

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut politologických studií

Katedra politologie

**Bakalářská práce**

**2023**

**Johanka Černá**

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Přístup k rodičkám v rámci porodní a poporodní péče**

Bakalářská práce

Autor práce: Johanka Černá

Studijní program: Sociologie a sociální politika

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Kotherová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2023

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne ...

Johanka Černá

## **Bibliografický záznam**

ČERNÁ, Johanka. *Přístup k rodičkám v rámci porodní a poporodní péče*. Praha, 2023. 56 s. Bakalářská práce práce (Bc). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Ing. Zuzana Kotherová, Ph.D.

**Rozsah práce:** 129 850 znaků s mezerami

## **Abstrakt**

Tato práce se zabývá přístupem zdravotníků k rodičkám v rámci porodní a poporodní péče. Cílem této práce je popsat zkušenosti respondentek kvalitativních rozhovorů s přístupem zdravotníků v rámci porodní a poporodní péče, identifikovat co z jejich zkušenosti s přístupem zdravotníků pro respondentky stěžejní a prozkoumat jaký vliv na ženy má aplikovaný přístup zdravotníků. Výchozími koncepty této práce jsou modely paternalistického a partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem a koncept péče orientované na člověka. Hlavním zjištěním výzkumu je, že dotazované ženy, které zažily spíše paternalistický přístup ze strany poskytovatelů péče, byly ve většině případů těmi, které tvrdily, že jsou se svou zkušeností nespokojené, a uvedly že by v případě dalšího porodu ve stejné nemocnici rodit nechtěly. Naopak ženy, které zažily spíše partnerský přístup, označily svůj zážitek za příjemný a uvedly, že by rády rodily znovu ve stejné nemocnici. Výzkum identifikoval šest klíčových témat, která dotazované ženy označily za zásadní v přístupu poskytovatelů péče. Těmito tématy jsou rutina, soukromí, informace, fyzická integrita, způsob komunikace a míra empatie. Kromě hlavních zjištění výzkum také poukázal na to, že může vzniknout konflikt mezi paternalistickým a partnerským přístupem zdravotníků. To se prokázalo především v případech, kdy zdravotníci na oddělení šestinedělí aplikovali rozdílné přístupy, nebo také v případech, kdy paternalistický přístup zdravotníků neodpovídal očekávání respondentky a ta se snažila o posílení své pozice.

## **Abstract**

This thesis focuses on the approach of obstetric and postnatal care providers towards women in the Czech Republic. To identify what experiences the mothers deemed essential and to explore the impact of physicians' approach towards them, qualitative research based on semi-structured interviews was conducted. Those interviews were later analyzed using mainly the sociological framework originating from Talcott Parson's role-based theory of the doctor-patient relationship, namely the paternalistic and partnership models of the doctor-patient relationship and the concept of person-oriented care. The main findings of the research are that interviewed women who experienced rather paternalistic model tend to imply overall dissatisfaction with the obstetric and postnatal care, meanwhile those women who experienced rather partnership model described their experiences as rather pleasant and stated they would choose the same hospital for labor again. The research identified six key

topics, that interviewed women referred to as crucial for them in care providers' approach. These topics are routine, privacy, information, physical integrity, method of communication, and degree of empathy. Aside from the main findings, the research has also discovered that the paternalistic and partnership approaches can create conflict situations when they collide. This phenomenon occurred in cases when health care professionals applied different approaches in postnatal care, or in cases where the paternalistic approach of health professionals did not meet the expectations of the respondents, leading to respondents trying to empower their position.

### **Klíčová slova**

porodní a poporodní péče, zdravotník, rodička, partnerský přístup, paternalistický přístup, péče zaměřená na člověka

### **Keywords**

obstetric and postnatal care, health care workers, birthing mother, partnership approach, paternalistic approach, person-oriented care

### **Title/název práce**

Approach towards women in birthing and postnatal care

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Ing. Zuzaně Kotherové Ph.Dr. za vstřícný přístup a ochotu mi poskytnout cenné rady. Dále bych na tomto místě ráda poděkovala svému partnerovi i širší rodině, kteří mi byli v průběhu tvorby práce oporou.

<b>Úvod</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Zdravotně politický kontext</b> .....	<b>3</b>
1.1 Aktéři zdravotní politiky .....	4
1.2 Aktéři zdravotní politiky .....	5
<b>2 Vztah lékaře a pacienta</b> .....	<b>6</b>
2.1 Parsonsův konsensuální model vztahu Lékaře a pacienta .....	7
2.2 Čtyři typy interakčních vztahů lékaře a pacienta podle Stewart & Rotter .....	8
2.2.1 Model Paternalistický .....	9
2.2.2 Model partnerský .....	10
<b>3 Péče zaměřená na člověka</b> .....	<b>11</b>
<b>4 Specifika porodní a poporodní péče</b> .....	<b>13</b>
4.1 Porodnictví a žena v průběhu let .....	14
4.2 Technologizace a medikalizace porodu.....	15
4.3 Porodní vědění ženy .....	16
4.4 Psychika rodičky .....	17
<b>5 Péče zaměřená na člověka v porodní péči</b> .....	<b>18</b>
<b>6 Sociologické výzkumy týkající se porodní péče uskutečněné v ČR</b> .....	<b>19</b>
<b>7 Metodologické zpracování</b> .....	<b>21</b>
7.1 Výzkumný cíl a otázky .....	21
7.2 Výzkumný vzorek a sběr dat .....	22
7.3 Návod k rozhovoru a průběh rozhovoru.....	24
7.4 Etika výzkumu.....	24
7.5 Interpretativní fenomenologická analýza .....	25
7.6 Reflexe pozice výzkumníka.....	26
<b>8 Výsledky výzkumu</b> .....	<b>27</b>
8.1 Podcíl 1: Popsat zkušenosti respondentek s přístupem zdravotníků v rámci porodní a poporodní péče. ....	27
8.2 Podcíl 2: Identifikovat a kategorizovat témata týkající se přístupu zdravotníků k rodičkám, která rodičky považují na přístupu zdravotníků za důležité. ....	39
8.2.1 Rutina .....	41
8.2.2 Soukromí .....	42
8.2.3 Informace.....	42
8.2.4 Fyzická integrita rodičky .....	43
8.2.5 Způsob komunikace.....	44
8.2.6 Míra empatie.....	46
8.3 Podcíl 3: Zjistit jaký vliv na zkušenost respondentek s porodem a dny po porodu má zdravotníky aplikovaný přístup .....	47
8.3.1 Paternalistický přístup .....	47
8.3.2 Partnerský přístup .....	49
<b>9 Diskuse výsledků</b> .....	<b>50</b>
<b>Závěr</b> .....	<b>53</b>
<b>Literatura</b> .....	<b>56</b>



## Úvod

Porod je v životě ženy přelomová událost, při které přivádí na svět nový život, zároveň ale je porod počátkem nového života i pro ženu samotnou. Vzhledem k tomu, jak důležitý milník porod v životě ženy je a zároveň k tomu, že je porod hraniční zkušeností, při níž žena zažívá extrémní fyzické i psychické vyčerpání, dovoluji si tvrdit, že to, jak k této ženě lidé přítomní u jejího porodu a v prvních dnech po porodu přistupují, je pro tuto ženu zásadní součástí její zkušenosti s porodem, která jí a její dítě může výrazně poznamenat. Zaměření své práce jsem zvolila na základě vlastní blízkosti k tématu, sama jsem v roce, kdy jsem začínala práci psát jsem se na porod připravovala. V této době jsem od žen v mém okolí a na internetu slyšela často různě problematické zkušenosti s přístupem zdravotníků k rodičkám v rámci porodní a poporodní péče. O téma jsem se začala více zajímat a považovala jsem za neuvěřitelné, že v dnešní době, kdy jsou mezi základními lidskými právy i svoboda, rovnost a lidská důstojnost, může být k rodící ženě a ženě po porodu zdravotníky přistupováno hrubým, ponižujícím, nebo i despektním způsobem. Téma přístupu zdravotníků v porodní a poporodní péči jsem se tak rozhodla více prozkoumat a zaměřit na toto téma svou bakalářskou práci.

Ve své práci se snažím v teoretické části uplatnit postup od obecného ke konkrétnímu.

Ačkoliv není rodička (pokud porod probíhá v pořádku) nemocná, v jak v sociálním, tak i v právním kontextu hospitalizace v nemocnici přebírá roli pacientky. Nejprve tedy zasadím téma přístupu zdravotníků k pacientům jako zdravotně politické a sociologické téma.

Představím typy interakčních vztahů mezi zdravotníkem a lékařem a koncept péče zaměřené na člověka. V další části se budu věnovat problematice přístupu zdravotníků k ženám při porodu a po něm. Vysvětlím, v čem je porod a období po něm specifické a jaký vliv na ženu může mít nerespektující a autoritativní přístup zdravotníků. V této části pracuji s koncepty interakčních vztahů mezi lékařem a pacientem a vztahuji je na porodní a poporodní péči. Na závěr teoretické části představím dva zásadní výzkumy týkající se porodní a poporodní péče uskutečněné v kontextu české republiky, které narážejí na téma přístupu zdravotníků k rodičkám.

Cílem této práce je zjistit, jaká je zkušenost žen s přístupem personálu v porodní a poporodní péči. Pro dosažení tohoto cíle jsem zvolila kvalitativní výzkum postavený na hloubkových rozhovorech se sedmi ženami, které porodní a poporodní péči zažily. S těmito ženami jsem se

pomocí polostrukturovaných rozhovorů bavila o jejich zkušenostech s porodní a poporodní péčí. Získané rozhovory jsem následně analyzovala pomocí interpretativní fenomenologické analýzy, která mi umožnila prozkoumat do hloubky zkušenost každé jedné ženy, pochopit jak rozumí porodní a poporodní péči a své zkušenosti s ní. Zároveň mi ale tato analýza umožnila identifikovat a kategorizovat témata, která jsou pro mé respondentky na jejich zkušenosti důležité a také pochopit to, jak tyto ženy přístup zdravotníků v porodní a poporodní péči ovlivnil.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 Zdravotně politický kontext

Vztah mezi rodičkou a lékařem, kterým se v této práci zabývám, je ve své podstatě vztahem mezi pacientem a lékařem, který probíhá ve specifickém kontextu. Těhotné a rodící ženy a novorozenci nejsou sice nemocné, přesto jsou většinou hospitalizovány a přejímají tak roli pacienta (Bártlová, 2002). V následující části problematiku vztahu lékaře a pacienta ukotvím jako zdravotně politické téma. Nejdříve stručně objasním fungování sociální a zdravotní politiky v rámci vyspělých států a popíši konkrétní aktéry zdravotní politiky v České republice. Poté zdůvodním, proč je v rámci zdravotní politiky žádoucí zabývat se otázkou vztahu pacienta a lékaře. Představím modely interakčních vztahů mezi lékařem a pacientem, z nichž pro svou práci využiji paternalistický model a partnerský model. Dále představím koncept péče zaměřené na člověka, v rámci kterého je partnerský vztah lékaře a pacienta často skloňován jako jedna z jeho výchozích pozic, a který je v posledních desetiletích čím dál častěji součástí veřejné debaty o zdravotní péči.

## 1.1 Zdravotní politika

Součástí vládnutí vyspělých moderních států je sociální politika. To je takové odvětví politiky, které si klade za cíl řešit základní sociální otázky a problémy, se kterými se společnost, a tudíž i stát potýká. Sociální politika státu by měla být orientována na občany a usilovat o zajištění podmínek pro vedení důstojného života (Krebs, 2015). Role státu v sociální politice demokratických zemí, jejichž ekonomika funguje na tržním systému, je především ve stanovení právního rámce a v eliminaci negativních dopadů trhu. Stát tak řeší velké spektrum otázek týkající se různých odvětví sociálního života svých občanů, jako je například rodina, bydlení, vzdělání nebo zdraví. Podle dílčích oblastí, kterými se sociální politika zabývá se pak dělí na různá odvětví. Právě otázka zdraví, a především právo každého občana na zdraví, ze kterého vychází zdravotní politika jako dílčí část politiky sociální (viz. Krebs, 2015), je pro mou práci stěžejní. Konkrétně je toto právo součástí ústavního pořádku České republiky skrze Listinu základních práv a svobod. Úkolem zdravotní politiky státu je zajistit prevenci, podporu a ochranu zdraví. Můžeme rozlišovat širší a užší pojetí zdravotní politiky. Z hlediska širšího pojetí je zdravotní politika taková politika, která se zabývá podporou zdraví obyvatelstva a v tomto pojetí je zdravotní politika jakákoliv činnost zaměřená na zdraví. V užším pojetí zdravotní politiky pak mluvíme o zdravotní politice jako o zdravotnickém systému neboli poskytované zdravotní péči (Malý, Kotherová, 2015, s.60). Zdravotní péči poskytují zdravotní pracovníci a jiní odborníci. Zdravotní péče, kompetence a práva zdravotníků a pacientů jsou v České republice upraveny zákonem č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Poskytování zdravotní péče se odvíjí od toho, jak je v daném státu zdravotní politika nastavená, jaké ohledně zdraví a zdravotnictví platí zákony, jaké jsou zájmy politiků, jaké materiální a personální možnosti jsou v rámci daného území dostupné a jaké jsou zájmy a vlivy společnosti. Na fungování zdravotní politiky, a tedy i na poskytování zdravotní péče, mají vliv různé zájmové skupiny, organizace instituce a mnoho dalších subjektů, tyto vlivové a zájmové subjekty označujeme jako „stakeholders“, v českém jazyce potom většinou jako aktéry.

## 1.2 Aktéři zdravotní politiky

Podle Drhové, Veselého a Nekoly (2007, s.225) pojem stakeholders (překládáme jako Aktéři) „...označuje jakékoliv jednotlivce, skupiny či organizace, kteří mohou být ovlivněni nebo mohou ovlivnit připravované politiky či projekty, nebo jejich realizaci.“ Tato široká definice implikuje i velký počet různých aktérů, kteří mají různé vlivové a zájmové možnosti. Mezi

aktéry pak probíhá interakce a vytváří si vzájemné vazby. Aktéři se dělí do skupin podle role, kterou v rámci dané politiky plní. V České republice pak v rámci hlavních aktérských skupin zdravotní politiky rozpoznáváme pacienty, poskytovatele zdravotních služeb, plátce a skupinu dalších aktérů, kteří ovlivňují podmínky pro jejich interakci (Malý, Kotherová, 2015).

**Pacienti-** Pacienti jsou občané a zároveň plátcí zdravotního pojištění. Pacientem se dle § 3 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách – znění od 01.01.2023 rozumí každá fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby. V zájmu pacienta je kvalita a dostupnost zdravotní péče, ta je pak hrazená ze zdravotního pojištění, které je založené na principu povinné solidarity. Práva pacientů jsou výrazně ovlivněna dokumentem z roku 1994: *Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě*, dalším významným dokumentem, který na území Evropy ovlivnil vývoj práv pacientů je *Konvence o lidských právech a biomedicíně z roku 1996*. V České republice funguje Národní etická komise, která vydala v roce 1992 českou verzi etického kodexu práv pacientů. (Tůmová Křečková, 2003)

**Poskytovatelé zdravotní péče-** Poskytovateli zdravotní péče jsou pak zřizovatelé zdravotnických zařízení a zdravotní pracovníci. Eva Křížová (2006) ve své knize popisuje lékařskou profesi jako takovou, která byla vždy výlučnou a kladla velké nároky na lékařovu osobnost. Lékař byl v minulém století chápán jako příslušník elity s vysokou mravní odpovědností. Sociální postavení lékařů se zvýšilo s rozvojem moderně organizovaného vzniku sociálního zabezpečení, kdy také došlo k profesionalizaci lékařů a k ukotvení jejich monopolu na poskytování zdravotních služeb. Lékařská profese má podle Křížové (2006) dvě formální charakteristiky, a to kontinuální specializované vzdělávání a kolektivní orientace. Na jedince vykonávající lékařské profese je kladen nárok nejen dobré praktické práce, ale i reprezentace profese určitým způsobem a přistupování ke kolegům a k pacientům adekvátním způsobem. Žádoucím přístupem a morálními zásadami v lékařství se zabývá lékařská etika. Lékařská etika se stala součástí výuky medicíny až v druhé polovině minulého století. K tomu vedl mimo jiné vznik nových etických dilemat, jednou z nich je morální ambivalence. Na jedné straně sice může určitá technologie v některých případech zachraňovat lidské životy, na straně druhé však v jiných případech vede k utrpení a zpochybňuje lidskou důstojnost (Kuře, 2010).

**Plátcí zdravotní péče-** Plátcí zdravotní péče v České republice jsou zdravotní pojišťovny. Zprostředkovávají finanční vztah mezi pacientem a lékařem. Systém zdravotního pojištění je

založen na principu sociální solidarity, ten zajišťuje universalismus a rovnost v poskytování péče. Zdravotní pojištění vzniká dnem narození a končí dnem úmrtí. Každý dospělý člověk, který má v České republice trvalý pobyt nebo pracuje pro firmu se sídlem v České republice, má povinnost hradit zdravotní pojištění. To v případě zaměstnaneckého poměru odvádí zaměstnavatel, přičemž se na něm podílí zaměstnavatel i zaměstnanec. V některých případech (děti, důchodci, lidé na rodičovské dovolené aj.) je plátcem zdravotního pojištění stát (Gladkij, 2002). Zdravotní pojištění se odvádí zdravotním pojišťovnám, ty následně zajišťují platby poskytovatelům zdravotní péče (Nahodil, 2006). „*Zdravotní pojišťovny ovlivňují významně ekonomické prostředí pro poskytování péče. Na jejich solventnosti závisí v rozhodující míře ekonomická stabilita zdravotnických zařízení. Svou činností významně ovlivňují (měly by ovlivňovat) stupeň efektivního využívání zdrojů.*“ (Gladkij, 2002, s. 23) Ze všeobecného zdravotního pojištění je hrazena zdravotní péče, jako je preventivní péče, ambulantní péče, pohotovostní a záchranná služba a jiné. Pro mou práci je ovšem stěžejní, že ze všeobecného zdravotního pojištění je také hrazena zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem (Gladkij, 2002).

**Ostatní vlivoví aktéři-** Tuto skupinu aktérů můžeme rozdělit na národní a nadnárodní. Na národní úrovni zdravotní politiku a interakce v rámci zdravotní ovlivňují politiky například státní aktéři, vzdělávací instituce, politické strany, média a mnoho dalších. Na nadnárodní úrovni jsou nejvíce zásadními aktéry, kteří mají vliv na České zdravotnictví a zdravotní politiky UNICEF, WHO, OECD a Evropská Unie.

Má práce se zaměřuje na interakci poskytovatelů zdravotní péče a pacientů. V případě poskytovatelů zdravotní péče se zaměřuje na fyzické osoby poskytující zdravotní péči, tedy na zdravotníky. V případě pacientů je má práce zaměřená na specifickou skupinu rodičích žen a matek po porodu.

## **2. Vztah lékaře a pacienta**

V této části práce se zaměřím na vztah lékaře a pacienta a jeho modely, tyto modely následně v práci uplatním pro všechny zdravotníky, které porodní péče a péče po porodu zahrnuje, toto použití odůvodním v části věnované konceptu péče orientované na pacienta.

Vztah pacienta a lékaře byl až do první poloviny 19. století přímý a pacient platil za péči přímo poskytovatelům. Do tohoto vztahu však v rámci rozvoje zdravotnického systému vstupují

subjekty, které za financování přebírají odpovědnost a subjekty, které reprezentují vládní politiku (Krebs, 2010). Pacient tak za služby poskytované zdravotníky neplatí přímo, ale zprostředkovaně tuto platbu provádí skrze zdravotní pojištění. Vztah mezi lékařem a pacientem je tedy oprostěný o přímý finanční kontakt. Vztah lékaře a pacienta za poslední století nabyl velmi odlišné podoby. V minulosti byla pozice lékaře v tomto vztahu velmi silná, díky nevzdělanosti prostých lidí byl tento vztah založený na velké důvěře pacienta v lékaře, lékař tak o pacientovi a postupu léčby rozhodoval sám.

