

**Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta  
Institut sociálního zdraví – OUSHI**

Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci



**Diplomová práce**

**Mgr. Gabriela Cabrnachová**

**JAKOU PODPORU A PÉČI POVAŽUJÍ ŽENY ZA DŮLEŽITOU  
V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ, PORODU A V ŠESTINEDĚLÍ**

Olomouc 2023

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Arnošt Krtek, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Jakou podporu a péči považují ženy za důležitou v období těhotenství, porodu a v šestinedělí vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně, za použití v práci uvedených pramenů a literatury.

Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Kralupech nad Vltavou, 12. 4. 2023

.....

Chtěla bych poděkovat panu Mgr. Bc. Arnoštovi Krtkovi, Ph.D. za odborné vedení této práce. Děkuji také organizaci Úsměv mámy a respondentkám, které byly ochotné sdílet nelehká témata, porodní asistentce Bc. Věře Novákové za inspiraci a své rodině za trpělivost.

## **ABSTRAKT**

Tato diplomová práce se věnuje tématu potřeb, péče a podpory žen v období těhotenství, porodu a šestinedělí. V teoretické části se práce zabývá nejen historickým a legislativním vývojem péče o ženy v tomto životním období, ale také poskytovanou zdravotní péčí u nás i v zahraničí. Dále jsou v práci citovány odborné zdroje, které se zabývají potřebami a psychickým zdravím matek. Data pro práci byla získána prostřednictvím 5 polostrukturovaných rozhovorů se ženami, které oslovily organizaci Úsměv mámy. Rozhovory byly zpracovány metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Ženy v období mateřství zažívají mnoho fyzických a psychických proměn, se kterými se každá z nich vyrovnává zcela individuálně. Ve výsledných zjištěních se ukázalo, že míra stresu a negativních zážitků byla u všech participantek ovlivněna několika faktory. Jedním z nich jsou očekávání, která ženy od sebe a od mateřství mají. Dále pak způsob, jakým je o ženy pečováno ve zdravotních zařízeních, jak je s nimi komunikováno a jakou podporu ženám poskytuje partner, rodina a okolí.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Těhotenství, porod, šestinedělí, péče o těhotné, mateřství, podpora žen, IPA.

## **ABSTRACT**

This diploma thesis explores the topic of the needs, care and support of women during pregnancy, childbirth and the puerperium. The theoretical part of the thesis deals not only with the historical and legislative development of care for women in this period of life, but also with the health care provided at home and abroad. Furthermore, the thesis cites specialized sources dealing with the needs and mental health of mothers. The data for the thesis were collected through 5 semi-structured interviews with women who contacted the organization Úsměv mámy (“Smile of Mum”). The interviews were processed using the method of interpretative phenomenological analysis. Women experience many physical and psychological changes during the period of motherhood, with which each of them copes quite individually. In the resulting findings, it was found that the level of stress and negative experiences of all the respondents was influenced by several factors. One of them is the expectation that women have of themselves and of motherhood. Furthermore, the way women are cared for in health facilities, how they are communicated with and the support they receive from their partners, family and neighbours.

## **KEY WORDS**

Pregnancy, childbirth, puerperium, pregnancy care, maternity, support for women, IPA

# OBSAH

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>ÚVOD</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>2</b> | <b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....  | <b>10</b> |
| 2.1      | Péče o ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí.....                                | 10        |
| 2.1.1    | Historický pohled na péči o ženy v období těhotenství, při porodu a v šestinedělí<br>10   |           |
| 2.1.2    | Legislativní rámec péče o ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí v ČR ...         | 13        |
| 2.1.3    | Možnosti péče v období těhotenství, při porodu a šestinedělí v ČR.....                    | 17        |
| 2.2      | Zdravotní péče o ženy v období těhotenství, při porodu a v šestinedělí .....              | 19        |
| 2.2.1    | Zdravotní systém péče o ženy v zahraničí .....  | 19        |
| 2.2.2    | Zdravotní péče o těhotné ženy, ženy při porodu a v šestinedělí v ČR .....                 | 21        |
| 2.2.3    | Alternativní přístupy v péči o těhotné ženy a ženy při porodu .....                       | 25        |
| 2.3      | Mateřství a potřeby žen v období těhotenství, porodu a v šestinedělí.....                 | 27        |
| 2.3.1    | Mateřství jako sociální role a vliv médií na očekávání matek a jejich okolí.....          | 27        |
| 2.3.2    | Potřeby a podpora žen v období těhotenství, porodu a šestinedělí .....                    | 29        |
| 2.3.3    | Možné změny v péči a podpoře žen v období těhotenství, při porodu a<br>v šestinedělí..... | 33        |
| 2.4      | Shrnutí.....  | 36        |
| <b>3</b> | <b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....  | <b>37</b> |
| 3.1      | Cíle výzkumu .....  | 37        |
| 3.2      | Metodologie.....  | 37        |
| 3.2.1    | Popis zvolené metody .....  | 37        |
| 3.2.3    | Popis průběhu výzkumu .....   | 40        |
| 3.3      | Výsledky analýzy rozhovorů jednotlivých participantek .....                               | 43        |
| 3.3.1    | Participantka číslo 1: Amálie .....   | 43        |
| 3.3.2    | Participantka č. 2: Barbora .....   | 48        |
| 3.3.4    | Participantka č. 3: Cecílie.....  | 54        |
| 3.3.5    | Participantka č. 4: Dana.....   | 58        |
| 3.3.6    | Participantka č. 5: Eva.....  | 63        |
| 3.4      | Výsledky analýzy rozhovorů .....  | 67        |
| 3.4.1    | Mezilidské vztahy .....   | 68        |
| 3.4.2    | Osobní hodnoty a postoje .....  | 73        |
| 3.4.3    | Základní lidské potřeby .....   | 76        |

|          |                                |           |
|----------|--------------------------------|-----------|
| 3.5      | Shrnutí výsledků analýzy ..... | 78        |
| <b>4</b> | <b>DISKUZE.....</b>            | <b>82</b> |
| 4.1      | Implikace .....                | 85        |
| 4.2      | Silné a slabé stránky .....    | 86        |
| <b>5</b> | <b>ZÁVĚR.....</b>              | <b>87</b> |
|          | Seznam použitých zdrojů .....  | 88        |
|          | Seznam tabulek .....           | 97        |
|          | Přílohy .....                  | 98        |

# 1 ÚVOD

Stát se matkou je skutečnou životní událostí, která dokáže zcela změnit osobní hodnoty. Některé ženy hovoří o přechodu do role matky jako o spirituální zkušenosti. V současné době v rámci lékařské péče o matku a její novorozené dítě převládá oblast biomedicínská a otázky, které se týkají psychosociálně-spirituální oblasti nejsou považovány za tak důležité (Prinds et al., 2013).

Porodní zážitek je pro většinu žen zapsán velmi hluboko. I po mnoha letech vzpomínají na to, jaký byl porod, jak se k nim chovali zdravotníci a jak s nimi komunikovali (Vrublová, 2022, s. 307).

Porodník Michel Odent ve své knize Porod a budoucnost Homo sapiens (2014, s. 3) píše, že v akademických kruzích ani v médiích není ve zvyku na období porodu brát zřetel, přestože podle několika vědeckých disciplín je toto období pro utváření osobnosti zásadní. Zkušenosti, které si odnáší novopečená matka, z období těhotenství, porodu a šestinedělí neovlivňují pouze ženu samotnou, ale zasahují do vztahu s dítětem a mají dopad na celou rodinu. Když žena musí vynaložit úsilí na vyrovnávání se s traumatickými zážitky, ovlivňuje to chod celé rodiny.

Na straně rodiček, jejich rodin a organizací sdružujících porodní asistentky se ozývají čím dál silnější hlasy, hovořící o nepochopení potřeb matek. Hovoří se o možnosti podpory a péče v domácím prostředí od porodních asistentek a benefitů, které taková péče matkám a jejich narozeným dětem přináší. Tato forma péče má kromě komfortu a podpory pro matku preventivní charakter a může zachytit počínající zdravotní potíže.

K tématu péče a podpory žen v těhotenství, porodu a období šestinedělí mne přivedl osobní pozitivní zážitek a vlastní prožívání během těhotenství, porodu a šestinedělí. Důvodem k volbě tématu je i má současná spolupráce s neziskovou organizací Úsměv mámy.

Co žena, to jiná očekávání a přání, jak by mělo těhotenství a porod s následnou péčí probíhat.

Naplňování potřeb žen v tomto citlivém období, které je protknuto řadou zážitků a případných komplikací, může usnadnit ženám start v nové roli a ovlivnit jejich emoční prožívání. Dušová a Moniaková (2010, s. 123) uvádějí, že všechny prožitky společně



s předchozím psycho-sociálním vývojem a charakterem ženiny osobnosti skrze emoční prožívání určují ráz možných emočních poruch po porodu. Ať už mluvíme o poporodní depresi nebo o baby blues, přechod do role matky je náročným obdobím.

V rámci reformy psychiatrie je věnována pozornost tzv. Konceptu kvality života, který zahrnuje dvanáct výchozích domén kvality života, například oblast zdraví a zdravotní péče, vztahy v rodině, život v komunitě, lidská práva apod. Pozornost je věnována také oblasti zdravotní péče a stereotypům, které ve společnosti panují. Oblast zdravotní péče zahrnuje také péči o duševní zdraví žen v období těhotenství, porodu a šestinedělí a pro zvyšování kvality života jedince je neopomenutelná. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 zahrnuje kapitoly věnované psychoterapii a službám psychosociální podpory a plánům profesní přípravy u všech odborností v péči o duševní zdraví, kde je jedním z bodů vzdělávání v oblasti měkkých dovedností, například respektující komunikace nebo práce se vztahem. Zde by mohlo čerpat inspiraci Ministerstvo zdravotnictví v aktuálně připravované Koncepci péče o těhotnou ženu a matku a dítě po porodu.

## **2 TEORETICKÁ ČÁST**

### **2.1 Péče o ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí**

V této kapitole je věnována pozornost historickému vývoji péče o ženy ve světě i u nás, o kterém máme informace již z dob před naším letopočtem. Dále jsou zde popsány možnosti péče, které jsou stanoveny zákony České republiky a vymezují tak možnosti, které mohou ženy a jejich rodiny využít v období těhotenství, během porodu a v období šestinedělí. V posledních letech došlo k několika zajímavým posunům v oblasti perinatální péče. Média toto téma vynášejí na světlo a mnozí odborníci a ženy samotné volají po zásadních změnách v poskytované péči. V poslední části této kapitoly jsou popsány aktuální možnosti péče, které mohou ženy využít.

#### **2.1.1 Historický pohled na péči o ženy v období těhotenství, při porodu a v šestinedělí**

Péče o těhotné ženy při porodu od nepaměti příslušela ženám, tzv. porodním babám. O porodních pomocnicích se zmiňoval již řecký ženský lékař Soranos z Efesu (98-138 n.l.). V počátcích se činnost někdy již zkušených, někdy jen náhodně přizvaných pomocnic, mohla opírat jen o poznatky a dovednosti předávané mezi generacemi. Soranos požadoval, aby žena pomáhající u porodu měla řadu vlastností. Aby měla dobrou paměť, byla pracovitá, vytrvalá a dalo se jí důvěřovat. Trpící by měla utěšovat a pomáhat. Měla by za sebou mít vlastní porody a neměla by být příliš mladá.

Později vznikalo nové povolání, které mohly vykonávat jen ženy a název této nové profese se odvozoval od slova „babití“ – roditi. Dodnes se toto označení používá pro ženy různého věku a dnešní porodní asistentky jsou označovány jako porodní báby. Jejich teoretické vzdělávání probíhalo na Univerzitě Karlově v Praze od jejího založení v roce 1348, ale jen krátce. Během dlouhého období až do reforem Marie Terezie, se porodní báby hromadně neškolily. Od konce 18. století se povinně vzdělávaly na lékařských fakultách. Vzdělávání porodních bab bránila po dlouhou dobu negramotnost. Tuto činnost vykonávaly zpočátku ženy z nižších stavů. Pokud byly schopné, mohly sloužit u dvora nebo byly zaměstnány jako městské porodní báby. Pokud porodní bábu město nemělo, pomáhaly ženám tzv. přísežné paní, které sice nebyly školené, ale měly zkušenosti a byly to vážené měšťky. V historii porodnictví se porodní pomocnice označovaly různými

názvy. Například Hippokratovo označení pro porodní báby bylo „báby pupkořezné“, označení z Francie „sage-femme“ – „moudrožena“, nebo označení z Anglie, které se používá dodnes, spolužena – „midwife“. Označení mužů pečujících o ženy při porodu není tak bohaté, jelikož se muži touto profesí nezabývali. Ale například manžel porodní babičky byl „babák“ a první porodníci v Čechách se v 18. století označovali jako „babiči“. Přítomnost lékaře při porodu byla považována za nedůstojnou lékařskému stavu a panoval také předsudek, že by muž neměl být u porodu.

Renzetti & Curran (dle Wertz a Wertz, 2003, s. 480) uvádějí, že v 19. století začal „boj o pacientky a pacienty“, kdy lékaři, v té době výhradně muži, ve snaze získat pacientky do své péče, začali porodní báby označovat jako nevzdělané šarlatánky. Lékaři tvrdili, že jen oni mají přístup k lékařskému náčiní, které udělá porod snesitelnějším a rychlejším. Na rodičkách zpočátku byly aplikovány drastické zákroky, například pouštění žilou, přikládání pijavic, které mělo ulevit od bolestí břicha nebo použití chloridu rtuti na pročištění střev.

První učebnici pro porodní báby napsala Louise Bourgeois Boursier, její manžel pracoval u slavného lékaře Ambroise Parého, který je považován za zakladatele chirurgie. Další učebnici vydala v roce 1671 Jane Sharpová, která byla porodní bábou více než 30 let. Zdůrazňovala, že by porodní bába kromě porodu měla pečovat o novorozeně a naučit ženu kojit.

V českých zemích se vyskytla první zmínka o porodních pomocnicích v roce 1200. Od roku 1808 se o pokrok babictví zasloužil profesor Antonín Jungmann, který vydal učebnici. V roce 1867 v Praze vznikla II. porodnická klinika. Mezi osobnosti české porodnické školy patřil prof. Karel Pawlík a prof. Václav Rubeška.

Od 28. října 1878 platila vyhláška nařizující porodním babičkám dezinfekci rukou a nástrojů použitím roztoku kyseliny karbolové. Tento objev učinil Ignác Filip Semmelweis, maďarský lékař. Vysloužil si přívlastek „zachránce matek“. Jelikož odhalil, že se nákaza horečky omladnic šíří prostřednictvím zdravotníků, kteří přenášejí bakterie při svém pohybu mezi pitevnou a pacienty (Vránová, 2007, s. 11-26).

První český profesor porodnictví František Jan Mošner, který byl rektorem někdejší Františkovy univerzity a ředitel nemocnice v Olomouci, pracoval jako asistent na porodnické klinice u profesora A. Jungmanna. V roce 1836 vyšla jeho učebnice Babictví.

V té popisuje rozdílnou funkci porodníka a porodní báby. Ta musí znát veškerou patologii, aby věděla, kdy má zavolat porodníka a sama dokázala pomoci v případě akutního ohrožení plodu nebo matky. A také zde popisuje, jaké vlastnosti má porodní bába mít.

V roce 1893 přestala být babická škola součástí pražské univerzity a byla vedena jako samostatná c.k. škola babická v Praze. Probíhala zde nepřetržitá výuka, odhadem zde prošlo čtyřměsíčním kurzem 5000 porodních babiček za 28 let. Tyto ženy poté pracovaly po celých Čechách. V čele této vzdělávací instituce stál Václav Rubeška, který vydal vynikající učebnici Porodnictví pro babičky, která naposledy vyšla v roce 1920.

V roce 1920 rozhodlo ministerstvo zdravotnictví, že není potřeba pokračovat ve výuce porodních asistentek, protože je porodních babiček dostatek. Název porodní bába byl v roce 1928 nahrazen názvem porodní asistentka. (Vránová, 2007, s. 31-47).

V roce 1925 se konal v Praze Mezinárodní sraz porodních asistentek, kde Dr. Václav Rubeška a jeho ostravský kolega Dr. František Pachner požadovali alespoň tříleté studium pro porodní asistentky, které v té době trvalo 10 měsíců. Změna nastala až v roce 1947, kdy bylo studium prodlouženo na dva roky. Ve školním roce 1955/56 se zavedlo čtyřleté studium s maturitou. V roce 1965 byl název oboru změněn z porodní asistentky na ženskou sestru a porodní asistentky se tak nazývaly až do roku 1993.

Ve školním roce 1995/1996 vznikl studijní obor Diplomovaná porodní asistentka. Od akademického roku 2001/2002 se zahájila výuka porodních asistentek jako tříleté bakalářské studium a je zakončeno Státní závěrečnou zkouškou (Vránová, 2007, s. 51-93).

Součástí péče o těhotné ženy byla také příprava psychická, tzv. psychoprofylaxe. První zmínka se datuje do roku 1883. Byla zde snaha o vedení porodu v hypnóze. Do porodnictví ji zavedl von Oettingen. Inspiroval leningradské psychiatry Platonova a Velvovského, kteří ve dvacátých letech minulého století položili základ metodě, které se později říkalo Lamazova metoda. Tato metoda byla založena v roce 1951. Fernand Lamaze upravil poznatky sovětských lékařů a tato metoda sklízela úspěch nejen v západní Evropě, ale byla přijímána i v USA a Japonsku. Jsou zde využívány techniky jako jsou dechová cvičení, relaxace, automasáž, nahrazování negativních sugescí pozitivními. V praxi se ale ukazuje, že usilovná duševní koncentrace a dodržování přesných pravidel může porod spíše zatěžovat.

Další zajímavou metodou je tzv. Zilgrei. Název vznikl složením počátečních písmen jmen autorů, Adriana Zillo a Dr. Hans Greissing. Hlavní myšlenkou je, že „Pohyb je život“ a v metodě se používá kombinace dechových a polohových cvičení. Žena je během porodu v pohybu a pracuje s pánví, aby dítěti dala dobrou startovní pozici.

Významnou osobností byl také Frederick Leboyer, autor knihy Porod bez násilí, který kritizoval přetechnizované porodnictví, neosobní přístup personálu, ostré osvětlení. Jeho metodou je tzv. něžný porod. Za důležité považoval **ticho, šero a teplo při porodu**, ztotožnění se s dítětem, trpělivost matky i personálu. Porodu by měla předcházet psychologická příprava matky a budování vztahu k dítěti ještě před porodem.

Na území tehdejšího Československa, po roce 1949, byly ženy k porodu připravovány na politickou objednávku. Ve větších městech se ženy scházely v kinosálech. Velkou propagací psychoprofylaxe ale došlo postupně k tomu, že byla metoda aplikována jen formálně a postupně se přestala využívat.

Až v 80. letech díky MUDr. Čepickému a PhDr. Pečené byl připraven nový přístup v psychoprofylaxi, jehož cílem bylo snížit úzkost a strach z porodu a získání reálného postoje k porodu a pochopení, jak porod probíhá. (Ratislavová, 2008, s. 49-52)

### **2.1.2 Legislativní rámec péče o ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí v ČR**

V Listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky, je zakotveno právo těhotných žen **na zvláštní péči**, ochranu v pracovních vztazích a odpovídající pracovní podmínky.

4. dubna 1997 byla v Oviedu přijata Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

Jménem České republiky byla Úmluva podepsána ve Štrasburku dne 24. června 1998.

Jeden z bodů této úmluvy zní: Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy. Z toho plyne, že nejde o prospěch klientky, ale její přání, které má být nejvyšším rozkazem pro porodníka (Roztočil, 2022, s. 301-302).

Nevládní organizace, které dlouhodobě bojují za zlepšení podmínek pro domácí porody, uvádí jako argument nedostatečnou kvalitu českého porodnictví, zejména pak ve vztahu k nerespektování směrnic Světové zdravotnické organizace (WHO) (Durnová, Hejzlarová, 2021, s. 2).

I z řad porodníků se ozývají hlasy volající **po změně porodnického systému.**

V časopise pro postgraduální vzdělávání gynekologů, porodníků a porodních asistentek uvádí prof. MUDr. Aleš Roztočil (2022, s. 301), že: „**Ne všechna pracoviště** v oblasti porodnictví **respektují evropskou legislativu.**“

Roztočil v souvislosti s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, kterou mají zdravotníci povinnost se řídit, si klade otázku, zda dokáže české porodnictví reflektovat psychosociální změny v porodnictví, které jsou běžné na západ od našich hranic. Česká populace těhotných žen tyto trendy sleduje a nechce se spokojit s tradičním lékařským vedením porodu. Objevuje se téma diverzifikace českého porodnictví, které umožní ženám porodit dle jejich představ. Ženy, které volí **domácí porody**, tak často činí **kvůli předchozím zkušenostem** se standartním porodnictvím nebo ze strachu z tzv. příkaznického porodnictví. Žen, které si přejí lékařsky vedený porod, ubývá a je stále větší podíl žen, které mají jasnou představu o svém porodu. Na jedné straně jsou ženy přející si родit přirozeně, na druhé straně jsou ženy, které si přejí porod plánovaným císařským řezem. Roztočil dále uvádí, že přibývá i žen, které preferují přirozený porod, ale také chápou, že pokud se vyskytne komplikace, je nutné přejít ke klasickým medicínským postupům.

V rozsáhlém výzkumu Durnová, Hejzlarová (2021) katedry veřejné a sociální politiky FSV UK uvedlo 66 % žen, že by doma nerodilo, pokud by si v porodnici mohly vybrat porodní asistentku a 65 % žen by rodilo raději v porodním domě. 62 % žen by zvážilo porod v nemocnici, pokud by se změnil přístup k rodičkám.

Kontinuální péče porodní asistentky je placená služba, kterou poskytují soukromé porodní asistentky. Není hrazena ze zdravotního pojištění. Taková porodní asistentka může být ženě k dispozici po celou dobu těhotenství a před porodem je ženě k dispozici ve formě pohotovostní. Po porodu pomáhá novopečené matce s ošetřením porodních zranění, s kojením dítěte, je jí psychickou podporou a k dispozici v případě pochybností

nebo dotazů ohledně zdraví ženy nebo péče o dítě. Obvykle vykoná několik návštěv po porodu u ženy doma.

V nálezu Ústavního soudu z prosince roku 2021 je uvedeno, že současná právní úprava neumožňuje správním orgánům udělit oprávnění vést porod v domácím prostředí žádné porodní asistentce. Porodní asistentka, která vede domácí porod může být postihnuta **vysokou finanční pokutou**. Žena má právo rodit ve svém sociálním prostředí, ale pokud by chtěla využít služeb odborné péče porodní asistentky, vystavila by jí tak riziku vysoké sankce.

Jaký je současný legislativní vývoj?

V září 2022 začala pod Komisí pro porodnictví při Ministerstvu zdravotnictví vznikat **Koncepce péče o matku a dítě**, která má sjednotit poskytovanou péči napříč republikou. Postupně dochází k dílčím změnám, které zatím nejsou plošného charakteru. Na podzim roku 2022 začaly ženy aktivně žádat péči porodních asistentek u svých gynekologů a pojišťoven. Přes portál nedostupnapece.mzcr.cz se snaží vytvářet tlak a v některých oblastech na něj pojišťovny reagují a uzavírají s porodními asistentkami smlouvy. Tyto akce se ihned vzápětí dočkaly reakce.

Na přelomu roku 2022 a 2023 se v médiích rozhořela diskuze věnující se problematice péče o ženy v těhotenství a po porodu. Na sociálních sítích zainteresovaní odborníci i laická veřejnost sdílela vyjádření **České gynekologické a porodnické společnosti (dále ČGPS)**, která je součástí České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). ČGPS se vyjádřila k iniciativám, které volají po kontinuální odborné péči porodních asistentek v ČR. Ve stanovisku ČGPS se uvádí, že **péče porodních asistentek v domácím prostředí nepatří do dnešní doby**. Proti tomuto názoru se ohradilo několik profesích organizací a odborníků v otevřeném dopise adresovaném předsedovi vlády, ministru zdravotnictví a vládní zmocněnkyni pro lidská práva.

**Ženy** v České republice **nemají** po propuštění z porodnice automaticky **žádnou péči až do konce šestinedělí**. Vzhledem k tomu, že období šestinedělí je velmi citlivé a náročné, péče porodní asistentky v domácím prostředí může ženám pomoci jak po stránce fyzické, tak i psychické a může včas zachytit počínající zdravotní problémy.

Ženy projevují stále větší **zájem o kontinuální péči komunitních porodních asistentek**, která může být hrazena ze zdravotního pojištění, pouze pokud ošetřující gynekolog ženě

vystaví poukaz na tuto péči. Řada gynekologů tyto poukazy vystavit odmítá. Na straně ČGPS panuje stále názor, že péče gynekologických ambulancí a péče v porodnici je dostačující a jedním z argumentů zástupců této společnosti je, že komunitní porodní asistentka nemá tak dobré vybavení jako lékař-gynekolog, například ultrazvuk.

**Iniciativa „Na porodu záleží“** nadačního fondu Propolis 33, vyzvala své příznivce, ať se obrací, s dotazy na péči komunitních porodních asistentek přímo na zdravotní pojišťovny. V současné době je možné podepsat petici, která chce prosadit svobodnou a autonomní péči porodních asistentek bez legislativních a společenských překážek. Tento projekt se jmenuje „**At' můžou!**“

Další legislativní oblastí je problematika **tzv. ambulantních porodů**. Zde se střetává přání rodičů, kterým právní legislativa nebrání v odchodu z porodnice již dvě hodiny po porodu, s doporučením Neonatologické společnosti, že je 72hodinová hospitalizace důležitá z důvodu péče o jejich novorozence (Roztočil, 2022, s. 149).

V některých porodnicích dochází ze strany zdravotníků k vyhrožování rodičům, že pokud z porodnice odejdou se svým novorozeným dítětem, upozorní Policii ČR a Odbor sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). Problematická je, v souvislosti s odchodem ženy domů, také **chybějící domácí péče** pro matky po porodu, jak bylo zmíněno výše.

Pavlíková uvádí jako příklad dobré praxe Švédsko. Zde se péče **opírá o rodičovské kompetence** a péči **porodních asistentek** a švédské děti mají stejné či lepší zdraví než děti české. Náš zdravotní systém podle Pavlíkové vidí novorozence ohrožené riziky i vlastními rodiči a „ochraňuje“ je výhrůzkami. Pavlíková se domnívá, že **česká porodní péče je pod kontrolou lékařů** a péče porodní asistentky zůstává na indikaci lékařů a v některých oblastech ČR je prakticky nedostupná. Přitom dle vědeckých poznatků a skandinávské praxe se ukazuje, že péče od jedné porodní asistentky, která ženu podporuje, sleduje i diagnostikuje, je šetrná, finančně výhodná a zdravotně prospěšná matce i dítěti.

