

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Kristýna Zichová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Porodnické násilí, mýtus nebo realita

Diplomová práce

2024

Bc. Kristýna Zichová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Kristýna Zichová**
Osobní číslo: **Z21399**
Studijní program: **N0913P360005 Specializace v porodní asistenci – Perioperační péče**
Téma práce: **Porodnické násilí, mýtus nebo realita**
Téma práce anglicky: **Obstetric Violence, Myth or Reality**
Zadávatel katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina a MAJDYŠOVÁ, Vladimíra, 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0837-4.
MAREŠOVÁ, Pavlína, 2021. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 3. přeprac. a dopl. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-709-9.
MAZÚCHOVÁ, Lucia a PORUBSKÁ, Andrea, 2022. *Respekt a úcta v porodnictví*. Přeložila MÍČOVÁ, Ludmila. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3508-0.
ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
SLEZÁKOVÁ, Lenka; ANDRÉSOVÁ, Martina; KADUCHOVÁ, Petra; ROUČOVÁ, Monika a STAROŠTÍKOVÁ, Eva, 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0214-3.
TAKÁCS, Lea a MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, Jitka, 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: kvalita perinatální péče očima rodiček: zpráva z výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-7308-431-8.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Lenka Emrová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Porodnické násilí, mýtus nebo realita* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019. Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24. 4. 2024

Kristýna Zichová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych zde poděkovala především své vedoucí práce paní PhDr. Lence Emrové, Ph.D., za její spolupráci, inspirativní rady a podnětné připomínky při psaní diplomové práce. Velice si vážím času, který mi věnovala, a jejího odborného pohledu na tuto problematiku. Dále bych ráda poděkovala za odborné rady konzultantům. Panu přednostovi Dr. med. Germundu Henselovi, Ph.D. za cenné rady a Ing. Anetě Mazouchové, Ph.D., za konzultaci zpracování statistických dat. Také děkuji všem respondentkám, které se účastnily výzkumu a našly si čas vyplnit dotazníky, díky kterým bylo možné realizovat výzkumnou část diplomové práce. V neposlední řadě patří velké díky mým blízkým za podporu v době studia a při psaní práce.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá fenoménem porodnického násilí. Teoretická část práce se zabývá těhotenstvím a porodem, možnostmi přístupů vedení porodu a psychologickými aspekty, které celý proces ovlivňují. Zaměřuje se na násilí v poskytování porodnické péče a popisuje specifika porodnického násilí. Součástí je také právní rovina v poskytování zdravotnické péče. Cílem výzkumné části bylo zjistit, zda je porodnické násilí mýtus nebo realita českého porodnictví. Pro výzkumnou část byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat prostřednictvím dotazníkového šetření, která se zabývá vnímáním porodnického násilí rodičkami a porodními asistentkami, z následné komparace pohledů lze říct, že porodnické násilí není mýtus moderního porodnictví, ale spíše ojedinělé selhání systému. Výsledky jsou shrnuty v závěru diplomové práce.

KLÍČOVÁ SLOVA

Porod, Porodnické násilí, Respektující péče, Moderní porodnictví

TITLE

Obstetric Violence, Myth or Reality

ANNOTATION

The diploma thesis explores the phenomenon of obstetric violence. The theoretical part of the work deals with pregnancy and childbirth, possible approaches to childbirth management and psychological aspects that influence the entire process. It focuses on violence in the provision of obstetric care and describes the specifics of obstetric violence. The legal level in the provision of health care is also part of it. The aim of the research part was to find out whether obstetric violence is a myth or a reality in Czech obstetrics. For the research part, a quantitative method of data collection through a questionnaire survey was chosen, which considers the perception of obstetric violence by mothers and midwives. From the subsequent comparison of views, it can be said that obstetric violence is not a myth of modern obstetrics, but rather a unique failure of the system. The results are summarized in the conclusion of the thesis.

KEYWORDS

Childbirth, Obstetric violence, Respectful care, Modern obstetrics

OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle a metody práce	15
1.1 Cíl práce.....	15
1.2 Metody k dosažení cíle	15
Teoretická část	16
2 Fyziologické těhotenství a porod	16
2.1 Mechanismus porodu	17
3 Přirozeně vedený porod	22
3.1 Autonomie ženy	22
4 Farmakologicky vedený porod	29
4.1 Vybrané nepravidelnosti a patologie v porodnictví.....	29
4.1.1 Předčasný porod.....	29
4.1.2 Předčasný odtok plodové vody	30
4.1.3 Potermínové těhotenství	30
4.2 Indukce porodu	31
4.3 Farmakologické metody analgezie a anestezie	33
4.4 Porodnické operace.....	33
5 Násilí.....	37
5.1 Druhy násilí.....	37
5.2 Porodnické násilí.....	38
5.3 Dělení porodnického násilí	39
5.4 Vybrané faktory ovlivňující porodnické násilí	42
5.5 Důsledky nerespektující zdravotní péče	44
6 Právní a etické aspekty v porodnictví	48
6.1 Poskytovatelé zdravotní péče v porodnictví	48

6.2	Informovaný souhlas.....	49
6.3	Doporučené postupy	49
6.4	Etické úskalí v porodnictví	50
	Výzkumná část.....	52
7	Metodika výzkumné části	52
7.1	Formulace výzkumných cílů.....	53
7.2	Metoda sběru dat.....	54
7.3	Průběh výzkumného šetření.....	54
7.4	Soubor respondentek.....	55
7.4.1	Základní informace o rodičkách	55
7.4.2	Základní informace o porodních asistentkách	57
7.5	Zpracování získaných dat	58
8	Prezentace výsledků.....	60
8.1	Výzkumná otázka 1: Cítí se ženy traumatizované porodem?.....	60
8.2	Výzkumná otázka 2: Co považují/nepovažují za porodnické násilí rodičky?	61
8.3	Výzkumná otázka 3: Co považují/nepovažují za porodnické násilí porodní asistentky?.....	62
8.4	Výzkumná otázka 4: Existují rozdíly ve vnímání porodnického násilí mezi rodičkami a porodními asistentkami?	64
8.5	Výzkumná otázka 5: Jaké aspekty ovlivňují (zvyšují/snižují) vnímání porodnického násilí u rodičky?.....	65
8.6	Výzkumná otázka 6: Ovlivňují vnímání porodnického násilí demografické faktory jako je vzdělání a věk?.....	72
8.7	Výzkumná otázka 7: Lze označit porodnické násilí jako mýtus nebo jako realitu českého porodnictví?	74
9	Diskuse.....	77
9.1	Limity výzkumu.....	82
10	Závěr	84

11	Použitá literatura	86
11.1	Primární zdroje	86
11.2	Odborné články a jiné internetové zdroje	88
11.3	Klasifikační práce	92
12	Přílohy.....	94

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Graf hodnocení intervencí při porodu rodičkami	62
Obrázek 2 – Graf hodnocení intervencí při porodu porodními asistentkami	63
Obrázek 3 – Graf hodnocení očekávání z porodu jako porodnické násilí	66
Obrázek 4 – Graf vlivu alternativních metod vedení porodu na trauma	67
Obrázek 5 – Graf vnímání prožití porodnického násilí podle doby od porodu	69
Obrázek 6 – Graf zkušenosti s porodnickým násilím podle typu porodnice	70
Obrázek 7 – Graf vyhoření porodních asistentek a nežádoucí postupy	71
Obrázek 8 – Graf vnímání porodnického násilí podle komplikovanosti porodu	72
Obrázek 9 – Graf hodnocení prožití porodnického násilí podle vzdělání rodiček	73
Obrázek 10 – Graf porodnické násilí podle věku rodiček	74
Obrázek 11 – Graf porodnické násilí pohledem rodiček	75
Obrázek 12 – Graf porodnické násilí pohledem porodních asistentek	75

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Základní informace o rodičkách	56
Tabulka 2 – Základní informace o porodech – 1. část.....	56
Tabulka 3 – Základní informace o porodech – 2. část.....	57
Tabulka 4 – Základní informace o porodních asistentkách	58
Tabulka 5 – Výskyt syndromu vyhoření u porodních asistentek.....	58
Tabulka 6 – Prožité trauma z porodu a porodnické násilí	60

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ABTA	Australasian Birth Trauma Association (Australasijská asociace pro porodní traumata)
CTG	kardiotokografie (metoda monitorace plodu)
CRP	C-reaktivní protein
ČLK	Česká lékařská komora
DVB	dirupce vaku blan
EBM	Eviden Based Medicine (medicína založena na důkazech)
FIGO	Mezinárodní federace gynekologů a porodníků
FIRS	Fetal Inflammatory Response Syndrome (syndrom zánětlivé odpovědi plodu)
hCG	lidský choriový gonadotropin
ICM	International Confederation of Midwives (Mezinárodní konfederace porodních asistentek)
IUGR	intrauterinní růstová retardace
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
por. as.	Porodní asistentka
PROM	předčasný odtok plodové vody
PTSD	post-traumatic stress disorder (posttraumatická stresová porucha)
RMC	Respectful Maternity Care (Respektující mateřská péče)
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Správa služeb pro zneužívání návykových látek a duševní zdraví)
t. t.	týden těhotenství
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VVV	vrozené vývojové vady

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

WRA The White Ribbon Alliance (Aliance Bílá stuha)

ÚVOD

Moderní porodnictví je v dnešní době velmi konzultovaným oborem a budí velký zájem laické veřejnosti. Jedno z nejméně konzultovaných témat je, kde a za jakých podmínek bude těhotná žena přivádět svoji ratolest na svět. Ženy 21. století už nechtějí porod ve sterilním nemocničním prostředí, ale rády by rodily v útulném intimním prostředí, obklopeny rodinou, s respektující péčí porodníků, kde se jim ale dostane veškeré pomoci v případě nutnosti záchrany života. Dodnes nebyla respektující péče nijak výrazně měřena a definována. Dle WHO je respektující péče o mateřství péčí respektující důstojnost, soukromí a důvěrnost. Zaručuje ochranu před ublížením a špatným zacházením, umožňuje spoluúčast na rozhodování a kontinuální podporu v průběhu porodu (WHO, 2018).

V porovnání se světem je porodnictví v České republice na skvělé úrovni. Systém v nemocničním prostředí českých porodnic je ale nastaven jinak a ženám není možné vždy vyhovět, přestože blaho žen je v zájmu lékařů i porodních asistentek. Rodící žena vyžaduje intimní prostředí, nepřetržitou přítomnost osoby blízké, porod přirozeně vedený bez zásahů porodníků, mít kolem sebe vzdělaný, vstřícný a obětavý personál, a především hladký průběh porodu. Porodnictví je ale obor, ve kterém jsou rychlé zvraty více než obvyklé. Podstatou pro porodníky je zdravá matka a dítě. V dnešní době se toto bere ale jako samozřejmost a pozornost se zaměřuje na další aspekty porodnictví, a to, jaký prožitek si z toho ženy odnáší. Člověk má své bio-psycho-socio-spirituální potřeby a je nutné, aby všechny tyto složky byly saturované i v průběhu porodu. Někdy je však pozornost zaměřena spíše na tuto stránku a je opomíjená ta, kde jde především o život matky či dítěte. Mezi odborníky a laickou veřejností vyvstala otázka porodnického násilí. Velmi rázné pojmenování toho, co se může dít za zdmi porodnic. Na toto téma není v České republice provedeno mnoho výzkumů, přesto, že mediálně je to velmi probírané téma. Odborníci tvrdí, že něco jako násilí se v porodnicích v žádném případě neděje, zatímco matky volají po respektující porodnické péči, popisují traumatizující zkušenosti z porodních sálů a dalších oddělení porodnic a porodníky označují za násilníky.

Haškovcová popisuje nevhodné zacházení s pacienty ze strany zdravotníků jako institucionální násilí, projevující se poskytováním nekvalitní péče, podáváním nedostatku informací či zamezením kontaktu s blízkou osobou, nadbytečným podáváním léků či neschopností řešit problémy. Zde je agresorem systém, instituce nebo stanovené postupy. Násilí zdravotníků páchané na pacientech je ožehavé téma společnosti a má tendenci být popíráno (Haškovcová, 2004).