## **2.1 Parsonsův konsenzuální model vztahu Lékaře a pacienta**

Vztahu lékaře a pacienta se věnoval významný sociolog Talcott Parsons ve své knize *The Social system (1951)*. V té s rolí lékaře pracuje jako s rolí, která legitimuje status moci, vlastní monopol zkušeností a schopností určit nemoc a její terapii. Parsons dále popsal i základní znaky role lékaře, první z nich je formální i faktická kompetence pro výkon povolání. Druhou je emocionální neutralita, což znamená, že lékař by se v rámci výkonu profese měl oprostít od svých emocí a sociálních názorů-a být k pacientovi i svým kolegům emočně neutrální, obzvláště v oblasti emocí, které by mohli negativně ovlivnit jeho lékařskou činnost. (Například rasismus, homofobie, zalíbení v pacientovi aj.). Neznamená to však, že by měl být necitelný. Měl by projevit pochopení k emocím pacienta, ne však emoce prožívat. Třetím znakem v Parsonsově pojetí je universalismus. Ten je v dnešní době, vzhledem ke specializaci lékařů, přenesen spíše na zřizovatele zdravotních zařízení. Čtvrtým znakem je kolektivní orientace, což znamená, že lékař by neměl vycházet z vlastních zájmů, ale převážně ze zájmů pacienta. Pozice lékaře je tak sice mocenská, ale také velmi zatěžující. Činnost lékaře je odlišná od ostatních profesí, protože předmětem lékařské práce je člověk a chybné a nevhodně zvolené postupy mohou mít nezvratné následky. Díky morální odpovědnosti, kterou lékaři dle Parsonse mají, má lékařská profese poměrně vysokou prestiž. Může být otázkou, jak velkou společenskou prestiž má lékařské a potažmo zdravotnické povolání dnes. Zvláště například u odpůrců očkování, nebo ve vztahu k mému tématu u žen, které se rozhodnou pro domácí porod bez přítomnosti zdravotníka. V návaznosti na rozpracování role lékaře a pacienta Parsons (1951) vypracoval konsenzuální model vztahu lékaře a pacienta. Jedná se o vztah, jehož základy jsou položeny na tom, že pacient i lékař přijímají své role. Vzhledem k lékařově dominanci, dané sociálními podmínkami vztahu, je tento vztah asymetrický, jinými slovy lékař i pacient do vztahu vstupují v odlišných sociálních rolích a z odlišného prostředí. V Parsonsově pojetí je nemoc vnímána jako dysfunkce, odklon od normy, který je potřeba minimalizovat. Pacient je

závislý na zdravých účastnících sociálního systému a je nucen nemoc řešit, odstranit dysfunkci kterou nemoc je. Lékař pak vystupuje jako autorita, která pacientovi s odstraněním nemoci pomáhá. V takové situaci je od pacienta očekávána poslušnost. Tuto Parsonsovu teorii lze považovat za zlomovou, jeho model vztahu lékaře a pacienta vyvolal různorodé reakce sociologické obce zabývající se sociologií medicíny. Jedním z jeho významných kritiků je například E. Friedson, který zavedl do medicíny Teorii konfliktů. Podle Friedsona (1970) se společnost skládá z různých sociálních skupin, které spolu spíše soupeří, než kooperují. Lékař a pacient do vzájemného vztahu vstupují z odlišných sociálních systémů, proto tento vztah popsal jako konflikt. Zatímco lékař má uznávanou prestiž a určitý sociální status, díky čemuž ve vztahu disponuje mocí, pacientovo jednání je ovlivněno různými faktory, například genderovými a kulturními. A tak mezi nimi dochází ke konfliktním situacím.

## 2.2 Čtyři typy interakčních vztahů lékaře a pacienta podle Stewart & Rotter

Parsonsov model byl kritizován především pro asymetrii komunikace lékaře a pacienta, která byla Parsonsem interpretována jako žádoucí. Další sociologické bádání ovšem přineslo poznatky o tom, že vztah pacienta a lékaře sice je asymetrický, avšak je žádoucí, aby se lékařova profesionální dominance do jejich komunikačního vztahu nepromítala a komunikační vztah probíhal co nejvíce symetricky (Ptáček R., Bartůněk P., 2015). Vztahem pacienta a lékaře, v návaznosti na Parsonsov model, se zabývali i autoři Stewart a Rotter (1997). Ti vycházeli z předešlých poznatků sociologů Emanuel & Emanuel, kteří tvrdili, že interakce mezi lékařem a pacientem je závislá na tom, kdo určuje podobu a cíl interakce, dále na roli pacientových hodnot a také na tom, jakou roli přijal lékař. Na základě těchto faktorů byly autorkami Stewart & Roter (1997) sestaveny čtyři ideální typy vztahu lékaře a pacienta:

- **Paternalistický** – Podobu a cíl interakce určuje lékař. Lékař předpokládá, že pacientovi hodnoty jsou stejné jako ty jeho. Lékař přebírá roli poručníka.
- **Partnerský** – Podobu a cíl interakce jsou určeny diskusí, pacientovy a lékařovy hodnoty jsou vzájemně sděleny, lékař přebírá roli rádce.
- **Konzumentský** – Podobu interakce určuje pacient. Pacientovi hodnoty určují podobu léčby a lékař přebírá roli technického konzultanta.
- **Nevýrazná interakce** – Podobu a cíl interakce jsou nejasné, stejně tak pacientovy hodnoty a role lékaře.

Model konzumentský se vyskytuje v tržním prostředí, kdy je lékař obchodně a finančně závislý na spokojenosti pacienta (Falkum, 2001). Model nevýrazné interakce je považován za nejméně efektivní vztah a je považován za irelevantní a určený k zániku. Výzkumníky je tak často opomíjen (Rotter, 2000). Ve svém výzkumu jsem se tak rozhodla použít pouze modely paternalistického vztahu a partnerského vztahu, ty podrobněji rozeberu níže.

### **2.2.1 Model Paternalistický**

Paternalistický model je shodný s Parsonsovým modelem konsensuálním. Lékař má v tomto typu vztahu dominanci, určuje podobu a cíle léčby a vychází z toho, že hodnoty pacienta v oblasti zdraví jsou totožné s lékařovými hodnotami (Rotter, 2000). Lékař v tomto vztahu uplatňuje svoji autoritu, kterou získává skrze zkušenosti a vědomosti. Někdy bývá tento vztah připodobňovaný ke vztahu rodiče a dítěte, kdy pacientova osobnost bývá potlačena a očekává se od něj poslušnost, protože lékař jedná v jeho nejlepším zájmu. V tomto modelu má dominantní pozici lékař, který na základě svých vědomostí a zkušeností vybírá takové postupy a léčby, které pacientovi navrátí zdraví či mu pomohou od bolesti. V tomto modelu pacient není informován o průběhu rozhodování ani o specifikách jeho nemoci, lékař se k pacientovi obrací s informacemi pouze v případě, kdy potřebuje výslovný souhlas pacienta s konkrétním zákrokem (Falkum, 2001). Pacient tak může dostávat neúplné informace o svém stavu a o zvolené léčbě, a to v zájmu toho, aby ho lékař pro léčbu získal (Stone, 1999).

V současné době se od tohoto přístupu ustupuje, je však stále uplatňován v rizikových situacích, kdy by čas, strávený komunikací ohledně pacientova souhlasu, nebo rozhodnutí pacienta, mohli ohrozit jeho život (Falkum 2001). Paternalismus aplikovaný v běžné praxi může mít v krajních případech za následek až ignorování pacienta a jeho názorů, kdy jsou jeho názory a připomínky považovány za otravné a narušující práci lékaře (Ptáček R., Bartůněk P., 2015).



### 2.2.2 Model partnerský

Partnerský model odpovídá spíše týmové spolupráci mezi pacientem a lékařem, kdy jsou jejich síly vyrovnané. Oba do vztahu přináší své znalosti, lékař profesní zkušenosti a pacient své zkušenosti a očekávání (Rotter, 2000). Je kladen velký důraz na autonomii rozhodování pacienta, která je zvyšována díky informacím o možnostech léčby, které získává od lékaře. Pro uplatnění tohoto modelu jsou důležité lékařovy schopnosti empatie a interpretace (Falkum 2001). Při uplatnění tohoto modelu v praxi lékař k pacientovi přistupuje nedirektivně, přátelsky, empaticky a vysvětluje možnosti (Janáčková, Weiss, 2008).

Tento model vztahu od pacienta vyžaduje aktivní účast na rozhodování, pacient má větší autonomii a přebírá část odpovědnosti za rozhodování o léčbě, komunikace mezi lékařem a pacientem probíhá symetricky. Podobá se konceptu kooperativnímu stylu komunikace z psychologické transakční analýzy, kdy se komunikace mezi dvěma aktéry odehrává na úrovni jednání dospělého s dospělým (Berne 1970).

Jako nevýhoda principu partnerství je zdůrazňován fakt, že svobodná volba pacienta ještě neimplikuje to, že se pacient rozhodne nejlépe v zájmu jeho vlastního zdraví. Přesto je partnerský přístup v posledních desetiletích všeobecně vnímán jako ideální model interakce mezi lékařem a pacientem. Je zdůrazňovaný jeho pozitivní vliv na léčbu pacienta, protože pacient s lékařem spolupracuje s větší ochotou, pokud je o možnostech léčby informovaný a má možnost vybrat postup, který odpovídá jeho hodnotám. Dále je zdůrazňován jeho vliv na spokojenost pacienta s lékařskou péčí (Ptáček R., Bartůněk P., 2015).

Ve své práci vycházím z modelů vztahu partnerského a paternalistického, Ve výzkumné části však operuji s pojmem přístup. Je to proto, že ideální typy interakčních vztahů mezi lékařem a pacientem odpovídají situacím, kdy je oběma stranami přijímána role, která ideálnímu typu odpovídá. To se ale v praxi často neshoduje s realitou. Častěji dochází k situacím, kdy lékař a pacient očekávají od interakce jiný druh vztahu. Pro takovou situaci, kdy se lékař snaží aplikovat jeden z těchto dvou druhů vztahu, jsem tedy vybrala podle mého názoru vhodnější termín „přístup“. Tento pojem se objevuje i v zahraniční literatuře týkající se vztahu lékaře a pacienta. Nejčastěji je používán termín *patient centered approach* nebo *patient centered care*. (např.: Epstein 2010, WHO 2015 aj.) Přístup zaměřený na pacienta, nebo taky péče zaměřená na pacienta jsou pojmy, které jsou používány v literatuře orientované na zdravotní politiku a na

takový přístup poskytovatelů k pacientům, který vychází mimo jiné i z modelu partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem.

### 3. Péče zaměřená na člověka

V následující kapitole nastíním význam pojmu péče zaměřená na člověka a veřejnou debatu týkající se tohoto konceptu ve světě a v České republice. Jak jsem již zmínila výše, v posledních desetiletích je kladen větší důraz na vztah pacienta a lékaře jako rovnocenných partnerů. Z partnerského interakčního vztahu vychází i koncept péče orientované na pacienta (Epstein et al., 2010), v evropském prostředí také nazývána péče zaměřená na člověka. Podle Epsteina (2010) pojem péče orientovaná na pacienta vstoupil do slovníku zdravotní politiky ve Spojených Státech Amerických v roce 2001, když byl uveden jako jeden ze šesti cílů pro kvalitní zdravotní péči ve zprávě „*Crossing the quality chasm*“, který vydal *Institute of Medicine* (dnes již přejmenovaný na *National Academy of Medicine*). Ta ji definuje jako přístup k poskytování péče, který respektuje a reaguje na preference, potřeby a hodnoty jednotlivých pacientů a zajišťuje, aby rozhodnutí o léčbě byly vedeny preferencemi a hodnotami pacienta. Zároveň ale péče zaměřená na pacienta neznámá kapitulaci lékaře před požadavky pacienta, ani prosté informování pacienta a přenechání procesu rozhodování a zvažování o vhodném postupu na pacientovi. Místo toho péče zaměřená na člověka podporuje interakce, při nichž se lékaři a pacienti aktivně zapojují a sdílejí informace, rozhodnutí o léčbě je sice primárně na pacientovy, ale lékař se empaticky zapojuje do procesu rozhodování (Epstein, 2010). V diskusi o péči zaměřené na pacienta je skloňován v souvislosti s kvalitou poskytované péče i model partnerského vztahu. Vhodnost využívání tohoto modelu přístupu není zdůrazňována pouze ve vztahu lékaře a pacienta, ale je vztahována na interakce pacienta se všemi zdravotními pracovníky.

Jedna z prvních zmínek o péči zaměřené na člověka se v kontextu evropské zdravotní politiky objevila ve strategickém rámci *World Health Organization* (dále jen WHO) pro rok 2020 s názvem *Health 2020: European policy Framework and strategy for the 21st century*, který vznikl v roce 2013. Péče orientovaná na člověka je zde zmiňována v souvislosti s kvalitou poskytované péče. WHO uvádí, že moderní koncepce a přístupy v oblasti veřejného zdraví, kam spadá i péče zaměřená na člověka, nebyly v té době v mnoha zemích uvedeny do praxe. Vývoj směrem k péči orientované na člověka v těchto zemích podkopávají nedostatky ve

strukturu a funkčnost poskytovaných služeb v rámci jednotlivých zemí. Tyto země postrádají národní strategie pro rozvoj veřejných zdravotnických služeb, reformu zastaralých zákonů o veřejném zdraví a revizi neúčinných mechanismů partnerství. Pro přechod na péči zaměřenou na člověka představuje značný problém nedostatek lidských zdrojů. Zdravotní systémy trpí nedostatkem správných lidí, se správnými dovednostmi na správných místech, zejména pokud jde o zdravotní sestry a lékaře. Rozmístění zdravotnických pracovníků je nerovnoměrné a vyznačuje se koncentrací zdravotních pracovníků ve městech, zatímco venkov trpí jejich nedostatkem. Morálka zdravotních pracovníků je navíc podkopávána nevládným pracovním prostředím, nedostatečnou flexibilitou pracovních smluv, malou podporou ze strany vedení a nedostatečným sociálním uznáním. Dále se dokument WHO v otázce péče zaměřené na člověka zaměřuje na sektor chronických onemocnění, kde je podle organizace péče orientovaná na člověka důležitá pro efektivitu léčby. Navrhuje kroky, které umožní informační přísun směrem k pacientům a další nástroje, které posílí možnost volby a postavení pacientů. Tyto kroky jsou:

- zajištění účasti a zpětné vazby pacientů při navrhování, implementaci a hodnocení zdravotních politik a služeb
- **zavádění modelů partnerství a sdíleného rozhodování ze strany pacientů a poskytovatelů zdravotní péče**, podporované programy školení a rozvoje dovedností
- poskytování vhodných informací pacientům o možnostech léčby a jejich právech
- mapování překážek v přístupu k informacím, péči, rehabilitačním a asistenčním zařízením pro osoby s chronickými nemocemi a postižením
- vytváření měřítek, podle kterých bude možné zhodnotit, do jaké míry je implementována péče orientovaná na člověka

Dále pak WHO v roce 2015 vytvořila strategii pro implementaci péče zaměřené na člověka. Aby se péče ve zdravotní péči stala více orientována na pacienta, navrhla WHO implementaci pěti na sobě vzájemně závislých strategických opatření. Tyto opatření mají mít vliv na všech úrovních zdravotnického systému.

- **Posílení role pacienta a jeho zapojení**
- Posílení státní správy a odpovědnosti poskytovatelů
- **Přeorientování modelu péče**
- Koordinační služby
- Vytvoření příznivého prostředí

Otázce péče zaměřené na pacienta, vzdělávání pacienta a posilování jeho pozice v rámci komunikace se zdravotníkem, ale i v rámci zdravotní politiky se v Evropě a postupně i v České republice přikládá čím dál větší důležitost. Je čím dál běžnější součástí doporučení nadnárodních organizací a je hojně diskutována i na lékařských konferencích. Jedny z posledních konferencí, které přispěly do veřejné debaty o tématu péče zaměřené na člověka v rámci českého zdravotnictví, byly na sebe navazující lékařské konference pořádané organizací Academy of Health Care Management (dále jen AHCM) uskutečněné v roce 2022 a v roce 2023. Zdena Kolářová (2022, 2023) vypracovala informační zprávu z obou konferencí, na kterých byla zdůrazněna rostoucí potřeba veřejné diskuse o implementaci péče orientované na pacienta v České republice. Na konferencích byla také probírána problematika toho, že péče orientovaná na pacienta není otázkou trendu, ani není omezená pouze na konkrétní obory v rámci zdravotnictví. Jde o přístup, který by se měl uplatňovat ve všech sférách služeb poskytovaných zdravotním systémem. Neměl by být uplatňován výhradně lékaři, ale je potřeba aby ho uplatňovali i sestry a ostatní zdravotníci.

#### **4. Specifika porodní a poporodní péče**

Poskytovatelé zdravotní péče v oboru porodní a poporodní péče, se kterými žena přijde do styku jsou lékaři, zdravotní asistentky, gynekologické sestry, a následně i dětské sestry. V některých porodnicích pracují na oddělení šestinedělí i specializované laktační poradkyně. Přístup těchto zdravotníků k rodičkám a matkám novorozenců je předmětem této práce. Jak jsem již uvedla výše, v rámci konceptu péče orientované na pacienta je doporučován partnerský přístup k pacientům všem zdravotníkům napříč specializacemi, proto ve své práci vztahuji modely partnerského a paternalistického přístupu nejen na lékaře, ale na všechny zdravotní pracovníky. Interakce v rámci porodní a poporodní péče ale probíhá ve specifickém kontextu, vzhledem k tomu že ženy, jimž je péče poskytována, nejsou ve většině případů nemocné.

Nemocné, tedy občany, kteří využívají zdravotní péči a zdravotní personál s nimi přijde do styku, rozdělují do šesti skupin Geissler a Thoma. Šestou z těchto skupin jsou **těhotné ženy, rodičky a novorozenci**, které nazvali zvláštní skupinou, protože nemohou být považováni za nemocné, a přece jsou hospitalizováni a v tomto kontextu přebírají roli pacienta (Bártlová, 2002). Porodní a poporodní péče ale probíhá v jiném kontextu než péče o nemocné. V následující kapitole popíši, jak se vyvíjel společenský pohled na porod a na rodící ženu v průběhu let, jak porod ovlivňuje rozvoj technologií a medikací v oboru zdravotnictví, co to je porodní vědění ženy, jaká psychologická rizika souvisí s porodem, porodní a poporodní péčí, jak je tematizována péče zaměřená na člověka v oboru porodní péče a následně se zaměřím na předešlé výzkumy věnující se porodní péči v České republice.

#### 4.1 Porodnictví a žena v průběhu let

V historii byly porody vedeny nejdříve rodičkou samotnou a většinou v domácím prostředí. Těmto porodům často asistovala jiná zkušenější žena, postupem času tak vzniknul nový stav. Ženám, které běžně asistovaly u porodů se postupně začalo říkat porodní báby. Porodní bába nejdříve čerpala pouze ze svých zkušeností a předáváním zkušeností z generace na generaci (Rutová, 2005). V období osvícenství byl zahájen proces vzdělávání porodních bab. Postupně začaly vznikat učebnice a metodiky pro porodní báby a následně roku 1651 byly porodní báby zkoušeny na univerzitách, čímž získávaly kvalifikaci (Rutová, 2005). Od 19. století pak bylo ustanoveno, že při jakýchkoliv nadstandardních událostech při porodu, musí porodní bába k porodu zavolat lékaře. Běžným jevem se porody v porodnicích staly až v polovině 20. století. V této době začaly být v porodnicích vedeny i fyziologicky normální porody. (Lenderová, 2006). Zdravotní systém i personál přistupovali k rodičkám stejně jako k nemocným, přičemž byl kladen důraz na lékařskou kontrolu porodu. Tento systém se vyznačoval dehumanizací rodiček, důležitost byla přikládána zdraví dítěte a pocity a hodnoty ženy hrály v tomto systému marginální roli (Heršanová, Marháková, 2008). Tato situace se po roce 1989 v české republice začíná měnit. Porodnice zavádějí různá opatření jako ubytování matky a dítěte společně na pokoji na oddělení šestinedělí (tzv. rooming-in), u porodu může být přítomen otec a další opatření, která naznačují posun směrem ke vstřícnější péči. Součástí porodní péče ale zůstává velká míra medikalizace a lékařských intervencí. Na přelomu tisíciletí na problematiku porodní péče začínají upozorňovat různé zájmové skupiny a hnutí (Heršanová, Marháková, 2008). Odklon od přirozených procesů a od důvěry ve schopnosti lidského těla bez pomoci technologie protíná kulturní postoje napříč západním světem. Dochází tak k paradoxní situaci, kdy ženy za

poslední dvě století sice získaly vyšší sociální status, lepší životní a zdravotní podmínky, získaly větší důvěru a zapojení i do těch záležitostí, které dřív náležely především mužské populaci, zaznamenaly však degradaci důvěry společnosti i samy sebe v jejich schopnost zvládnout záležitosti, které jsou součástí jejich ženství (Reiger, 2006).

#### **4.2 Technologizace a medikalizace porodu**

Rozmach vyšetření, která jsou díky novým technologiím možná upozaduje úlohu matky. Matka se tak mnohem více stává něčím jako nádobou na dítě a její vlastní intuice a pocity ohledně stavu porodu a jejího dítěte nejsou nyní tak směrodatné, jak tomu bylo dříve. Čím blíže žena k porodu je, tím více ztrácí svoji autonomii a její identitou se stává ostatními požadované blaho dítěte, které je v moderní medicíně kontrolováno z vnějšku (Lupton, 1999). Ačkoliv medicínské technologie jsou užívány za účelem zajištění co největšího možného bezpečí rodičky a dítěte, větší míra užívání technologií může vést k dehumanizaci kontaktu mezi rodičkou a lékařem. Přístroj, který má roli zprostředkovatele a je postavený pomyslně a leckdy i doslova mezi lékaře a rodičku, narušuje přirozený osobní kontakt a celý proces komunikace odosobňuje a dehumanizuje (Šimek, 2015).