Ministerstvo zdravotnictví a Úřad vlády v březnu 2023 na popud náměstka ministra zdravotnictví Josefa Pavlovce pořádalo kulatý stůl v návaznosti na stanovisko ČGPS k návštěvní službě porodních asistentek v šestinedělí. Akci zaštitila zmocněnkyně vlády pro lidská práva Klára Šimáčková Laurenčíková a moderovala ji místopředsedkyně Sněmovny Olga Richterová. Na setkání byl prezentován německý model poporodní péče, kterým by bylo možné se inspirovat. Akce se účastnil také **psychiatr** a vedoucí Centra



perinatálního zdraví Antonín Šebela a apeloval na účastníky, aby **se péče nesoustředila pouze na somatické obtíže žen.**

Během diskuze vyplynulo, že se odborné společnosti porodních asistentek a gynekologů ohledně potřeby porodní péče neshodnou, ale lékaři, kteří byli přítomni, vidí celou problematiku jinak. Bude potřeba připravit finanční analýzu, zda se preventivní péče porodních asistentek vyplatí. Ministerstvo zdravotnictví by mělo co nejdříve připravit Koncepti péče o těhotnou ženu a matku a dítě po porodu, pro nastavení mezioborové spolupráce.

**Na začátku března 2023** se Krajský soud v Plzni zastal porodní asistentky, která asistovala u pěti domácích porodů a byla jí od Ministerstva zdravotnictví vyměřena pokuta sto tisíc korun českých. Ministerstvo argumentovalo tím, že asistentka překročila své pravomoce.

**Soud rozhodl, že porodní asistentka je oprávněna vést domácí porod,** pokud není potřeba specializované péče. Jedná se o průlomový nálezu soudu.

### **2.1.3 Možnosti péče v období těhotenství, při porodu a šestinedělí v ČR**

Zdravotní péči o ženy v období těhotenství, při porodu a v období šestinedělí v České republice zajišťuje veřejný zdravotnický systém. V období těhotenství ženy obvykle docházejí ke svému ambulantnímu gynekologovi, ke kterému docházely již předtím na preventivní prohlídky, nebo pokud svého gynekologa nemají, mohou vyhledat gynekologické pracoviště v rámci nemocnic. V současné době jsou většinou ženy v období těhotenství sledovány v gynekologických ambulancích. Těhotné ženy souběžně s ambulantní péčí někdy využívají i služeb soukromých porodních asistentek, které je připravují k porodu v nemocnici. Některé porodní asistentky poskytují pomoc i v případě, že se žena rozhodne pro porod doma. Zde však ženy naráží na překážku v podobě finančního postihu, který hrozí porodní asistentce, pokud domácí porod povede.

Některé porodnice spolupracují se soukromými porodními asistentkami. Žena může k porodu přijít se svou vlastní porodní asistentkou, která o ni bude v průběhu porodu pečovat. Porod je zde ale vždy veden lékařem.

V západní Evropě mohou rodičky přivést dítě na svět i v tzv. porodním domě. U nás zatím žádný porodní dům nestojí. Po dlouhých letech snah Asociace pro porodní domy

a centra (APODAC), se podařilo otevřít porodní centrum v Praze, které je však součástí nemocnice.

V tiskové zprávě 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy se uvádí, že Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) doporučuje, aby se **centra porodní asistence** budovala pouze jako **součást nemocnic**, aby nedošlo k nárůstu novorozenecké úmrtnosti. A jako příklady dobré praxe uvádí FIGO USA, Spojené království, Irsko či severské země.

Aby žena mohla využít služeb porodního centra, musí splňovat jistá zdravotní kritéria, která ověří její ošetřující lékař v rámci nemocnice, kde je Centrum porodní asistence umístěno.

V Praze v nemocnici na Bulovce vzniklo v únoru 2019 první Centrum porodní asistence (CPA). Toto centrum poskytuje ženám předporodní i porodní péči pod vedením porodní asistentky. Lékař je zde kdykoliv k dispozici pro konzultaci. Centrum je umístěno v prostorách porodního sálu, je zde tedy možné okamžitě řešit nastalé komplikace.

V říjnu 2019 bylo otevřeno CPA ve zlínské porodnici.

V říjnu 2021 otevřela také Gynekologicko-porodnická klinika Fakultní nemocnice Brno Centrum porodní asistence. Vedoucí centra Kameníková uvedla v tiskové zprávě nemocnice, že: *„Přirozený porod vyžaduje především **klid a pocit porozumění založený na vzájemné důvěře mezi ženou a porodní asistentkou. Porod za takových podmínek se pak stává hlubokým a emocemi nabitým zážitkem, který si v sobě rodiny nesou po celý život. Naším cílem je, aby tento zážitek byl co nejlepší.**“*

Ženy si mohou k porodu přivést i další doprovázející osobu, která jim bude oporou. Ať už se jedná o partnera, jiného rodinného příslušníka nebo **dulu**. Dula je žena, která je proškolená, aby provázela ženu a její rodinu tímto významným obdobím života. Jedná se o nezdravotnickou pomáhající profesi, která doplňuje svou podporou tým, který se o ženu v období těhotenství, porodu a šestinedělí stará. Duly mají i své profesní organizace a dodržují Etický kodex duly.

Někdy se ženy rozhodnou родit v domácím prostředí. V médiích jsou takové ženy označovány za nezodpovědné a hazardující se životem svým a životem svého dítěte.

Počet žen, které volí domácí porod, se pravděpodobně zvyšuje. O konkrétním počtu nejsou k dispozici relevantní data (Roztočil, 2022, s. 305).

**Kvalita** českého porodnictví je v současné době primárně posuzována podle **nízké perinatální úmrtnosti** (Durnová, Hejzlarová, 2021, s. 2).

## **2.2 Zdravotní péče o ženy v období těhotenství, při porodu a v šestinedělí**

Po celém světě nalezneme rozdílnou úroveň péče v oblasti gynekologie a porodnictví. Tato kapitola se věnuje krátkému popisu přístupů, se kterými se mohou setkat ženy ve světě a ve druhé části kapitoly podrobnějšímu popisu péče v rámci České republiky. Kapitola se věnuje také péči o duševní zdraví žen. Těhotenství a porod sebou přináší mnoho stresujících okamžiků, jejichž zpracování závisí na osobnosti ženy a intenzitě stresorů. Mateřský stres může vést ke komplikacím, které ovlivní somatické i psychické funkce novorozence (Bjelica, Cetkovic, Trinic-Pjevic, Mladenovic-Segedi, 2018).

Ve třetí části kapitoly je nastíněna alternativní možnost péče, která v současné době není automaticky ženám poskytována.

### **2.2.1 Zdravotní systém péče o ženy v zahraničí**

Vorlová a Holmerová (2022) uvádějí, že v zahraničí je společenskovoědnímu výzkumu v oblasti medicíny a poskytování zdravotní péče věnována dlouhodobě intenzivní pozornost. V českém prostředí zájem vědců vzrůstá, ale **prací na téma porodnictví je stále relativně málo**. Ve svém příspěvku zmiňují tři různé přístupy péče, které je možné sledovat v západním zdravotnictví, jedná se o přístup technokratický, holistický a humanistický. Technokratický odděluje tělo a mysl a tělo vnímá jako stroj. Humanistický vnímá vzájemný vztah těla myslí a holistický trvá na jednotě těla, myslí a ducha. Někteří lidé stále předpokládají, že technokratický přístup znamená větší bezpečnost, kterou má zajistit více technologií, realita je mnohem komplexnější.

Rozdíly v péči o těhotné, rodičí a ženy v šestinedělí jsou založeny na základních hodnotách a přesvědčení jednotlivých kultur a jsou závislé na kulturních, politických a společenských zájmech. S enormními rozdíly se nesetkáváme jen napříč kontinenty, ale

i v rámci Evropy mezi jednotlivými státy. V ČR dokonce existují obrovské rozdíly v přístupu k ženám mezi jednotlivými porodnicemi.

V zahraničí fungují **různé modely péče**. Například v Severní Americe je primárním poskytovatelem lékař porodník, přítomný během porodu. Péči poskytují během porodu zdravotní sestry. Model kontinuální péče porodní asistentky nebo sdílený model péče, kdy si zodpovědnost mezi sebou dělí různé zdravotní profese, je zavedený například v Austrálii, Novém Zélandu, Nizozemí, Velké Británii nebo Irsku. Autoři systematické Cochrane studie srovnávali modely kontinuální péče porodní asistentky s ostatními modely péče. Ženám, o které **pečovala porodní asistentka** v kontinuálním systému péče, bylo prováděno **méně intervencí**. Například epidurální analgezie, méně nástřihů hráze nebo instrumentálních porodů a žena měla větší šanci na spontánní vaginální porod. Ženy byly celkově spokojenější s péčí než ženy v dalších modelech péče (Vorlová, Holmerová, 2022, s. 333-340).

Na webových stránkách **Unie porodních asistentek** je zveřejněn informační leták, kde jsou uvedeny základní kompetence pro praxi porodních asistentek. Byl vydán Mezinárodní konfederací porodních asistentek (ICM). Z tohoto dokumentu je patrné odlišné postavení porodních asistentek u nás a v zahraničí, kde je **porodní asistentka** vnímána jako **autonomní zdravotník** s možnostmi péče i mimo zdravotnická zařízení a s kompetencemi identifikovat celou řadu obtíží matek a doporučit další vhodný postup.

Martincová (2022, s. 342-353) upozorňuje, že si matky v rámci dotazníkového šetření pro nakladatelství Babyonline **pochvalují úroveň péče** v době těhotenství a porodu v České republice. V zahraničí sice již před pár lety probíhaly porody bez nástřihu nebo klystýru, ale někdy mohl být spíš problém, aby personál přišel k porodu včas.

Světová zdravotnická organizace (WHO), vydává doporučení pro zdravotní péči, včetně oblasti péče o těhotné ženy. WHO posuzuje kvalitu porodu podle subjektivního prožitku a hodnocení porodu samotnými ženami. Vydala také rozsáhlé doporučení týkající se komunikace zdravotníků a zachování soukromí a diskrétnosti.

Klíčovou oblastí v péči o těhotné ženy a ženy po porodu je **oblast duševního zdraví**. Cochrane institut uvedl v roce 2013, že psychosociální a psychologické intervence

významně snižují počet žen, u kterých se rozvine poporodní deprese. Za přínosné jsou považovány poporodní domácí návštěvy, telefonická peer podpora a psychoterapie.

Aby mohla být poskytována odborná péče o matky v období těhotenství, porodu a šestinedělí, je důležité vzdělávat zdravotnický personál v oblasti duševního zdraví. Hrdličková z Národního ústavu duševního zdraví uvedla pro internetový časopis Refresher (2021) jako vzor dobré praxe **Velkou Británii a Austrálii**. „*V těchto zemích existuje specializované vzdělávání pro porodní asistentky a psychiatry zaměřené na duševní zdraví v perinatálním období. Byly vynaloženy zdroje pro šíření osvěty mezi odborný personál a pro jejich další vzdělávání. Důležitý je také vznik tzv. Mother-Baby Units, kde mohou být v případě potřeby hospitalizovány matky i se svými dětmi. Zásadní proměnou je pak univerzální screeningové testování v perinatálním období, které pomáhá odhalit psychické potíže včas.*“ V Austrálii například podle Hrdličkové v roce 2017 vyplnilo screening před porodem i po porodu **více než 79 % žen** a pouze 1,7 % žen screening nevyplnilo ani jednou.

### **2.2.2 Zdravotní péče o těhotné ženy, ženy při porodu a v šestinedělí v ČR**

Ženy docházející na preventivní gynekologické prohlídky k ambulantním gynekologům se mohou na svého lékaře obracet v počátcích svého těhotenství pro potvrzení ultrazvukovým vyšetřením. Ženy, které nedocházejí pravidelně na preventivní prohlídky, mohou vyhledat vyšetření v nemocnici na gynekologických pracovištích. Žena by měla vyhledat gynekologa 2-3 týdny po vynechání menstruace. Do konce 12. týdne těhotenství by mělo být provedeno komplexní prenatalní vyšetření a celková anamnéza. Žena poté dostává těhotenskou průkazku, je informována o obecných pravidlech v případě akutních potíží. Ženy jsou ihned po vstupu do **prenatální péče** zařazeny do jedné ze tří skupin podle rizikovosti těhotenství.

První skupinou jsou těhotné **ženy s malým rizikem**, mající normální výsledky klinických a laboratorních vyšetření, bez rizikové anamnézy a takové těhotenství je označováno jako fyziologické. Žena poté navštěvuje těhotenskou poradnu do 28. týdne těhotenství každých 4-6 týdnů, později do 36. týdne těhotenství každé 3-4 týdny a od 37. týdne těhotenství až do termínu porodu 1 x týdně. Žena může být v této době předána na pracoviště, které povede její porod. Ve druhé skupině jsou těhotné ženy se středním rizikem. Jsou to ženy s rizikovými faktory v anamnéze, výsledky jejich vyšetření jsou normální, ale musí se

opakovat. Frekvence návštěv se určuje podle individuálního zdravotního stavu ženy. Pokud se výsledky vyšetření zhorší, je žena převedena do třetí skupiny rizikovosti – těhotné ženy s vysokým rizikem. Takové těhotenství je označováno jako patologické a žena podstupuje individuální laboratorní a konziliární vyšetření podle charakteru a závažnosti potíží.

Na počátku potvrzení gravidity se stanoví termín porodu. Těhotná žena při každé návštěvě podstupuje vyšetření moči. Během těhotenství podstupuje několik ultrazvukových screeningů se zaměřením na případné vrozené vývojové vady plodu. Mezi 24.-28. týdnem těhotenství je gynekologem vyzvána k podstoupení screeningu poruch glukózové tolerance, který se provádí perorálním podáním 75 g glukózy na lačno, aby se vyloučila diagnóza gestačního diabetu. Mezi 30.–32. týdnem se nabírá krevní obraz a u žen Rh negativních se nabírají erytrocytární protilátky. Také se znovu provádí ultrazvukový screening se zaměřením na velikost plodu, vývojové vady plodu a na funkci placenty. Ve 36.–38. týdnu se odebírá mikrobiologický vzorek na přítomnost streptokoků skupiny B.

Ženě je v průběhu těhotenství doporučena návštěva zubního lékaře a vyšetření internistou včetně EKG. Kromě propracované gynekologické péče může žena spolu s jejím partnerem vyhledat kurzy předporodní přípravy, které jsou pořádány v rámci porodnice a jsou vedeny zkušenými porodními asistentkami a někdy i porodníkem (Roztočil a kol., 2020, s. 55-58).

V současné době jsou ženám k dispozici kurzy předporodní přípravy různé kvality, které jsou nabízeny nejen porodnicemi, ale i soukromými organizacemi. Jednou z nich je například organizace **Jemné zrození**. Na webových stránkách Jemného zrození si ženy mohou vybrat lektorku kurzu podle svých preferencí. Zároveň je možné se zde hlásit do lektorského kurzu a stát se lektorkou **tzv. hypnoporodu**. Na webu Jemného zrození je upozornění pro ženy, aby absolvovaly kurzy pouze s certifikovanými lektorkami Jemného zrození, které jsou školeny podle jejich vysokých standardů.

Podobné kurzy vedené online i prezenční formou nabízí celá řada jednotlivců nebo firem. Jejich kvalita a odbornost lektora se může značně lišit.

Na internetu mohou ženy nalézt mnoho informací, mají však rozdílnou kvalitu. Užitečným portálem pro nastávající matky mohou být webové stránky neziskové

organizace **Aperio**. Jedná se o poradnu, která poskytuje rodičům psychologickou i právní pomoc. Aperio připravilo pro rodiče Průvodce porodnicemi.

Ženy jsou v cca 36. týdnu těhotenství předány do péče své vybrané porodnice, nedohodnou-li se s ošetřujícím gynekologem jinak. Roztočil(2020) hovoří o tzv. **programovaném porodu**, kdy je děložní činnost uměle vyvolána, anebo o porodu tzv. **expektačním**, kdy žena čeká na počínající porod. Je potřeba sledovat, zda nevzniká možná patologie těhotenství. Např. bolest dělohy odlišná od kontrakcí, krvácení, odtok plodové vody, nepravidelnost pohybů dítěte nebo jiné příznaky odlišné od normálního stavu těhotné. Před plánovaným císařským řezem se žena řídí doporučením lékaře.

Po příchodu do porodnice ženu přijímá lékař, který jí vyšetří. Znovu se odebere vzorek na kultivaci streptokoka skupiny B a další. Zjišťuje se tělesná teplota, krevní tlak. Jsou sledovány pohyby a ozvy srdce dítěte. Pokud již odtékla plodová voda, je potřeba ověřit její množství v děloze a postupovat dále podle připravenosti rodičky k porodu. Pokud je ohrožena matka nebo dítě, je potřeba těhotenství ukončit buď vyvoláním porodu nebo se volí porod císařským řezem. Pokud vše probíhá v pořádku, vyčkává se 24 hodin na spontánní nástup kontrakcí. Pokud děložní kontrakce nenastoupí a těhotenství je starší než 33 týdnů, je vhodné jej ukončit. Antibiotika se nasazují jako prevence infekce 12 hodin po odtoku plodové vody. Porod se rozděluje na tři doby porodní.

V první době porodní se pozornost věnuje somatickému i psychickému stavu ženy. Sleduje se, jak funguje placenta, délka a intenzita kontrakcí, srdeční ozvy plodu, nález na děložním hrdle. Pokud plodová voda neodtekla, provádí se obvykle dirupce vaku blan. Sleduje se teplota matky, tlak i pulz a vyprazdňování ženy, především močení. Žena by neměla hladovět. Délka první doby porodní by neměla trvat déle než 12 hodin. Pokud se porod zastaví na více než 2–3 hodiny, porodník zasahuje do průběhu porodu.

Druhá doba porodní by neměla trvat déle než 60 minut. Je obvykle vedena v horizontální poloze na zádech s podepřením nohou nebo ve vertikální poloze: vestoje, vkleče, na porodní židliče nebo v podřepu. Žena tlačí v kontrakci pomocí břišního lisu. Pokud hrozí natržení hráze, je nutné provést tzv. nástřih hráze. Po porodu celého dítěte je přestřižen pupečník, ale doporučuje se minutu počkat pro větší přísun placentární krve plodu.

Třetí doba porodní se obvykle vede aktivně aplikací látky podporující děložní činnost, aby žena porodila placentu a je možné využít manuálních chvatů pro dobré porození

placenty. Délka třetí porodní doby by neměla přesáhnout 30 minut. Ihned po porodu se zjišťuje celistvost placenty. Pokud není porozena celistvě, je později nutné provést ultrazvukové vyšetření.

Po porodu se zjišťují případná poranění rodičky, která se ošetří. Sleduje se krvácení, jehož množství by nemělo přesáhnout 300 ml. Dítě je přiloženo matce k prsu. Za cca 2-3 hodiny je žena převezena na oddělení (Roztočil a kol., 2020, s. 110-140).

Během porodu se mohou vyskytnout různé komplikace u matky i dítěte a je nutné velmi rychle reagovat, aby nedošlo k fatálním následkům, kdy dojde k poškození dítěte, nebo smrti matky či dítěte. U předčasně narozených dětí je nutná následná péče. Česká neonatologická společnost stanovila hranici viability plodu na 22. ukončený týden těhotenství.

Období po porodu se nazývá šestinedělí. Jeho počátek začíná porodem placenty. Vzhledem k individualitě každé ženy a závislosti například na kojení a jeho frekvenci, zařazuje se ukončení šestinedělí do intervalu 6.-12. týdnů po porodu. U ženy se většina fyziologických funkcí vrací do normálu šest týdnů po porodu, ale například kardiovaskulární a psychické změny žen mohou přetrvávat několik měsíců.

U fyziologicky probíhajícího těhotenství je v českých podmínkách průměrná délka hospitalizace 3 až 5 dnů. A odvíjí se **od stavu dítěte**, ne matky. Zcela zdravého novorozence je, podle posledního doporučení České neonatologické společnosti, možné propustit po 72 hodinách (Roztočil a kol., 2020, s. 149).

Roztočil uvádí, že podle několika studií rutinní poporodní vyšetření gynekologem 14 dní po porodu nebo návštěva porodní asistentky nesnižují mateřskou nebo novorozeneckou nemocnost. Návštěva u rodičky doma má psychologicko-konzultační význam, ne léčebný. Tento názor je mírně odlišný od vyjádření Cochrane institutu, který byl uveden v předešlé kapitole.

Pokud srovnáme český a zahraniční přístup k duševním potížím matek, Česká republika zatím nevyužívá systematickou prevenci v rámci poporodní péče.

Andrews-Fike ve své studii (1999) zmiňuje důležitost prevence a dohledu ze strany tzv. rodinných lékařů, jelikož matky mohou mít tendenci negovat své pocity a zaměřovat je za něco jiného, než je psychiatrické onemocnění. Pacientky mohou mít mírné až



závažnější potíže. K léčbě potíží je vhodná psychoterapie a farmakoterapie v závislosti na intenzitě obtíží a účinnosti zvoleného prvotního postupu.

### 2.2.3 Alternativní přístupy v péči o těhotné ženy a ženy při porodu

Ženy jsou v období těhotenství a během porodu vystaveny větší emoční zranitelnosti a dochází u nich k fyziologickým, hormonálním, psychickým a sociálním změnám. Tyto změny mohou vést k vyšší náchylnosti k úzkosti a strachu.

Porodní asistentka Ingrid Stadelmann (2009) ve své knize hovoří o tzv. „málo těhotných ženách“. Jedná se o pojmenování jevu, který některé ženy mohou zažívat. Tyto ženy po zjištění těhotenství **nezažívají euforii a nadšení**, některé se cítí vzhledem k fyzickým problémům, jako je nevolnost, zvracení, napětí v prsech, špatně. Ony samy a jejich okolí pak nechápe, proč se z těhotenství neradují a žena může začít pochybovat o svém vlastním prožívání a stydět se, že neprožívá radost, která je v médiích vykreslována velmi barvitě. Ujistění porodní asistentky nebo jiné pečující osoby může ženě pomoci, aby se s novou situací a nepříjemnostmi těhotenství provázející snáze vyrovnala a neměla pocitu selhání i později po porodu, kdy bude rekapitulovat toto životní období.

Další zajímavou oblastí, která je vnímána jako rozporuplná a každá žena ji může vnímat jinak, je **oblast preventivních kontrol a vyšetření**, která ženy mají podstupovat v období těhotenství. Pro některou ženu absolvování všech vyšetření a odběrů může znamenat uklidnění a pocit, že udělala vše pro sebe, své dítě a dobrý průběh těhotenství. Některá žena může vlivem lékařských kontrol zažívat psychickou nepohodu a případně i úzkost a strach. Takové ženy se mohou cítit tlačeny do úkonů, které si nepřejí. Pokud jsou podrobně informovány porodní asistentkou nebo lékařem, měly by mít možnost se rozhodnout, která vyšetření chtějí a která nechtějí absolvovat. Jelikož v případě některých odchylek od předepsaných hodnot nebo rozměrů mohou výsledky vyšetření vzbuzovat více strachu a nejistoty než poskytnout pocit bezpečí (Stadelmann, 2009 s. 39-40).

Mezi moderní trendy v péči o těhotné a rodící ženy jistě patří **tzv. respektující péče** během porodu, která uznává autonomii ženy, respektuje její soukromí, zajišťuje intimitu na porodním sále, respektuje tempo porodu, umožňuje volný pohyb během porodu a výběr porodní polohy. Zároveň je žena informována o všech zákrocích a může případně zákrok či vyšetření odmítnout (Mazůchová, Porubská, 2022, s. 66-78).

Stadelmann (2009, s. 199-201) popisuje **tzv. šetrný porod**, při kterém se klade důraz na klidné prostředí, dostatek tepla, červenavé světlo, dotepání pupeční šňůry (pokud to zdravotní stav dovolí), navázání očního kontaktu matky, otce a dítěte a dostatečný čas pro sbližování matky a dítěte.

V moderním pojetí by zdravotnický přístup k porodu měl vycházet z respektování základního fyziologického konceptu o vylučování oxytocinu a adrenalinu. Pokud se do krve vylučuje adrenalin, nemůže se uvolňovat oxytocin. Ten je však zásadní v době porodu. Adrenalin je vylučován všemi savci včetně člověka, v situacích, kdy se cítí být sledováni, je jim zima nebo mají strach. Rodící žena se potřebuje cítit v bezpečí, potřebuje teplo a mít pocit, že není sledována (Odent, 2014).

Ratislavová (2008, s. 60-65) zmiňuje několik obranných reakcí, se kterými se zdravotníci u žen setkávají. Žena se v počátku porodu může pokusit o útěk, být bojovně nastavená a projevovat fyzickou nebo slovní agresi, vyžadovat neustálou pozornost a přítomnost personálu, odmítat péči, která je nezbytná nebo například může být pasivní. Na tyto reakce by měl být zdravotnický personál připraven profesionálně reagovat.

Rodička se v určité fázi porodního procesu má tendenci zcela pohroužit do sebe. Může křičet, nadávat nebo říkat nesmysly. To znamená, že její neokortex není aktivní, a to je pro porodní proces žádoucí. Zde narážíme na konflikt týkající se přání žen dostávat informace od zdravotníků v průběhu porodu. Jelikož kladením otázek rodičce nebo informováním o počtu centimetrů, aktivujeme její neokortex. Omezení činnosti neokortexu pomáhá ženě využít také vlastní fyziologický systém ochrany před porodní bolestí. Dalším vlivem, který nelze podceňovat, je samotné **prostředí**, kde se porod má odehrávat. Důležité je soukromí rodičky, aby se necítila pozorována. Tím se opět uvádí v činnost neokortex. A pokud je na porodním sále světlo, není možné, aby se začal vylučovat melatonin, který také snižuje činnost neokortexu. (Odent, 2014).

V roce 2021 byly zveřejněny výsledky studie Lorentzen, Andersen, Jensen et al. (2021), která probíhala v letech 2015–2018, v Dánsku probíhala studie zaměřená na vliv prostředí při porodu, této studii se účastnilo 680 žen. Sledovalo se, zda kvůli lepšímu vybavení porodního pokoje dojde ke snížení četnosti zásahů během porodu. V této studii se například zjistilo, že ženy, které rodily v útulnějším porodním pokoji s tlumeným osvětlením, potřebovaly méně syntetického oxytocinu než ženy na standartním pokoji.

Jednalo se ale jen o rozdíl v jednotkách procent. Což dle autorů studie mohlo být způsobeno tím, že porodní asistentky chtěly svou péčí kompenzovat rodičkám porod v hůře vybaveném pokoji. Také mohlo mít vliv to, že porodní asistentky v nově vybudovaném pokoji, pracovaly krátce a mohly se v novém prostředí cítit nejistě.

