a morbidita není něčím samozřejmým, ale naopak právě výdobytkem moderního porodnictví, tj. sociální model pracuje s představou porodu jako primárně „zdravého“, fyziologického procesu, což je ovšem perspektiva, která se paradoxně otevírá až díky významnému zlepšení perinatálních výsledků v důsledku plošného využití medicínského vedení porodní péče. Dobré perinatální výsledky tak posouvají obecné mínění o porodech do perspektivy, z níž se porod jeví jako něco bezpečného, dokonce jako něco, co si má žena „užít“, co pro ni má být pozitivním zážitkem; původní závažnost porodu a jeho rizika, která nelze navzdory zlepšením lékařské péče nikdy zcela eliminovat, jsou pak zlehčována, případně odsouvána ze

zorného pole.

Kritikové medicínského modelu porodní péče zase argumentují, že porod je proces, jemuž je třeba dát čas, takže předčasné či nadbytečné zasahování nemá za následek jeho lepší průběh, nýbrž naopak kaskádu navazujících intervencí; jakkoli moderní technologie bezesporu přispívají k pozitivním perinatálním výsledkům tím, že umožňují včasné rozpoznání patologií a efektivní řešení akutních komplikací, jejich nadužívání často vede ke zbytečným zákrokům, které nejenže bezpečí a zdraví matky a novorozence nezlepšují, ale někdy je dokonce významně zhoršují (Tracy et al., 2007). Medicínský model péče tak ve snaze předcházet rizikům vytváří paradoxně rizika nová v podobě negativních dopadů nadbytečných porodnických intervencí. Přehnaný důraz na medicínskou a korelativně somatickou stránku navíc často vede k opomíjení psychologických a psychosociálních aspektů porodu, které jsou ale pro ženu klíčové, což může mít za následek narušení porodního procesu v souvislosti se stresem, který rodička prožívá (Lederman, Lederman, & McCann, 1985; Lothian, 2004).

1.2 Souvisí nadužívání porodnických intervencí s tzv. medicínským modelem porodu?

Medikalizace a technologizace porodu převládla ve vyspělých zemích zejména v posledních cca 30 letech. Medicínské technologie sice učinily porod bezpečnějším a patrně i snazším ve srovnání s dobou např. před sto lety (Waldenström, 2007); stále častěji je však poukazováno na odvrácenou stranu tohoto trendu. Hlavním předmětem kritiky se stalo rutinní užívání intervencí u nekomplikovaných porodů, resp. u nízkorizikových rodiček (Sandin-Bojö & Kvist, 2008; Chalmers et al., 2009; Sandin-Bojö, Larsson, & Hall-Lord, 2008; Declercq et al., 2011). Ačkoli jsou známy negativní dopady některých postupů – například aplikace epidurální analgezie je asociována se zvýšeným rizikem operačního či instrumentálního porodu (Green & Baston, 2007; Tracy et al., 2007), totéž riziko se pojí s využitím monitoru srdeční činnosti dítěte (WHO, 1996; NICE, 2001; Thacker, Stroup, & Chang, 2001), a nedoporučuje se proto

užívat dané praktiky rutinně, tyto poznatky nebyly asimilovány do porodnické praxe a mnozí porodníci, resp. porodní asistentky je užívají plošně (Waldenström, 2007; Sandin-Bojö et al., 2008). Objevují se studie, které dokládají, že se rozhodnutí k porodnickým intervencím mnohdy neopírají o oficiální indikace definované např. Světovou zdravotnickou organizací (WHO) či národními odbornými lékařskými společnostmi; svědčí o tom například alarmující nárůst císařských řezů, který již dávno překročil akceptovatelnou hranici 15 % stanovenou WHO. Bylo dokonce zjištěno, že jsou v porodnické praxi ve vyspělých zemích užívány i metody, které jsou dle doporučení WHO považovány za neefektivní či dokonce škodlivé (Chalmers et al., 2009; Sandin-Bojö & Kvist, 2008). Nadužívání porodnických intervencí je v neposlední řadě i problémem ekonomickým, neboť citelně zvyšuje náklady na zdravotní péči: australská studie například ukázala, že nadbytečné porodnické intervence prodražily zdravotní péči až o 50 % u nízkorizikových primipar a až o 36 % u nízkorizikových multipar (Tracy & Tracy, 2003).

Tato situace vyvolává otázku: jak je takto rozšířené nadužívání porodnických intervencí možné, když nenachází oporu v odborných (lékařských) doporučeních a jsou známy jeho negativní důsledky? Jaké konkrétní důvody vedly či vedou k tomu, že se medicínské intervence stávají něčím, k čemu se nepřistupuje teprve v případě nastalých či akutně hrozících komplikací, nýbrž i u zcela bezproblémových porodů, tj. bez odpovídající klinické indikace? Jak dochází k tomu, že jsou rutinně využívány praktiky, které rutinně užívány být nemají, nebo že jsou užívány praktiky, které jsou oficiálně prohlášeny za neefektivní či škodlivé? Jinými slovy: jaké důvody stojí za tím, že se klinická praxe mnohdy neřídí poznatky „evidence-based“ medicíny?

Je zřejmé, že odpověď na tuto otázku se již nemůže pohybovat v jednoduchém schématu medicínský – sociální model porodu: nadbytečné intervence nelze jednoduše spojovat s medicínským vedením porodu, chápeme-li medicínské pojetí ve smyslu doporučení k vedení porodu vydaných odbornými lékařskými společnostmi, tj. ve smyslu oficiálního postoje lékařských společností založeného na poznatcích „evidence-based“ medicíny. Například doporučení

WHO (1996), která jsou právě dílem medicínských expertů, zdůrazňují minimalizaci intervencí, intermitentní auskultaci namísto nepřetržitého použití monitoru, nefarmakologické tišení bolesti namísto epidurální analgezie apod. Zdůrazňují též psychosociální potřeby rodící ženy, jako je emoční podpora a dostatek informací, tj. porod není v pohledu medicínských autorit pochopen jako čistě fyziologický proces, který má být a *priori* medikován, technologicky kontrolován a usměrňován intervencemi lékaře.

Při bližším pohledu se tedy ukazuje, že oba tyto přístupy (tzv. medicínský či lékařský i sociální) zdůrazňují – přinejmenším na formální rovině – zdraví ženy a dítěte, užívání intervencí jen v nutných případech a psychosociální aspekty porodu. Zastánci tzv. „přirozených“ porodů neodmítají užití technologií a výdobytků moderní medicíny v případě komplikací a lékaři mají dle „medicínských“ doporučení užívat intervencí pouze v případě, že jsou indikovány, tj. probíhá-li porod přirozeně a bez komplikací, intervence by neměly být prováděny. Spíše než o protikladu medicínského a sociálního (či přirozeného) pojetí porodu by se tedy mělo hovořit o porodu vedeném *lege artis* (na náležité odborné úrovni), oproti porodu, který takto veden není (o porodu vedeném *non lege artis*). Provádění nadbytečných intervencí tedy není primárně výrazem medicínského vedení porodu; lze je naopak považovat za postup *non lege artis,* za nezohledňování doporučení vydaných odbornými lékařskými společnostmi a dostupných vědeckých poznatků.

1.3 Kultura rizika a její konsekvence v porodnictví: rozpor mezi věděním a praxí

Jak však bylo uvedeno výše, postup *non lege artis* ve smyslu opomíjení dosavadních vědeckých poznatků není něčím výjimečným a lékaři jsou si toho mnohdy vědomi (Sandin-Bojö & Kvist, 2008; McCallum & Reis, 2008; Waldenström, 2007). Na otázku, proč se tak děje, se někteří autoři snažili odpovědět psychologickou či sociologickou analýzou toho, co stojí v základu rozhodování jednotlivců o provedení intervencí, a jaké psychologické a sociální

procesy a mechanismy se na tomto rozhodování podílejí (Miller & Shriver, 2012).

V tomto kontextu se v literatuře objevuje termín „medicínská kultura“. Medicínská kultura funguje jako účinný systém socializace a významně ovlivňuje přesvědčení a postoje, a tedy i rozhodování (Down, Walsh, & Gyte, 2008). Z této perspektivy lze vysvětlit, proč není provedení porodnických intervencí mnohdy zdůvodněno poznatky „evidence-based“ medicíny: vychází spíše z určitých postojů a přesvědčení konstruovaných sociálně a kulturně (Sandin-Bojö & Kvist, 2008). Pro současnou „medicínskou kulturu“, a tedy i pro paradigma ovládající současné porodnictví, je podle některých autorů (Bryers & van Teijlingen, 2010) charakteristické zdůrazňování rizik, které je výsledkem dekontextualizace porodnických patologií, tj. jejich vytržení ze souvislostí, ve kterých k nim došlo. Lékaři asistující u četných porodů vidí nejen porody, které proběhly bez komplikací, ale i porody komplikované, dramatické, porody se špatným koncem. Jejich perspektiva je touto zkušeností vždy nějak ovlivněna a zkušenosti z patologických porodů se tak často stávají normou, podle níž jsou pak posuzovány i porody fyziologické (Bryers & van Teilingen, 2010). Výsledkem je pojetí porodu jako nebezpečné, život ohrožující události, kterou je třeba mít pod kontrolou a usměrňovat tak, aby se veškerá možná rizika předem eliminovala. Tzv. „rizikového managementu porodní péče“ se pak dostává nejen rodičkám, jejichž stav takovou péči vyžaduje, ale i zcela zdravým ženám (McIntyre, Chapman, & Francis, 2011), neboť za fyziologický lze porod v rámci takového uvažování označit teprve zpětně.

Al-Mufti, McCarthy a Fisk (1996) demonstrovali tento přístup lékařů k porodu na příkladu jejich postojů k císařskému řezu. Když se lékařů-porodníků s pomocí anonymního dotazníku tázali, zdali by u sebe či u svých blízkých preferovali v situaci nízkorizikového těhotenství císařský řez před vaginálním porodem, dozvěděli se, že elektivní císařský řez by zvolilo 17 % lékařů-porodníků a u lékařek-porodníků bylo toto číslo ještě vyšší: císařský řez preferovalo 31 % z nich. Jako důvod pro tuto volbu uváděli lékaři právě strach z rizik, s nimiž přicházejí často do styku v rámci své lékařské praxe; nejčastěji udávanými důvody byl strach z perineálního traumatu, sexuální dysfunkce a obavy o zdraví

novorozence. Výsledky studie Al-Muftiho a kolegů (1996) pak později potvrdili i Finsen, Storeheier a Aasland (2008). Příznačné je, že podobný průzkum provedený mezi porodními asistentkami, které asistují více u fyziologických než u patologických porodů, a nemají tedy před očima v první řadě rizika a komplikace, dospěl k odlišným výsledkům: vaginální porod by zvolilo 95 % z nich (Dickson & Willett, 1999).

Aktivní zasahování do porodu je tedy do značné míry odpovědí na současnou „kulturu rizika“ a s ní související důraz na nepředvídatelnost a nebezpečnost porodního procesu. Tato „kultura rizika“, která na jedné straně rizika zdůrazňuje a na druhé straně vyvolává zdání, že je lze téměř bezezbytku eliminovat, či alespoň předvídat, vede k převládajícímu přesvědčení, že zdravá rodička a zdravý novorozenec jsou něčím normálním, a tedy samozřejmým, a opak vyvolává potřebu hledat viníka. To vytváří na zdravotníky silný tlak, a nadbytečné intervence tak zároveň často představují způsob, jak se tito chrání před případnými právními dopady negativních perinatálních výsledků. Prokazují tak, že pro záchranu zdraví matky a dítěte vyčerpali všechny možnosti (Čepický, 2009). Riziko, že špatné perinatální výsledky vyústí v žalobu podanou rodičkou, je v současné době velmi vysoké. I tato skutečnost spoluutváří medicínskou kulturu a sociální klima porodnice, takže porodník vnímá rodičku nikoli v první řadě jako rodící ženu, jíž je třeba provést porodem způsobem, který by byl nejlepší pro ni, ale jako potenciálního soupeře v soudním sporu, vůči němuž se musí chránit (Čepický, 2009); musí vyloučit postupy, které by byly pro rodičku šetrnější, ale pro porodníka by znamenaly riziko v případě, že by nastaly komplikace, které se sice mohou jevit jako nepravděpodobné, nelze je ovšem nikdy zcela vyloučit. Porodník se tedy ocitá v nezáviděníhodné situaci: i kdyby chtěl například následovat doporučení neužívat nepřetržitého monitorování srdeční činnosti dítěte, které někdy vede k falešně pozitivním nálezům a následně nadbytečným císařským řezům, v případě, že by došlo ke komplikacím u dítěte, které by neodhalil včas, by mohl čelit právním důsledkům.

1.4 Postoj rodiček k intervencím

Rozhodování o provedení intervencí není ovšem jen věcí poskytovatelů péče, ale i jejích příjemkyň. I ony jsou ovlivněny medicínskou kulturou, zároveň nějak reagují na společenské trendy, mediální prezentace tématu a názory a zkušenosti jiných žen. Někteří výzkumníci si proto kladli otázku, jak se formují postoje žen k porodu a k porodním intervencím a jak se tyto postoje proměnily v posledních letech. Anderson (2004) shrnuje, že zatímco v 80. letech převládal v Kanadě a ve Spojených státech požadavek demedikalizace porodu, po téměř 25 letech se preference žen změnily – jejich požadavek na využití medicínských technologií značně zesílil. Pozdější studie poukazují na to, že ženy chtějí rychlý a bezbolestný porod a jsou nakloněny využití intervencí, které jim k tomu dopomohou (Impey, 1999; Blanch et al., 1998). Když Green a Baston (2007) ve snaze empiricky ověřit tezi, že se postoj žen k porodnickým intervencím změnil, zreplikovali v roce 2000 studii provedenou poprvé v roce 1987, zjistili, že v roce 2000 těhotné ženy skutečně projevovaly k porodnickým intervencím podstatně vstřícnější postoj než v roce 1987, a na výsledcích nic neměnilo ani zohlednění věku a parity, ani vyřazení těch žen z analýzy, jimž bylo v těhotenství řečeno, že jejich porod budou možná provázet komplikace. Mladší a méně vzdělané ženy byly přitom ochotnější podstoupit intervence než starší a vzdělanější, rozdíl v paritě se neprokázal.

V jiné studii autoři analyzovali preference žen ohledně porodní péče prostřednictvím experimentu „diskrétní volby“ (Hundley, Ryan, & Graham, 2001). Ženy měly za úkol nejprve uvést, jaké atributy péče by preferovaly, a za druhé měly zvolit určitý typ porodní péče, který by se vyznačoval konkrétními atributy (tj. nevolily již izolovaně jednotlivé atributy, ale pouze typ péče jako celek po zvážení jemu příslušejících atributů). Výsledky ukázaly rozpory mezi tím, co ženy preferovaly explicitně, a mezi preferencí, která vyplynula z výsledků regresní analýzy dat z experimentu diskrétní volby. Zatímco při posuzování jednotlivých atributů ženy preferovaly kontinuální péči porodní asistentky, s níž se seznámily již v těhotenství, dostupnost metod pro tišení bolesti, intermitentní monitoring, domácí prostředí porodnice, větší podíl na rozhodování a zapojení

lékařů do vedení porodu jen v případě komplikací, výsledky regresní analýzy poukázaly na důležitost kontinuity péče, dostupnosti prostředků pro tišení bolesti, kontinuálního monitoringu, domácího prostředí, rutinního zapojení lékařů a podílu ženy na rozhodování. Rozdíl se tedy objevil u intermitentního/kontinuálního monitoringu a rutinního zapojení/nezapojení lékařů při vedení porodu. Autoři nabízejí vysvětlení, že ženy u explicitních preferencí podávaly sociálně žádoucí odpovědi, zatímco experiment diskrétní volby přinesl odpovědi „upřímnější". Jelikož byl v médiích v dané době podle autorů silně propagován porod s minimem intervencí (zejména ze strany profesních organizací porodních asistentek), některé ženy mohly reagovat na tento sociální tlak a zdráhaly se projevit svou preferenci pro intervence, resp. vedení porodu lékařem (a nikoli jen porodní asistentkou), neboť ji považovaly za sociálně neakceptovatelnou.

Studie Sadlerové a kolegů z téhož roku (2001) potvrdila spokojenost žen s tzv. aktivním managementem porodu, tj. se způsobem vedení porodu, který zahrnuje časnou amniotomii, vaginální vyšetření ve dvouhodinových intervalech a časné užití oxytocinu v případě pomalého postupu porodu. Miller a Shriver (2012) poukazují na to, že porod je značnou částí žen vnímán jako „medicínská záležitost", která patří do rukou lékařů-expertů, resp. odborných autorit; pokud jde o intervence, ženy důvěřují názorům těchto autorit a spoléhají se na jejich rozhodnutí (Sandin-Bojö & Kvist, 2008).

Je tedy zjevné, že nadužívání porodnických intervencí je zčásti výsledkem obav lékařů z rizik souvisejících s medicínsky „nekontrolovaným" porodem, které vyrůstají z pojetí porodu jako primárně rizikového procesu, a současně z případných právních dopadů v situaci špatných perinatálních výsledků. Nadužívání intervencí je ale zároveň možné přičíst na vrub změně postojů žen k porodu a jejich vzrůstajícím požadavkům na technologizaci a medikalizaci porodního procesu, které jsou motivovány rovněž přesvědčením o rizikovosti porodu a zároveň přáním prožít rychlý, snadný a bezbolestný porod. Ačkoli je skupina žen, pro něž je důležité porodit bez nadbytečných medicínských intervencí, poměrně velká, výsledky výše uvedených prací naznačují, že skupina žen preferujících medikalizovaný porod je ještě větší; v literatuře se dokonce

hovoří o tzv. „anti-vaginal birth movement“ (Tracy et al., 2007). A vzrůstá zároveň i ochota porodníků vyjít takovému požadavku vstříc a provádět intervence i v případě absence konkrétní indikace. Jak ale upozorňují Green a Baston (2007), pojem „požadavek rodičky“ je problematický, neboť za tzv. „přáním“ rodičky se někdy může skrývat akceptace návrhu porodníka, která nevychází z jednoznačných klinických důvodů. Objevují se i práce popisující tlak na rodičku ze strany lékařů, aby podstoupila intervence v zájmu dítěte; ženy, které chtějí být „dobrou a zodpovědnou matkou“, pak mají zábrany vzepřít se návrhu lékaře a odmítnout intervenci, kterou si nepřejí (Ebert et al., 2014; Miller & Shriver, 2012). Jiní autoři upozorňují, že ženy často akceptují lékařem navržené intervence, či je dokonce přímo vyžadují, aniž by si byly vědomy rizik, která tyto intervence představují; jelikož jsou dané intervence (např. elektronický fetální monitoring) zdravotníky běžně užívány, rodičky se domnívají, že jsou nutné či přinejmenším žádoucí (Green & Baston, 2007; Sandin-Bojö et al., 2008).

Vztahy mezi preferencemi rodiček a porodníků jsou spletité a postoje zdravotníků a rodiček se vzájemně ovlivňují – rodičky si utvářejí postoje k intervencím na základě poučení od zdravotníků (lékařů či porodních asistentek), ti se zase v některých případech přizpůsobují požadavkům rodiček, což je aktuální zvláště v době, kdy se o lékařské péči začíná mluvit jako o „službě“, která je poskytována pacientům-klientům či dokonce konzumentům této služby.

1.5 Důvody nadužívání císařského řezu a psychosociální indikace

Specifickým tématem jsou postoje porodníků i rodiček k císařskému řezu. Císařský řez se stal jednou z nejčastěji prováděných operací vůbec a počet těchto velkých břišních operací v posledních dvaceti letech prudce narůstá: v České republice se frekvence císařských řezů mezi lety 1992 a 2007 více než zdvojnásobila (Declercq et al., 2011).

Císařský řez může být život zachraňující operací a existují nesporné indikace k jeho provedení, jako je například fetální distress, placenta praevia atd. Rizikům jeho nadužívání však dosud nebyla věnována dostatečná pozornost;

ačkoli je tato operace bezpečnější než dříve, podle většiny studií je stále méně bezpečná než vaginální porod (Waldenström, 2007).

Motivy porodníků pro nadužívání císařského řezu zahrnují již zmíněné obavy z právních následků v případě poškození zdraví matky či dítěte; pokud porod skončí poškozením zdraví matky nebo dítěte a lékař císařský řez neprovedl, bude v potenciální soudní při v horší pozici, než kdyby v téže situaci císařský řez provedl (Čepický, 2009). Císařský řez volí dále někteří porodníci ve snaze vyhnout se klešťovému porodu či porodu vakuumextrakcí, což jsou porodnické operace, s nimiž mají dnes lékaři méně zkušeností. Existuje navíc jakási šedá zóna, v níž se názory porodníků na to, co představuje indikaci k císařskému řezu, rozcházejí: jedná se například o hrozící hypoxii či nepostupující porod. Záleží pak na postoji konkrétního porodníka, a jak uvádějí některé práce, císařský řez volí častěji mladší operatéři (Klein et al., 2011; Robson et al., 2009). V neposlední řadě je důvodem vysoká netolerance mnohých lékařů k riziku; jak bylo uvedeno výše, lékaři-porodníci jsou důvěrně obeznámeni s četnými riziky provázejícími vaginální porod, a elektivní císařský řez proto (na rozdíl od porodních asistentek) často upřednostňují i v případě vlastního porodu (Al-Mufti et al., 1996; Finsen et al., 2008).

Císařský řez preferují před vaginálním porodem – při absenci klinické indikace – i mnohé rodičky. Císařský řez na přání nepředstavuje v České republice oficiální indikaci a císařské řezy na přání se zdůvodňují jinou, převážně fiktivní diagnózou (Lomíčková, 2009). Motivy žen pro preferenci císařského řezu mohou souviset jednak se strachem z porodu samotného, jednak se strachem z jeho následků (D'Souza & Arulkumaran, 2013; Tschudin et al., 2009; Fenwick et al., 2010). V prvním případě se jedná o strach z nepředvídatelnosti, z bolesti, z rizik (zejména pro dítě); dosahuje-li strach z porodu patologických hodnot a vyústí v odmítání porodu navzdory intenzivnímu přání mít dítě, označuje se jako tokofobie (Hofberg, 2000). Tokofobie může být primární, tj. objevuje se bez vazby na zkušenost porodu, či sekundární, tj. vyvíjí se jako reakce na traumatický porod (Boorman et al., 2014; Olde et al., 2006). Právě ženy, které trpí patologickým strachem z porodu, resp. ženy, které prožily traumatickou porodní

zkušenost, patří mezi nejčastější žadatelky o císařský řez bez lékařské indikace (Wiklund et al., 2008; Fuglenes et al., 2011; Tschudin et al., 2009; Gamble & Creedy, 2000). U žen s tokofobií, jimž nebylo vyhověno v jejich přání vyhnout se porodu provedením plánovaného císařské řezu, se vyskytují významně častěji symptomy posttraumatické stresové poruchy v souvislosti s porodem (Hofberg, 2000).

Pokud jde o strach žen z následků porodu, ženy se bojí zejména perineálního traumatu, inkontinence či narušení sexuální funkce, tj. bojí se vaginálního porodu ze stejných důvodů, z jakých se mu snaží vyhýbat i porodníci. Norská studie proto konstatuje, že *„norské ženy se řídí tím, co porodníci dělají, a nikoli tím, co říkají“* (Finsen et al., 2008), a že lze jen obtížně očekávat snížení frekvence císařských řezů v obecné populaci, když i sami porodníci rodí své děti raději císařským řezem. Turner a kol. (2008) nicméně ukázali, že obavy z rizik jsou mnohem silnější na straně zdravotníků než na straně rodiček: těhotné ženy byly v jejich studii připraveny akceptovat významně vyšší riziko spojené s vaginálním porodem než jejich lékaři, kteří by v mnohých situacích raději doporučili císařský řez, a postoj těhotných žen se více blížil názoru porodních asistentek; i zde se tedy, stejně jako ve studii Dicksona a Willetta (1999), ukazuje, že se postoje lékařů a porodních asistentek k elektivnímu císařskému řezu značně odlišují.

U nás sledovali postoje porodníků k přání ženy ukončit porod císařským řezem Čepický s kolegy (1991): na všechna porodnická oddělení v České republice rozeslali dotazníky, které obsahovaly popis šesti modelových situací: 1. normální porod, 2. předchozí císařský řez, 3. porod koncem pánevním u prvorodičky, 4. předchozí klešťový porod, jehož výsledkem bylo postižení dítěte, 5. nepostupující porod bez známek tísně plodu, 6. porod císařským řezem doporučil jiný gynekolog, není však jasné proč a podle porodnického ani interního nálezu není indikace k císařskému řezu přítomna. U všech scénářů měli respondenti možnost zvolit jednu z pěti odpovědí: 1. přání rodičky moje rozhodnutí neovlivní a císařský řez neprovedu, 2. přání rodičky neovlivní moje rozhodnutí, ale v dané situaci pokládám císařský řez za indikovaný, 3. přání

rodičky nevyhovím, ale případnou indikaci k císařskému řezu budu posuzovat benevolentněji, 4. přání rodičky vyhovím, i když v dané situaci nepokládám císařský řez za indikovaný, 5. přání rodičky nevyhovím a případnou indikaci k císařskému řezu budu posuzovat přísněji. Dotazník vyplnilo 311 porodníků. Výsledky šetření ukázaly, že u porodu koncem pánevním, u předchozího poškození dítěte v důsledku porodu a u nepostupujícího porodu se postoje porodníků lišily, zatímco v případě předchozího císařského řezu byli porodníci jednotní v rozhodnutí císařský řez neprovést.

V roce 1999 byly publikovány výsledky replikační studie (Lomíčková, Čepický, Štembera, 1999), které ukázaly, že za necelých 10 let došlo v postojích porodníků k některým posunům: v situaci nepostupujícího porodu porodníci více přihlíželi k přání rodičky a v situacích sporných z hlediska indikace (císařský řez v anamnéze, porod koncem pánevním u primipary, protrahovaný porod) klesl počet respondentů, kteří danou situaci jednoznačně považovali za indikaci k císařskému řezu. Zajímavé je však srovnání odpovědí žen a mužů: zatímco v případě normálního porodu, předchozího císařského řezu a poškození plodu při předchozím porodu kleštěmi se výsledky u mužů a žen nelišily, u polohy plodu koncem pánevním zaujímalo rezolutní stanovisko neprovést císařský řez cca 30 % mužů a 45 % žen, zatímco stanovisko neprovést císařský řez na přání rodičky, ale posuzovat benevolentněji případnou indikaci zaujímalo 51 % mužů a pouze 36 % žen. I v případě nepostupujícího porodu byli ochotni vyhovět přání ženy spíše lékaři-muži: rezolutní „ne“ vyjádřilo k císařskému řezu na přání rodičky 37 % mužů a 52 % žen. Pokud jde o šestý scénář, kdy žena podpírá žádost o císařský řez doporučením jiného kolegy, provést operaci by odmítlo 88 % žen a 75 % mužů a benevolentněji by případnou indikaci posuzovalo 20 % mužů a jen 11 % žen.

Jakkoli u nás indikace „císařský řez na přání“ oficiálně neexistuje, existuje tzv. indikace „psychosociální“, které lze využít v případě anamnézy mrtvého plodu, infertility, sterility, polohy plodu koncem pánevním (Lomíčková, 2009). To, že u nás zohledňování psychosociálních důvodů pro provedení císařského řezu není ničím novým a neobvyklým, dokládá studie Čepického a Lomíčkové

z roku 1999. Autoři zpětně analyzovali z hlediska indikace všechny porody císařským řezem za rok 1988 v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí. U 8 % porodů z celkového počtu všech porodů císařským řezem nalezli to, co nazvali „silnou psychosociální složkou“. U uvedených porodů se objevily následující faktory, které patrně ovlivnily rozhodnutí porodníka provést císařský řez: sterilita nebo infertilita, mrtvý plod v anamnéze, poškozený plod v anamnéze, poloha plodu koncem pánevním, diabetes mellitus latens.

1.6 Co je to normální porod?

Celkově vstřícnější postoj rodiček k intervencím a větší ochota lékařů užít intervencí i bez zjevných klinických důvodů vedou nejen k jejich nadužívání, na něž upozorňují současné práce (Gibbons et al., 2010; McIntyre et al., 2011); dalším důsledkem je změna pohledu na to, co je „normální porod“ a normální způsob jeho vedení.

Co se rozumí pod pojmem „normální porod“ není ovšem jednoznačné, a to navzdory tomu, že existuje velice rozvinutý systém tzv. „evidence-based“ poznatků o fyziologii porodu: například definice normálního porodu předložená Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je odlišná od definice kanadské gynekologicko-porodnické společnosti a obě tato pojetí se pak odlišují od definice vydané odbornou společností britských porodníků a porodních asistentek (Young, 2009). Za „normální“ může být považován takový porod, do něhož není zasahováno, nebo i takový porod, který je běžný; podle druhého kritéria by byl v některých latinskoamerických zemích normálním porodem císařský řez a domácí porod by byl normální z globální perspektivy (Waldenström, 2007). Význam pojmu „normální porod“ se velmi často překrývá s porodem „přirozeným“; to odkazuje k prvnímu kritériu nezasahování do porodu a respektování jeho přirozeného tempa a postupu. Definice normálního porodu podaná ze strany WHO zdůrazňuje minimum intervencí, resp. pro zasahování do normálního porodu musí existovat oprávněný důvod.

Objevuje se ale otázka, jaké intervence (a jejich množství) jsou

s „normálním porodem“ ještě slučitelné. Je například normálním porodem porod s epidurální analgezií? Pokud bychom totiž definovali normální porod jako porod bez *jakýchkoli* intervencí (bez vyvolávání a urychlování porodu, veškeré medikace, monitoringu srdeční činnosti dítěte, episiotomie atd.), do této kategorie by v současnosti spadalo jen minimum porodů. Někdy jsou kritéria pro naplnění definice normálního porodu nastavena tak vysoko, že zahrnují i nenarušení raného kontaktu matky a dítěte a plné kojení (Young, 2009). Někteří zdravotníci ovšem na druhé straně označují za normální porod jakýkoli porod, který neproběhl císařským řezem, kleštěmi nebo vakuumextrakcí, tj. porod s potenciálně četnými intervencemi (Werkmeister et al., 2008), jiní dokonce považují za normální porod i porod vakuumextrakcí (Sandin-Bojö & Kvist, 2008).

Lze rovněž pozorovat změny v pojetí porodu z historické perspektivy a sledovat, jak se užití technologií a farmak stává stále samozřejmější součástí vedení nekomplikovaných porodů, takže se původní pojetí normálního porodu jako spontánního fyziologického procesu bez užití farmak a intervencí pomalu vytrácí, a jak zdravotníci i rodičky začínají za normální porod považovat i takový porod, který je urychlován oxytocinem, při němž je užívána epidurální analgezie či dokonce porod, který je ukončen císařským řezem (Waldenström, 2007, Sandin-Bojö & Kvist, 2008; Young, 2009). Aktivně preventivně intervenující vedení porodu, které se rozšířilo v důsledku rozvoje medicínských technologií a též v důsledku společenských tlaků, jež jsou podle některých studií utvářeny v návaznosti na tzv. „kulturu rizika“, se stalo v mnoha státech vyspělého světa normou, a „normální“, přirozený a nekomplikovaný porod, do něhož není zasahováno, se naopak stal něčím marginálním, a tedy „alternativním“.

Prvotním smyslem medicínského ovlivňování porodního procesu bylo snížit mateřskou mortalitu, později přišla na řadu mortalita novorozenecká, ještě později morbidita matky i dítěte. Vlivem různých okolností a tlaků se však některých intervencí začalo užívat rutinně (či v případech, kdy k tomu nebyla dostatečná indikace), což postupně vedlo k posunutí a zároveň nové definici „normality“. Jakkoli byl normální porod původně asociován zejména s porodem přirozeným, tj. s porodem, do něhož není zasahováno, čímž byl normální porod

zároveň kontrastován s porodem lékařským či medicínským, v současnosti je jako normální často vnímán porod, do něhož jsou zakomponovány četné intervence. Normální porod v tomto smyslu ovšem nelze ztotožnit s porodem, který je veden dle „evidence-based“ postupů; jak bylo ukázáno výše, mnohdy existuje značný rozpor mezi provozovanou praxí a dostupnými vědeckými poznatky.

2. Psychosociální klima porodnice a spokojenost s perinatální péčí

Jak bylo řečeno v úvodu k této práci, za hlavní indikátor kvality perinatální péče byly tradičně považovány především perinatální výsledky, resp. mateřská a novorozenecká mortalita a morbidita (Mitchell et al., 1998), případně frekvence císařských řezů a instrumentálně vedených porodů či hodnoty Apgar skóre u novorozenců (Sandin-Bojö & Kvist, 2008). Nejpozději od 80. let a zejména pak v letech 90. se v rozvinutých zemích začala zaměřovat pozornost rovněž na potřeby, preference a očekávání samotných příjemkyň této péče, tj. rodiček, a za jeden z hlavních cílů perinatální péče začalo být pokládáno i to, aby byl porod pro ženu pozitivním zážitkem (WHO, 1999). Zatímco ještě na počátku 80. let se modely zachycující strukturu pojmu „kvalita péče“ soustředily především na maximalizaci přínosů a minimalizaci rizik pro zdraví pacienta (Donabedian, 1988), o desetiletí později je již ve hře – kromě samotných výsledků léčby a její ekonomičnosti – i pacientská spokojenost (Wilson & Goldsmith, 1995). V současné době tento trend pokračuje a pozice pacienta se v systému zdravotní péče dále posiluje. Pacient přestává být pouhým pasivním příjemcem a aktivně vstupuje do procesu rozhodování; děje se tak zejména díky institutu informovaného souhlasu, který mu zajišťuje právo na dostatečné informace o jeho zdravotním stavu, plánované léčbě a jejích alternativách (Krejčíková, 2015).

Důraz na spokojenost rodiček při hodnocení kvality perinatální péče reflektuje skutečnost, že perspektiva rodiček se značně odlišuje od perspektivy zdravotníků; hodnotí-li zdravotní péči rodičky, kladou důraz na jiné aspekty, než které považují za klíčové zdravotníci (Raven et al., 2012). Dílem proto, že rodičky nemají zpravidla dostatek profesních a technických znalostí na to, aby mohly vyhodnotit správnost indikací a kvalitu odpovídajících výkonů – obtížně posuzují, zda byla daná intervence provedena správně a zda jí bylo třeba (Newsome & Wright, 1999); dílem proto, že jsou na této péči angažovány jiným způsobem než zdravotníci – kvalita péče se přímo dotýká jejich vlastního zdraví a prožitku

porodu. Psychosociální aspekty péče, jako je například schopnost poskytnout srozumitelnou formou dostatek informací proto nabývají na důležitosti, a to obzvláště v perinatologii, kde se nejedná primárně o léčení nemocných, nýbrž o prevenci potenciálních komplikací přirozeného procesu; emoční podpora, povzbuzení a ujištění je většinou tím, co žena během nekomplikovaného porodu potřebuje nejvíce (Brown & Lumley, 1994; Rudman, El-Khouri, & Waldenström, 2007). Psychosociální faktory ovšem někdy převažují ty medicínské a technické i v případě hodnocení péče u porodů komplikovaných: správně indikovaný, bezchybně a včas provedený zákrok může vést k nespokojenosti pacientky, která nebyla o zákroku dostatečně a včas informována a vnímala zdravotníky jako nevstřícné a nedostatečně empatické.

2.1 Psychosociální klima porodnice a jeho dimenze

V této podkapitole shrneme výsledky našich předchozích prací zaměřených na psychosociální klima porodnice a jeho konstitutivní momenty. Nejprve představíme výsledky kvalitativních analýz tohoto pojmu, které vedly k první formulaci dimenzí, z nichž klima porodnice sestává (Takács et al., 2011a). Následně popíšeme výsledky navazujících kvantitativních analýz, tj. rozdělení dimenzí klimatu porodnice dle faktorové analýzy a provázanost těchto dimenzí (Takács et al., 2012; Takács et al., 2013). Důvodem pro zařazení pasáže shrnující výsledky předchozích výzkumů autorky je jednak to, že na ně navazuje výzkumná část disertační práce, která užívá *Dotazníku psychosociálního klimatu porodnice* vyvinutého v rámci těchto výzkumů, a jednak to, že nejsou k dispozici jiné práce týkající se klimatu porodnice či alespoň obecněji klimatu nemocnice z perspektivy rodiček/pacientů, a to ani práce zahraniční.

Dosavadní práce věnované vlivu psychosociálních aspektů perinatální péče na spokojenost rodiček s porodem a s porodní péčí většinou sledovaly dopad izolovaných faktorů, jako je například emoční podpora, komunikace, dostatek informací, podíl rodičky na rozhodování (Tarkka & Paunonen, 1996; Brown & Lumley, 1994; Roter et al., 1999; VandeVusse, 1999; Bylund, 2005); chybí však

výzkumy, které by se těmito faktory zabývaly v jejich souhře a vzájemné provázanosti. V našich předchozích pracích chápeme psychosociální klima jako souhrnný název pro tyto aspekty péče a definujeme je jako „zastřešující pojem pro široké pole proměnných, které ovlivňují, jak se bude jedinec v daném prostředí cítit. Tento konstrukt zároveň chápeme ve smyslu dynamické jednoty, která není pouhým agregátem jednotlivých proměnných, nýbrž složitým pletivem provázaných a vzájemně se ovlivňujících momentů“ (Takács et al., 2013, s. 75), tj. klademe důraz nejen na jednotlivé faktory či momenty, ale i na jejich interakce, souvislosti a vztahy.

Pojem psychosociální klima se velmi často objevuje v rámci pedagogické psychologie či psychologie práce, a to v rámci výzkumů klimatu školy či školní třídy (Koth, Bradshaw, & Leaf, 2008), resp. klimatu na pracovišti (Bond, Tuckey, & Dollard, 2010; Law et al., 2011). V oblasti lékařské psychologie či psychologie zdraví je výzkumů na toto téma poskrovnu a existující práce se soustřeďují především na souvislost psychosociálního klimatu v daném zdravotnickém zařízení a spokojenosti personálu, nikoli pacientů (Smith et al., 2013; Caricati et al., 2014; Heponiemi et al., 2012). Psychosociální klima gynekologicko-porodnických klinik nesporně ovlivňuje pracovní spokojenost a míru stresu zdravotnického personálu, lze je však zároveň považovat za indikátor spokojenosti rodiček s péčí; jak bylo řečeno výše, psychosociální aspekty jsou pro hodnocení péče ze strany rodiček klíčové a právě psychosociální klima daného zdravotnického zařízení rozhoduje o tom, jak se bude rodička v porodnici cítit.

Při kvalitativní analýze konstitutivních momentů psychosociálního klimatu porodnice se ukázalo, že toto klima spoluutvářejí následující oblasti: vztahové hledisko zahrnující přístup a chování zdravotníků; hodnotové hledisko zrcadlící převládající představy zdravotníků o způsobu vedení porodu a roli rodičky při rozhodování; systémové hledisko odkazující ke srozumitelnosti a vstřícnosti pravidel fungování porodnice; a ekologicko-architektonické hledisko týkající se vzhledu, uspořádání a čistoty prostor, vybavení porodnice a kvality stravy. Následující popis těchto oblastí obsažený v podkapitolách 2.1.1 – 2.1.4 vychází z již publikovaných analýz polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami (Takács

& Kodyšová, 2011; Takács et al., 2011a).

2.1.1 Vztahové hledisko

Emoční podpora a empatie

Do této oblasti patří v první řadě emoční podpora a empatie ze strany zdravotníků. Emoční podpora je v perinatálním období, které je charakterizováno zvýšenou psychologickou vulnerabilitou, obzvlášť důležitá, neboť ženy jsou díky výrazným hormonálním změnám senzitivnější a citlivě vnímají postoje a naladění přítomného personálu (Kodyšová, 2013). Ženy měly pocit, že se jim dostává emoční podpory, pokud zdravotníci projevovali zájem o jejich pocity a potřeby a podpořili je či povzbudili v náročnějších situacích; ženy oceňovaly i fyzické projevy podpory ze strany lékařek či porodních asistentek (pohlazení, obejmutí), a to zejména v situacích, kdy pociťovaly strach (např. z nadcházející operace). Dalším klíčovým momentem je respekt a úcta k rodící ženě a rovněž ohledy k jejímu aktuálnímu stavu, soukromí a studu. Potřeba soukromí během porodu a intimity s právě narozeným dítětem a následně při kojení je pro ženy zásadní; jak však vyplynulo z rozhovorů s rodičkami, které jsme vedli, nezřídka na ni není brán ze strany zdravotníků zřetel.