S rozvojem společenského vědění souvisí i všeobecný nárůst míry medikalizace porodu. Tu umožňují rostoucí vědomosti a lékařské znalosti o procesu porodu a schopnosti lékařů do průběhu porodu zasahovat. Medikace v průběhu komplikovaných porodů je často žádoucí a celý proces porodu usnadní. Často také zachraňuje životy rodiček a novorozenců. V posledních letech se však ozývají pochybnosti o tom, v jaké míře by měla být medikace součástí porodního procesu. Míra užívané medikace a lékařské intervence do porodního procesu často není odpovídající stavu porodu, a dochází k preventivnímu medikování. Johanson et al. (2002) například uvádí, že v rámci západních zemí dochází k větší míře medikace porodního procesu i v případech, kdy rodička ani dítě nemají potíže. Vyšší míra medikace, než je nutná odráží nedůvěru ve schopnosti rodičky a nedostatečnou podporu důvěry rodičky v sebe sama. Negativním aspektům nadměrné medikace a rutinních zásahů do porodního procesu se ve svých doporučeních zabývá i WHO (2018), která odkazuje na to, že větší míra medikace v průběhu porodu může dokonce schopnosti rodičky omezovat a může negativně ovlivnit její prožitek z porodu, který by za normálních okolností měl být pozitivní zkušeností.

### 4.3 Porodní vědění ženy

Komunikaci a spolupráci s rodičkou značně ovlivňuje také to, jaké vědomosti o průběhu porodu a o svých možnostech rodička má. Až do poloviny 20. století měli rodičky v průběhu porodu poměrně silnou autonomii, to se však s přesunem porodů do porodnic změnilo. Porody byly od přesunu do porodnic profesionálně vedeny, a to mělo za následek proměnu role rodičky, došlo k odklonu od důrazu na autonomii rodičky a rodička získala roli pacientky i v případech, kdy porod probíhá fyziologicky. Ženy měly velmi málo informací ohledně porodního procesu, ohledně svých možností a práv. S nástupem internetu se ale možnost sociální interakce a sebe vzdělávání rozšířila. Spolu s tím narostlo i povědomí rodiček o možnosti volby a o průběhu porodu. Z teoretických poznatků o vztahu lékaře a pacienta již víme, že zatímco pro partnerský interakční vztah je vzdělání pacienta a jeho informovanost stěžejní, pokud se pacient snaží uplatnit své poznatky a hodnoty v interakci s paternalistickým zdravotníkem, setká se často s nelibostí, až podrážděností ze strany lékaře (Ptáček R., Bartůněk P., 2015). Ani v porodní péči tomu není jinak. Nejen, že toto vzdělání utváří představy a přání maminek ohledně porodu, ale v některých případech je z pohledu porodních asistentek a porodníků překážkou, obzvláště pokud s odkazem na předešlé vlastní předešlé vzdělání tyto ženy odmítají medikaci ve vážných případech (Hrešanová, Marhánková, 2008).

To, že nadcházející matka přichází do porodnice s určitou samostudiem nabytou znalostí a konkrétním očekáváním, může způsobit ve zdravotnících pocit nedůvěry ze strany rodičky, a pravděpodobně i následně ovlivnit jejich přístup k samotné rodičce. Na základě rozhovorů s porodnickým personálem dvou porodnic vytvořily Hrešanová a Marhánková ve svém výzkumu *Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti* (2008) dva ideální typy rodiček. Tento výzkum přináší zajímavý vhled do toho, jak porodní vědění, a tedy informovanost rodiček vnímají samotní zdravotníci v Česku. Prvním typem jsou “přemoudřelé rodičky“. Tato kategorie žen většinou do zkoumaných porodnic přichází z velkých měst, jsou dobře finančně zajištěné a vyznačují se velkým sebevědomím. O průběhu porodu a o svých možnostech a právech jsou informovány a většinou se snaží prosadit svoje hodnoty a představy o tom, jak by jejich porod měl probíhat. Často odmítají medikaci a prosazují si přirozený porod. Vybírají si porodnice na základě referencí a průzkumů a jsou ochotné do porodnice dojíždět i delší vzdálenosti. Absolvují předporodní kurzy pořádané třetími stranami a do porodnic si přináší porodní plány. Zdravotníci si také ztěžují, že v některých případech tyto rodičky do porodnice přijdou nepřátelsky naladěné vůči personálu, což komplikuje následnou spolupráci a

v některých případech i průběh porodu. Problematiku interakcí mezi rodičkou z této kategorie a zdravotníky poměrně vystihla porodní asistentka Vanda, citovaná v článku:

*„Hlavně si někde něco přečtou a pak to vyžadují a nechápou, že to tak ve skutečnosti třeba nechodí, že něco jiného je napsané v knížce a něco jsou léta zkušeností a praxe.“*

Druhá kategorie žen je nazvána “venkovské maminky“ a jsou to často ženy s nižším vzděláním, které vykonávají dělnické práce. Jsou to převážně mladší ženy z menších měst. Rodí většinou v nejbližší porodnici a z porodu si příliš nedělají hlavu, řídí se radami zdravotníků a obecně se zdravotníkům s takovými ženami lépe spolupracuje. Tyto ženy si podle porodních asistentek jejich práce váží, oceňují ji a jsou za ní vděčné. Oproti tomu postoje přemoudřelých rodiček vnímají porodní asistentky jako nedůvěru v jejich schopnosti a zkušenosti (Hrešanová, Marhánková, 2008).

#### **4.4 Psychika rodičky**

Porod je fyziologicky a psychologicky sice přirozená, ale pro ženu fyzicky i psychicky náročná událost. S fyzickou náročností a bolestivostí porodu jsou ženy většinou obeznámeny a není výjimkou, že z porodu mají ženy strach. K tomuto strachu z porodu jako fyziologického procesu se může přidat i strach z lékařů a nemocničního prostředí, nebo například úzkost pramenící z kontaktů s personálem po příjezdu do porodnice. Délka porodu a psychický stav ženy po porodu a v jeho průběhu také mimo jiné souvisí s fyziologickými mechanismy, které mohou být úzkostí ovlivněny. Obzvláště problematický je z dlouhodobého hlediska vznik traumat a posttraumatické stresové poruchy. Ta je typická například pro vojáky, kteří se vrátili z války, týká se však bohužel i žen po porodu. K rozvoji posttraumatického syndromu u žen po porodu samozřejmě může vést i předešlá traumatická zkušenost ženy a její psychické predispozice. Každá žena přichází do porodnice nejen s jiným očekáváním, jinými hodnotami, jiným kulturním pozadím, ale také s odlišnými psychickými predispozicemi a s jinou osobní historií, tudíž i s odlišnou citlivostí na stresory. Mezi stresory, které mohou způsobit jak akutní stresové reakce, traumata, tak ale i rozvoj posttraumatické stresové poruchy, lze mimo jiné aspekty zařadit také pocit rodičky, že je s ní personálem špatně a nedůstojně zacházeno (Ryding, Wijma, & Wijma, 2000). Naopak často skloňovanými aspekty, které v ženě mohou zmírnit negativní pocity při porodu, a tím i zmírnit možnost rozvoje stresových poruch, jsou personálem poskytovaná opora, empatie, respekt a možnost mít nad porodem kontrolu (Bryanton, 2008). Pocit kontroly nad porodem je přitom přímo ovlivněn vztahem rodičky



s porodnickým personálem (Denis, Parant, & Callahan, 2011). Informovanost rodičky o tom, co se s ní a s dítětem děje může usnadnit její spolupráci se zdravotníky (Vágnerová, 2007). Z nedostatku informací často i v běžném životě pramení pocit ohrožení, strach, úzkost a pocit neschopnosti situaci zvládnout, natož potom v psychické a fyzické zátěži, kterou porod představuje (Čechová et al., 1997). Podřízená pozice ženy ve vztahu se zdravotníkem snižuje ženě možnost spolupráce a rozhodování ohledně porodu jejího dítěte (Langmeier & Krejčířová, 2006). Z uvedeného vyplývá, že aplikace paternalistického přístupu v interakcích s rodičkou v porodnictví, ve kterém má rodička podřízenou pozici, není o průběhu porodu informována a očekává se od ní poslušnost, nejen snižuje spokojenost rodičky s porodní péčí a komplikuje spolupráci rodičky se zdravotníky, ale může mít na rodičku i značné psychické dopady. Komunikace personálu a rodičky však hraje důležitou roli i po porodu, a to na oddělení šestinedělí. Obzvláště komunikace týkající se nejen stavu rodičky a jejich kompetencí v rámci pobytu na oddělení šestinedělí, ale i informace týkající se dítěte a péče o něj. Matka potřebuje být nejen empaticky instruována v péči o své dítě, ale potřebuje mít také dostatek informací o tom, co se s jejím dítětem děje nebo bude v blízké době dít.

## **5. Péče zaměřená na člověka v porodní péči**

Péče zaměřená na člověka v porodní a poporodní péči je definována jako poskytování péče respektujícím a citlivým způsobem založeným na hodnotách a preferencích ženy (Berwick, 2009). Studie věnující se porovnání výstupů partnerského přístupu s paternalistickým přístupem prokázaly, že pokud je zdravotníky implementován partnerský přístup, pak porodní péče vykazuje nižší počet indukce porodů, augmentace porodů, použití epidurální anestezie, menší míry poporodního traumatu, a naopak vede k nárůstu počtu normálních porodů (Boyle et al., 2016). Organizace WHO vyvinula pět strategií, jak podpořit péči zaměřenou na člověka ve zdravotnických službách. Zároveň vyzdvihla důležitost její implementace v porodní a poporodní péči. (Tuncalp et al., 2015) Neexistuje však všeobecný konsensus ohledně toho, jak míru implementace péče zaměřené na člověka měřit. Tím se zabýval například výzkum Afulani, P.A., Diamond-Smith, N., Golub, G. *et al.*, (2017). Tito výzkumníci vyvinuli nástroj pro kvantitativní měření implementace péče zaměřené na člověka v porodní péči a poporodní péči. Výzkum zaměřený a validovaný v rozvojových zemích je pro mé zaměření zajímavý především

tím, že výsledný nástroj měření implementace péče zaměřené na člověka vychází ze tří stěžejních zkušenosti rodičky v porodní a poporodní péči:

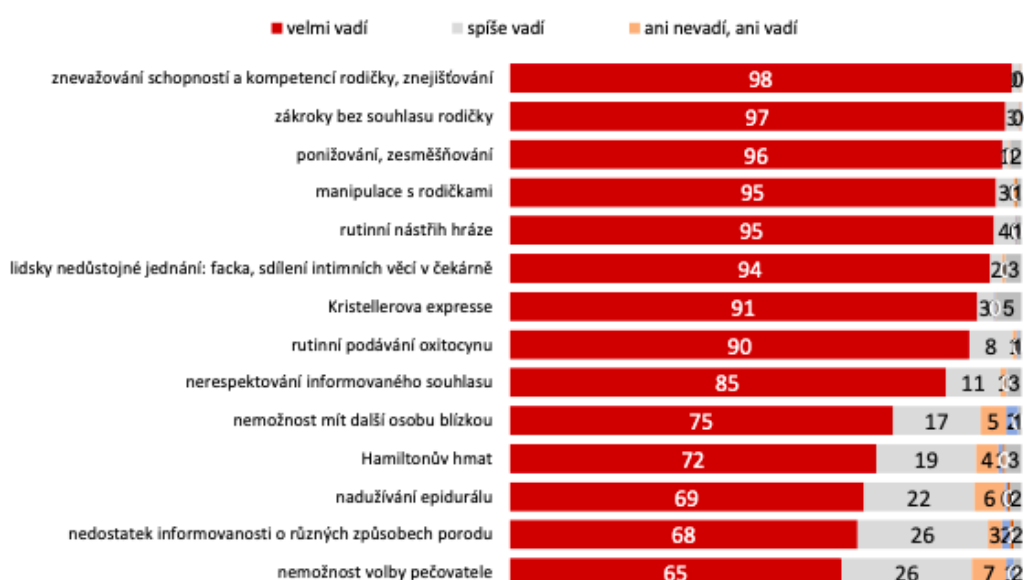
- Autonomie rodičky a komunikace se zdravotníky
- Respekt a důstojnost
- Podporující péče

## 6. Sociologické výzkumy týkající se porodní péče uskutečněné v ČR

Ema Hrešanová ve své stati *Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie* (2011) propojuje poznatky dvou odlišných a na sebe navazujících výzkumů. V rámci etnografického výzkumu dvou porodnic uskutečnila Hrešanová rozhovory s třiceti dvěma ženami po porodu (Hrešanová, Marhánková, 2008) tyto rozhovory ve stati propojuje s poznatky z kvalitativního výzkumu osmi respondentek s vysokoškolským vzděláním, které také prošly porodní péčí. V této stati Hrešanová problematizuje rozdílná očekávání a požadavky vztahující se k porodní a poporodní péči, mezi rodičkami s odlišným socioekonomickým statusem. Popisuje, že informatorky s vyšším vzděláním vykazovaly aktivity vztahující se k porodu a k porodnímu vědění a měly mnohem specifitější hodnoty týkající se porodu a specifitější očekávání od porodní péče, na rozdíl od informatorek vykonávajících dělnické profese. Tyto ženy s nižším socioekonomickým statusem většinou formulovaly porod jako něco, co na nich bylo vykonáno a zdůrazňovaly roli zdravotníků. V etnografické studii dvou porodnic Emy Hrešanové a Jaroslavy Hasmanové Marhánkové (2008) tento rozdíl pojmenovávaly i zdravotníci, ti rozlišovaly rodičky na základě toho, jaký postoj měly k lékařským intervencím a jakým porodním věděním disponovaly. Hrešanová ve studii popsala dvě skupiny rodiček, mezi kterými zdravotníci rozlišovali. Názvy obou skupin výzkumnice přejaly z výpovědí zdravotníků. Jednou skupinou jsou „přemoudřelé rodičky“ té odpovídají často ženy s vyšším socioekonomickým statusem a druhou „vesnické maminy“ do které často spadají ženy s nižším socioekonomickým statusem. Na etnografický výzkum dvou porodnic Hrešanové a Marhánkové jsem se již odkazovala v kapitole porodní vědění rodičky, kde jsem tyto dvě kategorie popsala podrobněji. Například čtyři z osmi žen z druhého vzorku největší problém spatřovaly ve způsobu komunikace ze strany personálu. Pro můj výzkum jsou dále zajímavé poznatky Emy Hrešanové ohledně toho, co rodičky na svých zkušenostech s porodní péčí

problematizovaly. Mimo jiné šlo o komunikaci s personálem, odosobněný přístup zdravotníků, nedostatečnou vážnost přikládanou svobodě volby a pocit, že zdravotníky obtěžují (Hrešanová, 2011). Pokud tyto poznatky Emy Hrešanové propojíme s modely interakčních vztahů (též podrobněji popsány výše), můžeme problematizované situace zařadit pod paternalistický model vztahu, a vyvodit si, že minimálně určité skupině českých rodiček nevyhovuje, je-li k nim zdravotníky přistupováno paternalisticky.

Dalším výzkumem, který bych v této části chtěla zmínit je výzkum Anny Durnové a Evy Hajzlarové zaměřen na motivace a názory žen, které rodily plánovaně v domácím prostředí (Durnová, Hejzlarová 2021). Z výzkumu vyplývá, že české ženy, které rodí doma, jsou k této volbě motivovány především bariérami na straně českého porodnictví:



(ZDROJ: DURNOVÁ, HEJZLAROVÁ, 2021, s. 3)

„Naprosté většině žen, které se rozhodly pro plánovaný porod doma, vadí provádění rutinních zásahů v porodnicích (92 %). Dále těmto ženám vadí, jak se v porodnicích k ženám chová personál (85 %) a také jim vadí míra medicalizace českého porodnictví a obecně zdravotnictví (80 %)…S motivací „chtěla jsem mít kontrolu nad tím, co se děje a kdo mi péči poskytuje“ souhlasilo 79 % ....Důležitost bariér na straně porodnic je patrná také z výčtu okolností, které by ženy přiměly **nerodit doma**. Ženy by doma nerodily, **kdyby si mohly vybrat porodní asistentku (66 %), pokud by existovaly porodní domy (65 %) a také kdyby se změnil přístup k rodičkám (62 %).**“ (Durnová, Hejzlarová, 2021, s. 5)

Výsledky tohoto výzkumu poukazují na to, jak některé ženy vnímají české porodnictví. Zároveň ale odkrývá i problematiku chování personálu vůči rodičkám a vliv, který může na rozhodování rodiček ohledně místa porodu mít.

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 7. Metodologické zpracování

#### 7.1 Výzkumný cíl a otázky

Následuje přehled výzkumných cílů a k nim náležících výzkumných otázek:

Výzkumný problém (Hlavní cíl BP)	Podcíl	Výzkumné otázky	Metody
Zjistit, jaká je zkušenost respondentek s přístupem personálu v rámci porodní a poporodní péče	<p>Popsat zkušenost respondentek s přístupem personálu v porodní a poporodní péči</p> <p>Identifikovat a kategorizovat témata, která respondentky reflektují ve své zkušenosti s přístupem personálu</p> <p>Zjistit jaký vliv na zkušenost respondentek s porodní a poporodní péčí má zdravotníky aplikovaný přístup</p>	<p>Jaká je zkušenost respondentek s přístupem personálu?</p> <p>Jaká témata v souvislosti s přístupem personálu respondentky v rozhovorech reflektují?</p> <p>Jak respondentky hodnotí svoji zkušenost s porodní a poporodní péčí, byl-li zdravotníky aplikován přístup paternalistický?</p> <p>Jak respondentky hodnotí svoji zkušenost s porodní a poporodní péčí, byl-li zdravotníky aplikován přístup partnerský?</p>	<p>polo strukturovaný rozhovor</p> <p>tematická analýza dat</p>

#### 7.2 Výzkumný vzorek a sběr dat

Výběr respondentek je založený na dostupnosti a dobrovolnosti. Při výběru respondentek jsem sledovala tři parametry, které jsem vyhodnotila jako důležité pro účely svého výzkumu.

- **Rodičky, které rodily nejdéle v roce 2017.** Tento parametr jsem si zvolila ze dvou důvodů, prvním důvodem bylo časové zaměření výzkumu a tím zajištění aktuality získaných informací. Druhým důvodem pro mne bylo stanovit takové období, aby respondentky své porodní zážitky a interakce s porodníky měly pokud možno v co nejživější paměti.
- **Rodičky, které rodily přirozeně, jimž se narodilo živé dítě bez vývojových vad.** Tento parametr jsem vybrala proto, že v případě narození mrtvého, nebo vážně nemocného dítěte jsou situace, které nejsou příliš běžné, a které pro svou lidskou tragičnost a brutalitu s největší pravděpodobností velmi zkreslí celkový dojem rodičky z průběhu porodu. U těchto porodů je navíc na zdravotníky kladen větší tlak na záchranu dítěte, protože dle mého názoru nelze přístup personálu u takového porodu zkoumat společně s přístupem personálu u porodů zdravých dětí.
- **Rodičky, které rodily v porodnici a po porodu s dětmi zůstaly v poporodní péči.** Tento parametr vyplývá z hlavního cíle mé práce, jímž je popsat zkušenosti respondentek s přístupem personálu v rámci porodní a poporodní péče.
  - Naopak ve výběru respondentek **nehrálo roli to, zda rodily přirozeně, vyvolávaně.**

Oslovení respondentek proběhlo v několika fázích. V první fázi jsem oslovila čtyři ženy z mého okolí, se kterými jsem udělala rozhovory sloužící jako předvýzkum. Ve druhé fázi jsem oslovila zbylé ženy z mého okolí, které splňovaly mé požadavky pro rozhovor. Z tohoto okruhu respondentek jsem uskutečnila 4 rozhovory. V další fázi jsem zvolila oslovení respondentek ve skupinách na sociální síti Facebook, ve kterých se virtuálně shlukují matky malých dětí. Z 250 žen, které na příspěvky odpověděly, splňovalo podmínky pro rozhovor 134 žen. Ženy, které odpověděly na můj podnět jsem náhodně seřadila a ze vzniklého seznamu jsem oslovila každou pátou. Tento krok jsem zvolila proto, abych dosáhla větší náhodnosti výběru respondentek a abych eliminovala výběr dle mých podvědomých preferencí (Reichel, 2009). Z facebookových stránek jsem tedy nakonec oslovila 26 respondentek, z toho jsem uskutečnila rozhovor se sedmi respondentkami.