Odent (2014) uvádí, že pro budoucí vztah matky a dítěte je zcela zásadní umožnit nerušený kontakt pro seznámení s dítětem. Matka se potřebuje svému dítěti dívat do očí, cítit jeho vůni a kontakt kůže na kůži. K vrcholnému vyplavení oxytocinu společně s prolaktinem dochází hodinu po porodu. Prolaktin je nazýván „hormonem mateřství“. K tomuto hormonálnímu koktejlu se přidává matkou v první a druhé době porodní vylučovaný endorfin. Dítě během porodu vylučuje také své vlastní endorfiny. Pokud vše probíhá bez komplikací a nedojde k rozdělení matky a dítěte, lze očekávat, že dojde k vytvoření blízkého vztahu mezi nimi.

## **2.3 Mateřství a potřeby žen v období těhotenství, porodu a v šestinedělí**

Tato kapitola je rozdělena do tří částí. První část se věnuje mateřské roli z pohledu mediálního a společenského obrazu a jeho vlivu na ženy a jejich očekávání, která mohou přinášet pocity selhání, pokud nejsou naplněna. Část druhá popisuje potřeby žen v období těhotenství, při porodu a v období šestinedělí na základě odborných studií a odborné literatury. Nahlíženo bylo také do dotazníkového šetření, které provedlo internetové nakladatelství věnující se problematice mateřství a je odborně garantováno. Poslední část kapitoly se věnuje možnostem změn v péči a podpoře žen v období mateřství.

### **2.3.1 Mateřství jako sociální role a vliv médií na očekávání matek a jejich okolí**

Představy o mateřství a jeho průběhu se utvářejí již v období těhotenství a někdy i dříve. Oba rodiče, obzvláště jedná-li se o prvorodiče, se vyrovnávají s řadou změn. Dochází ke změnám životního stylu, přizpůsobování se potřebám nového člena rodiny a rodiče často trpí spánkovou deprivací. Pro dobrou adaptaci na novou roli je klíčové, aby očekávání a představy o rodičovství byly v době těhotenství ženy co nejvíc realistické. Důležité také je, aby se rodičům podařilo naplnit svá rodičovská očekávání. Pokud se tak nestane, míra

pozdější depresivity může být vyšší. Když žena na startu v nové životní roli zažívá negativní zkušenosti, bude pro ni obtížnější se svou novou rolí matky vyrovnat. Klíčová je pro ženy také podpora okolí. Čím více podpory od svého okolí žena dostane, tím méně má potíží s přizpůsobením se nové roli a je si v ní více jistá. V posledních letech jsme svědky nového trendu. Vlivem mediálního obrazu mohou být ženy vystaveny většímu a zcela odlišnému tlaku než v minulosti. Sledování matek – influencerek může přinést kromě informací relevantních také nerealistická očekávání. Na společenském očekávání se podílí i vliv filmů a seriálů, které mateřskou roli idealizují. Očekávání společnosti jsou dnes již vyšší než ve druhé polovině 20. století, kdy se Donald Winnicott s konceptem „dost dobré matky“ vymezil vůči psychoanalytickému pojetí role matky. Winnicott uvádí, že matky by se dítěti měly přizpůsobovat s jeho rostoucím věkem méně (Masopustová, Daňsová, Lacinová et al, 2018, s.26).

Současný kulturní model tzv. **Intenzivního mateřství**, který staví potřeby dítěte nad potřeby matky po celou dobu jeho vývoje, vytváří tlak očekávání nejen u samotných rodičů, ale i jejich okolí. Matčina role v tomto modelu je primární a nezastupitelná. Dítě by mělo dostávat trvalou a bezpodmínečnou mateřskou lásku. Matky by se měly vzdělávat a sledovat nejnovější vědecké poznatky a zároveň by měly umět vnímat jedinečnost svého dítěte a přizpůsobovat své reakce jeho potřebám. Francouzská studie z roku 2022 zkoumala blogové příspěvky a reakce účastníků diskuzí, které tuto ideologii šíří a podporují. Koncept intenzivního mateřství ženám předkládá, že výchova dítěte je jednou z nejdůležitějších věcí, které může žena pro společnost udělat (Verniers, Bonnot, Assilaméhou-Kunz, 2022).

Matějček (2015, s. 12-13) popisuje, že i otec dítěte je důležitou postavou v jeho životě. Úloha otce prezentována médií spočívá spíše v roli živitele. Bylo provedeno několik studií, ve kterých se ale ukázalo, že **muži** jsou vůči malému dítěti **vybaveni podobnými instinkty jako matky**. Dokáží se dítěte dotýkat stejným způsobem, používají vyšší hlas.

Na jedné straně se můžeme setkat s **propagátory rovnosti v péči o dítě** a o rovnocenné schopnosti saturovat potřeby dítěte stejným způsobem na straně otce i matky. Soudy již běžně při rozvodu manželství svěřují dítě do střídavé péče obou rodičů. Existují také zastánci **tradičního rozdělení rolí**, kteří upozorňují na větší intimitu ve vztahu matky a dítěte, která je podmíněna nejen tím, že dítě trávilo devět měsíců v těle matky, ale že i po

porodu a po celý život zůstávají některé buněčné linie dítěte v organismu matky. Tradiční pojetí rodiny vnímají jako důležité pro fyzické i psychické zdraví dětí a upozorňují, že matka a otec hrají rozdílnou roli ve vývoji svého potomka. Otec povzbuzuje své dítě k dosažení úspěchu vlastními silami s možností selhání, matka se snaží vyhnout destabilizaci dítěte a poskytnout mu především bezpečí. Otec dítěti „ukazuje svět“ (Chvála & Trapková, 2016).

Za růstem duševních poruch matek v USA nestojí pouze nedostatečné přípravy na novou roli nebo málo podpory poskytované matkám, ale také rostoucí **medikalizace porodu** (Renzetti, Curran, 2003, s. 88).

Zdrojem tlaku na mateřskou roli jsou v dnešní době sociální sítě. Ženy sledují, jak ostatní matky naplňují svou mateřskou roli a dochází k sociálnímu srovnávání bez ohledu na to, zda o druhých ženách mají objektivní informace. V lifestyleových časopisech a na online platformách jsou zobrazovány známé ženy, které jsou sledovány od prvních okamžiků, kdy oznámí své těhotenství. Každá změna jejich tělesných proporcí je komentována a hodnocena. Prezentovaná realita ukazuje nerealistický obraz žen a prožívání jejich mateřství (Masopustová, Daňsová, Lacinová et al, 2018, s. 31).

Ve světle trendu, který je zaměřen na potřeby dítěte a očekávání, že žena bude atraktivní, vyrovnanou a aktivní matkou, by bylo vhodné hovořit také o potřebách, které mají ženy v období těhotenství, při porodu a v šestinedělí.

### **2.3.2 Potřeby a podpora žen v období těhotenství, porodu a šestinedělí**

Vyššímu riziku poporodních emocionálních poruch jsou vystaveny ženy, které zažily **těžký porod**, nebyly připraveny na míru bolesti a rozrušení, které zažily, nebo musely podstoupit neplánovanou operaci (Renzetti, Curran, 2003, s. 86).

V ČR jsou v současné době kompetence porodních asistentek soustředěny na fyzické aspekty těhotenství a porodu. Dobrá praxe v jiných zemích ukazuje, že budou-li také u nás **zdravotníci vzdělávání v oblasti duševního zdraví žen**, zmírní se tím perinatální psychické obtíže matek. Zdravotní sestry a porodní asistentky se mohou naučit pracovat s psychologickými intervencemi ve prospěch žen (Hrdličková, Banášová, Nosková, Vodičková, Byatt, Šebela, 2022).

V období po porodu se mohou u žen objevit depresivní poruchy. Ty můžeme rozdělit do tří kategorií: poporodní smutek, poporodní deprese a poporodní psychóza. Poporodní smutek, tzv. baby-blues, postihuje zhruba 50-85 % žen. Objevuje se kolem čtvrtého dne a po porodu a mizí zhruba 10. den po porodu. Poporodní psychóza se vyskytuje u 0,1 – 0,2 % žen v prvních dvou týdnech po porodu a vyžaduje rychlý léčebný zásah. Je zde zvýšené riziko sebevraždy matky a je ohroženo i dítě. U 10–15 % rodiček se objevují depresivní symptomy, u 5 % žen dosahují těžké depresivní fáze. Perinatální úzkost se vyskytuje až u 20 % žen.

Na rozdíl od zahraničí, v České republice **nemají ženy specializovanou péči se zaměřením na perinatální duševní zdraví**. Ženy musí vyhledat pomoc u psychiatrů a psychologů, kteří používají stejná diagnostická kritéria pro perinatální úzkosti a deprese jako pro poruchy, které se objevují v nereprodukčních obdobích. Přitom se příznaky v perinatálním období mohou vyvinout v souvislosti se změnami souvisejícími s přechodem do mateřské role (Banášová, Nosková, Vodičková, Hašto, Šebela, 2023).

Jednou ze základních potřeb je pro matku **spánek**. Ve výzkumu Masarykovy univerzity se uvádí, že nejvyšší počet hodin spánku uváděly ženy v těhotenství. Těhotné spaly více než osm hodin denně. Po porodu počet hodin klesl. Kvalita spánku po porodu byla díky poklesu počtu hodin vnímána jako horší. Ve výzkumu, který sledoval matky s dětmi do dvou let věku, se ukázalo, že není souvislost v kvalitě či délce spánku u matek, které spí se svým dítětem v místnosti nebo dítě spí v jiné místnosti (Masopustová, Daňsová, Lacinová et al, 2018, s. 55).

Ratislavová (2008, s. 47-48) uvádí, že ženy v období těhotenství potřebují mít **důvěru v porodní asistentku a lékaře**. Je důležité, aby porodní asistentka vytvořila přátelské klima, ve kterém těhotná žena bude moci otevřeně komunikovat a bude akceptována. K ženě je potřeba přistupovat **nedirektivně**, ponechat odpovědnost za rozhodování těhotné, navázat s ní rovnocenné partnerství a nastavit **otevřenou komunikaci**. Zároveň je ideální, pokud si porodní asistentka zachová svou autenticitu projevu. Těhotenství není nemocí, ale jiným stavem, který je důležitou životní situací a **vývojovou krizí v životě ženy**.

Zažívaný stres a malá emocionální pohoda v období těhotenství zvyšuje riziko ztráty těhotenství (Meaney, Corcoran, Gallagher et al, 2014).

Problematice fyziologického porodu a potřeb žen v tomto období se věnoval **odborně garantovaný** portál Babyonline.cz v letech 2010 a 2022. Nejedná se o exaktně vedenou studii plnou statistik, ale o autentické výpovědi žen, které vzájemně sdílely své porodní zážitky. Martincová, která stojí za vydavatelstvím Babyonline, uvádí, že bylo pročteno více než 1300 stran porodních příběhů a reakcí na ně a provedeno podrobné dotazníkové šetření u pěti žen, které byly jejími spolupracovnicemi. Na tomto portále se vyskytují uživatelky, které jsou schopné číst a porozumět sofistikovaněji psaným textům. Martincová upozorňuje, že maminky podle celostátních odborných zdrojů odmítají při porodu zaučujícího se lékaře nebo porodní asistentky. V příspěvcích na Babyonline.cz je naopak matky braly jako samozřejmou součást systému péče a jejich přítomnost by jim nevadila. Ženám, které na portálu diskutovaly, **vadil** především **nátlak k přirozenému porodu**, když byly zcela vyčerpány a porod stále nepostupoval. Dále jim vadila **nedostatečná komunikace personálu**, přály si lepší vysvětlování situace. Zároveň, když už byly ženy informovány o nějakém úkonu, nebylo zdravotníky vyčkáno, dokud informaci žena vstřebá a projeví souhlas, ale **byl úkon následně ihned proveden**. Ve výpovědích maminek se také objevuje, že oceňovaly, když mohly mít **klid a soukromí**. Ženy také zažívaly stres **z tlaku na kojení dítěte**. Maminky hodnotily pozitivně **přítomnost partnera u porodu**. Ve výpovědích žen zaznělo i zklamání z neprofesionality zdravotníků, kdy uváděly, že se zdravotníci chichotali nebo u jedné maminky, napodobovali její „kňourání“. Další žena uvedla, že jí zdravotní sestra řekla, **že přehání**, že jí to nemůže tolik bolet.

Srovnáme-li výše uvedené dotazníkové šetření s českou studií, která byla publikována v říjnu 2022, která se věnuje příčinám psychických obtíží v mateřství, nalezneme mnoho podobností. Třicet tři účastnic studie uvedlo, že zažilo obtížný porod a opakovaně se objevovalo téma císařského řezu. Ženy popisovaly svůj porod jako dlouhý a jedna z žen uvedla, že vnímá porod císařským řezem jako svou **neschopnost normálně porodit**. U 14 % žen bylo popisováno, že zažily degradující komentáře od zdravotníků nebo například odsuzování, že nemohou kojít a na základě toho byla zpochybňována jejich mateřská role (Hrdličková, Banášová, Nosková, Vodičková, Byatt, Šebela, 2022).

O potřebách žen **v ranném poporodním období** hovoří Ratislavová (2008) v textu pro odborný časopis Moderní babičství. Popisuje zde, jak je psychika ženy v období šestinedělí vystavena velké zátěži v důsledku hormonálních změn. Ženy jsou ovlivněny

nedávným zážitkem z porodu. Psychika ženy v tomto období je ovlivněna multifaktoriálně. Nejedná se jen o fyzické změny jako je například zavinování dělohy, ale o novou sociální roli matky, nedostatek spánku a neustálou péči o dítě. Závisí také na **sociální podpoře okolí**. Zdravotníci i partner a rodina zde hrají důležitou roli. Ženy v prvních hodinách po porodu mnohdy nemohou usnout a v představách si odehrávají svůj porod. První dny po porodu se sžívají s novou situací. Jejich dítě je samostatnou bytostí. U matek narůstá pocit zodpovědnosti za zdraví a výchovu dítěte. Porodní asistentky na oddělení šestinedělí by měly umožnit matce a dítěti co nejlepší podmínky pro rozvoj vazby matky a dítěte. To může eliminovat pozdější potíže s kojením. Ratislavová upozorňuje, že **nepřesná a nedůsledná instruktáž ze strany zdravotnického personálu** je hlavní překážkou kojení. Porodní asistentka může být ženě velkou oporou při zvládnutí emočních výkyvů a dodává jí sebevědomí v samostatné péči o novorozence.

Výskyt a závažnost psychických obtíží se odvíjí od intenzity **společenské podpory** poskytované prvorodičkám a ovlivňuje také množství společenských stresorů a stresorů vyplývajících z jejich individuální situace. Například manželské problémy, potíže s bydlením nebo s financemi, počet a věk dalších dětí v domácnosti, nebo v případě, že žena je izolována od své rodiny nebo nemá vytvořenou dostatečnou sociální síť (Renzetti, Curran, 2003, s. 88).

Podle turecké studie z roku 2022, které se účastnilo 431 žen s dětmi ve věku 4-8 týdnů, je zásadní sociální podpora nejen pro zvládnutí stresu z nové role, ale i pro budování vztahů v nově vzniklé rodině a větší jistotu v kojení (Isik, Dikmen, 2022).

Ve výše již zmíněné české studii se ukázalo, že 27 účastnic vnímalo **podporu partnera jako nedostatečnou**. Chyběla jim emoční a fyzická podpora a pociťovaly nedostatek porozumění. Nebo je trápila malá komunikace ze strany partnera, který neprojevoval svoje názory. Jedna z žen také uvedla, že se cítila být na druhé koleji, když se manžel věnoval více dítěti. Vyskytovaly se také **bagatelizující komentáře** v okolí novepečených matek, které se svěřily se svou psychickou nepohodou. Okolí hodnotilo jejich **vzhled**, apelovalo na jejich vděčnost, kterou by žena měla cítit, dostávaly **nevyžádané rady** nebo otázky, proč žena neporodila přirozeně (Hrdličková, Banášová, Nosková, Vodičková, Byatt, Šebela, 2022).



Norská studie zkoumala faktory související s vnímáním celkové kvality života šest měsíců po porodu. Byla využita data, která sbíral Norský institut pro veřejné zdraví v letech 1999-2008. Ukázalo se, že nejdůležitějšími faktory pro spokojenost s kvalitou života u žen po porodu ovlivňuje celková **radost z mateřství, spánek dítěte a spokojenost v partnerském vztahu**. Poskytovatelé zdravotní péče by měli šířit povědomí o důležitosti péče o partnerský vztah a partnerské podpory (Valla, Helseth, Småstuen, 2022).

Téma, o kterém se v médiích tak často neumluví, je kojenecký pláč. Je to jeden z prvních projevů dítěte, který vyjadřuje emoce dítěte a jeho behaviorální stav. Může mít různou intenzitu, četnost, délku epizod pláče a rozdílnou utišitelnost. Podle intenzity můžeme rozlišit tři druhy pláče. Mírné projevy rozladění, pláč a excesivní pláč, který je neutišitelný a doprovází ho další projevy distresu. Mezi 2.-6. týdnem života novorozence dochází k nárůstu pláče. Kojenecký pláč dítěte na jeho opatrovníky působí nepříjemně a jeho cílem je přivolat pečující osobu co nejrychleji. U žen i mužů poslech kojeneckého pláče způsobuje vyplavování testosteronu a další fyziologické odezvy. (Masopustová, 2011, s. 18-26).

Pláč v kombinaci s narušeným spánkem matek a neustálou pozorností, kterou žena dítěti věnuje, se může stát značně stresující.

Shrneme-li výše popsané jevy, se kterými se ženy setkaly, znamená to, že ženy v perinatálním období preferují péči profesionálních a empatických zdravotníků, otevřenou komunikaci bez pasivně-agresivních projevů, komunikaci podporující jejich mateřské kompetence. Péči, která kromě fyzického zohledňuje také jejich duševní zdraví, aniž by ženy stigmatizovala, podporu v učení se nové roli, společenskou a partnerskou fyzickou i psychickou oporu a příjemné prostředí a soukromí pro porod a péči o novorozence. Pro ženy je také důležité, aby byly podpořeny a vnímány jako rovnocenné bez ohledu na způsob porodu a postoj ke kojení.

### **2.3.3 Možné změny v péči a podpoře žen v období těhotenství, při porodu a v šestinedělí**

Na pořadu dne je volání některých odborníků i laické veřejnosti a těhotných žen po využití možnosti **tzv. kontinuální péče porodní asistentky**, která byla popsána výše.

Taková péče by podpořila ženy v prožívání porodu jako normální životní události bez některých zbytných lékařských intervencí. Péče asistentky by zahrnovala, kromě perinatální péče a péče během porodu, i sledování fyzického, duševního a sociálního zdraví ženy a její rodiny, poskytování informací a poradenství a v případě potřeby i předání do péče dalšího odborníka. Porodní asistentka by byla odpovědná za plánování, organizaci a poskytování péče od první registrace až do období po porodu. Provázela by ženu partnerským přístupem celým procesem v komunitní nebo nemocniční péči v případě, že se jedná o nekomplikované nebo nízkorizikové těhotenství (Vorlová, Holmerová, 2022, s. 337).

Perinatální péči je v současnosti věnován velký mediální prostor a debaty na téma porodnictví jsou často emočně vypjaté. Dá se pozorovat nejednotný slovník základních pojmů i mezi odborníky, například v tématice normálního nebo fyziologického porodu, a s tím souvisí například kompetence porodních asistentek (Vorlová, Holmerová, 2022, s. 333).

V současné době je možné se připravovat na období těhotenství a porodu, ale na to, jak příchod dítěte zahýbe s celým rodinným systémem a co vše rodinu čeká, se obvykle nepřipravíme. Partneři žen mohou být zaskočeni náhlou proměnou ženy a jejím prožíváním.

Vorlová a Holmerová (2022) považují za důležité, aby byl v rámci péče o těhotné věnován prostor **kulturním aspektům** poskytování péče a **komunikaci** mezi poskytovateli péče a ženami a mezi zdravotníky navzájem.

De Vito (2008) hovoří o **mocenském rozměru komunikace**, který v případě zdravotnických profesí znamená především moc v oblasti odborné a informační. Ženy se proto mohou cítit v nerovnocenném postavení a vzájemné komunikaci se zdravotníky to neprospívá. Změny by se tedy měly odehrávat i v nastavení komunikace lékař – pacient.

Další oblastí pro možné změny je **péče o duševní zdraví** a informovanost žen a jejich rodin v této oblasti.

Podle odborníků z Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ) nevyhledá 75 % žen v případě psychických potíží žádnou pomoc. Projekt **Perinatal** provádí screening mezi matkami ve 20 vybraných gynekologických ordinacích, v Olomouckém a Středočeském kraji a v Praze. Jedná se o jednoduchý test, který vypočítá riziko psychických obtíží, které

by se mohly projevit. Pokud k takovému výsledku dojde, je žena kontaktována konzultantkou z organizace **Úsměv mámy**.

Zakladatelka Úsměvu mámy, Veronika Kubrichtová na webových stránkách magazínu Refresher upozorňuje na aktuální situaci v nemocnicích. Pokud je žena hospitalizována kvůli svým zdravotním potížím, ať fyzickým nebo duševním, nemůže mít své novorozeně u sebe. Tento problém vede k jejich rozdělení. Řešením by bylo zavedení **tzv. Mother-Baby Units**, kde by mohla být matka hospitalizována spolu s dítětem, jak uvádí Hrdličková z NUDZ.

V České republice zatím chybí včasná detekce psychických potíží žen po porodu a v následujících měsících. Psycho-emocionální změny mohou být zachyceny včas prostřednictvím návštěv a podpory matek v domácím prostředí (Ferreira, Coelho, Batista, Duarte, Chaves, 2016).

Od roku 2021 do konce roku 2024 probíhá v rámci Centra perinatálního duševního zdraví (NUDZ), studie zkoumající účinnost distanční **peer podpory** v prevenci poporodní deprese. Neléčená poporodní deprese představuje pro společnost ekonomickou zátěž a má dlouhodobé negativní účinky na celou rodinu. Tato peer podpora se nazývá **Mom's Supporting Mom's**. Proškolené ženy se zkušeností s psychickými obtížemi jsou v kontaktu s matkami, které se obrátí na Úsměv mámy (ÚM), nebo je jim peer podpora nabídnuta na základě výsledků screeningu uvedeného výše. Matky sdílí své prožívání a peer konzultantka je ženě oporou. Peer konzultantky jsou pravidelně vzdělávány a mají supervizní setkání. V případě potřeby se peer konzultantka může obrátit přímo na psychologku z ÚM a konzultovat nastalou situaci.

NUDZ ve spolupráci s Úsměvem mámy nabízí ženám a rodinám v období těhotenství a po porodu návaznou péči a edukaci o možnostech **odborné pomoci**. Ženy si mohou do svého mobilního telefonu stáhnout aplikaci **Kogito**, která jim pomocí základních technik kognitivně behaviorálního psychoterapeutického směru, pomůže ovládnout jejich negativní myšlenky.

Důležitou částí péče a podpory by se mohla stát také **destigmatizace duševních potíží** v rámci Reformy psychiatrické péče. Vhodné by bylo vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti komunikačních dovedností a péče o lepší podmínky pro zdravotnický personál.

## 2.4 Shrnutí

V předchozích kapitolách byly popsány formy péče a podpory žen v období těhotenství, porodu a šestinedělí u nás i v zahraničí. První kapitola se věnovala historickému pohledu na péči o ženy, byl zde nastíněn legislativní rámec současné péče a změny, které se v posledních měsících odehrávají a jaké možnosti péče mohou ženy v současné chvíli využít. Ve druhé kapitole je popsáno, jakou péči a přístup nabízí zdravotní systém v zahraničí a v České republice, ale také jaké jsou moderní trendy tzv. respektující péče a šetrného přístupu během porodu, které v našich podmínkách nejsou samozřejmostí. Třetí kapitola popisuje existenci mediálního a společenského vlivu na koncept mateřství a tlaku, který ženy ovlivňuje v jejich očekávání a mapuje potřeby, které ženy považují za důležité. V poslední části je nastíněno, jaké změny by v budoucnu mohly v perinatální péči o ženy nastat.

Česká republika v porovnání se zahraniční péčí o ženy v průběhu těhotenství a porodu nezaostává v odborné zdravotní péči. Máme propracovaný systém gynekologické a perinatální péče. Velkou výhodou je, že většina vyšetření a péče je hrazena ze zdravotního pojištění. Nadstandartní individuální přístup si ženy musí v případě zájmu hradit. Perinatální úmrtnost je v současné době měřítkem dobré péče. S tím nejsou spokojeni někteří odborníci a ženy samotné a upozorňují, že péče orientující se pouze na fyzické aspekty těhotenství a porodu, není dostatečná. Porodnice na tyto ohlasy reagují a budují Centra porodní asistence, ve kterých mohou ženy prožít svůj porod bezpečně a zároveň co nejpřirozeněji a vybrat si svou porodní asistentku. V posledním roce se pomalu začíná schylovat k legislativním změnám ve zdravotní péči o ženy. Chybí však systematická preventivní péče o duševní zdraví žen a jejich cílená podpora v péči o dítě a rozvoj rodičovských kompetencí. Pro ženy je důležitá podpora mateřských kompetencí, vstřícná a podporující komunikace zdravotníků, informovanost a možnost se svobodně rozhodovat.

## 3 VÝZKUMNÁ ČÁST

### 3.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumné části této práce je prozkoumat, jaké zkušenosti s péčí mají ženy v období těhotenství, porodu a šestinedělí. Myšlena je péče zdravotnická, péče okolí, rodin a partnerů participantek. Výzkumné otázky se věnovaly způsobu, jakým bylo se ženami v tomto období komunikováno, jaké očekávání ženy měly, co potřebovaly v období těhotenství, porodu a šestinedělí a zda vnímaly důležitost prostředí, kde se porod odehrával.

#### Výzkumné otázky

**Tabulka 1 Hlavní a vedlejší výzkumné otázky**

| Hlavní výzkumná otázka   | Vedlejší výzkumné otázky   |
|--|--|
| Jaké zkušenosti s péčí mají ženy v období těhotenství, porodu a šestinedělí? | Jaký způsob komunikace ženy preferují od zdravotníků, svých partnerů, rodiny a okolí?<br>Jaké představy a očekávání ženy mají před porodem?<br>Jaké jsou podobnosti a rozdíly v potřebách u jednotlivých participantek?<br>Jaké prostředí je ženám příjemné? |

Zdroj: vlastní zpracování

### 3.2 Metodologie

#### 3.2.1 Popis zvolené metody

Pro účely výzkumu této práce, týkající se potřeb a podpory žen v těhotenství, v období porodu a v šestinedělí, byla zvolena metoda Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA).