Komunikační styl zdravotníků – symetrie/asymetrie

Za symetrickou lze komunikaci označit tehdy, když porodník či porodní asistentka formuluje rady mířené k rodičce jako návrhy a doporučení a vysvětluje jí důvody pro tato doporučení, bere ohledy na její přání, požadavky a potřeby a podává jí dostatek informací, aby se mohla rozhodnout, který způsob péče preferuje. Asymetrická komunikace se objevuje tam, kde zdravotníci vystupují a *priori* jako ti, kdo rozhodují, a neponechávají rodičce prostor a rozhodovací volnost. Asymetrie nicméně nemusí být nutně něčím nežádoucím, neboť některé ženy mají během porodu potřebu opřít se o někoho „silnějšího“ a delegovat na něj rozhodování; pak je ovšem důležité, aby zdravotník nevystupoval autoritářsky, ale kombinoval svou převahu se vstřícností, ochotou vysvětlovat zvolené postupy

a emoční podporou.

2.1.2 Hodnotové hledisko

Hodnotové hledisko zachycuje vládnoucí paradigma v dané porodnici, které definuje roli zdravotníka a rodičky v procesu rozhodování o průběhu porodu a poporodní péči. Vypovídá rovněž o obecně přijímaných hodnotách a přesvědčeních, tj. odráží zároveň podobu zaběhnuté praxe a to, co zdravotníci považují za akceptovatelný postup a co nikoli. Jak bylo ukázáno v první kapitole, to, co platí v některých porodnicích za zaběhnutý postup, není vždy kongruentní s doporučeními odborných společností či s dostupnými vědeckými poznatky – vládnoucí paradigma v dané porodnici je do značné míry formováno i tzv. medicínskou kulturou, která je odrazem širších sociokulturních souvislostí.

Hodnotové hledisko je pro psychosociální klima porodnice důležitější než pro klima na jiných odděleních nemocnic, neboť porod je pro ženu událostí s výrazným psychosociálním rozměrem, a je proto pochopitelné, že si některé ženy přejí rozhodovat o tom, jak chtějí tuto událost prožít. Zatímco nemocní pacienti zpravidla nemají konkrétní přání, jak by chtěli léčit svou nemoc, rodičky nejsou nemocné a mnohé z nich přicházejí do porodnice s poměrně jasnou představou, které porodnické praktiky si přejí a které nikoli. Psychosociální klima dané porodnice je tedy do značné míry utvářeno tím, nakolik odpovídají zaběhnuté postupy v dané porodnici přáním a potřebám rodičky a jakou rozhodovací volnost zde rodička má. V rámci poporodní péče jsou patrně nejdůležitějšími momenty možnost raného kontaktu matky a dítěte a efektivní podpora kojení.

2.1.3 Systémové hledisko

Při kvalitativní analýze klimatu porodnice se objevily následující momenty související se systémovými a organizačními aspekty péče: srozumitelnost a vstřícnost pravidel fungování porodnice a dostupnost a spolehlivost zdravotníků.

Rodičky se v porodnici cítily dobře, pokud disponovaly tím, co jsme v předchozí práci definovali jako „strukturovaný horizont očekávání“, tj. pokud se orientovaly v tom, jaké události (vyšetření, zákroky) jsou naplánovány a kdy se mají uskutečnit, a rovněž v tom, kde najdou zdravotníky či vybavení, které potřebují. Tato srozumitelnost pravidel fungování porodnice souvisí dále s otázkou, zda se informace, které o sobě porodnice uvádí například na internetu, shodují s realitou; je-li např. na internetových stránkách porodnice zveřejněna informace o možnosti volby porodní polohy, je důležité, aby tuto možnost akceptovali všichni zdravotníci v dané porodnici a rodička jí mohla využít bez ohledu na střídání směn. Klíčové je též jasné vymezení kompetencí jednotlivých zdravotníků, tj. klientky by měly mít přehled, co mohou od kterých zdravotníků žádat a co nikoli (např. odlišné kompetence porodních asistentek a dětských sester).

Pokud jde o dostupnost a spolehlivost zdravotníků, pro rodící ženu či nedělku je důležité, aby byli zdravotníci k dispozici, když je potřebuje, a aby se mohla spolehnout na to, že budou k dispozici dle očekávání a dohody. Prostředí nemocnic je většinou silně hierarchické ve smyslu sestupného uspořádání lékař – sestra/porodní asistentka – pacient/rodička. Nastavení systémových pravidel mnohdy odpovídá této hierarchii, takže se například vizity konají tehdy, když to vyhovuje lékařům a nikoli nedělkám, viz častý požadavek zdravotníků ukončit kojení kvůli příchodu vizity. Vstřícnost pravidel ve vztahu k rodičce (a novorozenci) se projevuje například možností kontinuální péče a přítomnosti partnera či jiné osoby u porodu (včetně duly či vlastní porodní asistentky), dále přinášením dítěte ke kojení dle potřeb dítěte a nikoli dle předem stanovených intervalů; opak například brzkým ranním buzením kvůli rutinnímu měření teploty.

2.1.4 Ekologicko-architektonické hledisko

Toto hledisko se týká fyzického pohodlí a služeb v dané porodnici, tj. vzhledu, uspořádání (např. vzdálenosti sprch a toalet či pokoje pro návštěvy) a hygienického a servisního zázemí (čistoty prostor, kvality stravy apod.). Patrně nejdůležitějším z těchto faktorů je čistota prostředí porodnice, ovšem nejčastějším

zdrojem nespokojenosti byla u našeho souboru žen kvalita stravy, která je v českých porodnicích zpravidla nízká (a navíc často nezohledňuje potřeby kojících žen).

2.2 Provázanost dimenzí psychosociálního klimatu porodnice

Výsledky výše prezentovaných kvalitativních analýz byly zužitkovány při konstrukci *Dotazníku psychosociálního klimatu porodnice* (KLI-P) (Takács et al., 2012; Takács et al., 2013). S pomocí faktorové analýzy byly rozlišeny následující dimenze klimatu porodnice, resp. škály dotazníku KLI-P: *vstřícnost a empatie zdravotníků; nadřazenost a nedostatek zájmu* (tyto dvě dimenze odpovídají výše uvedenému vztahovému hledisku); *kontrola rodičky a její podíl na rozhodování* (tato dimenze odpovídá hodnotovému hledisku); *podávání informací a dostupnost zdravotníků* (tato dimenze odpovídá systémovému hledisku); *fyzické pohodlí a služby* (tato dimenze odpovídá ekologicko-architektonickému hledisku). Podrobnější popis škál dotazníku lze najít v empirické části práce, v oddíle *8.4 Nástroje,* seznam položek a jejich zařazení do škál pak v přílohách 2 a 3.

Zjištěné interkorelace škál *Dotazníku KLI-P* jsou střední až vysoké: korelační koeficienty se pohybovaly od 0,31 do 0,69 u porodnického oddělení (PO), od 0,30 do 0,70 u oddělení šestinedělí (OŠ). U PO spolu nejvíce souvisely dimenze *vstřícnost a empatie zdravotníků* a *podávání informací* (korelační koeficient 0,69), tj. jako vstřícní a empatičtí byli vnímáni zejména ti zdravotníci, kteří rodičku včas a dostatečně informovali o chystaných zákrocích a vyšetřeních. Zároveň spolu úzce souvisely škály *vstřícnost a empatie lékařů* a *vstřícnost a empatie porodních asistentek* (0,63), tj. přístup zdravotníků v dané porodnici má patrně podobný ráz a je otázkou, zdali se jedná o nastavení standardů „seshora“, tj. ze strany lékařů, nebo zdali přístup porodních asistentek vytváří typ klimatu, který se pak odráží i v přístupu lékařů. *Vstřícnost lékařů* dále silně korelovala s jejich *symetrickým přístupem* k rodičce (0,60), tj. lékaři, kteří jsou empatičtí, vstřícní a ochotní, přistupují k rodičkám zároveň s respektem.

Dimenze *kontrola a podíl na rozhodování* byla v užším vztahu se

vstřícností porodních asistentek než se *vstřícností lékařů* (0,59 vs. 0,51), což je poněkud překvapivé, vezmeme-li v úvahu, že v České republice jsou porody zpravidla vedeny lékařem; na druhé straně u nekomplikovaného porodu tráví rodička více času s porodní asistentkou, která zároveň provádí případné intervence (klystýr, holení apod.). Relativně vysoký korelační koeficient (0,58) byl zjištěn rovněž u škál *nadřazenost a nedostatek zájmu* a *podávání informací, tj.* asymetrický přístup se projevuje tím, že zdravotníci neinformují rodičku o chystaných zákrocích a vyšetřeních, a dále u škál *kontrola a podíl na rozhodování* a *podávání informací,* tj. pocit nízké kontroly rodičky nad průběhem porodu souvisí s nedostatkem informací od zdravotníků; zdravotníci, kteří rodičky dostatečně neinformují, jim zpravidla ani neponechávají rozhodovací volnost. Naopak slabší korelace byly zjištěny u škál *nadřazenost zdravotníků* a *fyzické pohodlí a služby* (0,31) a dále u škál *vstřícnost lékařů* a *fyzické pohodlí a služby* (0,34) – fyzické prostředí nemocnice se tedy do hodnocení přístupu zdravotníků promítá jen omezeně. Korelace škály *fyzické pohodlí* s celkovým skórem dotazníku pro PO je však poměrně vysoká (0,59); to znamená, že fyzické prostředí je pro celkové klima porodnice důležité, ačkoli klíčovým faktorem utvářejícím toto klima je právě *přístup zdravotníků* (0,82) a *podávání informací* (0,80).

U OŠ byl rovněž zjištěn úzký vztah mezi *vstřícností personálu* a *dostatkem informací* (korelační koeficient 0,70 u personálu pro novorozence a 0,62 u personálu pro rodičky). Vysoké korelace se objevily i u *vstřícnosti personálu* a *jeho symetrického přístupu* k rodičce, tj. vstřícnost, empatie a schopnost emoční podpory se u většiny zdravotníků pojí s respektem k rodičce. Relativně vysokou korelaci (0,60) vykazovaly rovněž škály *vstřícnost a empatie personálu pečujícího o novorozence* a o *rodičky,* tj. přístup zdravotníků je na oddělení šestinedělí – stejně jako na porodnickém oddělení – jednotný. S *fyzickým pohodlím a službami* korelovala poměrně málo *vstřícnost zdravotníků pečujících o novorozence* (0,35), zatímco vyšší korelace se ukázala se *vstřícností zdravotníků pečujících o rodičky* (0,50); fyzické prostředí porodnice se tedy promítá větší měrou do hodnocení zdravotníků pečujících o rodičky než do hodnocení

zdravotníků pečujících o novorozence. Tento výsledek lze vysvětlit tím, že ženy mají od těchto zdravotníků různá očekávání: od zdravotníků, kteří jsou k dispozici jim samotným, očekávají především podporu a zajištění určitého komfortu, zatímco od zdravotníků pečujících o jejich děti očekávají spíše informace o péči o dítě, pomoc s kojením apod.

Nižší korelace se dále objevila u *fyzického pohodlí* a *nadřazenosti zdravotníků* (0,30), což je podobný výsledek jako u porodnického oddělení: asymetrický přístup k rodičce a nedostatek respektu nesouvisí s tím, jak komfortní prostředí a jaké vybavení porodnice nabízí. Nízká korelace se však objevila rovněž u *fyzického pohodlí a podílu rodičky na rozhodování* (0,25), což je rozdíl oproti výsledkům pro PO, kde byla korelace těchto škál poměrně vysoká (0,53). Důvodem je patrně to, že možnost rodičky spolurozhodovat o svém porodu a řídit porod dle vlastních představ souvisí i s vybavením porodnice, zatímco na OŠ se kontrola a rozhodování ženy týká spíše kontaktu s dítětem (raný kontakt, rooming-in) a péče o něj, tj. vybavení a komfort porodnice zde již nehrají větší roli.

2.3 Psychosociální klima českých porodnic a spokojenost žen s perinatální péčí v České republice

2.3.1 Vztah pojmů psychosociální klima a spokojenost

Na základě analýz provedených v rámci vývoje *Dotazníku psychosociálního klimatu porodnice* (KLI-P) lze soudit, že psychosociální aspekty péče (resp. psychosociální klima) a spokojenost rodiček s touto péčí jsou ve velmi úzkém vztahu: korelační koeficienty celkového hrubého skóru dotazníku KLI-P pro porodnické oddělení (PO), resp. oddělení šestinedělí (OŠ) s celkovou spokojeností rodiček s péčí na daném oddělení byly značně vysoké – 0,70, resp. 0,81 (Takács et al., 2013). Hodnocení psychosociálního klimatu porodnice a spokojenosti s péčí je sice třeba rozlišovat, mají-li se však ženy vyjádřit k tomu, jak spokojené byly v porodnici, jejich odpovědi budou vnímané psychosociální klima do značné míry

odrážet.

Úzký vztah mezi hodnocením klimatu porodnice a spokojeností s péčí lze demonstrovat i tím, že faktory související s klimatem porodnice a faktory související se spokojeností s péčí jsou velice podobné. S celkovým skórem dotazníku KLI-P pro PO nejvíce korelovaly škály *vstřícnost a empatie lékařů* a *porodních asistentek* a dále škála *podávání informací,* zatímco nejnižší korelace se ukázaly u *fyzického pohodlí a služeb.* O povaze klimatu tedy nejvíce vypovídá přístup zdravotníků a dostatek informací, zatímco nejméně klima určuje fyzické prostředí a vybavení porodnice. Totéž platí pro spokojenost s péčí na PO.

Pokud jde o OŠ, s celkovým skórem dotazníku KLI-P nejvíce korelovaly opět škály zjišťující *vstřícnost a ochotu zdravotníků* a *dostupnost informací,* tentýž výsledek platí i pro korelace s celkovou spokojeností s péčí na tomto oddělení. Rozdíl mezi klimatem a spokojeností byl nalezen pouze v tom, že s klimatem na OŠ (tj. s celkovým hrubým skórem dotazníku KLI-P pro toto oddělení) nejméně korelovala škála *kontrola a podíl na rozhodování,* zatímco celková spokojenost s péčí na OŠ vykazovala nejslabší korelaci se škálou *fyzické pohodlí;* rozdíl v korelacích škál *fyzické pohodlí* vs. KLI-P a *kontrola a podíl na rozhodování* vs. KLI-P byl však minimální (0,64 a 0,61).

Lze tedy uzavřít, že dle našich dat získaných od reprezentativního souboru českých rodiček závisí jak psychosociální klima porodnice, tak i spokojenost rodiček s perinatální péčí především na vstřícnosti a empatii personálu a dostatku informací, a naopak méně se do nich promítá fyzické prostředí a vybavení porodnice. Díky podobnosti klíčových faktorů, které konstituují psychosociální klima i spokojenost rodiček, lze dotazník KLI-P efektivně využít k měření spokojenosti žen s porodní a poporodní péčí.

2.3.2 Spokojenost žen s péčí v českých porodnicích

Systematický průzkum spokojenosti s perinatální péčí vycházející z reprezentativního souboru českých rodiček a užívající validizované metody pro specifické podmínky porodní a poporodní péče byl v České republice uskutečněn

poprvé v letech 2011 a 2012 (Takács et al., 2012; Takács & Seidlerová, 2013a); v letech 2013 a 2014 pak proběhlo šetření spokojenosti rodiček ve všech porodnicích Kraje Vysočina (Takács et al., 2015). Z prvního uvedeného průzkumu vyplynulo, že na porodnických odděleních (PO) v ČR byly ženy spokojeny zejména s *fyzickým pohodlím a službami*, a to zejména s čistotou prostor; relativně spokojené byly i se *vstřícností a ochotou porodních asistentek a lékařů,* se *srozumitelností informací* a s *dostupností personálu.* Naopak nízká spokojenost byla zjištěna u *podílu žen na rozhodování, tj.* relativně mnoho žen uvedlo, že si nemohly zvolit porodní polohu a že neměly možnost odmítnout rutinně prováděné zákroky či vyšetření. Nižší spokojenost se vztahovala i k množství informací, emoční podpoře ze strany zdravotníků a individuálnímu přístupu k rodičce.

Na oddělení šestinedělí (OŠ) byla spokojenost s *podílem na rozhodování* naopak velmi vysoká: většina žen mohla rozhodovat o kontaktu se svým dítětem po porodu, pokud u nich dítě nebylo, měly přehled, kde je, a byly rovněž předem informovány o plánovaných zákrocích a vyšetřeních. Relativně spokojené byly ženy i se *vstřícností a dostupností personálu* a se *srozumitelností informací,* ovšem nízké hodnocení bylo zjištěno u škály *rovnocenný přístup personálu.* Dále se – podobně jako u PO – ukázalo, že celkově ženy nedostávaly tolik informací, kolik by si přály. Nižší byla opět spokojenost s emoční podporou od zdravotníků. Ženy též často uváděly, že byly rušeny při kojení (musely např. přerušit kojení kvůli příchodu vizity apod.). Nízká byla i spokojenost se stravou, kterou matky na oddělení šestinedělí dostávaly.

Současně se ukázalo, že s péčí v porodnici byly celkově spokojenější vícerodičky a ženy, které porodily v nefakultní nemocnici. Pokud ovšem do analýzy vstoupily jednotlivé dimenze péče, ukázaly se další rozdíly: vzdělanější ženy hodnotily ve srovnání se ženami méně vzdělanými hůře *vstřícnost lékařů a porodních asistentek* a *podávání informací;* méně vzdělané ženy zase hodnotily oproti ženám vzdělanějším hůře *rovnocenný přístup zdravotníků* (tj. častěji vnímaly zdravotníky jako nadřazené). Ženy rodící v menších porodnicích byly spokojenější se *vstřícností porodních asistentek* a s *podílem na rozhodování* než ženy rodící ve větších porodnicích (s více než 800 porody za rok).

Srovnání výsledků celorepublikového šetření spokojenosti s průzkumem spokojenosti v Kraji Vysočina (Takács et al., 2015) poukázalo na celkově vyšší spokojenost s péčí v Kraji Vysočina, přičemž spokojenost s péčí na PO byla opět velice vysoká v oblasti *fyzické pohodlí a služby* a naopak poměrně nízká v oblasti *podíl rodičky na rozhodování.* U OŠ byla na Vysočině – stejně jako na úrovni celé ČR – vysoká spokojenost ve škále *podíl rodičky na rozhodování,* zatímco poměrně nízká byla spokojenost u škál *fyzické pohodlí a služby* a *rovnocenný přístup personálu.* Je tedy zřejmé, že v České republice mají ženy poměrně omezenou možnost spolurozhodovat o vedení svého porodu (o jeho tempu, zákrocích, porodní poloze), ale prostředí a vybavení porodnických oddělení je uspokojivé. Na odděleních šestinedělí mají české ženy velkou rozhodovací volnost, pokud jde o raný kontakt s dítětem a péči o ně, ovšem často bývají nespokojené s prostředím, kde tráví své první dny po porodu, a též s vybavením porodnice.

Pokud jde o prediktory spokojenosti s péčí (Takács, Seidlerová, Šulová, & Hoskovcová, 2015), výsledky celorepublikového průzkumu kopírují výše zmiňované analýzy korelací provedené v rámci vývoje dotazníku KLI-P: nejsilnějším prediktorem spokojenosti s PO i OŠ byla *vstřícnost a empatie zdravotníků* a *podávání informací*, zatímco *fyzické pohodlí* hrálo malou roli u PO a jeho význam naopak zesílil u OŠ.

Překvapivý výsledek regresní analýzy spočíval v tom, že se jako signifikantní prediktor spokojenosti neprojevil podíl rodičky na rozhodování o průběhu porodu, což je v rozporu s výsledky zahraničních studií (např. Brown & Lumley, 1994; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Séguin et al., 1989; Waldenström et al., 2006). Na tomto místě se však zahraničními pracemi nebudeme podrobněji zabývat, neboť cílem této podkapitoly je představit klíčové dimenze spokojenosti, které byly identifikovány na základě analýzy dat získaných od českých rodiček, a psychosociálním faktorům, které jsou označovány za klíčové dimenze spokojenosti s péčí v zahraničních studiích, bude věnována samostatná kapitola (kap. 4).

K závěru, že v České republice ženy často spoléhají na zdravotníky

a delegují na ně rozhodování o vedení svého porodu, dospěla i naše další studie (Takács & Seidlerová, 2013b), v níž nezávisle proměnné představovaly jednotlivé položky dotazníku KLI-P: mezi nejsilnější prediktory spokojenosti s porodní péčí patřilo včasné informování o chystaných zákrocích a vyšetřeních, soukromí v první době porodní a vstřícný přístup lékařů. Spokojenost s poporodní péčí byla nejsilněji predikována včasným informováním o chystaných zákrocích a vyšetřeních, dále aktivní pomocí s kojením, dosažitelností personálu a respektujícím a vstřícným přístupem zdravotníků. Nebyla prokázána prediktivní síla položek spadajících do dimenze *podíl rodičky na rozhodování o průběhu porodu* (možnost odmítnout zákrok či vyšetření, možnost ponechat porodu jeho přirozené tempo, možnost volby porodní polohy).

Pohled na to, jak české ženy hodnotí ty oblasti péče, které představují nejsilnější prediktory spokojenosti (a jsou tedy pro spokojenost rozhodující), ukazuje, že se jedná – vyjma aktivního nabízení pomoci s kojením – o poměrně dobře hodnocené oblasti (Takács & Seidlerová, 2013a). Spokojenost žen s perinatální péčí v České republice je relativně vysoká, byly však identifikovány některé oblasti, v nichž by se měly české porodnice do budoucna zlepšovat: patří sem zejména možnost rodiček spolurozhodovat o vedení svého porodu, důslednější podávání informací a lepší emoční podpora od zdravotníků. Podávání informací lze jistě zlepšit poměrně snadno; jako poněkud obtížnější úkol se však jeví zlepšit péči tak, aby měly rodící ženy pocit větší emoční podpory. Možnost naučit se empatii je totiž poměrně limitovaná a schopnost a ochota projevit ji je dána i psychickou pohodou samotných zdravotníků a podmínkami, za nichž tito péči poskytují. Rovnocenný a respektující přístup k rodičce, kterého se dle uvedených výsledků ženám v českých porodnicích někdy nedostává, je základním projevem zdvořilosti a měl by být – i ve výrazně hierarchicky uspořádaném prostředí, jakým jsou nemocnice – něčím samozřejmým.

3. Spokojenost s perinatální péčí – kritická analýza pojmu a jeho teoretické zakotvení

3.1 Teorie pacientské spokojenosti

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, jež 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. Nástroje určené pro měření spokojenosti jsou často konstruovány „naslepo“, bez důkladnější analýzy toho, co pojem „spokojenost“ vlastně znamená (Williams, 1994) – jaké psychologické a psychosociální procesy jsou ve hře v okamžiku, kdy pacient hodnotí poskytnutou zdravotní péči, a co je pro jeho spokojenost s touto péčí rozhodující, tj. jaké jsou klíčové dimenze spokojenosti a s jakými dalšími proměnnými je spokojenost provázána.

Jak poznamenávají Linder-Pelzová (1982a) a Sitzia a Wood (1997), podobná situace nastala rovněž v oblasti měření zákaznické spokojenosti a spokojenosti se zdravotní péčí obecně: i zde konstrukce a široké využívání evaluačních nástrojů předcházely teoretickému uchopení měřených konstruktů, ačkoli by tomu mělo být naopak. Spolu s konzumerizací v oblasti zdravotní péče a posilováním role pacienta nabyla otázka pacientské spokojenosti na důležitosti a vyvstala potřeba jejího měření, takže průzkumy spokojenosti se zdravotní péčí začaly probíhat ještě předtím, než byl koncept spokojenosti podroben důkladnější analýze a prověřen co do své validity (González et al., 2005). Chybí-li však vyjasnění pojmu spokojenosti, nemůžeme si být jisti tím, že pomocí *ad hoc* konstruovaných metod opravdu měříme její hlavní indikátory (Turris, 2005; Yellen et al., 2002; Locker & Dunt, 1978; Williams, 1994).

Definovat pojem pacientské spokojenosti je ovšem značně složité

(Bramadat & Driedger, 1993). Problém chybějící definice tohoto pojmu se stal tématem studií už v 70. letech minulého století (Locker & Dunt, 1978; Risser, 1975), hlavní teorie pacientské spokojenosti pak byly publikovány v letech osmdesátých; Hawthorne ve své zprávě z roku 2006 uvádí, že později publikované teorie byly víceméně pouhými reformulacemi klasických teorií a nepřinesly nic zásadně nového. Je však třeba připomenout, že ačkoli bylo od osmdesátých let minulého století navrženo mnoho teorií spokojenosti, dosud nebylo dosaženo obecného konsensu, pokud jde o to, jak spokojenost definovat (Avis, Bond, & Artur, 1995; Gill & White, 2009; Speight, 2005). V následujícím textu budou představeny hlavní teorie pacientské spokojenosti prezentované v dosavadní literatuře a na jejich základě bude navržen model spokojenosti pro specifickou oblast perinatální péče.

3.1.1 Donabedianova klasická teorie kvality zdravotní péče

Donabedianův model kvality zdravotní péče rozlišuje tři hlediska, z nichž lze péči hodnotit: struktura (structure), proces (process) a výsledky (outcomes). Struktura se týká podmínek, za nichž je péče poskytována, a organizačních aspektů péče. Jako „proces“ je označena ta komponenta, která se týká samotného poskytování péče ze strany profesionálů. Výsledky jsou dle Donabediana tím nejdůležitějším aspektem při hodnocení kvality péče. Zdůrazňuje přitom, že výsledek nelze chápat jednoduše jako aktuální stav pacienta po ukončení léčby, ale spíše jako rozdíl mezi aktuálním stavem pacienta po ukončení léčby a jeho stavem před jejím započetím, tj. za výsledek je třeba považovat zlepšení zdravotního stavu, které lze jednoznačně atribuovat poskytnuté péči (Donabedian, 1966). Spokojenost pacienta odráží podle Donabediana především kvalitu interpersonálních vztahů mezi pacientem a zdravotníky, tj. spokojenost má nejužší vztah k procesuální dimenzi péče (Doabedian, 1988).

3.1.2 Teorie diskonfirmace (disconfirmation theory)

Jedná se o teorii vypracovanou původně v rámci výzkumů zákaznické spokojenosti. Podle této teorie porovnává zákazník produkt či službu se standardem, podle něhož se řídil ještě předtím, než produkt/službu koupil – tento standard určuje zákazníkova očekávání (Oliver, 1980). Nespokojenost zákazníka je pak výsledkem diskonfirmace těchto očekávání, tj. spokojenost či nespokojenost určuje poměr mezi očekáváními a faktickým stavem, resp. kvalitou produktu. Přitom platí, že čím vyšší jsou očekávání, tím obtížněji je lze naplnit. Nevyplatí se však uměle snižovat očekávání zákazníka, neboť pak by daný produkt ztrácel na atraktivitě (Newsome & Wright, 1999).

3.1.3 Teorie diskrepance (discrepancy theory)

Podle teorie diskrepance je spokojenost se zdravotní péčí dána poměrem mezi určitými charakteristikami na straně pacienta, které existují ještě před jeho setkáním se zdravotní péčí, a jeho faktickou zkušeností s touto péčí. Měřítko, podle něhož se porovnává zkušenost s faktickou péčí, se u různých autorů liší: někteří porovnávají skutečnost s tím, co daný člověk očekával, jiní s tím, co si přál, případně s tím, co považoval za správné či spravedlivé (na co se domníval mít nárok). Podle Foxe a Stormse (1981) je pro spokojenost pacientů klíčová kongruence mezi jejich „orientacemi“ (orientation towards care) a podmínkami poskytované péče (conditions of care). Jak už naznačuje název teorie, důraz je kladen na *rozpor* mezi pacientskými „orientacemi“ a podmínkami péče; Fox a Storms (1981) totiž poukázali na skutečnost, že variabilita odpovědí je u dotazníkových šetření pacientské spokojenosti zpravidla velmi nízká, a zdůraznili proto nutnost zaměřit se na podmínky, za nichž se zvyšuje, tj. na podmínky, za nichž jsou pacienti ochotni vyjádřit kromě spokojenosti i nespokojenost.

3.1.4 Teorie naplnění (fulfilment theory)

Jedná se o patrně nejrozšířenější teorii, která je ve studiích užívána nejen explicitně, ale často funguje i jako implicitní předpoklad tam, kde chybí jasné teoretické zakotvení pojmu spokojenosti. Teorie naplnění očekávání je prakticky totožná s teorií diskrepance, liší se pouze tím, že v rámci teorie diskrepance se počítá s velikostí rozdílu v poměru mezi tím, co je očekáváno, a tím, co se fakticky uskutečnilo, tj. teorie diskrepance navíc zohledňuje výši původních očekávání.

Platnost teorie naplnění očekávání byla zproblematizována na základě výsledků výzkumu Linder-Pelzové (1982b). Linder-Pelzová totiž zjistila, že hlavní vliv na spokojenost mají očekávání jako nezávislý faktor, tj. bez ohledu na jejich naplnění. Toto zjištění je poněkud překvapivé, neboť svědčí o tom, že pacienti mají tendenci vyjadřovat spokojenost s péčí na základě svých očekávání a přesvědčení, která si o této péči utvářejí ještě předtím, než s ní mají faktickou zkušenost, tj. úroveň spokojenosti s péčí lze poměrně úspěšně predikovat dříve, než pacient vůbec vstoupí do zdravotnického zařízení.

Linder-Pelzová testovala v rámci svého výzkumu i modifikovanou teorii naplnění očekávání, do níž – inspirována modelem, který vypracovali Ware a kolegové (1983) – zakomponovala i moment hodnot (viz tzv. *expectancy-value theory* v podkapitole 3.1.6); testovala tedy hypotézu, že spokojenost spočívá v naplnění takových očekávání, která mají pro danou osobu důležitost a jsou u ní spojena s pozitivním hodnocením (Linder-Pelz, 1982b). Korigovaná teorie tedy předpokládala následující momenty: očekávání (expectations), hodnoty (values) a faktickou zkušenost pacienta s péčí, resp. pacientem vnímanou skutečnost (perceived occurences). Avšak ani hypotéza zahrnující moment hodnot se nepotvrdila. Ukázalo se totiž, že očekávání, hodnoty i vnímaná skutečnost mají na spokojenost na sobě navzájem nezávislý vliv, tj. nerozhodují o spokojenosti ve vzájemné interakci, jak předpokládala upravená teorie naplnění očekávání. Očekávání pacientů vysvětlovala ve výzkumu Linder-Pelzové 8 % variability spokojenosti, přičemž interakce očekávání, reálných zkušeností s péčí a hodnot, které pacienti připisují jednotlivým oblastem péče, vysvětlovala 10 % variability

spokojenosti. Klíčovou roli pro spokojenost tedy hrají podle Linder-Pelzové očekávání, a to bez ohledu na to, jak velkou hodnotu tato očekávání pro pacienta mají a zdali jsou při faktickém setkání se zdravotní péčí naplněna.

3.1.5 Teorie sociální spravedlnosti (social equity theory)

Podle této teorie porovnávají klienti či zákazníci službu co do spravedlnosti či rovnosti – hodnotí, zdali se jim dostalo téže služby jako ostatním, tj. zdali druzí nepožívají v souvislosti s danou službou výhod, které byly jim samotným upřeny (Oliver & Swan, 1989; Fisk & Young, 1985). Tento model vychází z teorie sociálního srovnávání (Festinger, 1954), podle níž stojí sociální srovnávání v základu utváření a hodnocení názorů a postojů.

3.1.6 Teorie očekávání a hodnot (expectancy-value theory)

Linder-Pelzová (1982a) rozvíjela tzv. *expectancy-value* model na základě sociálně psychologické teorie postojů Fishbeina a Ajzena (1975). Podle jejich teorie je třeba rozlišit postoje a názory (přesvědčení), neboť na rozdíl od názorů, které jsou emočně neutrální a zahrnují pouze vědomí o atributech náležejících dané věci, se v postojích odráží i afektivní hodnocení daného objektu a jeho atributů. Postoje jsou tedy afektivními odpověďmi na objekty či situace, vyjadřují naše hodnocení daného objektu/situace podle toho, zda v nás vyvolává libost či nelibost.

Linder-Pelzová pojala spokojenost jako určitý druh postoje a v návaznosti na teorii Fishbeina a Ajzena rozlišila jednak očekávání (expectations) pacientů týkající se zdravotní péče, která mají charakter přesvědčení o povaze dané péče a jejích atributech a odkazují na *kognitivní výkon,* a jednak hodnocení atributů péče ve smyslu *emoční „odpovědi“,* tj. hodnocení významu a důležitosti daných atributů pro daného jedince (afektivní proces). Tyto momenty pak vytvářejí základní stavební kameny spokojenosti, která je – jakožto postoj – afektivní (pozitivní či negativní) reakcí na zakoušenou péči, jež se zakládá na očekáváních či přesvědčeních, že se daná oblast péče vyznačuje určitými atributy. Linder-

Pelzová konsekventně definovala spokojenost jako „pozitivní hodnocení různých dimenzí zdravotní péče“ (Linder-Pelz, 1982a, s. 578), přičemž slovo „hodnocení“ odkazuje na afektivní povahu spokojenosti, resp. na to, že se jedná o zaujímání postoje. Zdůraznění různosti hodnocených dimenzí zase poukazuje na multidimenzionální charakter spokojenosti, jíž Linder-Pelzová nechápe jako jednotný konstrukt, nýbrž spíše jako zastřešující pojem, který zahrnuje na sobě nezávislá hodnocení různých oblastí.

Jak bylo řečeno v souvislosti s teorií naplnění očekávání v podkapitole 3.1.4, Linder-Pelzová (1982b) ve svém výzkumu zjistila, že interakce očekávání a hodnocení (hodnot) není pro spokojenost klíčová, tj. platnost tzv. *expectancy-value* modelu nebyla empiricky potvrzena. Očekávání i hodnoty mají pro spokojenost značný význam, ale ovlivňují ji jakožto nezávislé faktory a nikoli ve vzájemné interakci.

3.1.7 Teorie determinant a komponent

Ware et al. (1983) vyzdvihli rozdíl mezi tzv. *ratings* a *reports,* tj. mezi „subjektivním“ hodnocením péče (jedná se např. o spokojenost s komunikací, emoční podporou) a pouhým konstatováním skutečnosti, tj. pacientovým „reportováním“ o objektivní situaci (např. o čekací době na operaci, délce konzultace s lékařem, dostupnosti určitého typu léčby). Ne všechny položky objevující se v dotaznících spokojenosti se totiž týkají pacientova subjektivního hodnocení; některé zjišťují i objektivně vykazatelné parametry péče.

Jak ovšem upozorňují Thompson a Sunol (1995), rozlišení mezi tzv. subjektivními a objektivními indikátory lze problematizovat: i tzv. „objektivní“ parametry, jako je například čekací lhůta, jsou totiž ze strany pacientů posuzovány nikoli ve smyslu absolutního času, ale ve smyslu pacientova hodnocení jako „příliš dlouhá lhůta“, „přijatelná lhůta“ apod., tj. i tato na první pohled „objektivní kritéria“ podléhají při bližším pohledu subjektivní perspektivě pacienta.

Pokud jde o subjektivní hodnocení ze strany pacienta, o tzv. „satisfaction ratings“, je podle Wareho a kol. (1983) třeba zohledňovat dvojí: charakteristiky

péče (faktický stav péče) a charakteristiky pacienta (jeho preference, očekávání). A je třeba se ptát: má vést k odstranění nespokojenosti pacienta s péčí spíše změna ve způsobu poskytování péče, nebo změna na straně pacienta (změna jeho preferencí, očekávání, standardů)?

V dalším kroku se proto autoři zaměřili na to, do jaké míry ovlivňují charakteristiky pacienta jeho hodnocení péče ve srovnání s faktickými zkušenostmi s touto péčí („perceived occurences“). Zjistili, že efekt charakteristik pacienta je podstatně menší než efekt faktických zkušeností, a z těchto výsledků vyvodili, že i tzv. subjektivní *ratings* vypovídají spíše o péči samotné než o pacientovi.

Tyto výsledky jsou ovšem v rozporu s výše uvedenými zjištěními, k nimž dospěla ve svém výzkumu Linder-Pelzová (1982b): její data naopak poukazovala na podstatně větší význam očekávání pacienta pro jeho následnou spokojenost s péčí ve srovnání s tzv. *perceived occurences.* Linder-Pelzová zároveň upozornila na to, že rozlišení spokojenosti s péčí a těchto *perceived occurences* je velmi obtížné, neboť to, jak pacient vnímá péči, je velmi úzce provázáno s tím, jak ji hodnotí. Ani Linder-Pelzová ani Ware však nepotvrdili platnost tzv. teorie naplnění (fulfilment theory), neboť Linder-Pelzová zjistila nezávislý efekt očekávání a Ware zase nezávislý efekt *perceived occurences* na výslednou spokojenost pacienta.

Ware tedy sice definuje spokojenost jako pacientovu reakci na faktickou zkušenost se zdravotní péčí (a jejími jednotlivými oblastmi, resp. komponentami), která je mediována jeho osobními preferencemi a očekáváními (determinantami), výsledky jeho výzkumu jej však vedou k názoru, že v praktickém ohledu jsou charakteristiky pacienta (jeho preference, očekávání) spíše irelevantní a při konstrukci nástrojů pro měření spokojenosti je není třeba zohledňovat. Jak upozorňují Sixma a kolegové (1998), tento postup je poměrně běžný: ačkoli mnozí autoři přisuzují očekáváním a preferencím pacienta na teoretické rovině význam, fakticky je při konstrukci nástrojů pro měření spokojenosti neberou v potaz.

Dalším důležitým příspěvkem Wareho a kolegů (1983) je snaha

specifikovat dimenze, resp. komponenty pacientské spokojenosti, a vypracovat jejich taxonomii. Autoři za tímto účelem analyzovali dosavadní práce týkající se spokojenosti a dospěli k závěru, že mezi nejčastěji sledované dimenze patří následující:

- interpersonální vztahy (chování zdravotníků k pacientům: vstřícnost, podpora, zdvořilost, respekt),
- technická kvalita (kompetence zdravotníků a dodržování vysokých standardů při diagnostice i léčbě),
- dobrý přístup k péči (čekací lhůty, vzdálenost lokality, kde je péče poskytována),
- finanční náklady na péči hrazené pacientem,
- efektivita/výsledky (zlepšení zdraví),
- kontinuita (možnost být v péči jednoho lékaře, navštěvovat jedno středisko),
- prostředí (čistota, příjemná atmosféra prostoru, kde je poskytována péče),
- dostupnost péče (dostatek zdravotních zařízení v dané oblasti).

3.1.8 Teorie vícenásobných modelů

Fitzpatrick a Hopkins (1983) se drží tradičního uchopení spokojenosti jako multidimenzionálního konstruktu, mají však současně za to, že spokojenost nelze chápat jako *jednotný* koncept sestávající z různých dimenzí. Podle nich je třeba pracovat s více modely, které jsou ve vztahu k různým, resp. pro daný model specifickým, determinantám.