<b>Respondentka</b>	<b>Datum porodu</b>	<b>Místo porodu</b>	<b>Věk v době porodu</b>	<b>Vzdělání</b>
<b>Blažena</b>	2020	Porodnice Podolí	25	Vysoká škola
<b>Dominika</b>	2020	Fakultní nemocnice Ostrava	25	Vysoká škola
<b>Valerie</b>	2018 a 2021	Nemocnice Přerov	30	Vysoká škola
<b>Lenka</b>	2020	Masarykova nemocnice Rakovník	27	Vysoká škola
<b>Quentina</b>	2017 a 2020	Svitavská nemocnice	32	Střední maturitou s
<b>Patricie</b>	2020	Fakultní nemocnice Ostrava	31	Střední maturitou s
<b>Anežka</b>	2019	Mulačova nemocnice Plzeň	21	Střední maturitou s

Samotný sběr dat proběhl od 4. 5. do 30. 5. 2021. S respondentkami jsem se domluvila na čase, dni a platformě schůzky. Všechny rozhovory probíhaly na přání respondentek přes platformu Google-meets, kde je možné schůzku rovnou nahrávat. Tuto variantu jsem nabízela s ohledem na bezpečnostní okolnosti ohledně pandemie Covid-19 a s ohledem na možnosti respondentek a různorodá místa jejich pobytu. Respondentky tedy v průběhu rozhovoru mohly být doma a nemusely složitě shánět hlídání pro své děti, nebo řešit dopravu či pohoštění pro výzkumníka. Respondentky byly informovány o tom, že rozhovor většinou zabere 30 až 60 minut a většina respondentek si vyhradila čas na rozhovor tak, aby mohl probíhat nerušeně. Respondentky byly ubezpečeny, že nahrávání rozhovoru slouží pouze k účelům jeho přepsání a k následné analýze. Před rozhovorem jsem každé respondentce zaslala informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem a respondentky si ho doma vytiskly, podepsaly a mně poté podepsaný dokument naskenovaly. Délka rozhovorů se pohybovala od 40 minut až po 1h 40 minut.

### **7.3 Návod k rozhovoru a průběh rozhovoru**

Z poznatků z předešlých výzkumů jsem vytvořila okruh otázek a linku rozhovoru tak, aby rozhovory zahrnovaly 4 typy otázek podle B. L. Berga: základní otázky, zkoumavé otázky, jednorázové otázky a sondy. (Berg, 2001) Následně jsem provedla čtyři rozhovory s ženami

z mého okolí, které spadají do kategorie vhodných respondentek. Tyto čtyři rozhovory mi sloužily jako předvýzkum, který mě jako výzkumníka měl navést k vylepšení výzkumného nástroje. (Wildemuth, 2009) Tyto rozhovory jsem nenahrávala, pouze jsem si psala poznámky a zaměřila jsem se na správnost formulace mých otázek a na to, zda je vytvořená struktura rozhovoru funkční a vhodná k prozkoumání tématu. Identifikovala a eliminovala jsem otázky podle Bergrových 3 typů problematických otázek (Berg, 2001) a svůj návod k rozhovoru dle získaných poznatků patřičně upravila. Pak jsem mohla přistoupit k samotným rozhovorům. V rozhovoru jsem se snažila zapojit metody chápacího rozhovoru a prvky dialektického rozhovoru podle Kaufmanna (Kaufmann, 2010). Proto jsem se nejdříve představila a sdělila respondentkám důvody mého zájmu o problematiku abych se respondentkám přiblížila a vytvořila tak sdílné a intimní prostředí pro rozhovor. Tento fakt většinou spustil spontánní rozhovor mezi mnou a respondentkou, který jsem záhy usměrnila pomocí připravených otázek. Rozhovory jsem si rozdělila do dvou částí, často se však tyto části v průběhu rozhovoru začaly překrývat a doplňovat. V první části jsme se s respondentkou soustředily na to, co je pro ni na porodní a poporodní péči důležité, jaké kvality by podle ní měla taková péče zahrnovat a zda jsou podle jejího názoru v rámci české republiky tyto kvality naplňovány. V druhé části jsem nechala respondentku vyprávět její zážitky s porodní a poporodní péčí a případně jsem se doptávala. Ve většině rozhovorů jsem ani nemusela pokládat všechny otázky, protože respondentky na ně samy v rámci rozhovoru začaly odpovídat. Po zodpovězení všech otázek jsem dala respondentkám prostor na případné doplnění a jejich dotazy, obeznámila respondentky s vypnutím nahrávání a poté většinou rozhovor volně přešel do běžného dialogu.

#### **7.4 Etika výzkumu**

V průběhu výzkumu jsem respektovala etické zásady sociálně vědního výzkumu. Jak je již zmíněno výše, respondentkám byl předložen informovaný souhlas, který před rozhovorem podepsaly. Souhlas zajišťuje anonymitu a důvěrnost poskytnutých informací, možnost kdykoliv v průběhu rozhovoru i tvorby bakalářské práce svou účast ukončit a zároveň také zpřístupnění výsledné práce respondentkám. Za důležité považuji i místo uskutečnění rozhovoru. V případě mého výzkumu považuji využití online platformy za užitečný a pro výzkum přínosný, protože umístění rozhovoru on-line umožnilo respondentkám snáze najít čas a vyhnout se veškerým komplikacím, které by za normálních okolností, vzhledem k nízkému věku jejich dětí musely řešit. Zároveň respondentky mohly zůstat v domácím prostředí, kde se cítily příjemně a intimně. Vytvoření intimního a důvěrného prostředí bylo pro rozhovory zásadní, tematika porodní péče

a přístupu zdravotníků k rodičkám je totiž citlivá a velmi osobní. Zvolení nedůvěrného prostředí pro rozhovor by mohlo data negativně ovlivnit. Vzhledem k citlivosti tématu jsem se snažila o přátelský, až terapeutický přístup. Ten mi sloužil jako nástroj k přiblížení se respondentce a získání hlubších dat, na druhou stranu se na základě této metody některé respondentky o tématu rozmluvily do podrobností, které pro výzkum nebyly nijak podnětné, vzhledem k citlivosti tématu však nebylo vždy vhodné do vyprávění respondentek zasahovat a násilně ho usměrňovat.

### **7.5 Interpretativní fenomenologická analýza**

Pro výzkum jsem se rozhodla použít přístup inspirovaný interpretativní fenomenologickou analýzou dat (dále jen IPA), která je používána ve výzkumech zaměřujících se na porozumění žité zkušenosti jedince. IPA výzkumníkovi napomáhá porozumět tomu, jaké významy své zkušenosti jedinec přikládá a skrze to porozumět zkoumanému fenoménu. Její užití se osvědčuje při zkoumání neobvyklých skupin, či situací (Řiháček, Čermák, Hytch, 2013). Tuto metodu jsem zvolila proto, že se ve svém výzkumu zaměřuji právě na popis a porozumění zkušenosti rodičích žen s přístupem personálu, na to, jak tyto ženy svoji zkušenost interpretují, hodnotí a co ze své zkušenosti považují za důležité. IPA je pro tento výzkum vhodná i proto, že zkušenost žen s porodní péčí je neobvyklou situací, kterou většina žen v českém prostředí zažije jednou až třikrát za život. Odehrává se v omezeném čase a za velmi specifických podmínek, jež určuje samotná povaha porodu a mateřství. IPA propojuje tři teoretické pozice, jimiž jsou fenomenologie, hermeneutika a idiografický přístup. Nastoluje hermeneutickou metodologickou pozici, která spojuje deskriptivní popis s interpretací. V IPA je důležitá pozice výzkumníka a je žádoucí, aby si výzkumník uvědomoval své motivace a postoje, stejně jako jeho zkušenosti, které hrají roli v jeho porozumění daného fenoménu. Výzkumníkovo předporozumění nejsou vnímány jako něco, co je potřeba eliminovat, ale jako něco, co mu umožňuje vhléd do problematiky a interpretaci zkušenosti respondenta (Řiháček, Čermák, Hytch, 2013). Ačkoliv tato metoda byla původně vytvořena pro účely psychologického kvalitativního výzkumu, již je poměrně běžně využívána i ve výzkumech sociálního zaměření. Její původní využití v psychologii neřepřstavuje pro využití v sociologii velký problém, jelikož směr výzkumu určuje vždy výzkumník, a tak může přikročit k širším interpretacím a zaměření svýzkumu píše na fenomén, než na jedinečnou zkušenost jedince (Javornický, 2018). IPA je blízká interpretativní sociologii, díky této blízkosti IPA a interpretativní sociologie je vhodným



nástrojem pro kvalitativní analýzu polostrukturovaných rozhovorů, protože umožňuje výzkumníkovi zaměřit se hlavně na to, co v rámci rozhovorů vypichuje samotný respondent."

### **7.6 Reflexe pozice výzkumníka**

V rámci IPA výzkumník otevřeně přiznává své motivace a předporozumění zkoumanému tématu. Považuji tedy za žádoucí v následujících řádcích nastínit své motivace a hodnoty ohledně tématu mé práce. Můj zájem o fenomén přístupu zdravotníků k rodičkám v rámci porodní a poporodní péče vychází z vlastní zkušenosti a blízkosti k tomuto tématu. V roce 2021 jsem otěhotněla a v té době jsem se o problematiku porodní a poporodní péče začala více zajímat. Snažila jsem se informovat o svých možnostech při porodu a o průběhu porodu, což mě zavedlo k zjištění, že české porodnictví má mezi rodičkami v mých kruzích problematickou pověst. Od svých známých jsem se dozvěděla, že některé ženy mají zkušenost nejen s tím, že v rámci porodní péče k nim bylo přistupováno bez respektu, a že často ani neměly možnost volby polohy, byla jim rutinně nastříhnuta hráz a další problematické záležitosti. V některých případech jsem se dokonce setkala s tím, že s někým v mém okolí bylo jednáno ze strany zdravotníků s despektem a arogancí. O téma jsem se začala více zajímat a rozhodla se jím zabývat v této práci. Rozhovory jsem uskutečnila ještě v průběhu těhotenství, tedy před vlastní zkušeností s porodem v porodnici a péčí na oddělení šestinedělí. Svou vlastní zkušenost s porodní a poporodní péčí jsem získala později v průběhu výzkumu. S péčí, která mi byla poskytnuta jsem byla, až na pár výjimečných situací, spokojena. Na vlastní kůži jsem si ale zažila, jak citlivá zkušenost porod a období po porodu je a jak zranitelná v této době žena je. Po porodu jsem bakalářskou práci odložila a věnovala se péči o dítě. K samotné analýze dat jsem přistoupila až rok po porodu, kdy jsem již měla částečný odstup od vlastní zkušenosti s porodní a porodní péčí. Tento výzkum byl omezen mými schopnostmi a možnostmi v době, kdy byl prováděn a vzhledem ke kvalitativní povaze dat a velikosti vzorku jeho výsledky nelze zobecňovat na populaci rodiček v České republice.

### **8. Výsledky výzkumu**

V teoretické části jsem nastínila ideální typy interakčních vztahů mezi lékařem a pacientem podle Stewart a Rotter (1997). Z prvních dvou ideálních typů budu v praktické části vycházet. Jde o Paternalistický a Partnerský interakční vztah. K detekci toho, jak respondentky hodnotily svou zkušenost, jsem vytvořila kategorii hodnotících kódů. Ty využiji hlavně ve třetí části výzkumu, kde se věnuji tomu, jaký vliv na zkušenost respondentek měl přístup zdravotníků.

Odkazují se na ně ale v průběhu vyhodnocování dat a odpovědí na všechny tři výzkumné cíle, proto považuji za vhodné je uvést na samém začátku výzkumné části. Tyto kategorie odkazují na to, co rodička v důsledku přístupu zdravotníků prožívala, nebo jak v rozhovoru sama zkušenost zhodnotila:

<b>zkušenost</b>	<b>kódy</b>
pozitivní	Užila si to Příjemné Vyhovovalo to
neutrální	Nevadilo nehodnotí
negativní	Nepříjemné ponižující stresující traumatizující

### **8.1 Podcíl 1: Popsat zkušenosti respondentek s přístupem zdravotníků v rámci porodní a poporodní péče.**

Ve svém výzkumu jsem uplatnila idiografický přístup, který je vedle fenomenologie a hermeneutiky třetím pilířem IPA. Spočívá v zaměření se na konkrétního jedince, jehož zkušenost zkoumáme v podobném smyslu jako případovou studii. To znamená, že výzkumník se zaměřuje na jeden případ až do té doby, než dosáhne určitého stupně porozumění. Výzkumník pak postupuje tak, že nejdříve uskuteční jeden rozhovor, ten přepíše a opakovaně analyzuje a až po sléze se začne zabývat případem dalším (Řiháček, Čermák, Hytch, 2013). V návaznosti na idiografický přístup a fenomenologii tak v odpovědi na první otázku postupují popisem zkušeností jednotlivých respondentek.

#### **Blažena**

Věk 27

Vzdělání: Vysokoškolské

Rok a místo porodu: 2020, porodnice Podolí

Paní Blažena rodila v roce 2020, rodila po termínu a porod měla vyvolávaný. V průběhu těhotenství a před porodem měla z porodu strach. Obávala se, že bude velmi bolestivý, a že se nedokáže uvolnit, zablokuje se a bude potřebovat císařský řez. O přístupu zdravotníků při porodu neslyšela před porodem od známých ani od žen na internetu nic strašného.

Porodnici v Podolí si vybrala kvůli dostupnosti z místa bydliště a na doporučení známé. V rozhovoru jsem identifikovala velký počet případů, kdy k ní zdravotníci při porodu přistupovali paternalisticky, nedostávala informace ohledně zákroků, neptali se na její souhlas se zákroky a vyšetřeními a komunikovali s ní autoritativně. Na druhou stranu ji ale porodní asistentka v průběhu porodu chválila a paní Blažena se nesečkala s arogantním způsobem komunikace, měla pocit, že se k ní zdravotníci chovali slušně. O své porodní asistentce, která Blaženu chválila a vedla porod způsobem příkazů a nízké míry informací o intervencích, paní Blažena řekla:

*„Já jsem chytila úplně fajn porodní asistentku, která mi vyhovovala a krásně mě vedla.“*

Během porodu u paní Blaženy ale nastal problém a lékaři museli zasáhnout a pomoci jí kleštěmi. Tento zásah s paní Blaženou nijak nekonzultovali, to ale paní Blažena v rozhovoru nereflektovala a o zákroku jen řekla, že to bylo nakonec lepší, než kdyby jí „skákali po břicho“. Negativně ale hodnotila narušení jejího soukromí přítomností mediků u svého porodu, protože měla předem vyslovené přání, že si na sále mediky nepřeje, přesto u jejího porodu ve finální fázi nakonec byli. Další záležitost, kterou paní Blažena hodnotila jako nepříjemnou, se týkala nedostatečné ohleduplnosti ze strany zdravotníků po porodu. Kdy se doktor, zašívající její porodní zranění domlouval s jiným doktorem, jestli si dají k obědu burger. Paní Blažena tyto záležitosti, které hodnotila jako nepříjemné, okomentovala slovy, že u porodu se dějí horší věci. Dále se odkazovala na to, že ona i dítě byly v pořádku a u porodu na ní nikdo nebyl vyloženě nepříjemný, takže si vlastně nemá na co stěžovat. Péče na oddělení šestinedělí pak paní Blaženě vyhovovala. Podle jejích slov se nesečkala s ničím nepříjemným ze strany zdravotníků. To reflektovala jako možný důsledek toho, že na oddělení šestinedělí sestry, podle svých slov, neotravovala. Dále to rozvedla následovně:

*„Já si dokážu představit, že kdybych tam chodila s každou pitomostí tak by na mě asi koukali jinak. Ale tím, že my jsme si vystačili, tak to bylo v pořádku.“*

Na závěr rozhovoru Blažena vyjádřila svoji spokojenost s přístupem zdravotníků a uvedla, že pokud by měla podruhé rodit, přála by si opět rodit v porodnici v Podolí.

## **Dominika**

Věk: 25

Vzdělání: Vysokoškolské

Rok a místo porodu: 2020, Fakultní nemocnice Ostrava

Paní Dominika zvažovala domácí porod, pro porod v porodnici se rozhodla kvůli bezpečnosti. K porodu si jako doprovod vybrala dudu a partnera, pár týdnů před jejím porodem ale byla přítomnost další osoby u porodu zakázána v souvislosti s pandemií covid19. Porodnici vybrala na základě toho, jak brzo po porodu pouštěla tatínka dítěte na porodní sál. Popsala, že větší část jejího porodu proběhla doma za přítomnosti partnera a dudy, do porodnice se rozhodli jet až ve chvíli, kdy usoudily že porod pokročil do další fáze. Dominika měla pocit, že k ní u příjmu zdravotníci přistupovali, jako by byla nemohoucí a nemohla porod sama zvládnout, to bylo Dominice nepříjemné. Příjem dále Dominika pospala slovem katastrofa a uvedla, že jí vyšetření bylo krajně nepříjemné a ani nevěděla, co s jejím tělem porodní asistentka dělala. *„Bolestivé, úplně neskutečně. Já nevím, jestli tam ta porodní asistentka oddělávala zbytek plodových obalů, nebo co to tam dělala.“* Zdravotníci jí řekli, že je její porod na úplném začátku, ale že si ji v porodnici chtějí nechat. Uvedla, že z toho byla ve stresu a připadala si osaměla. Dále uvedla, že po ní zdravotníci chtěly znova vyplnit administrativu, ačkoliv měla dopředu vše vyplněné, to hodnotila jako velmi nepříjemné. Porodní asistentka byla Dominice na příjmu nepříjemná za ní po pár hodinách přišla, že se mění směny a Dominice přeje, aby porodila alespoň druhý den. To v Dominice vyvolalo paniku, nedokázala si představit, že by v porodních bolestech měla strávit ještě celý den. Záhy se ale přišla Dominice představit nová porodní asistentka, která přišla na výměnu směny. Paní Dominika popsala, že tato asistentka se na všechno ptala, když Dominika odmítla prasknutí plodové vody, řekla že to respektuje a že četla její porodní přání. Dominice tato asistentka byla velmi příjemná. *„A já jsem v tu chvíli začala brečet a prosila jí, aby tam se mnou zůstala. Že už tam nechci být sama a najednou jsem jí tam strašně chtěla. No a s ní jsme to nějak dotáhly do konce no. Nakonec se od té doby malá narodila za tři hodiny.“*

*To jenom takový rozdíl. Ta co odešla mi řekla, že porod vůbec, že budu rodit ještě 2. den, a ta druhá, co přišla hned po ní, mi řekla, jak jsem šikovná, jak mi to jde, a že za chvíli je miminko se mnou.“ V závěru porodu ale nastal problém a tato porodní asistentka bez konzultace s Dominikou přivolala na porodní sál doktory. Dominika uvedla, že zpětně toto přivolání hodnotí jako zbytečné, měla pocit že „asistentce se jen nechtělo čekat na porod ramínek, který ale může trvat i hodinu“. Následující čas popsala Dominika jak nejhrošších deset minut ve svém životě, kdy se změnilo úplně všechno. „Takže tam nešly porodit ramínka, takže mi vlastně polohovali nohy, tlačili mi na stydkou sponu, což bylo velmi bolestivé a vyloženě malou vyrvali ven. O porodu se nedá vůbec mluvit.“ Dominika popsala, že v této fázi neměla o porodu žádné informace, byla ve stresu a netušila co se stalo a proč se to stalo. Uvedla, že tyto informace neobdržela ani po porodu a do dnešního dne netuší, proč k zásahu zdravotníci přistoupili a proč byli přivoláni na sál. Po porodu mělo její dítě komplikace s dýcháním, což Dominika přisuzovala komplikacím při porodu, které ale podle jejího názoru nastaly kvůli jejímu zděšení z příchodu většího počtu zdravotníků na sál. Jako traumatizující hodnotí situaci, kdy k ní po porodu přistoupil doktor a podle jejích slov naznačil, že její dítě může klidně umřít, že to je jen na dítěti, jak se s tím popere. Paní Dominika popsala, že na oddělení šestinedělí měla pocit, že tam potřebovala pomoc se psychicky vyrovnat s porodem a pomoc s kojením, ale měla pocit že je na vše sama a nikdo jí nepomohl. Cítila nedostatek podpory ze strany personálu. Zkušenost s porodní a poporodní péčí tedy Dominika ve výsledku vnímala negativně, ačkoliv ve velké části porodu byla s péčí asistentky spokojená, nedostatek informací způsobil v Dominice stres a v poslední fázi porodu stres, na oddělení šestinedělí navíc byla osamocená a často od dítěte separovaná. Uvedla, že má pocit, že poskytnutá péče při porodu ji značně ovlivnila a že celý rok po porodu docházela k psychologovi, aby se lépe vypořádala s touto traumatickou zkušeností. Dominika uvedla, že by v případě dalšího porodu chtěla rodit s vlastní porodní asistentkou, nebo dulou a v jiné porodnici.*

## **Valerie**

Věk: 30

Vzdělání: Vysokoškolské

Rok a místo porodu: 2021, Porodnice Přerov

Porodní zkušenost, o které jsme s paní Valérií hovořily byla již její druhá zkušenost s porodem. V rozhovoru se tak objevily i prvky srovnávání této zkušenosti se zkušeností první. Před prvním

porodem byla paní Valerie na předporodním kurzu, u druhého to již nepovažovala za nutné, protože již měla s porodem zkušenost. Za důležité na porodní a poporodní péči považuje individuální přístup a jednotné informace. Pro porodnici se rozhodla na základě zkušenosti z předchozího porodu. Její druhý porod charakterizovala jako rychlý a příjemný. Vypověděla, že na ni byli při porodu všichni příjemní, uklidňovali a podporovali ji a vyjadřovali důvěru v její schopnosti. Personál jí nabízel možnost porodu v různých polohách, a nakonec díky nabídce porodní asistentky porodila dítě v poloze v dřepu. Po porodu ocenila možnost bondingu a dopřání dostatečného soukromí. Pociťovala změnu oproti jejímu prvnímu porodu, kdy byla nucena родit v poloze v leže v porodním křesle. Zdravotnický personál k ní přistupoval podle jejích slov tak, jak by se podle ní měl chovat ke každé rodičce. Přístup zdravotníků na oddělení šestinedělí paní Valerie hodnotila jako příjemný, nikdo ji do ničeho nenutil a dopřály jí tam dostatek soukromí s odkazem na to, že ví, co má dělat a kdyby něco potřebovala, ať si zdravotníky kdykoliv přivolá. Objevil se ale zádrhel na konci jejího pobytu na oddělení šestinedělí, který se týkal rozporuplných informací ze strany zdravotníků a arogantního chování, a to hodnotila jako nepříjemné. Paní Valerie od jedné sestřičky obdržela informaci, že následující den ji propustí domů, protože se paní Valerie začala na toto propuštění těšit i vzhledem k tomu, že doma měla starší dítě. Druhý den, když ji měly propouštět, ale přišla jiná sestra a ta bez pádného odůvodnění řekla, že domů bude moci jít až další den. Paní Valerie se tedy rozhodla požádat o propuštění dříve. V návaznosti na to ale zaznamenala výraznou změnu v přístupu ošetřující lékařky a sestry, které s ní začaly komunikovat arogantně. Nakonec paní Valerie podepsala revers a z oddělení šestinedělí odešla dříve. Do porodnice druhý den přišla s dítětem a na kontrolu a vypověděla, že paní doktorka, která ji nechtěla propustit se k ní opět chovala arogantně, ale ostatní personál byl příjemný a s jejím dřívějším odchodem neměl problém.