Počátky tohoto psychologického kvalitativního přístupu se datují do 90. let minulého století. Tento přístup byl rozvíjen Jonathanem A. Smithem. V současnosti je tento přístup využíván ve výzkumech v oblasti psychoterapie a klinické psychologie.

IPA stojí na třech základních zdrojích: **fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu**. Propojení těchto tří přístupů vzbuzuje pochybnosti, jak je možné spojit popis fenoménu bez následné interpretace. Pro oddělení popisu fenoménu a jeho současné interpretaci je možné využít například tzv. uzávorkování (bracketing), prostřednictvím něhož je možné, aby výzkumník zkoumal své postoje, předsudky a prekoncepce. **Fenomenologický přístup** pátrá po jedinečné zkušenosti člověka, sleduje, jak konkrétní osoby na konkrétním místě a čase zažívají svět. IPA je vhodná tam, kde potřebujeme analyzovat sesbíraná data u neobvyklých situací a chceme popsat a interpretovat způsob, jakým nositel zkušenosti, kterou zkoumáme, přisuzuje význam.

Osobní přesvědčení a postoje nejsou v IPA vnímány jako něco zakázaného, ale jako potřebného pro formulaci toho, jaký význam má osobní žitá zkušenost participanta. Zkušenost je v rámci IPA přístupu výsledkem společného sdílení a úsilí účastníka a výzkumníka.

Součástí IPA přístupu je práce s **hermeneutickým kruhem** a tzv. dvojité hermeneutika. Participant se snaží porozumět vlastní zkušenosti s fenoménem a výzkumník zjišťuje, jakým způsobem k tomu porozumění došlo. Výzkumník tedy zakládá své pochopení na interpretaci, které se zakotvují v datech pomocí přímých citací.

S využitím **idiografického přístupu** se výzkumník zaměřuje nejprve na zkoumání jednoho případu, kdy musí výzkumník dosáhnout určité míry pochopení a možnosti interpretace a teprve pak se pokračuje případem dalším (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Fenomenologický přístup je vhodné zvolit tam, kde se snažíme porozumět zkušenosti účastníka výzkumu a studovaný fenomén by se tak mělo povést dobře zachytit. Výzkumná otázka může vznikat až v průběhu sběru dat a vedlejší otázky se objevují spolu s dalšími prvky popisovaného fenoménu (Hendl, 2005).

Z obecného hlediska **výzkumná otázka** v IPA zjišťuje, jak participant nebo skupina participantů prožívá určitou situaci a jaký smysl přisuzují této zkušenosti. Primární výzkumná otázka se v IPA zaměřuje na pochopení individuální zkušenosti, a především na proces než na výsledek, a měla by být formulována jako otázka otevřená.

Důležitou součástí přístupu IPA je **výběr participantů**, kteří by měli dobře zastupovat dané téma a měli by být homogenním vzorkem. Pro magisterské diplomové práce se doporučuje vzorek 3-6 respondentů.

Nejčastější metodou sběru dat v tomto přístupu je **polostrukurovaný rozhovor**, který dává dostatek prostoru pro volnost participanta rozvíjet své myšlenky a reflektovat je. Výzkumník může sledovat, co je pro participanta důležité a může tak docházet k odkrytí nových aspektů fenoménu (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Výhodou polostrukurovaného rozhovoru je větší flexibilita a napojení na respondenta, nevýhodou může být ztráta kontroly nad situací. Je vhodné zajistit, aby respondent mohl hovořit bez přerušování a aby rozhovor probíhal v klidném prostředí (Smith & Osborne, 2007).

Následně je potřeba nahrávku doslovně přepsat a věnovat se především obsahové stránce. Paraverbální projev a „slovní vata“ se v prepisu zaznamenává spíše pro udržení kontextu, ale je užitečné si do poznámek v průběhu rozhovoru zapisovat i projevy emocí a neverbální projevy. S nahrávkou, textem i s poznámkami je potřeba pracovat opakovaně.

Při **analýze textu** je možné nejprve podtrhávat vše, co je pro výzkumníka zajímavé a poté pro to najít vhodné pojmenování. Pro označení jednotlivých tzv. **rodících se témat** se mohou volit výrazy, které řekl samotný participant, tak i slova, která výzkumníkovi evokují obsah vyčleněného. Redukuje se tím množství dat a pomocí práce s poznámkami vystupuje do popředí nejen zkušenost respondenta, ale také to, čeho si všimá výzkumník. Jedná se o již zmiňovanou dvojitou hermeneutiku. Témata, která se nevztahují k výzkumné otázce, se mohou odložit.

V další fázi se pracuje se vztahy, které mezi sebou mají jednotlivá témata. Následně mohou vznikat z těchto témat nadřazená témata s podtématy. Záleží také na četnosti výskytu a vztahu ke zkoumanému fenoménu, ale je dobré si uvědomit, že četnost výskytu tématu nemusí nutně znamenat jeho větší význam.

Seznamy témat je možné rozstříhat na jednotlivá témata a vytvářet jejich shluky.

Čtenáři IPA výzkumu se při **prezentaci výsledků** předkládají témata, která byla identifikována v průběhu analýzy a je nezbytné rozlišit mezi tím, co sdělil respondent a co je interpretací autora. Předkládaná tvrzení musí být ověřitelná v textu pomocí přímých

citací. Výsledky mohou být prezentovány idiograficky – tedy podle jednotlivých respondentů a předložit i jejich narativní shrnutí. (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

### 3.2.3 Popis průběhu výzkumu

#### Výběr participantek

Participantky byly vybrány na základě následujících kritérií:

- 1) Ženy starší 18 let,
- 2) nejednalo se o porod mrtvého dítěte a ani po porodu dítě nezemřelo,
- 3) ženy oslovily pro svou emoční podporu organizaci Úsměv mámy a chtěly se aktivně účastnit výzkumu a hovořit o svém zážitku z těhotenství, porodu a šestinedělí,
- 4) Dítě nebylo počato metodou umělého oplodnění a bylo donošeno alespoň do 40. týdne těhotenství.

Záměrem bylo získat pro rozhovor soubor participantek, které utvoří co nejvíce homogenní vzorek, bez případných extrémních komplikací v těhotenství i porodu.

Byly proto vybrány ženy v plodném věku, které budou plnoleté, aby se eliminoval případný odlišný přístup zdravotníků.

Restrikce týkající se porodu mrtvého dítěte nebo jeho následného úmrtí byla zvolena z důvodu co největší ochrany participantky a pro riziko případné retraumatizace. Výzkumník si byl vědom rizika možných psychických dopadů rozhovoru na psychické rozpoložení matek a byl připraven v součinnosti se svým supervizorem poskytnout případnou pomoc. Na závěr rozhovoru participantky měly možnost hovořit o pocitech, které vzpomínky na porod vyvolaly a výzkumník byl k dispozici pro případ, že by se objevily nějaké další komplikace v jejich prožívání.

Byly vybrány participantky, které byly v kontaktu s organizací **Úsměv mámy**, která si klade za cíl destigmatizovat duševní potíže matek. Tyto ženy docházely na podpůrná setkání maminek a mohly tak být výzkumníkem předem vybrány a osloveny s nabídkou spolupráce.

Podmínkou k účasti na rozhovoru bylo také, že dítě nebylo počato pomocí umělého oplodnění z důvodu náročnosti samotného procesu oplodnění, který mnohdy matkám



přináší velké obavy ze ztráty miminka, závěr těhotenství může přinášet neočekávané komplikace. V případě předčasně narozeného dítěte hrozí zdravotní komplikace, které se obvykle neslučují s možností mít novorozeně co nejdříve u sebe po porodu.

Věk dítěte nebyl rozhodujícím kritériem pro účast na výzkumu, stejně tak počet dětí nebyl diskvalifikujícím faktorem, z důvodu možného sledování rozdílnosti mezi prožíváním matek, které rodily opakovaně.

Základní údaje účastnic výzkumu jsou shrnuty v následující tabulce.

**Tabulka 2 Základní údaje účastnic (vlastní zpracování)**

| Pseudonym | Věk | Nejvyšší dosažené vzdělání | Rok porodu   | Porodnice     | Zdravotní stav |
|-----------|-----|----------------------------|--------------|---------------|----------------|
| Amálie    | 22  | Vysokoškolské bakalářské   | 2022         | Praha         | dobrý          |
| Barbora   | 27  | Vysokoškolské magisterské  | 2015         | Střední Čechy | dobrý          |
| Cecílie   | 33  | Vysokoškolské magisterské  | 2017<br>2021 | Praha         | dobrý          |
| Dana      | 38  | Středoškolské s maturitou  | 2022         | Praha         | dobrý          |
| Eva       | 42  | Vysokoškolské magisterské  | 2011<br>2015 | Střední Čechy | dobrý          |

Zdroj: vlastní zpracování

### **Sběr dat**

Data byla získána prostřednictvím kvalitativního **polostrukturovaného rozhovoru**, který byl nahráván na záznamník.

Před započítím rozhovoru s první respondentkou bylo provedena tzv. **nultá fáze** v procesu analýzy, aby bylo možné reflektovat vlastní představy a postoje k danému tématu. Byla využita forma vnitřního dialogu a psaní sebe-reflexních poznámek. (Koutná, Kostínková & Čermák, 2013).

Potenciální účastnice rozhovoru byly napřímo osloveny na akci, kterou pořádala organizace Úsměv mámy na podzim roku 2022. Poté byly tyto ženy kontaktovány prostřednictvím telefonátu a byl domluven termín osobního setkání. Bylo předem ověřeno, že splňují podmínky, které byly na počátku stanoveny.

Rozhovory se natáčely v prostoru určeného pro terapie na Praze 3.

Pro otevřené sdílení intimních výpovědí participantek bylo zásadní vytvořit bezpečnou a uvolněnou atmosféru a dostatek soukromí. Terapeutická místnost tyto podmínky splňuje.

Rozhovory s participantkami proběhly během listopadu a prosince roku 2022.

Před započítáním rozhovoru byly participantky informovány, že nahrávka vzniká za účelem zpracování diplomové práce, která se týká potřeb žen v období těhotenství, při porodu a období šestinedělí a bylo ověřeno, že stále souhlasí s pořízením audiozáznamu.

Dále byly participantky vyzvány, že mohou volně hovořit o průběhu svého těhotenství, období porodu a šestinedělí a byla jim předložena baterie otázek, podle kterých se mohly během hovoru orientovat. Stejnou kopii měl k dispozici výzkumník.

Před začátkem nahrávání byl i prostor pro případné otázky participantek. Bylo jim nabídnuto občerstvení a dostatek času na aklimatizaci. Celková časová dotace na rozhovor byla zhruba dvě hodiny.

Participantky měly možnost dlouhých odpovědí a byl jim dán prostor i pro mírný odklon od tématu, což se později ukázalo jako přínosné. První rozhovor trval 78 minut, dvě participantky hovořily zhruba po 30 minutách a nejdelší rozhovor trval 94 minut.

Na závěr rozhovoru byly zařazeny otázky týkající se doporučení pro nastávající a novopečené maminky, rodiny a partnery, ale také pro zdravotníky.

Po ukončení nahrávání bylo zjišťováno, jak se participantka cítí. Pokud participantka uvedla, že je skleslá, byla jí nabídnuta možnost další konzultace prostřednictvím Úsměvu mámy, aby se jí dostalo psychologické podpory.

### **Popis práce s daty**

Rozhovory byly postupně přepsány a převedeny do dokumentu Microsoft Word. Následně texty byly vytištěny a probíhalo opakované čtení, kódování a práce s vypořádanými se tématy. Až když byl přepsán a analyzován první rozhovor, byl

realizován rozhovor následující. Poté byly rozhovory a vyvstalá témata porovnávána a zpracována vzájemně a hledány podobnosti a odlišnosti všech participantek.

Participantky byly anonymizovány a byla jim zvolena jména podle abecedy na počáteční písmena A, B, C, D, E: Amálie, Barbora, Cecílie, Dana a Eva. I ostatní jména, která participantky zmiňují, jsou v této práci pozměněna nebo vynechána.

### **3.3 Výsledky analýzy rozhovorů jednotlivých participantek**

#### **3.3.1 Participantka číslo 1: Amálie**

Amálii bylo v době rozhovoru 22 let a porodila v roce 2022 dceru, které v době rozhovoru bylo 7 měsíců. Rodila v menší porodnici okresního města na doporučení své matky. Žije v Praze. Vystudovala VŠ s humanitním zaměřením. Před těhotenstvím nebyla zaměstnána. Je vdaná a jejímu partnerovi je 24 let. Průběh těhotenství popisovala jako klidný, přesto prožívala strach a nepohodu v souvislosti s lékařskými vyšetřeními a kvůli komunikaci s lékaři.

Pro porod v nemocnici si domluvila a zaplatila porodní asistentku, která pečovala již dříve o ženy v rodině. Porod proběhl vaginálně za pomoci porodní asistentky a v průběhu došlo k několika lékařským zásahům, které si Amálie původně nepřála. Potíž nastala ve chvíli, kdy Amálii nebyl umožněn tzv. bonding a dcera byla od matky odloučena na sedm hodin.

Úsměv mámy vyhledala kvůli pocitům smutku a pochybnostem, zda je dobrá máma.

#### **Analýza verbálního a neverbálního projevu**

Amálie hovoří svižným tempem, dělá pauzy a v jejím projevu se vyskytuje slovní vata v pasážích, kdy se zamýšlí nad tím, co řekne dál. I přes pravděpodobné prožívání silných emocí při vyprávění, nepoužívala žádné vulgární výrazy. Zdálo se, že místo vulgárních slov se objevují slova: jakože, vlastně, prostě, jako.

Vše obracela spíše do humoru anebo kladla tzv. řečnické otázky, na které si neodpovídala.

V průběhu hovoru nenavazovala oční kontakt. Dívala se směrem k oknu.

Některé situace převyprávěla a pak se věnovala zdůvodnění vzniklých situací, snažila se najít většinou racionální hledisko, proč k některým zákrokům muselo dojít nebo i návrh,

jak by se dala situace řešit. Vypadalo, že jí nacházení řešení pomáhá zvládnout emoce, které se po celou dobu objevovaly a byly patrné především v intonaci a pohybu těla. Seděla neklidně, rukama gestikulovala a v obličeji se jí střídalo zamračení s úsměvem.

V projevu se opakovaně objevilo „počítání položek“, kdy si pomáhala prsty na ruce. Zdálo se, že jí to pomáhá zbavit se napětí, když mluvila o něčem, co se jí nelíbilo. Po celou dobu rozhovoru vracela samu sebe zpátky k tématu. A od jedné události chronologicky přecházela k další.

Z analýzy rozhovoru se vynořují následující témata: **Představa versus skutečnost, komunikace, dovolit si, ovlivňování situace, podpora okolí.**

### **Představa versus skutečnost**

U Amálie se během rozhovoru opakovaně objevuje téma **představ**, které o porodu měla ve střetu s realitou, které během porodu musela čelit. Tam, kde v příběhu vystupuje porodní asistentka, kterou měla předem domluvenou, se objevovalo v neverbálním projevu smíření se se situací. Při popisu situace, kdy vypráví o odloučení od dcery, které trvalo zhruba 7 hodin po porodu, Amálie vyjadřovala hodně emocí vzteku a smutku. Amálie měla jasnou představu, jak má porod probíhat. Většinu lékařských zákroků vnímala jako **nepřirozenou**. Situace, ve kterých jí porodní asistentka vysvětlila, proč je potřeba volit nějaký postup, popisuje smířeně a konstatuje, že to bylo nepříjemné, ale že to tak prostě bylo. Podání oxytocinu ve svých očekáváních před porodem odmítala.

Amálie (o tom, jak má porod probíhat v jeho začátku): *Jsem si říkala, že to prostě jako zvládnou přirozeně, nebo prostě, že jako to nechci popostrkovat, ale i v tu chvíli mi to vlastně bylo jako nepříjemný. Já jsem to měla tak zafixovaný v sobě zažraný, jako že to musí být všechno přirodně a musí to být všechno přirozeně.*

Těžké pro ni bylo, když po porodu nedostala dceru na hrudník a nebyl prostor pro dotepání pupečníku. Měla pocit, že nerozumí sdělení lékaře, které bylo obsáhlé, ale pro ni **nesrozumitelné**.

Amálie (když ji dceru nedali na hrudník): *...ale v tu jednu chvíli prostě nedýchala, no pořádně, takže přestřihli šňůru hned, nenechali jít dotepat, což jsem prostě taky chtěla. Pak mi ji jako potom, co jí odsáli, tak mi ji dali prostě tak na 30 vteřin na hrudník. A pak teda, že si ji odnesou pryč na výhřevnou podložku. V tu chvíli jsem fakt nechtěla, ale*

*říkala jsem si OK, byl tam jeden doktor, kterej mi tak jako vymluvil díru do hlavy, že že prostě jsem vůbec nevěděla o jako co o co jde.*

## **Komunikace**

Toto téma je ve vyprávění Amálie stěžejní. Způsob komunikace ze strany zdravotnického personálu ovlivňuje její prožívání zásadním způsobem. Objevují se zde různé formy nedorozumění a neprofesionální komunikace ze strany zdravotníků a chybějící informace. Ve vyprávění vystupuje do popředí rozdílné postavení pacienta a zdravotníka, laická a zcela pochopitelná neznalost důvodů zákroků na straně Amálie. Amálie ve svých výpovědích hovoří o komunikaci ze strany zdravotníků. Hodnotí pozitivně komunikaci své **porodní asistentky**, kterou měla k dispozici již před porodem, vybrala si ji sama a mohla s ní konzultovat své pochybnosti. Komunikace s její PA pomáhá k přijetí lékařského postupu, který si původně nepřála.

Amálie (o informaci ohledně oxytocinu): *Ale, že si myslí, že by se to prostě mělo trošku pohnout, že už prostě jsem vyřízená a tak. Takže jsem měla postupně asi 2 nebo 3 lahvičky toho oxytocinu, což jsem prostě ze začátku vůbec nechtěla.*

Komunikaci s ošetřujícím lékařem hodnotila negativně, protože měla **pocit manipulace** z jeho strany, když nedovolil, aby ji partner doprovodil do ordinace a poté ji oznámil, že jí bude porod vyvolávat. Domnívala se, že to lékař udělal záměrně, aby ji mohl natlačit do konkrétního termínu vyvolávání porodu a využil k tomu argument, že to v ordinaci zvládne sama.

Amálie (o podpásovce od lékaře): *Takže byl jako celou dobu hodnej a pak teprve v tu chvíli, kdy jako se na mě chystal vyvalit to, že vlastně jsem podle něj dávno po termínu.....Takže vlastně to byla taková jako podpásovka od něj, protože já jsem prostě byla strašně nervózní.*

Amálie během pobytu v porodnici nabývala dojmu, že ze strany dětského oddělení dochází opakovaně k pochybení, nedostatku informací a že musí o informace o své dceři prosit. Později zjistila, že dceru ji nedali, protože se čekalo na schválení od lékařky.

Amálie (popis situace, kdy nechápe důvody zdravotníků): *Tak v tu chvíli mi jí sestra nesla a řekla: „Nesu vám ji na kojení.“*

*A já jsem říkala: Aha, a to si jí jako pak zas odnesete? A ona: „No jasně.“*

*A ona: „No my musíme prostě počkat furt na tu vizitu a prostě **paní doktorka to musí jako odsouhlasit.**“*

Amálie se nevzdávala a aktivně se snažila získat svou dceru, aby mohly být spolu. Neměla **žádné informace** o tom, že by dcera měla nějaké zdravotní potíže. Pouze měla informaci, že je potřeba počkat, až lékařka dá svolení. Opakovaně prosila sestry, aby jí dceru daly. Nelíbila se jí, jak sestra svou poznámkou její prosby zesměšnila.

Amálie (o reakci zdravotní sestry, když chtěla svou dceru k sobě): *A oni jako: „No dobře, když o to tak stojíte.“ Prostě nebo tak jako takovým divným způsobem.*

Amálie vnímá komunikaci se zdravotníky jako nevyrovnanou, z důvodu oslabení během porodu i v období po porodu. Je pro ni důležité, aby zdravotníci uměli reagovat na matky profesionálně. Aby dokázali zvládnout její emoční rozladění a počítali s tím, že ženy mohou při porodu být až hysterické. Také je pro ni zásadní, aby dostávala všechny informace.

Amálie (o komunikaci zdravotníků): *Hlavně s těma ženama při porodu, který jsou jako **občas hysterický.** Ale prostě je potřeba všechno jako říkat, protože ty ženy čekají na každý střípek informace, kteréj prostě můžou dostat.*

Amálie se během pobytu v porodnici také setkává s **nejednotnými pokyny**, jak správně kojit. Popisuje, že jedna ze zdravotnic ji napomínala, že má špatnou techniku. Sestry se u ní střídaly a každá jí říkala něco jiného a jedna sestra se k ní chovala nepříjemně.

Amálie (o kojící instruktáži): *Proč jsme to předtím dělali jinak, jakože **každá ta sestra to říkala jinak.** A ještě tahle ta druhá u toho byla ještě aspoň docela milá, ale ta první mi říkala: „Nedávejte ruce na ten dvorec, vůbec tam mít nemáte ty prsty!“*

### **Dovolit si a dovolit**

Téma „dovolení si a dovolení ostatním“ se věnuje situacím, kdy Amálie vnímá jako důležitou schopnost být **laskavá k sobě** samé a dokázat **požádat o pomoc** své okolí. Toto téma v sobě zahrnuje i schopnost si tzv. **něco dopřát.**

„**Dovolit si**“ pro Amálii také znamenalo použít v péči o dceru něco, co nevnímala jako přirozené.

Amálie (o kojení): *Mezitím jsem teda kojila s kloboučkama, a protože jsem si řekla, že nemám nervy na to, prostě se trápila s tím, aby aby prostě ještě dcera jako dobře pila normálně.*

Téma se znovu vynořuje v souvislosti s psychickou pohodou Amálie. Vnímá, že mohla ovlivnit svou situaci pomocí zvenku. Během těhotenství pociťovala nepohodu a úzkosti, ale obávala se o tom mluvit. Uzavřela se do sebe a čekala, že to samo přejde. Věděla, že by pomoc potřebovala, ale nenašla sílu kontaktovat terapeuta. Zpětně si uvědomila, že to nebyla dobrá strategie.

Amálie (o terapii jako formě pomoci): *Ale jako říkám si, že jsem si možná mohla najít terapii už v těhotenství a jako dovolit si to, dovolit si jako řešit tu svoji psychiku.*

Zjistila, že odříznutí od emocí jí nepomáhá. Zpětně to hodnotí jako špatný postoj. Byla za tím i touha po dokonalosti. A strach ze strachu.

*Jako takže možná, kdybych prostě si dovolila, nebejt dokonalá. A dovolila jako vlastně se stresovat tím porodem, ale jako nestresovat se, takže já nevím, jenom tak jako dovolit si prožít ten strach už předtím trochu víc a nějak jako si říct: „Tak a teď jsem prostě si ten stres prožila. Vím, že se toho bojím a můžu jít dál.“*

### **Ovlivňování situace**

Pro Amálii bylo důležité **zapojení se do příprav** k porodu. Chtěla situaci ovlivňovat, mít nad ní **kontrolu**, od možnosti odmítnout vyšetření na cukrovku, výběr porodnice a prostředí, kde dceru přivede na svět s vlastní porodní asistentkou přes výběr kurzu a tvorbu porodního plánu. Chtěla eliminovat vše, o čem si myslela, že nebude přínosné pro průběh porodu a uklidňovalo ji, že ví, **co očekávat**. Věnovala se přípravě na samotný porod prostřednictvím předporodního kurzu, který kvůli opatřením s covid-19 musel probíhat online. A bylo pro ni důležité, aby kurzem prošel i manžel. Jenže byla zklamaná, že manžela kurz nebavil.

Amálie (o kurzu před porodem): *Akorát teda problém byl v tom, že manžela to jak moc nebavilo.*

Snaha ovlivnit situaci ji neopouštěla ani v průběhu porodu a po porodu, kdy došlo k odloučení od dcery. Snažila se komunikovat se zdravotníky, získávat informace a co nejdříve se dostat s dcerou domů z porodnice.

Amálie (o hledání pomoci): *Nakonec jsem se snažila tak jako aspoň si vlastními silami jako na Instagramu sledovat lidi jako Úsměv mámy, který mi nakonec velmi pomoh. Ale prostě stejně jsem věděla, že prostě potřebuju větší pomoc.*

### **Podpora okolí**

Amálie zpětně hodnotí, že se jí dostalo spíše **dobré podpory** od okolí. Pozitivně hodnotí péči na porodním sále. Byla přítomna její porodní asistentka, kterou znala v době před porodem.

Amálie (o zdravotnicích při porodu): *A myslím si, že ten tým, kterej byl u toho porodu přímo, tak byl skvělej.*

Pozitivní vzpomínku má na období po porodu, kdy jejímu manželovi bylo umožněno ze začátku pracovat z domova. Zmiňuje **podporu tchyně, matky i své babičky**, které ji navštěvovaly.

Amálie (o rodinné podpoře): *Moje rodina, si myslím, že ke mně byla jako skvělá. Když se mě v těhotenství i vlastně po porodu pořád jako ptali, jestli něco nepotřebuju a tak.*

Amálie si přála, aby s ní bylo jednáno **respektujícím způsobem**. Domnívá se, že by se zdravotníci měli vzdělávat, jak s pacientkami jednat.

Amálie (o komunikaci zdravotníků): *Každá zdravotní sestra prostě kromě střední školy zdravotní, by měla mít ještě prostě aspoň nějakou jako kurz respektující komunikace.*

### **3.3.2 Participantka č. 2: Barbora**

Barbora rodila v roce 2015 ve svých 27 letech. V době rozhovoru bylo Barboře 35 let a dceři 7 let. Barbora rodila shodou okolností ve stejné porodnici jako participantka Amálie. Tedy v porodnici menší velikosti v okresním městě. Původně se registrovala do pražské porodnice, ale po její návštěvě se rozhodla, že si vybere porodnici menší. Barbora žije v Praze s manželem a má nyní dvě dcery. Jejímu partnerovi je 35 let. Vystudovala magisterský humanitní obor.

Po celou dobu těhotenství pracovala. Průběh těhotenství popisovala jako klidný, kromě menších nevolností. Cítila se dobře. Popisovala jako stresující návštěvy lékařů a lékařská vyšetření.



V době těhotenství navštěvovala soukromou porodní asistentku, ale k porodu ji nedoprovázela.

Porod proběhl císařským řezem. Úsměv mámy vyhledala s nabídkou pomoci jako peer konzultantka (maminka se zkušeností s psychickými obtížemi).