Venezuelský právní systém, jako jediný legislativně ošetřující porodnické násilí, jej popisuje jako vědomou transformaci přirozených procesů porodu na patologické nadbytečnou medikací. Oslabuje autonomii žen a zamezuje činit svobodná rozhodnutí s jejich fyzickým tělem. Následně negativně ovlivňuje kvalitu života ženy (Pérez D'Gregorio, 2010, s. 201).

Dle Nerudové se porodnické násilí realizuje pomocí rutinních medicínských zásahů, které jsou prováděny necitlivě bez souhlasu rodící ženy (Nerudová, 2018).

Proto se tato diplomová práce zaměřuje na to, zda je porodnické násilí mýtus nebo realita českého moderního porodnictví. Diplomová práce popisuje možnosti vedení porodu, jeho možné komplikace a jak je lze řešit, zaměřuje se na podporu přirozeně vedeného porodu porodní asistentkou a respektující péči o rodící ženu. Je zde popsána možná forma porodnického násilí a aspekty, které na to mohou mít vliv. Diplomová práce si klade za cíl podrobněji prozkoumat pohled matek a porodních asistentek na situace a zákroky prováděné v průběhu porodu, které považují za rizikové, a ženy kvůli nim mohou prožívat pocity znásilnění.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

V diplomové práci byly vytyčeny dva hlavní cíle k dosažení odpovědi na výzkumný problém, a to cíl teoretický a výzkumný. Teoretický cíl práce je specifikovat průběh fyziologicky a farmakologicky vedeného porodu, upřesnit možnosti přístupů vedení porodu, popsat psychologické aspekty těhotenství, porodu a šestinedělí, popsat právní rovinu z hlediska porodníků i rodiček a uvést poznatky o problematice porodnického násilí. Výzkumný cíl má zjistit, zda je porodnické násilí mýtus nebo realita českého porodnictví. Pro dosažení cíle byly zvoleny tyto dílčí cíle:

1. Zjistit, jak je vnímáno porodnické násilí z pohledu rodiček.
2. Zjistit, jak je vnímáno porodnické násilí z pohledu porodních asistentek.
3. Zjistit, co ovlivňuje postoje vnímání porodnického násilí rodičkami a porodními asistentkami.

1.2 Metody k dosažení cíle

Teoretická část vychází ze zpracování rešerše odborné literatury, dostupných výzkumů provedených na dané téma a odborných článků.

Výzkumná část je pojata jako kvantitativní průzkumné šetření. Jako metoda sběru dat byly zvoleny nestandardizované dotazníky s uzavřenými otázkami, které byly určeny pro ženy, které rodily v posledních pěti letech v porodnici, a pro porodní asistentky s praxí na porodním sále alespoň pět let. Následně byla provedena statistická analýza a komparace názorů obou skupin. Průzkumné šetření probíhalo v období od prosince 2023 do února 2024. Dotazníky byly zcela anonymní a dobrovolné. Distribuce dotazníků probíhala metodou Snowball a oslovením cílových skupin prostřednictvím sociálních sítí. Dotazníky jsou součástí příloh diplomové práce.

TEORETICKÁ ČÁST

2 FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ A POROD

Těhotenství představuje vývojovou krizi v životě ženy. Je to období výrazných změn. Žena se učí a přivyká nové životní roli. Tato fáze nevyrovnanosti vede k pocitům strachu a úzkosti a často nostalgii po způsobu života, jaký byl, a nedá se už bezesbytku vrátit. Psychické změny v těhotenství jsou ovlivněny na jedné straně fyzickými změnami, ale i sociálními a ekonomickými faktory. Tyto změny se dějí všem těhotným bez ohledu na to, zda je těhotenství vytoužené či nikoli (Slezáková, 2017).

Těhotenství je pro mnoho žen plné nejistoty. Míru stresu ovlivňuje osobnost a charakter partnerů, skutečnost, zda má těhotná funkční vztah, věk těhotné a míra informací o průběhu těhotenství a porodu. Míru stresu v těhotenství ovlivňuje také spánek ženy, vlivem progesteronu se relaxuje hladká svalovina, to způsobuje výskyt somatických obtíží, jako je nauzea, zvracení, otoky a varixy dolních končetin, bolest zad, obstipaci a zhoršenou hybnost (Hájek, 2014). Koncem těhotenství sílí obavy z průběhu porodu. Velmi žádoucí je účast na psychoprofylaktické přípravě. Lékař, porodní asistentka nebo jiný odborník nemůže ale slíbit něco, co nelze splnit. Přílišné zdůrazňování bezbolestného porodu v průběhu přípravy posléze vede k pocitu zrady a dalším psychickým potížím. Na ženu příznivě působí, pokud ví, co ji přesně čeká, a zná osobně porodníka, který ji porodem provede. Bolestivost porodu ovlivňuje nejenom zralost ženy, ale i vztah k partnerovi, pocit osamělosti. Péče o psychické blaho těhotné, její klid a respektování jejích požadavků patří k základnímu chování rodiny i společnosti. Je ovlivněno vzděláním, mírou empatie k bližnímu a může podstatně ovlivnit průběh gravidity a porodu (Tošner, 2014).

Období těhotenství¹ dělíme do tří trimestrů². Počet předchozích porodů a jejich průběh je důležitý pro stanovení strategie nynějšího porodu (Slezáková, 2017). Délka těhotenství se udává v ukončených týdnech a dnech. Je důležité se tohoto držet, aby nedošlo v klinické praxi k nedorozumění, ve kterém gestačním stádiu se gravidita nachází. V každé fázi gravidity je rozdílná klinická problematika. Otázka délky těhotenství nastane většinou až v druhé polovině těhotenství při hrozícím předčasném porodu nebo při přenášení (Hájek, 2014). Znamky

¹ Těhotenství je stanoveno na 280 dnů, tedy 40 ukončených týdnů, 10 lunárních měsíců.

² I. trimestr se počítá do konce 12. t. t., II. trimestr do 27. t. t. a III. trimestr začíná po 27. t. t. a končí porodem.

těhotenství vycházejí ze změn jednotlivých orgánů. Častými prvními příznaky bývá vynechání menstruace, zvýšená citlivost v prsou a nauzea, zvýšená frekvence močení, únava, později se přidává vnímání pohybů plodu. Diagnostika se opírá o hodnoty hCG, ultrazvukovou diagnostiku a vaginální vyšetření. Smyslem prenatalní péče je zabezpečení těhotné ženy, důsledná prevence možných chorobných stavů a jejich včasný záchyt. Těhotenství se rozděluje do tří skupin, a to těhotenství s malým, středním a vysokým rizikem (Slezáková, 2017).

Těhotenství s malým rizikem je bez rizikových faktorů v anamnéze, výsledky z průběhu těhotenství jsou v normě. Dispensární péče je prováděna do 28. týdne těhotenství v intervalu 4–6 týdnů. Do 36. týdne těhotenství v intervalu 3–4 týdny a od 37. týdne těhotenství každý týden. Těhotná může být předána na pracoviště, kde bude probíhat porod, nebo může zůstat do termínu porodu sledována obvodním gynekologem. Těhotenství se středním rizikem mají zatíženou anamnézu rizikovými faktory. Výsledky z průběhu těhotenství jsou v normě, ale vyžadují opakování. Toto těhotenství je rizikové a frekvence návštěv u gynekologa se odvíjí od zdravotního stavu těhotné. Těhotenství s vysokým rizikem je charakterizováno přítomností patologických laboratorních či klinických hodnot. Mohou, ale nemusí mít zatíženou anamnézu a toto těhotenství se klasifikuje jako patologické. Péče o takovou těhotnou je velmi individuální (Marešová, 2021).

Na konci těhotenství je zahájen proces biologické přípravy k porodu těhotné i plodu. Projevuje se postupným nárůstem děložní motility a vede k rozvoji podprahové děložní činnosti s nízkou amplitudou, označované jako Braxton–Hicksovy kontrakce. Děložní činnost je možné zaznamenat již od 20. týdne těhotenství. Je však nízké intenzity a s několikahodinovými intervaly. Od 39. týdne těhotenství kontrakce zesilují, dosahují již prahu vnímání a jsou označovány jako dolores praesagientes. V tomto období klesá děložní fundus, mění se tvar, konzistence a uložení děložního hrdla a také stupeň vyklenutí přední poševní klenby. V průběhu gravidity prochází děloha stádiu relaxace, aktivace a manifestace. Tento multifaktoriální děj se uplatňuje na rozvoji dolního děložního segmentu a zahájení první doby porodní. Porodník musí toto období plně využít k vytvoření optimálních podmínek pro začátek porodu, je oprávněně nerespektovat tyto procesy pouze v případech lékařské indikace pro ukončení těhotenství (Roztočil, 2017).

2.1 Mechanismus porodu

Porod je každé ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého plodu. Za narození živého plodu považujeme vypuzení nebo vynětí plodu z těla matky, bez ohledu na délku trvání

těhotenství, jestliže plod po narození projevuje alespoň jednu ze známek života, jako je dech, srdeční činnost, pulzace pupečníku nebo pohyb kosterního svalstva. Porod mrtvého plodu považujeme za plod, který se narodí bez známek života a váží více než 500 g, nebo narozený po 22. týdnu těhotenství (Srp, 2014).

Porod do 37. týdne těhotenství považujeme za předčasný, partus praematurus. Dalším kritériem je hraniční porodní hmotnost plodu do 2500 g. Porod v řádném termínu je od 38. do 41 + 6 týdne těhotenství. Hovoříme tedy o partus maturus. Porod po 42. týdnu těhotenství je v dnešní době nepřekročitelný (Marešová, 2021). Porody se dělí na porody fyziologické, ty probíhají přirozenými porodními mechanismy, a porody patologické, které jsou ovlivněny situacemi, které vedou k rozvoji patologie, a je nutné je bezprostředně aktivně řešit. Porod spontánní klasifikujeme jako ten, který začal na podkladě přirozených pochodů organismu ženy a probíhá bez zásahu porodníka. Porod medikamentózní je porod spontánní, kdy byly rodičce aplikovány léčebné prostředky pro koordinaci děložní činnosti, zmírnění bolesti, ovlivnění třetí doby porodní, nebo také porod indukovaný, tzn. porod uměle vyvolaný prostaglandiny či oxytocinem či jiným medicínským zásahem. Dále rozeznáváme porody operativní, kdy z indikace ohrožení života matky, plodu, či obou musí být těhotenství ukončeno vaginální či abdominální operací. V porodnictví popisujeme tři doby porodní³. Doba poporodní se popisuje jako IV. doba porodní (Kobilková, 2005).

I. doba porodní

V této porodní době se soustředíme na somatický a psychický stav rodičky, uložení plodu v děloze, na funkci fetoplacentární jednotky a progresy porodu. Zde je nutné naslouchat přání rodičky a jejího partnera, vytvořit si mezi sebou důvěru a vcítit se do jejich rolí (Čech, 2014).

Porod tedy začíná nástupem pravidelných děložních kontrakcí nebo odtokem plodové vody s nástupem děložní činnosti do jedné hodiny od toho. Toto se děje u 10–15 % žen. Děložní činnost vede k rozvoji dolního děložního segmentu a děložního hrdla. Frekvence kontrakcí je zpočátku 1–2 za 10 minut. Faktory, které ovlivňují děložní činnost, jsou mechanické, endokrinní a neurogení. Mezi mechanické faktory patří Fergussonův reflex, tzn. zvýšený tlak na dolní děložní segment, a cervix na konci těhotenství, který dráždí sakrální nervové receptory.

³ I. doba porodní je nazývána jako otevírací, II. doba porodní jako vypuzovací a ve třetí době porodní se rodí placenta s plodovými obaly.