## **Anežka**

Věk: 20

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Rok a místo porodu: 2019, Mulačova nemocnice Plzeň

Paní Anežka se pro porodnici v Mulačově nemocnici rozhodla na základě doporučení svého gynekologa a z důvodu dostupnosti. Při porodu měla pocit, že se k ní chovají slušně, ale že se jí nedostává dostatek informací o průběhu porodu a následně o jejím dítěti. Především hodnotila

jako nepříjemný rutinní a neosobní přístup zdravotníků. Negativně hodnotila také zasahování do její fyzické integrity při vyšetřování během první doby porodní. Nejen že bylo dle jejích slov bolestivé a hrubé, ale také jí vadilo, že ji při vyšetřování nutili ležet. Věděla, že vyšetření může odmítnout, ale podle svých slov neměla sílu se se zdravotníky dohadovat. Vypověděla, že jí vyhovovalo soukromí, které jí zdravotníci (v rámci možnosti) při porodu dopřávali. Po porodu ale neměla tolik soukromí, kolik by si přála, navíc když si po tom, co proběhl bonding pro její dítě přišla sestra a odvezla ho. Paní Anežka ale nedostala žádné informace o tom, proč dítě odvázejí, kam ho odvázejí, a především proč ho odvázejí. To, že jí bylo dítě odvezeno a to, že tyto informace nedostala hodnotila Anežka jako stresující. Na oddělení šestinedělí paní Anežka hodnotila jako stresující rutinní postupy ohledně kojení, kdy musela zapisovat váhu dítěte každé kojení a zapisovat stolice dítěte a počet vyměněných plen. Anežka to hodnotila jako něco, co jí bránilo se při kojení uvolnit. Celou zkušenost paní Anežka hodnotí jako nepříjemnou a uvedla, že by příště chtěla родit v jiné porodnici, a že by chtěla ambulantní porod (bez pobytu na oddělení šestinedělí). Z celé zkušenosti Anežce nejvíce vadil neosobní přístup zdravotníků, vnímala důraz na autoritu zdravotníků a uvedla, že cítila malou míru podpory. Svoji zkušenost shrnula následující větou:

*„Přišlo mi, že to bylo takové o nás bez nás. Že si tam tak jako dělali tu svoji práci, a to že já jsem ta, která tam rodí je vlastně nezajímá.“*

## **Patricie**

Věk: 31

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Rok a místo porodu: 2020, Fakultní nemocnice Ostrava

Paní Patricie uvedla, že na porodní a poporodní péči je pro ni důležitá informovanost rodičky ohledně toho co se děje, co se bude dít a co se může dít. Dále pak respekt k přáním rodičky, pokud není ohrožena na životě ona, nebo její dítě a konečně ujištění a podpora. Paní Patricie se dlouho rozhodovala mezi porodem doma a porodem v porodnici. Nakonec se z důvodů bezpečnosti rozhodla pro porodnici s oddělením neonatologie, protože chtěla mít jistotu, že kdyby se něco přihodilo, bude jejímu dítěti zajištěno bezpečí. Před porodem se paní Patricie aktivně informovala a podstoupila dva předporodní kurzy jeden od soukromé agentury a druhý od porodnice, ve které rodila. Patricie uvedla, že ji překvapily odlišnosti poskytovaných

informací na těchto dvou kurzech. Uvedla, že více věřila kurzu od agentury, protože si zpětně ověřila, že to, co jí na kurzu bylo sděleno podporuje i WHO, zatímco z kurzu v nemocnici měla pocit že „...některé informace říkali tak, aby potom s rodičkami při porodu neměli problém, že se vlastně nemají na nic ptát, že to takhle prostě je.“ Do porodnice posílala před porodem dříve vyslovené přání s dotazem, zda jsou schopní ho naplnit a dostala odpověď, že záležitosti, které v přání má uvedené, jsou v dané porodnici standardem. Ohledně tohoto přání ale paní Patricie uvedla, že nakonec bylo všechno jinak, než měla v přání uvedené. To odůvodnila tím, že podle ní nakonec podlehla nátlaku zdravotníků. Uvedla, že měla v porodním přání napsané například to, že si nepřeje vaginální vyšetření, na příjmu k němu ale nakonec svolila a dále už jí bylo vaginální vyšetření prováděno. A to i následně, v průběhu celého porodu bez její souhlasu, automaticky. Dále uvedla, že si nepřála klystýr a epidurální anestezii, to jí ale zdravotníci neustále nabízeli a následně až nutili a paní Patricie nakonec k obojímu svolila.

*„Epidural mi nabízeli, já ho nechtěla, protože jsou tam potom problémy. To jsem jim říkala a na to mi ta porodní asistentka řekla: „Vy jste nějak hodně četla, ne? Ale nepovídejte... Takže oni mě vlastně vůbec nepoučili o rizicích, a ještě mi to vymlouvali, že jsem moc studovala a že to není dobré. No, ale nakonec jsem souhlasila. Ta anestezioložka, co mi píchala epidural, ta byla tedy opravdu nepříjemná. Té jsme říkali fašistka potom s holkama na šestinedělí.“*

Paní Patricie dále uvedla, že byla spokojená s tím, že na předporodním pokoji měla volnost v polohování. Naopak na samém konci porodu paní Patricie zažila nepříjemný nátlak porodní asistentky na polohu v leže. Paní Patricie uvedla, že si přála rodit ve svislé poloze, ale porodní asistentka ji přemlouvala a tlačila na ni, aby rodila v poloze v leže s tím odůvodněním, že jí bude lépe schopná chránit hrát proti natržení. Po nepříjemné výměně názorů si paní Patricie nakonec lehla a rodila v leže. Problém nastal, když pak následně porodní asistentka paní Patricie nastříhla hráz, ačkoliv paní Patricie si to nepřála. To Paní Patricie reflektovala jako narušení její tělesné svobody, navíc díky tomuto zákroku hodnotila předešlý nátlak porodní asistentky na polohu v leže jako nejen nepříjemný, ale i zbytečný, protože k narušení hráze nakonec stejně došlo. Po porodu měla paní Patricie domluvený bonding s dítětem, byl jí ale dopřán velmi krátký čas, navíc často narušovaný personálem porodnice. Po porodu tak neměla dostatek soukromí, a to jí bylo nepříjemné. Na oddělení šestinedělí paní Patricii také nebylo dopřáno tolik soukromí, kolik by si přála. To popsala paní Patricie takto: „...pořád tam někdo chodil a něco chtěl. Neměla jsem čas si to tak jako srovnávat a naladit se na miminko.“ Provoz na



oddělení šestinedělí hodnotila velmi kriticky a přišel jí stresující. Patricie měla pocit, že každá sestřička po ní chce něco jiného, navíc se často setkávala s tím, že jí nějaká sestřička vynadala za něco, co jiná povolila. Patricie tento rozpor přikládala věkovému rozdílu mezi sestřičkami a době strávené ve výkonu profese. Uvedla, že podle jejího názoru „*ty staré sestřičky by se už měly vyměnit*“. Patricie vyjádřila svůj pocit, že na oddělení šestinedělí se jí dostávala nedostatečná psychická podpora, podle jejích slov potřebovala po porodu pomoci s vypořádáním se se svými pocity. To odůvodnila zobecněním na to, že po porodu má spoustu žen strach a třeba i chuť utéci od dítěte. Psychická podpora se jí ale na oddělení šestinedělí nedostávala, uvedla že: „*Na tom šestinedělí, tam vás spíše rozloží. Jako puzzle vás tam rozsypou.*“ Svoji zkušenost s porodní péčí a poporodní péčí zhodnotila jako nepříjemnou a stresující a uvedla, že by si podruhé už stejnou porodnici nevybrala. Dále uvedla, že na základě své zkušenosti zvažuje i domácí porod. Na závěr se svěřila, že ji mrzí, že v České republice nefungují porodní domy, protože to vidí jako něco mezi porodem v nemocnici a porodem doma.

## **Quentina**

Věk: 32

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Rok a místo porodu: 2017 a 2020, Fakultní nemocnice Ostrava

Paní Quentina měla za sebou v době rozhovoru dva porody, ve výzkumu ale chtěla primárně mluvit o svém prvním porodu, ačkoliv okrajově jsme se v rozhovoru dostaly i k jejímu druhému porodu. Paní Quentina se před prvním porodem rozhodovala mezi porodem v porodnici a porodem doma, nakonec se pro porod v porodnici rozhodla z bezpečnostních důvodů. Na porodní péči považuje podle svých slov za nejdůležitější to, aby byl brán ohled na individualitu rodičky a aby nebylo k porodu a k rodičce samotné přistupováno rutinně. V samotném výběru porodnice pak pro paní Quentinu hrála roli blízkost porodnice a to, že jí na předporodním kurzu v nemocnici byl sympatický doktor z novorozeneckého oddělení. Paní Quentina byla na dvou předporodních kurzech, jeden poskytovaný soukromou agenturou a druhý poskytovaný nemocnicí. Dále uvedla, že měla mnoho informací o možnostech porodu ze svého okolí, ale že si o porodu a jeho průběhu sama nic nečetla. „*Ale já jsem například nečetla vůbec nic. My jsme na to šli pocitem.*“

Paní Quentina měla dopředu vyplněnou nutnou administrativu, a tak na příjmu šla pouze na vyšetření, kde si s ní zdravotníci povídaly. „*Tam jsme si povídaly se sestřičkou o jménech. Bylo.*

*mi příjemný, že jsem tam jenom neležela a nekoukala...“* Protože měly v porodnici volné všechny pokoje, dali Quentině vybrat, který si přeje, zeptali se jí, které zásahy by si přála a které by si nepřála a poté jí s partnerem nechali na pokoji samotnou. Zároveň Quentinu ale uvědomily, že může kdykoliv zmáčknout tlačítko na přivolání personálu, ať se děje cokoliv. To Quentina hodnotila jako příjemné: měla dostatek soukromí, zároveň ale věděla, že když bude potřebovat porodní asistentku, může jí okamžitě přivolat. Quentina měla velké bolesti, přesto odmítala jakoukoliv medikaci. To zdravotníci respektovali a nabízeli jí různé polohy, které by jí mohly ulevit od bolesti. Nakonec společně došly k možnosti, která opravdu Quentině ulevila. *„Tak přišla sestřička a říká: „Tak to můžeme zkusit ve stoje,“ Normálně tam byli žebřiny... No tak jsme to zkusili. Ona říkala ať vždy při kontrakci naručuju do podřepu, zatlačím a po kontrakci zase vyručuju nahoru, opřu se a vydechnu. To byl úplně fantastický nápad. Já jsem si to najednou začala opravdu užívat, dostala jsem se nějak do sebe a celý ten porod byl jako příjemný.“* Paní Quentina takto ručkovala do dřepu a zpět nějakou dobu, dokud se nezačalo schylovat ke konci porodu. Uvedla, že společně s porodní asistentkou přemýšlely, jakou pozici Quentina zaujme ve finální fázi porodu. *„No a schylovalo se ke konci, tak jsme přemýšlely, jestli budeme rodit v té poloze u žebřin anebo jestli půjdeme na křeslo.“* Paní Quentina si z důvodu únavy nakonec vybrala polohu v leže na porodním křesle. Quentina o sobě a o zdravotnících mluvila spíše jako o týmu než o protivnících, jako to můžeme pozorovat v některých předešlých zkušenostech žen. Navíc z rozhovoru s paní Quentinou vyplynulo, že takto k ní přistupovali i zdravotníci. Vypověděla, že si celý porod užila, až na dva detaily, které hodnotí jako problematické a nebyly jí příjemné. Vadilo jí, že zdravotníci nenechali dotepat pupečník, a že jí nenechali samovolně porodit placentu. U porodu placenty uvedla, že se jí zdravotníci ani nezeptali a udělali to za ní. Jako velmi příjemný hodnotila přístup zdravotníků po porodu, kdy měla nejdříve bonding s dítětem paní Quentina, následně ale bylo nutné aby jí zdravotníci ošetřili porodní zranění. V tu chvíli zdravotníci sami od sebe iniciovaly i bonding dítěte s otcem. *„Pak přišla sestřička a říká: „Táto sundejte si triko, teď ju budete mít vy.“ ... A to byl opravdu krok ze strany zdravotníků, což pro mě bylo moc překvapivý a příjemný.“* Svoji zkušenost z oddělení šestinedělí paní Quentina hodnotí, na rozdíl od své zkušenosti s porodní péčí, negativně. První zádrhel, který nastal na oddělení šestinedělí byla pro Quentinu separace od dítěte, která jí byla nabídnuta s odůvodněním, že musí být určitě unavená a paní Quentina s tím souhlasila, zpětně ale separaci hodnotí negativně a podle jejích slov by sestřička měla vědět, že v takové situaci si žena ani odpočinout nemůže. Dále Quentina uvedla že *měla ten den smůlu na starší a nevrlou sestřičku*, která preferovala rutinní postupy v péči o dítě. Jako

stresující hodnotila především to, že musela dítě před a po každém kojení vážit a zapisovat každé čůrání a stolici dítěte. Paní Quentina uvedla, že takový postup jí vystresoval a začala pochybovat o svých schopnostech dítě nakojit. Další důvod k pochybnostem jí daly sestřičky, které zpochybňovaly, jestli se vůbec rozkojí. Na oddělení šestinedělí měla pocit, že jí některé sestřičky dávaly najevo, že je nezodpovědná a neschopná matka. Dále uvedla že: „*Je to o tom, na jakého člověka narazíte.*“ Tento rozpor dále rozvinula v domněnku, že by se přístup zdravotníků na oddělení šestinedělí měl podle jejího názoru sjednotit, protože některé ženy po porodu autoritativní přístup sestřiček snáší velmi špatně. Uvedla, že má pocit, že poporodní deprese u žen jsou v některých případech způsobeny přístupem zdravotníků na oddělení šestinedělí.

O svém druhém porodu paní Quentina mluvila spíše okrajově a nechtěla ho příliš rozvádět. Uvedla ale, že u tohoto porodu měla porodní asistentku, které už končila směna, ale z nějakého důvodu musela směnu přetáhnout a na porodním oddělení zůstat. Tato porodní asistentka byla prý velmi nepříjemná, hrubá, a necitlivá. Obzvláště nepříjemná byla, když se paní Quentina snažila prosadit si porod ve stoje. Při porodu ale nastal malý zádrhel u nějž se druhému dítěti paní Quentiny zlomila klíční kost, o tom jí ale porodní asistentka, ani nikdo ze zdravotníků neinformoval. Paní Quentina se o tomto zranění dítěte dozvěděla až druhý den na oddělení šestinedělí od doktora při vizitě. Toto jí ze strany porodní asistentky a zdravotníků přišlo neprofesionální a nepříjemné. Měla strach, zda nevědomky nemohla synovi způsobit bolest neopatrnou manipulací.

## **Lenka**

Věk: 27

Vzdělání: Vysokoškolské

Rok a místo porodu: 2020, Nemocnice Rakovník

Paní Lenka uvedla, že na porodní a poporodní péči je pro ni důležitá odbornost zdravotníků a respekt k člověku, kterému péči poskytují. Dále uvedla, že by podle jejího názoru měl být ženě umožněn i porod doma za přítomnosti kvalifikovaného zdravotníka a projevila lítost nad tím, že to prý v České republice není zcela možné. Uvedla, že by nejraději rodila doma, ale měla strach, že by u porodu nemohla mít dostatečně schopnou porodní asistentku. Porodnici vybírala na základě recenzí žen na internetu a vybrala takovou, která je považována za jednu z nejvíce respektujících porodnic v České republice. Tuto porodnici sice neměla Lenka blízko domova,

ale rozhodla se tak kvůli individuálnímu a vstřícnému přístupu, který si od personálu v porodnici slibovala. Paní Lenka dítě neporodila v termínu porodu, a tak zdravotníci chtěli, aby podstoupila vyvolání porodu. Ačkoliv si paní Lenka vyvolání porodu nepřála, podle svých slov nakonec podlehla nátlaku a výhrůžkám ze strany zdravotníků a na vyvolávaný porod přistoupila. Bylo jí řečeno, že vyvolávání porodu žádná rizika nemá a porod proběhne přirozeně. Jako jediný možný zádrhel zdravotníci uvedli, že vyvolávaný porod bolí více, ale to se dá vyřešit medikací. Paní Lenka si medikaci nepřála a zdravotníci na to reagovali tak, že to je v pořádku a že jsou tam pro ni. Paní Lenka při vyvolávání chodila na kontroly, zde se setkala se situací, kdy chtěla poradit porodní asistentce, jak má nandat monitor, aby bylo dítě lépe snímáno, protože měla zkušenost z předešlých kontrol, že pokud byl monitor nandaný na jedné straně, tak dítě nebylo snímáno. To porodní asistentku velmi pobouřilo a vynadala Lence, že ona je tady zdravotník s léty praxe a ví nejlépe, jak to má udělat. Nakonec porodní asistentka musela ale monitor předělat tak, jak jí prvně radila Lenka, protože monitor na jedné straně dítě opravdu nesnímá. Tato epizoda byla Lence nepříjemná, připadala si ponížene v situaci, kdy se snažila být k porodní asistentce milá a poradit jí. S tou samou porodní asistentkou se Lenka setkala i dále v průběhu porodu, kdy Lence tato porodní asistentka řekla, že dýchá špatně a neřekla jí, jak by dýchat tedy měla. Dále tato asistentka Lence naznačila, že svou situaci příliš drammatizuje, a že to musí zvládat, protože to je přece jenom porod. To Lenku rozcílilo, a nakonec požádala o to, zda by jí mohla být přidělena jiná asistentka. Nová asistentka Lence vyhovovalo. Následně začal být pro Lenku porod příliš bolestivý a rozhodla se požádat zdravotníky o epidurální anestezii. Bylo jí ale řečeno, že anestezioložka nemá čas a bude se jí věnovat později. Nakonec ale epidurální anestezii Lenka vůbec nedostala, ani odůvodnění proč ji nedostala.