### **Analýza verbálního a neverbálního projevu**

Barbora hovořila rychle a nedělala si pauzy na přemýšlení. Popsala, jak za sebou jednotlivé zkušenosti následovaly a nevracela se zpět. S výjimkou jedné zkušenosti. A tou byla zkušenost s jejím bratrem. Která se prolíná obdobím těhotenství a obdobím po porodu, kdy spolu žili v jednom domě. Při vyprávění jsou stále patrné emoce kvůli rozčarování a zklamání, které směřuje především na zdravotníky v porodnici a jejich přístup.

Barbora udržuje pravidelný oční kontakt, neklade si řečnické otázky, vypráví a je přesvědčivá.

Slovní vata v podobě slov (jako, vlastně) se vyskytuje v pasážích, kde Barbora popisuje emočně náročné situace.

Z následné analýzy hovoru vyplynula tato témata: **Červený puntík, spánek, špatná máma, sebepéče a péče od okolí.**

### **Červený puntík**

Barbora dostala do své těhotenské průkazky červený puntík. Označení, že je **nespolupracující matka**, když odmítla podstoupit test na těhotenskou cukrovku. Tento název pro téma byl zvolen jako spojující označení pro situace, kdy Barbora vypovídá o **tlaku** v situacích, kdy ji zdravotníci nedávali na výběr, nevysvětlovali a snažili se jí manipulovat zastrašováním. Červený puntík do průkazky dostala, protože odmítla vyšetření na těhotenskou cukrovku. Neměla pocit, že by vyšetření potřebovala. Cukrovky se nebála a postup vyšetření jí stresoval, tak ho nechtěla podstoupit.

Barbora (o gynekologickém vyšetření): *Samozřejmě jsem dostala obrovskéj černej puntík, do svý těhotenský. Vlastně červenej!! Odmítla nespolutracuje, tam bylo napsáno. Což jsem si z toho úplně nic moc jako nedělala, ale přišlo mi to takový dehonestující.*

Barboru stresovaly situace, kdy jí zdravotníci nedávali na výběr z možností péče. Nevyhovovalo jí, že jí diktují, která vyšetření a medikaci má podstoupit. Zároveň se tím nenechala znejistět a stála si za svým přesvědčením. Setkala se s poučováním, jak má zacházet se svým tělem, když chodila na kontrolu srdečních ozev miminka a vyvolávalo to v ní ještě větší odpor. A rozhodla se родit v jiné porodnici. Cítila vztek, když jí zdravotní sestra poučovala o tom, že její dítě v děloze zažívá nepohodu, když ona něco dělá nebo nedělá.

Barbora (o poučování zdravotní sestry): *A ještě tam byla nějaká paní a furt mě buzerovala: „A proč máte nohu přes nohu? Já jsem si říkala, že moje dítě je úplně v pohodě a já budu mít nohu přes nohu, jak chci. A že musím hrozně pít. A když nebudu pít, tak moje dítě nemá todle a nemá todle. Tak jsem si v duchu řekla, že no tak jo, tak si trhni. Udělala jsem si to vlastně po svém, ale bylo to strašně nepříjemný. Když mi furt někdo diktoval vlastně jako, co má dělat a říkal, jak se moje dítě asi cítí, jak to může vědět?*

V porodnici, kterou si vybrala k porodu, se ale situace opakovala. Během kontrakcí lékaři rozhodli, že je potřeba aplikovat Barboře antibiotika, kvůli pozitivnímu nálezu na bakteriovou infekci, aby nebylo ohroženo její dítě. Barbora popisovala, že ji lékaři **vyhrožovali**, že si své dítě zabije, pokud si antibiotika nevezme a hovořili o nezodpovědnosti.

Barbora (o podání antibiotik): *Pamatuju si, že jsem měla kontrakce a že tam přišla nějaká lékařka, že jsme nezodpovědní a že vlastně takhle si to dítě vlastně jako zabijeme, tak to bude naše věc a což mi vůbec nepomáhalo v tom, že by se měl nějakým způsobem rozjet jako porod.*

Barbora si dává do spojitosti tlak zdravotníků s průběhem samotného porodu a vnímá, že jí kvůli jejich vyrušování nebylo umožněno se patřičně **uvolnit**. Situace s antibiotiky nebyla jediná, kterou vnímala jako nepříjemnou a porod ovlivňující. Hovoří i o nešetřném vyšetřování, které jí stresovalo. A tato násilná vyšetření v kombinaci s tlakem na podání antibiotik měly podle Barbory za následek, že se její porodní cesty neotevíraly a porod byl zakončen císařským řezem.

Barbora (o vyšetřování během první doby porodní): *Vždycky přišel ten porodník a strčil mi svoji ruku prostě do mé vagíny tak nepříjemně, a říkal: „To je v pohodě.“ A já úplně*

*jsem si úplně připadala, jak když mě znásilňuje. Tak mi to vlastně jako nepomáhalo v tom, abych se nějak zklidnila, a šlo to jako ven, protože nakonec to skončilo tak, že to byla akutní sekce.*

Barbora pak také vnímala tlak na rychlé ukončení porodu. Domnívá se, že zdravotníci odmítli čekat, ne ze zdravotních důvodů, ale že chtěli mít klid.

Barbora (o zakončení císařem): *A vůbec to nepomáhalo tomu, aby se to nějakým způsobem rozjelo samo, ale spíš to bylo tlačeno k tomu, že pojd' me to teda radši ukončit, abychom my byli v pohodě, než aby to proběhlo tak jak to nějak má.*

Zpětně si myslí, že komunikace ze strany zdravotníků mohla být **více dialogem** než příkazováním, a to by jí mohlo přesvědčit k důvěře a spolupráci. Chybělo jí vysvětlení přínosů intervencí, do kterých jí zdravotníci tlačili, chtěla dostat na výběr z možností a pokud by nepoužívali tlak, asi by více spolupracovala.

Barbora (o dialogu k intervencím): *Prostě kdyby přišli a vlastně vysvětlili mi co jaký mají oni obavy a co tam vidí vlastně jako rizika a zároveň by mi dali vybrat, jestli to chci nebo ne. A nebyl by tam v tom tlak, tak bych si to asi rozmyslela, nebo možná bych o tom přemýšlela.*

## **Spánek**

Po návratu domů Barbora začala trpět nespavostí. Ztráta schopnosti usnout pro ni byla velmi vyčerpávající a ovlivnilo to proces sžívání se s dcerou a také její adaptaci na roli matky.

Barbora (o spánku): *Nebyla jsem schopná se o ní úplně moc jako postarat a zároveň jsem byla strašně unavená. Takže mi trvalo hodně jako dlouho, než jsem si k ní našla nějakou cestu.*

Barbora s dcerou neměly sladěný spánkový rytmus. Tím se Barbora cítila ještě hůř a dcera hodně brečela, což pro Barboru bylo vysilující. Díky pediatrice, která poznala, že se něco děje, začala užívat léky na spaní.

Barbora (ke spánku): *Ona pořád brečela a pořád, to bylo úplně jakože pro mě fakt jako náročný v tom, že než jsem usla, tak ona se zase vzbudila a strašně vlastně jako hystericky řvala. Pediatřička řekla, ať si je prostě jako vezmu a vůbec jako neřeším to, že to jako*

*kojím, protože abych se nějakým způsobem vyspala, že když se nevyspím, tak budu protivná.*

### **Špatná matka**

Téma nazvané Špatná matka popisuje Barbořiny sebevýtčky i přístup, jakým s ní bylo komunikováno v závěru těhotenství a při porodu. Barbora zažila **zklamání**, protože si plánovala porod, který bude co **nejpřirozenější**. Bez lékařských zásahů a vaginální. Vlivem okolností se tak nestalo. A tak se potýkala se sebeobviňováním, že když nezvládla porodit, **že selhala a že je špatná matka a nevěřila ve své mateřské schopnosti**.

Barbora (o pocitech viny): *Tak jsem to brala jako obrovský selhání vlastně, že jsem nezvládla to dítě jako porodit. A tím si myslím, že jsem hodně jako trpěla, že jsme to jako nedala a že jsem jako špatná máma a že to nezvládnou se o ni postarat.*

Dále se u Barbory objevuje potřeba legitimizace negativních emocí, které se v mateřství vyskytují a jsou mnohdy společností a médií překrývány falešnou pozitivitou. V tomto ohledu měla Barbora dobrou podporu v soukromé porodní asistentce, kterou navštěvovala před porodem. A ta ji ujistila, **že je normální, když nezažívá nadšení** a je před porodem nervózní.

Barbora (o podpoře PA): *Prostě, že to je jako v pořádku, když se necítím na svoje dítě, že mám nějaký stresy a že vlastně jsem z toho nervózní, že to je úplně v pohodě a že to nemusí být jenom tak, že všichni všechno věděj a všichni se na to dítě těšej a že všichni budeme strašně happy.*

Její pocit, že je s ní něco v nepořádku, se zvětšoval i kvůli přístupu zdravotníků, se kterými přišla do styku. V komunikaci s nimi měla pocit, že lékaři jsou experti na její dítě a ona není dostatečně kompetentní. Tuto informaci četla **ze způsobu komunikace** ne z obsahu, který ji byl sdělován.

Barbora (o příjmu do porodnice): *Tedka si vzpomínám, že ten, že ten vlastně doktor, který mě přijímal, tak na mě strašně křičel, ale jako kdybych byla hluchá, vlastně tak jsem si přišla, jako že jsem úplně blbá.*

### **Sebepéče a péče od okolí**

Barbora v období těhotenství věnovala péči a čas sama sobě. Navštěvovala kurzy jógy pro těhotné. Využívala služeb dudy a soukromé porodní asistentky a připravovala se na

porod i prostřednictvím knih. Chtěla být informována a připravena. Z těhotenství měla radost a zároveň byla nervózní. Péči ve zdravotnickém zařízení vnímala jako stresující a nelíbilo se jí, jakým stylem byla organizována péče o těhotné.

Barbora (o návštěvě předporodní ambulance): *Tak jsme seděly v jedné místnosti, bylo nás tam asi deset. Všichni měli vytažený pupek prostě. A koukaly jsme se jako na sebe.*

Vyhledala proto péči soukromé porodní asistentky a využila možnosti předporodní péče a konzultací. Vyhovovalo jí, že se o ní PA zajímá. Že se ptá, jak se cítí a zároveň ji uměla uklidnit, že není povinnost se na dítě těšit.

Barbora (o přístupu soukromé PA): *A poprvý jsem vlastně měla strašně hezkej pocit v tom, že se někdo ptá, jak se mám prostě. A vyprávěla mi tam o tom, že jak nebo ptala se mě, jak se cítím. Jestli se těším. Já jsem říkala, že nevím a ona mi vlastně jako úplně zklidňujícím tónem řekla, že to vlastně nevádí, jestli se úplně netěším, že kde je napsáno, že se žena musí těšit na to miminko.*

Manžel Barboru podporoval od samého začátku. Měl radost, když mu oznámila, že je těhotná. Byl u porodu a následně zůstal i v porodnici po celou dobu. Barbora v rozhovoru opakovaně upozorňuje na situace, kde manžel věnoval hodně péče malé dceři ve snaze Barboře pomoci. Ona však zmiňuje, že to možná **oddalovalo** její schopnost se o dceru **začít starat**.

Barbora (o podpoře manžela): *Což zpětně vnímám tak trochu, že mi moc neumožňoval, se tak trochu **vzchopit** a vlastně mě nechal tak trošku v té depce, protože se o to vlastně **postaral**. Což asi jako od něj bylo moc hezký, ale zároveň mě vlastně **nic nenutilo vstát z té postele, nějak se o ni jako postarat**.*

Bohužel se setkala i s přístupem **nepodporujícím**. Její bratr ji v období těhotenství slovně i fyzicky napadl, což popisuje jako stresující a následně to u ní vyvolalo velký vztek. Nechápala, jak může být agresivní k těhotné ženě.

Barbora (o konfliktu s bratrem): *Do mě vlastně jako strkal jako těhotnou, řval na mě a že mě i strčil za schodi. Tak jsem měla obrovskou stres a strach a zároveň obrovskou agresi v sobě. Že vlastně těhotný tohle jako dělá.*

Nepečující přístup vnímala i od zdravotníků, když měla kontrakci a oni se jí ptali nebo jí říkali, že je potřeba něco udělat. Uvědomovala si, že by bylo vhodnější, kdyby počkali, **až kontrakce přejde.**

*Barbora (komunikace při porodu): V době, kdy jsem měla kontrakce a vůbec jsem vlastně jako chtěla nějakou podporu, ani nepočkali na nějaký čas, kdy jsem schopná to vnímat a narušovali nějaký ten proces porodu.*

### **3.3.4 Participantka č. 3: Cecílie**

Cecílie rodila své druhé dítě ve větší pražské porodnici v roce 2020 a rozhodla se, že bude hovořit o svém druhém porodu. V době rozhovoru jí bylo 33 let. Dítě bylo počato přirozenou cestou.

Žije v Praze s manželem (39 let), s dcerou (6 let) a se synem (2 roky).

Vystudovala VŠ přírodovědného směru.

V období těhotenství byla na rodičovské dovolené. Fyzicky se cítila dobře. V těhotenství zažívala nejistotu kvůli děložnímu nálezu a souběžnému mimoděložnímu těhotenství. Zároveň období těhotenství a porodu prožívala v době pandemie covidu-19. Soukromou porodní asistentku nevyhledala. Porod proběhl vaginálně s komplikacemi a velkou krevní ztrátou. Musela podstoupit operaci pár hodin po porodu.

Úsměv mámy vyhledala kvůli pocitům napětí a nespokojenosti.

#### **Analýza verbálního a neverbálního projevu**

Cecílie hovoří tichým hlasem bez výrazně měnící se intonace. Tempo řeči je svižné. V průběhu vyprávění se občas zasměje. Obvykle se smála v pasážích, kdy vyprávěla o komplikovaných situacích, které prožila. Její mimika se proměňuje minimálně. V jejím projevu převládá vážnost, odlehčena občasným krátkým pousmáním se nad situací. V jejím neverbálním projevu není patrný vztek a ani ho během hovoru slovy nevyjadřuje. Fyzicky působí velmi křehce. Slovní vata se téměř nevyskytuje.

Z analýzy textu se vynořilo pět témat: **Poslouchat a nehodnotit, informace, samota, nerespekt, starost o druhé.**

#### **Poslouchat a nehodnotit**

Cecílie během rozhovoru opakovaně zmiňuje, jak důležité pro ni je, aby jí bylo **nasloucháno**. Je to pro ni důležité nejen od partnera, ale přála si, aby jí naslouchali i zdravotníci. Během porodu se jí podařilo prosadit se a přesvědčila lékaře, že ji mají vnímat. Došlo k situaci, kdy na poslední chvíli zastavila lékaře před provedením císařského řezu. Vnímala své tělo a cítila, že za chvíli porodí.

Cecílie (o komplikaci při porodu): *Načež teda jeden **jedinej** doktor, kterej mě **evidentně poslouchal**, tak **zastavil** všechny ostatní, zahlásil ať počkaj, že **jde ven**, jestli tam náhodou není hlavička.*

Po tomto zážitku je přesvědčena, že je **naslouchání** ze strany zdravotníků důležitou součástí péče o pacienta. To, aby ji partner naslouchal, považuje za **důležitější než pomoc v domácnosti** a vstávání k dítěti.

Cecílie (o naslouchání partnera): *U partnera bych asi víc uvítala jeho přítomnost, aby doopravdy zahodil na chvíli práci, **aby poslouchal mě a moje potřeby**.*

Zraňující pro Cecílii byla návštěva tchána a tchyně, kteří za ní přijeli krátce po porodu a vyprávěli o její švagrové, která porodila v podobném termínu jako ona. Líčili, jak měla dlouhý a těžký porod a porod Cecílie označili za krátký, tudíž ideální. **Nezeptali se, jak ho Cecílie prožívala.**

Cecílie (o návštěvě příbuzných): *Mně by stačilo, kdyby byly trošičku i vstřícnější, **poslouchali**. Nehodnotili, jen že porod byl krátký a nikdo už se nezeptal, jak probíhal. Usoudili, že to bylo vlastně v pohodě.*

## **Informace**

Cecílii vyprávění dovedlo k období prvního těhotenství, přesto, že o něm mluvit původně nechtěla a zmiňuje, že v té době se setkala u svého lékaře s nedostatkem informací. Jednalo se o situaci, kdy v záznamech lékař uvedl, že plod má nízké váhové přírůstky a nijak situaci neobjasnil. Cecílie vnímá jako nepříjemné, **když lékař vyslovenou diagnózu nevysvětlí.**

Cecílie (o informacích od lékaře): *Dcera měla nějaký nízký váhový odhady a měla v papírech napsáno: **růstová retardace plodu**. S tím jsem chodila domů měsíc před porodem. Že má malou hlavu a je malinká a **nikdo mi nic neřekl**.*

Dalším stresujícím momentem bylo, když se od lékaře dozvěděla, že se s **podobným nálezem** u těhotné maminky **ještě nesetkal** a jediným řešením podle něj bylo, že musí vyčkat, co se stane. Nejistota a čekání pro ni bylo těžké. Chápala, že to skutečně lékaři nemusí vědět.

Cecílie (o souběžném mimoděložním těhotenství): *A on vlastně mi řekl, že **to ještě v životě neviděl**... Takže to bylo jedna nejistota, protože ani on nevěděl, co s tím vlastně dělat.*

Po komplikovaném porodu se Cecílii opět nedostalo příliš informací. Zpětně si uvědomuje, že jí chyběli informace, zda komplikace přirůstající placenty mohou ovlivnit případná další těhotenství. Odcházela z porodnice jen se závěrečnou zprávou.

Cecílie (o očekávání informací od lékařů): *Čekala jsem třeba potom porodu, že třeba bude nějaký vyšetření, řeknou mi vyhlídky do budoucna. A prostě dostala jsem jenom závěrečnou zprávu.*

Během pobytu v porodnici, v době porodu i po porodu, se u ní vystřídal několik lékařů, kteří se obvykle nepředstavili. Cecílie během rozhovoru vyslovila přání, aby se **lékaři** chovali vlídněji a **nebyli tolik anonymní** během kontaktu s pacienty.

Cecílie (o ošetřujících lékařích): *Stačilo by přijít a říct: „Dobrý den, jmenuji se tak a tak.“ Tam já jsem ani nevěděla jméno doktorky. To jsem se **dozvěděla až z papírku**.*

## **Samota**

Když byla Cecílie po porodu na porodním sále a syna kvůli komplikovanému porodu nenechali u ní, cítila se osamělá. Ve svém vyprávění opakovaně zmiňuje, že měla problém se **dovolat pomoci**, například, když zjistila, že jí zdravotní sestra špatně zavřela kanylu a tekla jí krev po ruce.

Cecílie (o situaci po porodu): *A v jednu chvíli, když **jsem tam byla sama, opět, tak najednou mi začala bejt hrozná zima. Tělo se mi třásló úplně jako nekontrolovatelně, takže jsem nedokázala ovládat ruce nohy, takže nahmatat to tlačítko na **přivolání někoho bylo strašně náročný**.***

**Po návratu z porodnice se cítila osaměle**, protože její partner se staral o zařizování jejich nového domu. Starala se sama o dvě děti a trpěla nedostatkem spánku. Bylo pro ni



těžké, že během covidu byly zavřené školky. Z důvodu vládních omezení v období pandemie a nemožnosti cestovat mezi okresy zůstala Cecílie odříznutá od své rodiny.

Cecílie (o omezeném kontaktu s širší rodinou): *Možná i tím covidem to bylo ještě omezený, to cestování mezi okresama a vůbec nemohla přijet. Takže to bylo takový, že sem byla vlastně sama, celý šestinedělí.*

### **Nerespekt**

Téma **nerespektování hranic** se objevuje v celém porodním příběhu Cecílie. Jedná se o nerespekt, který vůči Cecílii projevovali zdravotníci a vnímala ho i u svého životního partnera. Toto téma souvisí s tématem, které se věnovalo naslouchání. Tam, kde Cecílie nebyla dostatečně průrazná a okolí nevnímalo její přání, tam se později projevilo překročení jejích hranic. Cecílie před porodem, ve formuláři, který musela vyplnit, **odmítla přítomnost studentů** během porodu svého syna.

Cecílie (o studentce, kterou si u porodu nepřála): *V dotazníku jsem zaškrtila, že nechci, abych měla u porodu nějaký studenty, ale teda měla jsem tam zaučující se porodní asistentku.*

Nerespektující přístup projevila i lékařka, která přišla k rozběhlému porodu. Cecílie se domnívá, že její zásah byl **příčinou dalších komplikací**, které nastaly vzápětí. Personál jí urgentně začal připravovat na císařský řez.

Cecílie (o zásahu lékařky): *Kdy tam vtrhla taková arogantní paní doktorka. Zasmála se nad tím, jestli tohle jsou jako kontrakce po oxytocinu. Provedla strašně bolestivěj „chmat“. A pět minut na to už tam bylo těch doktorů několik. Všichni byli vyděšený. Vyvalený oči, neřekli mi, co se děje a jenom mi začaly asistentky strhávat náušnice a prstýnky.*

Po porodu, při pobytu na oddělení šestinedělí, se Cecílie musela podřídit nemocničním pravidlům. Chápala, že ranní měření teploty je způsobeno střídáním směny sester a že si předávají informace o stavu pacientů, za které jsou po svou směnu zodpovědné. Upozorňovala na to, že je to nepříjemné a nerespektuje to její potřebu spánku sladěnou s rytmem syna.

Cecílie (o nerespektování rytmu matek a dětí): *Já vím, že asi nemůžou vyhovět všem. Ale takový to, když já jsem věděla, že syn je vzhůru celou noc. A v šest ráno mi usne a spí tři*

*hodiny, v šest ráno mi tam naběhne se sestřička, měřit teplotu, zkontrolovat mimčo, kojit zase, a za další 3 hodiny zase kojit a tak.*

### **Starost o druhé**

V svém příběhu Cecílie projevuje pochopení pro prožívání druhých a obavy, zejména o partnera a dceru. Cecílie si po celou dobu uvědomovala, že její manžel byl vystaven stresu podobně jako ona a domnívala se, že na něj má větší dopad než na ni.

Cecílie (o manželově strachu): *Ale snažila jsem se to ještě brát nějak jakože jsem byla ráda, že se v průběhu těhotenství nic nestalo. Akorát teda **možná víc ve stresu, než já z toho měl manžel.** Ten se docela bál.*

Během vypjaté situace při porodu se obávala o život svého syna a snažila se udělat vše, aby se mu nic nestalo. Stálo jí to hodně sil. Zároveň se projevila její zkušenost z prvního porodu, takže cítila, že syn je už v porodních cestách a císařský řez už by se provádět neměl. Bála se, že jí uspí a ona se pak dozví, že se syn narodil mrtvý. A to jí pomohlo se včas ozvat.

Cecílie (o porodu syna): *Mně teda problesklo hlavou, že teda, když už cejtím, že je v porodních cestách, věděla jsem, že v tu dobu se už císařský řez provádět nemá. Tak jsem si říkala, tak jak oni mě teďkon uspí, já budu v narkóze a až se probudím, tak oni mi řeknou, že syn byl mrtvý. **Takže jsem sebrala všechny síly, zahlásila jsem, že už cítím, že jde ven.***

Cecílie se **obávala**, že by dcera mohla svého bratra vnímat negativně, když s ním tráví čtyři dny v porodnici a nemohou se spolu vidět všichni čtyři kvůli zákazu návštěv v porodnici.

Cecílie (o rozdělení pozornosti): *Já jsem se furt věnovala tomu mimču a **ona asi chudák nevím, jak to zvládala tehdy.***

### **3.3.5 Participantka č. 4: Dana**

Dana porodila v pražské porodnici v roce 2022 svého prvního syna. V době rozhovoru mu bylo 9 měsíců. Dana rodila ve svých 37 letech. Syn byl počat přirozeně. S partnerem, kterému je 45 let, měli dva měsíce před porodem svatbu. Žijí s manželem a jejich synem v Praze.

Dana vystudovala střední odbornou školu. Tři měsíce před porodem nastoupila kvůli pracovním neshodám na nemocenskou. Těhotenství prožívala dobře, bez komplikací. Porodila císařským řezem kvůli nepostupujícímu porodu. K soukromé porodní asistentce nedocházela.

Usměv mámy vyhledala, protože ji trápil pocit selhání, že porod byl zakončen císařským řezem a kvůli strachu, že pokud se pokusí znovu otěhotnět, bude se situace opakovat.

### **Analýza verbálního a neverbálního projevu**

Rozhovor s Danou byl velmi emotivní a trval nejdelší dobu ve srovnání s ostatními participantkami. Bylo to pro ni poprvé, kdy vyprávěla svůj porodní příběh. Dosud o tom nemluvila ani s partnerem, ani s někým blízkým. Pro Danu bylo důležité hovořit o samotném počátku první doby porodní. Měla dobře zmapováno, kdy započaly kontrakce, jak se měnily a jak byly silné. Zdá se, že v podrobném popisu průběhu hledala odpověď na to, proč porodila císařským řezem. Ten vnímá jako své selhání. Další okolnosti, které nastaly po porodu, také nepomohly s budováním jejího mateřského sebevědomí.

Během rozhovoru Dana hodně plakala, dělala pauzy a prožívala silné emoce, především smutek. Místy se v jejím projevu objevuje slovní vata, tam kde chce něco zdůraznit.

Z tohoto rozhovoru vyplynulo pět témat: **Všechno společně až moc, vnitřní pocit, dlouhá bolest/čekání, císař, vydržet**

#### **Všechno společně až moc**

Dana i její partner před tím, než se spolu seznámili, měli za sebou několik let hledání vhodného partnera pro společný život. Když se jejich životy propojili, snažili se zplodit společného potomka co nejdřív. Oba delší dobu zažívali tlak od své primární rodiny, aby založili rodinu a měli dítě. Těhotenství Dany **se stalo společným zájmem**. Když Dana vypráví o svém těhotenství, často hovoří **v množném čísle** a myslí tím sebe a svého manžela.

Dana (o pokusech o těhotenství): *... už v době, kdy jsme se **snažili jako otěhotnět**.*

Partner doprovázel svou těhotnou partnerku na všechna vyšetření a vše společně sdíleli.

Dana (o těhotenství): *My jsme si dělali společně test. Mě ani nenapadlo si udělat sama test a pak mu přijít říct tu šťastnou novinu jakoby. Já prostě jsme jako, co kdybysme si*

*udělali už ten test? Společně jsme jezdili na kontroly k doktorovi. A všechno jsme takhle jako vždycky absolvovali spolu.*

Nebylo jí příjemné, že se manžel hodně věnuje synovi. Pečoval o něj, přebaloval, podával jen kojení, nosil a když syn plakal, **bral ho Daně z rukou** s tím, že ho utiší, protože ona je po císařském řezu.