Navrhli tři nezávislé modely spokojenosti: první model, nazvaný „potřeba důvěrně známého“, pracuje s předpokladem, že hlavním faktorem ovlivňujícím spokojenost jsou pacientova očekávání, která se utvářejí na základě sociálních a kulturních vlivů, tj. pacienti z různých kultur budou spokojeni s různými typy péče. Druhý model, který nazvali „cíle vyhledání pomoci“, staví na předpokladu, že většině pacientů nejde v první řadě o „spokojenost“, nýbrž o vyřešení jejich zdravotního problému, tj. hodnotí péči podle toho, zda se podařilo dosáhnout cíle,

kvůli němuž ji vyhledali. Teprve třetí model, „důležitost emočních potřeb“, zohledňuje to, že se s nemocí zpravidla pojí obavy a úzkost, a že pro pacienta je důležité i to, jak ohleduplně a empaticky k němu lékaři přistupují a jak dobře s ním komunikují. Tato teorie tedy zdůrazňuje sociální faktory při utváření pacientových očekávání týkajících se zdravotní péče, efektivitu péče a zároveň význam pacientových obav souvisejících s nemocí.

3.1.9 Spokojenost jako přímá odpověď na zkušenost se zdravotní péčí

Na rozdíl od teorií, které předpokládají vliv pacientových očekávání, preferencí, potřeb atd. na jeho výsledné hodnocení péče, přicházejí Strasser, Aharony a Greenberger (1993) s modelem spokojenosti jako přímé odpovědi na prožívanou situaci, resp. na aktuální zkušenost s péčí. Podle této teorie jsou tím hlavním, co rozhoduje o spokojenosti, již zmiňované *perceived occurences* (viz podkapitoly 3.1.4 a 3.1.7). Spokojenost pak lze definovat jako reakci na podněty zakoušené bezprostředně před, během a po zkušenosti se zdravotní péčí. Jak bylo popsáno výše, k podobnému závěru dospěl ve své práci i Ware et al. (1983). Připomeňme však námitku Linder-Pelzové (1982a), podle níž jsou tzv. *perceived occurences* a spokojenost s péčí obtížně rozlišitelné pojmy, tj. to, jak pacient vnímá péči, a to, jak ji hodnotí, je v rámci empirického šetření navzdory zjevné pojmové diferenci snadno zaměnitelné; pacientovu zkušenost s péčí lze v praxi jen obtížně oddělit od jeho postoje k ní.

Ani Strasserův model ovšem zcela neopomíjí vliv pacientových očekávání a preferencí. Nechápe je však ani jako samostatné ústřední determinanty spokojenosti, ani jako faktory, které určují spokojenost v interakci s faktickou zkušeností dle principu naplnění, popř. zklamání, ale spíše jako faktory ovlivňující utváření pacientových postojů k péči. Strasserův model ovšem představuje teoretický předpoklad, s nímž fakticky pracuje většina dotazníků spokojenosti, které se soustřeďují především na výsledek procesu hodnocení péče, tj. na výslednou pacientskou spokojenost bez současného zohledňování jejích determinant v podobě pacientových preferencí a očekávání.

3.2 Problém očekávání jako klíčové determinanty spokojenosti

Teorie diskonfirmace, diskrepance a naplnění očekávání mají společného jmenovatele: jakkoli se tyto teorie liší v terminologii a konkrétní formulaci, jsou v zásadě založeny na principu *očekávání – naplnění.* Fox a Storms (1981) hovoří o kongruenci orientací pacienta s faktickými podmínkami péče, Linder-Pelzová (1982a, 1982b) o roli očekávání a hodnotových preferencí pro spokojenost, Ware et al. (1983) definují spokojenost jako pacientovu odpověď na zkušenost se zdravotní péčí, která je mediována jeho osobními preferencemi a očekáváními. Dokonce ani Strasserova teorie spokojenosti jako přímé odpovědi na zakoušenou situaci (Strasser et al., 1993) očekávání pacienta zcela neopomíjí a pracuje se s nimi i v jednom z modelů Fitzpatricka a Hopkinse (1983), kteří odmítají pojem spokojenosti ve smyslu jednotného zastřešujícího pojmu.

Ačkoli byla souvislost mezi vyšší spokojeností a větším množstvím naplněných očekávání empiricky potvrzena (Williams et al., 1995), vůči teorii očekávání se objevily mnohé námitky. V první řadě je třeba zmínit nedostatečné rozlišování mezi pojmem očekávání a dalšími příbuznými pojmy, které vyjadřují charakteristiky na straně pacienta (potřeby, preference atd.). Pomineme-li však problém této pojmové konfuze, už samotný pojem očekávání vyvolává četné otázky.

Za prvé, jedná se o pojem dvojznačný. Pojem očekávání totiž může odkazovat jednak k tomu, co si pacient přeje ve smyslu jeho nároků a požadavků na péči, může ale též vyjadřovat výsledek jeho předchozích zkušeností s péčí, tj. jeho odhad reálné situace. V prvním případě tedy pacientova očekávání formuje jakýsi ideál (to, co být má), ve druhém jeho setkání s realitou (to, co jest). Pacientova očekávání tak mohou být značně nízká buď proto, že pacient nemá představu o možnostech, které by péče mohla nabídnout, nebo proto, že má se zdravotní péčí negativní zkušenosti.

Za druhé, očekávání na straně pacienta nemusejí vůbec existovat – pacient může být v tomto ohledu pasivní, případně nemusí mít se zdravotní péčí žádné

zkušenosti. Navíc, čím obtížnější a složitější je typ léčby či dané procedury, tím méně mají pacienti pocit, že jsou jejich očekávání oprávněná a relevantní (Williams et al., 1998). V neposlední řadě je třeba zmínit argument, že očekávání různých pacientů (napříč diagnózami i v rámci jedné diagnózy) mohou být různá a že se efekt očekávání může u různých skupin pacientů lišit.

A za třetí, předpokládat jednoduchou rovnici mezi spokojeností a naplněním očekávání může být zavádějící: Fitzpatrick a Hopkins (1983) upozornili na to, že předem vyjádřená očekávání, která nebyla následně naplněna, nebyla nejčastějším předmětem kritických připomínek pacientů; kritické připomínky se mnohdy naopak týkaly témat, která v předchozích očekáváních vůbec nefigurovala. Navíc, lepší faktická zkušenost ve srovnání s očekáváními nemusí být nutně dána vysokou kvalitou péče, ale naopak velmi nízkými očekáváními, a o spokojenosti už vůbec nemůže svědčit naplnění negativních očekávání.

Na tyto obtíže teorie naplnění/zklamání očekávání poukazují např. Williams a kolegové (1998), kteří ve snaze prohloubit porozumění pojmu očekávání analyzovali mechanismy vstupující do hry v okamžiku, kdy pacient evaluuje zdravotní péči. Podle nich se pacienti při hodnocení péče řídí především přesvědčením o tom, co by *mělo být* součástí poskytované péče, tj. jaké jsou povinnosti (duty) zdravotníků, a zároveň přesvědčením o tom, zdali lze za případné nepříznivé výsledky zdravotníky vinit či nikoli (culpability).

Povinnosti zdravotníků (hledisko „duty“) jsou v očích pacienta tím, co od zdravotní péče očekává, tj. jedná se o jeho představu o „ideálním“ fungování péče, o tom, jak by péče fungovat *měla.* Tato očekávání pacienta se ovšem mohou proměňovat a přizpůsobovat s ohledem na konkrétní situaci; pacient například vzhledem k daným okolnostem a podmínkám vyhodnotí, že daný problém sice spadá do rámce povinností poskytovatelů péče, ale zdravotníci udělali vše, co mohli, a nelze je tedy vinit za nepříznivé výsledky (hledisko „culpability“).

Pointa, k níž Williams et al. (1998) míří, nespočívá jen v tom, že mezi zkušeností pacienta s péčí a jeho hodnocením dané péče není přímý, ničím nezprostředkovaný (či nemoderovaný) vztah; to už odhalila teorie očekávání,

která položila mezi zkušenost s péčí a spokojenost s ní právě moment očekávání. Williams tuto teorii překračuje tím, že navíc přičítá důležitost i momentu viny (culpability): navzdory negativním prožitkům a nenaplněným očekáváním/požadavkům může pacient hodnotit péči pozitivně, pokud je přesvědčen, že jeho špatné zkušenosti nenastaly vinou zdravotníků. Naopak nedostatek polehčujících okolností, které by mohly negativní zkušenosti pacienta s péčí omluvit, pravděpodobně vyústí v negativní hodnocení péče.

Williams et al. (1998) upozorňují, že mechanismus „duty“ a „culpability“ stojí často za tím, že v šetřeních spokojenosti odpovídají pozitivně i ti pacienti, kteří měli negativní zkušenosti s péčí, a v důsledku toho nejsou zachyceny některé vážnější nedostatky – pacienti totiž nejsou vždy schopni adekvátně posoudit, co spadá (a nespadá) do povinností zdravotníků a za co je lze (či nelze) činit odpovědnými. Jakkoli tedy platí námitka Linder-Pelzové (1982b), podle níž lze pacientovy zkušenosti s péčí jen obtížně oddělit od toho, jak pacient tuto péči hodnotí, při konstrukci dotazníkových metod pro šetření spokojenosti s péčí by na tento rozdíl mělo být pamatováno, je-li jejich účelem získat nezkreslená data o průběhu péče a jejím hodnocení ze strany pacienta.

3.3 Základní stavební kameny teorie pacientské spokojenosti

Shrneme-li to, co bylo řečeno v předchozích pasážích této kapitoly, můžeme uzavřít, že stávající teorie pacientské spokojenosti vyzdvihují následující momenty:

- Pojem spokojenosti je třeba odlišit od dalších příbuzných pojmů, jako je faktický stav péče (performance) a pacientovo vnímání faktického stavu péče (perceived occurences) – pacientovo vnímání péče nemusí přesně zrcadlit její faktický stav a není totožné s jeho spokojeností s péčí); spokojenost není nutně výsledkem pozitivních zkušeností pacienta (mohou k ní vést i negativní zkušenosti s péčí) (Linder-Pelz, 1982b; Ware et al., 1983; Williams et al., 1998).
- Spokojenost se může týkat struktury, procesu či výsledků péče

(Donabedian, 1988), přičemž první dva pojmy zároveň představují nadřazené kategorie pro různé dimenze péče: struktura zahrnuje podmínky, za nichž je péče poskytována (technická kvalita, kompetence zdravotníků, prostředí a vybavení nemocnice, organizace provozu), a proces se týká samotného průběhu péče (interakce pacienta se zdravotníky, volba léčebného postupu, komunikace a podávání informací, zapojení pacienta do rozhodování o léčbě).

- Pacientova spokojenost s péčí se může týkat jeho „subjektivního" hodnocení takových oblastí péče, které nelze (nebo lze jen obtížně) hodnotit objektivními parametry (například komunikace a podávání informací), nebo tzv. „objektivně měřitelných" parametrů, jako je například dostupnost určitých metod léčby, čekací lhůty, vzdálenost nemocnice od místa bydliště apod. (Ware et al., 1983).
- Spokojenost s péčí má afektivní charakter – jedná se o emoční reakci pacienta na zkušenost s touto péčí, která je ovlivněna tím, co pacient o péčí ví (Linder-Pelz, 1982a).
- Spokojenost s péčí je úzce spjata s charakteristikami na straně pacienta (očekáváními, preferencemi, přesvědčeními, potřebami, požadavky) a jejich kongruencí s podmínkami péče; míra kongruence rozhoduje o míře spokojenosti, míra diskrepance o míře nespokojenosti (Fox & Storms, 1981; Linder-Pelz, 1982a, 1982b).
- Očekávání pacienta mohou ve vztahu ke spokojenosti fungovat jako samostatně působící faktor, dále v interakci s pacientovými preferencemi, případně jako moderátor vztahu mezi zkušeností s péčí a následnou spokojeností; očekávání se do značné míry formují na základě sociálních vlivů a odrážejí buď to, co pacient považuje za správné, žádoucí, co si přeje a co požaduje, nebo jeho obeznámenost s realitou péče (ať už na základě vlastní či cizí zkušenosti) (Linder-Pelz, 1982a, 1982b; Ware et al., 1983; Fitzpatrick & Hopkins, 1983).
- Očekávání, preference apod. představují determinanty spokojenosti s péčí, které je třeba odlišit od komponent či dimenzí péče (Ware et al., 1983;

Fitzpatrick & Hopkins, 1983).

- Spokojenost může být kromě modelu naplnění očekávání vysvětlována i na základě teorie přímé zkušenosti (performance only) (Strasser et al., 1993).
- Spokojenost je multidimenzionální pojem, je ale otázkou, zdali ji lze chápat jako jednotný zastřešující koncept obsahující různé dimenze, nebo zdali se spokojenost nutně rozpadá na dílčí oblasti, které mají své specifické, tj. odlišné determinanty, takže vlastně nelze hovořit o spokojenosti ve smyslu celkového hodnocení péče (Fitzpatrick & Hopkins, 1983).

3.4 Teoretické zakotvení dotazníků pro měření spokojenosti s perinatální péčí

Pojem spokojenosti s perinatální péčí je zatížen stejnou teoretickou neujasněností jako pojem pacientské spokojenosti vůbec a s pojmem pacientské spokojenosti sdílí i to, že faktické studie o spokojenosti rodiček byly historicky dřívější než teoretická analýza a posouzení validity měřeného konceptu. Historie zkoumání spokojenosti s perinatální péčí tedy opisuje podobnou křivku jako výzkumy spokojenosti se zdravotní péčí obecně, jen se začíná odvíjet zhruba o desetiletí později. V současnosti existuje nespočet prací věnovaných spokojenosti žen s porodní a poporodní péčí, avšak teoretické uchopení tohoto pojmu stále absentuje, takže četné práce vycházejí ze zjednodušené a pouze vágní definice spokojenosti (Bramadat & Driedger, 1993; Janssen, Dennis, & Reime, 2006), u jiných teoretické zakotvení chybí úplně a staví pouze na dílčích zjištěních empirických studií (Duff, Lamping, & Ahmed, 2001; Gungor & Beji, 2012; Gamble, Creedy, & Teakle, 2007; Rudman et al., 2007). Některé studie spokojenosti s perinatální péčí dokonce používají generické dotazníky (Lerman et al., 2007), jejichž výhodou je sice to, že s jejich pomocí lze srovnávat spokojenost v různých oblastech či oborech zdravotní péče (například v rámci jednoho zdravotnického zařízení), avšak podstatnou nevýhodou je nedostatečné

zachycení specifických dimenzí příslušné oblasti péče (Speight, 2005).

V přehledové práci o stávajících metodách pro měření spokojenosti s porodní péčí uvádějí Sawyer a kol. (2013) pouze dvě metody, které se zakládají na explicitním teoretickém modelu, a to adaptaci generického dotazníku *Quality from the Patient's Perspective questionnaire (QPP)* (Wilde-Larsson et al., 1993) pro oblast intrapartální péče *(Intrapartal-Specific QPP-questionnaire, QPP-I)* (Wilde-Larsson et al., 2010), a dotazník *Intrapartal care in relation to WHO recommendations* (IC-WHO) autorů Sandin-Bojö, Wilde Larssona a Hall-Lorda (2008).

Pokud jde o první uvedený dotazník (Wilde-Larsson et al., 2010), jedná se sice o verzi adaptovanou pro podmínky intrapartální péče, teoretický model využitý pro tuto adaptaci byl nicméně vytvořen pro oblast zdravotní péče obecně; navíc se přísně vzato nejedná o teoretický model spokojenosti, nýbrž kvality péče z perspektivy pacienta. Wilde-Larsson et al. (2011) užívají pojmů spokojenost a kvalita péče z perspektivy pacienta synonymně, což je ve stávající literatuře relativně běžné: například Matsubara et al. (2013) zahrnuli do osmipoložkového dotazníku měřícího spokojenost s péčí jak položku zjišťující spokojenost, tak i položku dotazující se na názor pacienta na kvalitu péče. Existují nicméně práce, které se tyto pojmy snaží rozlišovat (Gill & White, 2009). Tyto pojmy sice sdílejí některé atributy či dimenze, neoznačují ovšem totéž: spokojenost s péčí nemusí nutně odrážet pacientovo hodnocení její kvality, neboť například v situacích, kdy pacient nemá dostatečné znalosti a kompetence pro posouzení této kvality, vyjadřuje svoji spokojenost na základě jiných, resp. užších kritérií (zejména interpersonálních vztahů). Jak navíc ukázala Linder-Pelzová (1982a), spokojenost s péčí je určitým druhem postoje, a zahrnuje tedy i afektivní komponentu, naproti tomu hodnocení kvality péče je spíše věcí posouzení odkazujícího na kognitivní výkon.

Jak poznamenává Crowe et al. (2002), výzkumníci mnohdy hovoří o měření spokojenosti, zatímco ve skutečnosti provádějí spíše obecnější evaluace zdravotní péče. Vztah těchto pojmů však zůstává navzdory snahám o jejich přesnější vymezení nejednoznačný: spokojenost je podle některých autorů třeba

chápat jako širší a nadřazený pojem, resp. vnímaná kvalita péče je jen jedním z faktorů, které rozhodují o spokojenosti (Newsome & Wright, 1999), zároveň se spokojenosti užívá jako indikátoru kvality péče (González et al., 2005), takže za nadřazený pojem je naopak považována kvalita péče (Gill & White, 2009).

Teoretický model, který stojí v základu metody QPP, předpokládá, že konstitutivní prvky pacientova hodnocení kvality péče vyrůstají jednak z jeho faktických zkušeností s péčí a jednak z jeho očekávání, norem a předchozích zkušeností. Tento model staví na propojení pacientových preferencí a faktických struktur péče, přičemž zohledňuje čtyři základní dimenze této péče: medicínsko-technické kompetence personálu, technické podmínky, přístup orientovaný na pacienta (informace, empatie, respekt) a sociokulturní atmosféru. Pacientovy preference jsou zjišťovány pomocí skórů za důležitost jednotlivých aspektů péče; pacient hodnotí u daných indikátorů jednak vnímanou kvalitu péče a jednak význam, který daným indikátorům připisuje.

Pokud jde o druhou výše uvedenou metodu, tj. dotazník IC-WHO (Sandin-Bojö et al., 2008), opět se nejedná přímo o model spokojenosti – tento dotazník zjišťuje zkušenosti žen s porodní péčí, resp. s užíváním určitých porodnických praktik a intervencí, a současně jejich postoj k těmto intervencím (resp. důležitost, kterou jim připisují). Jedná se o adaptaci dotazníku, který byl v původní verzi určen k posuzování kvality péče zdravotnickými profesionály, a to dle kritérií stanovených Světovou zdravotnickou organizací (WHO) (Sandin-Bojö et al., 2004). Položky jsou po vzoru dokumentu WHO o doporučené péči v průběhu normálního porodu (1999) rozřazeny do čtyř okruhů: i) praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a měly by být podporovány, ii) praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní, iii) praktiky, pro jejichž prospěšnost neexistuje dostatek důkazů, iiii) praktiky, které jsou často užívány nevhodně.

Na základě extenzivního vyhledávání ve vědeckých databázích (MEDLINE, EMBASE, Maternity and Infant Care, PsychInfo, Scopus, Web of Science), které jsme provedli v roce 2016 v pracovní skupině zaměřené na spokojenost s perinatální péčí v rámci akce COST IS1405 *(Building Intrapartum Research Through Health – an interdisciplinary whole system approach to*

understanding and contextualising physiological labour and birth), bylo identifikováno 17 článků věnovaných vývoji a validizaci dotazníkových metod určených k měření spokojenosti rodiček s perinatální péčí (vyhledávání bylo omezeno na práce publikované v letech 2005–2016). Přehled těchto dotazníkových metod včetně jejich základních charakteristik zachycuje tabulka v příloze 1. Bližší pohled na tyto dotazníky ukazuje, že pouze tři z nich jsou explicitně vystaveny na jasně definovaném teoretickém modelu; dva z nich, QPP-I a IC-WHO, přitom figurovaly již ve výše citované přehledové práci Sawyerové (2013).

Třetí teoreticky fundovanou metodou je dotazník *ReproQ* (Scheerhagen et al., 2015), který je založen na tzv. „responsiveness“ modelu dle Světové zdravotnické organizace (WHO). Pojem „responsiveness“ je definován jako způsob, jakým jedná zdravotník s klientem, včetně prostředí, v němž se jejich interakce odehrává. Tento pojem přitom pokrývá osm dimenzí: čtyři se týkají interakcí klienta a zdravotníků (důstojnost, autonomie, diskrétnost, komunikace) a čtyři organizační struktury (okamžitá pozornost ve vztahu ke klientovi, možnost podpory rodiny, úroveň základního vybavení, volba a kontinuita péče). Jak uvádějí autoři metody, tento model se záměrně zaměřuje více na individuální zkušenosti pacientů než na charakteristiky systému, neboť ke stejným zkušenostem je podle autorů možné dospět v rámci různých systémů.

Ani dotazník *ReproQ* však není založen na teoretickém modelu spokojenosti – autoři užívají pojmu „performance-as-experienced by the client“, tj. tato metoda zachycuje *zkušenosti* žen s předporodní, porodní a poporodní péčí a nikoli jejich *spokojenost.* Pojem „zkušenost“ je rovněž centrálním pojmem teorie, podle níž byl vybudován výše uvedený dotazník QPP, resp. QPP-I; podobně užívá pojmu „zkušenost“ např. Sawyerová s kolegy (2014) při konstrukci dotazníku zaměřeného na specifickou situaci předčasného porodu a o „zkušenostech“ žen hovoří v kontextu spokojenosti s perinatální péčí i autoři metody PreMaPEQ (Sjetne, Iversen, & Kjøllesdal, 2015). Jak bylo zmíněno výše, pojmy „spokojenost s péčí“ a „zkušenost s péčí“ je ovšem třeba rozlišovat, neboť negativní zkušenost s péčí nemusí nutně vést k nespokojenosti (Williams et al.,

1998).

Podobně jako u pacientské spokojenosti obecně je tedy i u studií zaměřených na spokojenost s perinatální péčí značným problémem pojmová neujasněnost. Jak lze vyčíst z tabulky v příloze 1, tyto studie užívají kromě pojmů „spokojenost“ (satisfaction) a „zkušenost“ (experience) i další pojmy: například Gagnonová a kol. (2014), kteří sestavili dotazník pro hodnocení perinatální péče uzpůsobený pro populaci migrantek, užili pojmu „perceptions of care“; tentýž pojem figuruje v práci Redshawové a Martina (2009), kteří vytvořili seznam adjektiv, jimiž respondentky popisují zdravotníky, s nimiž se setkaly u porodu. Tzv. „perceived reality“ je kategorie, která se hodnotí v dotaznících QPP-I i IC-WHO; v dotazníku *Pregnancy and Childbirth Questionnaire* (PCQ) (Truijens et al., 2014) se zase vyhodnocuje kvalita péče „as perceived by women“ a pojmu „perceptions“ užívá i dotazník *Patient Perception Score* (PPS) autorů Siassakos a kol. (2009). Některé práce odkazují k pojmu spokojenosti dalšími termíny, jako jsou například „feelings“ (pocity) či „opinions“ (názory) (Wilde-Larsson et al., 2010; Wilde-Larsson et al., 2011; Waldenström et al., 2006).

Z výše řečeného je zřejmé, že ani jedna ze tří uvedených metod pro hodnocení perinatální péče rodičkami, jejichž konstrukce se explicitně opírala o teoretický model měřeného konstruktu (tj. QPP-I, IC-WHO, ReproQ), nezjišťuje přímo spokojenost; tyto metody měří příbuzné koncepty, jako je zkušenost s perinatální péčí a hodnocení její kvality z perspektivy pacienta. Z nalezených 17 metod určených k hodnocení perinatální péče z perspektivy rodiček se další tři metody opírají o dílčí teoretické předpoklady – není zde sice definován měřený konstrukt či popsána teorie, z níž tato definice vychází, ale autoři se v některých dílčích ohledech na stávající teorie přece explicitně odvolávají: dotazník *Mason Survey* (Johnson et al., 2002) byl vytvořen s ohledem na předpoklad, že spokojenost je multidimenzionální pojem, který nelze vyhodnocovat jako celek, neboť jednotlivé dimenze jsou na sobě nezávislé a spokojenost s nimi může být různá; Redshaw a Martin (2009) uchopili hodnocení perinatální péče jako afektivní proces, při němž respondentky zohledňují zejména své pocity z interakcí se zdravotníky; a konečně autoři metody PreMaPEQ (Sjetne et al., 2015) využili

pro seskupování položek do obecnějších kategorií Donabedianův model kvality zdravotní péče (1988).

Ostatní z uvedených 17 metod sice postrádají explicitní teoretickou fundaci, některé z nich však implicitně pracují s předpoklady a principy formulovanými v rámci stávajících teorií: dotazníky SBWEMS (Duff et al., 2001) a MFMCQ (Gagnon et al., 2014) rozlišují tzv. „reports“ a „ratings“ (Ware et al., 1983) a formulují položky jednak jako deskripce faktického stavu (např. „Které osoby byly u Vašeho porodu?“), a jednak jako hodnocení tohoto stavu („Vyhovovalo Vám toto uspořádání?“), tj. berou v potaz význam tzv. „values“ či hodnot a významu, který pro ženu dané oblasti péče mají; dotazník MFMCQ navíc zohledňuje vztah preferencí (tzv. „orientací ženy“) a faktické struktury zdravotní péče (Fox & Storms, 1981). Autoři dotazníku SMMS (Gungor & Beji, 2012) zase předpokládají důležitost naplnění očekávání (fulfilment theory) (Linder-Pelz, 1982a) a věnují tomuto kritériu samostatnou subškálu.

Při analýze teoretické fundace dotazníků pro měření spokojenosti s péčí v oblasti perinatologie je však třeba zohlednit okolnost, která je pro tuto oblast medicínské praxe specifická: jak již bylo zmíněno, porod není nemoc a ve většině případů probíhá bez komplikací, tj. rodičky se do porodnice nepřicházejí „léčit“, ale prožít přirozený proces, který pro ně má značný význam po stránce psychologické i sociální. Prožitek porodu je tak logicky něčím, co ženy spontánně hodnotí, a hodnocení porodu je zároveň v úzkém vztahu k hodnocení porodní péče.

Pro hodnocení porodního zážitku bylo vyvinuto mnoho metod, například dotazníky *Childbirth perception questionnaire, CPQ* (Padawer et al., 1988), *Birth experience questionnaire* (Salmon, Miller, & Drew, 1990), *Perception of labour and delivery scale, PLDS* (Czarnocka & Slade, 2000) nebo *Women's views of birth labour satisfaction questionnaire, WOMBLSQ* (Smith, 2001). Metody pro měření spokojenosti s porodním zážitkem často zahrnují i položky zjišťující podporu zdravotníků při porodu, možnost ženy podílet se na rozhodování o zákrocích a vyšetřeních, efektivitu tišení porodní bolesti či kvalitu prostředí porodnice, tj. položky vztahující se ke spokojenosti s péčí. Některé dotazníky

dokonce mezi oběma proměnnými vzhledem k jejich provázanosti nerozlišují; například autoři dotazníku *Patient Perception Score, PPS* (Siassakos et al., 2009) hovoří ve své studii o „women's perceptions of birth", avšak položky dotazníku se týkají především spokojenosti s péčí: komunikace zdravotníků a dostatku informací, respektujícího přístupu a pocitu bezpečí.

Směšování či nedostatečné rozlišování mezi spokojeností s péčí a spokojeností s porodem představuje závažný metodologický limit mnohých dosavadních studií (Bramadat & Driedger, 1993; Stadlmayr et al., 2004; Hodnett, 2002). Ačkoli jsou tyto dva koncepty příbuzné a souvisejí spolu, zachycují odlišné oblasti zkušenosti – žena může být spokojena s porodem a přitom nespokojena s porodní péčí a naopak; má-li však být spokojenost s porodní péčí vyjasněna co do svých předpokladů a efektivně měřena, budoucí studie by měly věnovat pozornost její odlišnosti od spokojenosti s porodním zážitkem a rozdílnosti faktorů, které tyto dvě proměnné ovlivňují.

3.5 Model spokojenosti pro oblast perinatální péče

V předchozím textu byly představeny klíčové teorie pacientské spokojenosti a základní stavební kameny těchto teorií. Následně byly zmíněny hlavní dotazníkové metody určené k hodnocení perinatální péče ze strany rodiček a pozornost byla věnována otázce jejich teoretické fundace. Ukázalo se, že ze 17 identifikovaných metod vycházejí explicitně z teoretického modelu pouze tři, a ani jedna z těchto metod přitom neměří přímo spokojenost, nýbrž příbuzné koncepty: vnímanou kvalitu péče a zkušenosti žen s péčí. Ačkoli se autoři dotazníků pro měření spokojenosti s perinatální péčí často odvolávají na dosavadní teorie pacientské spokojenosti v úvodní expozici problému (asi nejčastěji je zmiňována teorie „expectancy-values" Linder-Pelzové (1982a) a teorie naplnění očekávání), při samotné konstrukci metod na ně pamatují málokdy a definují dimenze péče a jejich indikátory převážně na základě dílčích výsledků předchozích empirických studií bez explicitního vyjasnění teoretického rámce, v němž se tyto dimenze a indikátory pohybují. K tomu přistupuje již

zmiňovaná pojmová konfuze, která se týká jak pojmu zvoleného pro hodnocení měřeného konstruktu (zaměňují se pojmy „spokojenost“, „vnímaná kvalita péče“, „zkušenosti s péčí“), tak i samotného vymezení a ohraničení tohoto konstruktu (není často vedena jasná dělicí čára mezi spokojeností s porodem a spokojeností s péčí).

Jak ukazuje tabulka v příloze 1, žádná z dotazníkových metod, jejichž autoři užili pojmu „spokojenost“, není založena na některém ze známých, případně na originálním teoretickém modelu spokojenosti. Je tedy nanejvýš žádoucí navrhnout na základě dosavadních teoretických i empirických studií věnovaných pacientské spokojenosti, resp. spokojenosti s perinatální péčí, teoretický rámec, který by mohl sloužit jako východisko pro konstrukci či adaptaci nástrojů určených k měření spokojenosti rodiček s porodní a poporodní péčí.

Klasický Donabedianův rámec (Donabedian, 1988) obsahuje rozlišení mezi strukturou (structure), procesem (process) a výsledky (outcomes). Spokojenost je netěsněji svázána s procesuální stránkou péče, která zahrnuje chování a přístup zdravotníků, emoční podporu, komunikaci a dostatek informací, respekt k soukromí a studu, rychlost, s jakou zdravotníci reagují na potřeby rodičky, vnímané kompetence zdravotníků (Srivastava et al., 2015). V oblasti perinatální péče je však třeba věnovat pozornost i tomu, co Donabedian nazývá strukturou, neboť z výsledků studií věnovaných spokojenosti rodiček je zjevné, že strukturální aspekty jako prostředí porodnice, počet dostupných zdravotníků, vybavení porodnice a organizační podmínky péče jsou pro mnohé rodičky podstatné. Role třetí úrovně, tj. výsledků péče (outcomes), je v oblasti perinatální péče poněkud problematická, neboť zde musíme brát v potaz dvě základní skupiny klientek: ženy s nekomplikovaným fyziologickým porodem a ženy s vážnějšími komplikacemi, jejichž porod si vyžádal operační zákrok. První skupina žen nevyhledala – zpětně vzato – zdravotní péči proto, aby s její pomocí dosáhla zlepšení svého zdravotního stavu (či zlepšení v situaci akutních komplikací), jak definuje výsledky (outcomes) Donabedian (1988); spokojenost těchto žen bude tedy odrážet především procesuální, do značné míry i strukturální

stránku péče, neboť tyto ženy vlastně nejsou „pacientkami“ a potřebují spíše vstřícnost, podporu a dobré podmínky pro porod než efektivní intervenci. Naproti tomu druhá skupina žen bude ve své spokojenosti s péčí pravděpodobně zohledňovat i výsledky intervencí, a je otázkou, do jaké míry bude spokojenost těchto žen s péčí určena právě hodnocením těchto intervencí, resp. jejich výsledků.

S tím souvisí obecnější otázka, nakolik se do hodnocení péče u žen s komplikovaným porodem promítá samotný porodní zážitek, resp. jak se liší význam porodního zážitku pro spokojenost s péčí u žen s nekomplikovaným a komplikovaným porodem. Výzkumy často upozorňují na nižší spokojenost s porodní péčí u žen, které podstoupily operační porod, ve srovnání se ženami s normálním vaginálním porodem (Chalmers & Dzakpasu, 2015; Waldenström et al., 2004); k dispozici je však jen málo studií zaměřených na specifické potřeby žen s komplikovaným porodem a chybějí studie, které by sledovaly, jak se liší konkrétní prediktory spokojenosti s péčí u skupin žen rozlišených podle způsobu porodu, zejména u žen s vaginálním porodem a císařským řezem (při rozlišení na SC akutní a plánovanou). Teorie spokojenosti pro oblast perinatální péče by měla tyto rozdíly zohledňovat, případně by měla být navržena zvláštní adaptace modelu spokojenosti pro ženy s komplikovaným porodem.

Konkrétní dimenze péče, které spadají pod oblasti „struktura“ a „proces“ definované v rámci klasického Donabedianova modelu, budou diskutovány v následující kapitole; cílem této kapitoly je položit základní stavební kameny teorie spokojenosti s perinatální péčí, resp. načrtnout model spokojenosti v oblasti perinatologie, který by vycházel z dosavadních poznatků výzkumných studií a teorií obecné pacientské spokojenosti.

Ve stávajících teoriích pacientské spokojenosti jsou zdůrazňovány dvě klíčové determinanty spokojenosti: očekávání a hodnoty, resp. preference pacienta. Jak bylo však ukázáno výše (viz podkapitola 3.2), s pojmem očekávání jsou spjaty některé problémy: očekávání mohou znamenat jednak představy ženy o optimální péči, tj. její nároky na péči, jednak představy ženy o faktické podobě péče, které vycházejí z jejích dosavadních zkušeností či referencí druhých.

Očekávání tedy zahrnují přesvědčení o tom, jak by péče *měla* probíhat, a zároveň i odhad toho, jaká péče *pravděpodobně bude.*

Představy žen o tom, jak by porodní péče *měla* probíhat, jsou na rozdíl od jejich odhadu reálných možností formovány jejich preferencemi a postoji; tyto preference jsou však často (především u prvorodiček) utvářeny do značné míry sociálně a je možné, že se v situaci porodu změní, tj. že nebudou zcela odpovídat aktuálním potřebám rodící ženy. Jak bylo zmíněno výše, ne vždy jsou důvodem nespokojenosti nenaplněná očekávání, resp. preference rodičky, nýbrž nedostatky v oblastech, které žena původně nedeklarovala jako důležité, tj. nezařadila je mezi své preference (Fitzpatrick & Hopkins, 1983). Takové aktuální potřeby pak zpravidla převáží dříve vyjádřené preference. Očekávání ve smyslu nároků a požadavků na péči či k péči vztažených preferencí jsou ovšem v oblasti porodnictví důležitá, a nelze je proto odbýt poukazem na to, že se mnohdy utvářejí vnějškově a mohou se v situaci porodu změnit; v návaznosti na kapitolu 1 je třeba poznamenat, že některé ženy mají specifické preference ohledně způsobu vedení porodu (přání prožít „přirozený“ porod) a kongruence mezi těmito preferencemi a faktickým způsobem vedení péče v dané porodnici má pro jejich spokojenost s péčí značný význam. Jak bylo ovšem uvedeno v předchozí kapitole (viz oddíl 2.3.2), existuje skupina žen, které konkrétní očekávání či požadavky na způsob vedení porodu nemají a spoléhají se spíše na radu a podporu zdravotníků. Teorie spokojenosti by nicméně měla počítat jednak s dopadem naplnění/zklamání očekávání ve smyslu předchozích preferencí, a jednak s dopadem naplnění/zklamání aktuálních potřeb rodičky.

Očekávání ve smyslu požadavků a preferencí mohou být realistická či nerealistická. Tento moment by měl být v modelu spokojenosti s péčí zohledněn: mají-li totiž měření spokojenosti poskytnout spolehlivý základ pro návrhy opatření ke zlepšení kvality péče, zajisté není jejich hlavním úkolem zjišťovat, zda byla naplněna nerealistická očekávání, nýbrž to, zda byla naplněna taková očekávání, která je v rámci stávajících podmínek poskytování perinatální péče principielně možné naplnit. Jak bylo ukázáno výše, pacienti při hodnocení péče spontánně zohledňují, zda jejich požadavky a nároky spadají do povinností

zdravotníků (duty) či nikoli, a rovněž to, zda bylo v moci zdravotníků jejich negativním zkušenostem zabránit (culpability) (Williams et al., 1998), viz oddíl 3.2. A nespokojenost vyjadřují teprve tehdy, pokud nebyly naplněny takové preference, které považují za oprávněné a adekvátní, a zároveň pokud jsou přesvědčeni, že bylo v dané situaci v moci zdravotníků těmto požadavkům vyhovět.

Pokud jde o očekávání ve druhém smyslu, tj. ve smyslu odhadu reálné situace, jak ukázala Linder-Pelzová (1982b) (viz oddíl 3.1.4), tato očekávání (ať už nízká, nebo naopak vysoká) mohou ovlivnit spokojenost pacienta s péčí bez ohledu na jeho faktickou zkušenost s touto péčí. Linder-Pelzová však sledovala spokojenost s jednorázovou návštěvu specialisty a lze se domnívat, že na spokojenost s perinatální péčí nebude mít „pověst“, která porodnici předchází, tak velký vliv, neboť pobyt v porodnici trvá podstatně déle a zahrnuje mnoho emočně nabitých momentů, které mohou vliv předchozích představ rodičky o úrovni péče značně snížit či zcela neutralizovat. U spokojenosti s perinatální péčí tak patrně hrají podstatně důležitější roli očekávání v prvním smyslu, tj. preference a požadavky rodičky a jejich kongruence se skutečností, než očekávání ve smyslu odhadu reálného průběhu péče v dané porodnici; připomeňme přitom, že význam dříve vyjádřených preferencí mohou relativizovat aktuální potřeby, pokud se od těchto preferencí odchylují.

Očekávání, která jsou formována preferencemi rodiček, jsou zároveň vyjádřením důležitosti konkrétních oblastí perinatální péče pro rodičku – viz model spokojenosti „expectancy-value“, který empiricky ověřovala Linder-Pelzová (1982b). Ačkoli většina autorů zastává tezi o multidimenzionální povaze spokojenosti, jen minimum metod určených k jejímu měření zjišťuje relativní preference respondentů pro různé atributy péče, což je ovšem důležité pro zvažování budoucích opatření ke zlepšení její kvality. Vztah mezi „perceived reality“ a „subjective importance“ zohledňují například výše uvedené dotazníky QPP-I a IC-WHO.

Kromě osobního významu či důležitosti, kterou daná oblast péče pro ženu má, je třeba při konstrukci dotazníků spokojenosti zohlednit ještě další aspekt: jak

upozornili Ware et al. (1983), tyto dotazníky většinou obsahují dva typy otázek: tzv. „reports“ a „ratings“. Tzv. „ratings“ zachycují postoj či subjektivní hodnocení ženy (např. spokojenost s komunikací a přístupem personálu), tzv. „reports“ jsou v podstatě popisem faktického stavu – týkají se například možnosti zvolit si porodní polohu, možnosti využít relaxačních pomůcek apod. Toto rozlišení ovšem není totožné s výše zmíněným rozdílem mezi „perceived reality“ a „subjective importance“, neboť subjektivní hodnocení neobjektivizovatelných či obtížně objektivizovatelných parametrů péče, jako je například komunikace zdravotníků, ještě nevypovídá o tom, jak velký význam daný parametr pro ženu má a zda byl pro její spokojenost důležitější než ostatní parametry. V tomto smyslu tedy není mezi tzv. „ratings“ a „reports“ rozdíl – u obou těchto typů dotazníkových položek je navíc vhodné zjišťovat i jejich subjektivní důležitost pro rodičku, má-li být její spokojenost s péčí zachycena co nejvěrněji. Teprve dostane-li žena možnost zhodnotit spolu se svou spokojeností i důležitost jednotlivých aspektů péče, lze usuzovat na to, jak se její preference a „orientace“ kryly s realitou.