Hamiltonův manévr je mechanické obkroužení vnitřní strany branky porodníkem. Dále pak dirupce vaku blan, hlavička plodu zde více tlačí na nervové receptory dolního děložního segmentu. Na faktorech endokrinních se podílí hormony oxytocin, prostaglandiny, estradiol a gestageny. Estradiol stimuluje syntézu prostaglandinů, kontraktilních proteinů atomyozinu a tropomyozinu ve svalových buňkách myometria. Je to energetický zdroj svalové buňky. Oxytocin pozitivně ovlivňuje stimulaci prostaglandinů, snižuje potenciál svalové buňky, tudíž se bezprostředně podílí na rozvoji svalové kontrakce. V průběhu porodu je oxytocin sekretovaný v impulzech se vzrůstající frekvencí. Prostaglandiny podmiňují změknutí a prosáknutí cervixu. Při degeneraci choria pronikají postupně deciduou až do myometria a senzibilizují myometrium na oxytocin. U faktorů neurogenních se uplatňují reflektorické impulzy, které vychází z děložních enteroreceptorů do hypotalamu, kde stimulují zvýšenou tvorbu oxytocinu (Marešová, 2021). Pozornost soustředíme na srdeční ozvy plodu, provádí se intermitentní monitorace pomocí kardiokografu, tzn. každé 2–3 hodiny cca 30minutový záznam za předpokladu, že má rodička pravidelnou děložní činnost. V případě rizikového, patologického těhotenství a porodu se kardiokografický záznam provádí kontinuálně. V první době porodní sledujeme progresy nálezu na děložním hrdle vaginálním vyšetřením každé 3 hodiny, při výrazné děložní činnosti častěji. Dále sledujeme vaginální krvácení. Krvácení vyvolané progresí nálezu na brance je fyziologické. Silné krvácení je však známkou patologie a vyžaduje další vyšetření. V průběhu první doby porodní se monitoruje vstupování hlavičky, vyprazdňování, především močení, fyziologické funkce matky, hradí se energetické ztráty, snižuje se bolest rodičky. Nadměrná bolest je negativním faktorem a má se tlumit. Při stagnujícím nálezu se indikuje aktivní přístup vedení porodu. První doba porodní by neměla přesáhnout 12 hodin (Roztočil, 2017).

II. doba porodní

O druhé době porodní mluvíme ve chvíli, kdy je branka děložní zaniklá a plod prostupuje měkkými i tvrdými porodními cestami. Spontánní porod plodu probíhá nejčastěji v poloze podélné hlavičkou (Srp, 2014).

Zde přichází na řadu zapojení břišního lisu, který je velmi důležitý k vypuzení plodu z dělohy. Rodička může začít vypuzovat plod jen v případě, pokud je branka děložního hrdla plně zašlá, hlavička vstoupí do pánevní úžiny a šev šípový je zrotován do přímého průměru. Při porodu hlavičky či konce pánevního je nutné chránit hráz a přilehlé části pochvy před vznikem trhlin a současně pomáhat správnému mechanismu při porodu hlavičky. Hráz je nutné chránit tehdy, když hlavička zůstává v polootevřené vulvě a nevrací se zpět do pochvy. Během kontrakce se

snažíme přetáhnout hráz přes rodící se hlavičku plodu. V případě hrozící ruptury hráze se provádí epiziotomie. Po porodu hlavičky následuje zevní rotace, která probíhá většinou samovolně. Následně se porodí přední raménko plodu až po úroveň hypomochlionu, tzn. úpon m. deltoideus. Následuje porod zadního raménka, při kterém je nutné chránit opět hráz rodičky. Při porodu ramének je vhodné použít hmat Riebmont Dessaignes Lepage jako prevenci dystokie ramének. Po porodu plodu se dítě položí na hrudník matky, kde se nechá dotepat pupečník před jeho přestřížením. V této chvíli probíhá bonding⁴ a doporučuje se milking⁵. Délka druhé doby porodní by měla trvat jednu hodinu (Roztočil, 2017).

III. doba porodní

Ve třetí době porodní probíhá retrakce dělohy, která probíhá v celé děložní stěně. Děloha se přizpůsobuje výraznému snížení obsahu. Po určité klidové fázi od druhé doby porodní se dostaví contrationes ad secundinas. Při tom se zpřetrhají uteroplacentární septa a cévy a vznikne uteroplacentární hematom. Placenta se odlučuje v různých mechanismech⁶. Třetí doba porodní trvá obvykle do 30 minut, pokud rodička nekrváčí. Po odloučení placenty a plodových obalů se děloha plně retrahuje. Tato doba se vede aktivně podáním uterotonik, zintenzivní se tím fyziologická ligatura uterinních cév, takže se sníží krevní ztráta a napomáhá retrakci dělohy, placenta se snáz odloučí. K samotnému porození placenty stačí sekundární kontrakce a lehké zapojení břišního lisu. Pokud nedorazí k vypuzení placenty, lze uplatnit Baerův hmat, mírný tlak hřbetem ruky na děložní fundus. K odloučení plodových blan se využívá Jacobsův hmat. Při zrodu placenty se s ní šroubovitě otáčí, aby se pohodlně odloučily i plodové obaly. Bezprostředně po porodu placenty se kontroluje její celistvost. Při průkazu reziduí se indikuje revize děložní dutiny (Marešová, 2021).

IV. doba porodní

Období bezprostředně po porodu, kdy se ošetří případná porodní poranění na hrázi, pochvě a děložním hrdle. Staví se krvácení a stanoví se krevní ztráta, u fyziologického porodu je do 300 ml, probíhá odběr pupečnickové krve k laboratornímu vyšetření, provede se toaleta zevních rodidel, sledují se fyziologické funkce matky, po ošetření novorozence probíhá první přiložení dítěte k prsu matky (Roztočil, 2017). Přiložení novorozence k prsu matky by mělo proběhnout

⁴ Bonding je proces, kdy se bezprostředně po porodu rozvíjí vztah mezi matkou a dítětem, skin to skin.

⁵ Milking je technika, kdy se pomocí pupečnicku manuálně přesune placentární krev do plodu.

⁶ Typy odlučování placenty dle Boldelocquae-Schultzeho, Duncana a Gessnera.

nejlépe v první půlhodině po porodu, nejpozději do dvou hodin od porodu. První přiložení má význam pro tvorbu mateřského mléka a nástup laktace (Kelnarová, Matějková, 2014). Novorozenec se uloží na nahý hrudník nebo břicho matky a aktivně přisátý k prsu matky zůstává alespoň hodinu. Poté přichází na řadu vážení, měření a celkové ošetření fyziologického novorozence (Chovancová, 2017). Pacientka je monitorována 2–3 hodiny na lůžku na porodním sále a poté odchází na oddělení rooming-in⁷. Somestetický styk a čichové podněty mají velký význam, poněvadž dítě rozezná pach matky a podle něj hledá prs. Rooming-in slouží k všeobecnému rozvoji dítěte a upevňuje se vzájemný vztah s matkou (Kelnarová, Matějková, 2014).

Šestinedělí

Šestinedělí trvá z pravidla šest týdnů po porodu. Konec šestinedělí je individuální a končí až po poporodních involučních změnách v organismu matky a navrácení menstruačního cyklu. To je však závislé na frekvenci a délce laktace. Většina fyziologických funkcí se v průběhu šesti týdnů vrátí do normálu, s výjimkou psychického stavu ženy a kardiovaskulární funkce. Ty mohou přetrvávat až několik měsíců po porodu. V průběhu šestinedělí dochází v organismu ženy k involučním a progresivním změnám. Involuční změny vrací tělo funkčně i anatomicky na úroveň předporodní. Nikdy však nevrátí tělo ženy do stavu před těhotenstvím. Nastupuje laktace. Endometrium se po porodu placenty diferencuje na dvě vrstvy. Vrstva povrchová nekrotizuje a je vyloučena z dělohy ve formě lochií (Čech, 2006). Doporučená délka hospitalizace v porodnici je 3 až 5 dnů. Je odvozena od průběhu porodu, zda byl porod veden spontánně nebo císařským řezem, a dle stavu novorozence. Zdravého novorozence je možné propustit z porodnice dle doporučení České neonatologické společnosti po 72 hodinách. Další alternativou bývá ambulantní porod, kdy žena setrvává v porodnici po porodu jen minimální dobu. Může odejít po 2–24 hodinách od porodu dítěte (Marešová, 2021).

⁷ Rooming-in je metoda, při které je novorozenec neustále v přítomnosti matky.

3 PŘIROZENĚ VEDENÝ POROD

Současná společnost věnuje svoji pozornost těhotenství a porodu mnohem více než kdykoli předtím. Česká republika se díky nízkému procentu perinatální mortality řadí mezi nejvyspělejší na světě. Rodička má však ale své bio-psycho-sociální potřeby a v situaci, kdy je porodnictví postaveno čistě na medicínských praktikách, bez respektu k těmto potřebám, se zdá být v současnosti již neudržitelné (Roztočil, 2017).

Od 80. let 20. století proniká do porodnictví množství „alternativních“ metod vedení porodu, které se až do současnosti stále rozvíjí. Rozvoj těchto metod začal především po roce 1989, kdy došlo k prolomení informačních bariér a laická veřejnost se dostala k množství porodnických informací. V socialismu bylo vedení porodu velmi jednoduché, porod byl řízen tou nejvyšší autoritou, a tudíž lékařem, porodní asistentka byla vykonavatelem jeho příkazů a rodička udělala nejlépe, když poslechla. Na její přání, pocity a celkovou psychologii její osobnosti nebyl brán ohled. Tomuto nalinkovanému systému se říkalo „bezpečné lékařské vedení porodu“. Situace se však celospolečensky změnila a máme nový systém liberální společnosti, a tím se mění porodnické myšlení, které postupně proniká do praxe. Dnes jsou veřejně dostupné informace o porodnictví, které jsou medicínské, založeny na důkazech, až po různé názory jedinců na internetu. Je nutné vybrat z množství informací s rozmyslem tak, aby byly splněny podmínky lege artis, byly uspokojené touhy těhotné, rodičky a nedělky, dále otce dítěte a dalších příbuzných, kteří se cítí být zaangażováni do těhotenství, a v neposlední řadě, aby byly také splněny potřeby porodních asistentek. V dnešní době hlavním činitelem v určení strategie porodu není lékař ani porodní asistentka, kteří se řídí doporučeným postupem porodu, avšak rodička. Klientek, které si přejí lékařsky vedený porod, tzn. kontinuální sledování porodní asistentkou i porodníkem, ubývá. Přibývá klientek, které chtějí родit maximálně přirozeně. Ženy, které vyžadují přirozený porod, chápou, že při vzniku komplikací je nutné přejít k medicínským postupům vedení porodu. Pravidla přirozeného vedení porodu se již dostávají do popředí učebnic moderního porodnictví. To je totiž jediná alternativa, jak odradit ženy před riskantním porodem v domácím prostředí (Čech, 2014).

3.1 Autonomie ženy

Trend medikalizace moderního porodnictví je jistě přínosný a patří do současné doby, díky tomu se ale vytrácí možnost nechat volný průběh přirozenému procesu, fyziologickému porodu. Toto je diskutované téma mezi těhotnými ženami i odbornou veřejností. Ženy přicházejí

k porodu jako zdravé ženy a chtějí také jako zdravé porodnici opustit. Je pro ně velmi důležité být součástí péče a svobodně rozhodovat o svém těle.