*„No a oni mi pořád tvrdili, že doktorka nemůže, to trvalo tři hodiny a já trpěla bolestí a když už doktorka mohla, tak se šlo rodit a nestíhal se epidural. To jsem se cítila příšerně, když mi slíbili, že tu péči dostanu a když jí potřebuju, tak doktorka nemůže. Ani nepřišla a neřekla třeba že to nedoporučuje, prostě doktorka se na mě úplně vybodla. To jsem ještě neřekla, že když jsem tu porodní asistentku prosila o epidural, tak ona se mi smála do obličeje a říkala „, Najednou, jo? Nechtěla jste to náhodou předtím bez toho?“ A jako mi přišlo, že se strašně bavila tím, že trpím.“*

Po několika hodinách již porod pokročil a Lenka se přesunula na porodní box. Zhodnotila jako příjemné, že si mohla vybrat porodní polohu. Situace ale vyescalovala a Lenka popsala, že

vlastně neví co se stalo, ale že nakonec byla na porodním křesle, zdravotníci jí udělali nástřih hráze a byl nutný zákrok lékařů. Porodní asistentka jí sdělila, že Lenka teď už musí přestat být sobecká a začít taky myslet na své dítě. Uvedla, že se jí nedostaly vůbec žádné informace o tom, co se děje, ani o tom co s ní zdravotníci dělají, či budou dělat. Zhodnotila, že pro ni bylo stresující také to, že se na sále najednou objevilo velké množství lidí. O celé situaci dále uvedla: „*Tyhle zásahy hodnotím jako nutné, ale to vyvolávání hodnotím jako průser.*“

Po porodu neproběhl bonding, ačkoliv dítě bylo v pořádku, zdravotníci ho odešli vykoupat a obléct. Paní Lenka své dítě viděla až 45 minut po porodu, kdy se zdravotníci rozhodli udělat první přisátí dítěte. To paní Lenka hodnotila jako nepříjemné a uvedla, že jediné co si v té chvíli přála, bylo mít své dítě již u sebe. Průběh prvního přisátí hodnotila Lenka jako bolestivý a nepříjemný.

„*A oni mi jí přinesli s tím, že uděláme první přisátí. Ve vánočce a chytili mi prso a teď mi jí tam nacucli. Normálně mi dětská chytila prso a nandala mi jí tam a ještě držela to prso a mačkala ho.*“

Po prvním přisátí se paní Lenka snažila zjistit, co se vlastně stalo. Bylo jí ale řečeno, že takové komplikace jsou při vyvolávání porodu normální, a že ještě může být ráda za takový průběh porodu. Paní Lenka problematizovala to, že jí toto sdělila ta samá doktorka, která jí před tím řekla, že vyvolávání porodu nemá rizika, a že porod proběhne bez komplikací. Na oddělení šestinedělí paní Lenka hodnotila jako velmi stresující to, že měla pocit, že své dítě nesnáší, ale nebyl tam nikdo, kdo by jí rozuměl a pomohl se s touto situací vypořádat. Lenka uvedla, že i myslí, že k dítěti neměla pouto kvůli tomu, že na ní byl před porodem a v průběhu porodu vytvářen zdravotníky nátlak a také proto, že hned po porodu neměla možnost své dítě vidět, a tím pádem se v ní hned po porodu nevyplavily ty správné hormony. Kojení bylo Lence nepříjemné, ale kojit chtěla. Šla požádat o radu zdravotní sestry, ty ale zhodnotily, že mléko v prsech má a tím pádem prý nemá žádný problém. Paní Lenka si chtěla od kojení na den odpočinout a šla požádat sestry o příkrm pro dítě. Měla v plánu, že z porodnice odejde s příkrmy a domů si pozve specializovanou laktační poradkyni, která jí s kojením pomůže. Sestry jí ale řekly, že to dělat nemá, protože laktační poradkyně jí neřekne nic jiného, než ony samy. Nakonec na Lenku sestry tlačily aby se rozhodla, že se buď pokusí plně rozkojit v porodnici a zůstane tam, dokud se plně nerozkojí, nebo si nechá zastavit laktaci a dítě bude zcela na příkrmech.

*„No a já jsem v to nátlaku, mě to tak strašně bolelo... já si chtěla jen odpočinout od té bolesti na den dva... Ale v tom nátlaku jsem kývla ne příkrmy a oni mi dali prášky na zastavení laktace a malá je na příkrmech.“*

Lenka uvedla, že jí na oddělení šestinedělí vyhovovalo to, že jí zdravotníci dopřály dostatek soukromí. Negativně hodnotila pak ranní vizity lékařů, které jí přišly ponižující, protože lékaři zasahovali do její intimity odosobněně, jako by byla objekt zkoumání, spíše než člověk. Paní Lenka uvedla, že by v případě dalšího porodu nechtěla rodit v té samé porodnici, protože jí zdravotníci v této porodnici velmi zklamali. Uvedla také, že se pokusila na přístup zdravotníků u jejího porodu podat stížnost nemocnici, ale nikdo se jí zpět neozval. Nakonec Lenka ještě zdůraznila, že celý porod a pobyt na oddělení šestinedělí pro ní byl traumatizující natolik, že ještě v době rozhovoru docházela k psychoterapeutovi, který jí pomáhal se s touto zkušeností vypořádat.

## **8.2 Podcíl 2: Identifikovat a kategorizovat témata týkající se přístupu zdravotníků k rodičkám, která rodičky považují na přístup zdravotníků za důležité.**

Důležitou součástí IPA je interpretace a identifikace témat. V této části výzkumník ustupuje od deskriptivního popisu zkušenosti jedince a přechází k interpretaci. Výzkumník v rámci této části pracuje s hermeneutickým kruhem. Postupovala jsem tak, že jsem nejdříve identifikovala kódy, ve kterých respondentky tematizovaly přístup zdravotníků, ty jsem následně roztřídila na takové, které spadají pod paternalistický přístup a takové, které spadají pod partnerský přístup. Toto vyhodnocování proběhlo na základě charakteristik těchto interakčních vztahů uvedených v teoretické části práce, kdy paternalistický přístup se vyznačuje dominancí zdravotníka a velmi nízkou informovaností pacienta, komunikace je vedená zdravotníkem a od pacienta se očekává poslušnost. Partnerský přístup je takový, který zohledňuje hodnoty a preference pacienta, komunikace probíhá způsobem diskuse a od pacient se aktivně podílí na rozhodování o postupech. Identifikovala jsem taková témata, pod která spadají oba dva přístupy. Když jsem měla všechny případy prozkoumané a tyto témata u případů zkonstruovala, shlukovala jsem je nadále do témat napříč případy. Výsledkem tohoto postupu je 6 neutrálních témat, která zahrnují dimenze partnerského i paternalistického přístupu. Jsou jimi: **Rutina, soukromí, informace, fyzická integrita, způsob komunikace a míra empatie**. Tyto témata je možné interpretovat jako to, co je na přístupu zdravotníků pro respondentky stěžejní. Ve většině

případů respondentky preferovaly u témat dimenze partnerského přístupu a dimenze paternalistického jim byly nepříjemné. V rámci témat se objevily i dva kódy, které nebylo možné přímo zařadit pod jeden z přístupů, pro ty jsem vytvořila dimenzi s názvem konflikt, protože se jedná o situace, které vyplývají z konfliktu mezi paternalistickým přístupem zdravotníků a hodnotami respondentky, nebo z konfliktu mezi partnerským a paternalistickým přístupem mezi zdravotníky.

	Dimenze <b>partnerský přístup</b>	Dimenze <b>paternalistický přístup</b>	Dimenze <b>konflikt</b>
<b>Rutina</b>	Individuální přístup	Lpění na tabulkách, administrativa provádění rutinních zámků Pocit že je jedna z mnoha	X
<b>Soukromí</b>	Dostatek soukromí	Narušování soukromí	X
<b>Informace</b>	Dostatek informací	Žádné informace Nedostatečné informace	Rozporuplné informace a instrukce
<b>Fyzická integrita</b>	Dotazování se na souhlas Nabízení Citlivé zacházení	Nátlak na polohu, vyšetření, medikaci nebo zákrok Udělal to za mě Hrubé zacházení	X
<b>Způsob komunikace</b>	Nabízení Vysvětlování Slušnost Projevy důvěry ve schopnosti rodičky Plurál	Rozkazování Vynadání Projevy nedůvěry ve schopnosti rodičky	Arogantní jednání

<b>Míra empatie</b>	Vcítění ohleduplnost	Přehlížení rodičky necitelnost	X
---------------------	-------------------------	-----------------------------------	---

### 8.2.1 Rutina

Pod tímto tématem jsou zařazeny výpovědi rodiček, v rámci kterých tematizovaly individuální či neindividuální zdravotníků k porodu a k rodičce, administrativu a situace, kdy z přístupu zdravotníků měly respondentky pocit, že jsou jen další v dlouhé řadě. Téma rutiny se v rozhovorech objevovalo nejvíce ve spojitosti s příjmem pacientky do porodnice. Respondentky projevily pochopení k nutnosti přijímacího vyšetření a vyplňování administrativy, často si ale stěžovali na neosobní a nepříjemný přístup zdravotníků v průběhu těchto úkonů. Respondentky neosobní a nepříjemný přístup při těchto rutinních záležitostech reflektovaly jako něco, co vytvářelo první bariéry v komunikaci mezi respondentkami a zdravotníky. Některé respondentky měly i zkušenost s tím, že k nim byla porodní asistentka, která je přijímala, na základě těchto rutinních záležitostí nepříjemná a když se vyměnily směny, tak jim byla přidělena nová porodní asistentka, se kterou neměly zkušenost z příjmu, což vítaly. Naopak respondentka, která se setkala na příjmu s individuálním přístupem, kdy s ní zdravotníci hovořili o jménech, které zvažovala pro své dítě, si příjem pochvalovala a popsala, že se díky němu v porodnici rychleji uvolnila. Na oddělení šestinedělí se téma rutiny objevilo v souvislosti s kojením a zapisováním údajů o dítěti. To ženy hodnotily jako stresující záležitost, která jim překážela v tom, aby se v kojení uvolnily a důvěřovaly si. Dále se téma rutiny objevilo souvislosti s odosobněným provozem oddělení. To narušovalo intimitu prostředí a navozovalo v rodičkách pocit dehumanizace jich samotných.

### 8.2.2 Soukromí

Dalším identifikovaným tématem je téma soukromí. Z výzkumu vyplynulo, že jak v průběhu porodu, tak na oddělení šestinedělí rodičky preferovali soukromí. Pokud rodičkám byl dopřán dostatek soukromí, popisovaly to jako něco, co jim umožňovalo vědomě prožívat porod a naslouchat svým intuicím a potřebám. Negativně hodnotily, pokud bylo jejich soukromí narušováno častými dotazy a intervencemi zdravotníků, a to především v první fázi porodu, v prvních dvou hodinách po porodu a na oddělení šestinedělí. V druhé fázi porodu za narušování soukromí respondentky považovaly to, pokud bylo na porodním sále přítomno velké



množství lidí a zdravotníků, se kterými předtím nepřišly do kontaktu, nebo náhlý příchod na sál takových zdravotníků, kteří s nimi jednali v předešlých fázích porodu nevhodně. Přítomnost takových lidí v některých případech vedla ke strachu a k dočasnému zastavení probíhajícího porodu.

### 8.2.3 Informace

Z nedostatku informací často i v běžném životě pramení pocit ohrožení, strach, úzkost a pocit neschopnosti situaci zvládnout, natož potom v psychické a fyzické zátěži, kterou porod představuje. Pod kategorií kódů informace spadají kódy nedostatek informací, rozporuplné informace a dostatek informací. Jde o situace, ve kterých respondentky tematizovaly přísun informací o průběhu porodu, o dítěti, o tom, co budou zdravotníci s rodičkou a dítětem dělat, nebo případně co již udělali. Dále pak rozporuplné instrukce a rady. Pod téma spadají i situace, kdy zdravotníci přistoupili k zákroku v průběhu porodu, respondentky pak problematizovaly to, že o zákroku a o situaci nebyly informovány. Pokud rodičky dostávaly nedostatečné informace, nebo nedostávaly žádné informace o porodu, reflektovaly to jako něco, co jim ztěžovalo schopnost rozhodování. V situacích, kdy zdravotníci přistupovali k zákrokům, které s rodičkou dopředu nekonzultovali, ani ji neobeznámili s tím, co se děje, pak to v respondentkách vyvolávalo strach. V takových případech se rodičky snažily informovat se zpětně, někdy jim ale nebylo sděleno, co se vlastně stalo.

*„Vy prostě najednou **máte ten stres, že se něco děje, oni mi vůbec neřekli co. Jako co se stalo a proč se to stalo...A doted' prostě ty odpovědi nepřichází.**“*

Pokud rodičky od personálu dostávaly dostatek informací a informace, které dostávaly byly jednotné, rodičky to reflektovaly jako příjemné a něco, co jim usnadňovalo rozhodování a zároveň měly pocit, že jsou respektovány. Na oddělení šestinedělí matky jako nepříjemné reflektovaly to, pokud se jejich dítěti něco přihodilo (např. zranění při porodu) a ony o tom byly informovány až po uplynutí nějaké doby. Více respondentek se setkalo se situací, kdy jim nebyly sděleny informace ohledně jejich dítěte a ony nevěděly co se s dítětem děje. Většinou se tak dělo v situaci, kdy bylo dítě odloučeno od matky na delší dobu a matka nevěděla proč tomu tak je, nebo co se s ním děje. To respondentky reflektovaly jako stresující a vyvolávalo to v nich strach o jejich dítě. Zvláštním kódem, který spadá pod téma informací je **rozporuplné**

**informace a rozporuplné instrukce.** Jedná se o situace, kdy respondentky dostaly od různých zdravotníků v rámci jedné porodnice různé informace nebo instrukce ohledně jejich situace, nebo ohledně toho co mají dělat. Tento kód se objevoval v porodní péči, ale především na oddělení šestinedělí, kde respondentky dostávaly rozporuplné informace ohledně provozu oddělení, nebo ohledně kojení a péče o dítě.

*„Každá sestřička vás zdrbala za něco jiného. Jedna něco povolila, druhá to zakázala třetí jako něco jiného. Takže člověk nevěděl vlastně co má dělat.“*

Z výzkumu vyplynulo, že tento jev může vyplývat z rozdílných přístupů mezi zdravotníky v jedné porodnici. Někteří se snaží o partnerský přístup, zároveň co jejich kolegové aplikují spíš paternalistický. Tento jev byl artikulován jako velký problém na oddělení šestinedělí, kdy je matka v situaci, kdy potřebuje poradit, ale z informací a instrukcí od zdravotníků je zmatená.

#### **8.2.4 Fyzická integrita rodičky**

Dalším tématem je fyzická integrita rodičky, jde o situace, kdy personál svým jednáním zachoval, nebo narušil fyzickou integritu rodičky. Jako nepříjemné ve všech fázích porodu respondentky vyhodnocovaly situace, kdy byla zdravotníky při porodu nátlakem narušena jejich fyzická integrita, a to v souvislosti s nátlakem zdravotníků na polohu, medikaci nebo vyšetření, dále s hrubou manipulací s rodičkou nebo se situací, kdy bez informování a dotázání se rodičky zdravotníci přistoupili k zákroku, medikaci či vyšetření. Takové situace rodičky hodnotili jako nepříjemné, ponižující a traumatizující. Ačkoliv rodičky věděly, že se nátlaku podřizovat nemusí a mohou intervenci lékaře odmítnout, často se takovému nátlaku podřídily, protože zdravotníci k nim přistupovali autoritativně a ony buď neměly sílu nátlaku zdravotníků odporovat, nebo nechtěly, aby situace vyústila v nepříjemnosti, nebo dokonce konflikt mezi nimi a zdravotníky. Pokud však místo nátlaku na zdravotníkem vybranou polohu rodičky, volili zdravotníci cestu nabízení poloh, vyšetření, či zákroků, bylo to rodičkami v rozhovorech reflektováno jako příjemné, podporující a něco, co jim umožnilo si porod užít. Na oddělení šestinedělí se pak téma fyzické integrity objevovalo především v souvislosti s kojením a s ranními vizitami. Rodičky vnímaly jako překračování jejich fyzické integrity to, pokud sestry ve snaze jim vypomocet s kojením, hrubě manipulovaly s jejich prsy, o to víc pokud na manipulaci ženu dopředu neupozornily. Dále pak často vypovídaly, že jim byly nepříjemné

ranní vizity, a to především z toho důvodu, že nebyla respektována jejich fyzická integrita a v důsledku toho se cítily poníženy.

*„Oni tam vtrhnou, vtrhne tam pět doktorů, odhalí vám peřinu, přijde sestra s dlouhou pinzetou, roztáhne vám nohy, vezme tou pinzetou vložku před těmi doktory, vyhodí, přinese další vložku a ten doktor se tam podívá a hodnotí to jako. To bylo nepříjemné to bylo takové ponižující.“*

### **8.2.5 Způsob komunikace**

Téma způsobu komunikace se projevilo jako pro rodičky velmi důležité a často o způsobu komunikace zdravotníků v rozhovorech mluvily. Výzkum ukázal, že způsob, jakým personál s rodičkou komunikuje má velký vliv na rodiččin pocit z porodu. Ohledně způsobu komunikace také respondentky často zmiňovaly jako nepříjemné to, když jim zdravotníci vynadali. Často v souvislosti s vynadáním ze strany zdravotníků také mluvily o tom, že jim zdravotník sice vynadal, že něco dělají špatně, už je ale nenavedl na to, jak to dělat správně. Tyto situace často vedly respondentky k tomu, že se vůči radám konkrétního zdravotníka uzavřely. Pokud ovšem zdravotníci v případě, že nesouhlasili s něčím, co respondentky dělaly, zvolili vysvětlení toho, proč si myslí, že by to dělat neměly a poskytli jim návod, jak to správně provést, respondentky se této možnosti otevřely a často jim rada zdravotníka i pomohla. Další způsob komunikace, který byl respondentkami reflektován jako příjemný, byly projevy důvěry ve schopnosti rodičky situaci zvládnout, takové projevy důvěry rodičkám často zvyšovaly sebevědomí. Respondentky také uvedly, že jim pomohly si porod užít. V rozhovorech se ale objevily i projevy nedůvěry právě ve schopnosti rodičky situaci zvládnout. Ty většinou rodičky vystrašily a snížily jim sebedůvěru ve vlastní schopnosti. Projevy důvěry a projevy nedůvěry rodičky reflektovaly i v otázce podpory kojení na oddělení šestinedělí. Pokud zdravotníci používaly směrem k respondentkám věty typu: „*Tak to se ani nesnažte (kojit)*“, nebo „*Vy tam nic nemáte, jestli vy se vůbec rozkojíte.*“, pak to na sebevědomí respondentek v kojení mělo negativní dopad. Pokud naopak personál rodičky povzbuzoval a používal věty typu: „*Nebojte se, je normální, že to vážne. Určitě se rozkojíte.*“, tak se rodičky cítily spokojeně a sebevědomě. (Pro příklady jsem použila věty, které v rozhovorech citovaly respondentky)

Za nejzajímavější poznatek ohledně způsobu komunikace považuji používání množného čísla v komunikaci s rodičkou. O tom respondentky referují pozitivně, obzvláště pokud je tento způsob komunikace kombinovaný s nabízením možností místo udávání příkazů, tedy například pokud místo způsobu, o kterém mluvili některé respondentky: „Jděte do sprchy, tam se vám uleví.“ personál použil tento způsob komunikace: „Pojďme to zkusit ve sprše, možná se vám tam uleví“. Podle výzkumu tento způsob komunikace může přispět k rychlému přiblížení se rodičce, kdy rodička cítí podporu ze strany zdravotníků a z komunikace má pocit, že jsou tým. Spolupráce zdravotníka a pacienta je základem partnerského interakčního modelu, partnerský vztah bývá připodobňován k rovině spolupráce kdy pacientka a zdravotník pracují jako jeden tým (Roter, 2000). Používání množného čísla může odrážet snahu zdravotníků být v jednom týmu s rodičkou, a tím pádem i partnerský přístup zdravotníků. Považuji za nutné připomenout, že to je jen jedna z mnoha součástí partnerského přístupu a používání množného čísla ve spojení s direktivním a autoritativním přístupem nebyl v rozhovorech reflektován nijak, ačkoliv respondentky vypověděly o tom, že toto spojení zažily. To značí že používání množného čísla při komunikaci s rodičkou může mít pozitivní vliv v kombinaci s partnerským přístupem, ale jeho použití v paternalistickém přístupu nemá na vnímání respondentek příliš velký vliv.