Existují však práce, které upozorňují na možné zkreslení či nižší validitu těchto hodnocení „subjektivní důležitosti“ jednotlivých parametrů péče (tomuto problému byl věnován větší prostor v podkapitole 1.4). Považují-li totiž ženy preferenci některých aspektů (např. intervencí) za sociálně neakceptovatelnou, projeví se to v jejich odpovědích v dotazníku, tj. jejich odpovědi budou zrcadlit spíše aktuální trendy než jejich skutečné postoje (Hundley et al., 2001). Model spokojenosti s perinatální péčí by měl nicméně rozdíl mezi „perceived reality“ a „subjective importance“ zohledňovat a v dotaznících spokojenosti by měl být tento rozdíl zachycen – ať už formou přímého hodnocení, nebo formou nepřímou (statistickou analýzou vztahu jednotlivých prediktorů k celkové spokojenosti s péčí).

V návaznosti na výše uvedené je třeba rovněž rozlišit očekávání vztažená k porodu samotnému a očekávání vztažená k porodní péči. Očekávání vztažená k porodu mají zpravidla formu obav z porodní bolesti a z komplikací, přičemž většina žen současně předpokládá, že porod proběhne fyziologicky bez vážnějších komplikací (Berg & Dahlberg, 1998; Gibbins & Thomson, 2001). Očekávání

vztažená k perinatální péči se týkají způsobu, jakým bude s rodičkou v porodnici zacházeno, a to jak po stránce přístupu personálu, tak po stránce vedení porodu a intervencí. Očekávání týkající se porodu a porodní péče jsou ovšem provázaná, neboť některé ženy mají konkrétní představy o tom, jak by chtěly prožít svůj porod, a tomu zároveň odpovídají jejich požadavky na péči.

Model spokojenosti s perinatální péčí by tedy měl zahrnovat následující momenty, resp. předpoklady:

- spokojenost je třeba zřetelně odlišit od dalších příbuzných pojmů a nezaměňovat ji se zkušenostmi s péčí či s hodnocením její kvality;
- spokojenost s porodní péčí je třeba odlišit od spokojenosti s porodem a zároveň by měla být zohledněna skutečnost, že porodní zkušenost může mít na spokojenost s péčí podstatně větší vliv u žen s operačním porodem;
- dimenze spokojenosti s perinatální péčí lze pojmout ve třech hlavních Donabedianových (1988) ohledech, jimiž jsou struktura, proces a výsledky, přičemž u žen s normálním porodem jsou klíčové první dva ohledy (struktura a proces), zatímco u žen s operačním porodem hraje naopak větší roli ohled třetí, tj. výsledky;
- spokojenost je do značné míry určena rovněž vnějšími determinantami, zejména proměnnými na straně rodiček – nejdůležitější je v tomto kontextu patrně naplnění očekávání ve smyslu realistických požadavků na péči, tj. souhra „orientace“ rodičky (jejích preferencí určitého realizovatelného způsobu péče) a faktických možností systému porodní péče; je ovšem třeba rozlišit očekávání vztažená k porodu a k porodní péči;
- spokojenost je do značné míry určena i naplněním momentálních potřeb rodičky, které mohou být v rozporu s jejími dříve deklarovanými požadavky a preferencemi, případně nebyly ve dříve deklarovaných preferencích zahrnuty;
- spokojenost je multidimenzionální pojem, což má následující implikace:
- i) neměla by být vyhodnocována pouze ve smyslu souhrnného skóru,

nýbrž dle jednotlivých dimenzí;

- ii) měla by být věnována pozornost relativní důležitosti jednotlivých dimenzí.

4. Dimenze spokojenosti s perinatální péčí a s porodem

V předchozí kapitole byly analyzovány teorie pacientské spokojenosti s cílem vytěžit z nich základní stavební kameny pro model spokojenosti s perinatální péčí. Přitom bylo ukázáno, že klíčovou součástí teorie spokojenosti je určení dimenzí a determinant spokojenosti; pod pojmem „dimenze“ přitom rozumíme konstitutivní prvky spokojenosti s péčí ve smyslu jejích jednotlivých aspektů (např. komunikace, informace, podíl rodičky na rozhodování), zatímco pod pojmem „determinanty“ shrnujeme další faktory, které spokojenost s péčí sice ovlivňují, nejsou však přímo jejími aspekty, tj. představují externí proměnné (například proměnné na straně rodiček, jako je věk, vzdělání, očekávání, preference vztažené k péči, průběh porodu).

Popisu dimenzí a determinant spokojenosti s perinatální péčí byl již věnován prostor v kapitole 2, která byla zaměřena na psychosociální klima českých porodnic. V následujícím textu navážeme na předešlý popis klíčových psychosociálních aspektů perinatální péče v České republice a přiblížíme hlavní dimenze (kapitola 4) a determinanty (kapitola 5) spokojenosti udávané zahraničními studiemi. S ohledem na závěry kapitoly 3, z nichž vyplynula nutnost zřetelně rozlišit spokojenost s porodní péčí a spokojenost s porodem, bude zároveň popsán rozdíl mezi těmito dvěma proměnnými právě poukazem na odlišnost jejich konstitutivních dimenzí a determinant.

Dimenze pacientské spokojenosti načrtl v obecném rozlišení na stránku strukturální, procesuální a na výsledky léčby již Donabedian (1988); podrobnou taxonomii pak navrhli Ware et al. (1983), viz podkapitola 3.1. Ware přitom do své taxonomie zahrnul jak aspekty spadající do tzv. strukturální úrovně (technická kvalita, přístup k péči, finanční náklady na straně pacienta, kontinuita péče, vybavení nemocnice), tak i aspekty spadající do úrovně procesuální (interakce se zdravotníky, atmosféra v nemocnici). Tyto dvě úrovně jsou obsaženy i v rámci

výše zmíněného modelu kvality péče z perspektivy pacientů (QPP) (Wilde-Larsson et al., 1993), který byl využit i k hodnocení perinatální péče (Wilde-Larsson et al., 2010). Model QPP předpokládá podobné dimenze péče, jaké navrhl Ware: medicínsko-technické kompetence zdravotníků, technické podmínky péče, přístup orientovaný na pacienta (informace, empatii, respekt) a sociokulturní atmosféru; na rozdíl od klasifikace, kterou navrhl Ware, však model QPP nezahrnuje přístup k péči a finanční náklady na straně pacienta. Další model uvedený v podkapitole 3.4, tzv. „responsiveness model“ (Scheerhagen et al., 2015; De Silva & Valentine, 2000), rozlišuje dva základní okruhy, které opět odpovídají strukturální a procesuální dimenzi péče: strukturu poskytování péče (sem spadá okamžitá dostupnost zdravotníků, možnost podpory pacienta ze strany rodiny, vybavení nemocnice a kontinuita péče) a interakce se zdravotníky (sem patří zejména důraz na důstojnost a autonomii pacienta, diskrétnost a komunikace).

Je zřejmé, že mnohé z dimenzí pacientské spokojenosti lze aplikovat i na oblast porodní a poporodní péče; i zde je třeba rozlišit strukturální a procesuální úroveň, a témata, která pod ně spadají: technické a medicínské kompetence zdravotníků, vybavení porodnice, dostatek profesionálů, dostupnost péče, kontinuitu péče a možnost zapojení rodiny na straně strukturálních aspektů, a sociální klima a interakce se zdravotníky (informace, empatie, respekt, důstojnost, autonomie) na straně aspektů procesuálních. Perinatální péče však zároveň představuje specifickou doménu, a je tedy třeba brát v potaz její odlišnost od ostatních oblastí medicínské praxe: připomeňme opět, že se tato péče zaměřuje na převážně zdravou populaci; mnohé rodičky mají konkrétní představy o způsobu vedení péče a chtějí se aktivně zapojovat do rozhodování; porod je přirozený proces, který je spojen s výraznými hormonálními změnami a zvýšenou senzitivitou a vulnerabilitou (Kodyšová & Mrowetz, 2010), tj. lze předpokládat specifické emoční potřeby rodících žen a nedělek, jako je potřeba bezpečí a podpory, které se neobjevují (přinejmenším ne ve srovnatelné intenzitě) u běžných pacientů. Porod je navíc dynamický, a tedy proměnlivý děj, při němž rodičky často pociťují značnou nejistotu, a potřebují proto průběžnou podporu a okamžitou dostupnost zkušené osoby, která může pomoci v případě komplikací.

Porodní a poporodní situace se navíc týká dvou osob, rodičky a jejího dítěte, tj. objevují se další specifická témata, jako je navazování vztahu matka-dítě, kojení, péče o novorozence. Lze tedy předpokládat, že „pacientská“ spokojenost v oblasti porodnictví zahrnuje dimenze, které se u obecné pacientské spokojenosti neobjevují, a naopak některé dimenze obecné pacientské spokojenosti budou u spokojenosti s perinatální péčí irelevantní či méně podstatné (efekt léčby u rodiček s nekomplikovaným porodem). Je třeba rovněž připomenout další ze závěrů předchozí kapitoly, a totiž že spokojenost sestává z odlišných dimenzí u žen s nekomplikovaným porodem a u žen s porodem komplikovaným či operačním, neboť tyto ženy se svými potřebami více blíží běžným pacientům. Následující text se proto zaměří i na rozdíly v tom, jakou důležitost připisují jednotlivým dimenzím perinatální péče tyto dvě odlišné skupiny žen.

4.1 Dimenze spokojenosti s perinatální péčí

Analýza dosavadní literatury věnované spokojenosti žen s perinatální péčí vede k rozlišení následujících dimenzí spokojenosti: interpersonální vztahy; organizace péče; odborná úroveň péče; paradigma určující postoj k vedení porodu a k roli rodičky při porodu; a prostředí a vybavení porodnice.

4.1.1 Interpersonální vztahy

Ve shodě s výsledky získanými na základě dat od českých rodiček (Takács & Seidlerová, 2013b; Takács et al., 2015) poukazují zahraniční práce na to, že nejvýznamnější dimenzi spokojenosti žen s perinatální péčí představují interpersonální vztahy (Jenkins et al., 2014; Rudman et al., 2007; Shafiei, Small, & McLachlan, 2012; Kabakian-Khasholian et al., 2000; Aston, Saulnier, & Robb, 2010; Truijens et al., 2014), které jsou často důležitější než prostředí a vybavení porodnice (Jenkins et al., 2014; Séguin et al., 1989). Za klíčovou dimenzi však označují prostředí a vybavení porodnice studie provedené v rozvojových zemích, kde jsou elementární podmínky poskytování porodní péče neuspokojivé a základní vybavení včetně léků není samozřejmostí (Srivastava et al., 2015).

V kapitole 2 věnované psychosociálním aspektům péče v českých porodnicích byly již nastíněny hlavní momenty, které spadají do dimenze *interpersonální vztahy:* vstřícnost a ochota, emoční podpora, empatie, povzbuzení, respekt a úcta k rodící ženě, ohledy na její přání a potřeby (Takács et al., 2011a; Takács & Kodyšová, 2011). Zahraniční práce přinášejí podobné výsledky: Shafiei, Small a McLachlan (2012) a Kabakian-Khasholian et al. (2000) poukazují na důležitost trpělivosti a ochoty zdravotníků naslouchat rodící ženě a jejím obavám, neboť aktivní naslouchání a projevy skutečného zájmu u žen vyvolávají pocit, že jsou respektovány, což posiluje jejich pocit autonomie a sebedůvěry (Aston et al., 2010). Naopak neochota zdravotníků věnovat pozornost obavám rodiček vyúsťuje v pocity zklamání, frustrace a odmítnutí (Berg & Dahlberg, 1998).

Ženy od zdravotníků potřebují ujištění v okamžicích, kdy pociťují strach či úzkost, případně v rámci poporodní péče tehdy, když se nedaří úspěšně zahájit kojení. Ujištění souvisí s pocitem ženy, že je akceptována; ženy potřebují být ze strany zdravotníků akceptovány, aby mohly přijmout samy sebe, a absence pocitu akceptace ze strany zdravotníků může vést k pocitům viny (například za nezvládnutí porodní bolesti) a ke ztrátě sebedůvěry (Srivastava et al., 2015; Larkin, Begley, & Devane, 2012; Rudman et al., 2007; Berg & Dahlberg, 1998). U žen s porodními komplikacemi je navíc důležité ujištění, že komplikace nenastaly jejich vinou – ženy mají často pocit, že je akutní císařský řez či

vaginální operační porod výsledkem jejich neschopnosti a selhání, což může vyústit v menší sebedůvěru v roli matky (Berg & Dahlberg, 1998).

Do dimenze *interpersonální vztahy* bývá často řazena i **komunikace** (Berg & Dahlberg, 1998; Srivastava et al., 2015; Kabakian-Khasholian et al., 2000; Scheerhagen et al., 2015; Truijens et al., 2014). V podkapitole 2.1.1 bylo poukázáno na důležitost tzv. symetrické komunikace, při níž zdravotníci přistupují k rodičce jako k rovnocennému partnerovi. Dalším podstatným momentem je to, jak zdravotníci komunikují mezi sebou navzájem (Truijens et al., 2014): rodící ženy pociťovaly nedostatek respektu v okamžiku, kdy prožívaly obtížnou situaci (připravovaly se například na operaci), a zdravotníci v téže místnosti vedli nenucený hovor o svých soukromých záležitostech (Berg & Dahlber, 1998). Podstatné je též to, aby měli zdravotníci pro komunikaci s rodičkou dostatek času (Aston et al., 2010), což je ovšem kritérium, které spadá spíše do dimenze *organizace péče.* Zdrojem problémů v komunikaci může být i jazyková bariéra například u migrantek či u žen z minoritních populací (Gurman & Becker, 2008; Gagnon et al., 2014; Shafiei et al., 2012).

Momentem, který lze zařadit jak pod dimenzi *interpersonální vztahy,* tak i pod dimenze *paradigma určující postoj k vedení porodu a k roli rodičky při porodu* a *organizace péče,* je **podávání informací.** Úroveň informací úzce souvisí s úrovní komunikace a vstřícností a ochotou zdravotníků, avšak míra podávání informací zároveň odráží míru, v níž je rodička ze strany zdravotníků vnímána jako rovnocenný partner a je jí umožněno podílet se na rozhodování (Lavender et al., 1999). Studie poukazují na důležitost kontinuálního podávání informací v průběhu porodu (Gibbins & Thomson, 2001; Séguin et al., 1989), neboť se tak u ženy posiluje pocit jistoty a kontroly nad porodním procesem (Larkin et al., 2012; Lavender et al., 1999); opomíjet by se neměl ani význam včasného podání negativních informací – ženy chtějí v případě komplikací raději ihned vědět, co se s nimi děje, protože ještě horší než samotná skutečnost je pro ně odkázanost na vlastní představy a dohady. Podstatné je rovněž včasné a srozumitelné informování o zákrocích, vysvětlení, proč je daných zákroků třeba, a v případě vyšetření i sdělení jeho výsledků (Berg & Dahlberg, 1998).

4.1.2 Organizace péče

Organizace péče představuje systémový aspekt, který byl již zmiňován v podkapitole 2.1.3 v souvislosti s psychosociálním klimatem v českých porodnicích (Takács et al., 2011a); tento aspekt je zároveň opakovaně řazen mezi významné faktory spokojenosti žen s perinatální péčí v zahraničních studiích. Výsledky české studie zdůrazňovaly vstřícnost a srozumitelnost pravidel fungování porodnice a dostupnost zdravotníků, což jsou momenty, na něž upozorňují i mnohé zahraniční práce (Kabakian-Khasholian et al., 2000; Berg & Dahlberg, 1998; Duff et al., 2001; Gagnon et al., 2014). Autoři dále poukazují na důležitost individuální péče, tj. péče zohledňující individuální potřeby rodičky (Goberna-Tricas, et al., 2011; Valbø, Iversen, & Kristoffersen, 2011); častým tématem je i související otázka kontinuity péče, tj. poskytování péče jedním zdravotníkem či užší skupinou zdravotníků kontinuálně, ideálně již od těhotenství (Waldenström et al., 2004; Jenkins et al., 2014; Aston et al., 2010; Scheerhagen et al., 2015; Duff et al., 2001). Výhodou kontinuální péče je to, že vede k osobnějším vztahům se zdravotníky, lepšímu navazování vztahu důvěry a většímu pocitu bezpečí a sebedůvěry rodících žen a nedělek (Gibbins & Thomson, 2001). Diskontinuita péče vede k oslabení jejich pocitu jistoty, například i proto, že pečuje-li o ženu více zdravotníků, dostává se jí často protichůdných rad (Aston et al., 2010). Van Teijlingen et al. (2003) dokonce zjistili, že čím menší je počet zdravotníků poskytujících péči, tím větší spokojenost s ní klientky projevují. Pokud jde o typ péče, konzistentním výsledkem dosavadních studií je vyšší spokojenost žen, kterým se dostalo péče porodní asistentky (midwife-led care), než žen, které byly v péči lékaře (obstetrician-led care) (Truijens et al., 2014; Harvey et al., 2002).

Důležitým tématem je i péče zaměřená na rodinu (Jenkins et al., 2014; Scheerhagen et al., 2015), která je obzvlášť přínosná u žen s komplikacemi (s operačním porodem) či nemocným dítětem, neboť možnost být v kontaktu s partnerem, případně širší rodinou, a zahrnutí dalších rodinných příslušníků

do rozhodování o způsobu poskytování péče je pro ženy v takové situaci většinou podpůrné (Morgan, Halpern, & Lo, 1999). Mezi často uváděné organizační aspekty patří též vymezení hodin pro návštěvy (Shafiei et al., Valbø et al., 2011), délka pobytu ženy v porodnici (Duff et al., 2001; Gagnon et al., 2014; Gungor & Beji, 2012; Valbø et al., 2011; Wilde-Larsson et al., 2011; Waldenström et al., 2006), možnost využít služeb tlumočníka (Shafiei et al., 2012; Gagnon et al., 2014) či možnost zvolit péči lékařky-ženy, kterou preferují například imigrantky z islámských zemí (Srivastava et al., 2015; Shafiei et al., 2012). Studie též poukazují na význam tzv. debriefingu, tj. rozhovoru ženy o průběhu porodu s porodní asistentkou či porodníkem, kteří u porodu asistovali (Waldenström et al., 2006; Haines et al., 2013; Gibbins & Thomson, 2001).

4.1.3 Odborná úroveň péče

Jak bylo uvedeno výše, pacienti se zpravidla necítí být kompetentní posuzovat úroveň odbornosti péče a hodnotí péči podle jiných kritérií, především podle přístupu a chování zdravotníků (Thompson & Sunol, 1995). Totéž platí i pro mnoho rodiček, avšak zároveň existuje relativně početná skupina žen, které se na porod připravují, jsou alespoň rámcově obeznámeny s doporučenými postupy pro nekomplikovaný porod (nejčastěji s doporučeními WHO pro péči při vedení normálního porodu) a v situaci nekomplikovaného porodu posuzují vhodnost užívaných postupů a nezbytnost intervencí. Pro tyto ženy je případné nadužívání intervencí zdrojem pochybností o kompetencích lékařů; v pozadí je zpravidla konflikt mezi medicínsky vedeným a přirozeným porodem (viz kapitola 1). Zdrojem nedůvěry v lékaře však může být i situace, kdy se rodička domnívá, že se jí nedostalo intervencí, které podle ní byly namístě, případně se jí daných intervencí dostalo pozdě (například čekala příliš dlouho na rozhodnutí ukončit porod císařským řezem).

Vnímané kompetence zdravotníků byly tématem studií spokojenosti v rozvinutém světě (Jenkins et al., 2014; Goberna-Tricas et al., 2011; Chalmers & Dzakpasu, 2015; Drew, Salmon, & Webb, 1989) i v rozvojových zemích

(Srivastava et al., 2015). Důvěra ženy v odborné kompetence zdravotníků je předpokladem navázání vztahu důvěry a navození pocitu bezpečí. Důvěru v ženách nevzbuzují ti zdravotníci, kteří nejsou ochotni vysvětlovat, co se děje a proč volí konkrétní postupy, chovají se hrubě, případně jsou nervózní a ve stresu (Berg & Dahlberg, 1998; Aston et al., 2010; Camacho et al., 2012). Obzvlášť důležitá je důvěra v kompetence lékařů u žen s komplikacemi – důvěra ve schopnost lékaře vhodně zasáhnout v případě akutních komplikací hraje zásadní roli pro pocit kontroly nad situací. Například pro ženy, které porodily předčasně, bylo důležité vědět, že jsou zdravotníci sebejistí a zachovávají klid i v krizi (Sawyer et al., 2014).

Spolu s odbornými kompetencemi zdravotníků je pro mnohé ženy zárukou odborné kvality péče i vybavení porodnice co do technického zázemí, resp. dostupnost medicínských technologií (Jenkins et al., 2014; Goberna-Tricas et al., 2011; Gungor & Beji, 2012). Jejich využití preferují zejména ženy spadající do skupiny rizikových rodiček, neboť se tak u nich posiluje pocit jistoty a bezpečí (Berg & Dahlberg, 1998).

4.1.4 Paradigma určující postoj k vedení porodu a k roli rodičky při porodu

V kapitole 3, která pojednávala o teoriích pacientské spokojenosti, byla jako důležitý faktor spokojenosti s péčí zmíněna kongruence tzv. „orientací“ pacienta s realitou či podmínkami poskytování péče (Fox & Stroms, 1981). Tato „realita“, tj. faktický průběh péče, je do značné míry utvářena paradigmatem vládnoucím v dané porodnici, které předznamenává postoje k vedení porodu a k roli rodičky při porodu. Role tohoto paradigmatu byla popsána v podkapitole 2.1.2 věnované hodnotovým aspektům perinatální péče; v kapitole 1 byly zase popsány faktory, které toto paradigma utvářejí, včetně tzv. medicínské kultury ovlivňující postoje zdravotníků k užívání, resp. nadužívání intervencí. Toto paradigma tedy rozhoduje o tom, jaký způsob vedení porodu je v dané porodnici považován za „správný“ a „akceptovatelný“, a v jaké míře se může rodička podílet na rozhodování o vedení vlastního porodu.

Vládnoucí paradigma určuje i to, zda a nakolik zdravotníci v dané porodnici informují rodící ženy o různých možnostech vedení porodu; informace jsou přitom důležitým předpokladem zapojení ženy do rozhodování. A míra informací a podílu na rozhodování odráží míru respektu vůči očekáváním a preferencím rodících žen (Aston et al., 2010). K podobným závěrům vedou i výsledky analýzy dat získaných od českých rodiček, které poukázaly na vysoké korelace mezi množstvím informací od personálu a podílem ženy na rozhodování a současně mezi množstvím informací a symetrickým, rovnocenným přístupem personálu k rodičce (Takács et al., 2013).

Jak už padla zmínka, některé ženy přicházejí do porodnice s přáním delegovat rozhodování na zdravotníky a očekávají především podporu a informace (Takács et al., 2015); tyto ženy pak akceptují zaběhnutý způsob péče, neproblematizují vládnoucí paradigma, a je-li péče poskytována ohleduplným způsobem a s dostatečnou podporou, nepociťují nespokojenost. Jsou ale i ženy, které chtějí udržet kontrolu nad vedením porodu ve svých rukou a očekávají respekt ke svým preferencím, představám a přáním; nesoulad jejich preferencí (resp. orientací) se způsobem poskytování péče a nedostatečné zohledňování jejich preferencí ze strany zdravotníků u nich pak vyúsťuje v nespokojenost s péčí. Porovnání výsledků českého průzkumu spokojenosti (Takács et al, 2015) se závěry zahraničních studií nicméně naznačuje, že těchto žen je více na západě od našich hranic než u nás: zatímco česká studie zjistila, že podíl na rozhodování nemá na spokojenost žen s porodní péčí významný vliv, podle zahraničních studií se jedná o jeden z nejvýznamnějších prediktorů (Waldenström et al., 2004; Jenkins et al., 2014; Haines et al., 2013; Gamble et al., 2007; Wilde-Larsson et al., 2011; Rudman et al., 2007; Aston et al., 2010; Chalmers & Dzakpasu, 2015; Séguin et al., 1989).

Situace je ovšem poněkud odlišná u žen s komplikovanými porody, neboť u nich jsou možnosti spolurozhodování poměrně limitované; i ony však mohou mít přání rozhodovat o volbě postupů, například o volbě anestezie. Pro tyto ženy je nicméně rozhodující kontinuální podávání informací, díky němuž si mohou i v situaci komplikací udržovat nad průběhem porodu určitou míru kontroly (Berg

& Dahlberg, 1998).

4.1.5 Prostředí porodnice

Tato dimenze byla rovněž popsána již v souvislosti s psychosociálním klimatem v českých porodnicích (podkapitola 2.1.4); bylo přitom poukázáno na důležitost čistoty prostředí a kvality stravy. Zahraniční studie zdůrazňují i význam velikosti porodnice; menší porodnice jsou spojovány s osobnějším a více individuálním přístupem k rodičce (Waldenström et al., 2006). Mezi zmiňované faktory patří dále soukromí rodičky jak na porodním sále či pokoji, tak během jejího poporodního pobytu v porodnici (Gamble et al., 2007), a v neposlední řadě i příjemné vzezření a celkový komfort, který porodnice rodičkám nabízí (Goberna-Tricas et al., 2011; Rudman et al., 2007; Gipson et al., 2015; Shafiei et al., 2012; Nilsson, 2014; Janssen et al., 2006).

4.1.6 Výsledky péče

Tato dimenze odpovídá poslednímu členu Donabedianovy triády, která vytváří model kvality zdravotní péče (Donabedian, 1988). Jak bylo uvedeno v podkapitole 3.5, u žen, jejichž porod proběhl bez komplikací, nehrají výsledky pro spokojenost s péčí významnou roli, neboť v případě nekomplikovaného fyziologického porodu ženy neatribuují celkový pozitivní výsledek poskytnuté péči. Jinak je tomu ovšem u žen s komplikacemi, které podstoupily operaci: zásahy zdravotníků u nich nabývají na důležitosti a stávají se jednou z klíčových dimenzí spokojenosti s péčí. Spokojenost pak ovšem ovlivňuje i otázka, zda žena považovala intervenci za nezbytnou či nikoli – jinak se bude do spokojenosti promítat podstoupení operace, která byla v očích rodičky považována za nutnou pro záchranu života či zdraví (jejího či dítěte), a jinak operace, kterou žena vnímala jako nadbytečnou.

Rozdíl ve faktorech ovlivňujících spokojenost s perinatální péčí u žen s komplikacemi a u žen s nekomplikovanými porody však není dostatečně

prozkoumán – studie sledují komplikace jako jeden z prediktorů spokojenosti u celého souboru rodiček, avšak jak již bylo zmíněno výše, stále je nedostatek prací, které by se zaměřily na rozdílnost prediktorů (a tedy dimenzí) spokojenosti u žen s různým typem porodu.

Je třeba též upozornit na to, že na výsledky péče kladou podstatně větší důraz ženy v rozvojových zemích, kde není – na rozdíl od rozvinutého světa – nízká perinatální mortalita a morbidita předpokládána jako výchozí stav (Srivastava et al., 2015).

4.1.7 Specifická témata v rámci perinatální péče

V souvislosti se spokojeností žen s perinatální péčí je třeba zmínit několik dílčích témat, která nelze jednoduše zařadit pod některou z uvedených dimenzí, neboť se do nich promítá úroveň péče v několika dimenzích zároveň:

Pomoc se zvládáním porodní bolesti

Spokojenost s porodní péčí ovlivňuje míra podpory, kterou zdravotníci ženě poskytli v souvislosti se zvládáním bolesti: zda reagovali rychle na její potřebu tišení bolesti; zda byl k dispozici anesteziolog, když jej žena potřebovala; zda byla přizvána k rozhodování o tom, jakou formu analgezie zvolit; zda jí byly vyjasněny možnosti analgezie, které jsou k dispozici; zda byly v porodnici k dispozici prostředky k tlumení bolesti, které žena preferovala (Haines et al., 2013; Shafiei et al., 2012; Lavender et al., 1999; Gagnon et al., 2014; Wilde-Larsson et al., 2010). Otázka efektivního tlumení porodní bolesti tak zasahuje jak do dimenze *interpersonálních vztahů,* tak do dimenzí *organizace péče, paradigma určující postoj zdravotníků k roli rodičky, resp. jejímu podílu na rozhodování* a rovněž *vybavení porodnice.*

Raný kontakt matky a dítěte

Umožnění kontaktu s dítětem bezprostředně po porodu patří mezi jeden z nejdůležitějších požadavků žen na porodní péči (Goberna-Tricas et al., 2011; Gamble et al., 2007); nevyžádané oddělení od dítěte a dlouhé čekání matky na to,

aby si mohla své novorozené dítě poprvé prohlédnout a pochovat, je pro ženy často traumatizující (Kabakian-Khasholian et al., 2000). U žen s komplikovaným porodem může navíc časný kontakt s dítětem do značné míry kompenzovat negativní porodní zkušenost (Berg & Dahlberg, 1998). Tento moment souvisí jak s dimenzí *interpersonální vztahy,* tak i s dimenzemi *organizace péče* a *vládnoucí paradigma v porodnici.*

Podpora kojení

Tento faktor označují mnohé studie za zcela zásadní, a to zejména u prvorodiček (Haines et al., 2013; Gamble et al., 2007; Shafiei et al., 2012; Valbø et al., 2011). Pro ženy je podstatné, aby byla v porodnici k dispozici kompetentní osoba, která se jim může při nácviku kojení věnovat individuálně a má na ně dostatek času; ve studii zaměřené na rizikové faktory nespokojenosti s perinatální péčí byl právě nedostatek času na podporu kojení jedním z hlavních důvodů negativního hodnocení péče (Waldenström et al., 2006). Studie též zdůrazňují nutnost empatického přístupu při podpoře kojení, neboť mnohé ženy vnímají neúspěch při zahájení kojení jako selhání v roli matky a potřebují v takové situaci povzbuzení a ujištění (Takács et al., 2011b). Významným důvodem nespokojenosti jsou rovněž nekonzistentní rady podávané personálem, což souvisí s absencí kontinuity péče v porodnici (Aston et al., 2010). Tento moment spadá pod dimenze *interpersonální vztahy* a *organizaci péče.*

4.2 Dimenze spokojenosti s porodním zážitkem

V kapitole 3 byl vysloven závěr, že model spokojenosti s perinatální péčí by měl zohlednit rozdíl mezi spokojeností s péčí a spokojeností s porodem. V dosavadní literatuře jsou tyto pojmy často zaměňovány, třebaže je při bližším pohledu zřejmé, že sestávají z odlišných dimenzí a promítají se do nich různé faktory – žena může být spokojena s porodem a zároveň nespokojena s porodní péčí a totéž platí i naopak. V následujícím textu budou proto představeny základní konstitutivní dimenze spokojenosti s porodním zážitkem, které jsou uváděny

v literatuře, a v návaznosti na to budou porovnány pojmy spokojenost s porodem a spokojenost s porodní péčí právě s ohledem na rozdílnost dimenzí, z nichž sestávají.

4.2.1 Pocit bezpečí

Pozitivní porodní zkušenost souvisí s pocitem bezpečí, který je podmíněn několika faktory: aby se žena cítila v prostředí, kde rodí, bezpečně, potřebuje vnímat podporu a přijetí od přítomných osob (včetně partnera či jiného doprovodu) a potřebuje mít rovněž důvěru v pomáhající zdravotníky – v jejich upřímnou snahu pomoci a volit to, co je pro rodičku v dané chvíli nejlepší, a zároveň v jejich odborné kompetence (Gipson et al., 2015; Gamble et al., 2007; Wilde-Larsson et al., 2011). Kromě důvěry v kompetence lékařů a v jejich skutečný zájem o blaho rodičky je pro pocit bezpečí podstatné i vědomí, že daná porodnice disponuje technickým vybavením pro případ komplikací (Goberna-Tricas et al., 2011).

Pocit bezpečí se vytváří i díky tzv. kontinuální péči, tj. individuální péči lékaře či porodní asistentky, které žena znala již před porodem, a kteří ženu doprovázejí v průběhu celého porodu (Aston et al., 2010); pocit bezpečí se naopak vytrácí tehdy, když zdravotníci jednají z pozice moci. Christina Nilsson (2014) například ve své studii o negativní porodní zkušenosti popisuje, že některé ženy vnímaly porodní sál jako prostor uplatňování moci zdravotnického personálu, v němž se rodící žena stává pouhým objektem či strojem, jehož fungování je kontrolováno a usměrňováno zásahy zdravotníků; v zahraniční literatuře se dokonce začíná objevovat pojem porodnické násilí (obstetric violence), který odkazuje na různé formy porušování práv rodících žen, jako je například nehumánní zacházení, zneužívání intervencí a narušení autonomie svobodně rozhodovat o vlastním těle (Fernández, 2013).

4.2.2 Pocit kontroly

Dalším důležitým faktorem přispívajícím ke spokojenosti s porodem je pocit kontroly, na který poukazuje většina studií analyzujících porodní zkušenost (Gamble et al., 2007; Bertucci et al., 2012; Berg & Dahlberg, 1998; Goodman et al., 2004; Larkin et al., 2012; Schytt et al., 2008). Pocit kontroly je ovšem víceznačný termín a může znamenat jak kontrolu rodičky nad tím, jakým způsobem je veden porod (pak se jedná o externí kontrolu, například kontrolu nad intervencemi), tak její kontrolu nad vlastním tělem a vlastními projevy (Lavender et al., 1999).

Pro mnohé ženy je porod spojen s obavou z vlastních nekontrolovatelných reakcí, především z reakcí na bolest, a s tím souvisejícími pocity trapnosti, studu a ztráty důstojnosti. Pocit kontroly nad porodním procesem u ženy zvyšuje sebejistotu a důvěru v to, že porod dobře zvládá (Berg & Dahlberg, 1998). Pocit kontroly lze posílit zejména průběžným podáváním informací a emoční podporou; Larkin, Begley a Devane (2012) například uvádějí, že podpora od zdravotníků měla na pocit kontroly u rodiček zásadní vliv: buď tento pocit výrazně posilovala, nebo naopak oslabovala. Gibbins a Thomson (2001) označují za hlavní podmínky navození pocitu kontroly podporu partnera, pozitivní postoj porodní asistentky, dostatek informací a možnost zapojit se do rozhodování; možnost rozhodovat přitom neznamená jen možnost odmítnout zákrok, ale naopak i možnost o zákrok požádat (např. o aplikaci analgezie).

Pocit kontroly je však značně oslaben u žen s komplikovanými porody; o to důležitější pro tyto ženy je, aby si mohly udržet kontrolu alespoň nad postupem zdravotníků – té nabývají zejména díky průběžnému informování o povaze komplikací a provedených intervencí (včetně zdůvodnění, proč byly zvoleny právě tyto postupy). Mnohé ženy s komplikovanými porody či s vyšším rizikem komplikací vítají použití porodnických technologií, například elektronického fetálního monitoringu, právě proto, že si je spojují s možností větší kontroly nad průběhem porodu (Berg & Dahlberg, 1998).

Bylo řečeno, že kontrola rodičky nad porodem může znamenat buď kontrolu nad sebou sama a nad vlastními projevy, nebo kontrolu nad postupem

zdravotníků. Studie však upozorňují ještě na další dvojznačnost obsaženou v pojmu kontroly: pozitivní pro ženu může být jak zachování kontroly, tak ale i její delegování: některé rodičky se své kontroly nad vedením porodu ochotně vzdávají, neboť se necítí být kompetentní ve světě lékařských termínů a technologií a mají potřebu odevzdat se do péče někoho, koho považují za zkušenějšího (Snowden et al., 2011).

4.2.3 Spokojenost s vlastním zvládáním porodu

Pro spokojenost s porodem je dále klíčová spokojenost s vlastním chováním během porodu a s vlastním zvládáním porodu (Goodman et al., 2004). Tento moment souvisí s právě uvedeným momentem kontroly, neboť spokojenost s vlastním chováním je dána do značné míry tím, nakolik si žena zachovává nad vlastním chováním kontrolu. Kontrola se týká především zvládání porodní bolesti (Niven, 1993), důležité je však i zvládání úzkosti a strachu z porodu samotného a jeho nepředvídatelnosti. Zachování kontroly je úzce svázáno s pocitem vlastní důstojnosti (Lavender et al., 1999).

Spokojenost se sebou a vlastním zvládáním porodu je úzce propojena s tzv. porodní self-efficacy (Lowe, 1991; Lowe, 1993), tj. s přesvědčením ženy o vlastní schopnosti zvládnout porod a přivést na svět dítě (Schytt et al., 2008). Porod je dovršením těhotenství a pro většinu žen představuje „test“ mateřství; je-li však ukončen operací, mnohé ženy prožívají pocity viny a vlastního selhání, které zároveň chápou jako selhání v roli matky (Berg & Dahlberg, 1998).

Podobně jako pocit kontroly je i sebedůvěra ženy ve vlastní schopnost zvládnout porod ovlivněna postoji a chováním zdravotníků: zdravotníci, kteří ženu povzbuzují, podporují, akceptují její reakce na bolest apod., průběžně ji informují a ponechávají jí možnost rozhodovat o vedení porodu, značně posilují její sebedůvěru; naopak nedostatek ujištění a akceptace vede k její ztrátě (Gibbins & Thomson, 2001; Berg & Dahlberg, 1998).

4.2.4 Porodní bolest

O porodní bolesti již byla zmínka v podkapitole 4.1.7 v souvislosti s dimenzemi spokojenosti s porodní péčí. Spokojenost s péčí sestává z podpory, kterou zdravotníci ženě v souvislosti s porodní bolestí poskytují, avšak nikoli ze samotné intenzity bolesti – ta představuje *determinantu* spokojenosti s péčí (viz níže podkapitola 5.1.5) a zároveň *dimenzi* spokojenosti s porodním zážitkem.

Většina prací zaměřených na spokojenost žen s porodním zážitkem řadí bolest mezi faktory, které rozhodují o charakteru porodní zkušenosti (Larsson et al., 2011; Lavender et al., 1999): ženy, které prožily větší bolest, vyjadřují zpravidla menší spokojenost s porodem (Goodman et al., 2004; Schytt et al., 2008; Waldenström et al., 2004). Vztah porodní bolesti a spokojenosti s porodem je však třeba zasadit do širších souvislostí: vnímání porodní bolesti je totiž ovlivněno i vztahy rodičky se zdravotníky, takže ženy, které hodnotí zdravotníky jako podpůrné a empatické, zároveň lépe snášejí bolest a hodnotí ji jako méně intenzivní (Leap et al., 2010). Pozitivní hodnocení zdravotníků zároveň přispívá k pocitu jistoty a bezpečí, který je, jak bylo ukázáno výše, rozhodujícím faktorem pro celkovou spokojenost s porodem, takže je otázka, zda je bolest mediátorem vztahu mezi podporou zdravotníků a spokojeností s porodem, nebo zda je mezi podporou zdravotníků a spokojeností s porodem přímý vztah (stejně jako mezi podporou zdravotníků a zvládáním bolesti), takže bolest samotná nemá na spokojenost s porodem významný vliv a spíše zastírá dopad empatie a podpory zdravotníků. Tento závěr podporuje například studie Hodnettové, podle níž se do spokojenosti s porodem promítají podstatně více vztahy rodičky se zdravotníky než vnímaná bolest (Hodnett, 2002).

Existují dále doklady pro to, že hůře snášejí porodní bolest úzkostné ženy, které se porodu a porodní bolesti již předem obávají, a dále pro to, že užití analgezie při porodu nevede k větší spokojenosti s porodem (Green, 1993). Je tedy pravděpodobné, že spokojenost s porodem je spíše než intenzitou porodní bolesti či efektivitou jejího tišení dána zvládáním bolesti díky osobnostním předpokladům rodičky a podpůrnému prostředí při porodu.

4.2.5 Průběh porodu (porodní komplikace a intervence)

Ženy s nízkým rizikem většinou předpokládají normální průběh porodu a neočekávají, že by se porodní komplikace mohly objevit právě u nich; když k nim potom dojde, nejsou na ně připraveny a často je navíc vnímají jako své selhání (Berg & Dahlberg, 1998). Není proto nijak překvapivé, že neočekávané porodní komplikace často vyúsťují v negativní hodnocení porodu (Waldenström et al., 2004; Rijnders et al., 2008; Schytt et al., 2008). Zároveň se však ukázalo, že žena může prožít porod jako pozitivní událost navzdory komplikacím a intervencím, resp. že podpora zdravotníků a zapojení ženy do rozhodování mohou dopad komplikací a intervencí na hodnocení porodu zmírnit (Hodnett, 2002); u intervencí hraje roli též to, zda je žena vnímala jako nezbytné, nebo naopak jako nadbytečné (Lavender et al., 1999) – to je okolnost, která rozhoduje o dopadu intervencí jak na spokojenost s porodem, tak na spokojenost s porodní péčí.