Klíčovým faktorem v péči o rodičku během porodu je respektování autonomie ženy. Autonomii ženy lze definovat jako respektování integrity hodnot, víry, perspektivy jejích zájmů, používání pouze takových klinických strategií, které mohou být realizovány s jejím souhlasem a na základě informované volby. Postoje k rodící ženě a průběhu porodu se v průběhu jednotlivých historických období změnily. V minulosti byl porod posuzován jako fyziologický proces, který nevyžadoval žádné medicínské zásahy. Průběh porodu určovaly přírodní síly a byl tradičně ženskou a společenskou událostí za pomoci porodní báby a dalších žen, které se vzájemně znaly. Ve druhé polovině 20. století, kdy se masivně rozvinul obor gynekologie a porodnictví, se díky technologiím stal porod předmětem lékařské pravomoci. Porodní asistentky byly z tohoto medicínského procesu vytlačeny medicínou a ženy byly zatlačeny do lékařského modelu péče. Zde se stal přerod v porodních praktikách a v koncepci těhotenství a porodu obecně. Bylo dosaženo zlepšení zdravotního stavu matek a globálně se snížila jejich úmrtnost, avšak na porod se nahlíželo spíše jako na medicínský problém než na přirozený stav. Proces medikalizace přinesl do porodnictví nedostatečnou komunikaci ze strany zdravotníků a popření možnosti ženy kontroly nad svým tělem. Nezahrnuje holistický přístup, který bere v úvahu i vůli ženy. Konceptualizace těhotenství a porodu jako rizikového stavu je příčina technologického rozvoje v gynekologii a porodnictví. To spolu s intervencemi lékaře poskytuje ženám pocit kontroly nad možnými riziky. Mezi nejčastější intervence patří kardiokografie, epidurální analgezie, indukce porodu, amniotomie, epiziotomie a elektivní císařský řez. To postavilo rodící ženu do role pacientky. Je ale nutno říct, že výše uvedené intervence v opodstatněných případech mají v porodnictví své nezastupitelné místo. Dalším trendem dnešní doby je humanizace porodu, navrátit do porodnic přirozené porody, avšak se všemi výdobytky moderního zdravotnictví. Je potřeba zabránit nepříznivým účinkům medicínských zásahů a podpořit přirozené procesy zrození. Humanizace porodu tedy znamená pochopení toho, že rodící žena je lidská bytost. Zkušenost z porodu by ji měla naplňovat a posilovat. Žena se stává centrem porodu a kontroly nad vším, co se s ní stane (Mazúchová, Porubská, 2022). Roztočil doporučuje pro podporu autonomie ženy dodržovat následující zásady vedení přirozeného porodu v porodnici. Je třeba usilovat o dialog a empatickou komunikaci, zohledňovat individuální přání a potřeby rodičky i novorozence po celou dobu pobytu v porodnici, informovat pravidelně a srozumitelně o všech úkonech v poskytování péče, respektovat intimitu a soukromí ženy, sledovat a implementovat nejnovější odborná

doporučení. Dále navrhuje veškeré lékařské zásahy a medikace provádět pouze v opodstatněných případech a vždy se souhlasem rodičky, nezpoplatňovat přítomnost osoby blízké u porodu, volbu porodní polohy nechat na rodičce, zajistit nepřetržitý kontakt matky s novorozencem po porodu i na oddělení šestinedělí a v maximální možné míře podporovat kojení. Smyslem těchto zásad je šíření myšlenky i praxe, že v porodnici se dá родit přirozeně a zároveň bezpečně s respektem k individuálním potřebám rodičky i novorozence (Roztočil, 2017).

V průběhu porodu se žena potřebuje cítit v bezpečí a mít okolo sebe respektující a podporující prostředí. To zajistí nejen personál porodnice, partner nebo jiný doprovod, ale přínosem může být i škála podpůrných technik, metod či pomůcek, které jsou porodnice schopné poskytnout. Psychologická podpora ženy je nedílnou součástí porodu a má za úkol zmírnit bolest a usnadnit průběh porodu. Personál nemocnice by měl ženu i partnera seznámit s vybavením a procedurami, které zařízení nabízí, jejich použití v průběhu porodu i při možných komplikacích. Žena by si měla pečlivě zvolit místo porodu, které pro ni bude mít nejvhodnější podmínky. Nejvýznamnější metodou psychologické podpory ženy je psychoprofylaxe. Cílem předporodní přípravy je seznámení rodičky s průběhem porodu, fyzicky ji připravit na porod a eliminovat strach z neznámého prostředí (Bašková, 2015).

Podstatou je u ženy vytvořit reflex aktivního soustředění se na jiné podněty, a to dýchání a svalovou relaxaci. Podpůrnou metodou může být audioanalgezie, která potlačuje porodní bolest změnou aktivity mozkové kůry, podstatou je dráždění sluchového centra během kontrakce. Akupunktura spočívá v aplikaci tenkých jehel do specifických bodů na těle ženy, používané často spolu s akupresurou, tzn. fyzický tlak na akupresurní body na těle ženy, to však zmírňuje bolest u bílé rasy pouze o 5 %, fytoaterapie, vtírání olejových roztoků do kůže anebo aromaterapie, u které se vdechují bylinné extrakty. Dále pak hypnóza, tzn. změněný stav vědomí, je účinná u 25 % žen. Elektroanalgezie je metoda využívající proměnlivých elektrických stimulů na kůži. Hydroanalgezie tlumí bolest pomocí vody. V dnešní době se začaly relaxační koupele používat opět ve zvýšené míře, dále mezi hydroanalgezií patří intradermální injekce a porod do vody (Pařízek, 2012). Při porodu se používají alternativní polohy rodičky a úlevové techniky, jako je masáž a relaxace. Odstupuje se od klasické gynekologické polohy na zádech. Chůze, sed nebo použití relaxačního balónu pomáhá nejen od bolesti, ale i prostupu hlavičky do pánevních rovin (Balaskas, 2010).

Polohování ženy při porodu

Výběr ideální polohy závisí na individuálních potřebách matky, poloze dítěte a průběhu porodu. Je vhodné kombinovat různé polohy během porodu, aby se dosáhlo kýženého efektu. Je velmi důležité, aby byla rodička edukována o možnostech polohování s porodní asistentkou nebo lékařem a vybrala si tu, která jí bude aktuálně nejvíce vyhovovat a je bezpečná jak pro ni, tak pro dítě (Dušová, 2019). Možnosti polohování ženy při porodu jsou poloha gynekologická na zádech, dítě zde prochází porodními cestami proti gravitaci a je nutný větší výkon břišní stěny. Poloha na boku je výhodná pro centraci dítěte do porodních cest, podporuje se vnitřní rotace plodu. Vertikální polohy mohou pomoci postupu porodu díky gravitaci. Prostor v pánvi se zvětší a je umožněna mobilita pánve a plod se může dostat do lepší polohy pro průchod pánví. Polohy vertikální mohou zvýšit pocit spokojenosti a pozitivního zážitku z porodu. Dále pak poloha vkleče nebo vsedě na porodní židli (Hudáková, 2017).

Porodní přání

Porodní přání může být nápomocné ke spoluúčasti rodičky nad kontrolou porodního procesu. Dříve byl užíván termín porodní plán, v současnosti je však preferovaný termín porodní přání z důvodu, že v porodnictví se nic, kromě plánovaného císařského řezu, nedá naplánovat. Porodní přání zachycuje očekávání ženy nad vlastním porodem a může zahájit komunikaci mezi těhotnou a porodníky, a tak jí poskytnout dostatek informací o nadcházející péči. WHO podporuje používání porodních přání, protože podporují přirozený porod a pomáhají se vyhýbat rutinním zákrokům, jako je včasná amniotomie nebo třeba epiziotomie (Mazúchová, Porubská, 2022).

Porodní přání slouží k ujasnění si představy o porodu a stanovení si priorit. Jsou tři typy žen. Ženy, které se nechtějí podílet na rozhodování v průběhu porodu, spoléhají na technické vybavení porodnice, kompetentní personál, kterým se nechají vést a zcela se podřídí chodu porodnice. Ženy, které mají jasnou představu o přirozeném porodu bez jakéhokoli zásahu, s různými jinými speciálními požadavky, které jim v prostředí porodnice nechtějí nebo nemohou splnit, a proto volí porod v domácím prostředí. Největší je skupina žen, která by ráda prožila přirozený porod v porodnici, na který bude vzpomínat zbytek života. Ty si často píšou porodní přání, kterým je nutné se pečlivě věnovat, abychom předcházeli prioritě porodu doma (Štromerová, 2010). Porodnický personál se v názorech na porodní přání liší. Jedna strana je podporuje a druhá tvrdí, že jde o nerealistická očekávání nepředvídatelného procesu. Mezi zdravotníky a těhotnou často vzniká napětí, jehož příčinou je nenaplnění očekávání rodičky

a na obou stranách vzniká pocit nedůvěry (Grant et al., 2010). Porodní přání jsou mnohdy neúčinná při dosahování jejich cílů. Mohou odrážet zastaralé obavy z rutinních postupů, nebo příliš zdůrazňovat malé záležitosti. Nejeftektivnějším využitím by měla být jeho včasné konzultace. Setkání a komunikace o požadavcích nabízí možnost budování důvěry. To slouží jako preventivní opatření konfliktů, které mohou vzniknout v průběhu porodu (Debaets, 2017).

Doprovod rodící ženy

Přítomnost otce u porodu má velký význam. Muž během porodu matku konejší a povzbuzuje, pomáhá zmírnit bolest a dodává jí sílu. V některých situacích je tlumočnickem mezi rodící ženou a zdravotníky (Kopřivová, 2007). Otec prožívá porod svého potomka od první chvíle a vzniká mezi nimi silné citové pouto. K výhodám přítomnosti otce u porodu patří především opora citová a společenská, zajišťuje rodiče komunikaci s rodinou a eliminuje pocit osamělosti. Může se aktivně účastnit zmírnění bolesti v první době porodní, například masáží rodící ženy, stará se o její pohodu a ochraňuje její práva. Naopak mezi nevýhody přítomnosti otce u porodu považujeme fakt, že žena je při porodu jak po fyzické, tak i psychické stránce v situaci, která je velmi vzdálená mužskému světu. V případech, kdy dochází k nečekaným komplikacím porodu, otec může být pro porodnický tým přítěží. Muž slabší povahy často omdlí a způsobí tak další starosti personálu. Sledování komplikovaného porodu může být pro muže velmi traumatizující, což může výrazně ovlivnit vztah k partnerce, především v sexuální oblasti (Kelnarová, Matějková, 2014).

Přítomnost duly u porodu je pro mnoha žen velmi přínosná. Dula nepečuje o ženu po zdravotní stránce, nýbrž po té citové a duševní v těhotenství, během porodu i v šestinedělí (Kelnarová, Matějková, 2014).

Aromaterapie

Aromaterapie je léčba pomocí éterických olejů. Činné látky v olejích se přenášejí krví do celého těla a ovlivňují chemické procesy. Je ale nutné znát jejich výhody i nevýhody. Mezi způsoby aplikace patří inhalace pomocí aromalampy, inhalátoru či kapesníku. Vdechováním vůně dochází ke zmírnění stresu a napětí. Při perkutánním podání, tzn. masáž, koupel či obklady, pronikají esence do těla přes pokožku. Perorálně se podávají bylinné nálevy či odvary. Lze při porodu použít šampon, mýdlo, krém s přidanou vonnou silicí. Nejúčinnější je aromaterapeutická masáž, kdy se účinné látky vstřebávají kůží a zároveň rodička inhaluje

éterický olej. K porodu lze nejlépe využít heřmánek, levanduli, rozmarýn, šalvěj, kadidlo nebo majoránku sladkou (Zigová, 2009).

Terapie barvami

Barvy ovlivňují náladu a schopnost se koncentrovat. Vhodně zvolené barvy na porodním sále ovlivňují psychiku ženy a vyvolávají fyzické změny, například zvýšenou činnost mozku nebo tachykardii. Modrá barva zmírňuje bolest, zelená uklidňuje, červená dodává sílu a odvahu, bílá je symbol čistoty (Zigová, 2009).

Porod do vody

Voda má uvolňující a analgetické účinky a je další variantou pro porod. Porodnice musí splňovat mimo hygienických pravidel i určitá kritéria pro vedení porodu do vody. Mezi nejdůležitější patří porod v termínu, plod musí být zdravý a těhotenství fyziologické. Nesmí být použita žádná analgetika. Rodička musí podstoupit klyzma, aby voda v průběhu porodu nebyla kontaminována. Při porodu by měl být přítomen proškolený personál, porodník, porodní asistentka, pediatr a neonatologická sestra. Nejméně však dvě osoby, aby v případě potřeby mohly pomoci rodičce opustit vanu. Plod je monitorován pomocí speciálních sond určených do vody. Po porodu plodu je miminko zachyceno porodníkem a pomalu se položí do náruče matky (Bašková, 2015).