Jako další zajímavý poznatek týkající se způsobu komunikace jsou projevy arogance ze strany zdravotníků. S některými rodičkami zdravotníci v průběhu porodu a po něm jednali arogantně. Tento jev se objevoval převážně v situacích, kdy rodičky odmítaly medikaci, nebo vyšetření. Nebo se jinak vymezily proti postupům porodnice. Rodičky hodnotily arogantní komunikaci negativně, často v nich vyvolala pocit, že jsou zdravotníci v opozici, pocit ponížení a neúcty vůči rodičce, či jejím hodnotám. Konkrétně jde o výsměch, ponižování, pohrdání, neverbální projevy. Tento jev se také v rozhovorech objevoval, pokud rodička nejdříve nějaký zákrok, intervenci, medikaci či jiné odmítla, ale v průběhu porodu, nebo po něm změnila názor. Například pokud nejdříve odmítala dítě přikrmit umělým mlékem a po neúspěšných pokusech o kojení k příkrmu polevila, nechtěla používat kloboučky na kojení, či při porodu požádala o medikaci, kterou nejdříve odmítala. V takových situacích zdravotníci často reagovaly výsměchem, nebo ponížením rodičky. V rozhovorech jsem arogantní jednání zdravotníků identifikovala jako důsledek jejich paternalistického přístupu. Ačkoliv arogantní jednání pod paternalistický model vztahu nespadá v teorii, v rozhovorech s respondentkami se jednalo o reakci na to, pokud se paternalistickému přístupu respondentky odmítaly přizpůsobit.

*„To jsem ještě neřekla, že když jsem tu **doktorku prosila o epidural**, tak ona se mi smála do obličeje a říkala **„Najednou, jo? Nechtěla jste to náhodou předtím bez toho?“** A jako vlastně se strašně bavila tím, že trpím.“ (Lenka)*

O tomto jevu píše i Vácha (Ptáček R., Bartůněk P., 2015). Ve své stati píše, že pokud se pacient snaží uplatnit své poznatky a hodnoty v interakci s paternalistickým zdravotníkem, setká se často s nelibostí, až podrážděním ze strany lékaře.

### **8.2.6 Míra empatie**

Posledním tématem, které se v rozhovorech objevovalo byla míra empatie ze strany zdravotníků. Mezi kódy zařazené pod toto téma jsou: banalizace prožívání rodičky, vcítění a rozhovory mezi zdravotníky. Pokud jde o banalizaci prožívání rodičky, jde o situace, kdy bylo rodičkám naznačeno, nebo vyčteno, že porod, bolest nebo strach o dítě příliš prožívají. O banalizaci prožívání rodičky respondentky vypověděly, že jim byla nepříjemná, nebo jim přišla ponižující. Takovou situaci zažila například paní Lenka, které porodní asistentka řekla: *„Ale takhle nemůžete dýchat, musíte to zvládat, vždyť je to jenom porod!“* Další situací, která rodičkám přišla ponižující nebo stresující v souvislosti s mírou empatie bylo, pokud zdravotníci v průběhu jejich porodu, nebo na oddělení šestinedělí vedly rozhovor mezi sebou, zatímco pečovali o rodičku. V takové situaci si připadaly přehlížené, jakože tam jsou navíc, nebo v nich situace vyvolávala strach. Například jedna respondentka se setkala se situací, kdy si doktor, zatímco jí zašival porodní zranění, domlouval, co si dá k obědu s jiným doktorem přítomným na sále. Jiná respondentka zaslechla rozhovor porodní asistentky a sestry v průběhu svého porodu o komplikacích jiného probíhajícího porodu a dostala strach, protože si myslela, že se zdravotníci baví o ní. Naopak pokud k respondentkám přistupovali zdravotníci empaticky a s respektem k její situaci, cítily se respondentky příjemně a pochopeně. To bylo v situacích, kdy zdravotníci projeví nejen respekt vůči volbám a pocitům respondentek, ale i pochopení. Například, když jedna respondentka odmítla medikaci a bylo jí řečeno: *“Já tomu rozumím, ono to má své komplikace. Vy jste statečná, porod bez epiduralu není pro každého,”* Nebo jiné respondentce, která chtěla jít o den dříve domů z oddělení šestinedělí sestřička řekla: *“Vy byste chtěla jít o den dříve, vy se těšíte, že?”* Takové projevy empatie hodnotily respondentky jako velmi příjemné.

### **8.3 Podcíl 3: Zjistit jaký vliv na zkušenost respondentek s porodem a dny po porodu má zdravotníky aplikovaný přístup**

V následující části se pokusím odpovědět na otázku, jaký vliv na zkušenost respondentek s porodem má zdravotníky aplikovaný přístup v průběhu porodu a na oddělení šestinedělí. Nejdříve jsem identifikovala, jaké přístupy u jednotlivých respondentek převažovaly. Podle ideálních typů interakčních vztahů Rotter a Stewart (1997) jsem přidělila kód paternalistický přístup a partnerský přístup takovým situacím, které odpovídaly těmto pozicím lékařů v daném interakčním vztahu. Dále jsem u každé respondentky vyhodnotila, který typ přístupu převažoval. Očekávala jsem, že se objeví alespoň jedna respondentka, u které bude intenzita výskytu partnerského a paternalistického přístupu přibližně stejný. Tento jev se ale neobjevil, v rozhovorech buď zásadně převažoval přístup paternalistický, nebo zásadně převažoval přístup partnerský. K vyhodnocení toho, jaký vliv na zkušenost rodičky s porodem přístup zdravotníků měl, jsem použila kategorie, které rámcují hodnocení respondentek jejich vlastní zkušenosti. Tyto kategorie jsou: pozitivní, neutrální, negativní zobrazené v tabulce na začátku výzkumné části mé práce.

#### **8.3.1 Paternalistický přístup**

V teoretické části jsem nastínila, co to je paternalistický interakční vztah. Pro hodnocení toho, jaký přístup zdravotníci k rodičkám aplikovali, jsem využila témat, které jsou podrobně popsány v předchozí části. Pro paternalistický přístup to jsou pak kódy narušování soukromí rodičky, žádné nebo nedostatečné informace, narušování fyzické integrity rodičky, dehumanizace rodičky, autoritativní způsob komunikace, nátlak na rodičku, ponižování rodičky a neohleduplnost vůči rodičce. Paternalistický přístup zdravotníků převažoval u šesti rodiček. U paternalistického přístupu je velmi důležité to, zda podřízenou pozici rodička přijme. Pokud ano, dost možná se vyhne konfliktním situacím se zdravotníky. Pokud ale paternalistickému zdravotníkovi rodička dává najevo své hodnoty a svůj pohled na věc a snaží se o symetrický

vztah, dojde často ke konfliktu. Nemusí se ale nutně jednat o slovní konflikt. Jedna z respondentek nevědomky svoji zkušenost s paternalistickým přístupem popsala slovy:

*„No, když děláte, co chtějí a posloucháte, tak oni jsou milí, takoví sladcí jako med, jako na dítě. A jako podporují vás. Ale když máte vlastní hlavu, tak po vás jdou. Jsou to prostě zdravotníci no.“*

V jednom rozhovoru se objevilo pozitivní hodnocení porodu, a zároveň byla zaznamenána převaha paternalistického přístupu. V malé části rozhovorů se opakovaně objevovalo hodnocení neutrální. Šlo o respondentky, ke kterým zdravotníci sice přistupovali spíše paternalisticky, ale respondentky přijaly podřízenou pozici a to, že jim například nebyly sděleny informace o tom, co zdravotníci dělají, nebo že se k nim chovali neohleduplně, respondentkám vlastně příliš nevadilo a na jejich pocit z porodu a poporodní péče to nemělo téměř žádný vliv. Obě dvě respondentky jsou v porovnání s ostatními respondentkami mladé a obě rodili v nejbližší porodnici. Ani jedna neměla vypracovaný porodní plán a od porodu jako takového očekávaly spíše to, že to bude nepříjemná zkušenost. Podle ideálních typů rodiček Hrešanové a Marhánkové (2008) bychom je mohli teoreticky zařadit jako typ „venkovské maminky“. Nedošlo k výměně názorů, a to ani v situacích, kdy bylo něco rodičkám nepříjemné. V takových situacích se tyto rodičky podřídily a důvěřovaly zdravotníkům, že vědí, co dělají. U těchto rodiček paternalistický přístup nevadil, nebyl hodnocený kriticky, ale ani pozitivně.

U některých respondentek se pak v souvislosti s paternalistickým přístupem opakovaně objevoval negativní vliv na jejich zkušenost s porodem a poporodní péčí. Těmto rodičkám nejčastěji vadilo, že byla překračována jejich fyzická integrita, byl na ně vytvářen nátlak, nebo s nimi zdravotníci komunikovali arogantně. Dvě z těchto respondentek dokonce měly po porodu psychické potíže dlouhodobějšího rázu, které spojovaly právě s přístupem zdravotníků. Jednou z nich je respondentka Lenka, ta uvedla: *„Já jsem tedy měla **psychoterapeuta**, protože já jsem měla strašně **deprese** a myslím si, že to je tím, jak porod proběhl. Já jsem prostě **nechtěla vyvolávaný porod, nechtěla nátlaky a nelíbilo se mi, jak se ke mně chovali.**“*

Pokud bychom se i zde snažili o připodobnění k z pohledu zdravotníků „přemoudřelým rodičkám“, pak to není možné u všech čtyř respondentek, ale pouze u tří, mezi nimiž jsou i dvě rodičky s dlouhodobými následky po porodu. Ty měly porodní plány, které podle jejich slov nejen že nebyly dodrženy, ale podle jejich interpretace „všechno bylo naopak, než chtěly“.

Jedna respondentka pak sice přístup zdravotníků hodnotila negativně a porodní zkušenost jako takovou důsledkem přístupu zdravotníků hodnotí jako negativní, ale v průběhu porodu i pobytu na oddělení šestinedělí se vůči zdravotníkům nijak výrazně nevymezovala, snažila se vyhnout konfliktům se zdravotníky a „*příliš je nedráždit*“. Všechny čtyři respondentky, u kterých ze strany zdravotníků převládá paternalistický přístup v porodní péči, uvedly, že už by podruhé v té samé porodnici rodit nechtěly. Jedna z těchto respondentek zvažuje, že by příště zvolila domácí porod a jiná uvedla, že by příště sice chtěla rodit v porodnici, ale v jiné a zvolila porod ambulantní (bez následujícího pobytu na oddělení šestinedělí).

### **8.3.2 Partnerský přístup**

Převážně partnerský přístup jsem identifikovala u dvou respondentek. U jedné byl partnerský přístup aplikován i na oddělení šestinedělí, to si ale vysvětlovala tak, že již byla druhorodičkou. Sestry tak podle ní předpokládaly, že ví, co dělá a mohou jí důvěřovat. U druhé partnerský přístup převažoval při porodu, na oddělení šestinedělí již ale převažoval přístup paternalistický a péči na oddělení šestinedělí hodnotila jako stresující. Když k těmto respondentkám zdravotníci přistupovali partnersky, ženy si připadaly podporované a sebevědomé. Porod obě dvě zhodnotily jako příjemnou zkušenost a uvedly, že si porod užily. Obě dvě by v té samé porodnici v případě dalšího porodu chtěly rodit znovu. Pokud bychom se je opět snažili zařadit do ideálních typů rodiček, tak by tyto rodičky spadaly k typu přemoudřelých rodiček. Obě dvě navštěvovaly předporodní kurzy, odmítaly medikace, měly vypracované porodní přání a obě dvě mají vysokoškolské vzdělání. Ve výzkumu jsem mimo jiné došla i k závěru, že ačkoliv je partnerský přístup a péče zaměřená na člověka všeobecně skloňovaný v souvislosti se spokojeností rodiček s porodní péčí, jsou i rodičky, které jsou s jim poskytnutou porodní péčí spokojené, přestože zdravotníci k nim přistupovali paternalisticky. Na to ale může mít vliv mnoho jiných faktorů, například rodičky z mého výzkumu, které se do této skupiny řadí, se setkaly s takovou formou paternalismu, která nenesla známky ponižování rodičky. Pod paternalistický přístup byla jejich zkušenost zařazena kvůli tomu, že většinu času neměly možnost volby a nebyly dostatečně informované. Tyto respondentky hodnotí jako pozitivní



především to, že s nimi bylo zacházeno bez arogantních projevů a že ony i jejich dítě byly zdravé.

## 9. Diskuse výsledků

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jaká je zkušenost respondentek s přístupem zdravotníků v porodní a poporodní péči. Podcíle mé práce pak byly popsat zkušenost respondentek s přístupem zdravotníků v porodní a poporodní péči, identifikovat a kategorizovat témata, která jsou pro respondentky v jejich zkušenosti s přístupem zdravotníků stěžejní a zjistit, jaký má dopad na jejich zkušenost s porodem to, pokud zdravotníci aplikovali přístup paternalistický, nebo pokud aplikovali přístup partnerský.

Byla identifikována a kategorizována následující témata, která jsou pro respondentky v přístupu zdravotníků v porodní a poporodní péči stěžejní: rutina, soukromí, informace, fyzická integrita, způsob komunikace a míra empatie a zároveň v rámci těchto kategorií byly identifikovány dimenze partnerského a dimenze paternalistického přístupu. Většina respondentek se setkala převážně s paternalistickým přístupem ze strany zdravotníků, přičemž většina z těchto respondentek ho hodnotí negativně, a to jako nepříjemný, stresující, ponižující a v některých případech i traumatizující. Tyto respondentky vypověděly, že by si podruhé tu samou porodnici již nevybraly a některé zvažují v případě dalšího porodu domácí porod. Naopak respondentky, které se setkaly s přístupem partnerským svou zkušenost se zdravotníky hodnotily pozitivně, a to tak, že jim jejich přístup vyhovoval, byl jim příjemný a umožnil jim si porod užít. Respondentky, které se s tímto přístupem setkaly by v dané porodnici rodily i příště. Toto pozorování, především v případě implementace paternalistického přístupu, koresponduje s výsledky výzkumu Durnové a Hajzlarové: *Domácí porody v Česku: motivace, důvody a názory žen, které rodily plánovaně doma* uskutečněného mezi lety 2015 a 2020. Ve tomto výzkumu se ukázalo, že pro část žen, která rodí doma je motivací k domácímu porodu právě předešlá zkušenost s porodem v porodnici. Těmto ženám nejčastěji vadilo znevažování schopností a kompetencí rodičky, znejišťování, zákroky bez souhlasu rodičky, ponižování, zesměšňování, manipulace s rodičkami, rutinní zásahy a lidsky nedůstojné jednání, což je chování, které dle mé interpretace z paternalistického přístupu vychází. Z toho vyplývá, že negativní zkušenost s paternalistickým přístupem zdravotníků může některé ženy odradit od toho, aby příště rodily ve stejné porodnici a některé ženy může i motivovat k tomu, aby příště zvolily porod domácí. Na druhou stranu, podle mého výzkumu implementace partnerského přístupu má pozitivní vliv

na spokojenost s porodní a poporodní péčí, což vede rodičky k rozhodnutí o opětovném porodu ve stejné porodnici. Z uvedeného vyplývá, že pokud je cílem zdravotní politiky, aby rodičky rodily pod dohledem profesionálů v porodnicích, pak je potřeba zaměřit se na způsoby, jak lze potírat paternalistický přístup a z něho vyplývající jednání ze strany zdravotníků a zároveň na to, jak podpořit implementaci partnerského přístupu zdravotníků vůči rodičkám.

Výzkum také poukázal na problematiku rozdílů v přístupu zdravotníků k respondentkám v rámci jedné porodnice a na problematiku podávání rozdílných instrukcí a rad ohledně péče o dítě. V rozhovorech se ukázalo, že tento rozpor vzniká díky odlišným přístupům mezi samotnými zdravotníky, kteří pracují v rámci jedné porodnice. Na problematiku rozdílného přístupu v rámci jedné porodnice narazila ve svém výzkumu i Ema Heršanová (2008), která se věnovala kultuře dvou porodnic v České republice. Ta sice uvedla, že se s tímto jevem nesetkala až tak často, ale pokud se s ním setkala, pak v podobě kritiky přístupu starších porodních asistentek ze strany mladších porodních asistentek. Ty nejčastěji zastávaly postoje s prvky partnerského přístupu jako je důraz na osobní přístup, respektování soukromí a na individualitu žen, zatímco kritizované starší porodní asistentky na tyto aspekty důraz nedávaly. V rozhovorech s mými respondentkami se problematika rozporu v přístupu zdravotníků a rozporuplných informací a instrukcí objevovala poměrně často. Častěji však, pokud se jednalo o péči na oddělení šestinedělí. Odlišný výskyt tohoto jevu v mém výzkumu a ve výzkumu Hrešanové může být způsobena tím, že jsem se ve výzkumu zaměřovala i na oddělení šestinedělí a tím, že mezi mým výzkumem a výzkumem Hrešanové uběhlo více než deset let, kdy se péče orientovaná na pacienta a partnerský přístup stále více prosazují ve veřejné debatě, a tím získávají na popularitě i mezi některými zdravotníky.

Dále výzkum ukázal na poptávku po porodních domech mezi respondentkami. Porodní domy respondentky konceptualizovaly jako řešení stávající situace, kdy mezi zdravotníky v porodnicích převládá paternalistický přístup k rodičkám. Toto zjištění koresponduje s výsledky výzkumu zaměřeného na domácí porody v Česku Durnové a Hajzlerové, ve kterém 65 % respondentek uvedlo, že kdyby existovaly porodní domy, rodily by raději v nich než doma. (Durnová, Hajzlerová, 2020)

Tento výzkum byl omezen mými schopnostmi a možnostmi v době, kdy byl prováděn a vzhledem ke kvalitativní povaze dat a velikosti vzorku jeho výsledky nelze zobecňovat na populaci rodiček v České republice. Zároveň byl zaměřen pouze na zkušenosti mých respondentek a na to, jak si ony interpretovaly přístup zdravotníků a nenabízí objektivní vhled

do problematiky přístupu zdravotníků k rodičkám. Toto jednostranné zaměření výzkumu mi ovšem dovolilo prozkoumat zkušenosti a hodnoty rodiček do hloubky a zjistit, jak přístup zdravotníků vnímaly a jaká témata týkající se přístupu zdravotníků v porodní a poporodní péči jsou pro ně důležitá. Dále mi zaměření umožnilo zjistit, jak respondentky hodnotí paternalistický a jak partnerský přístup zdravotníků. Jako slabou stránku mého výzkumu vnímám to, jakým způsobem byly respondentky do výzkumu rekrutovány. To, že byly osloveny na sociálních sítích a následně jsem vybírala z těch, které se mi ozvaly mohlo mít za následek to, že rozhovory byly uskutečněny převážně s respondentkami, které byly s jim poskytnutou péčí nespokojeny a pociťovaly potřebu si na zdravotnický personál postěžovat. V rámci tohoto výzkumu ale nebylo v mých silách oslovování respondentek k rozhovorům uskutečnit jiným způsobem. Tento výzkum byl také omezen na rámce paternalistického a partnerského přístupu, v diskurzu ohledně porodní péče se ale vzhledem ke zvláštní povaze porodů, která nezapadá do běžné péče o pacienty, hovoří i o modelu konzumeristickém, který můj výzkum nezohledňuje.

Na základě svého výzkumu jsem formulovala následující doporučení:

- Paternalistický přístup a jednání z něj vycházející se na základě tohoto výzkumu jeví jako neefektivní a existuje domněnka, že je potřeba hledat jiné cesty, jak k ženám v rámci porodní a poporodní péče přistupovat. Tyto cesty nabízí mimo jiné i WHO, které doporučuje přeorientování přístupu zdravotníků k pacientům směrem k partnerskému přístupu a péči orientované na pacienta. (WHO, 2015)
- Pro další výzkum doporučuji dotazníkové šetření mezi ženami, které rodily v českých porodnicích.
- Je potřeba podporovat veřejnou debatu týkající se přístupu zdravotníků porodní a poporodní péči.
- Mezi ženami existuje poptávka po možnosti porodů v porodních domech. Není ovšem dostatečně jasné proč a co od péče poskytované v porodních domech tyto ženy očekávají. Doporučuji tedy pro další výzkum téma porodních domů mezi českými rodičkami. Je potřeba hlouběji prozkoumat a dále se zaměřit na to, zda jsou očekávání žen, která od porodních domů mají v České republice za stávající situace naplnitelná.

- Dále bych také pro další výzkumy doporučila, aby byla hlouběji prozkoumána otázka přístupu zdravotníků k matkám na oddělení šestinedělí a otázka rozporů mezi zdravotníky v rámci jedné porodnice.

Přínos mé práce vidím především v tom, že poskytuje hloubkový vhled do otázky zkušenosti rodiček s přístupem zdravotníků a rámuje jejich zkušenosti do modelů paternalistického a partnerského přístupu, což může mít přínos především pro veřejnou debatu týkající se přístupu zdravotníků k rodičkám v českých porodnicích. Dále pak vidím přínos tohoto výzkumu v tom, že identifikoval šest stěžejních témat v přístupu zdravotníků k rodičkám, která lze využít pro další zkoumání této problematiky.