4.3 Srovnání pojmů spokojenost s perinatální péčí a spokojenost s porodem co do jejich konstitutivních dimenzí

Porovnání klíčových dimenzí spokojenosti s porodní péčí a spokojenosti s porodem zachycuje tabulka 1. Analýza dimenzí, z nichž sestává spokojenost s porodní péčí a spokojenost s porodem, ukazuje, že:

- spokojenost s porodní péčí je tvořena odlišnými dimenzemi než spokojenost s porodem – porodní zkušenost je sice utvářena proměnnými, které jsou v úzkém vztahu k péči (například pocit bezpečí je dán podporou a profesionalitou zdravotníků či technickým zázemím porodnice), ale též proměnnými, které oblast péče překračují (například spokojenost s podporou partnera či s vlastním zvládáním porodu);
- některé faktory, které představují dimenze spokojenosti s péčí, fungují zároveň jako determinanty (nikoli však jako dimenze) spokojenosti s porodem: například podíl na rozhodování je aspekt (dimenze) péče,

avšak zároveň ovlivňuje u rodící ženy pocit kontroly, který je součástí (dimenzí) porodního zážitku;

- naopak některé faktory, které představují dimenze spokojenosti s porodem, fungují ve vztahu ke spokojenosti s péčí jako její determinanty (avšak nikoli jako její dimenze) – například porodní komplikace či intenzita porodní bolesti jsou součástmi či aspekty porodního zážitku a nikoli aspekty péče, mohou však fungovat jako vnější determinanty spokojenosti s péčí;
- ženy s komplikovanými porody kladou na porodní péči poněkud odlišné nároky a požadavky než ženy s porody nekomplikovanými: jakkoli jsou pro obě tyto skupiny žen klíčové vztahy se zdravotníky, dobrá organizace péče, důvěra v profesní kompetence zdravotníků a komfort prostředí porodnice, u žen s komplikacemi je pro spokojenost s péčí navíc důležité průběžné informování o povaze komplikací a o důvodech provedení intervencí, dostupnost medicínských technologií a v neposlední řadě i výsledky péče, tj. zákroky vedoucí k záchraně života či zdraví.

Tab. 1 Dimenze spokojenosti s perinatální péčí a s porodem

Spokojenost s perinatální péčí	**Spokojenost s porodem**
Interpersonální vztahy (podpora, vstřícnost, respekt, komunikace, informace)	Pocit bezpečí (podpora porodní asistentky, lékaře, partnera, blízké osoby; pohodlí a příjemné prostředí)
Organizace péče (dostupnost zdravotníků, individuální péče, kontinuita péče)	
Odborná úroveň péče	
Příjemné prostředí porodnice, vybavení porodnice	
Paradigma určující postoj k vedení porodu a k roli rodičky při porodu (podíl rodičky na rozhodování, možnost odmítnout intervence, možnost požádat o intervence)	Pocit kontroly (nad vlastním tělem a nad zásahy druhých osob)
Spokojenost s tišením bolesti (možnost volby, analgezie aplikována včas a efektivně)	Prožívání a zvládání bolesti
Výsledky péče (efektivita a vhodnost intervencí u žen s komplikovanými porody)	Průběh porodu, jeho délka, porodní komplikace a intervence
	Spokojenost s vlastním chováním v průběhu porodu, zvládáním porodu (pocit kompetence, sebedůvěry)

5. Determinanty spokojenosti s perinatální péčí a s porodem

V kapitole 3 bylo poukázáno na to, že teorie spokojenosti s perinatální péčí by měla rozlišit klíčové dimenze a determinanty této spokojenosti. Výčet hlavních *dimenzí* spokojenosti s perinatální péčí včetně jejich porovnání s dimenzemi spokojenosti s porodem byl tématem kapitoly 4; kapitola 5 navazuje analýzou *determinant* spokojenosti s perinatální péčí a jejich srovnáním s determinantami spokojenosti s porodem. Připomeňme, že za determinanty spokojenosti jsou považovány takové faktory, které spokojenost s péčí, resp. s porodem sice ovlivňují, nejsou však samotnými aspekty této péče, resp. porodní zkušenosti.

5.1 Determinanty spokojenosti s perinatální péčí

Determinantám spokojenosti s péčí byl již věnován prostor v kapitole 2, která pojednávala o spokojenosti žen s českými porodnicemi. Ukázalo se, že se do spokojenosti promítaly proměnné, jako je parita a vzdělání rodiček (Takács & Seidlerová, 2013b). V kapitole 3 byl dále v rámci náčrtu teorie spokojenosti analyzován dopad dalších významných faktorů, jako jsou očekávání, preference, potřeby atd. V návaznosti na to je úkolem této kapitoly představit determinanty spokojenosti s perinatální péčí a s porodem uváděné v empirických studiích. Determinanty spokojenosti s péčí, které jsou zmiňovány v literatuře, lze tematicky rozdělit do následujících kategorií: očekávání, preference a potřeby rodiček; osobnostní charakteristiky rodiček; sociální opora a stres během těhotenství a porodu; sociodemografické faktory; zdravotní stav a průběh porodu.

5.1.1 Očekávání a preference

Jak bylo ukázáno v kapitole 3, očekávání pacienta jsou významným prvkem mnohých teorií pacientské spokojenosti a je s nimi třeba počítat i v teoretickém

modelu spokojenosti s perinatální péčí; ačkoli některé rodičky nemají konkrétní preference a představy o tom, jak by péče měla probíhat, existuje zároveň skupina žen, které konkrétní očekávání mají; bylo zároveň řečeno, že je třeba zohledňovat především vliv očekávání ve smyslu realistických požadavků. Cílem této podkapitoly je shrnout poznatky o vlivu očekávání na spokojenost žen s perinatální péčí, k nimž dospěly zahraniční studie.

Výsledky výzkumů upozorňují na skutečnost, že očekávání vztažená k porodní péči se podstatně liší u prvorodiček a vícerodiček: očekávání prvorodiček jsou mnohdy nerealistická, a nedochází tudíž k jejich naplnění (Gungor & Beji, 2012); to vyúsťuje v nespokojenost s péčí (Srivastava et al., 2015; van Teijlingen et al., 2003). Očekávání rovněž nejsou často naplněna u žen, které podstoupily porodnické zákroky a intervence, a to i v případě, že tyto ženy porodily vaginálně; Gungor a Beji (2012) například zjistili, že se zklamání očekávání týkalo žen, jejichž porod byl urychlován oxytocinem, a rovněž žen, jimž byl aplikován klystýr. Zjistili též, že u žen, které podstoupily císařský řez, byla očekávání naplněna častěji tehdy, když byl císařský řez proveden vlastním, předem domluveným lékařem.

Studie dále uvádějí, že se nižší očekávání a nároky objevují u žen, které mají zkušenost s hůře fungujícím zdravotnickým systémem (např. u imigrantek, které dříve rodily v rozvojových zemích); tyto ženy pak bývají s péčí v tzv. rozvinutých zemích spokojenější než ženy, které takovou zkušenost nemají (Aston et al., 2010; Gurman & Becker, 2008).

5.1.2 Osobnostní charakteristiky rodiček

Někteří autoři se pokusili najít odpověď na otázku, jak se do spokojenosti žen s perinatální péčí promítají jejich osobnostní charakteristiky. Camacho et al. (2012) a Rudman, El-Khouri a Waldenström (2007) zjistili, že méně byly s péčí spokojeny ženy s depresivními rysy; v jiné studii však autoři dospěli k závěru, že se depresivita do spokojenosti s perinatální péčí nepromítá (Waldenström et al., 2006). Nespokojenost s perinatální péčí může rovněž souviset s extraverzí,

emoční nestabilitou a menší svědomitostí (Wilde-Larsson et al., 2011) a dále s nižším smyslem pro soudržnost (sense of coherence) (Rudman et al., 2007). Dalším sledovaným faktorem byl strach z porodu: ženy, které během těhotenství prožívaly větší strach z porodu, projevovaly po porodu menší spokojenost s péčí (Rudman et al., 2007).

Haines et al. (2012) identifikovali pomocí clusterové analýzy tři profily žen podle jejich postojů k porodu: za tzv. *Self determiners* označili ženy, které považovaly porod za přirozenou událost a nepociťovaly z něj strach. Další skupinu žen autoři nazvali *Take it as it comes:* tyto ženy neměly vyhraněný postoj k porodu a nevyjadřovaly ani konkrétní preference ohledně jeho průběhu; měly tendenci přizpůsobovat se daným okolnostem a přenechávat rozhodování o průběhu porodu zdravotníkům – za nejdůležitější považovaly to, aby byl porod co nejbezpečnější pro dítě. A konečně poslední skupina žen, označená výzkumníky jako *Fearful,* zahrnovala ženy, které se velmi bály porodu a bolesti, bály se ztráty kontroly a měly obavy o bezpečí své a svého dítěte; porod nechápaly jako přirozenou událost, ale jako děj potenciálně ohrožující jejich bezpečí a důstojnost, a preferovaly císařský řez.

Když se Haines et al. (2013) v další práci zaměřili na to, jaké jsou mezi těmito skupinami žen rozdíly v hodnocení perinatální péče, zjistili, že nejvíce byly s péčí spokojeny ženy ze skupiny *Self determiners,* tj. ženy, které neměly strach z porodu a porod vnímaly jako přirozenou událost, a nejméně naopak ženy ze skupiny *Fearful, tj.* ženy, které se porodu bály a vnímaly ho jako ohrožující událost, jíž by se raději vyhnuly. Profil *Fearful* dále souvisel s vyšším rizikem nespokojenosti ve dvou ohledech: podpora zdravotníků a kontrola nad porodním procesem. Studií věnovaných dopadu osobnostních charakteristik rodiček na jejich spokojenost s perinatální péčí je však dosud málo a výsledky navíc nejsou v některých ohledech konzistentní; prozatím tudíž nelze o vztahu těchto proměnných vyvozovat jednoznačné závěry.

5.1.3 Sociální opora a stres během těhotenství a porodu

Do spokojenosti s péčí se promítá i sociální opora, které se ženě dostává během těhotenství, a to zejména podpora partnera. Ve švédské studii bylo například zjištěno, že menší podpora partnera souvisela s menší spokojeností s porodní péčí, nebyl však nalezen vztah podpory partnera a spokojenosti s péčí poporodní (Waldenström et al., 2006); vztah mezi sociální oporou a spokojeností s poporodní péčí však potvrdili Camacho et al. (2012): ženy, které hodnotily sociální oporu lépe, hodnotily lépe i poporodní péči. Na spokojenost s péčí může mít vliv i stres prožívaný během těhotenství a porodu (Srivastava et al., 2015); dopad stresu v těhotenství na spokojenost s porodní péčí byl zjištěn ve studii zaměřené na rodičky s vyšším rizikem komplikací, přičemž dopad stresu byl menší tehdy, když měly ženy dostatek informací od zdravotníků (Lerman et al., 2007). Podobně jako u osobnostních charakteristik není ani dopad stresu a sociální opory v literatuře dostatečně zdokumentován, a uvedené výsledky je proto třeba chápat pouze jako orientační.

5.1.4 Sociodemografické proměnné

Výzkumy se zaměřily i na vliv sociodemografických proměnných, jako je věk, vzdělání, rodinný stav a příjem. Pokud jde o vliv věku, výsledky studií jsou značně rozporné: podle některých autorů nehraje věk rodičky při jejím hodnocení porodní péče žádnou roli (Rudman et al., 2007; Brown & Lumley, 1994), podle jiných souvisí vyšší věk rodičky s její vyšší spokojeností, resp. mladší ženy jsou podle těchto autorů s péčí spokojené méně (Srivastava et al., 2015; Waldenström et al., 2006), zatímco další naopak poukazují na vyšší spokojenost s péčí u mladších žen (Aston et al., 2010).

Nekonzistentní výsledky se ukázaly rovněž u vlivu vzdělání: ačkoli panuje shoda v tom, že vzdělání představuje významnou determinantu spokojenosti s péčí (Rudman et al., 2007), někteří autoři zjistili, že spokojenější jsou ženy s vyšším vzděláním (Wilde-Larsson et al., 2011; Srivastava 2015; Hildingsson & Rådestad, 2005), jiní však naopak dospěli k závěru, že péči hodnotí lépe ženy

méně vzdělané (Aston et al., 2010; Haines et al., 2013). Podobná nejednotnost panuje i u rodinného stavu: studie poukázaly na to, že svobodné ženy jsou s péčí v porodnici spokojené méně (Redshaw, Martin, 2009), jiní autoři však tento vztah nalezli pouze u poporodní, nikoli též u porodní péče (Waldenström et al., 2006); další studie souvislost rodinného stavu a spokojenosti zpochybnila (Brown & Lumley, 1994).

Pokud jde o sociální status, Sawyer et al. (2014) zjistili u žen s předčasným porodem vztah mezi nezaměstnaností a větší spokojeností s podáváním informací a vysvětlováním ze strany personálu; další studie však souvislost mezi spokojeností s péčí a ne/zaměstnaností ženy nepotvrdila (Waldenström et al., 2006). Autoři se ovšem shodují, že celková spokojenost s porodní péčí nesouvisí s rodinným příjmem (Sawyer et al., 2014; Brown & Lumley, 1994; Rudman et al., 2007); byl nicméně nalezen vztah mezi socioekonomickým statutem a dílčími aspekty (dimenzemi) péče: ženy s nižším socioekonomickým statutem byly méně spokojeny s podáváním informací a zapojením do rozhodování během porodu (Gungor & Beji, 2012).

Ženy, které své těhotenství plánovaly, byly s péčí během porodu spokojenější než ženy, jejichž těhotenství bylo nechtěné (Srivastava et al., 2015; Waldenström et al., 2006). V některých kulturách ovlivňuje spokojenost s porodní péčí i očekávané pohlaví dítěte (Srivastava et al., 2015).

Nejednotnost týkající se vlivu sociodemografických proměnných lze vysvětlit jednak rozdílností nástrojů pro měření spokojenosti a metodologickými problémy, které jsou s tímto měřením spojeny (zejména chybějícím vyjasněním toho, co se pojmem spokojenost vlastně rozumí), a jednak tím, že spokojenost je multidimenzionální konstrukt, takže spokojenost s některými dimenzemi péče může být ve vztahu k sociodemografickým faktorům, zatímco spokojenost s jinými dimenzemi nikoli; bylo by proto vhodnější sledovat spíše vliv sociodemografických proměnných na spokojenost se specifickými aspekty péče než na spokojenost celkovou.

5.1.5 Zdravotní proměnné a průběh porodu (včetně prožívané bolesti)

Jak bylo vyjasněno v podkapitole (4.3), průběh porodu nelze považovat za dimenzi spokojenosti s porodní péčí, představuje však její determinantu. U žen s komplikovanými porody jsou pak součástí (dimenzí) spokojenosti s péčí výsledky vázané na efektivní intervence v případě komplikací (viz podkapitola 4.1.6). Tento oddíl pojednává o zdravotních determinantách spokojenosti žen s perinatální péčí, mezi něž patří zejména parita, porodní bolest a porodní komplikace.

Patrně nejsledovanější determinantou spokojenosti rodiček s péčí je parita. Ačkoli existují studie, které vliv parity nezjistily (Waldenström et al., 2006), autoři se většinou přiklánějí k závěru, že spokojenější s perinatální péčí jsou vícerodičky (van Teijlingen et al., 2003; Srivastava et al., 2015); jak bylo naznačeno výše (podkapitola 5.1.1), tato skutečnost patrně souvisí s očekáváními, která jsou u vícerodiček realističtější než u prvorodiček.

V předchozí kapitole věnované dimenzím spokojenosti jsme za dimenzi spokojenosti s *porodní péčí* označili podporu zdravotníků při zvládání bolesti a za dimenzi spokojenosti s *porodem* prožívání a zvládání bolesti. Nyní je třeba poukázat na to, že prožívaná bolest může zároveň fungovat jako determinanta spokojenosti s péčí, tj. není přímo aspektem či dimenzí samotné péče, ale může mít dopad na její hodnocení rodičkou. Například Haines et al. (2013) zjistili, že intenzita porodní bolesti a její tišení dle volby rodičky představovaly významný faktor spokojenosti s porodní péčí, stávající práce se však zajímají spíše o dopad bolesti na hodnocení porodu než na hodnocení porodní péče. Lze ovšem předpokládat, že intenzita porodní bolesti ovlivňuje hodnocení péče nepřímo, a to přes efektivitu tišení bolesti a podporu, kterou zdravotníci ženě při jejím zvládání bolesti poskytují.

Poměrně značná shoda panuje v tom, že jsou s porodní a poporodní péčí méně spokojeny ženy, které během porodu prožily různé komplikace (Gungor & Beji, 2012; Chalmers & Dzakpasu, 2015; Wilde-Larsson et al., 2011; Waldenström et al., 2006; Rudman et al., 2007). Je však otázkou, zda je tato nespokojenost přímým důsledkem těchto komplikací, nebo zda mají ženy

s komplikovanými porody obecně vyšší nároky na péči, a tedy i přísnější kritéria pro její posuzování. Redshaw a Martin (2009) sledovali souvislost hodnocení péče s délkou porodu, avšak nezjistili u těchto proměnných významnou korelaci.

K nespokojenosti žen s perinatální péčí přispívají též komplikace u dítěte: Waldenström, Rudman a Hildingsson (2006) uvádějí, že vyšší riziko nespokojenosti s péčí měly ženy, jejichž dítě bylo převezeno na jednotku intenzivní péče; podle Scheerhagenové et al. (2015) byly s péčí méně spokojené ženy, jejichž dítě mělo zdravotní problémy a bylo kvůli nim hospitalizováno, ve srovnání se ženami, jejichž dítě nemělo zdravotní problémy a nebylo hospitalizováno, a rovněž ve srovnání se ženami, jejichž dítě sice mělo zdravotní problémy, ale nebylo hospitalizováno.

5.1.6 Faktory zkreslující výsledky měření spokojenosti s péčí

V úvodu kapitoly 3 bylo poukázáno na metodologické limity měření pacientské spokojenosti a za hlavní problém bylo označeno chybějící vyjasnění toho, co se pojmem „spokojenost“ vlastně míní. V dalším výkladu se ukázalo, že problém představuje i multidimenzionální charakter tohoto pojmu: spokojenost je často chápána jako jednotný postoj k různým oblastem péče, tyto oblasti však mohou být hodnoceny odlišně či dokonce protichůdně, tj. pacient může být s některými oblastmi péče spokojen, zatímco s jinými nespokojen (Redshaw, 2008).

Kromě nedostatečné teoretické fundace pojmu „spokojenost“ však kritikové stávajícího měření spokojenosti upozorňují na další závažný problém, a totiž na problém intervenujících proměnných, tj. proměnných, které výsledky měření spokojenosti zkreslují. Na nedostatečnou validitu a reliabilitu dotazníkových šetření spokojenosti bylo opakovaně poukazováno už v souvislosti s tím, že se tato šetření vyznačují velice nízkou variabilitou odpovědí, tj. většina žen udává maximální spokojenost (van Teijlingen et al., 2003; Avis et al., 1995). Jelikož se výsledky dotazníkových šetření výrazně odlišují od závěrů kvalitativně vedených studií, které naopak dokládají značnou nespokojenost a jejich vyznění není zdaleka tak optimistické, objevují se pochybnosti o tom, zda jsou vůbec dotazníková šetření schopna zachytit skutečné rozdíly v hodnocení péče

a vykreslit realistický obrázek o tom, jak ženy tuto péči vnímají a jaký postoj k ní zaujímají. Opakovaně se ukázalo, že tytéž ženy (či pacienti), které v dotazníku uvedly maximální spokojenost, vyjádřily v následném rozhovoru o průběhu péče naopak značnou nespokojenost (Williams et al., 1998; O'Connell, Young, & Twigg, 1999), a že v případech, kdy pacient zvolil u dotazníkové položky namísto odpovědi „velmi spokojen" pouze „spokojen", nemohlo být ve skutečnosti o spokojenosti řeči, neboť v rozhovoru vyšlo najevo, že pacient byl v mnohých ohledech nespokojen (Collins & O'Cathain, 2003). Mnozí autoři se proto zaměřili na otázku, co je důvodem nekritického hodnocení péče v dotazníkových šetřeních a co pacientům, resp. rodičkám, brání v tom, aby svůj postoj k péči vyjádřili otevřeně.

Důvodů pro nadsazeně pozitivní, resp. zkreslené hodnocení perinatální péče je několik:

- ženy po porodu rozlišují priority a to, co je méně podstatné: mají pocit, že nejdůležitější je zdraví jejich a jejich dítěte, a připadá jim nevhodné stěžovat si na něco, co se jim krátce po porodu jeví jako marginální (Gurman & Becker, 2008);
- s tím souvisí otázka vhodného načasování měření spokojenosti: nejvyšší spokojenost ženy udávají v době krátce po porodu, kdy se do jejich hodnocení promítá i úleva, že mají porod za sebou, a rovněž radost z narození dítěte – negativní aspekty péče si ženy začínají uvědomovat až později, v důsledku čehož spokojenost s péčí s narůstajícím časovým odstupem od porodu klesá (Harvey et al., 2002; Waldenström, 2004);
- ženy někdy nemají přehled o alternativách, jak by péče mohla fungovat, a mají proto nízká očekávání, resp. vyjadřují spokojenost s takovou formou péče, která je dostupná a nějak funguje (van Teijlingen et al., 2003);
- navzdory nespokojenosti pociťují mnohé ženy loajalitu k porodnici, resp. ke zdravotníkům (tzv. gratitude bias), v některých regionech mohou mít navíc obavy, že se porodnice v návaznosti na špatné hodnocení uzavře a péče nebude v daném regionu v budoucnu vůbec dostupná (Strasser,

et al., 1993; Lumley, 1985);

- některým ženám brání ve vyjádření kritiky respekt k autoritě lékařů, tyto ženy se necítí být kompetentní k tomu, aby posuzovaly práci a přístup odborníků (Gurman & Becker, 2008);
- ženy mají tendenci k sociálně žádoucím odpovědím, což je dáno obavou ze ztráty anonymity a z případných nepříznivých konsekvencí, jako je například znevýhodnění při dalším poskytování péče (tyto důvody se týkají měření spokojenosti během pobytu ženy v porodnici) (Hays & Ware, 1986);
- jak bylo uvedeno v kapitole 3 v souvislosti s teorií spokojenosti, pacienti mohou vyjadřovat spokojenost s péčí navzdory svým negativním zkušenostem, mají-li za to, že tyto zkušenosti nenastaly vinou zdravotníků a že nebylo povinností zdravotníků těmto zkušenostem zabránit (Williams et al., 1998; Dougal et al., 2000);
- respondenti mají tendenci odpovídat na pozitivně formulované položky pozitivně – proto někteří autoři doporučují, aby byly do dotazníku zařazeny i otázky, které se výslovně ptají na nespokojenost, neboť pouze tak je podle nich možné získat odpovědi relevantní pro utváření strategií ke zlepšování péče (Redshaw, 2008; Coyle & Williams, 1999; Sitzia & Wood, 1997);
- pokud se faktická zkušenost pacienta či rodičky s péčí odchyluje od jejich očekávání a preferencí, vzniká tzv. kognitivní disonance (Festinger, 1962), která vytváří napětí; pacient se toto napětí snaží eliminovat, a proto rozdíl mezi očekáváním a skutečností zahladí (a vyjádří spokojenost navzdory zklamaným očekáváním) – to se ovšem děje pouze tehdy, je-li tento rozdíl pouze mírný; tento mechanismus vysvětluje, proč nespokojenost vyjadřují pouze ty ženy, které jsou nespokojené výrazně, zatímco ženy, které byly nespokojeny jen mírně, vyjádří v dotazníku spokojenost.

5.2 Determinanty spokojenosti se zkušeností porodu

5.2.1 Očekávání a předchozí zkušenosti

Očekávání žen ve vztahu k porodu patří podle dosavadních prací mezi nejvýznamnější determinanty spokojenosti s porodem (Ayers & Pickering, 2005; Christiaens & Bracke, 2007; Goodman et al., 2004; Hodnett, 2002). Zatímco očekávání týkající se péče závisejí na povědomí ženy o možnostech péče, případně na jejích předchozích zkušenostech s péčí, a nemusejí tudíž nutně existovat (Williams et al., 1998), v souvislosti s blížícím se porodem si očekávání vytváří většina žen a tato očekávání mají často podobu obav z komplikací a intervencí, z porodní bolesti a z toho, že dítě nebude v pořádku a objeví se u něj nějaké abnormality (Gibbins & Thomson, 2001). Obavy a strach z porodu nabývají různé intenzity a ženy, které prožívají silný strach, hodnotí obvykle porodní zkušenost hůře než ženy, které vážnější strach z porodu nemají (Larsson et al., 2011; Waldenström, Hildingsson, & Ryding, 2006).

Očekávání související s porodem jsou však většinou ambivalentní – spolu s obavami a úzkostí se zároveň objevují pozitivní pocity a důvěra v to, že porod proběhne bez problémů: ženy zpravidla očekávají, že budou mít rychlý porod a že porodní bolest bude snesitelná (Gibbins & Thomson, 2001; Hauck et al., 2007). Spokojenost s porodem je do značné míry určena právě naplněním pozitivních očekávání, resp. těch očekávání, která jsou pro ženu důležitá (Hauck et al., 2007; Goodman et al., 2004; Hodnett, 2002): mezi tato prioritní očekávání patří to, že porod je proces, který žena zvládne, že si během porodu zachová kontrolu nad situací a že se jí narodí zdravé dítě. Jak však uvádějí někteří autoři, u prvorodiček jsou pozitivní očekávání ve vztahu k porodu (stejně jako ve vztahu k péči, jak bylo ukázáno výše v podkapitole 5.1.1) často nerealistická, což vyúsťuje v následné zklamání a nespokojenost (Hauck et al., 2007; Larkin et al., 2012). Vícerodičky již mají očekávání realističtější, nicméně v případě, že již mají za sebou negativní zkušenost s porodem, bude i jejich další porod hodnocen s velkou pravděpodobností negativně (Waldenström et al., 2004).

Očekávání ženy ohledně porodu vycházejí z jejích postojů. Jak bylo

podrobně popsáno v kapitole 1, existují dva základní postoje k porodu, a totiž pojetí porodu jako přirozeného procesu a jako medicínské záležitosti (Bryers & van Teilingen, 2010; McCool & Simeone, 2002). Ženy, které chápou porod jako přirozenou událost, jsou pak zklamané z neočekávaných zákroků a intervencí (Larkin et al., 2012); ženy, které vnímají porod jako medicínskou záležitost, považují porod za rizikový proces a preferují císařský řez (Haines et al., 2012). Waldenström et al. (2004) si dále kladli otázku, zda existuje souvislost mezi postojem k tišení bolesti, který žena vyjádřila během těhotenství, a následnou spokojeností s porodem; mezi těmito proměnnými však neobjevili významný vztah.

5.2.2 Osobnostní charakteristiky rodiček

Deprese a úzkost v těhotenství souvisí s menší spokojeností s porodem (Waldenström et al., 2004), podobně vyšší iritabilita rodičky (Larsson et al., 2011). Naopak spokojenější byly se svým porodem ženy s vyšší self-efficacy (Christiaens & Bracke, 2007; Berentson-Shaw, Scott, & Jose, 2009). Existuje dále práce upozorňující na vyšší výskyt komplikovaných – a tedy méně uspokojivých – porodů u žen s nižšími skóry v extraverzi a emoční stabilitě (Johnston & Brown, 2013), nicméně literatury o vztahu osobnostních charakteristik a spokojenosti s porodní zkušeností je prozatím nedostatek. Osobnost rodičky je častěji tématem psychosomaticky orientovaných studií, které sledují zejména dopad úzkostnosti a deprese na průběh porodu a výskyt porodnických intervencí (Alder et al., 2007; Bayrampour et al., 2015; Istvan, 1986; Littleton, Breitkopf, & Berenson, 2007).

Van Bussel, Spitz a Demyttenaere (2010) zjišťovali, zda se do spokojenosti s prožitkem porodu promítají tzv. *mateřské orientace,* které na základě své klinické zkušenosti a empirických výzkumů rozpracovala britská psychoanalytička Joan Raphael-Leffová (1983, 1985). Raphael-Leffová navrhla model čtyř mateřských orientací, které nazvala *Facilitator, Regulator, Reciprocator a Conflicted.* Ženy, které lze zařadit do kategorie *Facilitator,* chápou těhotenství a porod jako vyvrcholení svého ženství, přejí si prožít přirozený porod

s co nejmenším množstvím zásahů a hůře zvládají neočekávané komplikace a intervence; typ *Facilitator* odpovídá kategorii *Self determiners* ve výše uvedené typologii autorů Hainesové a kol. (2012) (viz podkapitola 5.1.2). Ženy ze skupiny nazvané *Regulator* mají opačný postoj: narození dítěte vnímají jako ohrožení své nezávislosti a přejí si, aby příchod dítěte změnil jejich dosavadní život co nejméně. Tyto ženy nevnímají porodnické intervence negativně, někdy je přímo vyžadují, a je u nich vyšší výskyt plánovaných císařských řezů; přejí si co nejcivilizovanější porod s využitím dostupných technických vymožeností. Tento typ má blízko k výše uvedenému typu *Fearful* (Haines et al., 2012).

Mezi těmito dvěma krajními polohami se pohybuje typ nazvaný *Reciprocator:* tyto ženy mají ambivalentní postoj k porodu, který vnímají jako přirozený proces a současně jako něco stresujícího; jejich postoj je však nevyhraněný, podobně jako u typu *Take it as it comes,* který popsali Haines et al. (2012). Ženy v kategorii *Conflicted* zastávají obě první pozice (*Facilitator* i *Regulator*) zároveň, takže mají tendenci přizpůsobovat se dítěti a současně si chtějí zachovat nezávislost, pohybují se z extrému do extrému a tento konflikt postojů jen obtížně zvládají (Raphael-Leff, 2010).

Výzkum zaměřený na souvislost mateřských orientací a spokojenosti s porodním zážitkem ukázal, že ženy typu *Facilitator* byly se svým porodem spokojenější než ženy typu *Regulator,* a měly též ve vztahu k porodu lepší očekávání. Prvorodičky, které měly blíže k orientaci *Facilitator,* hodnotily svůj porod podstatně hůře, pokud podstoupily asistovaný porod (van Bussel et al., 2010).

5.2.3 Sociální opora

Sociální opora, jíž se rodičce dostává v průběhu porodu, vytváří pocit bezpečí, který byl výše označen za *dimenzi* spokojenosti s porodem (viz podkapitola 4.2.1). Za *determinantu* spokojenosti s prožitkem porodu lze považovat sociální oporu od partnera či okolí rodičky v době před porodem. Waldenström et al. (2004) uvádí, že nedostatek podpory od partnera v těhotenství souvisí s negativní porodní

zkušeností; tomuto tématu však nebylo prozatím věnováno příliš pozornosti a většina prací zkoumá sociální oporu v těhotenství spíše s ohledem na její dopad na průběh porodu a perinatální výsledky než na spokojenost s porodem (Van de Pol et al., 2006; Collins et al., 1993).

5.2.4 Sociodemografické proměnné

Pokud jde o souvislost věku a spokojenosti s porodem, výsledky studií se rozcházejí: Waldenström et al. (2004) zjistili, že negativní porodní zkušenost měly častěji mladší ženy, naproti tomu Bertucci et al. (2012) a Schytt et al. (2008) uvádějí, že mladší ženy hodnotily svůj porod lépe. Hodnett (2002) konstatuje, že věk je méně významnou determinantou spokojenosti s porodem ve srovnání s očekáváními, podporou zdravotníků a zapojením do rozhodování. Jak bylo uvedeno výše (viz podkapitola 5.2.1), negativní hodnocení porodu souvisí do značné míry s nenaplněnými očekáváními, která jsou častější u prvorodiček, a tedy u mladších žen. U prvorodiček se též objevuje více porodních komplikací, které rovněž zvyšují riziko negativní porodní zkušenosti (Waldenström et al., 2004; Rijnders et al., 2008; Schytt et al., 2008).

Negativní porodní zkušenost měly častěji ženy svobodné a nezaměstnané a rovněž ženy, které své těhotenství neplánovaly; nebyl však zjištěn vliv vzdělání, etnicity a náboženského vyznání (Waldenström et al., 2004; Goodman et al., 2004; Hodnett, 2002).

5.2.5 Proměnné související s porodní péčí

Za determinanty spokojenosti s porodem, které souvisejí s porodní péčí, lze považovat především interpersonální vztahy, tj. přístup a chování zdravotníků (Waldenström et al., 2004; Rijnders et al., 2008; Dencker et al., 2010; Goodman et al., 2004; Bailham, Slade, & Joseph, 2004; Hodnett, 2002; Christiaens & Bracke, 2007). Mezi nejčastěji uváděné faktory patří dále podíl ženy na rozhodování (Waldenström et al., 2004; Dencker et al., 2010; Marín-Morales et al., 2013; Hodnett, 2002; Christiaens & Bracke, 2007; Rijnders et al., 2008)

a někteří autoři uvádějí též kontinuitu péče – ženy, které znaly svou porodní asistentku již před porodem, byly s porodem spokojenější (Waldenström et al., 2004; Marín-Morales et al., 2013). Hodnett (2002) však poukazuje na to, že důležitější než kontinuita péče jsou právě vztahy se zdravotníky a zapojení rodičky do rozhodování. Dalším zmiňovaným momentem je typ péče – ženy, které byly v péči porodní asistentky, měly lepší porodní zkušenost než ženy, o které se staral lékař (Harvey et al., 2002). Spokojenost s porodem ovlivňuje i délka pobytu v porodnici (Larsson et al., 2011).

5.2.6 Zdravotní proměnné (vyjma průběhu porodu)

Průběh porodu je komponentou či *dimenzí* spokojenosti s porodem, za *determinantu* pak lze považovat zdravotní stav matky během těhotenství, předčasný porod či zdravotní problémy u dítěte. Podle Waldenström et al. (2004) predikuje negativní porodní zkušenost předčasný porod, převoz dítěte na jednotku intenzivní péče a předchozí elektivní císařský řez u vícerodiček. Bertucci et al. (2012) zase zjistili, že negativněji hodnotily porod ženy, které v těhotenství podstoupily amniocentézu. Horší porodní zkušenost měly též kuřačky (Waldenström et al., 2004) a prvorodičky (Waldenström et al., 2004; Hauck et al., 2007; Larkin et al., 2012) – otázka parity byla diskutována výše v souvislosti s věkem rodičky.

6. Závěry vyplývající z analýz teoretické části práce

Psychosociální aspekty jsou klíčovými faktory ovlivňujícími spokojenost žen s perinatální péčí. Lze je rozlišit na aspekty spadající do procesuální či strukturální úrovně dle klasického Donabedianova modelu kvality zdravotní péče (Donabedian, 1988), přičemž hlavní význam pro spokojenost s péčí mají aspekty patřící do úrovně procesuální, zejména interakce rodičky se zdravotníky.

Jednotlivé aspekty péče odpovídající procesuální či strukturální úrovni byly nazvány *dimenzemi* spokojenosti s péčí, a tyto dimenze péče byly odlišeny od jejích *determinant,* což jsou faktory ovlivňující spokojenost s péčí, které jsou vůči ní vnější, tj. nejsou jednotlivými aspekty péče. Za hlavní determinantu spokojenosti s péčí byla označena očekávání rodiček ve smyslu požadavků či nároků na péči, která se formují na základě postojů žen k porodu a k porodní péči a zároveň na základě jejich povědomí o tom, co je v moci zdravotníků, a co po nich tedy lze požadovat. Jiné požadavky mají na porodní péči ženy bez výraznějšího strachu z porodu, které upřednostňují tzv. „přirozený porod“ vedený s minimem intervencí, a jiné rodičky se silným strachem z porodu, které naopak preferují maximální využití dostupných technologií či dokonce porod císařským řezem bez lékařské indikace. Tato očekávání, resp. požadavky, sice nemusejí nutně existovat, avšak v případě, že má žena představu o tom, jak by měl probíhat její porod, ovlivňují očekávání její spokojenost s faktickou zkušeností s porodní péčí. Samotná zkušenost s péčí tedy není vždy hlavním arbitrem spokojenosti, důležité je rovněž to, do jaké míry odpovídá reálná zkušenost s péčí preferencím rodičky, a do jaké míry lze diskrepanci mezi preferencemi a realitou omluvit limitovanými možnostmi zdravotníků danými strukturálními podmínkami péče.

Kromě očekávání, která jsou často formována sociálně, a mohou být (zejména u prvorodiček) nepřiléhavá a nerealistická, hrají významnou roli pro spokojenost s péčí i aktuální potřeby rodičky; ty mohou vstoupit do sporu s původními očekáváními a proměnit tak původně deklarované preference. Opět

platí, že nenaplnění potřeb není bez dalšího zdrojem nespokojenosti s péčí; k nespokojenosti je třeba navíc i vědomí rodičky, že naplnění potřeb nebylo v moci zdravotníků, resp. že překračovalo možnosti, které jsou rozvrženy podmínkami poskytování péče.

Spokojenost s péčí je multidimenzionální pojem, tj. zahrnuje spokojenost s různými oblastmi či dimenzemi péče, které ovšem mohou být hodnoceny značně rozdílně. Měření spokojenosti by se proto nemělo zaměřovat na zjišťování celkové spokojenosti, ale měla by se naopak sledovat spokojenost s různými oblastmi péče zvlášť; pro takový postup hovoří i to, že různé dimenze péče mají různé determinanty, takže hovořit o celkové spokojenosti s péčí je zavádějící a v praktickém ohledu nepřináší velký užitek.

Rovněž je třeba počítat s tím, že rodičky nejsou homogenní skupinou, u níž lze předpokládat stejné preference a stejný význam dílčích dimenzí péče; jelikož studie analyzující prediktory spokojenosti u různých skupin žen chybí, meziskupinové rozdíly (zejména rozdíly ve spokojenosti dle typu porodu) by se měly stát tématem budoucích prací – s ohledem na praktickou využitelnost šetření spokojenosti by pak bylo vhodné konstruovat nástroje pro její měření zvlášť pro ženy po nekomplikovaném vaginálním porodu, a zvlášť pro ženy po císařském řezu.