Balón

Sezení či mírné pohupování usnadní rodičkám v první době porodní uvolnit pánevní dno a zmírnit bolest zad. Je to velmi často používaná pomůcka v první době porodní. Rodička sedí na míči plnou vahou, celá chodidla jsou opřena o zem a přidržuje se postele nebo partnera (Zigová, 2009).

Porodnická stolička

Existuje mnoho druhů porodnické stoličky. Stolička má široce vykrojený sed v přední části. Stolička bez opěradla umožňuje pohybovat se do stran, dle potřeby rodící ženy. Opěradlo zase umožní ženě pohodlně se usadit nebo lze využívat stoličku s rozšířeným sedákem, kde je prostor pro partnera, který podporuje rodičku. Blízkost partnera zde hraje velkou roli, rodička se cítí v bezpečí. Stoličku lze použít v první době porodní, pro uvolnění pánevního dna s použitím bylinné vaginální napáčky nebo v druhé době porodní pro uvolnění porodních cest (Zigová, 2009).

Lano

Lano či žebřiny lze použít v první i druhé době porodní k zavěšení rodičky. Lze se provést v podřepu či vestoje, kdy dochází k uvolnění především svalů křížové oblasti zad a pánevního dna. Zde rodička nepotřebuje žádnou asistenci (Zigová, 2009).

Rebozo

Tradičním mexickým šátkem porodní asistentka provádí jemné pohyby pro uvolnění celého těla ženy, ale především oblasti pánve. Rebozem lze zmírnit bolest rodičky a také napomoci plodu zrotovat správně hlavičku do pánevních rovin.

Podložka

Podložka se využívá v první i druhé době porodní k polohování pacientky. Může se zde volně pohybovat dle potřeby a různě využívat další pomůcky, například balón (Zigová, 2009).

Porodní vak či gauč

Poloha ve vaku je podobná jako na lůžku, ale vak ženě umožňuje mít nohy pevně na zemi, cítí se tak jistěji (Bašková, 2015). Trend dnešních porodnic je však speciální porodnický gauč, který maximálně podporuje přirozené polohy při porodu.

4 FARMAKOLOGICKÝ VEDENÝ POROD

Farmakologicky vedený porod je v kompetenci lékaře i porodní asistentky. Ti mají povinnost se celoživotně vzdělávat a nepřekračovat svoje kompetence. Medicínsky vedený porod je soubor opatření vycházející z nejnovějších poznatků, které vedou k bezpečnému porodu, průběh porodu se zkrátí a tiší se bolest matky. Důležitou součástí je zmírnění stresu rodičky (Binder, 2011).

Takto vedený porod je popisován jako aktivní zasahování lékaře do porodního děje. Z hlediska rodičky je takový porod porodem pasivním. Lékař a porodní asistentka jsou povinni dodržovat schválené medicínské postupy, využít všech dostupných diagnostických metod k odhalení ohrožení zdraví nebo života matky či plodu. Dle ÚZIS jsou při vaginálním farmakologicky vedeném porodu nejvíce podávány tyto skupiny léků – uterotonika v 86 %, spasmolytika ve 28 %, analgetika ve 13 %, analgetika opioidní v 9 %, antibiotika v 10 % (ÚZIS, 2023). Uterotonika vyvolávají pravidelné periodické kontrakce nebo kontinuální retrakci děložní svaloviny. Mezi ně patří oxytocin. Syntetický přípravek má shodné farmakologické vlastnosti jako endogenní oxytocin. Prostaglandiny vyvolávají děložní kontrakce, urychlují a indukují zrání hrdla děložního. Spasmolytika se aplikují k potlačení spasmů hladké svaloviny, obvykle se podávají v kombinaci s analgetiky pro lepší účinek. Dále se mezi užívaná léčiva řadí tokolytika, ta tlumí činnost dělohy (Pařízek, 2012).

ÚZIS uvádí jako nejčastější komplikaci při vaginálním porodu epiziotomii, dále poranění pochvy a poranění hráze I. stupně (ÚZIS, 2023).

Rodička i plod jsou během porodu kontinuálně monitorováni zdravotnickým personálem. U plodu se hodnotí CTG záznam, ozvy plodu a kontrakce děložní, fyziologické funkce matky a její celkový zdravotní stav. Uplatňují se zde metody porodnické analgezie. Trvale se sleduje psychický stav rodičky a je jí umožněna přítomnost doprovodu (Srp, 2014).

4.1 Vybrané nepravidelnosti a patologie v porodnictví

4.1.1 Předčasný porod

Jako předčasný porod se klasifikuje porod před ukončeným 37. týdnem těhotenství. Jako velmi nezralý plod se považuje plod s váhou pod 1500 g a jako extrémně nezralý plod s váhou pod 1000 g. Předčasné porody se až v 70 % podílejí na časně perinatologické úmrtnosti. Etiologie předčasného porodu je nejčastěji infekce, krvácení, vícečetné těhotenství, inkompetence hrdla

děložního, insuficience placenty, IUGR, VVV plodu. Jako epidemiologické faktory jsou považovány věk matky, její hmotnost a socioekonomický stav, nedostatečná prenatální péče, abusus návykových látek, nepříznivá anamnéza, nechtěná gravidita nebo psychologické faktory, které mohou ovlivnit vyvolání předčasného porodu (Koucký, 2014).

4.1.2 Předčasný odtok plodové vody

Předčasný odtok plodové vody je závažnou komplikací především v ranném stádiu gravidity a vede k předčasnému porodu. Zásadně ovlivňuje prognózu těhotenství a stav plodu. Vždy je nutné vyhodnotit, zda přístup k těhotné bude konzervativní anebo aktivní. Aktivní přístup je nutný vždy ve chvíli, když se objeví známky intraamniální infekce. Ta se projevuje zvýšenou tělesnou teplotou a CRP, leukocytózou. Těhotná může mít tachykardii a hypertonus děložní. Největším nebezpečím pro plod je rozvinutí syndromu fetální zánětlivé odpovědi neboli FIRS. PROM v ranném stádiu gravidity vede k rozvoji syndromu oligohydramnia, ortopedickým komplikacím, plicní hypoplazii či IUGR. Péče porodníků o těhotné s PROM se liší dle gestačního stáří. Od 34. týdne těhotenství se již těhotenství neudrzuje, případně se porod indukuje (Marešová, 2021).

4.1.3 Potermínové těhotenství

Těhotenství pokračující za hranici 42. týdne těhotenství se definuje jako potermínová gravidita. Termín porodu se stanovuje podle ultrazvukového vyšetření v I. trimestru. Počátek těhotenství počítaný dle menstruace může být zavádějící. Postmaturita neboli pozdní těhotenství je definováno jako období mezi 41 + 0 až 41 + 6 týdnů těhotenství.

Tato klasifikace se používá v hodnocení dysmaturního novorozence dle Cliforda. Zde se na stupnici přenošenosti hodnotí stav novorozence. Nejprve se projevuje suchou zvrásněnou kůží, dále zkalenou plodovou vodou a chronickou hypoxií a v posledním stupni tzv. Respiratory Distress Syndrome, křečemi, a nakonec úmrtím novorozence. Publikovaná data incidence výskytu je u 2,2 % až 14,9 % gravidit. Etiologie prodlouženého těhotenství jsou četné. Mezi tyto faktory patří dědičnost, snížení vaginálního fibrinogenu v 39. týdnu těhotenství, snížení sérových hodnot kortikotropin-releasing hormonu, mužské pohlaví plodu, obezita, multiparita, vyšší socioekonomický status, vrozená vývojová vada anencefalie. Přenášení plodu nese rizika pro matku i dítě. Z hlediska matky jsou to rizika jako protrahovaný porod, medikamentózní vedení porodu, použití forceps nebo vakuumextraktoru, císařský řez, vyšší frekvence závažného poporodního poranění, poporodní krvácení, poruchy pánevní statiky a inkontinence, dyspareurie. Rizika pro plod jsou placentární insuficience, hypertrofie nebo hypotrofie, vznik

hypoxie, asfyxie, dystokie ramének s následnou neonatální encefalopatií a dětskou mozkovou obrnou, vyšší perinatální mortalita a morbidita, zkalená plodová voda jako známka chronické hypoxie (Marešová, 2021).

Určený postup péče pro potermínové gravidity je, že do 40. t. t. je těhotná kontrolována v prenatální poradně každý týden. Po 40. t. t. se v prenatální poradně provede prohlídka dvakrát v týdnu, po 41 + 0 t. t. je pacientka předána do porodnice, kde se rozhodla родit, tam je ambulantně monitorována a je nutné podniknout kroky k ukončení těhotenství. Přirozeně pohlavním stykem nebo masáží bradavek, provedením Hamiltonova hmatu, anebo přistoupením na medikamentózní metodu, a to preindukci nebo indukci porodu. Do 42 + 0 t. t. musí být těhotenství ukončeno. Pokud není prokázána nedostatečnost fetoplacentární jednotky nebo závažná komplikace ze strany matky, není nutná hospitalizace matky s potermínovou graviditou (Hájek, 2014).

4.2 Indukce porodu

Preindukce a indukce jsou léčebné a preventivní metody, při kterých se uměle vyvolá porod. Tím se pozitivně ovlivní zdravotní stav matky nebo plodu či obou. Je nutné dbát na to, aby rizika vyplývající z indukce porodu nepřesáhlo předpokládaný benefit pro matku a plod (Roztočil, 2017).

Definice pojmů

Preindukce porodu neboli priming je soubor metod, které vedou k uzrání děložního hrdla. Tím se zvýší senzibilita mateřského organismu k indukčnímu preparátu. Tato metoda se indikuje v případě nutnosti ukončení těhotenství s nezralým vaginálním nálezem těhotné.

Indukce porodu je umělé vyvolání kontrakcí za účelem ukončení těhotenství. Indukce se provádí, pokud je děloha normotonická. Indukce se může provádět u živého plodu od 23 + 1 t. t. v indikovaných případech a u mrtvého plodu je hranice váhy plodu 1000 g a více (Roztočil, 2017).

Indikace indukce porodu

Důvody jsou lékařské, psychologické, sociální, geografické, ekonomické a další. Mezi nejčastější lékařské indikace k ukončení těhotenství je rizikový znak nebo patologický stav matky, plodu nebo obou. Dále potermínová gravidita po 41. t. t., předtermínový a předčasný

odtok plodové vody, všechny typy onemocnění diabetes mellitus, Rh-izoimunizace při stoupajícím titru protilátek, hypertenzní a renální onemocnění, nitroděložní růstová retardace plodu, a to při neúspěšné konzervativní terapii a prohlubování hypertrofizace, pokud jsou splněny podmínky vaginálního porodu u vícečetného těhotenství v 38. t. t., konec pánevní úplný nebo při naléhání hýžděmi v termínu porodu, pokud splňuje váhový odhad u primipar do 3500 g a multipar do 3800 g. Dále mrtvý plod, makrosomie plodu, zatížená porodnická anamnéza jako třeba dlouhodobě léčená sterilita, perinatologická ztráta v předchozím těhotenství, překotný porod (Hájek, 2014).

Kontraindikace indukce porodu

Mezi kontraindikace umělého vyvolání porodu patří kefalopelvický nepoměr, nezralé hrdlo děložní, akutní a chronická hypoxie plodu, akutní porodnické krvácení, stavy po rekonstrukčních operacích v malé pánvi, nezralost plodu, vývojové vady dělohy, karcinom v malé pánvi nebo stav po léčbě v remisi. Dále sem patří přecitlivělost na indukční preparáty, astma, glaukom, tuberkulóza, ulcerózní kolitida, vysoká multiparita, Rh-izoimunizace, vaginální infekce, operace na děloze, jako je myomektomie, nebo rodička po dvou a více císařských řezech (Hájek, 2004).