Dana (o sdílení s manželem): *Někdy až jsem měla trošku jako pocit, že **tohle je jako moc**. Že, že se někdy jako manžel až moc jakoby angažuje, jako tady v těch věcech.*

Pro Danu se sdílení stalo **zdrojem ohrožení**. Dana po císařském řezu zažívala nejistotu, zda se dokáže o syna starat a měla pocit, že ho neumí utiřit, když pláče a že pláče, protože u ní nechce být. Měla pocit, když jí manžel syna bral z náruče, že nemá ani šanci dokázat, že ho také umí uklidnit. Kvůli císařskému řezu měla pocit selhání a také, že neumí utiřit syna, když pláče.

Dana (o manželově péči o syna): *Tak na jednu stranu **jako pomáhal až moc**. A já jsem třeba malýho tejdén ani nepřebalila. **Ani jsem se ho skoro prostě nedotkla**.*

Četla manželovo chování jako znamení, že je neschopná matka, že syna nedokáže uspat. Zažívala vztek na manžela, který se bála projevit. Až později o něm manželovi řekla.

Dana (o chování manžela): *Mně vadilo to, jak mi ho vždycky vezme. **Prostě jak přijde, vezme mi ho**. A v překladu pro mě: **dej mi ho, seš úplně neschopná, já ho uspím, ty to nedokážeš**.*

### **Vnitřní pocit**

Danu popisuje, že ji během těhotenství a porodu doprovázel její vnitřní pocit. V jedné části příběhu se tento pocit zdá být předtuchou a vnitřním přesvědčením, které jí pomáhalo překonávat obavy a stres z vyšetření u lékařů. Nevyhledávala žádné ženské podporující osoby, neplatila si dula, ani soukromou porodní asistentku, zvládala vše sama.

Dana (o svém pocitu): *Měla jsem prostě vnitřní pocit, že **bude všechno v pořádku**. Měla jsem vnitřní pocit, že **to bude kluk**. A **velkej jako silnej, prostě zdravěj**, že nebude mít prostě nějaký zdravotní komplikace a tak. Jestli to bylo víc přání nebo sugesce, nebo prostě nějaká intuice, nebo nevím, ale prostě jsem měla takový **vnitřní pocit a ten mě jako by hodně uklidňoval**.*

Když jí lékař oznámil, že ji odvezou na operační sál, protože porod nepostupuje, byla v šoku. Objevil se její vnitřní pocit znovu. Její představa o ideálním porodu nebyla naplněná. Byla zklamaná, že se syn narodí císařským řezem.

Dana (o zklamání z císařského řezu): *Měla jsem **vnitřní pocit**, že to pro něj jako není. Prostě, že tak to nemělo být.*

### **Dlouhá bolest/čekání**

Dana ve svém vyprávění věnuje významnou část popisování své bolesti při porodu. Může to být způsobeno tím, že její velká snaha, kterou provázelo mnoho silné bolesti, nebyla z jejího pohledu korunována vítězstvím v podobě úspěšného vaginálního porodu, a tak mohla být její pozornost soustředěna na průběh místo dosažení cíle. Bylo pro ni důležité svou prožitou bolest popisovat podrobně. Vypadalo, že je to ta část příběhu, která jí pomáhá nacházet své sebevědomí, že bolest vydržela. Bolest, když se stupňovala, Dana si zapisovala příznaky a časové rozestupy jednotlivých kontrakcí.

Dana (o pokročilé bolesti v první době porodní): *Takže nemůže dýchat, nemůže prostě nic. A ta bolest je tak **pronikavá v celém těle**, že jsem měla pocit, jako že to **nemůžu tu bolest snést jakoby**.*

Daně bylo zdravotníky nabídnuto tlumení bolesti. To ale znamenalo, že musela zůstat ležet v posteli a o tom jí zdravotníci neinformovali dopředu. Bolest to nezmírnilo a později pomohla až epidurální anestezie. Nakonec použití analgezie znamenalo, že se nebude moci volně pohybovat.

Dana (o neúspěšném tlumení bolesti): *Měla jsem pocit, že **když jsem chodila tak**, že to bylo trošku jako **snesitelnější**.*

Když ležela na pokoji, slyšela kolem sebe rodit ostatní ženy, a tak přemýšlela nad **intenzitou bolesti**, která jí čeká na závěr porodu. Snažila se samu sebe přesvědčit, že to bude v pořádku.

Dana (o bolesti, která ji čekala): *Strašně jsem se tak jako připravovala. Bude to strašně bolet, **ale nebude to trvat dlouho**.*

## Císař

Pro Danu bylo v rozhovoru pravděpodobně nejvýznamnější téma císařského řezu. Bylo to vyvrcholení porodu, které si nepřála. Když se dozvěděla, že lékař již nechce dál čekat na vaginální porod a nemá další možnosti, kterými by mohl pomoci, zažívala zklamání a snažila se ho dát lékařům najevo. Reakci od konzultující lékařky si pamatuje i po devíti měsících po porodu a popsala ji jako velmi nevhodnou.

Dana (o reakci lékařky): *Tak ta právě taky viděla, jak jsem z toho smutná, že jdu na toho císaře. No tak ta mi tam teda řekla větu, že, nebo půlku věty, že kdybych rodila před 100 lety, tak víte, co by se vám stalo? A já jsem to dořekla: „Vím, umřela bych.“*

Samotný průběh operace vnímala jako překvapivě dlouhý. Lékař jí občas říkal, jak postupuje. Ale v momentě, kdy syna vyňali z její dělohy, jí nikdo neřekl, že je syn na světě a odnesli ho pryč. Zpětně si uvědomila, že se na sebe zlobila, že ten moment nepoznala. Daně syna donesli, až když byl zabalený v zavinovačce. Nedošlo tedy ke kontaktu kůže na kůži. To opět posílilo její nedůvěru v mateřské schopnosti.

Dana (o pocitu selhání): *A já jsem si říkala v tu chvíli, že jsem strašná prostě matka, že jsem ani nevěděla, že už je na světě. Já jsem to brala jako něco špatnýho a že pláče, že mu u mě není dobře. Já jsem ho chtěla mít na sobě. A pak. Celou dobu pokaždý. V porodnici nebo doma, když jsem se pokoušela ho na sebe dát, dát si ho na prsa, tak nikdy nechtěl. Začal plakat. Nikdy jsem ho k sobě nemohla pořádně přitisknout.*

## Vydržet

Téma Vydržet v sobě skrývá Danin způsob zacházení se sebou samou. V rozhovoru vyprávěla o nepříjemném pracovním prostředí, kde se rozhodla vydržet navzdory složitým podmínkám. Zpětně si ale uvědomuje, že se zbytečně dlouho trápila a lituje, že se nerozhodla odejít dříve. Schopnost vydržet u Dany nenesou prvky odolnosti, ale nepohody na úkor sebe samé.

Dana (o svém přístupu): *Já jsem se snažila to jakoby vydržet. Říkala jsem si, že to není tak strašný, ale když se zpětně ohlédnu, tak jsem to měla udělat. A já takovýhle věci dělám často, snažím se vydržet a nevzdávat to a pak je mi to někdy ku škodě, ale vidím to až pozdě.*

Její schopnost vydržet jí komplikovala i samotný začátek porodu. Nedokázala požádat manžela, aby pro ni zajistil dostatek soukromí, když začala rodit. Rodiče partnera byli u nich doma na návštěvě a věděli, že jejich snacha začíná rodit. Daně to bylo nepříjemné. Nemohla se uvolnit a omezovala se. Chtěla jít do koupelny, na toaletu, ale čekala několik hodin.

Dana (k situaci v začátku porodu): *Jako chtěla jsem říct manželovi, jestli by jim neřekl, že bych jako chtěla trošku soukromí. Abych aspoň mohla do té koupelny, ale nějak jsem to nedokázala.*

### 3.3.6 Participantka č. 5: Eva

Evě v době rozhovoru bylo 43 let. Žije v Praze s manželem a dvěma syny, kteří se narodili v roce 2011 a 2013. Oba byli počati přirozenou cestou. Na porod se nijak speciálně nepřipravovala, měla informace od svých kamarádek a věřila, že vše proběhne dobře a ona si s tím bude umět poradit. První porod císařským řezem proběhl ve velké porodnici v Praze. Zpětně si ale uvědomila, že se její první porod neodehrál tak, jak by si přála, a tak se Eva rozhodla, že k druhému porodu bude přistupovat úplně jinak, aby zvládla porodit vaginálně. Vybrala si menší porodnici ve středních Čechách, kde byla možnost využít služeb soukromé porodní asistentky, zaplatila si ji a podařilo se jí porodit klasicky. I přes první porod císařským řezem. Od klasického vedení porodu byla odrazována rodinou i lékaři. Později lékař v porodnici souhlasil s klasickým porodem.

Eva vystudovala VŠ humanitního zaměření a pracuje jako terapeutka. V minulosti terapeuticky pracovala s maminkami, které Úsměv mámy vyhledaly.

#### **Analýza verbálního a neverbálního projevu**

Eva většinu vyprávění obrací do humoru a mluví odlehčeně i o těžkých chvílích, které prožívala. U jednotlivých zdravotníků si všimla jejich výrazů, očního kontaktu a popisovala, které jednání jí nevyhovovalo a které bylo příjemné. Hovořila převážně spisovně a nedělala pauzy. Průběžně komentovala, jak se v jednotlivých situacích cítila.

Z analýzy rozhovoru se vynořilo pět témat: **Sebezkušenost, kojení, všechno zvládám, ženská duše, klasicky lékařský.**

## Sebezkušenost

Eva vyprávěla, že se na první porod nijak zvlášť nepřipravovala a informace, které měla od kamarádek, jí přišly uklidňující. Byla přesvědčena, že je v dobré fyzické kondici, a tak její první porod bude krátký a rychlý. Že i vyvolávaný porod může proběhnout rychle.

Eva (o svých představách o prvním porodu): *Třeba chvilinku přede mnou porodila kamarádka, které dělaly vlastně vyvolávání a porodila do tří hodin, takže jsem se teda držela tohodle scénáře.*

První porod Evy byl vyvolávaný, a i přes silné kontrakce se nijak nevyvíjel. Byl na konci zakončen císařským řezem. Po této zkušenosti, se rozhodla, že další porod **by si přála prožít jinak**. Začala sbírat informace o přirozeném porodu. Nekritizovala zdravotníky, ale systém. Nestavila se do role oběti a byla aktivní.

Eva (o náhledu na průběh porodu): *Začala jsem si vybavovat určitý okamžiky, jako přesně ten pohled toho pana doktora, kterej prostě věděl, že neporodím, a přesto do mě ty pilule narval. A začala jsem vlastně potom to druhý těhotenství řešit úplně úplně jinak.*

## Kojení

Oblast kojení byla pro Evu velmi citlivá. Když jejímu prvnímu synovi byly tři měsíce, zdravotní sestra ji na lékařské kontrole upozornila, že by bylo vhodné syna dokrmovat umělým mlékem a Eva se začala potýkat s úzkostmi. Prožívala pocit selhání. Byla přesvědčena, že mateřské mléko je to nejprospěšnější, když i v čekárně u pediatra bylo napsáno, že je důležité kojit.

Eva (o kojení): *Pak samozřejmě číst na každém rohu, že každá kapka mateřského mléka jako prodlužuje dítěti život, nebylo úplně jednoduchý.*

Eva popisovala, jak pediatrovi musela ukázat kojení syna, zjišťoval, kde je možná příčina, že syn nepřibývá na váze. Od pátého měsíce věku prvního syna začala přikrmovat souběžně s kojením. Po druhém porodu, který se podařil **podle jejích představ**, se potíže v souvislosti s kojením opět objevily. Evu začaly trápit silné úzkosti a vyhledala odbornou pomoc. Přestala kojit a její psychický stav se zlepšil. Schopnost kojit své dítě pro Evu byla projevem schopné matky.

Eva (o kojení po druhém porodu): *A já jsem se hlavně soustředila na porod a na to kojení tolik ne anebo vlastně vůbec, protože jsem si myslela, že už mě to jako nepřekvapí, nebo*



*že začnu přikrmovat, vlastně se znova jako dostavil prostě nepředvídatelnej, nepochopitelnej stres a nechut' vlastně dávat to umělý mlíko. A samozřejmě jsem si tam pohrávala s myšlenkou selhání.*

### **Všechno zvládám**

Pro Evu je zásadní si umět poradit a postarat se. Je to oceňovaná kvalita v jejich rodině. Eva samu sebe pozitivně hodnotí za zvládání věcí. V jejím příběhu je toto téma spojeno s matkou, s partnerem i s pocitem sebehodnoty.

Eva (po porodu císařem): *Já jsem to vlastně zvládala všechno dobře, jo, takže i moje mamka byla překvapená, že odcházím tak brzo z porodnice, že jsem narovnaná.*

Eva u sebe pozoruje potřebu vše zvládat, nejlépe sama a v určité kvalitě a také sklon k představám, jak věci mají ideálně vypadat. Na jednu stranu by ráda, aby jí její matka a tchyně v období po druhém porodu více pomáhaly a pomohly se starším synem, na druhou stranu sama pochybuje, zda by pak neměla pocit, jestli se starají dostatečně a že **je špatně**, pokud vše **nezvládne sama**. Eva si je vědoma své tendence, že by vše měla zvládat sama a nahlíží to.

Eva (o pomoci příbuzných): *No to byl zase takovej ten můj prostě rys. Všechno všechno má bejt jako dobrý, ne-li dokonalý. Všechno musím zvládnout sama. Jedině takhle budu správná máma. Jedině takhle bude vypadat správná výchova. Jedině takhle bude vypadat správná strava.*

### **Ženská duše**

Pod tímto tématem se u Evy skrývá vše, kde se v rozhovoru projevují znaky péče, ženskosti a projevů mateřství. Dále vše, kde Eva vyjadřuje své potřeby v oblasti podpory v souvislosti s porodem, obavami, které měla v období těhotenství a po porodu. Eva hovořila o důležitosti pečující a podporující ženské postavy, která by jí pomáhala být sebevědomější v pro ni nových situacích a uklidnila ji, pokud by ji přemáhal strach. **Pečující mateřská kvalita** je něco, co je vlastní i samotné Evě. Pro Evu bylo obtížné, když první noc neměla syna u sebe a slyšela pláč novorozeňat, která byla izolována od matek.

Eva (o první noci po porodu): *Syna mi teda nedali potom díky císaři nebo kvůli císaři a vím, že tam pro mě bylo jako velmi těžký moment, když odešly návštěvy a bylo večer, já jsem slyšela ty miminka, který prostě někde plakaly.*

I u zdravotníků považuje za důležitou kvalitu **podporující komunikaci, doprovázení** a velmi si cení práce porodních asistentek. Bylo pro ni důležité, když její lékař – muž hovořil s respektem o práci porodních asistentek, kterým se v minulosti dle jeho názoru dostávalo více prostoru při vedení porodu.

Eva (o podpoře porodní asistentky): *Já bych asi potřebovala víc mateřský péče, jakou mi dala třeba po telefonu ta první porodní asistentka, se kterou jsem mluvila. Asi kdybych rodila po třetí, tak bych asi chtěla nějakou jako víc pečující starší ženu, takovou jako mámu.*

Podporu zkušené ženy by uvítala i ve chvílích, kdy je sama k sobě náročná a vyžadující. *No, takže nějaká taková jako ženská duše, která by mi řekla prostě, nebo asi často opakovala, protože jednou mi to říct nestačí: „Jako hele. Vykašli se na to, děláš to dobře. A odpočiň si.“*

### **Klasicky lékařský**

Eva popisuje, že **během prvního těhotenství a porodu** nebyl prostor pro její otázky, situace, ve kterých se ocitla, nebyly vysvětleny a byla lékaři zastrášována. Eva si byla vědoma, že způsob, jakým s ní bylo jednáno, nebyl v pořádku. Eva popsala, že jí byla sdělena nějaká zdravotní informace, ale nebyla ji dovysvětlena, a to pro ni bylo velmi stresující. Popisovala, jak odcházela z poradny ve stresu, protože nevěděla, zda když je její dítě malé, zda to neznamena, že má nějaké postižení.

Eva (o komunikaci s lékařem před porodem): *A pan doktor mi řekl, že dítě je malé, takže to mě dost vystrašilo. A když jsem se ptala, jestli by teda ještě jsme neměli s vyvoláváním počkat, tak se na mě otočil a řekl, že řekl, že je malé, ne mladé nebo jako, že to teda s tím termínem nesouvisí.*

Před porodem druhého syna byla kontrole v porodnici, kde si přála porodit. Po prvním císařském řezu si velmi přála porodit vaginálně a chtěla o tom diskutovat s lékařem

Eva (o lékařské kontrole ve vybrané porodnici): *A bylo to takový to klasický: „Vy chcete ohrozit svoje dítě, sebe? Praskne vám jizva.“*

Další situaci, kterou Eva hodnotila jako nepříjemnou kvůli nedostatku informací od zdravotníků, byla změna způsobu anestezie při prvním porodu. Eva si přála anestezii epidurální, aby mohla vidět svého syna co nejdříve. Anesteziolog ji však údajně kvůli tetování na zádech odmítl a Eva byla uspána celkovou narkózou, s podivným vysvětlením.

Eva (o přístupu anesteziologa): *A když mě otočil na bok a zjistil, že mám potetovaný záda, tak se i dost změnil jeho tón hlasu a řekl, ať mě otočí zpátky. Já jsem se ještě stačila zeptat: „Co se děje?“ A on: „Má tetování, nashle.“ A už jsem spala.*

**Tabulka 3** Témata jednotlivých participantek

|                |                                    |                      |                             |                              |                          |
|----------------|------------------------------------|----------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <i>Amálie</i>  | <i>Představa versus skutečnost</i> | <i>Komunikace</i>    | <i>Dovolit si</i>           | <i>Ovlivňování situace</i>   | <i>Podpora okolí</i>     |
| <i>Barbora</i> | <i>Červený puntík</i>              | <i>Spánek</i>        | <i>Špatná máma</i>          | <i>Sebepéče a péče okolí</i> |                          |
| <i>Cecilie</i> | <i>Poslouchat a nehodnotit</i>     | <i>Informace</i>     | <i>Samota</i>               | <i>Nerespekt</i>             | <i>Starost o druhé</i>   |
| <i>Dana</i>    | <i>Všechno společně až moc</i>     | <i>Vnitřní pocit</i> | <i>Dlouhá bolest/čekání</i> | <i>Cisář</i>                 | <i>Vydržet</i>           |
| <i>Eva</i>     | <i>Sebezkušenost</i>               | <i>Kojení</i>        | <i>Všechno zvládám</i>      | <i>Ženská duše</i>           | <i>Klasicky lékařský</i> |

Zdroj: vlastní zpracování

### 3.4 Výsledky analýzy rozhovorů

Z analýzy všech rozhovorů s participantkami se vynořily tři hlavní tematické okruhy, pod která spadají hlavní témata a společná podtémata. Tyto okruhy, hlavní témata a podtémata jsou uvedena v následující tabulce a jednotlivá témata jsou následně popsána samostatně.

**Tabulka 4 Tematické okruhy, hlavní témata a podtémata celkové analýzy rozhovorů**

| Tematické okruhy             | Hlavní témata             | Podtémata                   |                           |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Mezilidské vztahy            | Komunikace se zdravotníky | Chybějící informace         |                           |
|                              |                           | Nerespektování hranic       |                           |
|                              |                           | Tlak                        |                           |
|                              |                           |                             | Nenaslouchání/naslouchání |
|                              |                           |                             | Vřelost                   |
|                              |                           | Podpora od partnerů/manželů | Nenaslouchání/naslouchání |
|                              |                           |                             | Míra zapojení             |
|                              |                           |                             | Fyzická přítomnost        |
|                              |                           | Péče rodiny a okolí         | Potřeba přijetí           |
|                              |                           |                             | Pomoc s hlídáním          |
|                              |                           |                             | Sdílení porodního zážitku |
|                              |                           |                             | Pomoc s domácími pracemi  |
|                              | Osobní hodnoty a postoje  | Očekávání                   | Příprava na porod         |
| Představy o průběhu porodu   |                           |                             |                           |
| Vaginální porod/císařský řez |                           |                             |                           |
|                              |                           |                             |                           |
|                              |                           | Sebehodnocení matek         | Špatná máma               |
|                              |                           |                             | Kojení                    |
|                              |                           | Sebedisciplína              | Všechno vydržet           |
|                              |                           | Všechno zvládat             |                           |
| Základní lidské potřeby      | Fyziologické potřeby      | Spánek                      |                           |
|                              |                           | Zvládání bolesti            |                           |
|                              |                           | Psychologické potřeby       | Samota                    |
|                              |                           |                             | Prostředí                 |

Zdroj: vlastní zpracování

### 3.4.1 Mezilidské vztahy

U všech pěti participantek se v rozhovorech objevilo velké množství podtémat, která se týkají oblasti mezilidských vztahů. Vynořily se tři hlavní témata. Největším z nich bylo téma komunikace se zdravotnickým personálem, dále téma partnerské podpory a péče o ženy od rodiny a okolí v období těhotenství, porodu a šestinedělí.

## **Komunikace se zdravotníky**

O komunikaci se zdravotníky hovořily všechny participantky v podstatné části svých výpovědí. Některé se domnívají, že způsob, **jakým s nimi bylo komunikováno, ovlivnilo negativně vývoj porodu**. Ve vyprávěních se objevuje také nedostatek informací ze strany zdravotníků a projevy nadřazenosti v podobě nerespektování hranic participantek, tlak personálu anebo nenaslouchání.

U participantky Barbory se porod nevyvíjel a ona si dává do souvislosti zastrašování zdravotnického personálu s nepostupujícím porodem, který byl ukončen císařským řezem.

Barbora (o vyrušování v první době porodní): *Což mi vůbec nepomáhalo v tom, že by se měl nějakým způsobem rozjet jako porod.*

Participantce Cecílii lékařka provedla bolestivý úkon, **aniž by ji předem upozornila**. Cecílie se domnívá, že tato lékařka způsobila následné potíže s porodem, při kterých ztratila velké množství krve.

Cecílie (o přístupu lékařky): *Provedla strašně bolestivej „chmat“. A 5 minut na to už tam bylo těch doktorů několik.*

Potíže s komunikací se zdravotníky se neobjevovaly jako téma jen v případě samotného porodu, ale již v období těhotenství. Participantky **nedostávaly dostatek informací**, byly poučovány autoritami a cítily se manipulovány.

Amálie (o pocitu manipulace ze strany lékaře na kontrole): *Takže vlastně to byla taková jako podpásovka od něj, protože já jsem prostě byla strašně nervózní.*

Dvě participantky Evu a Barboru vedla nevyhovující komunikace **k vyhledání individuálního přístupu ze strany komunitních porodních asistentek**.

Eva (o svém rozhodnutí): *A já jsem vlastně po čase začala zjišťovat, že ten můj porod vlastně nebyl takovej, jakěj bych chtěla, že to nebylo v pořádku.*

Barboře nevyhovovalo, jak ji **zdravotní sestra poučuje**, a tak se rozhodla změnit i porodnici.

Barbora (o rozhodnutí rodit jinde): *Když mi furt někdo diktoval vlastně jako, co mám dělat a říkal, jak se moje dítě asi cítí, jak to může vědět? Prostě. Takže jsem si říkala, že tam rodit nebudu.*

**Nedostatek informací** o stavu dcery a důvodu, proč spolu nemohou po porodu být, nebyla Amálie informována a odnesla si na to špatné vzpomínky.

Amálie (když jí nechtěli dát dceru): *Prostě mi **nevysvětlili pořádně**, jako proč mi jí berou. Že jako kdyby mi asi dali nějaký zdravotní argument, tak bych to jako pochopila prostě.*

Participantka Dana, která hovořila o **pocitu selhání ze závěru porodu císařským řezem**, se setkala se zlehčováním svých obav a také s **neempatickou reakcí ze strany lékařky**.

Dana (o přístupu lékařky): *No tak ta mi tam teda řekla tu větu, že, nebo půlku věty, že **kdybych rodila před 100 lety, tak víte, co by se vám stalo?** A já jsem to dořekla: „vím, umřela bych.“*

Participantky ale hovořily i o **pozitivních zkušenostech** s komunikací zdravotníků. U participantky Cecílie se jednalo o situaci, **kdy ji lékař slyšel** a zastavil kolegy v přípravě na císařský řez.

Cecílie (když cítila, že se syn narodí): *Načež teda jeden **jedinej doktor**, kterej mě evidentně **poslouchal**, tak zastavil všechny ostatní, **zahlásil at' počkaj, že jde ven, jestli tam náhodou není hlavička.***

Participantka Eva popisovala **vřelý přístup** komunitní porodní asistentky, která ji podpořila a nasměrovala na svou kolegyni, se kterou pak Eva prožila svůj druhý porod.

*Podařilo se mi mluvit s Věrou Novákovou z Neratovic, která v tu dobu v Neratovicích vlastně nebyla. A ten rozhovor byl moc příjemný, tak to je určitě něco, co bych jako doporučila a přála každý mamince. **Prostě podpora, ujištění.***

Participantky shodně vypovídají o důležitosti **vhodně zvolené ohleduplné komunikace** ze strany zdravotníků, která je pro ně důležitá po celou dobu i v období šestinedělí. Toto přání se objevilo u dvou participantek Evy a Amálie. Jednalo se o **komunikaci s pediatrem**.

## Podpora od partnerů/manželů

Téma partnerské podpory se vynořuje u všech žen a je další oblastí, kde vyjadřují svoje potřeby, které měly a někdy i zklamání, které zažívaly, protože jejich očekávání nebylo naplněno. Už samotné oznámení těhotenství partnerovi pro ně bylo důležité. Barbora ho popisovala jako radostný začátek těhotenství a popisovala, jak moc se těšila na dceru a tuto radost s manželem sdílela.

Barbora (o oznámení těhotenství manželovi): *Tak seděl a koukal a na mě: „Jo, tak to jo, to bude dobrý.“*

Ve vztahu Dany a jejího partnera se objevovalo mnohem větší spoluprožívání již od samotného začátku. To však nakonec **nebylo** Daně **příjemné** a partnerovi se vymezila.

Dana (o oznámení těhotenství): *My jsme si dělali společně test. Mě ani nenapadlo si udělat sama test a pak mu přijít říct tu šťastnou novinu jakoby... ..*

Partnera všechny ženy vnímaly jako svou oporu. Pouze Cecílie neměla partnera přítomného u porodu, manžel pečoval o starší dceru.

Ve výpovědích participantek se lišila **míra zapojení partnera** v průběhu těhotenství.

U participantky Cecílie se téma partnerské podpory objevilo jako jedno z důležitých témat týkajících se jejích potřeb, a to především přítomnost partnera a **jeho naslouchání**.