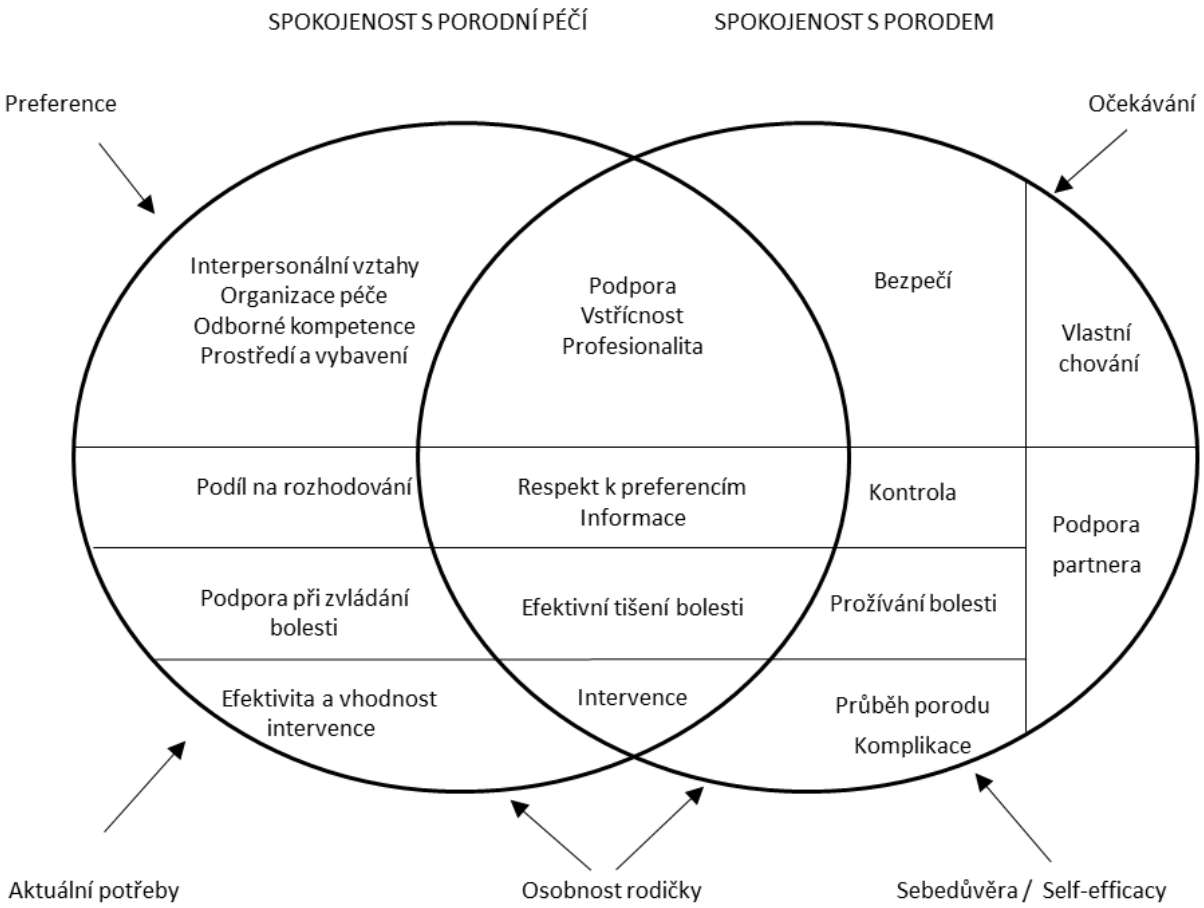
Spokojenost s porodní péčí je třeba jasně odlišit od spokojenosti s porodem, neboť stávající metody pro měření spokojenosti s péčí často zacházejí s pojmem spokojenosti v této konfuzi, a to navzdory zjevné odlišnosti těchto pojmů. Porodní péče a prožitek porodu nejsou totéž – spokojenost s péčí sestává z odlišných dimenzí a determinant než spokojenost s porodem, byť jsou spolu zároveň úzce propojeny: některé komponenty spokojenosti s péčí představují zároveň determinanty spokojenosti s porodem a *vice versa.* Pokud jde o dimenze, *spokojenost s péčí* je utvářena především interpersonálními vztahy, podílem na rozhodování, organizačními aspekty péče, odbornými kompetencemi zdravotníků, podporou při zvládání bolesti, prostředím porodnice a u žen s komplikovaným porodem i efektivitou intervencí, zatímco *spokojenost s porodem* utváří hlavně pocit bezpečí a kontroly, prožívání a zvládání bolesti a samotný průběh porodu,

což jsou aspekty, které jsou ovšem ovlivněny (determinovány) kvalitou péče: pocit bezpečí se odvíjí od podpory, vstřícnosti a vnímané profesionality zdravotníků, pocit kontroly od respektu k preferencím a dostatku informací, prožívání bolesti od jejího efektivního tišení a průběh porodu v případě komplikací od vhodných intervencí. Spokojenost s porodem je však navíc utvářena i spokojeností rodičky s vlastním chováním (zejména zvládáním bolesti) a s podporou partnera či jiné blízké osoby. Některé aspekty porodní zkušenosti současně determinují spokojenost s porodní péčí, například prožívání bolesti a průběh porodu. U spokojenosti s péčí představují významnou determinantu preference rodičky a její aktuální potřeby, u spokojenosti s porodem její očekávání a sebedůvěra (či self-efficacy). Hlavní dimenze a determinanty spokojenosti s péčí a spokojenosti s porodem popsané v kapitolách 4 a 5 znázorňuje obrázek 1. Průnik ukazuje determinanty spokojenosti s porodem související s porodní péčí.

Model spokojenosti s perinatální péčí by tedy měl obsahovat:

- popis dimenzí péče spadajících do procesuální a strukturální úrovně;
- vyjasnění role průběhu porodu, resp. perinatálních výsledků, pro spokojenost s péčí u různých skupin rodiček (rozlišených zejména dle průběhu porodu);
- popis sociálně-psychologických determinant spokojenosti (očekávání, resp. preferencí a aktuálních potřeb) a jejich interakcí mezi sebou navzájem a s faktickou zkušeností s péčí;
- vyjasnění odlišných preferencí u různých skupin rodiček;
- vyjasnění rozdílnosti determinant pro různé dimenze péče;
- vyjasnění rozdílu mezi spokojeností s péčí a spokojeností s porodem na základě odlišnosti jejich dimenzí a determinant.

Obrázek 1 Spokojenost s péčí a spokojenost s porodem co do dimenzí a determinant



Empirická část

7. Úvod do empirické části a cíle výzkumu

Tato disertace je příspěvkem k teorii pacientské spokojenosti ve specifické oblasti perinatální péče s důrazem na její psychosociální dimenzi. Úkolem teoretické části práce bylo navrhnout model spokojenosti, který by se mohl stát východiskem pro konstrukci dotazníkových (evaluačních) nástrojů. Z analýzy literatury provedené v teoretické části práce vyplývá, že by tento model měl zahrnovat taxonomii dimenzí a determinant spokojenosti včetně zohlednění rozdílu ve významu jednotlivých dimenzí a determinant pro různé skupiny rodiček (rozlišené zejména dle průběhu porodu), a měl by též reflektovat rozdíl mezi spokojeností s péčí a spokojeností s porodem.

Jak bylo ukázáno výše, dosavadní výzkumy zaměřené na spokojenost rodiček s perinatální péčí přinášejí poměrně konzistentní informace o tom, které psychosociální komponenty či dimenze spokojenost s péčí utvářejí; chybí však zvláštní analýzy dimenzí spokojenosti pro různé skupiny rodiček. Je přitom pravděpodobné, že se budou tyto dimenze (či jejich subjektivní důležitost) u různých skupin žen lišit. Pokud jde o determinanty spokojenosti s péčí, literatury je nedostatek a stávající studie navíc přinášejí poměrně rozporuplné výsledky. Jen málo prací se například věnovalo vztahu spokojenosti s péčí a osobnostních charakteristik, stresu či sociální opory, opomíjené je i téma porodní bolesti, na níž se sice často zaměřují studie zkoumající spokojenost s porodem, ale jen minimálně je sledována jako faktor ovlivňující spokojenost s perinatální péčí. Málo prostoru je dále věnováno otázce, jaký význam mají pro spokojenost s péčí psychosociální aspekty ve srovnání s biomedicínskými faktory, jako je například průběh porodu, prožívání porodní bolesti, komplikace a intervence, a rovněž ve srovnání s prostředím a vybavením porodnice. Jak už bylo naznačeno výše, značná konfuze pak panuje v užívání pojmů spokojenost s péčí a spokojenost s porodem, takže některé studie mezi těmito pojmy vůbec nerozlišují, případně zahrnují pod aspekty související s porodem aspekty péče a obráceně.

Ve snaze najít odpověď na otázky, které nejsou v dosavadní literatuře dostatečně prozkoumány, je cílem empirické části této práce:

1. identifikovat psychosociální aspekty perinatální péče, které představují hlavní komponenty (dimenze) spokojenosti s touto péčí u různých skupin žen rozdělených podle typu porodu (ženy se spontánním vaginálním porodem, ženy rodící akutní SC a ženy rodící plánovanou SC);
2. zjistit, jaký význam mají pro spokojenost s porodní péčí její psychosociální aspekty ve srovnání s biomedicínskými proměnnými (průběhem porodu, intervencemi, komplikacemi, porodní bolestí) a prostředím a vybavením porodnice;
3. porovnat spokojenost s perinatální péčí u žen s psychosociálními riziky (úzkostnost, depresivita, nízká sociální opora, stres v těhotenství atd.) a analyzovat interakce mezi těmito riziky a jednotlivými psychosociálními aspekty péče, tj. zjistit, zda může u vulnerabilních žen zvýšit vysoká spokojenost s dílčími psychosociálními aspekty péče jejich celkovou spokojenost s péčí a s porodním zážitkem;
4. rozlišit spokojenost s porodní péčí a spokojenost s porodem porovnáním jejich klíčových psychosociálních dimenzí a determinant.

8. Soubor a metodika

8.1 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; pro zasílání dotazníků on-line formou byla vytvořena zvláštní webová aplikace, která umožňuje automatické individuální zasílání odkazů na dotazník ve stanoveném časovém intervalu od porodu. Data o průběhu porodu byla získána ze zdravotnické dokumentace ve spolupráci s vrchními sestrami z příslušných gynekologicko-porodnických oddělení. Ženy byly k účasti na projektu motivovány možností získat zdarma svůj osobnostní psychologický profil (pomocí dotazníku NEO-FFI; Hřebíčková & Urbánek, 2001) díky podpoře projektu ze strany společnosti Testcentrum-Hogrefe. Výzkum schválila Etická komise Nemocnice Jihlava (multicentrická komise s působností pro Kraj Vysočina).

8.2 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 zasílaný 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 od nich byla k dispozici data ze zdravotnické dokumentace – základní charakteristiky souboru ukazuje tabulka 2. 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 z dat od souboru 438 žen, které vyplnily i dotazník v posledním trimestru těhotenství.

Tab. 2 Charakteristiky výzkumného souboru (n = 680)

Věk, roky (SD)	30,6 (4,4)
Věk, roky (rozpětí)	17,8 – 45,8
Nadstandard na oddělení šestinedělí, n (%)	174 (25,7)
Vzdělání (n=673)	
základní, n (%)	4 (0,6)
Středoškolské bez maturity, n (%)	67 (10,0)
Středoškolské s maturitou, n (%)	233 (34,6)
Nástavba, VOŠ, VŠ bakalářské, nedokončená VŠ, n (%)	161 (23,9)
VŠ magisterské, n (%)	208 (30,9)
Parita (n=664)	
Primipara, n (%)	319 (48,0)
Multipara, n (%)	345 (52,0)
Průběh porodu (n =680)	
Vaginální spontánní, n (%)	463 (68,1)
Vaginální operativní, n (%)	23 (3,4)
Plánovaný císařský řez, n (%)	101 (14,8)
Akutní císařský řez, n (%)	93 (13,7)
Počet dětí na těhotenství	
Jedno dítě, n (%)	668 (98,2)
Dvě a víc dětí, n (%)	12 (1,8)

Rodinný stav (n=669)	
Svobodná, n (%)	165 (24,7)
Vdaná, n (%)	474 (70,8)
Rozvedená, n (%)	28 (4,2)
Vdova, n (%)	2 (0,3)
Nechtěné těhotenství, (n=438), n (%)	16 (3,6)

8.3 Sledované proměnné

8.3.1 Závisle proměnné

Spokojenost s perinatální péčí

Otázka týkající se spokojenosti byla formulována: *Jak byste celkově hodnotila péči, které se Vám v porodnici dostalo?* Odpovědi byly zaznamenávány na sedmibodové škále (1-7 bodů) ukotvené výrazy *„byla jsem úplně spokojena“* a *„byla jsem úplně nespokojena“*, tj. vyšší skór indikoval větší nespokojenost. Odpovědi byly zaznamenávány zvlášť pro porodnické oddělení a zvlášť pro oddělení šestinedělí. Na tuto otázku ženy odpovídaly minimálně 58 dní po porodu, tj. po ukončení období šestinedělí. Toto načasování bylo zvoleno se záměrem vyhnout se zkreslení výsledků, které přináší příliš časné nebo naopak příliš pozdní dotazování na spokojenost s perinatální péčí, viz kap. 5.1.6.

Spokojenost s porodem

Otázka zjišťující spokojenost s porodem byla formulována: *Jak byste celkově ohodnotila svůj poslední porod?* Odpovědi byly zaznamenávány na sedmibodové škále (1-7 bodů) ukotvené výrazy *“krásný zážitek“* a *„hrozný zážitek“,* tj. vyšší skór indikoval větší nespokojenost. Na tuto otázku ženy odpovídaly rovněž minimálně 58 dní po porodu, tj. po ukončení období šestinedělí.

8.3.2 Nezávisle proměnné

Psychosociální aspekty perinatální péče:

- jednotlivé položky *Dotazníku psychosociálního klimatu porodnice KLI-P,* podrobnější popis metody viz oddíl *8.4 Nástroje.*

Biomedicínské proměnné:

- emergentní *sectio caesarea* (SC) – císařský řez, kdy od stanovení indikace operace k zahájení operace neuplynulo více než 30 minut;
- indukce porodu – vyvolání děložních stahů před jejich spontánním nástupem aplikací prostaglandinů nebo oxytocinu, případně s předchozí

dirupcí vaku blan;

- augmentace porodu – podání oxytocinu v infúzi za účelem zesílení děložních kontrakcí při odteklé plodové vodě nebo po dirupci vaku blan;
- indukce a augmentace porodu;
- aplikace oxytocinu;
- nepostupující porod – měřeno zvlášť pro první a druhou dobu porodní; u první doby porodní byla měřena délka její aktivní fáze, tj. interval od velikosti branky 3 cm do zániku branky – hodnota odpovídající 90. percentilu byla v našem souboru 450 minut; trvání druhé doby porodní bylo měřeno jako interval od zániku branky do narození dítěte, hodnota odpovídající 90. percentilu byla v našem souboru 21 minut;
- kontinuální CTG;
- velká krevní ztráta (nad 90. percentil, tj. ≥ 550 ml krve);
- poporodní laparotomie;
- porodní bolest – měřeno zvlášť pro první a druhou dobu porodní pomocí vizuální analogové škály (VAS) dlouhé 100 mm, ukotvené slovy „žádná bolest“ a „nejhorší možná bolest“; pro účely analýzy byl za cut-off point zvolen 90. percentil naměřených skórů a odpovědi byly rozděleny na dvě skupiny: „extrémní bolest“ a „bolest střední a nízká“; u první doby porodní odpovídal 90. percentilu skór 93 bodů na VAS, u druhé doby porodní skór 94 bodů na VAS.

8.3.3 Psychosociální rizikové faktory

Při porovnání spokojenosti žen s rizikovými faktory se spokojeností žen bez těchto faktorů byly sledovány následující proměnné:

- strach z porodu v těhotenství *(Oxford Worries about Labour Scale, OWLS);*
- nízká sebedůvěra ženy v mateřské roli měřená v těhotenství *(Maternal Self-Report Inventory – short version prenatal, MSRI);*

- nechtěné těhotenství (proměnná byla zjišťována v těhotenství otázkou: *Vaše těhotenství jste: předem plánovala a nějakou dobu jste se snažila otěhotnět; přímo neplánovala, ale uvažovala jste o tom, že byste chtěla otěhotnět; neplánovala a o těhotenství jste neuvažovala, ale když jste otěhotněla, byla to pro Vás žádoucí změna; neplánovala a když jste otěhotněla, představovalo to pro Vás komplikaci; neplánovala a když jste zjistila, že jste těhotná, uvažovala jste o přerušení těhotenství*); za nechtěné těhotenství byly považovány poslední dvě varianty odpovědi;
- žena žije bez partnera;
- rodinný stav (žena není vdaná);
- nízká sociální opora vnímaná rodičkou v těhotenství *(Perceived Social Support Scale, PSSS);*
- věk < 30 let;
- nižší vzdělání (základní vzdělání a učební obor bez maturity);
- úzkost v těhotenství *(Stait Trait Anxiety Inventory, STAI)*, použita forma úzkostnost jako rys, verze X-2;
- deprese v těhotenství *(Edinburská škála postnatální deprese, EPDS);*
- stres v těhotenství *(Perceived Stress Scale, PSS);*
- nízký sociální status (žena odpověděla na otázku po spokojenosti s finanční situací nebo bydlením, že je *„nespokojena“* nebo *„velmi zklamána“*);
- parita (žena je prvorodička).

8.4 Nástroje

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

Oxford Worries about Labour Scale (OWLS)

Tento dotazník se skládá z 9 položek detekujících konkrétní obavy, které mohou těhotné ženy prožívat v souvislosti s blížícím se porodem (např. *bojím se, že budu*

mít dlouhý porod). Položky jsou skórovány na čtyřbodové škále (*velmi se bojím, trochu se bojím, spíše se nebojím, vůbec se nebojím*), přičemž vyšší skór indikuje menší obavy. Autoři ověřili dotazník na souboru 400 žen a zjistili, že nástroj vykazuje velmi dobrou validitu a reliabilitu (vnitřní konzistenci) (Redshaw et al., 2009).

Maternal Self-Report Inventory – krátká verze pro prenatální období (MSRI-s)

Tento dotazník se zaměřuje na sebejistotu ženy v mateřské roli. Má dvě verze: verzi pro těhotné a verzi pro ženy po porodu. Obě verze obsahují shodné položky, ovšem verze pro těhotné je kratší, neboť na některé položky z kompletního setu nemohou tyto ženy odpovědět (např. na položky týkající se porodní zkušenosti). V této studii byla použita verze pro těhotné ženy, která obsahuje 12 položek; ženy hodnotí míru jejich výstižnosti na pětibodové Likertově škále (Farrow & Blissett, 2007). Čtyři položky jsou formulovány negativně, a skórují se tedy reverzně, ostatní položky obsahují pozitivní tvrzení (např. *Jsem si jistá, že své dítě dokážu naučit nové věci*). Položky jsou skórovány v rozmezí od 1 do 5 bodů, tj. rozpětí celkového skóru se pohybuje od 12 do 60 bodů, přičemž vyšší skór indikuje vyšší mateřskou sebedůvěru. Studie uvádějí vysoké koeficienty vnitřní konzistence (nad 0,8) (Farrow & Blissett, 2007; O'Reilly et al., 2014).

Perceived Social Support Scale (PSSS)

Tato škála je patrně nejčastěji užívaným nástrojem pro měření sociální opory a používá se často i ve studiích zaměřených na populaci těhotných žen. Jedná se o 12ti položkový dotazník zjišťující vnímanou sociální oporu; nejedná se tedy o „objektivní" posouzení sociální opory, nýbrž o zjištění toho, za jak dostatečnou daná osoba sociální oporu považuje. Škála se zaměřuje nejen na oporu ze strany rodiny, ale i na oporu ze strany širšího okolí. Položky jsou skórovány na sedmibodové škále (od *velmi silně nesouhlasím* po *velmi silně souhlasím*), rozpětí celkového skóru se pohybuje od 12 do 84 bodů, vyšší skór indikuje vyšší sociální oporu. Studie popisují dobrou reliabilitu a validitu tohoto nástroje (Zimet et al.,

1988; Zhu et al., 2014).

Stait Trait Anxiety Inventory (STAI)

Tato škála je nejrozšířenějším nástrojem pro měření úzkosti a úzkostnosti a byla opakovaně využívána i pro populaci těhotných žen a pro ženy v perinatálním období (Bayrampour et al., 2015; Newham et al., 2012; Ferreira et al., 2015; Meades & Ayers, 2011). Dotazník STAI vyvinul v roce 1983 Spielberger a při jeho konstrukci se zaměřil na dvě domény: přechodný stav úzkosti a relativně trvalý rys úzkostnosti. Dotazník se tedy skládá ze dvou samostatných škál, z nichž každá obsahuje 20 položek. V této studii byla použita škála zjišťující stabilnější charakteristiku osobnosti, rys úzkostnosti (tj. verze X-2). Položky této škály popisují obvyklé pocity a tendence jedince (např. *Málo si důvěřuji, Bývám smutná*). Respondenti hodnotí jednotlivé položky na čtyřbodové škále, a to dle míry, v jaké se u nich dané pocity a tendence obvykle vyskytují *(téměř nikdy; někdy; často; téměř vždy).* Jednotlivé odpovědi jsou skórovány od 1 do 4 bodů, tj. rozpětí celkového skóru se pohybuje od 20 do 80 bodů. Vyšší skór indikuje vyšší úzkostnost. Dotazník má dobrou vnitřní konzistenci, což potvrdila i slovenská standardizační studie (Heretik et al., 2009).

Edinburská škála postnatální deprese (Edinbourgh Postnatal Depression Scale, EPDS)

EPDS je sebeposuzovací 10položková metoda, která vyhodnocuje přítomnost depresivních symptomů za posledních 7 dní. Jedná se o nejužívanější nástroj pro screening poporodní deprese, tato metoda však byla validizována i pro screening deprese u populace těhotných žen (Breedlove & Fryzelka, 2011). Dotazník vyvinul Cox se spolupracovníky v roce 1987 (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Pět položek detekuje dysforii, dvě úzkost a ostatní položky se týkají pocitů viny, neschopnosti vyrovnávat se s každodenními nároky a myšlenek na sebevraždu. Odpovědi jsou zaznamenávány na čtyřbodové škále od 0 do 3; vyšší skór indikuje více depresivních symptomů. Cut-off point byl autory původně stanoven na 9/10 bodů, později však byla tato hranice posunuta na 11/12

či 12/13 bodů, neboť nižší cut-off point vedl k množství falešně pozitivních případů. V této studii byl zvolen cut-off point 12/13 bodů.

Perceived Stress Scale (PSS)

Tento dotazník je široce užívanou škálou pro měření prožívaného stresu, kterou vyvinuli Cohen, Kamarck a Mermelstein (1983). Škála sestává z 10 položek zjišťujících frekvenci určitých pocitů během posledního měsíce. Odpovědi jsou zaznamenávány na pětistupňové škále *(nikdy; téměř nikdy; někdy; celkem často; velmi často).* Položky jsou formulovány tak, aby dotazník dokázal detekovat míru, v níž daná osoba vnímá svůj život a situace, v nichž se nachází, jako nepředvídatelné, nekontrolovatelné a stresující. Položky jsou formulovány velmi obecně, aby se vyloučilo zkreslení odpovědí v důsledku kontextově specifických významů. Čtyři položky jsou formulovány pozitivně (např. *Jak často jste měla pocit, že věci probíhají podle Vašich představ?*), tj. jsou skórovány reverzně, zbylých 6 položek obsahuje negativní tvrzení (např. *Jak často jste se cítila nervózní a ve stresu?*). Každá položka může přispět k celkovému skóru 0 až 4 body, výsledný skór se tedy pohybuje v rozmezí 0 až 40, přičemž vyšší skór indikuje vyšší intenzitu vnímaného stresu. Vnitřní konzistence škály měřená Cronbachovým koeficientem alfa se dle autorů pohybuje mezi 0,84 – 0,86 (Cohen et al., 1983).

Dotazníky, jejichž validizovaná česká verze nebyla k dispozici, byly přeloženy do češtiny profesionálním překladatelem, překlad byl posouzen dvěma psychology a jedním lékařem a následně byla provedena pilotáž dotazníků v rámci dotazníkových baterií.

Ve druhé fázi sběru dat (po ukončení období šestinedělí) byl ženám administrován **Dotazník psychosociálního klimatu porodnice KLI-P** (Takács et al., 2012; Takács et al., 2013), který měří spokojenost žen s psychosociálními aspekty perinatální péče zvlášť pro porodnické oddělení (PO) a pro oddělení šestinedělí (OŠ). Dotazník pro PO obsahuje 34 položek, dotazník pro OŠ 37 položek.

Respondentky hodnotí na čtyřbodové škále Likertova typu, do jaké míry souhlasí či nesouhlasí s předkládanými tvrzeními. Obě části dotazníku obsahují šest škál; pro zvýšení psychometrické kvality nástroje se v obou částech dotazníku objevuje jedna škála složená výhradně z negativně formulovaných položek, které jsou skórovány reverzně. Počet položek v jednotlivých škálách a koeficient vnitřní konzistence škál ukazuje tabulka 3. Stručný popis jednotlivých škál je uveden v tabulce 4.

Tab. 3 Počet položek ve škálách a koeficient vnitřní konzistence škál

Škála	**Počet položek**	**Cronbachův α koeficient**
Porodnické oddělení		
Vstřícnost a empatie – lékaři	7	0,93
Vstřícnost a empatie – porodní asistentky	7	0,93
Nadřazenost a nedostatek zájmu	8	0,82
Fyzické pohodlí a služby	5	0,79
Kontrola a podíl na rozhodování	3	0,74
Podávání informací a dostupnost zdravotníků	4	0,79
Oddělení šestinedělí		
Vstřícnost a empatie – zdravotníci pečující o novorozence	8	0,93
Vstřícnost a empatie – zdravotníci pečující o rodičky	8	0,92
Nadřazenost a nedostatek zájmu	6	0,79
Fyzické pohodlí a služby	7	0,86
Kontrola a podíl na rozhodování	3	0,73
Podávání informací a dostupnost zdravotníků	5	0,80

Tab. 4 Škály dotazníku KLI-P

Vstřícnost a empatie	Škála vyhodnocuje přístup a chování zdravotníků k rodičkám (vstřícnost, respekt, ohleduplnost) včetně jejich schopnosti poskytnout rodící ženě a nedělce emoční podporu.
Podávání informací a dostupnost zdravotníků	Škála zjišťuje míru, srozumitelnost a načasování podávaných informací a rovněž to, zdali jsou zdravotníci dostupní, když je žena potřebuje.
Kontrola rodičky a její podíl na rozhodování	Škála vyhodnocuje míru zapojení rodičky do rozhodování o průběhu porodu a péči o dítě, respekt k jejím přáním a potřebám a rovněž to, zdali se rodička orientuje v plánovaném dění.
Nadřazenost a nedostatek zájmu	Škála sleduje, zdali zdravotníci přistupují k rodičce jako k rovnocennému partnerovi a zdali je jejich přístup k rodičce individuální.
Fyzické pohodlí a služby	Škála vyhodnocuje spokojenost rodičky s fyzickým pohodlím, vybavením porodnice a poskytovanými službami.

8.5 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 včetně (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).

9. Výsledky

9.1 Spokojenost s porodní péčí u žen se spontánním vaginálním porodem

Tabulka 5 ukazuje distribuci skórů pro spokojenost s péčí na porodnickém oddělení (PO) u žen, které porodily spontánně vaginálně. Skóry jsou rozloženy nerovnoměrně – 65 % žen uvedlo maximální spokojenost, 21 % žen zvolilo druhé nejlepší hodnocení a jen necelá 3 % žen byla s péčí v průběhu porodu zcela nespokojena.

Tab. 5 Distribuce skórů spokojenosti s porodní péčí na PO u žen se spontánním vaginálním porodem (n = 463)

Skór	Četnost	%	Kumulativní četnost	Kumulativní procenta
1	303	65.44	303	65.44
2	96	20.73	399	86.18
3	30	6.48	429	92.66
4	7	1.51	436	94.17
5	4	0.86	440	95.03
6	11	2.38	451	97.41
7	12	2.59	463	100.00

9.1.1 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodní péčí u žen se spontánním vaginálním porodem

Výsledky jednoduché logistické regrese ukázaly, že všechny položky dotazníku KLI-P pro porodnické oddělení (PO) představují významné prediktory spokojenosti s péčí na tomto oddělení (výsledky nejsou ukázány v tabulce). Kromě dvou položek týkajících se čistoty a uspořádání prostor, u nichž byla zjištěna p-hodnota 0,017, resp. 0,0004, byla u všech položek naměřena p-hodnota <0,0001. Regresní model vytvořený pomocí postupné krokové regrese zahrnoval následující proměnné: laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek, důvěra

v porodní asistentky, emoční podpora ze strany lékařů, nadřazený přístup lékařů, dostupnost zdravotníků a možnost volby porodní polohy. Při použití dopředného výběru byly výsledné proměnné identické, při zpětném výběru obsahoval regresní model navíc následující položky: emoční podpora od porodních asistentek, úcta a respekt ze strany lékařů a jejich respekt k soukromí a studu rodičky. Vícenásobná logistická regrese, do níž jako nezávisle proměnné vstoupily položky získané pomocí postupné krokové regrese, poukázala na následující položky, které přispívají unikátním způsobem k vysvětlení variability spokojenosti rodiček s péčí (viz tab. 6): laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek, emoční podpora ze strany lékařů, možnost volby porodní polohy; hraničně významný pak byl nadřazený přístup lékařů, důvěra v porodní asistentky a dostupnost zdravotníků. Tento model vysvětloval 35 % variability spokojenosti s porodní péčí u žen rodících spontánně vaginálně.

Tab. 6 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

Kontrolní vícenásobná regrese, do níž byly vzaty jako nezávisle proměnné položky významné v postupné krokové regresi a zároveň při zpětném výběru, ukázala jako významné prediktory s unikátním příspěvkem k vysvětlení variability spokojenosti s péčí na PO laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek a volbu porodní polohy; mezi hraničně významné faktory patřil nadřazený přístup lékařů a dostupnost zdravotníků. Tento model vysvětloval 36 % variability spokojenosti (viz tab. 7).

Tab 7 Psychosociální prediktory spokojenosti s péčí na PO u žen rodících spontánně vaginálně, n = 463

Položka dotazníku KLI-P	χ 2	p
Laskavý a vstřícný přístup PA	**9,70**	**0,021**
Důvěra v PA	3,90	0,27
Emoční podpora LEK	3,59	0,31
Nadřazený přístup LEK	7,61	0,055
Dostupnost zdravotníků	7,43	0,059
Možnost volby porodní polohy	**19,04**	**0,0003**
Emoční podpora PA	2,97	0,40
Úcta, respekt LEK	5,17	0,16
Respekt k soukromí a studu LEK	6,52	0,089

R2 = 0,36; výsledky kontrolní vícenásobné logistické regrese

9.1.2 Psychosociální a biomedicínské prediktory spokojenosti s porodní péčí u žen se spontánním vaginálním porodem

V předchozím kroku byly s pomocí vícenásobné regrese identifikovány psychosociální prediktory přinášející unikátní vysvětlení spokojenosti s péčí na PO u žen rodících spontánně vaginálně. Patřily mezi ně následující faktory: laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek, možnost volby porodní polohy, emoční podpora od lékařů, nadřazený přístup lékařů a dostupnost zdravotníků. V dalším kroku jsme zjišťovali prediktivní sílu jednotlivých biomedicínských faktorů pomocí jednoduché logistické regrese (viz tab. 8) a následně jsme zahrnuli významné psychosociální i biomedicínské faktory jako nezávisle proměnné do vícenásobné regresní analýzy (viz tab. 9).

Výsledky jednoduché regresní analýzy (tab. 8) ukázaly, že ze sledovaných biomedicínských proměnných byla u žen rodících spontánně vaginálně jediným významným prediktorem spokojenosti s PO silná bolest v první době porodní; hraničně významná pak byla aplikace oxytocinu.

Tab. 8 Biomedicínské prediktory spokojenosti s péčí na PO u žen rodících spontánně vaginálně, n = 463

Intervence/komplikace	χ 2	p
Indukce	0,15	0,70
Augmentace	0,41	0,52
Aplikace oxytocinu	3,28	0,070
Augmentace + indukce	0,75	0,39

Nepostupující porod – 1. doba porodní > 90. percentil	0,028	0,87
Nepostupující porod – 2. doba porodní > 90. percentil	0,011	0,92
Kontinuální CTG	1,20	0,27
Silná bolest v 1. době porodní (> 90. percentil)	**10,29**	**0,0013**
Silná bolest ve 2. době porodní (> 90. percentil)	0,33	0,57
Poporodní laparotomie	0,0006	0,98
Velká krevní ztráta (> 90. percentil)	1,55	0,21

Výsledky jednoduché logistické regrese

Pomocí postupné krokové regrese, do níž byly zahrnuty psychosociální položky (laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek, možnost volby porodní polohy, emoční podpora lékařů, symetrický přístup lékařů, dostupnost zdravotníků) a biomedicínské proměnné (silná porodní bolest v první době porodní, aplikace oxytocinu), jsme dospěli k následujícímu modelu: laskavost a vstřícnost porodních asistentek, možnost volby porodní polohy, emoční podpora lékařů, symetrický přístup lékařů, dostupnost zdravotníků a silná porodní bolest v první době porodní. Tyto položky vstoupily do vícenásobné regresní analýzy (tab. 9), jejíž výsledky poukazují na to, že silná porodní bolest v první době porodní nepřináší u žen rodících spontánně vaginálně unikátní vysvětlení variability spokojenosti s porodní péčí; významné jsou v tomto ohledu především sledované psychosociální faktory. Model uvedený v tabulce 9 vysvětloval 33,4 % variability spokojenosti s porodní péčí u žen se spontánním vaginálním porodem.

Tab. 9 Psychosociální a biomedicínské prediktory spokojenosti s péčí na PO u žen rodících spontánně vaginálně, n = 463

Faktor	$\chi 2$	p
Laskavý a vstřícný přístup PA	**32,91**	**<0,0001**
Možnost volby porodní polohy	**18,80**	**0,0003**
Emoční podpora LEK	**12,43**	**0,0060**
Nadřazený přístup LEK	**11,23**	**0,010**
Dostupnost zdravotníků	**11,90**	**0,0077**
Silná bolest v 1. době porodní (> 90. percentil)	2,16	0,14

R2 = 0,334; výsledky vícenásobné logistické regrese

9.2 Spokojenost s porodní péčí u žen s akutní SC

Tabulka 10 ukazuje distribuci skórů pro spokojenost s porodní péčí u žen, které porodily akutním císařským řezem. Skóry jsou – podobně jako u žen rodících spontánně vaginálně – rozloženy nerovnoměrně: většina žen (cca 83 %) byla s péčí na PO maximálně spokojena, případně tyto ženy zvolily druhé nejlepší hodnocení; naprostou nespokojenost vyjádřila pouze 3 % žen.

Tab. 10 Distribuce skórů spokojenosti s péčí na PO u žen s akutní SC, n = 93

Skór	Četnost	%	Kumulativní četnost	Kumulativní procenta
1	53	56.99	53	56.99
2	24	25.81	77	82.80
3	8	8.60	85	91.40
4	1	1.08	86	92.47
6	4	4.30	90	96.77
7	3	3.23	93	100.00

9.2.1 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodní péčí u žen s akutní SC

Zatímco u žen rodících spontánně vaginálně se v jednoduché regresní analýze ukázaly jako významné prediktory spokojenosti s péčí na PO všechny položky dotazníku KLI-P vztažené k tomuto oddělení, u žen, které podstoupily akutní císařský řez, byla množina významných prediktorů podstatně menší. Některé položky ovšem u těchto žen nebylo možné vyhodnotit, neboť se vztahovaly výlučně ke spontánnímu vaginálnímu porodu (například možnost volby porodní polohy). Výsledky jednoduché regresní analýzy ukazuje tabulka 11. Jako významné prediktory spokojenosti se u této skupiny žen ukázaly zejména položky vztažené k přístupu lékařů: jejich citlivý přístup, ohledy k soukromí a studu rodičky, emoční podpora, úcta a respekt; u porodních asistentek to byla emoční podpora a citlivý přístup.

Tab. 11 Psychosociální prediktory spokojenosti s péčí na PO u žen s akutní SC, n = 93

Položky dotazníku KLI-P	Číslo položky	χ 2	p
Laskavý a vstřícný přístup PA	**1**	**6,51**	**0,039**
Ochota PA	**2**	**7,17**	**0,0074**
Emoční podpora PA	**3**	**13,63**	**0,0035**
Neosobní přístup PA	4	3,74	0,15
Úcta, respekt PA	5	5,30	0,071
Důvěra v PA	6	4,97	0,088
Nadřazený přístup PA	7	4,75	0,19
Citlivý přístup PA	**8**	**10,18**	**0,0062**
Respekt k soukromí a studu PA	**9**	**6,82**	**0,033**
Hovořili o ženě ve 3. osobě PA	10	3,68	0,30
Laskavý a vstřícný přístup LEK	**1**	**11,58**	**0,0090**
Ochota LEK	**2**	**6,99**	**0,030**
Emoční podpora LEK	**3**	**13,88**	**0,0031**
Neosobní přístup LEK	**4**	**9,14**	**0,027**
Úcta, respekt LEK	**5**	**13,79**	**0,0032**
Důvěra v LEK	6	6,64	0,084
Nadřazený přístup LEK	7	5,82	0,12
Citlivý přístup LEK	**8**	**15,55**	**0,0014**
Respekt k soukromí a studu LEK	**9**	**12,43**	**0,0020**
Hovořili o ženě ve 3. osobě LEK	10	6,20	0,10
Informování o zákrocích	**11**	**6,34**	**0,042**
Nejednotné informace	12	2,11	0,55
Dostupnost zdravotníků	**13**	**9,54**	**0,0085**
Srozumitelnost informací	14	4,87	0,088
Dostatek informací	15	2,40	0,49
Možnost odmítnout zákrok	16	1,11	0,77
Vyrušování při kontrakcích	17	NA	NA
Respekt k tempu porodu	18	NA	NA
Možnost volby porodní polohy			NA
Vzhled prostor	20	1,89	0,59
Čistota prostor	21	0,75	0,39
Uspořádání prostor	22	2,15	0,54
K dispozici relaxační pomůcky	23	NA	NA
Soukromí během první doby por.	24	NA	NA

NA – neaplikovatelná položka; výsledky jednoduché logistické regrese

Pomocí postupné krokové regrese jsme dospěli k následujícímu predikčnímu modelu: emoční podpora lékařů, respekt lékařů k soukromí a studu rodičky a laskavost a vstřícnost porodních asistentek. Výsledek byl identický i v případě, že byl použit dopředný výběr. Zpětný výběr navíc do modelu zařadil následující

dvě položky: úcta a respekt lékařů a emoční podpora porodních asistentek.

Výsledky vícenásobné logistické regrese, do níž vstoupily jako nezávisle proměnné položky zařazené do modelu v postupné krokové regresi, zobrazuje tabulka 12. Unikátní přínos k vysvětlení spokojenosti má u žen s akutní SC z psychosociálních faktorů pouze laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek, hraničně emoční podpora lékařů. Model uvedený v tabulce 12 vysvětluje 27 % variability spokojenosti.

Tab. 12 Psychosociální prediktory spokojenosti s péčí na PO u žen s akutní SC, n = 93

Položka dotazníku KLI-P	χ 2	p
Laskavý a vstřícný přístup PA	**7,13**	**0,028**
Emoční podpora LEK	7,11	0,068
Respekt k soukromí a studu LEK	4,10	0,13

R2 = 0,27; výsledky vícenásobné logistické regrese

Kontrolní analýza, v níž byla provedena vícenásobná regrese s proměnnými identifikovanými ve zpětném výběru, nenalezla mezi psychosociálními proměnnými žádný významný prediktor s unikátním příspěvkem k vysvětlení variability spokojenosti.

9.2.2 Biomedicínské prediktory spokojenosti s porodní péčí u žen s akutní SC

V dalším kroku jsme zjišťovali dopad biomedicínských proměnných (porodních komplikací a intervencí) na spokojenost žen rodících akutní SC s péčí na PO. Výsledky zachycuje tabulka 13. Ani jedna z biomedicínských proměnných nepředstavovala významný prediktor spokojenosti.

Tab. 13 Biomedicínské prediktory spokojenosti s péčí na PO u žen s akutní SC, n = 93

Intervence/komplikace	χ 2	p
Emergentní SC	0,25	0,62
Indukce	0,61	0,44
Augmentace	0,16	0,69
Aplikace oxytocinu	0,71	0,40
Provokace + augmentace	0,28	0,60
Nepostupující porod – 1. doba porodní > 90. percentil	0,26	0,61
Kontinuální CTG	0,84	0,36

Velká krevní ztráta (> 90. percentil)	0,0026	0,96
Silná bolest v 1. době porodní (> 90. percentil)	0,37	0,54
Poporodní laparotomie	0,32	0,57

Výsledky jednoduché logistické regrese

9.3 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodní péčí u žen s plánovanou SC

Tabulka 14 ukazuje distribuci skórů pro spokojenost s porodní péčí u žen, které porodily plánovaným císařským řezem. Skóry jsou opět nerovnoměrně rozložené, přičemž maximální spokojenost či druhou nejlepší kategorii odpovědi zvolilo přes 80 % žen a pouze necelá 2 % žen byla s péčí zcela nespokojena.