## **Závěr**

Ve své jsem v teoretické části uplatnila postup od obecného ke konkrétnímu. Ačkoliv není rodička (pokud porod probíhá v pořádku) nemocná, jak v sociálním, tak i v právním kontextu hospitalizace v nemocnici přebírá roli pacientky. Nejprve jsem zasadila téma přístupu zdravotníků k pacientům, jako zdravotně politické a sociologické téma a představila jsem modely interakčních vztahů, z nichž pro mou práci byly stěžejní paternalistický vztah a partnerský vztah lékaře a pacienta. V další části jsem se věnovala problematice přístupu zdravotníků k ženám při porodu a po něm. Také jsem představila dva zásadní výzkumy týkající se porodní a poporodní péče uskutečněné v kontextu české republiky, které narážejí na téma přístupu zdravotníků k rodičkám.

Cílem této práce bylo zjistit, jaká je zkušenost žen s přístupem personálu v porodní a poporodní péči. Pro dosažení tohoto cíle jsem zvolila kvalitativní výzkum postavený na hloubkových rozhovorech se sedmi ženami, které porodní a poporodní péči zažily. Rozhovory jsem následně analyzovala pomocí interpretativní fenomenologické analýzy, která mi umožnila prozkoumat a popsat zkušenost každé jedné ženy. Zároveň mi ale tato analýza umožnila identifikovat a kategorizovat 6 témat, která jsou pro mé respondentky na jejich zkušenosti důležité. Těmito tématy jsou: **rutina, soukromí, informace, fyzická integrita ženy, způsob komunikace a míra empatie**. Mým záměrem bylo najít témata, která zahrnují takové zkušenosti, které rodičky hodnotí jako důležité, bez ohledu na to, zda jsou pozitivní, či negativní. Proto jsem se rozhodla pro neutrální pojmenování kódů. Každé z témat má tři dimenze: **paternalistického přístupu, partnerského přístupu a dimenzi konfliktu** partnerského a paternalistického přístupu. Třetí dimenze se projevila jako pro výzkum nejzajímavější a pro respondentky a jejich zkušenost

jako velmi problematická. Objevila se u tématu informace, kdy šlo o situace, kdy respondentka dostávala rozporuplné informace a instrukce od zdravotníků v rámci jednoho oddělení. Z výzkumu vyplynulo, že podávání rozporuplných informací, a především instrukcí, pramení z rozdílného přístupu mezi zdravotníky. U tématu způsob komunikace šlo o situace, kdy s respondentkami zdravotníci komunikovali arogantně, tedy vysmívali se jim, ponižovali je aj. Tento způsob komunikace ale v mém výzkumu zásadně uplatňovali zdravotníci s přístupem paternalistickým, v reakci na snahu rodičky o zachování své fyzické integrity, získání informací, odmítnutí postupů či jiné „neposlušnosti“. Jedná se o konflikt mezi paternalistickým přístupem zdravotníka a rodiččinou snahou o posílení své pozice ve vztahu, přičemž silná pozice pacienta odpovídá partnerskému přístupu.

Dalším podcílem mého výzkumu bylo zjistit, jaký vliv na zkušenost respondentek má zdravotníky aplikovaný přístup. Z výzkumu vyplynulo, že aplikace paternalistického přístupu je mezi respondentkami hodnocena spíše negativně, ačkoliv jedna respondentka byla s paternalistickým přístupem zdravotníků spokojena. Z výzkumu také vyplynulo, že pokud se respondentka snažila vymanit z podrázené pozice a odmítala nátlak zdravotníků uplatňujícím spíše paternalistický přístup, vedlo to k arogantnímu způsobu komunikace ze strany zdravotníků a tím pádem k větší nespokojenosti respondentky s poskytnutou péčí. U převažujícího paternalistického přístupu tak v mém výzkumu platilo, že čím více byla před porodem respondentka informovaná a čím více se snažila uplatnit své znalosti a práva, tím hůře hodnotila svoji zkušenost s porodem a jí poskytnutou péčí, protože se setkala s větší mírou arogantních reakcí zdravotníků. U respondentek, které získaly zkušenost se zdravotníky uplatňujícími spíše paternalistický přístup, se častěji objevovalo to, že jim porod a péče po něm přišly nepříjemné, stresující a v některých případech i traumatizující. U případů, kde byl identifikován převažující partnerský případ, byla informovanost a znalosti respondentky zdravotníky vítány a respondentky svoji zkušenost popisovaly jako příjemnou.

Přínos své práce vidím především v identifikaci šesti neutrálně postavených témat týkajících se přístupu zdravotníků v porodní a poporodní péči k rodičkám. Další přínos své práce vidím

v tom, že poukázal na problematiku konfliktu dvou přístupů k rodičkám v porodní a poporodní péči.

## **Summary**

This thesis aims to explore the experience of mothers with the approach of obstetric and postnatal care providers in the Czech Republic. The theoretical part of this thesis describes the patient-physician relationship and mainly its paternalistic and partnership sociological models. Following on from the partnership model of interaction, the theoretical part of this thesis introduces the concept of person-centered care, which has been increasingly linked to patient satisfaction with provided care, thus with better health policy outcomes. Consequently, the theoretical part of this thesis focuses specifically on obstetric and postnatal care. It problematizes the medicalization and technologizing of birth, the birthing knowledge, and the psychological factors of birth. Lastly, the theoretical part of this thesis focuses on person-centered care in obstetrics and postnatal care, and it presents results that are valuable for the focus of this thesis from the researches that focused on obstetric care in the Czech Republic.

Qualitative interviews with seven women were made and analyzed for the research's purposes. The main findings of the research are that interviewed women who had experienced rather paternalistic approach from the care providers were, in most cases, the ones who claimed to be unhappy with their experience and did not want to give birth in the same hospital again. On the other hand, the women who experienced rather partnership approach referred to their experience as pleasant and stated that they would prefer to give birth in the same hospital again. The research identified six key topics, that interviewed women referred to as crucial to them in care providers' approach. These topics are routine, privacy, information, physical integrity, method of communication, and degree of empathy. Aside from the main findings, the research has also discovered that the paternalistic and partnership approaches can create conflict situations when they collide. The results of this thesis might serve as an inspiration for the realization of the quantitative survey of women's experience with obstetric and postnatal care;

it might also inspire research that might focus on the conflict of different approaches among care providers and approach preferences in women.

## LITERATURA

- AFULANI, Patience A., Nadia DIAMOND-SMITH, Ginger GOLUB a May SUDHINARASET. Development of a tool to measure person-centered maternity care in developing settings: validation in a rural and urban Kenyan population. *Reproductive Health* [online]. 2017, 14(1) [cit. 2023-07-31]. ISSN 1742-4755. Dostupné z: doi:10.1186/s12978-017-0381-7
- BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-391-0.
- BERNE, Eric. *Jak si lidé hrají*. [Praha]: Portál, 2018. Original
- BERG, B.L. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Fourth Edition, Allyn & Bacon, Boston.2001
- BERWICK, Donald M. What ‘Patient-Centered’ Should Mean: Confessions Of An Extremist. *Health Affairs* [online]. 2009, 28(Supplement 1), w555-w565 [cit. 2023-07-31]. ISSN 0278-2715. Dostupné z: doi:10.1377/hlthaff.28.4.w555
- Boyle S, Thomas H, Brooks F. Women's views on partnership working with midwives during pregnancy and childbirth. *Midwifery*. 2016;32:21-29. doi:10.1016/j.midw.2015.09.001
- BRYANTON, Janet, Anita J. GAGNON, Celeste JOHNSTON a Marie HATEM. Predictors of Women’s Perceptions of the Childbirth Experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [online]. 2008, 37(1), 24-34 [cit. 2023-07-31]. ISSN 08842175. Dostupné z: doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x
- DENIS, Anne, Olivier PARANT a Stacey CALLAHAN. Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [online]. 2011, 29(2), 125-135 [cit. 2021-7-10]. ISSN 0264-6838. Dostupné z: doi:10.1080/02646838.2010.513048
- DRHOVÁ, Zuzana, VESELÝ, Arnošt a Martin NEKOLA, ed. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-75-5.
- DURNOVÁ, Anna & Eva HEJZLAROVÁ. *Domácí porody v Česku: motivace, důvody a názory žen, které rodily plánovaně doma (2015-2020)*. FSV UK, Katedra

veřejné a sociální politiky. Praha: FOCUS.2021,  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.4767126>

- EPSTEIN, Ronald M., Kevin FISCELLA, Cara S. LESSER a Kurt C. STANGE. Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health Affairs* [online]. 2010, 29(8), 1489-1495 [cit. 2023-07-31]. ISSN 0278-2715. Dostupné z: doi:10.1377/hlthaff.2009.0888
- FALKUM, Erik a Reidun FØRDE. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician–patient relationship. *Social Science & Medicine*[online]. 2001, 52(2), 239-248 [cit. 2023-07-31]. ISSN 02779536. Dostupné z: doi:10.1016/S0277-9536(00)00224-0
- FRIEDSON, E. *The proffesion of Medicine, A study in the Sociology of Applied knowledge*. Chicago: University Press, 1970
- GLADKIJ, Ivan a Ladislav STRNAD. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0500-8.
- HREŠANOVÁ, Ema a Jaroslava HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami [New Trends in the Czech Birthing System and Emerging Social Inequalities among Birthing Women]. *Czech Sociological Review*[online]. 2008, 44(1), 87-112 [cit. 2021-7-10]. ISSN 00380288. Dostupné z: doi:10.13060/00380288.2008.44.1.05
- HREŠANOVÁ, Ema. *Porodní zkušenosti českých žen: kvalitativní studie*. Gender, rovné příležitosti, výzkum. 2011, Roč. 12 č. 2: 63-14
- JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
- JAVORNICKY, Martin. *Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) as a method of Interpretative Sociology - philosophical case*. Resistance and mobilisation of power: the case of irish senior citizens. National University of Ireland, Galway, Galway, Ireland.(1)2018. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/323445703\\_Interpretative\\_Phenomenologica\\_l\\_Analysis\\_IPA\\_as\\_a\\_method\\_of\\_Interpretative\\_Sociology\\_-\\_philosophical\\_case](https://www.researchgate.net/publication/323445703_Interpretative_Phenomenologica_l_Analysis_IPA_as_a_method_of_Interpretative_Sociology_-_philosophical_case)
- JOHANSON, R. *Has the medicalisation of childbirth gone too far? BMJ* [online]. 324(7342), 892-895 [cit. 2021-7-10]. ISSN 09598138. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.324.7342.892
- KAUFMANN, Jean-Claude. *Chápající rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-033-9.



- KREBS, Vojtěch. 2015. *Sociální politika*. 6., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer.
- KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Péče orientovaná na člověka může prodloužit život ve zdraví. *MEDICAL TRIBUNE* [online]. 2023, 18. dubna 2023, XIX(7) [cit. 2023-07-01]. Dostupné z: <https://hlaspacientu.cz/wp-content/uploads/2023/04/medical-tribune-2023-04-18-pece-orientovana-na-cloveka-mu-1.pdf>
- KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Péče orientovaná na člověka se stává nedílnou součástí moderní medicíny. *MEDICAL TRIBUNE* [online]. 2022, (23) [cit. 2023-07-01]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/pece-orientovana-na-cloveka-se-stava-nedilnou-soucasti-moderni-mediciny/>
- KRÍŽOVÁ, Eva. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-57-1.
- KUŘE, Josef. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5951-1.
- LENDEROVÁ, Milena. Od porodní báby k porodní asistentce, In: *Theatrum historiae* 1. Sborník prací Katedry historických věd Fakulty filozofické Univerzity Pardubice. Pardubice. 2006. s. 132.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- MALÝ, Ivan a Zuzana KOTHEROVÁ. *Zdravotní politika a její ekonomická dimenze*. Masarykova univerzita 2015.
- NAHODIL, František. *Ekonomika veřejného sektoru*. Praha: Vysoká škola finanční a správní. 2003
- PARSONS, Talcott, 1951. *The social system*. New ed. London: Routledge. ISBN 9780415060554.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing, 2015. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.
- REIGER, Kerreen & Rhea DEMPPSEY, Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity, *Health Sociology Review* [online]. 2006, 15:4, 364-373, [cit. 2021-7-10]. ISSN 1446-1242. dostupné z: <https://doi.org/10.5172/hesr.2006.15.4.364>

- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- ROTER, Debra, M. STEWART et al.: Communication patterns of primary care physicians, *JAMA*, 1997, vol. 227, p. 350-356
- ROTER, Debra. The enduring and evolving nature of the patient–physician relationship. *Patient Education and Counseling*[online]. 2000, 39(1), 5-15 [cit. 2023-07-31]. ISSN 07383991. Dostupné z: doi:10.1016/S0738-3991(99)00086-5
- RUTOVÁ, Karolína. *Antropologie porodu*. Magisterská diplomová práce. 2005
- RYDING, E. L., K. WIJMA a B. WIJMA. Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [online]. 2010, 18(1), 33-39 [cit. 2021-7-10]. ISSN 0264-6838. Dostupné z: doi:10.1080/02646830050001663
- ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
- ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.
- TŮMOVÁ KŘEČKOVÁ, Naděžda. *Vztah lékaře a pacienta v primární péči*. Institut zdravotní politiky a ekonomiky [online]. 2/2003 [cit. 2021-7-10]. ISSN 1213-8096. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/485-vztah-lekare-a-pacienta-v-primarni-zdravotni-peci.pdf>
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- WILDEMUTH, Barbara M. a Yan ZHANG. Unstructured Interviews. WILDEMUTH, Barbara M. *Applications of social research methods to questions in information and library science*. Westport, CT: Libraries Unlimited, 2009, 222 - 231. ISBN 9781591585039
- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. ISBN 978-92-4-155021-5
- STONE TT, Mantese A. Conflicting values and the patient-provider relationship in managed care. *J Health Care Finance*. 1999 Fall;26(1):48-62. PMID: 10497751.
- TUNCALP, Ö. WERE, W.M. MACLENNAN, C. et.al *Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision*. *BJOG* 2015; 122: 1045– 1049.

- *Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování  
(zákon o zdravotních službách)*

## Teze bakalářské práce

### Projekt bakalářské práce

Jméno a příjmení studujícího: Johanka Černá

Předpokládaný název práce: Přístup k rodičkám v rámci porodní a poporodní péče

Klíčová slova: zdravotník, porodní asistentka, pacient, rodička, porodní péče, poporodní péče, vztah, komunikace, patient-centeredness

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Kotherová, Ph.D.

#### Zaměření práce

Ve své práci se zaměřím na zkušenosti rodiček s přístupem personálu v rámci porodní a poporodní péče v nemocnicích. Je potřeba zdůraznit, že rodičky nejsou v první řadě pacientkami, ale budoucími matkami a do nemocnice k porodu nemíří z důvodů nemoci, nýbrž většinou z důvodu prevence možných komplikací. Přesto jsou rodičky z právního hlediska stále nahlíženy jako potenciální pacientky a ve velké většině je porodní péče a poporodní poskytována na porodních odděleních a oddělení šestinedělí, která fungují v rámci nemocnic. Péči na těchto odděleních poskytují sestry, porodní asistentky a lékaři. V diskurzu o české porodní péči je často odkazováno na její úspěšnost v oblasti prevence úmrtí. Úmrtnost novorozenců v roce 2018 činilo 1,64 ‰ a obecně se úmrtnost novorozenců a kojenců dlouhodobě v České republice pohybuje mezi nejnižšími v Evropě. Tyto úspěchy může porodnictví slavit i díky pokročilým a stále se vyvíjejícím se znalostem, možnostem medikalizace a díky technologiím.

V průběhu komplikovaných porodů, které medikalizace a technologie může usnadnit a leckdy zachránit matku i dítě, není o správnosti jejich užití pochyb. V rámci západních zemí dochází k větší míře urychlování porodů pomocí medikamentů porodního procesu i v případech, kdy rodička ani dítě potíže nemají. Vyšší míra **medikalizace, než je nutná odráží nedůvěru ve schopnosti rodičky a nedostatečnou podporu důvěry rodičky v sebe**

sama, to může zásadně ovlivnit její porodní zkušenost a psychickou pohodu. (Johanson et al., 2002) Psychická pohoda rodičky při porodu má následně dopad na její psychiku po porodu a její schopnost se o své novorozené dítě postarat. Na tuto problematiku poukazují v posledních letech nejen rodičky a oborové organizace, ale například i Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO), která vydala v roce 2018 manuál „*Making childbirth a positive experience.*“ V něm zdůrazňuje mimo jiné i to, jak je důležité aby k rodičkám v rámci porodní péče bylo přistupováno s respektem. V posledních letech se mezi mediky, psychology a sociology medicíny objevuje pojem patient-centeredness, který se mimo jiné odráží i do porodnické praxe.

K výběru tématu práce mne inspiroval výzkum uskutečněný v letech 2015 až 2020 týmem Katedry veřejné a sociální politiky FSV UK. Tento výzkum se zaměřuje na problematiku domácích porodů v České republice, výsledky ukázaly, že české ženy volí domácí porod především kvůli tomu, že nechtějí rodit v nemocnicích. Na přístup k rodičkám v nemocnicích výzkum přímo odkazuje s tím, že celkem 62% dotazovaných žen by o porodu v nemocnici uvažovaly, pokud by se přístup personálu k rodičkám v nemocnicích změnil. Podřízená pozice v kontextu porodní péče snižuje ženě možnost spolupráce a rozhodování ohledně porodu jejího dítěte. (Langmeier & Krejčířová, 2006) Předšlé výzkumy uskutečněné v českém prostředí, které se věnovaly porodnické péči, tuto domněnku, že se s rodící ženou běžně zachází jako s podřízenou a nekompetentní osobou, spíše potvrzují. Žena je z pozice personálu často nahlížena spíše jako pacientka, která potřebuje lékařskou pomoc, než jako žena která je schopná projít porodem bez lékařských intervencí. Ve výzkumu Emy Hrešanové (2011) *Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie* také čtyři z osmi žen největší problém spatřovaly ve způsobu komunikace ze strany personálu. Respondentky výzkumu pak mluví o odosobněném přístupu zdravotníků, nedostatečné vážnosti ke svobodě volby, pocitu že zdravotníky obtěžují a mnohých dalších nedostatecích porodní péče a komunikace mezi zdravotníky a rodičkami. Komunikace personálu a rodičky však hraje důležitou roli i po porodu. Obzvláště komunikace týkající se nejen stavu rodičky a jejich kompetencí v rámci pobytu na oddělení šestinedělí, ale i informace týkající se dítěte. Matka potřebuje být nejen empaticky instruována v péči o své dítě, ale potřebuje mít také dostatek informací o tom, co se s jejím dítětem děje nebo bude v

blízké době dít. Ve své práci bych se ráda zaměřila právě na to, jakou zkušenost mají respondentky s přístupem personálu v porodnicích a jak tento přístup hodnotí.

### **Výzkumný problém a metodika**

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit jaká je spokojenost respondentek s přístupem personálu v rámci porodní a poporodní péče. Analýza bude založena na kvalitativních datech, které získám pomocí polo strukturovaných rozhovorů s respondentkami, které rodily v posledních čtyřech letech. Dle nastudované literatury utvořím strukturu rozhovoru, následně uskutečním předvýzkum, abych se ujistila o funkčnosti zvoleného výzkumného nástroje. Po kontrole a případných úpravách struktury rozhovoru přistoupím ke sběru dat. Osloveny budou respondentky z mého okolí a na internetu. Předpokládaná velikost vzorku je 10 respondentek, Rozhovory budou přepsány a podrobeny analýze. Výsledkem mé práce by měla být témata vztahující se k výzkumným otázkám a jejich diskuze s předešlými výzkumy a literaturou.

### **Orientační seznam literatury**

1. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
2. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN isbn978-80-7367-477-9.
3. KREBS, Vojtěch a Jaroslava DURDISOVÁ. *Sociální politika*. Praha: Codex Bohemia, 1997-. ISBN 978-80-7357-585-4.
4. PARSONS, Talcott, 1951. *The social system*. New ed. London: Routledge. ISBN 9780415060554.
5. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. ISBN 978-92-4-155021-5
6. HREŠANOVÁ, Ema a Jaroslava HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami [New Trends in the Czech Birthing System and Emerging Social Inequalities among Birthing Women].

*Czech Sociological Review*[online]. 2008, 44(1), 87-112 [cit. 2021-7-10]. ISSN 00380288. Dostupné z: doi:10.13060/00380288.2008.44.1.05

7. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-391-0.
8. KAUFMANN, Jean-Claude. *Chápající rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-033-9.
9. LUPTON, Deborah. *Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment*. In D. Lupton (Ed.), *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives* (pp. 59-85). Cambridge: Cambridge University Press, 1999. ISBN: 9780511520778
10. ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.
11. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
12. HREŠANOVÁ, Ema. *Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie*. Gender a výzkum/Gender and Research, 2011, vol. 12, iss. 2, p. 63-74