Cecílie (o naslouchání od partnera): *Určitě si myslím, že partner, stačilo by, kdyby byl se mnou, **poslouchal moje potřeby**, občas vstal k miminku, já jsem to po něm nějak nevyžadovala.*

Ve výpovědích o období po porodu se shodně objevuje u participantky Barbory a Dany téma zapojování partnera do péče o novorozeně. Barbora popisuje, že péče partnera o jejich dceru jí **brzdila**, aby se začala starat a fungovat.

Barbora (o manželově péči o dceru): *Celou tu dobu byl se mnou na pokoji... nějak **se o ní staral**. Což zpětně vnímám tak trochu, že **mi moc neumožňoval**, se tak trochu vzchopit a vlastně mě nechal tak trošku v tý jako depce, protože se o to **vlastně postaral**.*

Dana popisovala, že se vymezila vůči aktivitě manžela. Po porodu císařským řezem měla pocit selhání, a to se pak umocňovalo, když se manžel hodně zapojoval a přebíral roli pečovatele.

Dana (o nadměrné péči manžela o jejich syna): *A já jsem třeba malýho tejden ani nepřebalila. Ani jsem se ho skoro prostě nedotkla. Já jsem ho měla jenom na to kojení nebo krmení a manžel si ho tak jako uzmul pro sebe.*

Partnerova péče o dítě ženám vyhovovala, pokud o ni samy požádaly. Přály si, aby partner věnoval pozornost a péči jim, pomohl s domácností nebo aby si mohly odpočinout, ale přály si starat se o své dítě. Pocit, že zvládají péči, jim pomáhal získat mateřské sebevědomí.

### **Péče rodiny a okolí**

Participantky shodně uváděly, že pro ně podpora rodiny byla důležitá. V období těhotenství si péči od okolí užívala Amálie, která byla nejmladší ze všech pěti žen. Ostatní ženy vypovídaly spíše o péči, která byla přehnaná nebo o nedostatku péče v období po porodu.

Amálie (o pozornosti): *Jako byla jsem ráda, jsem si užívala taky tu **pozornost** jako od manžela i od okolí.*

Dana, věkově nejstarší, hovořila především o sdílení informací v rodině, jak jejich společné dítě v děloze prospívá.

Dana (o rodině partnera a sdílení): *A my jsme vždycky hlásili, když jsme přijeli z prohlídky, všem jako přírůstky, a tak jako jo a tady ty věci a ukazovali jsme fotky a tak.*

Barbora zažívala násilí od svého bratra a **pocity nepřijetí**. Podporu získávala především od manžela a později od jeho rodiny, když odjeli za jeho rodinou do zahraničí. Komplikovaný vztah s bratrem způsobil velký stres a měl dopad i na její vztah k dceři.

Barbora (o konfliktu s bratrem): *Já jsem byla úplně vypsychovaná vlastně jako z tý únavy a že tam je obrovský jako nepochopení a že tam vlastně jako **nejsem vítaná**, což si myslím, že hodně mělo vliv i na ten můj vztah s tím dítětem.*

Cecilie o chybějící podpoře rodiny hovořila až v souvislosti s náročným porodem a komplikacemi, které se během porodu objevily. Byla zklamaná, že nemohla **hovořit o svém porodu** a strachu, který během něj zažila. Měla pocit, že rodina nechápe její potřeby a že si příbuzní myslí, že vše zvládá.



Cecilie (o rodině manžela): *Mně by stačilo, kdyby byly trošičku i vstřícnější poslouchali. Nehodnotili, jen že porod byl krátký a nikdo už se nezeptal, jak probíhal.*

U Evy se objevuje touha po **ženské podpoře**, kterou by v období po porodu potřebovala. Uvědomila si, že pro ni je přínosná podpora od starší zkušené ženy a že by ji pomohlo, aby ji taková žena povzbudila k odpočinku, ne k výkonu.

Eva (o podpoře, kterou by chtěla): *No, takže nějaká taková jako ženská duše, která by mi řekla prostě, nebo asi často opakovala, protože jednou mi to říct nestačí. „Jako hele. Vykašli se na to, děláš to dobře. A odpočiň si.“*

Eva i Cecilie shodně uvedly, že by uvítaly především **zapojení rodiny do hlídání**. Aby se mohly věnovat každému dítěti zvlášť. Někdy staršímu a někdy pečovat jen o mladší dítě.

Cecilie (o přání, aby rodina pohlídala syna): *A potom zase vzít i toho malinkýho, abych já mohla být třeba s ním, protože to mi hrozně chybělo, být s tou starší dcerou.*

Eva si zpětně uvědomila, že by potřebovala **větší podporu** od rodiny, po svém rozhodnutí, že druhé dítě bude rodit vaginálně.

Eva (o malé podpoře od rodiny): *Samozřejmě to „jít jako do spontánního porodu po císaři“, dovedla bych si představit větší podporu.*

### 3.4.2 Osobní hodnoty a postoje

Toto téma hovoří o **očekáváních a představách**, které měly participantky o průběhu porodu a o tom, jakými **matkami mají podle svých představ být** anebo jakými matkami chtějí nebo i nechtějí být. Všechny participantky hovořily o zklamání ze situací, které zažívaly, o pochybnostech, které měly o sobě a o tom, zda dělají vše správně. Také kladly důraz na schopnost věci vydržet a zvládnout.

#### Očekávání

Participantka Amálie se na porod **velmi připravovala**. Chtěla rodit co **nejpřirozeněji**, bez lékařských zásahů a byla připravena na to, že je potřeba, aby se matka fyzicky zapojila například střídáním poloh. O téma porodu se zajímala v době těhotenství a vytvořila si **jasnou představu**, jak by její porod měl vypadat. Nejdůležitější pro ni bylo,

aby proběhl bez umělého vyvolávání a bez podávání oxytocinu a spěchu. Obávala se i klasické porodní polohy na zádech, vnímala ji jako tu nejhorší možnou.

Amálie (o své představě porodu): *Já jsem to měla tak zafixovaný v sobě zažraný, jako že to musí být všechno přírodně a musí to být všechno přirozeně.*

Naopak Participantka Eva si při porodu svého prvního syna **nezjišťovala** příliš informací, protože je vědět nechtěla. Měla jen představu z toho, co slyšela od svých kamarádek a domnívala se, že když celou dobu sportuje, tak se to pozitivně odrazí na samotném porodu. Eva pak po prvním porodu císařským řezem, s jehož průběhem nebyla spokojená, začala zajímat, jak by mohla porodit své další dítě.

Eva (o svém očekávání průběhu porodu): *A ale já jsem do toho prvního porodu šla tak, že jsem spíš informace nechtěla vědět, takže jsem si příliš nezjišťovala. Říkala jsem si, že jsem prostě sportovec, že ten porod bude rychlejší, krátkější.*

Participantka Dana si velmi přála porodit vaginálně. Informace o porodu měla od svého gynekologa, kterému důvěřovala a nechala si doporučit konkrétního porodníka ve vybrané porodnici. K porodu šla s přesvědčením, že bude rodit vaginálně a pak se velmi obviňovala, že se to nepodařilo.

Dana (když se dozvěděla, že se syn narodí císařským řezem): *Že jdu na císaře, to dítě ze mě jakoby vyndají. Já ho neporodím, oni ho ze mě vyndají. Měla jsem pocit, že to pro něj jako není. Prostě, že tak to nemělo být.*

Všechny ženy měly přání porodit vaginálně. Participantky Barbora a Amálie se na porod připravovaly společně s porodní asistentkou. A chtěly zažít co nejméně lékařských zásahů. Amálie u porodu měla svou porodní asistentku, ale Barbora ne, i když před porodem asistentku navštěvovala.

Eva, když se připravovala na svůj druhý porod, tak také vyhledala porodní asistentku, která ji k porodu doprovodila. Cecílie a Dana péči porodní asistentky nevyhledaly vůbec. Cecílie porodila klasicky, Dana císařským řezem.

### **Sebehodnocení matek**

Toto téma popisuje, jak ženy **hodnotily samy sebe na základě průběhu porodu** a také podle **úspěšnosti s kojením**. Ve výpovědích se objevuje především negativní sebehodnocení.

Pouze Cecílie, která popisuje jen svůj druhý porod, nehodnotila samu sebe negativně, ale ani se nehodnotila pozitivně.

Dana se kvůli císařskému řezu velmi obviňovala. Měla pocit, že selhala, když neprodila vaginálně a také, **že necítila**, že je syn už na světě, že ho porodník již z dělohy vyndal. Kvůli pochybnostem si myslela, že je tak **špatná matka**, že syn u ní být nechce.

Dana (o pocitu selhání kvůli císařskému řezu): *A já jsem si říkala v tu chvíli, že jsem **strašná prostě matka**, že jsem ani nevěděla, že už je na světě, a když je poprvé u mě, tak začne plakat.*

Stejný pocit selhání zažívala i Barbora. Dávala si do souvislosti, že když neprodila vaginálně, tak se o dceru nezvládne ani postarat. Zdá se, že selhání vnímala i kvůli tomu, že nenaplnila porodní plán, který měla. I u ní se objevil pocit, že je špatná matka.

Barbora (o pocitu selhání kvůli císařskému řezu): *Tak já jsem pak vlastně hrozně vnímala tu **vinu**, vlastně, že jsem to jako nezvládla. Tak jsem to brala jako **obrovský selhání** vlastně, že jsem **nezvládla to dítě jako porodit a udělat to, aby to bylo tak podle toho plánu**. A tím si myslím, že jsem hodně jako trpěla, že jsem to jako nedala a že, že jsem jako **špatná máma** a že to nezvládnou, se o ni postarat.*

Amálie zažívala **pocity selhání** týkající se průběhu porodu a toho, že došlo k několika lékařským zásahům. I u ní se objevuje motiv očekávání, jak by měl porod ideálně probíhat a během porodu se stále vracela ke srovnání co je a co není přirozené. Pocity selhání se objevují i u Evy. A to kvůli **ukončení kojení**.

Eva (o ukončení kojení): *A samozřejmě jsem si tam pohrávala s **myšlenkou selhání**, ale na druhou stranu se mi tak ulevilo, že jsem prostě věděla, že to je jako ta lepší cesta.*

## **Sebedisciplína**

Téma sebedisciplíny popisuje přesvědčení žen o svých schopnostech **vydržet a zvládat** věci **dostatečně dobře**. Měřítko úspěšnosti je u nich spojeno s představou, jak by to ideálně mělo vypadat a pokud není naplněno, zažívají pocity selhání. Toto téma nesouvisí jen s mateřstvím. Je to postoj těchto žen, který se promítá i do dalších oblastí jejich života.

Dana v těhotenství řešila dilema, zda odejít na nemocenskou, kvůli neshodám na pracovišti. Rozhodla se později, než původně zamýšlela a zpětně to přikládá své snaze **vydržet**. Následně lituje, že šla přes své hranice.

Dana (o předčasném odchodu na mateřskou): *A já takovýhle věci dělám často, **snažím se vydržet a nevzdávat to a pak je mi to někdy ku škodě, ale vidím to až pozdě.***

U Evy bylo také důležité, aby vše **zvládala sama**.

Eva (o požadavcích na sebe): *Všechno všechno má být jako dobrý, **ne-li dokonalý. Všechno musím zvládnout sama.***

Amálie přiznává, že na sebe má velké nároky a že tento postoj nemusí být vždy užitečný. Má strach, že když prožívá obavy, nebo stres, že není dokonalá.

Amálie (o laskavosti vůči sobě): *Jako takže možná, **kdybych prostě si dovolila nebýt dokonalá.***

### 3.4.3 Základní lidské potřeby

#### Fyziologické potřeby

Všechny ženy shodně popisují, že **nedostatek spánku**, který zažívaly v období po porodu, byl pro ně velmi nepříjemný. Pouze Amálie hovořila o nedostatku spánku ve spojitosti se začátkem porodu, který trval několik dní. Ostatní vnímaly nedostatek spánku až po porodu kvůli péči o dítě.

Eva hovořila o tom, že bylo těžké sladit svou potřebu spánku s péčí o novorozeného a staršího syna.

Eva (o nedostatku spánku): *Když jsem ho ještě jakžtakž nějak uhoupala na sobě v posteli, tak v půl sedmý, v šest ráno přicházel starší syn. **Takže to období bylo pro mě velmi, velmi náročný.***

Cecílie zažívala nedostatek spánku již v porodnici z důvodu nastavených pravidel péče na oddělení šestinedělí. A také jako Eva nemohla odpočívat přes den se synem, protože doma měla ještě malou dceru.

Cecílie (o nedostatku spánku): *Tam si myslím, že by bylo lepší vyhovět těm maminkám a jejich potřebám, aby se mohly vyspat. Já jsem se třeba v porodnici **vůbec nevyspala.***

Barbora po porodu trpěla nespavostí. Potíže s usínáním jí zhoršovalo neohleduplné chování jejího bratra.

Barbora (o nedostatku spánku): *Když jsem ho prosila, aby vlastně vypnul televizi nebo podobný věci, tak on vlastně ji dal ještě víc nahlas. Tím pádem já jsem ještě víc **nemohla usnout**.*

Dana ke své potřebě spánku přistupovala zcela odlišně. Po příjezdu z porodnice si na chvíli musela kvůli únavě jít lehnout a **cítila se provinile**, že se o syna nestarala.

Dana (o pocitu selhání, že usnula): *A to mi bylo nějak strašně nepříjemný. Že jsem usla. Jako že jsem nebyla vzhůru, když jsme přijeli domů.*

Ženy hovořily nejen o nedostatku spánku, který je trápil, ale zmínily i **bolest**, kterou provázal porod.

Dana (o intenzivní bolesti při porodu): *... říkala jsem si jako, že asi ne jakoby, že to je asi jako **moje největší bolest jako zatím v životě**.*

Barbora byla během bolestivých kontrakcí vyrušována tlakem zdravotníků a obviňována, že chce poškodit dítě, když si nenechá aplikovat antibiotika.

Barbora (o bolesti a nátlaku): *Tak jsem si jenom v duchu představovala, jak zaprásknu ty dveře, zamknu je a nepustíme nikoho dovnitř. Pak mi došlo, že zavolej asi policii, tak jsem to neudělala. Ale v těch kontrakcích to bylo hodně jako nepříjemný.*

### **Psychologické potřeby**

Některé ženy zmiňují, že pro ně bylo důležité i **prostředí**, kde rodily.

Amálie (o návštěvě porodnice před porodem): *To prostředí mi vlastně dodalo klid, protože tam to bylo fakt jako **krásný**.*

Participantka Barbora se rozhodla po návštěvě jedné porodnice pro porod v jiném městě.

Barbora (o porodnici, kam pak родit nejela): *Prostě jsem si přišla, že jako když mě tam budou pitvat. Prostě všechno, to bylo **takový studený a nepříjemný vlastně**.*

Participantka Eva oceňovala **soukromí** a příjemné prostředí během svého prvního porodu.

Eva (o soukromí na porodním sále): *Co bylo sympatické, tak to, že jsme byli v porodnici prostě **sami na tom sále**. **Bylo to tam hezký, měli jsme tam klid**.*

U jediné ženy, Cecílie, se objevilo téma **samoty**. Popisovala své pocity **samoty a odříznutí od rodiny**, které bylo způsobeno opatřeními v době pandemie Covid-19.

Cecílie (o samotě po porodu): *Nebyla možnost, aby přijeli. Nejsem si jistá, možná i tím covidem to bylo ještě omezený, to cestování mezi okresama a vůbec nemohla přijet rodina manžela. Takže to bylo takový, že sem byla vlastně sama, celý šestinedělí.*

### 3.5 Shrnutí výsledků analýzy

Z analýzy rozhovorů se vynořily tři hlavní oblasti, v nichž byla identifikována hlavní témata a podtémata, která popisují prožívání všech pěti žen. Hlavní a nejvíce zmiňovanou oblastí v rozhovorech byl okruh vypovídající o mezilidských vztazích, v čele s interakcemi a komunikací se zdravotnickým personálem, partnery, rodinou a okolím. Dále se objevilo téma osobních hodnot a postojů a téma základních lidských potřeb.

Hlavní výzkumnou otázkou na počátku bylo: **„Jaké zkušenosti s péčí mají ženy v období těhotenství, porodu a šestinedělí?“**

Období těhotenství bylo pro participantky novou zkušeností a bylo doprovázeno fyzickými a psychickými změnami. Ženy se na tyto změny musely postupně adaptovat a ovlivňovalo to jejich vztahy s okolím. Tím, že se jednalo o situaci novou a odlišnou od dosavadního života, který doposud žily, mohly se stát více citlivými. Měly od sebe mnoho očekávání, která jsou ovlivněna normami panujícími ve společnosti a chtěly novou roli matky ze svého subjektivního přesvědčení naplňovat co nejlépe. Partneři a rodiny žen také museli přijmout změny spojené s těhotenstvím žen a následným narozením nového člena rodiny. Zdravotnický systém měl na ženy své nároky, a tak se matky dostávaly do konfliktu, protože vnímaly tlak zodpovědnosti za své dítě a už se nemohly rozhodovat jen o sobě. Přesto, že dítě je vnímáno až do porodu jako součástí těla ženy. Participantky se potýkaly s mnohým rozhodováním, co je správné pro dítě a co je správné pro ně samé. Pocit zodpovědnosti za dítě po porodu nezmizel, spíše narůstal. Hormonální změny spojené s rozjezdem kojení, spánková deprivace, hojení po císařském řezu nebo nástřihu ovlivňoval psychickou pohodu a navazování vztahu s novorozencem.

Vedlejší výzkumná otázka se týkala oblasti komunikace: **„Jaký způsob komunikace ženy preferují od zdravotníků, svých partnerů, rodiny a okolí?“**

Ve výpovědích žen se objevuje především nespokojenost se stylem komunikace zdravotníků. Jednalo se o nedostatek informací, nedostatečné vysvětlování medicínských zásahů, nevhodně zvolený humor nebo manipulace pomocí zastrašování a z pozice autority. Tyto nezdařilé komunikační interakce ženy vnímaly jako nevhodné a zraňující, ovlivňující jejich psychickou pohodu a kazilo to jejich porodní zážitek nebo dokonce ovlivňovalo jejich sžívání se s vlastním dítětem. Ženy se občas setkaly s komunikací vřelou, podporující, poskytovalo jim to pocit bezpečí a taková komunikace jim pomáhala zvládat obavy a bolest a podpořilo je to v jejich nové roli a v budování mateřského sebevědomí. S podporující komunikací zdravotníků se ženy setkávaly, když vyhledaly placenou službu. V péči hrazené zdravotními pojišťovkami se jim tolik podpory nedostávalo. Ze strany partnerů ženy chtěly především fyzickou přítomnost, naslouchání obavám, podporu v rozhodnutích ohledně lékařských zákroků. Jedna participantka uvedla také přání s pomocí v komunikaci se zdravotníky. Ženy si přály být podpořeny ve své roli. Od rodiny vnímaly pozitivně určitou míru pozornosti, která neměla být vedena stylem poučování nebo strašení z budoucnosti. Líbilo se jim, když bylo pečováno o ně, nejen o dítě. To vnímaly spíše negativně. Chtěly se postarat samy a od okolí dostávat podporu ve formě materiální a psychické.

#### **Další výzkumná otázka: Jaké představy a očekávání mají ženy před porodem?**

Ženy měly tendenci se soustředit především na samotný porod a tolik se nepřipravovaly na období po porodu nebo na kojení. Uvažovaly nad způsobem porodu a preferovaly porod vaginální a pokud možno co nejpřirozeněji vedený bez lékařských zásahů a léků. Tato přesvědčení, pokud nebyla naplněna, vedla k pocitům selhání. Participantky uváděly, že se připravovaly četbou knih, absolvovaly předporodní kurz nebo kontaktovaly porodní asistentku, aby jim pomohla s přípravou. Za důležité považovaly naplnění svého porodního plánu.

#### **Jaké jsou podobnosti a rozdíly v potřebách u jednotlivých participantek?**

Pozitivní pozornost od partnera a rodiny spojenou s těhotenstvím zmiňuje jen nejmladší participantka Amálie. Dana byla nejstarší rodičkou a ta uvedla, že vnímala od rodiny partnera vyšší pozornost kvůli dlouho očekávanému a vysněnému vnukovi, ale že nešlo tolik o ní, ale o syna.

Participantky měly společné přesvědčení, že vaginální porod bez lékařských zásahů a použití léků je lepší pro dítě i je samotné.

Všechny participantky si přály vlídné a respektující zacházení ze strany zdravotníků a dostatek informací z jejich strany. Všechny participantky se setkaly s nějakým druhem manipulace, nedostatkem informací, žoviálním chováním nebo nevhodným humorem.

Participantka Amálie byla jediná, která hovořila o nepříjemném chování zdravotních sester oddělení šestinedělí a ocenila zdravotníky přítomné na porodním sále. Měla vlastní doprovázející porodní asistentku, kterou si hradila sama. Vlastní porodní asistentku měla také Eva, ale až při druhém porodu, po negativní zkušenosti z prvního porodu.

Participantka Cecílie a Dana se nepřipravovaly s pomocí porodní asistentky a nevolily ani jinou alternativní cestu nebo předporodní kurz.

Všechny ženy uvedly, že by uvítaly větší zapojení širší rodiny v pomoci s chodem domácnosti, především s domácími pracemi. Eva a Cecílie by ocenily, kdyby rodina více pomohla s péčí o starší sourozence. A také o novorozeně, aby se mohly věnovat i staršímu dítěti.

Barbora a Dana uvedly shodně, že péče partnera o dítě na měla negativní dopad. Dana si přála **menší míru péče** manžela o jejich syna, protože s ním měla málo kontaktu a následně pochybnosti, zda je dobrou matkou. Barbora oceňovala partnerovo zapojení v péči o dceru, ale hovořila o tom, že jí tato péče nemotivovala se o dceru starat a vzchopit se.

### **Jaké prostředí je ženám příjemné?**

Participantka Dana uvedla, že si přála více soukromí v rámci domácnosti v počátcích porodu.

Ženy se o výběru porodnice rozhodovaly během jejich návštěv před porodem, podle toho, zda se jim prostředí líbí. Barbora nebyla spokojena s porodnicí, jejíž prostředí popisovala jako studené a cítila se tam jako na pitevně, tak se rozhodla, že pojedje родit do porodnice v jiném městě, kde se jí líbilo více. Vyhovovala jí i možnost využití nadstandartního pokoje a modernějšího vybavení porodnice, a především soukromí s partnerem.



Participantky zvažovaly dojezdovou vzdálenost. Pro Cecílii, která hovořila o svém druhém porodu, bylo nejdůležitější, aby byla porodnice co nejbliž, kvůli obavám manžela, že druhý porod bude probíhat rychle.

Eva při prvním porodu zvolila zázemí větší porodnice, kde bylo moderní vybavení. Při druhém porodu odjela porodit do menší porodnice, za porodní asistentkou, která ji provedla celým těhotenstvím. Eva dala přednost osobnímu přístupu před moderním zařízením porodnice.

Ani jedna z žen nezmiňovala požadavek nebo využití aromaterapie, přítmi nebo hudby.

## 4 DISKUZE

Z výsledků výzkumné části této práce vyplynulo několik zjištění. Nejmarkantnější částí jsou interakce se zdravotníky. Pro ženy v době těhotenství, porodu a šestinedělí je zásadní otevřená komunikace, která bere ohledy na jejich emoční citlivost a neměla by obsahovat manipulace, zastrašování a tlak. Oceňují, když je s nimi jednáno s respektem a empatií. Dále je pro ně důležité zachování autonomie rozhodování, podpora jejich mateřského sebevědomí, podpora kontaktu s dítětem a případné vysvětlení zdravotních důvodů, proč s dítětem nemohou být ihned po porodu, jasné instruování, jak kojit, bez tlaku zdravotníků. Důležitá pro ně byla atmosféra na porodním sále, příjemné prostředí a soukromí.

Ženy uváděly, že nebylo snadné se prosadit, získat informace ke svému zdravotnímu stavu, o vývoji nebo zdraví dítěte, již v době těhotenství, ale i během porodu a na oddělení šestinedělí. Reakce zdravotníků měla devalvující nebo zastrašující charakter. Participantky také uvedly, že se setkaly u zdravotníků se zpochybňováním znalostí vlastního těla a musely vyvinout úsilí, aby byly slyšeny a vyjadřovaly v rozhovorech přání, aby byl brán v úvahu jejich názor. Tato zjištění jsou v souladu se studií Blount, Adams, Anderson-Berry et al. (2021).

Naše participantky se také setkaly s nejasným instruováním ohledně kojení, s odlišnými přístupy, nedostatkem času personálu nebo s odbornými informacemi, kterým nerozuměly. Potřebovaly slyšet jednotné a jednoduché pokyny, jak kojit, vysvětlené trpělivě. Jako je doporučeno v polské studii, která se věnuje důležitosti jasných pokynů, které jsou prevencí rozvoje poporodní deprese (Maliszewska et al., 2016).

Participantky hodnotily samy sebe podle toho, zda jejich porod byl zakončen přirozeně nebo císařským řezem. Pokud porod skončil císařským řezem, měly pochybnosti o svých schopnostech a o schopnostech obstát jako matky. Nevěřily samy sobě, že péči o dítě zvládnou a dávaly to do souvislosti s tím, že porodit přirozeně nedokázaly. Porod císařským řezem narušil i vazbu s jejich dítětem. Jedna z participantek měla pocit, že syn u ní nechce být, že ji odmítá a ona ho nedokáže uklidnit na svém těle. Tato participantka po neplánovaném císařském řezu dostala syna zabaleného v zavinovačce a neproběhl kontakt kůže na kůži, který je důležitý pro rozjezd kojení, ale i pro dobrý vztah matka–dítě. V následujících měsících participantka reportovala stavy úzkosti a smutku. Z jejího

vyprávění by se dalo usuzovat, že dopady neplánovaného císařského řezu mohou souviset s jejím psychickým stavem, jak se obdobně uvádí ve studii Grisbrooka et al. (2022), kde nalezneme nepřímou souvislost neplánovaného císařského řezu s rozvojem poporodní deprese a akutní císařské řezu s rozvojem posttraumatické stresové poruchy.

S císařskými řezem souvisí také brzký kontakt po porodu tzv. „kůže na kůži“, který ovlivňuje délku kojení. U tří participantek byl reportován pouze krátký kontakt. Jedna žena ho nezažila vůbec. Všechny ženy poté kojily minimálně šest měsíců. U participantky, která vůbec po porodu nezažila tento kontakt, je možná důvodem kojení její touha po blízkém intenzivním kontaktu, a proto se na kojení více zaměřila. Nebo je možné, že v našich podmínkách je kojení více propagované v médiích i mezi ženami a také v porodnicích. Toto zjištění je mírně odlišné od výstupu analýzy Cochrane institutu, kde se uvádí, že ženy po císařském řezu, které kontakt „kůže na kůži“ zažily byla větší pravděpodobnost, že budou kojit jeden až čtyři měsíce po porodu. Autoři článku ale uvedli, že se jednalo pouze o dvě studie a malý vzorek žen (Moore et al., 2016).