Tab. 14 Distribuce skórů spokojenosti s porodní péčí na PO u žen s plánovanou SC, n = 101

Skór	Četnost	%	Kumulativní četnost	Kumulativní procenta
1	58	57.43	58	57.43
2	27	26.73	85	84.16
3	8	7.92	93	92.08
4	2	1.98	95	94.06
6	4	3.96	99	98.02
7	2	1.98	101	100.00

U žen s plánovaným císařským řezem nebylo možné vyhodnotit položky týkající se průběhu porodu (kontrakcí, volby porodní polohy apod.). Výsledky jednoduché regresní analýzy zkoumající prediktory spokojenosti s péčí na PO u žen s plánovanou SC zachycuje tabulka 15. Mezi nejvýznamnější prediktory patřily následující položky: dostatek a srozumitelnost informací, laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek a jejich emoční podpora a rovněž emoční podpora od lékařů.

Tab. 15 Psychosociální prediktory spokojenosti s péčí na PO u žen s plánovanou SC, n = 101

Položky dotazníku KLI-P	Číslo položky	χ 2	p
Laskavý a vstřícný přístup PA	**1**	**17,25**	**0,0002**
Ochota PA	**2**	**10,12**	**0,0064**
Emoční podpora PA	**3**	**17,48**	**0,0006**
Neosobní přístup PA	**4**	**9,28**	**0,026**
Úcta, respekt PA	**5**	**12,58**	**0,0056**
Důvěra v PA	**6**	**8,45**	**0,037**
Nadřazený přístup PA	**7**	**12,63**	**0,0055**
Citlivý přístup PA	**8**	**8,70**	**0,013**
Respekt k soukromí a studu PA	**9**	**13,66**	**0,0034**
Hovořili o ženě ve 3. osobě PA	**10**	**9,24**	**0,026**
Laskavý a vstřícný přístup LEK	**1**	**7,61**	**0,022**
Ochota LEK	**2**	**4,56**	**0,033**
Emoční podpora LEK	**3**	**14,37**	**0,0008**
Neosobní přístup LEK	**4**	**12,92**	**0,0048**
Úcta, respekt LEK	**5**	**9,06**	**0,011**
Důvěra v LEK	**6**	**7,11**	**0,0077**
Nadřazený přístup LEK	**7**	**8,54**	**0,036**
Citlivý přístup LEK	8	3,70	0,16
Respekt k soukromí a studu LEK	**9**	**15,20**	**0,0017**
Hovořili o ženě ve 3. osobě LEK	**10**	**8,56**	**0,036**
Informování o zákrocích	**11**	**11,83**	**0,0080**
Nejednotné informace	**12**	**8,25**	**0,041**
Dostupnost zdravotníků	**13**	**13,31**	**0,0013**
Srozumitelnost informací	**14**	**16,44**	**0,0003**
Dostatek informací	**15**	**21,59**	**<0,0001**
Možnost odmítnout zákrok	16	4,17	0,24
Vyrušování při kontrakcích	17		NA
Respekt k tempu porodu	18		NA
Možnost volby porodní polohy	19		NA
Vzhled prostor	20	7,74	0,052
Čistota prostor	**21**	**6,66**	**0,036**
Uspořádání prostor	22	2,38	0,30

Výsledky jednoduché logistické regrese

Pomocí postupné krokové regrese jsme získali následující predikční model: dostatek informací, laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek a respekt k soukromí a studu ze strany lékařů; při použití dopředného i zpětného výběru proměnných byly výsledky identické.

Výsledky vícenásobné regrese ukazuje tabulka 16. Z této analýzy vyplývá,

že unikátní příspěvek k vysvětlení variability spokojenosti s péčí na PO přináší u žen s plánovanou SC pouze dostatek informací a respekt k soukromí a studu ze strany lékařů, hraničně laskavost a vstřícnost porodních asistentek. Model uvedený v tabulce 16 vysvětloval 36 % variability spokojenosti s péčí na PO u žen s plánovanou SC.

Tab. 16 Psychosociální prediktory spokojenosti s péčí na PO u žen s plánovanou SC, n = 101

Položka dotazníku KLI-P	χ 2	p
Laskavý a vstřícný přístup PA	5,58	0,061
Respekt k soukromí a studu LEK	**8,44**	**0,038**
Dostatek informací	**14,20**	**0,0008**

R2 = 0,36; výsledky vícenásobné logistické regrese

Pokud jde o biomedicínské faktory, analýza nebyla provedena, neboť většinu z těchto faktorů nelze u žen s plánovanou SC sledovat (porodní bolest, nepostupující porod, indukce a augmentace porodu, kontinuální CTG).

9.4 Psychosociální prediktory spokojenosti žen s péčí na oddělení šestinedělí (OŠ)

Rovněž spokojenost s péčí na oddělení šestinedělí se vyznačuje nerovnoměrným rozložením skórů – opět více než 80 % žen uvedlo maximální spokojenost, případně druhou nejvíce pozitivní variantu odpovědi. Pouze 2 % žen vyjádřila naprostou nespokojenost (viz tab. 17).

Tab. 17 Distribuce skórů spokojenosti s péčí na OŠ, n = 680

Skór	Četnost	%	Kumulativní četnost	Kumulativní procenta
1	371	54,56	371	54,56
2	207	30,44	578	85,00
3	45	6.82	623	91,62
4	14	2,06	637	93,68
5	11	1,62	648	95,29
6	17	2,50	665	97,79
7	15	2,21	680	100,00

Výsledky jednoduché logistické regrese ukazují, že všechny položky dotazníku KLI-P vztahující se k OŠ představují významné prediktory spokojenosti s péčí na tomto oddělení. Kromě položky *„Své dítě jsem mohla vidět, kdykoli jsem chtěla“*, u níž byla zjištěna p-hodnota 0,001, byla p-hodnota všech položek <0,0001. S pomocí postupné krokové regrese byl proveden následující výběr proměnných: důvěra v personál pro novorozence, nadřazený přístup personálu pro novorozence, laskavý a vstřícný přístup personálu pro rodičky, emoční podpora od personálu pro rodičky, včasné informace o zákrocích a vyšetřeních, navzájem nerozporné informace, dostatek informací, pomoc s kojením, vzhled pokoje, dostupnost sprch a toalet, kvalita stravy. Byl-li použit zpětný výběr, do modelu byly zařazeny i položky týkající se respektu k soukromí a studu ze strany personálu pro novorozence a úrovně vybavení pokoje; naopak dopředný výběr zařadil do modelu – oproti výběru pomocí postupné krokové regrese – navíc položku zjišťující vstřícný a laskavý přístup personálu pro novorozence.

Výsledky vícenásobné regresní analýzy (viz tab. 18), do níž byly zahrnuty proměnné tvořící predikční model získaný v postupné krokové regresi, poukazují na to, že unikátním způsobem přispívají k vysvětlení variability spokojenosti s péčí na OŠ následující položky: důvěra k personálu pro novorozence, rada a pomoc s kojením, vzhled pokoje, dostupnost sprch a toalet. Model uvedený v tabulce 18 vysvětloval 39 % variability spokojenosti s péčí na OŠ.

Tab. 18 Psychosociální prediktory spokojenosti s péčí na OŠ, n = 652

Položka dotazníku KLI-P	$\chi 2$	p
Důvěra v personál NOV	**15,04**	**0,0018**
Nadřazený přístup zdravotníků NOV	6,45	0,091
Laskavý a vstřícný přístup zdravotníků ROD	**7,75**	**0,021**
Emoční podpora zdravotníků ROD	**9,59**	**0,023**
Informace o zákrocích a vyšetřeních	**9,25**	**0,026**
Nejednotné informace	**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**
Dostupnost sprch a toalet	**11,56**	**0,0090**
Kvalita stravy	7,44	0,059

R2 = 0,39; výsledky vícenásobné logistické regrese

Kontrolní analýza zahrnující i položky identifikované ve zpětném výběru zachytila následující prediktory s unikátním přínosem pro vysvětlení variability spokojenosti s péčí na OŠ: laskavý a vstřícný přístup personálu pro rodičky, emoční podpora od personálu pro rodičky, informace o chystaných zákrocích a vyšetřeních, jednotné informace, dostatek informací, rada a pomoc s kojením a dostupnost sprch a toalet. Tento model vysvětloval 40 % variability spokojenosti s péčí na OŠ.

9.5 Spokojenost s porodem u žen rodících spontánně vaginálně

Tabulka 19 ukazuje distribuci skórů pro spokojenost s porodem u žen, které porodily spontánně vaginálně. Ve srovnání se spokojeností s porodní péčí jsou skóry spokojenosti s porodem rozloženy rovnoměrněji: maximální spokojenost s porodem vyjádřilo 26 % žen, dalších 22 % žen zvolilo druhé nejlepší hodnocení, každou z dalších tří variant odpovědí blížících se nespokojenosti zaškrtlo nad 10 % žen a dvě odpovědi vyjadřující nejnižší spokojenost zvolilo 7, resp. 5 % žen.

Tab. 19 Distribuce skórů spokojenosti s porodem (spontánní vaginální porod), n = 463

Skór	Četnost	%	Kumulativní četnost	Kumulativní procenta
1	121	26.13	121	26.13
2	106	22.89	227	49.03
3	64	13.82	291	62.85
4	67	14.47	358	77.32
5	51	11.02	409	88.34
6	32	6.91	441	95.25
7	22	4.75	463	100.00

9.5.1 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodem u žen rodících spontánně vaginálně

Zatímco u *spokojenosti s péčí* na PO byly u žen rodících spontánně vaginálně významnými prediktory všechny položky dotazníku KLI-P, u *spokojenosti*

s porodem je množina významných prediktorů podstatně menší; výsledky jednoduché regresní analýzy ukazuje tabulka 20. Nejsilnějšími prediktory spokojenosti s porodem byla u žen rodících spontánně vaginálně možnost odmítnout zákrok a včasné informování o zákrocích a vyšetřeních, dále respekt k tempu porodu, možnost volby porodní polohy, dostatek informací a citlivý přístup lékařů. Vysoce významná byla i emoční podpora lékařů a laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek.

Tab. 20 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodem (spontánní vaginální porod), n = 463

Položky dotazníku KLI-P	Číslo položky	χ 2	p
Laskavý a vstřícný přístup PA	**1**	**18,45**	**0,0004**
Ochota PA	2	4,47	0,21
Emoční podpora PA	**3**	**15,78**	**0,0013**
Neosobní přístup PA	4	5,90	0,12
Úcta, respekt PA	**5**	**9,37**	**0,025**
Důvěra v PA	**6**	**15,85**	**0,0012**
Nadřazený přístup PA	7	3,81	0,28
Citlivý přístup PA	**8**	**13,58**	**0,0035**
Respekt k soukromí a studu PA	9	5,68	0,13
Hovořili o ženě ve 3. osobě PA	10	2,66	0,45
Laskavý a vstřícný přístup LEK	**1**	**11,60**	**0,0089**
Ochota LEK	**2**	**13,81**	**0,0010**
Emoční podpora LEK	**3**	**18,21**	**0,0004**
Neosobní přístup LEK	4	4,70	0,19
Úcta, respekt LEK	**5**	**10,86**	**0,012**
Důvěra v LEK	6	7,58	0,055
Nadřazený přístup LEK	**7**	**10,35**	**0,016**
Citlivý přístup LEK	**8**	**23,27**	**<0,0001**
Respekt k soukromí a studu LEK	**9**	**10,59**	**0,014**
Hovořili o ženě ve 3. osobě LEK	10	6,86	0,076
Informování o zákrocích	**11**	**31,83**	**<0,0001**
Nejednotné informace	12	6,73	0,081
Dostupnost zdravotníků	**13**	**13,50**	**0,0037**
Srozumitelnost informací	14	7,34	0,062
Dostatek informací	**15**	**24,11**	**<0,0001**
Možnost odmítnout zákrok	**16**	**35,20**	**<0,0001**
Vyrušování při kontrakcích	17	0,47	0,92
Respekt k tempu porodu	**18**	**28,90**	**<0,0001**
Možnost volby porodní polohy	**19**	**26,60**	**<0,0001**
Vzhled prostor	20	4,69	0,20

Čistota prostor	21	3,12	0,37
Uspořádání prostor	22	2,19	0,53
K dispozici relaxační pomůcky	23	3,10	0,38
Soukromí během první doby por.	24	5,45	0,14

Výsledky jednoduché logistické regrese

Výběr proměnných provedený pomocí postupné krokové regrese dospěl k následujícímu modelu: laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek, citlivý přístup lékařů zohledňující aktuální stav rodičky a dostatek informací; při použití dopředného i zpětného výběru byly výsledky identické. Výsledky vícenásobné regresní analýzy zachycuje tabulka 21 – mezi 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 21 vysvětloval 9 % variability spokojenosti.

Tab. 21 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

9.5.2 Psychosociální a biomedicínské prediktory spokojenosti s porodem u žen rodících spontánně vaginálně

Jednoduchá logistická regrese, do níž jako nezávisle proměnné vstoupily porodní komplikace a intervence (tab. 22), ukázala jako významné prediktory spokojenosti s porodem následující proměnné: silná bolest v první a druhé době porodní, indukce a augmentace porodu, aplikace oxytocinu a hraničně velká krevní ztráta.

Tab. 22 Biomedicínské prediktory spokojenosti s porodem (spontánní vaginální porod), n = 463

Intervence/komplikace	χ 2	p
Indukce	3,26	0,071
Augmentace	3,28	0,070
Aplikace oxytocinu	**5,16**	**0,023**
Indukce + augmentace	**6,54**	**0,010**
Nepostupující porod – 1. doba porodní > 90. percentil	0,046	0,83
Nepostupující porod – 2. doba porodní > 90. percentil	0,91	0,34
Kontinuální CTG	0,75	0,39
Silná bolest v 1. době porodní (> 90. percentil)	**44,08**	**<0,0001**
Silná bolest ve 2. době porodní (> 90. percentil)	**35,08**	**<0,0001**
Poporodní laparotomie	0,090	0,76
Velká krevní ztráta (> 90. percentil)	**3,82**	**0,050**

Výsledky jednoduché logistické regrese

Výběr proměnných provedený pomocí postupné krokové regrese, do níž byly zahrnuty psychosociální aspekty péče identifikované v předchozím kroku (citlivý přístup lékařů a dostatek informací) i biomedicínské proměnné, dospěl k následujícímu modelu: citlivý přístup lékařů, dostatek informací, indukce a provokace porodu, silná bolest v první a druhé době porodní a velká krevní ztráta. Výsledky vícenásobné regrese ukazuje tab. 23. Jako prediktory přinášející unikátní vysvětlení variability spokojenosti s porodem se u žen rodících spontánně vaginálně ukázaly: silná bolest v první a druhé době porodní, indukce a augmentace porodu, citlivý přístup lékařů, velká krevní ztráta a dostatek informací. Uvedený model vysvětloval 22 % variability spokojenosti s porodním zážitkem.

Tab. 23 Psychosociální a biomedicínské prediktory spokojenosti s porodem (spontánní vaginální porod), n = 463

Faktor	χ 2	p
Citlivý přístup LEK	**12,40**	**0,0061**
Dostatek informací	**9,35**	**0,025**
Indukce + augmentace	**7,96**	**0,0048**
Silná bolest v 1. době porodní (> 90. percentil)	**29,67**	**<0,0001**
Silná bolest ve 2. době porodní (> 90. percentil)	**28,61**	**<0,0001**
Velká krevní ztráta (> 90. percentil)	**7,10**	**0,0077**

R2= 0,22; výsledky vícenásobné logistické regrese

9.6 Spokojenost s porodem u žen s akutní SC

Rozložení skórů spokojenosti s porodem je u žen s akutní SC poměrně rovnoměrné; jejich spokojenost s porodem je však ve srovnání se ženami rodícími spontánně vaginálně nižší – maximální spokojenost s porodem akutní SC vyjádřilo pouze 6 % žen, naprostou nespokojenost pak projevilo 13 % žen.

Tab. 24 Distribuce skórů spokojenosti s porodem (akutní SC), n = 93

Skór	Četnost	%	Kumulativní četnost	Kumulativní procenta
1	6	6.45	6	6.45
2	17	18.28	23	24.73
3	10	10.75	33	35.48
4	21	22.58	54	58.06
5	9	9.68	63	67.74
6	18	19.35	81	87.10
7	12	12.90	93	100.00

9.6.1 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodem u žen s akutní SC

S pomocí jednoduché regrese, do níž jako nezávisle proměnné vstoupily jednotlivé psychosociální aspekty porodní péče, byl u žen s akutní SC nalezen jediný významný prediktor spokojenosti s porodem: srozumitelnost informací (p = 0,027). Hraničně významná byla laskavost a vstřícnost lékařů (p = 0,059).

9.6.2 Psychosociální a biomedicínské prediktory spokojenosti s porodem u žen s akutní SC

Jednoduchá logistická regrese, do níž jako nezávisle proměnné vstoupily jednotlivé porodní komplikace a intervence, poukázala na dva významné prediktory spokojenosti s porodem u žen rodících akutní SC: silnou bolest v první době porodní (p <0,0001) a emergentní SC (p = 0,043) (od indikace k operaci uběhlo maximálně 30 minut). Vícenásobná logistická regrese, do níž jako nezávisle proměnná vstoupila srozumitelnost informací, silná bolest v první době

porodní a emergentní SC, ukázala, že všechny tyto tři faktory mají unikátní přínos k vysvětlení variability spokojenosti s porodem u žen s akutní SC, viz tabulka 25. Model uvedený v tabulce 25 vysvětloval 30 % variability spokojenosti s porodem.

Tab. 25 Psychosociální a biomedicínské prediktory spokojenosti s porodem (akutní SC), n = 93

Faktor	$\chi 2$	p
Srozumitelnost informací	**7,35**	**0,025**
Emergentní SC	**6,50**	**0,011**
Silná bolest v 1. době porodní (> 90. percentil)	**18,13**	**<0,0001**

R2 = 0,30; výsledky vícenásobné logistické regrese

9.7 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodem u žen s plánovanou SC

Tabulka 26 ukazuje rozložení skórů spokojenosti s porodem u žen s plánovanou SC. Skóry spokojenosti s porodem jsou i u této skupiny žen poměrně rovnoměrně rozložené. Spokojenost žen s plánovanou SC je přitom vyšší než spokojenost žen s akutní SC: zatímco s akutní SC bylo maximálně spokojených pouze 6 % žen, ve skupině žen s plánovanou SC vyjádřilo maximální spokojenost s porodem téměř 24 % z nich.

Tab. 26 Distribuce skórů spokojenosti s porodem (plánovaná SC), n = 101

Skór	Četnost	%	Kumulativní četnost	Kumulativní procenta
1	24	23.76	24	23.76
2	29	28.71	53	52.48
3	16	15.84	69	68.32
4	19	18.81	88	87.13
5	5	4.95	93	92.08
6	4	3.96	97	96.04
7	4	3.96	101	100.00

Výsledky jednoduché logistické regrese, do níž jako nezávisle proměnné vstoupily jednotlivé psychosociální aspekty porodní péče, ukazuje tabulka 27.

Tato analýza odhalila následující významné prediktory spokojenosti s porodem u žen s plánovanou SC: emoční podpora porodních asistentek, emoční podpora lékařů, jejich respekt k soukromí a studu, dostupnost zdravotníků, dostatek a srozumitelnost informací, hraničně citlivý přístup lékařů.

Tab. 27 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodem (plánovaná SC), n = 101

Položky dotazníku KLI-P	Číslo položky	χ 2	p
Laskavý a vstřícný přístup PA	1	0,87	0,65
Ochota PA	2	0,36	0,83
Emoční podpora PA	**3**	**10,39**	**0,015**
Neosobní přístup PA	4	3,63	0,30
Úcta, respekt PA	5	3,95	0,27
Důvěra v PA	6	5,00	0,17
Nadřazený přístup PA	7	4,03	0,26
Citlivý přístup PA	8	2,80	0,25
Respekt k soukromí a studu PA	9	7,29	0,063
Hovořili o ženě ve 3. osobě PA	10	2,14	0,54
Laskavý a vstřícný přístup LEK	1	2,86	0,24
Ochota LEK	2	0,74	0,39
Emoční podpora LEK	**3**	**7,81**	**0,02**
Neosobní přístup LEK	4	2,17	0,54
Úcta, respekt LEK	5	4,78	0,092
Důvěra v LEK	6	0,12	0,74
Nadřazený přístup LEK	7	1,08	0,78
Citlivý přístup LEK	8	5,88	0,052
Respekt k soukromí a studu LEK	**9**	**9,28**	**0,026**
Hovořili o ženě ve 3. osobě LEK	10	5,51	0,14
Informování o zákrocích	11	6,38	0,09
Nejednotné informace	12	2,51	0,47
Dostupnost zdravotníků	**13**	**7,58**	**0,023**
Srozumitelnost informací	**14**	**7,24**	**0,027**
Dostatek informací	**15**	**6,49**	**0,039**
Možnost odmítnout zákrok	16	3,70	0,29
Vyrušování při kontrakcích			NA
Respekt k tempu porodu			NA
Možnost volby porodní polohy			NA
Vzhled prostor	20	0,89	0,83
Čistota prostor	21	3,31	0,19
Uspořádání prostor	22	2,58	0,28
K dispozici relaxační pomůcky			NA
Soukromí během první doby por.			NA

Výsledky jednoduché logistické regrese

Výběr pomocí postupné krokové regrese, do níž byly zařazeny položky významné v předchozím kroku, dospěl k následujícímu modelu: emoční podpora od porodních asistentek, citlivý přístup lékařů, dostupnost zdravotníků. Výsledky potvrdil dopředný i zpětný výběr proměnných. Po zařazení těchto položek do vícenásobné logistické regrese se ukázalo, že unikátní vysvětlení variability spokojenosti přinášejí všechny tyto tři položky. Uvedený model vysvětloval 26 % variability spokojenosti s porodem u žen s plánovanou SC.

Tab. 28 Psychosociální prediktory spokojenosti s porodem (plánovaná SC), n = 101

Položka dotazníku KLI-P	$\chi 2$	p
Emoční podpora PA	**8,80**	**0,032**
Citlivý přístup LEK	**6,42**	**0,040**
Dostupnost zdravotníků	**6,39**	**0,041**

R2 = 0,26; výsledky vícenásobné logistické regrese

9.8 Rizikové (psychosociální a biomedicínské) faktory nespokojenosti s porodní péčí

Porovnání spokojenosti s porodní péčí u žen s rizikovými psychosociálními a biomedicínskými faktory a u žen bez této zátěže (viz tab. 29) ukazuje, že významně nižší spokojenost udávaly ženy s neuspokojivým sociálním zázemím, tj. ženy, které žijí bez partnera (3,10 vs. 1,74; p = 0,0022), jsou nespokojeny s finanční situací a bydlením (2,13 vs. 1,72; p = 0,017) a v těhotenství postrádaly sociální oporu (2,14 vs. 1,74; p = 0,033). Méně spokojené s porodní péčí byly i ženy, které v těhotenství prožívaly nadměrný stres (2,41 vs. 1,71; p = 0,01), a dále prvorodičky (1,90 vs. 1,65; p = 0,027) a ženy se silnou porodní bolestí (2,39 vs. 1,72; p = 0,019). Rizikový faktor nespokojenosti s porodní péčí naopak nepředstavovaly osobnostní charakteristiky (úzkost a deprese v těhotenství, strach z porodu, nízká sebedůvěra v roli matky), sociodemografické proměnné (věk, vzdělání, rodinný stav) a průběh porodu (délka, operační porod).

Tab. 29 Porovnání spokojenosti s porodní péčí 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 sebedůvěra v roli matky, 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
Extrémní bolest – 1. doba porodní, n=38	**2,39**	**1,79-2,99**	**1,72**	**1,59-1,85**	**0,019**
Dlouhý porod – 1. doba porodní, n=29	1,62	1,31-1,93	1,79	1,65-1,94	0,72

p pro rozdíl mezi skupinami pomocí Wilcoxonova oboustranného testu

9.9 Rizikové (psychosociální a biomedicínské) faktory nespokojenosti s porodem

Významně nespokojenější s porodem byly ženy, které v těhotenství prožívaly výrazný strach z porodu, měly nízkou sebedůvěru v roli matky a v těhotenství se u nich objevovaly depresivní symptomy (3,96 vs. 3,24; p = 0,013). Méně spokojené s porodem byly rovněž prvorodičky oproti vícerodičkám (3,69 vs. 2,95; p <0,0001), ženy, které podstoupily emergentní SC (tj. od indikace k operaci neuplynulo více než 30 minut) oproti ženám s ostatními typy porodu (4,78 vs. 3,19; p <0,0001), a dále ženy, které prožívaly extrémní porodní bolest oproti ženám, které prožívaly bolest střední či mírnou (5,16 vs. 3,15; p <0,0001). Rozdíl v hodnotách spokojenosti s porodem nebyl zaznamenán u žen s neuspokojivým sociálním zázemím (u žen žijících bez partnera, s nízkou sociální oporou v těhotenství a s nevyhovující finanční situací a bydlením) a s vysokým stresem v těhotenství; nebyly zachyceny ani rozdíly dle věku, vzdělání a rodinného stavu. Rozdíly ve spokojenosti s porodem dle rizikových faktorů zachycuje tabulka 30.

Tab. 30 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 sebedůvěra v roli matky, 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**
Extrémní bolest – 1. doba porodní, n=38	**5,16**	**4,55-5,77**	**3,15**	**2,98-3,32**	**<0,0001**
Dlouhý porod – 1. doba porodní, n=29	3,13	2,49-3,78	3,33	3,15-3,51	0,67

p pro rozdíl mezi skupinami pomocí Wilcoxonova oboustranného testu

9.10 Psychosociální aspekty perinatální péče jako moderátory vztahu mezi rizikovými faktory a spokojeností s péčí v průběhu porodu

Analýza interakcí (výsledky nejsou ukázány v tabulce) mezi (psychosociálními i biomedicínskými) rizikovými faktory a jednotlivými psychosociálními aspekty porodní péče (tj. škálami dotazníku KLI-P) ve vztahu k závisle proměnné spokojenost s porodní péčí poukázala na následující významné interakce:

- emergentní SC – podávání informací (p = 0,031);
- dlouhá druhá doba porodní – vstřícnost porodních asistentek (p = 0,014);
- parita a podávání informací (p = 0,02);
- sebedůvěra v mateřské roli a fyzické pohodlí v porodnici (p = 0,047).

Porovnání spokojenosti s péčí na PO u žen s rizikovými faktory v závislosti na jejich hodnocení dílčích aspektů této péče přineslo následující zjištění:

- Ženy s emergentní SC, které vyjádřily maximální spokojenost s podáváním informací, nebyly celkově spokojenější s péčí než ženy

s emergentní SC, které s podáváním informací projevily menší spokojenost 2,23 vs. 2,17; p = 0,92); u ostatních porodů však platilo, že ženy, které byly maximálně spokojené s informacemi, hodnotily významně lépe i porodní péči (1,44 vs. 2,01; p <0,0001) (viz tab. 31).

- Vstřícnost porodních asistentek souvisela s lepším hodnocením péče na PO bez ohledu na délku porodu, tj. jedná se o protektivní faktor přispívající ke spokojenosti s péčí a nikoli o moderátor vztahu mezi příliš dlouhým porodem a spokojeností s péčí, viz tabulka 32.
- Podobně je tomu s efektem podáváním informací u prvorodiček/vícerodiček: maximální spokojenost s informacemi vede k vyšší spokojenosti s péčí u obou těchto skupin žen, u vícerodiček je tento vztah ovšem vyjádřen výrazněji (p = 0,0023 vs. p <0,0001) (viz tab. 33).
- Ženy s nízkou sebedůvěrou v mateřské roli nehodnotily porodní péči významně lépe, pokud byly maximálně spokojené s fyzickým pohodlím v porodnici (2,35 vs. 1,33; p=0,38); u žen s vyšší mateřskou sebedůvěrou však platilo, že maximální spokojenost s pohodlím souvisela s významně vyšší celkovou spokojeností s porodní péčí (1,58 vs. 2,19; p<0,0001), viz tab. 34.
- Zdá se tedy, že vyšší spokojenost s dílčími aspekty porodní péče pomáhá zvýšit celkovou spokojenost s touto péčí spíše u žen bez rizikových faktorů než u žen s psychosociální či zdravotní zátěží.

Tab. 31 Spokojenost s péčí na PO dle typu porodu a podávání informací

	Maximální spokojenost s informacemi (n = 207)		Ostatní (n = 231)		
Typ porodu	průměr	95%CI	průměr	95%CI	*p*
emergentní sekce	2,23	0,92-3,54	2,17	1,41-2,92	0,92
ostatní porody	1,44	1,27-1,62	2,01	1,83-2,20	**<0,0001**

p pro rozdíl mezi skupinami pomocí Wilcoxonova oboustranného testu

Tab. 32 Spokojenost s péčí na PO dle délky porodu a vstřícnosti porodních asistentek

	Maximální spokojenost se vstřícností PA (n = 166)		Ostatní (n = 272)		
Délka 2. doby porodní	průměr	95%CI	průměr	95%CI	*p*
> 90. percentil	1,00	1,00-1,00	2,31	1,53-3,10	**0,0028**
ostatní	1,33	1,14-1,51	2,04	1,87-2,22	**<0,0001**

p pro rozdíl mezi skupinami pomocí Wilcoxonova oboustranného testu

Tab. 33 Spokojenost s péčí na PO dle parity a podávání informací

	Maximální spokojenost s informacemi (n = 207)		Ostatní (n = 231)		
Parita	průměr	95%CI	průměr	95%CI	*p*
prvorodičky	1,79	1,45-2,12	1,98	1,75-2,22	**0,0023**
vícerodičky	1,23	1,06-1,39	2,08	1,80-2,37	**<0,0001**

p pro rozdíl mezi skupinami pomocí Wilcoxonova oboustranného testu

Tab. 34 Spokojenost s péčí na PO dle mateřské sebedůvěry a fyzického pohodlí

	Maximální spokojenost s pohodlím (n = 240)		Ostatní (n = 130)		
Mateřská sebedůvěra	průměr	95%CI	průměr	95%CI	*p*
nízká	2,35	1,36-3,34	1,33	1,02-1,65	0,38
střední a vysoká	1,58	1,40-1,76	2,19	1,92-2,45	**<0,0001**

p pro rozdíl mezi skupinami pomocí Wilcoxonova oboustranného testu

9.11 Psychosociální aspekty perinatální péče jako moderátory vztahu mezi rizikovými faktory a spokojeností s porodem

S pomocí analýzy interakcí mezi rizikovými faktory a dílčími psychosociálními aspekty péče ve vztahu k závisle proměnné spokojenost s porodem (výsledky nejsou uvedeny v tabulce) byly odhaleny následující významné interakce:

- věk rodičky < 30 let – symetrický přístup zdravotníků (p = 0,0028);
- rodinný stav (svobodná matka) – podávání informací (p = 0,018).

Porovnání spokojenosti s porodem u žen s rizikovými faktory dle jejich hodnocení dílčích aspektů perinatální péče přineslo následující zjištění:

- U žen mladších 30 let nevede maximální spokojenost se symetrickým a rovnocenným přístupem personálu k vyšší spokojenosti s porodem (3,43 vs. 3,47, p = 0,81) a totéž platí pro ženy starší 30 let: ty z nich, které byly maximálně spokojeny se symetrickým přístupem personálu, nehodnotily péči významně lépe než ty z nich, které byly s přístupem zdravotníků v tomto ohledu spokojeny méně (3,28 vs. 3,35; p = 0,86). Výsledky ukazuje tabulka 35.
- Maximální spokojenost s informacemi významně zvyšovala spokojenost s porodem, a to jak u žen svobodných (2,71 vs. 3,69, p = 0,036), tak u žen vdaných, avšak u vdaných žen byl tento vztah vyjádřen významněji (2,97 vs. 3,67; p = 0,0002), tj. ženy maximálně spokojené s informacemi hodnotily péči lépe ve srovnání se ženami, které byly s informacemi spokojeny méně, a tento rozdíl platil bez ohledu na rodinný stav (viz tab. 36). Spokojenost s informacemi tedy nelze chápat jako moderátor vztahu mezi proměnnými „svobodná matka“ a „spokojenost s porodem“.

Tab. 35 Spokojenost s porodem dle věku a symetrického přístupu zdravotníků na PO

	Maximální spokojenost se symetrickým přístupem (n = 167)		Ostatní (n = 209)		
Věk rodičky	průměr	95%CI	průměr	95%CI	*p*
< 30 let	3,43	2,96-3,90	3,47	3,15-3,79	0,81
> 30 let	3,28	2,92-3,64	3,35	2,94-3,76	0,86

p pro rozdíl mezi skupinami pomocí Wilcoxonova oboustranného testu

Tab. 36 Spokojenost s porodem dle rodinného stavu a podávání informací na PO

	Maximální spokojenost s podáváním informací (n = 207)		Ostatní (n = 231)		
Rodinný stav	průměr	95%CI	průměr	95%CI	*p*
svobodná	2,71	1,87-3,55	3,69	3,13-4,25	**0,036**
vdaná	2,97	2,71-3,22	3,67	3,40-3,93	**0,0002**

p pro rozdíl mezi skupinami pomocí Wilcoxonova oboustranného testu

10. Diskuse

Cílem prezentovaného výzkumu 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 teoretickém úvodu.

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 ženy rodící spontánně vaginálně je podle našich dat prioritou možnost podílet se na rozhodování (rozhodovat o porodní poloze); dále je podstatný podpůrný přístup porodních asistentek, respekt ze strany lékařů a dostupnost zdravotníků. Podstatná je sice i bolest během první doby porodní, což uvádějí i jiní autoři (Haines et al., 2013), ve vícenásobné regresní analýze se bolest nicméně již neukázala jako významný prediktor, tj. její efekt je patrně zahrnut v efektu psychosociálních aspektů péče. Lze se tedy domnívat, že spokojenost s péčí závisí u žen rodících spontánně vaginálně především na jejich možnosti spolurozhodovat o vedení porodu a na přístupu a podpoře zdravotníků, přičemž tyto proměnné se zároveň promítají do prožívání bolesti – vnímají-li ženy zdravotníky pozitivně, snášejí lépe i porodní bolest, takže hlavním prediktorem

spokojenosti je přístup zdravotníků a vnímaná bolest je spíše indikátorem přístupu zdravotníků než primárním prediktorem. To je v souladu se závěry podkapitoly 4.2.4 a k této interpretaci se přiklánějí i někteří další autoři (Leap et al., 2010; Hodnett, 2002).

Pro ženy rodící akutním císařským řezem byl klíčovým prediktorem spokojenosti s péčí přístup lékařů, zejména jejich ohleduplnost, citlivý přístup a schopnost poskytnout rodičce emoční podporu, dále byl podstatný i přístup porodních asistentek, především jejich laskavost, vstřícnost a opět emoční podpora. Biomedicínské faktory se u žen rodících akutní SC do spokojenosti s péčí nepromítaly. U žen rodících plánovaným císařským řezem zase o spokojenosti rozhodoval dostatek informací, laskavý a vstřícný přístup porodních asistentek a ohleduplnost lékařů (jejich respekt k soukromí a studu ženy).

Je tedy zřejmé, že ženy s různým průběhem porodu mají různé potřeby, a tedy i různé požadavky na porodní péči: ženy rodící spontánně vaginálně chtějí v první řadě podíl na rozhodování, rovnocenný přístup lékařů a podporu porodních asistentek, ženy rodící akutní SC citlivý přístup lékařů a podporu porodních asistentek a ženy rodící plánovanou SC kromě vstřícného a ohleduplného přístupu zdravotníků především dostatek informací. Rozdělení rodiček do podskupin dle průběhu porodu zároveň vrhá nové světlo na výše zmiňovaný rozpor (viz podkapitola 4.1.4) mezi českou studií o spokojenosti rodiček (Takács et al., 2015), která nezjistila podíl na rozhodování jako významný prediktor spokojenosti s péčí, a zahraničními studiemi, které tento faktor naopak vyzdvihují jako jeden z nejsilnějších prediktorů spokojenosti (Waldenström et al., 2004; Jenkins et al., 2014; Haines et al., 2013; Gamble et al., 2007; Wilde-Larsson et al., 2011; Rudman et al., 2007; Aston et al., 2010; Chalmers & Dzakpasu, 2015; Séguin et al., 1989). Podíl na rozhodování je klíčový pro ženy se spontánním vaginálním porodem, nikoli však pro ženy s operačními porody, takže vliv této proměnné může být zastřen v analýze, která vychází ze souboru žen zahrnujícího i ženy rodící císařským řezem.

Patrně nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím spokojenost s péčí jsou

interpersonální vztahy, což je výsledek, k němuž opakovaně dospívají zahraniční studie (Jenkins et al., 2914; Rudman et al., 2007; Shafiei et al., 2012; Kabakian-Khasholian et al., 2000; Aston et al., 2010; Truijens et al., 2014). Naše analýzy provedené zvlášť pro různé skupiny žen poukazují na to, že ženy rodící spontánně vaginálně preferují především vstřícný přístup porodních asistentek a symetrický, rovnocenný přístup lékařů, zatímco u žen s operačním porodem je kromě vstřícného přístupu porodních asistentek podstatná hlavně ohleduplnost a emoční podpora od lékařů, neboť tyto ženy se necítí být rovnocennými partnery při rozhodování o způsobu vedení porodu a žádají spíše podporu a citlivý přístup nežli podíl na rozhodování.

Prezentované výsledky též poukazují na to, že biomedicínské faktory hrají u spokojenosti s péčí minimální roli; pouze u žen rodících spontánně vaginálně se do hodnocení péče promítá porodní bolest (v 1. době porodní), avšak ta je zřejmě do značné míry indikátorem kvality interpersonálních vztahů. Na otázku vznesenou v teoretické části práce, zdali se do spokojenosti s péčí promítá u žen s komplikovaným porodem více samotný průběh porodu než u žen rodících spontánně vaginálně, je tedy třeba odpovědět záporně: zatímco u žen rodících spontánně vaginálně se do spokojenosti s péčí promítala porodní bolest, u žen rodících akutní SC neměly biomedicínské faktory na spokojenost s péčí žádný vliv. Jak už bylo zmiňováno v teoretické části této práce, podle jiných autorů se porodní komplikace a intervence do spokojenosti s péčí promítají (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.

Podle našich dat jsou pro spokojenost s porodní péčí klíčové psychosociální aspekty, které převažují význam nejen biomedicínských proměnných, nýbrž i proměnných spjatých s fyzickým prostředím a vybavením porodnice; to je v souladu s výsledky jiných autorů (Jenkins et al., 2014; Séguin et al., 1989). Výrazný vliv fyzického prostředí byl nicméně zjištěn u spokojenosti

s poporodní péčí, tj. s péčí na oddělení šestinedělí. Zde je rozhodující zejména vzhled a vybavení pokoje, dostupnost toalet a sprch a kvalita stravy.

Porovnání faktorů, které ovlivňují spokojenost s porodní péčí a spokojenost s porodem, poukazuje na zásadní odlišnost těchto konceptů: zatímco o spokojenosti s perinatální péčí rozhodují psychosociální faktory a proměnné související se samotným průběhem porodu (porodní bolest, komplikace) téměř nehrají roli, pro spokojenost s porodem jsou tyto proměnné naopak klíčové: u žen se spontánním vaginálním porodem představuje hlavní prediktor ne/spokojenosti s porodem porodní bolest (v 1. i 2. době porodní), u žen s akutním císařským řezem porodní bolest (v 1. době porodní) a emergentní SC (tj. císařský řez provedený do 30 minut od indikace). Tento výsledek je ve shodě se závěry četných studií, které udávají porodní bolest jako hlavní faktor ovlivňující spokojenost žen s porodem (Larsson et al., 2011; Lavender et al., 1999; Goodman et al., 2004; Schytt et al., 2008; Waldenström et al., 2004). V podkapitole 4.2.4 jsme ovšem naznačili, že intenzita prožívané bolesti může odrážet míru podpory zdravotníků. Naše data nicméně poukazují na to, že vliv bolesti je zahrnut v psychosociálních aspektech péče pouze jde-li o hodnocení této péče; u spokojenosti s porodem bolest vliv podpory zdravotníků překračuje, resp. představuje silný samostatný prediktor.