Metody indukce porodu

Pro stanovení postupu ukončení těhotenství slouží cervix skóre. Pokud je cervix skóre větší než 5, je se souhlasem těhotné indikovaná indukce porodu. Pokud je cervix skóre menší než 5 při fyziologickém těhotenství, jsou indikované přirozené metody preindukce. V případě, že je těhotenství rizikové, je indikovaná preindukce porodu s následnou indukcí. Patologické těhotenství je nutné ukončit dle stavu pacientky a funkce fetoplacentární jednotky. Přirozené metody preindukce jsou nechráněný koitus a masáž bradavek, ejakulát muže obsahuje prostaglandiny a frikční pohyby při pohlavním styku stimulují endogenní sekreci prostaglandinů z dolního děložního segmentu ženy. Mezi léčebné metody preindukce zahrnujeme Hamiltonův hmat, tzv. membrane stripping, dále hydrofilní cervikální dilatátory, které radikálně dilatují hrdlo děložní. Farmakologická indukce je zavedení prostaglandinů do zadní klenby poševní. Při nezdařilém pokusu se může opakovat, zavádění prostaglandinů se provádí za hospitalizace rodičky. Dále podání oxytocinu intravenózně či mechanická indukce amniotomií (Roztočil, 2017).

4.3 Farmakologické metody analgezie a anestezie

Těhotenství a průběh porodu jsou spojeny se značnými fyziologickými změnami, které mají velký význam pro porodnickou analgezi a anestezii. Vyžadují speciální postup nejenom z hlediska těhotné a rodící ženy, ale zohledňují se i účinky na plod a děložní činnost (Binder, 2011).

Farmakologická analgezie je způsob tišení bolesti pomocí medikace vpravované do těla injekčně či vdechováním. Je nutné, aby metoda tišení bolesti byla bezpečná pro matku i plod. Neměla by rodičce bránit v pohybu a podání by mělo být jednoduché a nenáročné. Inhalační anestezie představuje vdechování plynu, tato inhalační metoda je sedativní, relaxační i analgetická. Dále se používá anestezie regionální, infiltrační, pudendální, paracervikální, epidurální a subarachnoidální analgezie (Pařízek, 2012). Nejúčinnější a nejbezpečnější metodou je analgezie epidurální. Přechodným přerušením vedení nervových vzruchů se vyloučí bolestivé vjemy při děložních kontrakcích a hrdlo děložní se dilatuje. Je tak příznivě ovlivněna spolupráce s rodičkou, průběh porodu a poporodní adaptabilita novorozence po porodu. Indikace k podání epidurální analgezie jsou potlačení bolesti a zklidnění rodičky, urychlení první doby porodní přerušením reflexního spasmu děložního hrdla. Kontraindikace jsou odmítnutí klientkou, místní infekce, sepse nebo koagulopatie. Mezi specifické kontraindikace patří výhřez pupečníku, akutní hypoxie plodu (Binder, 2011).

Anestezie při porodu

Anestezie musí být účinná i bezpečná a musí minimalizovat útlum novorozence. Císařský řez, při kterém se anestezie využívá, je vzhledem k možnostem speciálních komplikací a ovlivnění dvou organismů velmi náročný úkol, který žádá zkušenosti. Volba anestezie závisí na indikaci k operaci, časové naléhavosti, přání rodičky a zkušenosti anesteziologa. Volba anestezie u plánovaného nebo neakutního císařského řezu je většinou neuroaxilární anestézie. Celková anestezie se provádí u kritických stavů, při ohrožení na životě matky či plodu (Pařízek, 2012).

4.4 Porodnické operace

Porodnické operace jsou soubor výkonů, které jsou prováděny v těhotenství, při porodu, v šestinedělí, v případě ohrožení zdraví nebo života matky, plodu či obou. Ve srovnání s jinými chirurgickými výkony má porodnická operativa svoje specifika. Především v tom, že jeden výkon ovlivňuje dva a více pacientů. Mnoho porodnických operací se provádí často z akutní

indikace při ohrožení života matky, plodu či obou. Tyto stresující situace se často podílejí na výskytu operačních komplikací. Porodnická operativa prodělala velký předěl, od vaginální operativy se ustupuje a prudce stoupá počet císařských řezů. Tím se mění spektrum komplikací, které se v praxi vyskytují. V klasifikaci rizik a komplikací se zohledňuje nejen matka a plod, ale i celý operační tým, a to nejen v oblasti somatické ale i sociálně psychologické. Je bezpodmínečně nutné, aby rodička byla seznámena se všemi riziky a možnými komplikacemi a podepsala informovaný souhlas. V praxi se tato dokumentace vede u velkých porodnických operací, jako je císařský řez či obrat plodu. Je ale jen otázkou času, kdy rodičky budou podepisovat informovaný souhlas s provedením epiziotomie. Komplikace jsou hodnocené z hlediska časového horizontu na časné a pozdní, podle stupně závažnosti na mírné, střední, těžké až fatální a v neposlední řadě se hodnotí komplikace způsobené zdravotníkem, tzn. iatrogenní. Komplikací ubylo tím, že se výrazně změnilo spektrum a frekvence vaginálních operací. Výjimkou je použití vakuumextraktoru, který téměř nahradil klešťový porod. Riziko při provádění klešťového porodu se výrazně zvýšilo hlavně z důvodu snížené erudovanosti lékařů. Císařský řez je dnes rutinní operace, při které se striktně dodržují opatření, která vedou ke snížení komplikací (Roztočil, 2017).

Sectio Caesarea

Císařský řez je porodnická operace, kdy je plod extrahován z dělohy abdominálně. Provádí se v případech, kdy by vaginální porod představoval riziko poškození matky nebo plodu (Roztočil, 2017). Dle Medical Tribune je podíl císařských řezů v České republice 26,8 %, to je pod průměrem Evropské unie, která čítá 30,8 % provedených řezů. Počet císařských řezů se liší mezi jednotlivými porodnicemi. Srovnání je však ale velmi hrubé. Zveřejněná data nejdou očistit od demografické struktury rodiček ani od komplikovanosti porodů (Čabanová, 2023). NZIP uvádí podíl provedených císařských řezů za rok 2022 v perinatologických centrech s intenzivní péčí ve 39,8 %, v perinatologických centrech s intermediální péčí v 18,9 % a porodnice základní úrovně péče provádí císařský řez ve 41,2 % (NZIP, 2024).

Vakuumextraktor

Vakuumextraktor je přístroj, který se používá k extrakci plodu z porodních cest trakcí tahem za pelotu vytvořením vakua uchyceného na hlavičce plodu. Použit vakuumextraktor lze v případě, kdy je hlavička vstouplá v pánevní šíři, branka je zašlá, voda plodová je odteklá a hmotnost plodu je nad 2500 g. Při pelotě o průměru 60 mm je možné použít sílu cca 22,6 kg. Uživeme-li

větší sílu, pelota se od hlavičky plodu odtrhne. Síla tahu je zde oproti porodnickým kleštím omezena, což je výhodou (Roztočil, 2017).

Forceps

Porodnické kleště slouží k extrakci plodu z porodních cest matky. Tuto porodnickou operaci je možné provést tehdy, pokud je hlavička plodu vstoupila do pánve velkým oddílem. Hlavička je fixovaná v porodních cestách, šev šípový v přímém nebo šikmém průměru, branka musí být zašlá, voda plodová odteklá a živý plod. V současné době použití kleští klesá, v některých porodnicích se už vůbec neprovádějí nebo jde jen o jednotky případů. Frekvence klešťového porodu v českých porodnicích je asi 1 % (Roztočil, 2017).

Epiziotomie

Nástřih hráze se provádí při prořezávání hlavičky plodu, při hrozící ruptuře hráze, která se projevuje napjatou anemickou kůží. Profylakticky jen před instrumentální extrakcí plodu. Výhody epiziotomie spočívají v urychlení druhé doby porodní, zamezení traumatizace hlavičky plodu, prevenci ruptury hráze, pochvy, struktur pánevního dna, sestupu rodidel a močové inkontinence. Lokální anestezie se neprovádí, protože v případě anemické hráze není nutná. Nástřih hráze se provádí mediolaterálně, mediálně, laterálně. V dnešní době je tendence snížit provádění epiziotomií na nezbytně nutné indikace. Nástřih se provádí u žen s rigidní hrází, která se často vyskytuje u starších primipar, při hrozící ruptuře hráze, při protražovaném porodu velkého plodu, při zúženém pánevním introitu, před naložením kleští či vakuumextraktoru, v případě hrozící intrapartální hypoxie. Možnosti snížení frekvence epiziotomií a možných následků skýtá perineální masáž od 34. t. t. Další možností je použití perineálního silikonového nafukovacího balónku. Tento zdravotnický prostředek lze použít v předporodní přípravě, po porodu a lze ho využít k léčbě inkontinence (Hájek, 2014). Epiziotomie je prováděna v podmínkách českého zdravotnictví ve 40–50 % případů, časté jsou však různé stupně trhlin a lacerací hráze. Tři měsíce po vaginálním porodu má 15 % žen močovou inkontinenci a 5 % anální inkontinenci. U extrakčních vaginálních operací, jako je vakuumextraktor nebo forceps, je toto procento vyšší. Pokud tyto potíže přetrvávají déle než 6 měsíců, je nutné započít diagnosticko-terapeutické opatření (Roztočil, 2017).

Amniotomie

Dirupce vaku blan neboli amniotomie je prováděna porodní asistentkou nebo lékařem za účelem indukce nebo akcelerace děložní činnosti. K provedení DVB se používá jedna branže

amerických kleští. Výkon se provádí vždy na vrcholu kontrakce. Je zde riziko poranění hlavičky plodu, prolaps pupečníku nebo infekce (Roztočil, 2017). Tento zásah je standardní praxí v mnoha zemích světa, některá centra doporučují amniotimii provádět rutinně u všech rodičích žen. Z provedených studií se ale neprokázaly benefity pro matku ani plod, první doba porodní se nezkrátí. Dle Smythe se provádění rutinní amniotomie nedoporučuje jako součást vedení fyziologického porodu (Smyth, 2013).

Expresse

Pomoc rodiče při tlačení v II. době porodní, dříve popisována jako Kristellerova exprese, je náhradou slabého břišního lisu a nedostačujících děložních kontrakcí matky v II. době porodní. Tlak dlaně porodní asistentky na děložní fundus napomáhá vytlačení plodu. Jde o metodu použitelnou jen ve výjimečných případech (Roztočil, 2017).

Versio obstetricia

Obrat plodu se provádí hmaty rukou a mění polohu plodu z polohy nepříznivé na příznivou. Porodnický obrat se provádí již od středověku. V dnešní době se k tomuto výkonu přistupuje především s cílem omezit výskyt císařských řezů. Obrat plodu zevními hmaty lze provést u polohy příčné a šikmé, nejvíce se však využívá bipolární obrat u polohy plodu koncem pánevním na polohu podélnou hlavičkou. U obratu provedeného z polohy šikmé či příčné se častěji pozoruje návrat plodu do původní polohy. Zevní obrat je operace, ke které musí dát těhotná písemný souhlas, je tedy plně informována o možných rizicích a komplikacích. Výkon se provádí okolo 36. týdne těhotenství za podmínek, že plod je živý, dostatečně pohyblivý, porodní cesty jsou dostatečně prostorné a břišní stěna těhotné je poddajná. Mezi kontraindikace patří vícečetné těhotenství, oligohydramnion, polyhydramnion, předčasný odtok plodové vody, operace na děloze, jakékoli příznaky hrozící hypoxie plodu a krvácení (Doležal, 2007).

Revisio cavi uteri manualis at instrumentalis

Revize dutiny děložní se v porodnictví provádí při poruchách odloučení či vypuzení placenty nebo při jejím zadržení. Nejprve se provede manuální vybavení placenty a posléze revize dutiny děložní (Doležal, 2007).