Jiná studie uvádí, že u žen, které porodily císařským řezem je potřeba, aby zdravotníci, kteří pečují o ženu, podpořily její sebeúčinnost v oblasti kojení, aby cítila, že kojení ovládá a měla by jí být poskytována větší podpora než ženě, která je po vaginálním porodu. Jelikož z hlediska sebeúčinnosti a úspěšnosti kojení byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi přirozeným porodem a císařským řezem bez ohledu, zda se jednalo o celkovou nebo spinální analgezi (Buran et al., 2022).

Naše participantky však neuvedly, že by jim byla věnována zvýšená podpora a péče, když jim byl proveden císařský řez. Což může být zapříčiněno tím, že dvě participantky byly druhorodičky a byly zdravotníky vnímány jako zkušené matky. Dále jedna participantka uvedla, že podpora kojení byla nedostatečná a matoucí. Zbylé dvě participantky neuvedly problém s kojením, ale uváděly, že komunikace s personálem nebyla snadná a možná se jí snažily vyhýbat.

V této práci se objevilo také téma omezení pohybu rodičky. Jedna z participantek uvedla, že nebyla informována, že v případě, že si nechá aplikovat lék proti bolesti, nebude moci vstát z postele a volně se pohybovat. Ostatní Participantky omezení pohybu neuváděly. Což částečně ilustruje zjištění Watson a Cooke (2018), kteří zmiňují, že k omezování pohybu žen během porodu stále dochází, ale nejsou známy souvislosti, proč tomu tak je.

V našem případě byl důvod znám, ale upozornění a vysvětlení nebylo ženě dopředu řečeno.

Další oblastí, kterou naše participantky hodnotily jako komplikovanou a nepříjemnou, byla nemožnost svobodného rozhodování během těhotenství a porodu. Jak je popsáno v holandském studii Voegels–Broeke et al. (2022), které se účastnilo 3 500 žen, který se věnoval možnosti rozhodování matek v holandské porodní péči, není to situace ojedinělá. Všechny naše participantky shodně uvedly alespoň jednu situaci, kdy je zdravotníci neinformovali o možnostech a rozhodli za ně, nebo rovnou provedli zásah bez předchozího varování. Jedna participantka uvedla, že jí lékařka provedla bolestivý zásah a poté začala krváčet. Předem jí neupozornila, co se chystá udělat. Další participantka uvedla, že jí zdravotníci nevysvětlili přínos podaných antibiotik, pouze jí vyhrožovali, že pokud si je nevezme, ohrožuje život svého dítěte. Tato participantka uvedla, že by jí pomohlo, kdyby s ní zdravotníci vedli dialog a vysvětlili jí, proč by aplikace antibiotik byla prospěšná. Obě naše participantky vnímaly tuto zkušenost jako traumatizující. A hodnotily jí jako špatný způsob péče. Výsledky se shodují s níže citovanou studií. Jak je v této studii uvedeno, pokud žena není zapojena do rozhodovacího procesu, může to být faktor, který vyvolá negativní nebo dokonce traumatizující zážitek. Autonomie ženy v rozhodování o svém zdraví a zdraví svého dítěte je pokládána za součást kvalitní péče. Podle studie se ale ukázalo, že ne každá žena stojí o rozhodování, jelikož to přináší i míru odpovědnosti za volbu a její následek. Naše participantky se snažily prosadit odlišný přístup a třem z nich se to podařilo.

Čtyři participantky si připravily porodní plán a přály si, aby se jím zdravotníci řídily. Zároveň pro ně byl do jisté míry svazující. A pokud nebyl naplněn, byly zklamané. Jedna z participantek byla upozorněna porodní asistentkou, že je lepší nepoužívat výraz „porodní plán“, ale spíše „porodní přání“, aby zbytečně nedráždila zdravotníky. Toto téma se shodně objevilo ve studii Rodríguez-Almagro et al. (2019). Pro ženy v této studii bylo důležité, aby se porodní plán bral v potaz a nebyly automaticky prováděny zákroky bez jejich souhlasu, například nástřih hráze, dirupce blan vaku, použití kleští.

Pro naše participantky byla důležitá a užitečná přítomnost partnera u porodu. Jedna participantka uvedla, že se s partnerem účastnili předporodního online kurzu a že byla zklamaná, že se partner nudil. Další participantka popisovala, že jí manžel velmi pomohl

svou přítomností a po porodu se postaral o jejich dceru. Participantky také uváděly, že oceňovaly, když partneři s nimi spoluprožívali těhotenství. Pouze jedna participantka uvedla, že jí míra spoluúčasti v těhotenství vadila. Pro prožívání sounáležitosti v období těhotenství, je podle švédské studie Bäckström et al. (2017) důležité, aby partnerský pár získal odbornou podporu, například od porodní asistentky. Muži si v této studii přáli, aby dostávali praktické informace, jak ženu podpořit. To, zda informace muži vstřebali, bylo ovlivněno úrovní didaktické formy, praktické ukázky a obrázkové návody pomáhali k lepšímu zapamatování.

#### **4.1 Implikace**

Z výzkumu vyplývá, že hlavní potřebou žen, je vhodná komunikace ze strany zdravotnického personálu, zohledňující jejich individuální potřeby a přání.

Proto by v rámci vzdělávání zdravotníků měl být kladen větší důraz na jejich komunikační dovednosti. V rámci workshopů by si zážitkovou formou mohli vyzkoušet, jak deeskalovat počínající konflikt, jak poskytnout první psychickou pomoc v případě úzkosti a strachu, který ženy zažívají. Dále pak rozvíjet dovednost naslouchání a komunikaci bez nátlaku vůči ženám.

Důležitou součástí vzdělávání zdravotníků by mohlo být jejich dobré povědomí a možných rizicích rozvoje posttraumatické stresové poruchy a poporodní deprese a také následků, které může přinést oddělení dítěte od matky.

Zdravotníci by se také mohli učit pravidlům partnerské komunikace s pacientkami a navazování dobrého vztahu, aby ženy cítily atmosféru bezpečí a důvěry.

Součástí změn by ale také mělo být vzdělávání matek v povědomí o porodním procesu a možných porodních komplikací, aby získaly reálný pohled na to, že se porod může vyvinout i jinak než podle porodního plánu. S cílem, aby ženy k porodu nepřicházely s pocitem závazku vůči porodnímu plánu.

Další možností, jak podpořit duševní zdraví matek, by mohlo být zavedení tzv. integrativních hovorů o porodu. Během nichž by žena dostala informace o zákrocích, které proběhly a vysvětlení, z jakého důvodu se tak stalo. Byl by prostor pro pochopení toho, co se během porodu dělo, ať už z hlediska fyzického nebo v oblasti prožívání ženy.

Porodní asistentka by ženě pomohla případně přerámovat některé situace a zákroky, které se staly.

Zdravotníci by také měli mít možnost v rámci supervize hovořit o svých frustracích a měl by být přehodnocen systém dlouhých směn lékařů a přesčasových hodin. Pro změnu systému by bylo potřeba více zdravotnického personálu. Proto by mělo být dbáno na propagaci zdravotnické profese a měl by být tento obor zatraktivněn.

Důležitou oblastí praxe by mohlo být širší vzdělávání společnosti o duševních potížích a potřebách žen během perinatálního období. Na základních a středních školách by se mohl vytvořit program, který by žáky a studenty vzdělával a byl zaměřen co nejvíce prakticky s ohledem na věk účastníků. Aby těhotenství a porod nebyl tabuizovaným a obávaným tématem.

Neopomenutelnou součástí by mělo být vzájemné propojování zdravotníků a žen, tak aby obě strany pochopily, že je možné spolupracovat. Matky by měly mít informace o poddimenzovaném personálním stavu zdravotníků a dožadovat se změny u politiků.

## **4.2 Silné a slabé stránky**

Tato diplomová práce nabízí informace týkající se legislativních podmínek péče o ženy, krátký historický vhled do historie a popis zdravotního systému péče o ženy v období těhotenství, porodu a šestinedělí. Její silnou stránkou je zmapování aktuální a nejčerstvější situace v oblasti legislativních změn, ke kterým došlo v roce 2023.

Slabou stránkou jsou prekoncepty autorky, které získala prostřednictvím velmi pozitivního zážitku z porodu dcery a je ovlivněna také rodinným zázemím, kde se téma porodnictví, z důvodu profese autorčiny matky, objevovalo velmi často.

## 5 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se věnovala potřebám žen v období těhotenství, porodu a v šestinedělí z pohledu samotných matek. Prvotním impulzem k napsání této práce bylo setkání s organizací Úsměv mámy, která poskytuje podporu ženám v období mateřství, prostor pro sdílení psychických obtíží matek a vzdělává samotné ženy a jejich rodiny v této oblasti. Během studia odborných zdrojů se nedalo přehlédnout, že v knihách pro lékaře – porodníky není mnoho informací o tom, jak eliminovat negativní zážitky matek pomocí profesionální komunikace, empatie nebo otevřeného dialogu. Výjimku tvoří odborné gynekologické časopisy, do kterých přispívají se svými zkušenostmi porodní asistentky nebo osvědčení lékaři, jejichž počet roste. V knihách určených porodním asistentkám jsou celé kapitoly věnující se komunikaci se ženami a o podpoře žen v období těhotenství, porodu i později. Porodní asistentky tak mohou být ženám velkou oporou a poskytnout dobrý start do jejich mateřství, ale zároveň jsou omezeny ve svých kompetencích a jejich kontinuální péče není k dispozici všem ženám.

Ve výzkumné části této diplomové práce je využita metoda Interpretativní fenomenologické analýzy a bylo vedeno 5 polostrukturovaných rozhovorů s pěti participantkami, které oslovily organizaci Úsměv mámy. Hlavní výzkumnou otázkou bylo „Jaké zkušenosti s péčí mají ženy v období těhotenství, porodu a šestinedělí?“

Ve výsledcích analýzy nalezneme mnoho negativních zážitků, které si ženy odnesly v průběhu hospitalizace a některé je možné označit jako zážitky traumatizující a komplikující start ženy a jejího dítěte. Tato práce neměla za cíl odhalit viníky, ale poukázat na to, že stávající systém péče není ideální a že je možné péči a podporu, která je věnována ženám v tomto citlivém období, zlepšovat.

## Seznam použitých zdrojů

### Internetové články

1. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod. [online]. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [cit. 01.04.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2?text=t%C4%9Bhotenstv%C3%AD#hlava2>.
2. 96/2001 Sb. m. s. Úmluva o lidských právech a biomedicině. [online]. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění 2010 [cit. 01.04.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96>.
3. Aperio – průvodce porodnicemi [online]. (2018). Profily porodnic v ČR & zkušenosti rodičů. Aperio – průvodce porodnicemi [cit. 10.03.2023]. Dostupné z: <https://pruvodce-porodnicemi.aperio.cz/>.
4. APODAC [online]. (2016). Asociace pro porodní domy a centra. [cit. 23.03.2023]. Dostupné z: <https://apodac.Org/>.
5. Babyonline.cz. [online]. Těhotenství a péče o dítě. [cit. 22.03.2023]. Dostupné z: <https://www.babyonline.cz/>.
6. Biostatisticka.cz. (2013). [online]. Pečujme o děti a matky zdravě! [cit. 06.04.2023]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/pecujme-o-deti-a-matky-zdrave/>.
7. Český rozhlas Zlín (2019) [online]. Jako doma. Některé nemocnice, včetně zlínské, nabízí možnost porodu s asistentkou bez zásahu lékařů. [cit. 01.04.2023]. Dostupné z: <https://zlin.rozhlas.cz/jako-doma-nektere-nemocnice-vcetne-zlinske-nabizi-moznost-porodu-s-asistentkou-8099891>.



8. Česká asociace dul [online]. Kdo je dula – Česká asociace dul. [cit. 01.04.2023]. Dostupné z: <https://www.duly.cz/kdo-je-dula/>.
9. Fakultní nemocnice Brno. (2021). [online]. Největší porodnice v ČR otevírá Centrum porodní asistence. [cit. 01.04.2023]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/nejvetsi-porodnice-v-cr-otevira-centrum-porodni-asistence/t7275>.
10. Hypnoporod a kurzy hypnoporodu [online]. Jemné Zrození. Jak se připravit na porod [cit. 10.03.2023]. Dostupné z: <https://jemnezrozeni.cz/nas-pribeh/>.
11. Chci svojí porodní asistentku [online]. (2023). Otevřený dopis členům poslaneckého Výboru pro zdravotnictví. [cit. 01.04.2023]. Dostupné z: <https://chcisvojiporodniasistentku.cz/>.
12. iROZHLAS. [online]. (2023). Dech, plán i deník emocí. Aplikace pomáhá s duševním zdravím matkám po porodu i těhotným. [cit. 07.04.2023]. Dostupné z: [https://www.irozhlas.cz/veda-technologie/technologie/aplikace-kogito-materstvi-tehotenstvi-poporodni-deprese-uzkosti\\_2304070010\\_gen](https://www.irozhlas.cz/veda-technologie/technologie/aplikace-kogito-materstvi-tehotenstvi-poporodni-deprese-uzkosti_2304070010_gen).
13. Nadační fond Propolis [online]. Nadační fond Propolis33. [cit. 08.03.2023]. Dostupné z: <https://nfpropolis.cz/>.
14. Nadcházející Akce – Úsměv mámy. Úsměv mámy – Podporujeme ženy, které v mateřství zažívají duševní nepohodu [online]. Dostupné z: <https://www.usmevmamy.cz/events/rubrika/akce/>
15. NUDZ. (2023). [online]. Účinnost distanční peer podpory v prevenci poporodní deprese. Randomizovaná kontrolovaná studie. [cit. 05.04.2023]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/vyzkum/centrum-perinatalniho-dusevniho-zdravi/granty-a-projekty/ucinnost-distancni-peer-podpory-v-prevenci-poporodni-deprese-randomizovana-kontrolovana-studie>.

16. Perinatal (2021). [webová stránka]. <https://www.perinatal.cz/o-projektu>.
17. Reforma psychiatrie. (2020). [online]. Koncept kvality života. [cit. 06.04.2023]. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/koncept-kvality-zivota?term\\_id=66](https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/koncept-kvality-zivota?term_id=66).
18. Reforma psychiatrie. (2020). [online]. Národní akční plán pro duševní zdraví (NAPDZ). [cit. 06.04.2023]. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-napdz?term\\_id=110](https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-napdz?term_id=110).
19. REFRESHER. (2021). [online]. Riziko poporodní deprese vzniká až u čtvrtiny žen v Česku. Popisujeme, proč k nim dochází a kam se obrátit. [cit. 05.04.2023]. Dostupné z: <https://refresher.cz/106699-Riziko-poporodni-deprese-vznika-az-u-ctvrtiny-zen-v-Cesku-Popisujeme-proc-k-nim-dochazi-a-kam-se-obratit?ref=3b1a3934d40c0f>
20. Respekt. (2023). [online]. Soud se zastal porodní asistentky. [cit. 05.04.2023]. <https://www.respekt.cz/tydenik/2023/11/soud-se-zastal-porodni-asistentky>.
21. UNIPA. [2020]. Základní kompetence porodní asistentky [leták]. [cit. 05.04.2023]. <https://www.unipa.cz/zakladni-kompetence-porodni-asistentky/>.
22. Ústavní soud České republiky – oficiální webové stránky (2021) [online]. [cit. 01.04.2023]. Dostupné z: <https://www.usoud.cz/aktualne/pravo-klientek-vyjadrit-se-v-soudnim-rizeni-jez-se-tyka-opravneni-jejich-porodni-asistentky-vest-domaci-porod>

## Internetové zdroje

1. Andrews-Fike C. (1999). A Review of Postpartum Depression. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 1(1), 9–14. <https://doi.org/10.4088/pcc.v01n0103>.
2. Banasova R., Noskova E., Vodickova R., Hasto J., Sebel A., (2023). Emotional difficulties, coping strategies, and help-seeking patterns among Czech perinatal women. *Midwifery volume* 116. ISSN 0266-6138. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103526>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613822002753>).
3. Bäckström, C., Thorstensson, S., Mårtensson, L. B., Grimming, R., Nyblin, Y., & Golsäter, M. (2017). 'To be able to support her, I must feel calm and safe': pregnant women's partners perceptions of professional support during pregnancy. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 234. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1411-8>.
4. Bjelica, A., Cetkovic, N., Trinic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy – a psychological view. *Ginekologia polska*, 89(2), 102–106. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0017>.
5. Blount, A. J., Adams, C. R., Anderson-Berry, A. L., Hanson, C., Schneider, K., & Pendyala, G. (2021). Biopsychosocial Factors during the Perinatal Period: Risks, Preventative Factors, and Implications for Healthcare Professionals. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 8206. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158206>.
6. Dennis C-L, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3

7. Dunn PM. *Louise Bourgeois (1563–1636): royal midwife of France*. Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition 2004;89:F185-F187.
8. Durnová A., Hejzlarová E. (2021). *Domácí porody v Česku: motivace, důvody a názory žen, které rodily plánovaně doma (2015-2020)*. Výzkumná zpráva. [https://iss.fsv.cuni.cz/sites/default/files/uploads/files/18-10042s\\_vyzkumnazprava\\_Durnova\\_Hejzlarova\\_27\\_1\\_2021.pdf](https://iss.fsv.cuni.cz/sites/default/files/uploads/files/18-10042s_vyzkumnazprava_Durnova_Hejzlarova_27_1_2021.pdf).
9. Ferreira, M., Coelho, C., Batista, B., Duarte, J., & Chaves, C. (2016). *Determinants of psycho-emotional postpartum changes: the effects of self-esteem*. In Z. Bekirogullari, M. Y. Minas, & R. X. Thambusamy (Eds.), ICEEPSY 2016: Education and Educational Psychology, vol 16. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences (pp. 18-26). Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.11.3>.
10. Grisbrook, M. A., Dewey, D., Cuthbert, C., McDonald, S., Ntanda, H., Giesbrecht, G. F., & Letourneau, N. (2022). *Associations among Caesarean Section Birth, Post-Traumatic Stress, and Postpartum Depression Symptoms*. International journal of environmental research and public health, 19(8), 4900. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084900>.
11. Hrdličková K, Banášová R, Nosková E, Vodičková R, Byatt N, Šebela A. (2022). *Self-Reported Causes of Psychological Distress Among Czech Perinatal Women*. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. <https://doi:10.1177/10783903221131049>.
12. Isik, U., & Alan Dikmen, H. (2022). *Effects of mothers' postpartum support needs and the level of support they received on breastfeeding self-efficacy*. Annals of Medical Research, 29(8), 819–826. Retrieved from <https://annalsmedres.org/index.php/aomr/article/view/4252>.
13. Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2018). Etiology, risk factors, and methods of postpartum depression prevention. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. *Ceska gynekologie*, 83(6), 468–473. <https://www.cs->

gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2018-6-11/etiologie-rizikove-factory-a-metody-prevence-poporodni-deprese-107462.

14. Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2019) Diagnostics and modern trends in therapy of postpartum depression. *Ceska Gynekologie* [online]. 2019, 84(1), 68–72. <https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/diagnostika-a-moderni-trendy-v-terapii-poporodni-deprese-112780>.
15. Lorentzen, I. P., Andersen, C. S., Jensen, H. S., Fogsgaard, A., Foureur, M., Lauszus, F. F., & Nohr, E. A. (2021). Does giving birth in a "birth environment room" versus a standard birth room lower augmentation of labor? - Results from a randomized controlled trial. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology: X*, 10, 100125. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2021.100125>.
16. Mauer M. Paternalismus a partnerství v medicíně. *Psychosom* [online] 2017; 15(4), PP. 293–210. <https://www.psychosom.cz/psychosom/vydani-4-2017/651-mauer-paternalizmus-4-2017>.
17. Meaney S, Corcoran P, Gallagher S, et al PPO.33 Perceived maternal stress and emotional wellbeing as risk factors for miscarriage Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition 2014;99: A161.
18. Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>.
19. Prinds, C., Hvidt, N. C., Mogensen, O., & Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood--a scoping review. *Midwifery*, 30(6), 733–741. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.021>.

20. Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International journal of environmental research and public health*, 16(9), 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>.
21. Roztočil, A. (2004). Šestinedělí. *Moderní babičtví*. [cit. 06.04.2023]. Dostupné z <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/m.b/2004-3/>.
22. Smith, J. A. & Osborn, M. (2007). [online]. Four Interpretative Phenomenological Analysis. [cit. 25.02.2023]. <https://pdfcoffee.com/interpretative-phenomenological-analysis-theory-method-and-research-pdf-free.html>.
23. Valla, L., Helseth, S., Småstuen, M.C. et al. Factors associated with maternal overall quality of life six months postpartum: a cross sectional study from The Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy Childbirth* 22, 4 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04303-5>.
24. Verniers, C., Bonnot, V., & Assilaméhou-Kunz, Y. (2022). Intensive mothering and the perpetuation of gender inequality: Evidence from a mixed methods research. *Acta psychologica*, 227, 103614. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103614>.
25. Vogels-Broeke, M., Cellissen, E., Daemers, D., Budé, L., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2022). Women's decision-making autonomy in Dutch maternity care. *Birth* (Berkeley, Calif.), 10.1111/birt.12674. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/birt.12674>.
26. Watson, H. L., & Cooke, A. (2018). What influences women's movement and the use of different positions during labour and birth: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 7(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0857-8>.

## **Knihy**

1. Devito, J. A. (2008). *Základy mezilidské komunikace*: 6. vydání. Praha: Grada.
2. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál.
3. Chvála, V. & Trapková, L.. (2016). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu: Příspěvek k psychosomatice*. 2.vydání. Praha: Portál.
4. Roztočil, A. (2020). *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing,
5. Masopustová, Z. & Daňsová, P. & Lacinová, L. (2018). *Jak to mají mámy: psychologický výzkum mateřství*. Brno: Masarykova univerzita.
6. Masopustová, Z. (2011). *Kojenecký pláč*. Brno: Masarykova univerzita.
7. Matějček, Z. (2015). *Co děti nejvíc potřebují*. 7.vydání. Praha: Portál.
8. Mazůchová, L. & Porubská, A. (2022). *Respekt a úcta v porodnictví*. Přeložil Míčová, L. Praha: Grada Publishing.
9. Meindlschmidová, J. (2007). *Historie babictví, vzdělávání porodních asistentek*. (Diplomová práce). Praha.
10. Odent, M. (2014). *Porod a budoucnost homo sapiens: první kniha o evoluci člověka v souvislosti s tím, jak přicházíme na svět*. Praha: Maitrea.
11. Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky*. Praha: Reklamní atelier Area.
12. Renzetti, C. M. & Curran, Daniel J. (2003). *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum, 2003.
13. Stadelmann, I. (2009). *Zdravé těhotenství přirozený porod*. 3.vydání. Praha: Kosmas.
14. Vránová, V. (2007). *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

## Odborné časopisy

1. Martincová, J. (2022). [online]. Moderní gynekologie a porodnictví 29, 2022, č.2 Fyziologický porod online. s. 342-353.
2. Ratislavová, K. (2008). [online]. Psychologie časného poporodního období. Moderní babictví č. 15. <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/>.
3. Vorlová, D. & Holmerová, I. (2022). Moderní gynekologie a porodnictví 29, č.2, Modely péče a fyziologický porod v západním světě. s.333-341.
4. Vrubelová, Y. (2022). [online]. Moderní gynekologie a porodnictví 29, č.4, 307-309.



## **Seznam tabulek**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Tabulka 1 Hlavní a vedlejší výzkumné otázky .....</b>                                     | <b>37</b> |
| <b>Tabulka 2 Základní údaje účastnic (vlastní zpracování).....</b>                           | <b>41</b> |
| <b>Tabulka 3 Témata jednotlivých participantek.....</b>                                      | <b>67</b> |
| <b>Tabulka 4 Tematické okruhy, hlavní témata a podtémata celkové analýzy rozhovorů .....</b> | <b>68</b> |

# **Přílohy**

## **Příloha 1**

### **Otázky pro Participantky**

Jak jste prožívala těhotenství, porod a dobu po porodu?

Jak jste vnímala během těhotenství, porodu a v šestinedělí chování zdravotnického personál?

Jak jste vnímala během těhotenství, porodu a v šestinedělí chování okolí, rodiny a partnera?

Co by vám nejvíc pomohlo v období těhotenství, porodu a šestinedělí? /od zdravotníků, partnera, rodiny a okolí/

Je něco, o čem nyní víte, že jste pro sebe během těhotenství, porodu a v šestinedělí mohla udělat?

Existuje něco, co pro vás mohli udělat jinak zdravotníci, partner, rodina, okolí?

Máte nějaké doporučení pro zdravotníky?

Máte nějaké doporučení pro rodiny nastávajících nebo novopečených maminek?

## ANOTACE

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Jméno a příjmení:</b>   | Mgr. Gabriela Cabrnachová   |
| <b>Katedra:</b>            | Institut sociálního zdraví  |
| <b>Vedoucí práce:</b>      | Mgr. Bc. Arnošt Krtek, Ph.D.  |
| <b>Rok obhajoby:</b>       | 2023  |
| <b>Název práce:</b>        | Jakou podporu a péči považují ženy za důležitou v období těhotenství, porodu a šestinedělí  |
| <b>Název v angličtině:</b> | What kind of care and support do women consider important during pregnancy, childbirth and puerperium?  |
| <b>Anotace:</b>            | Tato diplomová práce se věnuje tématu potřeb, péče a podpory žen v období těhotenství porodu a šestinedělí. V teoretické části se práce zabývá nejen historickým a legislativním vývojem péče o ženy v tomto životním období, ale také poskytovanou zdravotní péčí u nás i v zahraničí. Dále jsou v práci citovány odborné zdroje, které se zabývají potřebami a psychickým zdravím matek. Data pro práci byla získána prostřednictvím 5 polostrukturovaných rozhovorů s ženami, které oslovily organizaci Úsměv mámy. Rozhovory byly zpracovány metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Ženy v období mateřství zažívají mnoho fyzických a psychických proměn, se kterými se každá z nich vyrovnává zcela individuálně. Ve výsledných zjištěních se ukázalo, že míra stresu a negativních zážitků byla u všech participantek ovlivněna několika faktory. Jedním z nich jsou očekávání, která ženy od sebe a od mateřství mají. Dále pak způsob, jakým je o ženy pečováno ve zdravotních zařízeních, jak je s nimi komunikováno a jakou podporu ženám poskytuje partner, rodina a okolí. |
| <b>Klíčová slova</b>       | Těhotenství, porod, šestinedělí, péče o těhotné, mateřství, podpora žen, IPA  |