Konzistentní jsou v literatuře věnované zkušenosti porodu též závěry o negativním dopadu porodních komplikací (Waldenström et al., 2004; Rijnders et al., 2008; Schytt et al., 2008). Tomu odpovídají i naše výsledky: u žen s akutní SC bylo kromě bolesti významným prediktorem ne/spokojenosti s porodem i to, že SC měla charakter emergentní operace (provedené do 30 minut od indikace). U žen s plánovaným císařským řezem většina biomedicínských proměnných odpadá; za hlavní prediktory jejich spokojenosti s porodem lze podle našich dat označit emoční podporu a citlivý přístup zdravotníků a též jejich dostupnost. I pro ženy rodící spontánně vaginálně a akutní SC jsou však důležité některé psychosociální aspekty, především dostatek informací; u žen rodících spontánně vaginálně je navíc podstatná i možnost zapojit se do rozhodování, která rozhoduje nejen o jejich spokojenosti s porodem (posiluje pocit kontroly), ale i o jejich

spokojenosti s péčí.

Sumárně lze říci, že pro spokojenost s péčí jsou nejdůležitější psychosociální aspekty, zejména interpersonální vztahy, zatímco pro spokojenost s porodem průběh porodu (hlavně porodní bolest) a z psychosociálních aspektů zejména podíl na rozhodování a informace. To odpovídá i závěrům vysloveným výše v kapitole 6, podle nichž je kontrola ženy nad průběhem porodu, která souvisí do značné míry s dostatkem informací od personálu a s podílem na rozhodování, hlavní dimenzí spokojenosti s porodem vedle vnímání porodní bolesti.

Na odlišnost spokojenosti s péčí a spokojenosti s porodem poukázalo rovněž porovnání jejich determinant: zatímco menší spokojenost s porodní péčí souvisí podle našich dat s neuspokojivým sociálním zázemím rodičky (žena žije bez partnera, postrádá sociální oporu, je nespokojena s finanční situací a bydlením a prožívá v těhotenství značný stres), menší spokojenost s porodem souvisí především s jejími osobnostními charakteristikami (strach z porodu, nízká sebedůvěra v mateřské roli, depresivita) a s výskytem porodních komplikací. Silná porodní bolest se sice, jak bylo řečeno výše, promítá do spokojenosti s péčí i s porodem, její dopad na spokojenost s porodem je však podstatně výraznější; totéž platí i pro primiparitu, která je ve studiích dávána jak do vztahu k menší spokojenosti s porodní péčí (van Teijlingen et al., 2003; Srivastava et al., 2015), tak do vztahu k menší spokojenosti s porodním zážitkem (Waldenström et al., 2004; Rijnders et al., 2008; Schytt et al., 2008). Zde je však třeba opět upozornit na nedostatečné pojmové rozlišení spokojenosti s porodem a spokojenosti s péčí, které značně ztěžuje interpretaci výsledků dosavadních studií.

K překvapivým zjištěním jsme dospěli díky analýzám interakcí mezi rizikovými faktory nespokojenosti na straně rodiček (nižší věk, nízká sebedůvěra ženy v mateřské roli, svobodná matka, primipara atd.) a vysokým hodnocením dílčích dimenzí perinatální péče: ukázalo se, že zlepšení spokojenosti s jednotlivými dimenzemi porodní péče přináší výhodu v podobě vyšší spokojenosti s porodem či vyšší 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 emergentní SC byly spokojenější s porodní péčí, když měly k dispozici dostatek informací (u žen rodících emergentní SC dostatek informací k větší spokojenosti s porodní péčí nepřispíval), vícerodičky hodnotily péči lépe, když měly dostatek informací (prvorodičky též, ale daný vztah byl méně významný), ženy s vysokou sebedůvěrou v mateřské roli byly spokojenější s péčí, když hodnotily lépe fyzické pohodlí a služby (u žen s nízkou sebedůvěrou v mateřské roli nepřispělo lepší hodnocení fyzického pohodlí a služeb k větší spokojenosti s péčí).

Předkládaný výzkum má své přednosti i limitace. Mezi přednosti patří multicentrický charakter studie a relativně početný soubor získaný systematickým oslovováním rodiček, které porodily ve zvoleném období v Kraji Vysočina, přímo v daných porodnicích ve spolupráci se zdravotníky. Další předností je prospektivní design studie, tj. psychosociální faktory působící v těhotenství byly zjišťovány v posledním trimestru těhotenství a nikoli teprve po porodu, což zabránilo zkreslení výsledků v důsledku dopadu porodní zkušenosti, zdravotního stavu matky a dítěte a případných změn podmínek v poporodním období. Výhodou je též načasování měření spokojenosti na dobu dostatečně vzdálenou od porodu a zároveň nikoli příliš dlouhou na to, aby ženy byly schopny uchovat zkušenost s porodem a s perinatální péčí v živé paměti, a dále to, že data o průběhu porodu a intervencích nevycházela z odpovědí zaznamenaných rodičkami v dotazníku, nýbrž ze zdravotnické dokumentace.

Naopak limitací této studie je především velký počet proměnných, které vstoupily do regresní analýzy, díky čemuž lze očekávat značnou závislost výsledků na náhodné variabilitě. Rozhodli jsme se však neprovádět korekci p- hodnot a prezentovat hodnoty nekorigované, neboť nežádoucím důsledkem korekce je riziko minutí významných proměnných; v interpretaci výsledků byly ovšem zohledněny především takové výsledky, které disponovaly velice nízkou p-hodnotou. Velkému počtu nezávisle proměnných by se bylo možné vyhnout zařazením nikoli položek, ale celých škál dotazníku KLI-P do analýzy; tento postup by však vedl k nedostatečně konkrétním výsledkům (celé škály zachycují

sice sourodé, ale zároveň poměrně široké oblasti). Jelikož mají analýzy empirické části práce explorační charakter, tj. nebyly předem stanoveny konkrétní hypotézy o dopadu určitých proměnných na spokojenost, nýbrž cílem bylo identifikovat ze zvolené množiny proměnných ty, které jsou pro spokojenost klíčové, jevilo se zařazení většího počtu konkrétních proměnných jako výhodnější, a to i při vědomí uvedených rizik tohoto postupu.

11. Závěr

Tato práce měla dva hlavní cíle: analyzovat psychosociální aspekty péče a identifikovat ty, které jsou klíčové pro spokojenost žen s touto péčí (včetně porovnání jejich významu s proměnnými vztaženými k průběhu porodu, resp. prostředí porodnice, a odlišení spokojenosti s péčí od spokojenosti s porodem) a vyvodit z daných výsledků konsekvence pro teorii pacientské spokojenosti, či přesněji řečeno pro teoretický model spokojenosti ve specifické oblasti perinatální péče.

V teoretické části práce byl vypracován přehled hlavních teorií pacientské spokojenosti a jejich komponent, které byly následně využity pro návrh modelu spokojenosti s perinatální péčí. Tento model počítal s rozlišením dimenzí a determinant spokojenosti a zároveň s rozlišením spokojenosti s péčí a spokojenosti s porodem právě na základě rozdílnosti jejich dimenzí a determinant (viz obr. 1). Výsledky empirické části pak prohloubily a upřesnily teoreticky navržený model tím, že

- ukázaly, že je třeba počítat s odlišnými dimenzemi spokojenosti u žen s odlišným typem porodu;
- precizovaly dimenze spokojenosti s porodní péčí (podíl na rozhodování, interpersonální vztahy, informace, dostupnost zdravotníků) a spokojenosti s porodem (porodní bolest, porodní komplikace, kontrola rodičky);
- naznačily, že dělicí čáru mezi spokojeností s péčí a spokojeností s porodem je třeba vést zejména s ohledem na to, že hlavní dimenze spokojenosti s péčí představují psychosociální aspekty, zatímco u spokojenosti s porodem jsou to faktory biomedicínské; rozdíl je ovšem i na úrovni samotných psychosociálních faktorů, neboť pro spokojenost s péčí jsou klíčové vztahy se zdravotníky, zatímco pro spokojenost s porodem podíl na rozhodování a informace, které přispívají ke kontrole rodičky nad průběhem porodu;
- poukázaly na provázanost a průnik spokojenosti s péčí a spokojenosti

s porodem tím, že některé faktory (například podíl rodičky na rozhodování) byly vykázány zároveň jako dimenze péče a zároveň jako determinanty spokojenosti s porodem;

- zdůraznily rozdílnost vnějších determinant spokojenosti s péčí a spokojenosti s porodem zjištěním, že spokojenost s péčí souvisí se sociálním zázemím ženy a jejími sociálními kompetencemi, resp. pozitivním hodnocením sociální opory, zatímco spokojenost s porodem spíše s její sebedůvěrou ve vlastní schopnosti – 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).

Na základě dosažených výsledků lze dále konstatovat, že model spokojenosti s perinatální péčí může vycházet z klasického Donabedianova modelu kvality péče, který rozlišuje tři úrovně kvality: strukturu (structure), proces (process) a výsledky (outcomes) (Donabedian, 1988). Klíčové jsou pro spokojenost, jak již upozorňoval Donabedian, zejména aspekty procesuální (především interpersonální vztahy), podstatná je však i stránka strukturální (organizace péče a u poporodní péče rovněž prostředí a vybavení porodnice) a v případě žen s komplikovanými porody i stránka výsledků péče, ačkoli dle našich dat se do spokojenosti s porodní péčí promítá pouze porodní bolest a nikoli též porodní komplikace.

Ukázalo se dále, že je třeba brát v úvahu i determinanty spokojenosti, které se týkají osobnostních a sociálně psychologických charakteristik rodiček; lze přitom předpokládat, že mezi těmito charakteristikami a jednotlivými dimenzemi péče existují vztahy vzájemného ovlivňování. Dosavadní sociální zkušenosti rodičky mohou například formovat její očekávání od zdravotníků, a tedy i její postoje a chování vůči nim, což u zdravotníků povede k určitým reakcím, které se zase promítnou do spokojenosti ženy s péčí. Další výzkum by se proto měl podrobněji zaměřit na rozmanité determinanty spokojenosti, zejména však na očekávání a preference rodiček, a na to, jak se liší determinanty spokojenosti s různými dimenzemi 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.

* * *

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 typu porodu). Výsledky předkládané práce je však třeba potvrdit v dalších studiích a ověřit jejich transkulturní platnost.

12. Seznam zkratek

CPQ	*Childbirth Perception Questionnaire*
EPDS	*Edinbourgh Postnatal Depression Scale*
IC-WHO	*Intrapartal Care in Relation to WHO Recommendations*
KLI-P	*Dotazník psychosociálního klimatu porodnice*
MFMCQ	*Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire*
OŠ	*Oddělení šestinedělí*
PCQ	*Pregnancy and Childbirth Questionnaire*
PLDS	*Perception of Labour and Delivery Scale*
PO	*Porodnické oddělení*
PPS	*Patient Perception Score*
PreMaPEQ	*Pregnancy- and Maternity-care Patients' Experiences Questionnaire*
PSS	*Perceived Stress Scale*
PSSS	*Perceived Social Support Scale*
QPP	*Quality from the Patient's Perspective*
QPP-I	*An Intrapartal-specific QPP-questionnaire*
ReproQ	*Questionnaire Based on the WHO Responsiveness Model*
SBWEMS	*Survey of Bangladesh Women's Experience of Maternity Services*
SC	*sectio caesarea*
SMMS	*Scale for Measuring Maternal Satisfaction*
STAI	*Stait Trait Anxiety Inventory*
VAS	*visual analogue scale*
WHO	*World Health Organization*
WOMBLSQ	*Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire*

13. Literatura

Al-Mufti, R., McCarthy, A., & Fisk, N. (1996). Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *The Lancet*, *347*(9000), 544.

Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *20*(3), 189.

Anderson, G. M. (2004). Making sense of rising caesarean section rates. *BMJ*, *329*(7468), 696-697.

Aston, M., Saulnier, C., & Robb, K. (2010). Not just another delivery: women's maternity care experiences of provider client relationships. *Women's Health and Urban Life, 9*(1), 32-49.

Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of advanced nursing*, *22*(2), 316-322.

Ayers, S., & Pickering, A. D. (2005). Women's expectations and experience of birth. *Psychology & Health*, *20*(1), 79-92.

Bailham, D., & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, *8*(2), 159-168.

Bailham, D., Slade, P., & Joseph, S. (2004). Principal components analysis of the perceptions of labour and delivery scale and revised scoring criteria. *Journal of reproductive and infant psychology*, *22*(3), 157-165.

Bayrampour, H., Salmon, C., Vinturache, A., & Tough, S. (2015). Effect of depressive and anxiety symptoms during pregnancy on risk of obstetric interventions. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *41*(7), 1040- 048.

Berentson-Shaw, J., Scott, K. M., & Jose, P. E. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(4), 357-373.

Berg, M., & Dahlberg, K. (1998). A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery*, *14*(1), 23-29.

Berglund, A., & Lindmark, G. (1999). The usefulness of initial risk assessment as a predictor of pregnancy complications and premature delivery. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *78*(10), 871-876.

Bertucci, V., Boffo, M., Mannarini, S., Serena, A., Saccardi, C., Cosmi, E., & Ambrosini, G. (2012). Assessing the perception of the childbirth experience in Italian women: a contribution to the adaptation of the Childbirth Perception Questionnaire. *Midwifery*, *28*(2), 265-274.

Blanch, G., Lavender, T., Walkinshaw, S., & Alfirevic, Z. (1998). Dysfunctional

labour: A randomised trial. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology*, *105*(1), 117-120.

Bond, S. A., Tuckey, M. R., & Dollard, M. F. (2010). Psychosocial safety climate, workplace bullying, and symptoms of posttraumatic stress. *Organization Development Journal*, *28*(1), 37.

Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, D. K., & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, *30*(2), 255-261.

Bramadat, I. J., & Driedger, M. (1993). Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth*, *20*(1), 22-29.

Breedlove, G., & Fryzelka, D. (2011). Depression screening during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *56*(1), 18-25.

Brown, S., & Lumley, J. (1994). Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth*, *21*(1), 4-13.

Bryers, H. M., & 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.

Bylund, C. L. (2005). Mothers' involvement in decision making during the birthing process: a quantitative analysis of women's online birth stories. *Health communication*, *18*(1), 23-39.

Camacho, F. T., Weisman, C. S., Anderson, R. T., Hillemeier, M. M., Schaefer, E. W., & Paul, I. M. (2012). Development and validation of a scale measuring satisfaction with maternal and newborn health care following childbirth. *Maternal and child health journal*, *16*(5), 997-1007.

Caricati, L., Sala, R. L., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A., & Mancini, T. (2014). Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of nursing management*, *22*(8), 984-994.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.

Collins, K., & O'Cathain, A. (2003). The continuum of patient satisfaction—from satisfied to very satisfied. *Social science & medicine*, *57*(12), 2465-2470.

Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of personality and social psychology*, *65*(6), 1243.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, *150*(6), 782-786.

Coyle, J., & Williams, B. (1999). Seeing the wood for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *Leadership in Health Services*, *12*(4), 1-9.

Crowe, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. Core Research.

Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(1), 35-51.

Čepický, P. (1993). Psychosomatická problematika v gynekologii a porodnictví. In: J. Baštecký, J. Šavlík, & J. Šimek (Eds.), *Psychosomatická medicína* (s. 256- 67). Praha: Grada.

Čepický, P. (1999). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví, 8*(3). Praha: Levret.

Čepický, P. (2007). Psychosomatika v porodnictví. In: J. Živný (Ed.), *Gynekologie a porodnictví. Testy* (s. 349-351). Praha: Galén.

Čepický, P. (2009). Kam nás dovedla autonomie ženy v porodnictví? *PSYCHOSOM, 7*(4), 270-275.

Čepický, P., & Lomíčková, T. (1990). Psychosociální indikace císařského řezu. *Česká gynekologie 55,* 464-465.

Čepický, P., Štembera, Z., Zeman, J., Lomíčková, T., & Mandys, F. (1991). When is it possible to meet the wish of a woman to terminate her labour by caesarean section?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *38*(2), 109-112.

D'Souza, R., & Arulkumaran, S. (2013). To 'C'or not to 'C'?/Caesarean delivery upon maternal request: a review of facts, figures and guidelines. *Journal of perinatal medicine*, *41*(1), 5-15.

De Silva, A., & Valentine, N. (2000). A framework for measuring responsiveness. Dostupné z http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf

Declercq, E., Young, R., Cabral, H., & Ecker, J. (2011). Is a rising cesarean delivery rate inevitable? Trends in industrialized countries, 1987 to 2007. *Birth*, *38*(2), 99-104.

Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC pregnancy and childbirth*, *10*(1), 1.

Dickson, M. J., & Willett, M. (1999). Midwives would prefer a vaginal delivery. *BMJ: British Medical Journal*, *319*(7215), 1008.

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.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, *44*(3), 166-206.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. *Jama*,

260(12), 1743-1748.

Dougall, A., Russell, A., Rubin, G., & Ling, J. (2000). Rethinking patient satisfaction: patient experiences of an open access flexible sigmoidoscopy service. *Social science & medicine*, *50*(1), 53-62.

Downe, S., Walsh, D., & Gyte, G. (2008). Is maternity care evidence based or interpretation driven? Place of birth as an exemplar. *Midwifery*, *24*(3), 247-249.

Drew, N. C., Salmon, P., & Webb, L. (1989). Mothers', midwives' and obstetricians' views on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *96*(9), 1084-1088.

Duff, L. A., Lamping, D. L., & Ahmed, L. B. (2001). Evaluating satisfaction with maternity care in women from minority ethnic communities: development and validation of a Sylheti questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*, *13*(3), 215-230.

Ebert, L., Bellchambers, H., Ferguson, A., & Browne, J. (2014). Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care. *Women and Birth*, *27*(2), 132-137.

Farrow, C., & Blissett, J. (2007). The development of maternal self-esteem. *Infant mental health journal*, *28*(5), 517-535.

Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K., & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?. *Midwifery*, *26*(4), 394-400.

Fernández, I. O. (2013). PTSD and obstetric violence. *Midwifery today with international midwife*, (105), 48-9.

Ferreira, C. R., Orsini, M. C., Vieira, C. R., do Amarante Paffaro, A. M., & Silva, R. R. (2015). Prevalence of anxiety symptoms and depression in the third gestational trimester. *Archives of gynecology and obstetrics*, *291*(5), 999-1003.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, *7*(2), 117-140.

Festinger, L. (1962). A *theory of cognitive dissonance* (Vol. 2). Stanford university press.

Finsen, V., Storeheier, A. H., & Aasland, O. G. (2008). Cesarean section: Norwegian women do as obstetricians do—not as obstetricians say. *Birth*, *35*(2), 117-120.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research.* Reading, MA: Addison-Wesley.

Fisk, R. P., & Young, C. E. (1985). Disconfirmation of equity expectations: Effects on consumer satisfaction with services. *NA-Advances in Consumer Research Volume 12*.

Fitzpatrick, R., & Hopkins, A. (1983). Problems in the conceptual framework

of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of health & illness*, *5*(3), 297-311.

Fox, J. G., & Storms, D. M. (1981). A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, *15*(5), 557-564.

Fuglenes, D., Aas, E., Botten, G., Øian, P., & Kristiansen, I. S. (2011). Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *American journal of obstetrics and gynecology*, *205*(1), 45-e1.

Gagnon, A. J., DeBruyn, R., Essén, B., Gissler, M., Heaman, M., Jeambey, Z., ... & Small, R. (2014). Development of the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ) for migrants to Western societies: an international Delphi consensus process. *BMC pregnancy and childbirth*, *14*(1), 1.

Gamble, J. A., & Creedy, D. K. (2000). Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth*, *27*(4), 256-263.

Gamble, J., Creedy, D. K., & Teakle, B. (2007). Women's expectations of maternity services: a community-based survey. *Women and Birth*, *20*(3), 115-120.

Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, *17*(4), 302-313.

Gibbons, L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Merialdi, M., & Althabe, F. (2010). The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World health report*, *30*, 1-31.

Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, *22*(1), 8-19.

Gipson, J. D., Gyaltsen, K., Gyal, L., Kyi, T., Hicks, A. L., & Pebley, A. R. (2015). Tibetan women's perspectives and satisfaction with delivery care in a rural birth center. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *129*(3), 244-247.

Goberna-Tricas, J., Banús-Giménez, M. R., Palacio-Tauste, A., & Linares-Sancho, S. (2011). Satisfaction with pregnancy and birth services: the quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery*, *27*(6), e231-e237.

González, N., Quintana, J. M., Bilbao, A., Escobar, A., Aizpuru, F., Thompson, A., ... & De La Sierra, E. (2005). Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*, *17*(6), 465-472.

Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of advanced nursing*, *46*(2), 212-219.

Green, J. M. (1993). Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. *Birth*, *20*(2), 65-72.

Green, J. M., & Baston, H. A. (2007). Have women become more willing to accept obstetric interventions and does this relate to mode of birth? Data from a prospective study. *Birth*, *34*(1), 6-13.

Gungor, I., & Beji, N. K. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, *28*(3), 348-357.

Gurman, T. A., & Becker, D. (2008). Factors affecting Latina immigrants' perceptions of maternal health care: findings from a qualitative study. *Health Care for Women International*, *29*(5), 507-526.

Haines, H. M., Hildingsson, I., Pallant, J. F., & Rubertsson, C. (2013). The role of women's attitudinal profiles in satisfaction with the quality of their antenatal and intrapartum care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *42*(4), 428-441.

Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and childbirth*, *12*(1), 1.

Harvey, S., Rach, D., Stainton, M. C., Jarrell, J., & Brant, R. (2002). Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*, *18*(4), 260-267.

Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, *23*(3), 235-247.

Hays, R. D., & Ware Jr, J. E. (1986). My medical care is better than yours: social desirability and patient satisfaction ratings. *Medical care*, 519-525.

Heponiemi, T., Elovainio, M., Kouvonen, A., Noro, A., Finne-Soveri, H., & Sinervo, T. (2012). Ownership type and team climate in elderly care facilities: the moderating effect of stress factors. *Journal of advanced nursing*, *68*(3), 647-657.

Heretik, A., Ritomský, A., Novotný, V., & Pecenák, J. (2009). Restandardizace State-Trait Anxiety Inventory X-2 – úzkostnost jako rys. *Československá psychologie, 53*(6), 587.

Hildingsson, I., & Rådestad, I. (2005). Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of advanced nursing*, *52*(3), 239-249.

Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, *186*(5), S160-S172.

Hofberg, K., & Brockington, I. F. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth A series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry*, *176*(1), 83-85.

Hřebíčková, M., & Urbánek, T. (2001). *NEO pětifaktorový osobnostní inventář.* Praha: Testcentrum – Hogrefe.

Hundley, V., & Ryan, M. (2004). Are women's expectations and preferences for intrapartum care affected by the model of care on offer?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *111*(6), 550-560.

Hundley, V., Ryan, M., & Graham, W. (2001). Assessing women's preferences for intrapartum care. *Birth*, *28*(4), 254-263.

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.

Chalmers, B., Kaczorowski, J., Levitt, C., Dzakpasu, S., O'Brien, B., Lee, L., & Young, D. (2009). Use of routine interventions in vaginal labor and birth: findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*, *36*(1), 13-25.

Christiaens, W., & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and childbirth*, *7*(1), 1.

Impey, L. (1999). Maternal attitudes to amniotomy and labor duration: a survey in early pregnancy. *Birth*, *26*(4), 211-214.

Istvan, J. (1986). Stress, anxiety, and birth outcomes: a critical review of the evidence. *Psychological Bulletin*, *100*(3), 331.

Janssen, P. A., Dennis, C. L., & Reime, B. (2006). Development and psychometric testing of the care in obstetrics: measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. *Research in nursing & health*, *29*(1), 51-60.

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: A. Pařízek (Ed.), *Kritické stavy v porodnictví.* Praha: Grada.

Johnson, M., Langdon, R., Yong, L., Stewart, H., & Kelly, P. (2002). Comprehensive measurement of maternal satisfaction: The modified Mason Survey. *International journal of nursing practice*, *8*(3), 127-136.

Johnston, R. G., & Brown, A. E. (2013). Maternal trait personality and childbirth: the role of extraversion and neuroticism. *Midwifery*, *29*(11), 1244-1250.

Jordan, B. (1992). *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Waveland Press.

Kabakian-Khasholian, T., Campbell, O., Shediac-Rizkallah, M., & Ghorayeb, F. (2000). Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity?. *Social Science & Medicine*, *51*(1), 103-113.

Klein, M. C., Liston, R., Fraser, W. D., Baradaran, N., Hearps, S. J., Tomkinson, J., ... & Brant, R. (2011). Attitudes of the new generation of Canadian obstetricians: how do they differ from their predecessors?. *Birth*, *38*(2), 129-139.

Kodyšová, E. (2013). *Vliv sociálně psychologických faktorů porodního zážitku*

na ranou rodičovskou self-efficacy prvorodiček. Nepublikovaná disertační práce. Praha: Univerzita Karlova.

Kodyšová, E., & Mrowetz, M. (2010). Psychologie porodu–chiméra, nebo realita. *Psychosom, 8*(1), 37-44.

Koth, C. W., Bradshaw, C. P., & Leaf, P. J. (2008). A multilevel study of predictors of student perceptions of school climate: The effect of classroom-level factors. *Journal of Educational Psychology*, *100*(1), 96.

Krejčíková, H. (2015). Právní aspekty perinatální péče. In: L. Takács, D. Sobotková, & L. Šulová, (Eds.), *Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace* (s. 187–203). Praha: Grada.

Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2012). 'Not enough people to look after you': An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, *28*(1), 98-105.

Larsson, C., Saltvedt, S., Edman, G., Wiklund, I., & Andolf, E. (2011). Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *2*(2), 83-89.

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.

Law, R., Dollard, M. F., Tuckey, M. R., & Dormann, C. (2011). Psychosocial safety climate as a lead indicator of workplace bullying and harassment, job resources, psychological health and employee engagement. *Accident Analysis & Prevention*, *43*(5), 1782-1793.

Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. (2010). Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *55*(3), 234-242.

Lederman, R. P., Lederman, E., & McCann, D. S. (1985). Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: relationship to duration of labor and fetal heart rate pattern. *American journal of obstetrics and gynecology*, *153*(8), 870-877.

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

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

Linder-Pelz, S. (1982b). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Social Science & Medicine*, *16*(5), 583-589.

Littleton, H. L., Breitkopf, C. R., & Berenson, A. B. (2007). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, *196*(5), 424-432.

Locker, D., & Dunt, D. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, *12*, 283-292.

Lomíčková, T. (2009) Změnily se indikace k císařskému řezu? *Akutální gynekologie a porodictví 1,* 42-44.

Lomíčková, T., Čepický, P., & Štembera, Z. (1999). Postoje porodníků k ženám žádajícím ukončení těhotenství císařským řezem. In: *Celostátní kongres České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP.* Praha: Levret.

Lothian, J. A. (2004). Do not disturb: the importance of privacy in labor. *The Journal of perinatal education*, *13*(3), 4.

Lowe, N. K. (1991). Maternal Confidence in coping with labor A Self-Efficacy Concept. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *20*(6), 457-463.

Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in nursing & health*, *16*(2), 141-149.
Lumley, J. (1985). Assessing satisfaction with childbirth. *Birth*, *12*(3), 141-145.

Marín-Morales, D., Carmona-Monge, F. J., Peñacoba-Puente, C., Albacete, R. O., & Molina, S. T. (2013). Factor structure, validity, and reliability of the Spanish version of the Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire. *Midwifery*, *29*(12), 1339-1345.

Matsubara, C., Green, J., Astorga, L. T., Daya, E. L., Jervoso, H. C., Gonzaga, E. M., & Jimba, M. (2013). Reliability tests and validation tests of the client satisfaction questionnaire (CSQ-8) as an index of satisfaction with childbirth-related care among Filipino women. *BMC pregnancy and childbirth*, *13*(1), 1.

McCallum, C., & Reis, A. P. D. (2008). Users' and providers' perspectives on technological procedures for'normal'childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. *salud pública de méxico*, *50*(1), 40-48.

McCool, W. F., & Simeone, S. A. (2002). Birth in the United States: an overview of trends past and present. *Nursing Clinics of North America*, *37*(4), 735-746.

McIntyre, M. J., Chapman, Y., & Francis, K. (2011). Hidden costs associated with the universal application of risk management in maternity care. *Australian Health Review*, *35*(2), 211-215.

Meades, R., & Ayers, S. (2011). Anxiety measures validated in perinatal populations: a systematic review. *Journal of affective disorders*, *133*(1), 1-15.

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.

Miller, A. C., & Shriver, T. E. (2012). Women's childbirth preferences and practices in the United States. *Social science & medicine*, *75*(4), 709-716.

Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality health outcomes

model. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *30*(1), 43-46.

Morgan, P. J., Lo, J., & Halpern, S. (1999). The development of a maternal satisfaction scale for caesarean section. *International journal of obstetric anesthesia*, *8*(3), 165-170.

Newham, J. J., Westwood, M., Aplin, J. D., & Wittkowski, A. (2012). State–trait anxiety inventory (STAI) scores during pregnancy following intervention with complementary therapies. *Journal of affective disorders*, *142*(1), 22-30.

Newsome, P. R. H., & Wright, G. H. (1999). A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British dental journal*, *186*(4), 161-165.

NICE. (2001). The use of electronic fetal monitoring. London: NICE.

Nilsson, C. (2014). The delivery room: Is it a safe place? A hermeneutic analysis of women's negative birth experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *5*(4), 199-204.

Niven, C. (1993). Coping with labour pain: the midwife's role. In. *Midwives, research and childbirth,* 91-119. Springer US.

O'Connell, B., Young, J., & Twigg, D. (1999). Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *International Journal of Nursing Practice*, *5*(2), 72-77.

O'Reilly, A., Choby, D., Séjourné, N., & Callahan, S. (2014). Feelings of control, unconditional self-acceptance and maternal self-esteem in women who had delivered by caesarean. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *32*(4), 355-365.

Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & Van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical psychology review*, *26*(1), 1-16.

Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of marketing research*, 460-469.

Oliver, R. L., & Swan, J. E. (1989). Equity and disconfirmation perceptions as influences on merchant and product satisfaction. *Journal of consumer research*, *16*(3), 372-383.

Padawer, J. A., Fagan, C., Janoff-Bulman, R., Strickland, B. R., & Chorowski, M. (1988). Women's psychological adjustment following emergency cesarean versus vaginal delivery. *Psychology of Women Quarterly*, *12*(1), 25-34.

Raphael-Leff, J. (1985). POG 00047 Facilitators and Regulators; Participators and Renouncers: Mothers' and Fathers' Orientations towards Pregnancy and Parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *4*(3), 169-184.

Raphael-Leff, J. (2010). Mothers' and fathers' orientations: patterns of pregnancy, parenting and the bonding process. *Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry*, 9-22.

Raphael-Leff, J. (1983). Facilitators and regulators: Two approaches to mothering.

British Journal of Medical Psychology, *56*(4), 379-390.

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

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

Raven, J. H., Tolhurst, R. J., Tang, S., & Van Den Broek, N. (2012). What is quality in maternal and neonatal health care?. *Midwifery*, *28*(5), e676-e683.

Redshaw, M. (2008). Women as consumers of maternity care: measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"?. *Birth*, *35*(1), 73-76.

Redshaw, M., & Martin, C. R. (2009). Validation of a perceptions of care adjective checklist. *Journal of evaluation in clinical practice*, *15*(2), 281-288.

Redshaw, M., Martin, C., Rowe, R., & Hockley, C. (2009). The Oxford worries about labour scale: women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth. *Psychology, health & medicine*, *14*(3), 354-366.

Reime, B., Klein, M. C., Kelly, A., Duxbury, N., Saxell, L., Liston, R., ... & Wong, V. (2004). Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *111*(12), 1388-1393.

Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., Van Der Pal, K., Prins, M., Green, J., & Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, *35*(2), 107-116.

Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing research*, *24*(1), 45-51.

Robson, S. J., Tan, W. S., Adeyemi, A., & Dear, K. B. (2009). Estimating the rate of cesarean section by maternal request: anonymous survey of obstetricians in Australia. *Birth*, *36*(3), 208-212.

Roter, D. L., Geller, G., Bernhardt, B. A., Larson, S. M., & Doksum, T. (1999). Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstetrics & Gynecology*, *93*(5, Part 1), 635-641.

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.

Sadler, L. C., Davison, T., & McCowan, L. M. (2001). Maternal satisfaction with active management of labor: a randomized controlled trial. *Birth*, *28*(4), 225-235.

Salmon, P., Miller, R., & Drew, N. C. (1990). Women's anticipation and experience of childbirth: the independence of fulfilment, unpleasantness and pain. *British Journal of Medical Psychology*, *63*(3), 255-259.

Sandin Bojö, A. K. F., Hall-Lord, M. L., Axelsson, O., Udén, G., & Wilde Larsson, B. (2004). Midwifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth. *Journal of clinical nursing*, *13*(1), 75-83.

Sandin-Bojö, A. K., & Kvist, L. J. (2008). Care in labor: a Swedish survey using the Bologna Score. *Birth*, *35*(4), 321-328.

Sandin-Bojö, A. K., Larsson, B. W., & Hall-Lord, M. L. (2008). Women's perception of intrapartal care in relation to WHO recommendations. *Journal of clinical nursing*, *17*(22), 2993-3003.

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.

Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., & Ayers, S. (2014). Measuring parents' experiences and satisfaction with care during very preterm birth: a questionnaire development study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *121*(10), 1294-1301.

Séguin, L., Therrien, R., Champagne, F., & Larouche, D. (1989). The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth*, *16*(3), 109-113.

Shafiei, T., Small, R., & McLachlan, H. (2012). Women's views and experiences of maternity care: a study of immigrant Afghan women in Melbourne, Australia. *Midwifery*, *28*(2), 198-203.

Scheerhagen, M., van Stel, H. F., Birnie, E., Franx, A., & Bonsel, G. J. (2015). Measuring Client Experiences in Maternity Care under Change: Development of a Questionnaire Based on the WHO Responsiveness Model. *PloS one*, *10*(2), e0117031.

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.

Siassakos, D., Clark, J., Sibanda, T., Attilakos, G., Jefferys, A., Cullen, L., & Draycott, T. (2009). A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *116*(13), 1755-1761.

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

Sixma, H. J., Kerssens, J. J., Campen, C. V., & Peters, L. (1998). Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health expectations*, *1*(2), 82-95.

Sjetne, I. S., Iversen, H. H., & Kjøllesdal, J. G. (2015). A questionnaire to measure women's experiences with pregnancy, birth and postnatal care: instrument development and assessment following a national survey in Norway. *BMC pregnancy and childbirth*, *15*(1), 182.

Smith, D. R., Zhao, I., Wang, L., & Ho, A. (2013). Dimensions and reliability of a hospital safety climate questionnaire in Chinese health-care practice. *International journal of nursing practice*, *19*(2), 156-162.

Smith, L. F. P. (2001). Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care*, *10*(1), 17-22.

Snowden, A., Martin, C., Jomeen, J., & Martin, C. H. (2011). Concurrent analysis of choice and control in childbirth. *BMC pregnancy and childbirth*, *11*(1), 1.

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.

Speight, J. (2005). Assessing patient satisfaction: concepts, applications, and measurement. *Value in Health*, *8*(s1), S6-S8.

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y)(" self-evaluation questionnaire").* Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Srivastava, A., Avan, B. I., Rajbangshi, P., & Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy & Childbirth*, *15*(1), 1.

Stadlmayr, W., Schneider, H., Amsler, F., Bürgin, D., & Bitzer, J. (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.

Strasser, S., Aharony, L., & Greenberger, D. (1993). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Medical Care Research and Review*, *50*(2), 219-248.

Takács, L. et al. (2012). *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček.* Praha: FF UK.

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

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

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

168.

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

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

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

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

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

Tarkka, M. T., & Paunonen, M. (1996). Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, *23*(1), 70-75.

Thacker, S. B., Stroup, D., & Chang, M. H. (2001). Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *The Cochrane Library*.

Thompson, A. G., & Sunol, R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International journal for quality in health care*, *7*(2), 127-141.

Tracy, S. K., & Tracy, M. B. (2003). Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *110*(8), 717-724.

Tracy, S. K., Sullivan, E., Wang, Y. A., Black, D., & Tracy, M. (2007). Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a population-based study. *Women and Birth*, *20*(2), 41-48.

Truijens, S. E., Pommer, A. M., van Runnard Heimel, P. J., Verhoeven, C. J., Oei,

S. G., & Pop, V. J. (2014). Development of the Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ): evaluating quality of care as perceived by women who recently gave birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *174*, 35-40.

Tschudin, S., Alder, J., Hendriksen, S., Bitzer, J., Popp, K. A., Zanetti, R., & Geissbühler, V. (2009). Previous birth experience and birth anxiety: predictors of caesarean section on demand?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *30*(3), 175-180.

Turner, C. E., Young, J. M., Solomon, M. J., Ludlow, J., Benness, C., & Phipps, H. (2008). Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *115*(12), 1494-1502.

Turris, S. A. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of advanced nursing*, *50*(3), 293-298.

Valbø, A., Iversen, H. H., & Kristoffersen, M. (2011). Postpartum care: evaluation and experience among care providers and care receivers. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *56*(4), 332-339.

Van Bussel, J., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2010). Childbirth expectations and experiences and associations with mothers' attitudes to pregnancy, the child and motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *28*(2), 143-160.

Van de Pol, G., De Leeuw, J. R. J., Van Brummen, H. J., Bruinse, H. W., Heintz, A. P. M., & Van der Vaart, C. H. (2006). Psychosocial factors and mode of delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(4), 231-236.

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).

van Teijlingen, E. R., Hundley, V., Rennie, A. M., Graham, W., & Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations:"What is, must still be best". *Birth*, *30*(2), 75-82.

VandeVusse, L. (1999). Decision making in analyses of women's birth stories. *Birth*, *26*(1), 43-50.

Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time?. *Birth*, *31*(2), 102-107.

Waldenström, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and Birth*, *20*(4), 175-180.

Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *113*(6), 638-646.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, *31*(1), 17-27.

Waldenström, U., Rudman, A., & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *85*(5), 551-560.

Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and program planning*, *6*(3), 247-263.

Werkmeister, G., Jokinen, M., Mahmood, T., & Newburn, M. (2008). Making normal labour and birth a reality—developing a multi disciplinary consensus. *Midwifery*, *24*(3), 256-259.

Wiklund, I., Edman, G., Ryding, E. L., & Andolf, E. (2008). Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *115*(3), 324-331.

Wilde-Larsson, B., Starrin, B., Larsson, G., & Larsson, M. (1993). Quality of care from a patient perspective: a grounded theory study. *Scan-dinavian Journal of Caring Scien-ces, 7,* 113-120.

Wilde-Larsson, B., Larsson, G., Kvist, L. J., & Sandin-Bojö, A. K. (2010). Womens' opinions on intrapartal care: development of a theory-based questionnaire. *Journal of clinical nursing*, *19*(11-12), 1748-1760.

Wilde-Larsson, B., Sandin-Bojö, A. K., Starrin, B., & Larsson, G. (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.

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept?. *Social science & medicine*, *38*(4), 509-516.

Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social science & medicine*, *47*(9), 1351-1359.

Williams, S., Weinman, J., Dale, J., & Newman, S. (1995). Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction?. *Family practice*, *12*(2), 193-201.

Wilson, L., & Goldsmith, P. (1995). Quality and its measurements. In: L. Wilson, P. Goldsmith (Eds.), Quality Management in Health Care (s. 229–258). Sydney: McGraw-Hill.

World Health Organization. (1996). Care in Normal Birth: A practical Guide. WHO, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, Geneva.

Yellen, E., Davis, G. C., & Ricard, R. (2002). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, *16*(4), 23-29.

Young, D. (2009). What is normal childbirth and do we need more statements about it?. *Birth*, *36*(1), 1-3.

Zhu, J., Chan, W. C. S., Zhou, X., Ye, B., & He, H. G. (2014). Predictors of breast feeding self-efficacy among Chinese mothers: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*, *30*(6), 705-711.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, *52*(1), 30-41.