5 NÁSILÍ

Násilí může mít mnoho podob a k pozornosti se dostane až ve chvíli, kdy oběť promluví a žádá pomoc. Je mnoho definic násilí, záleží však na úhlu pohledu. Druhy se popisují dle toho, zda se dotýkají bio-psycho-sociálně-emocionální osobnosti (Haškovcová, 2004).

Nejčastěji dochází k násilí na základě konfliktu postojů k druhé osobě či k sobě samému (Spurný, 1996). Agresor se může dopouštět násilí i nevědomě, způsobenou nedostatečnou empatií, napodobením vzorců chování, podvědomím přenosem vlastních negativních prožitků a následnou potlačenou frustrací či přesvědčením o pozitivním přínosu jednání (Poněšický, 2010).

Definice násilí dle Světové zdravotnické organizace je zaměřena především na tělesnou stránku věci. „*Násilí je záměrné použití nebo hrozba použití fyzické síly proti sobě samému, jiné osobě nebo skupině či společnosti osob, které působí nebo má vysokou pravděpodobnost způsobit zranění, smrt, psychické poškození, strádání nebo újmu.*“ (Krug et al., 2002, s. 4) Spurný popisuje násilí po psychologické stránce jako: „*Patologický způsob interakce konkrétního jedince či skupiny s okolím. To zahrnuje aktivity, které vytváření agrese nebo manipulaci.*“ (Spurný, 1996, s. 7) Ignorované násilí se snadno šíří dál (Poněšický, 2010). Proto je nutné šířit osvětu a rozpoznané násilí neignorovat. Zdravotnický personál je povinen násilí předcházet, a hlavně se ho nedopouštět (Haškovcová, 2004).

5.1 Druhy násilí

Fyzické násilí

Fyzické násilí zasahuje přímo do fyzické integrity člověka, to je například bití či poranění. a nepřímo například odpírání tekutin, jídla, léků či hygienických potřeb (Haškovcová, 2004).

Psychické násilí

Psychické násilí může být verbální i neverbální. Projevuje se zesměšňováním nebo ponižováním, zastrasováním nebo výhrůzkami. Nonverbální psychické násilí se projevuje tím, že agresor se chová k oběti s opovržením a vyvolává v ní pocit přítěže či bezmocnosti. Za psychické násilí je považováno i zabránění kontaktu s osobou blízkou (Haškovcová, 2004).

Sociální násilí

V tomto případě agresor vyvíjí tlak na oběť materiálním znevýhodněním (Haškovcová, 2004).

Citové násilí

Citové násilí se zaměřuje na emocionální stránku oběti. Agresor zde využívá důvěry či zranitelnosti oběti. Verbálně se projevuje urážkami, ponižováním a nedůstojným chováním (Haškovcová, 2004).

Institucionální násilí

Zde je agresorem systém, instituce nebo stanovené postupy. Ve zdravotnictví je tento pojem spojován s nevhodným zacházením s pacienty ze strany personálu, a to poskytováním nekvalitní péče, nedostatkem informací či zamezením kontaktu s blízkou osobou, nadbytečným podáváním léků, neschopností řešit problémy. Dle Haškovcové je nutné tento druh násilí důkladně prověřit. Násilí zdravotníků páchané na pacientech je ožehavé téma společnosti a převažují tendence k jeho popírání (Haškovcová, 2004).

5.2 Porodnické násilí

Porodnické násilí není doposud v prostředí českého zdravotnictví ukotveno jako existující problém. Odborníci tento fenomén často popírají a hovoří o praktikách, které ženy mohou vnímat jako nepříjemné, či dokonce poškozující (Nerudová, 2018). Pojem porodnické násilí působí značně expresivně a útočně. Účelem použití tohoto výrazu je jeho stručnost a výstižnost (Pašková, 2018). Všeobecně se dá charakterizovat jako porušení práv žen během těhotenství, porodu a šestinedělí. Je negativním zásahem do autonomie ženy, jejího soukromí, intimity, psychické a fyzické integrity, rovnoprávnosti a také důstojnosti. Porodnické násilí se realizuje pomocí rutinních medicínských intervencí, které jsou prováděny necitlivě, neindividuálně, bez souhlasu těhotné, a dostávají ji tím do nedůstojné situace (Nerudová, 2018). Otázka porodnického násilí je prozatím akceptována, a dokonce i legislativně ošetřena ve střední Americe (Borges, 2018). Venezuelský právní systém definoval porodnické násilí takto: „[...] *takové nakládání s těly a reprodukčními procesy žen ze strany zdravotnického personálu, jež je považováno za nelidské zacházení. Porodnické násilí zahrnuje nadbytečnou medikaci a transformaci přirozených procesů na patologické. Je provázáno oslabením autonomie žen a jejich možnosti činit svobodná rozhodnutí v souvislosti s jejich těly a sexualitou. Negativně ovlivňuje kvalitu života žen.*“ (Pérez D’Gregorio, 2010, s. 201).

Dle kampaně Už dost! tento druh násilí představuje systémové institucionální násilí. Dopouští se ho zdravotnický personál, mnohdy nevědomě. Pod vlivem systému a prostředí, ve kterém je vzděláván, kde je nežádoucí chování považováno za normu. Porodnické násilí může spočívat

v tom, že není respektováno právo rodící ženy rozhodovat o svém těle, vstupováním do fyziologických procesů nízkorizikového porodu rutinními zákroky, které následně způsobuje komplikace při porodu řešené opětovně rutinními zákroky, nebo pak nucením rodící ženy k porodu v gynekologické poloze (Už dost, 2016).

5.3 Dělení porodnického násilí

Porodnické násilí lze rozdělit do následujících kategorií: fyzické násilí, péče poskytovaná bez informovaného souhlasu, nerespektování soukromí a intimity, nedůstojné zacházení při poskytování zdravotní péče a emocionální násilí, diskriminace na základě specifických atributů klientky, odmítnutí poskytnutí zdravotní péče, zadržování ve zdravotnických zařízeních a poškozování vztahové vazby matky a dítěte (Pašková, 2018).

Fyzické násilí během porodu lze popsat ve třech kategoriích. První je v rozporu s nejnovějšími poznatky vědy, tzn. non lege artis postupy. Do druhé kategorie se řadí postupy lege artis, které jsou použity bez medicínského opodstatnění a ve vztahu ke konkrétní situaci se stávají non lege artis postupem. Do třetí kategorie spadá provádění zákroků bez souhlasu pacientky. Na první pohled banální zákroky mohou být označeny za porodnické násilí. Pro hodnocení zákroků v kontextu jednotlivého pacienta je vhodné použít koncepci Evidence Based Medicine, kde jsou představeny nejnovější vědecké poznatky, klinické zkušenosti a přání pacienta. Mezi škodlivé praktiky stále používané v českých porodnicích patří například **Kristellerova exprese**, tlak na děložní fundus, který pomůže vypudit plod z porodních cest. Česká gynekologická a porodnická společnost považuje tuto praktiku za nevhodnou, její doporučení ve snaze pomoci rodičce v druhé době porodní je tlak dlaněmi na fundus děložní. Je ale důležitá intenzita tlaku, kterou však není možné vymezit, a tudíž je tento manévr nebezpečný. Je zde významné riziko ruptury dělohy, poranění vnitřních orgánů matky či poranění perinea III. a IV. stupně, vnitřní krvácení či úmrtí novorozence. **Epiziotomie** bez opodstatněné indikace je dalším nevhodným zásahem, který je možné nazývat porodnickým násilím. Nástřih hráze je nastřížení nebo naříznutí zadní vaginální stěny za účelem zvětšení poševního otvoru. Epiziotomie patří mezi lege artis výkony, pokud má své opodstatnění. Dle WHO je nástřih odůvodnitelným zásahem pouze u instrumentálně ukončených porodů a v akutní tísni dítěte. Dle ustanovení § 94 občanského zákoníku rutinní nástřih hráze není vyžadován pro zdravotní stav člověka a k jeho provedení je nutný písemný informovaný souhlas pacientky. Rutinní epiziotomie není připuštěna standardizovanými postupy a lékař či porodní asistentka by ji ku prospěchu rodičky

neměli vůbec navrhovat (Pašková, 2018). Dle ÚZIS se v České republice provedlo u porodu v roce 2021 22,9 % preventivních epiziotomií (ÚZIS, 2023). Lékaři uvádí, že nejčastější důvod k indikaci epiziotomie je hrozící ruptura hráze, obtížný porod hlavičky plodu či nezralý plod a operativně vedený porod. Důvod preference nástřihu je snadnější šití poranění a estetičtější vzhled vulvy. Rizika epiziotomie jsou infekce, ruptura hráze III^o, krvácení, vliv na další sexuální život a zvyšuje se riziko poranění hráze u dalšího porodu (Pašková, 2018). Epiziotomie patří mezi nejčastější komplikace porodu. V roce 2021 byla provedena ve 24 799 případech (ÚZIS, 2023). **Císařský řez** je v opodstatněných případech život zachraňující výkon, který zásadně snižuje novorozeneckou i mateřskou mortalitu. Nese s sebou však mnoho rizik, které se ve srovnání s vaginálním porodem jeví pro zdraví matky jako méně výhodná. V České republice jsou v jednotlivých krajích velké rozdíly v počtu císařských řezů. Je tedy pravděpodobné, že se nejedná o medicínské důvody, ale indikace císařského řezu spočívá v přesvědčení lékařů (Pašková, 2018). ÚZIS zaznamenal v roce 2021 opětovný nárůst prováděných císařských řezů na 25,6 % porodů. Četnost provedených císařských řezů v roce 2018 byla 23,8 % (ÚZIS, 2023). Dle lékaře Petra Křepelky, tajemníka gynekologického a porodnického Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví, který pro iROZHLAS uvedl jako důvod zvyšování se procenta porodů vedených císařským řezem toto: „*Principiálně se dá říct, že se zvyšuje riziko těhotných. Podíl žen, které vstupují do těhotenství a mají nějakou nemoc, je čím dál tím větší. Průměrný věk rodiček narůstá.*“ (Křepelka, 2016 cit. podle Píhová, 2016) Biostatistička Markéta Pavlíková říká, že procento císařských řezů v České republice souvisí spíše s přístupem lékaře než se skutečným zdravotním stavem pacientky. Statisticky dochází nejvíce k provedení císařského řezu před koncem směny a před víkendem. Závisí také na skutečnosti, zda porod vede lékař nebo porodní asistentka. Porodní asistentka zná lépe potřeby ženy a snáze rozhodne, zda je nutné císařský řez provést (Pavlíková, 2016 cit. podle Píhová, 2016). Nutnost provádění dalších zákroků, jako je Hamiltonův hmat, vaginální vyšetření během kontrakce, klysmata, dirupce vaku blan nebo připoutání rodičky na kontinuální monitor, patří mezi sporné, škodlivé praktiky (Pašková, 2018).

Druhem násilí je i **nerespektování intimity a potřebného soukromí**. Porod je vysoce intimní záležitost, probíhají zde samovolné procesy vylučování hormonů a je nutné, aby se rodička cítila v bezpečí a tento proces se nenarušoval stimulací neokortexu. WHO doporučuje, aby personál porodnice zajistil důvěrné prostředí pomocí svého chování a respektoval specifické potřeby ženy, nejlépe aby kontinuální péči o těhotnou prováděla porodní asistentka, která je vysokoškolsky vzdělaná odbornice na těhotenství, porod a šestinedělí. V zemích, které mají

nejlepší péči o matku a dítě, v Dánsku či Švédsku, je tento model péče běžný. Těhotná navštíví gynekologa pouze na doporučení porodní asistentky, vyhodnotí-li komplikaci nebo patologii. V České republice těhotná žena spadá do sekundární péče gynekologa, odborníka na patologie. Péče porodních asistentek u nás není hrazena zdravotními pojišťovnami, s výjimkou třech návštěv, a je těžko dostupná (Pašková, 2018).

Emocionální násilí a nedůstojné zacházení s rodičkou je zjevně druh násilí, avšak velmi těžko prokazatelný. Zdravotníci se dopouštějí tohoto jednání nevědomě, příčinou může být přejímání vzorce chování. Obecně se toto dá kategorizovat jako snaha vyvolat pocit méněcennosti, podřízenosti, zesměšňování názorů, hodnot či otázek rodičky. Terčem tohoto násilí mohou být i ženy z různých menšin nebo cizinky. Emocionální násilí je hluboce spojeno s komunikací mezi zdravotníky a rodičkou. Rodičky, které mají tendenci o péči diskutovat, se vystavují většímu riziku (Pašková, 2018).

Další spouštěčem porodnického násilí mohou být **specifické atributy klientky** jako třeba věk, počet porodů, rasa, různá onemocnění, dále pak **odmítnutí poskytnutí zdravotní péče z jiných než zákonných důvodů. Zadrženi ve zdravotnickém zařízení** je též možnou formou porodnického násilí. V České republice je doporučená doba hospitalizace 72 hodin. Pokud rodička nechce být v porodnici déle než dvě hodiny po porodu, nazýváme to ambulantním porodem. Tento trend není ale v českých porodnicích příliš častý a mnoha porodnicemi není tolerován. V případě, že matka ani dítě nejsou v ohrožení života, zdravotníci k propuštění mohou požadovat podepsání negativního reverzu (Pašková, 2018).

Separace matky od dítěte je praktikou, která může poškozovat vztah mezi matkou a dítětem. Nejnovější poznatky vědy deklarují, že dítě má být po porodu přiloženo na kůži matky a zůstat tak minimálně dvě hodiny. Po porodu má novorozenec specifickou vůni plodové vody, která napomáhá spuštění laktace matky (Pašková, 2018). Za poškozování vztahové vazby je považováno oddělení matky od dítěte při jeho vyšetřování a separace na oddělení šestinedělí, kdy je dítě nošeno matce pouze na kojení. Tímto jsou ohroženy převážně ženy, které rodily císařským řezem. Poškození této vazby může být i v případě, kdy je v matce vyvoláván pocit, že není schopna porodit vlastní dítě nebo se o něj postarat, například pokud se matce nedaří kojit. Výjimka platí pro předčasně narozené novorozence, u nichž existuje medicínské opodstatnění neumožnění fyzického kontaktu. Separace od dítěte může rozvinout posttraumatickou stresovou poruchu u matky (Mrowetz, 2013).

5.4 Vybrané faktory ovlivňující porodnické násilí

Komunikace

Přístup zdravotníků a správná komunikace je stěžejní v průběhu celého těhotenství, porodu i šestinedělí. Lidský faktor zásadně ovlivňuje průběh porodu a má mnohem silnější vliv než prostředí porodnice (Nerudová, 2018). Dnes se v komunikaci školí spousta profesí, avšak profese zdravotnická minimálně. Komunikace se na školách vyučuje okrajově a nepřikládá se jí velký význam. Nastupující zdravotnický personál se učí komunikovat od svých kolegů či kolegyně, kteří pro ně představují vzor. Mnohdy však přebírají nevhodné vzorce komunikace (Ptáček, Bartůněk, 2011). Dnes jednoznačně převládá autoritářský přístup komunikace. Praxí je, že zdravotník nebere v úvahu názor rodičky a očekává od ní souhlas. Zdravotníci si mohou upevňovat mocenský post tím, že používají represivní a pejorativní věty. Jejich hlavní role v průběhu porodu je ale pomoci a podpořit. Ve chvíli, kdy se žena nepodílí na procesu porodu, nese si sebou špatné vzpomínky nebo dokonce silné trauma, které ji může provázet zbytek života. Úkolem zdravotníka je v průběhu porodu vytvářet klidnou atmosféru, nehovořit o ženě v její přítomnosti ve třetí osobě, nepoužívat odborné výrazy, podat jí dostatek informací, nezpochybňovat její schopnost porodit, vyvarovat se kritických poznámek. Porodník by měl ke každé ženě přistupovat s úctou a respektem, podpořit její individualitu. Zdravotník by se měl vyvarovat projevů nedobrych vztahů na pracovišti, vše se totiž promítá do atmosféry porodního sálu. Například může vzniknout konflikt mezi porodní asistentkou a lékařem. Je ale velmi důležité, aby zdravotník ovládal své emoce před pacientkou a pokusil se o uklidnění vypjaté situace. Není přípustné reagovat protiútokem. Zde je více než důležitá transparentní komunikace (Nerudová, 2018).

Syndrom vyhoření zdravotnického personálu

Zdravotnictví je považováno za nejohroženější oblast rozvojem syndromu vyhoření. Je známo, že zdravotníci jsou často přetěžováni a disponují velmi intenzivním kontaktem s jedinci, kteří vyžadují náročnou a nepřetržitou zdravotní péči. Stav vyhoření vzniká na základě energetického vyčerpání, a to je zásadním bodem pro vyhoření. V jeho důsledku může zdravotník projevovat negativní a bezcitné chování k druhým lidem. Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření zdravotníků jsou sociální prostředí zaměstnance, vysoké tempo práce, důraz na přesnost a rychlé rozhodování, častý kontakt s utrpením, bolestí, zoufalstvím a smrtí, dále pak organizační aspekty práce, stres, nadměrná pracovní zátěž, životní styl zaměstnance a délka praxe v oboru (Marková, 2021). Dle Takedové jsou lidé s kratší praxí v oboru více ohroženi syndromem vyhoření než zkušenější kolegové z důvodu tzv. šoku z reality. Zde

dochází ke střetu mezi idealistickými představami seberealizace a realitou, chybí motivace a jedinec ztrácí smysl dále práci vykonávat (Takedová, 2012 cit. podle Maroon, 2012). Křivohlavý označil syndrom vyhoření za tzv. fenomén prvních let v zaměstnání. Po prvotním nadšení ze zaměstnání nastupují pocity frustrace, bezmoci a rezignace (Křivohlavý, 1998). Jiní autoři uvádí jako riziko vzniku syndromu vyhoření naopak narůstající tlak v průběhu let v zaměstnání (Marron, 2012). Dle Ptáčka a Rabocha je syndrom vyhoření tzv. nemocí moderního zdravotnictví. Ta vzniká v důsledku nerovnováhy mezi profesním a osobním životem. Lékaři a porodní asistentky jsou nepřetržitým nemocničním provozem velmi vytíženi a nemají čas na koníčky a rodinu. Omezení sociálního kontaktu je rizikovým faktorem pro rozvoj syndromu vyhoření, dále pak stoupající nároky na vzdělání a specializace v oboru, ekonomický tlak a nadměrná administrativa, která ubírá čas na péči o pacientku (Ptáček, Raboch, 2013, s. 3–8). Projevy syndromu vyhoření se dle Wetherillové objevují u 71 % lékařů (Wetherill, 2019). Dle průzkumu Bláhové 40 % porodních asistentek trpí syndromem vyhoření (Bláhová, 2017). Syndrom vyhoření je reálný problém moderního zdravotnictví, který ovlivňuje zdraví a život pacientů (Ptáček, Raboch, Kebza, 2013).

Nedostatečný respekt ze strany porodníků

Dle WHO respektující péče o mateřství je péče respektující důstojnost, soukromí a důvěrnost. Zaručuje ochranu před ublížením a špatným zacházením, umožňuje spoluúčast na rozhodování a kontinuální podporu v průběhu porodu (WHO, 2018). Dodnes nebyla respektující péče nijak výrazně definována a měřena. Vytváření důkazů pro definiční standardy je na začátku vývoje. Na základě kvalitativních důkazů Respectful Maternity Care bylo vytvořeno dvanáct domén respektujícího porodu z pohledu žen a poskytovatelů zdravotní péče. Je to osvobození od špatného zacházení a ublížení, dodržování soukromí a důvěrnosti, ochrana ženské důstojnosti, adekvátní poskytování informací a získání informovaného souhlasu, zajištění nepřetržitého přístupu podpory rodiny, zvyšování kvality prostředí a vybavení, poskytování spravedlivé péče, zapojení se do efektivní komunikace, respektování rozhodnutí žen, což posiluje schopnost rodit, dostupnost kompetentních lidských zdrojů, poskytování účinné péče a kontinuita péče (Mazúchová, Porubská, 2022). Dle WHO do standardů efektivní komunikace zdravotníka s rodičkou patří představení se, nabídka stručných a srozumitelných lékařských informací, reagování na potřeby a preference žen, jejich podpora v porozumění toho, že mají možnost volby, vysvětlení postupu péče a souhlasu s nimi (WHO, 2018). Součástí respektující péče je i kontrola rodičky nad porodním procesem, spoluúčast na rozhodování, podpora fyziologického porodu, podpora bondingu po porodu a uctivý přístup zdravotníků k rodičce. Vnímání kontroly

nad porodním procesem lze vnímat jako kontrolu nad vlastním tělem, nad bolestí či prostředím. To má dvě dimenze, interní a externí. Interní dimenze pocitu kontroly nad porodem je vnímání pocitu kontroly nad sebou samým, nad svými myšlenkami, emocemi, chováním a zvládnutím porodní bolesti. Pocit kontroly umožňuje rodičkám ponořit se hlouběji do porodního procesu, a tím se může stát porodní bolest snesitelnější. Externí kontrola zahrnuje především informovanost a porozumění úkonům, které zdravotníci provádí, a spoluúčast na rozhodování. Kontrola rodičky nad porodním procesem byla vyhodnocena a prokázána jako jeden z faktorů pozitivního zážitku z porodu (Mazúchová, Porubská, 2022). Výzkum Rydinga popisuje, že vnímání nedostatečné kontroly rodičky nad porodem vede k preferenci císařského řezu v dalším těhotenství (Ryding, 1993). Dle výzkumu Murtaghové, která uvedla, že ženy, které byly indikovány k indukci porodu, měly nízký pocit z kontroly nad vlastním porodem, neměly pocit, že by měly možnost se rozhodnout o způsobu indukce, nebyla jim vysvětlena rizika ani důvody tohoto zásahu (Murtagh, 2014).

5.5 Důsledky nerespektující zdravotní péče

Porod je pro ženu hlubokým psychologickým prožitkem, který má nejen fyziologický, ale i psychologický, sociologický a existenční vliv na matku i plod. Vzpomínky na něj přetrvávají celý život (Olza et. al., 2018). Z psychologických výzkumů se nahlíží na rodičku jako na objekt porodu, který se musí řídit pokyny, a nikoli tak, že se na porodním procesu aktivně podílí. Ve chvíli, kdy se rodička odmítne podvolit některým rutinním postupům, čelí mnohdy velkému tlaku a údivu ze strany zdravotníků. V důsledku těchto zkušeností se některé ženy uchylují v nezodpovědnému a nebezpečnému porodu v domácnosti. Mnoho odborných organizací i laické veřejnosti volá po návratu fyziologického porodu do porodnic (Roztočil, 2017). V důsledku nerespektování potřeb rodičky při porodu vzniká stres, nepohodlí, obavy, úzkost, strach až posttraumatická stresová porucha. To si žena i dítě nesou do života a mohou být příčinou jejich nemocnosti. Těhotenství a porod je období zvýšené emoční zranitelnosti, probíhají zde fyziologické, psychologické, sociální a hormonální změny. Ty zvyšují riziko emočního utrpení a náchylnosti k úzkostem a strachu. Úzkost a strach je při porodu závažný psychologický problém, který zasahuje do průběhu porodu a chování rodičky. Strach a úzkost mohou mít vliv na vnímání porodní bolesti a celkový průběh porodu. Mohou být doprovázeny riziky, jako je hypoxie plodu, nižší Apgar skóre, vyšší výskyt abnormalit v chování novorozenců, omezení uterinní aktivity, protražovaný porod, zvýšené riziko vaginálního

operačního porodu či akutního císařského řezu. Pokud rodička zažívá úzkost, zvyšuje se hladina stresových hormonů katecholaminů, které tlumí činnost dělohy, a může vzniknout placentární insuficience (Mazúchová, Porubská, 2022). Stres snižuje produkci oxytocinu, potřebného pro kontrakce a potlačuje stimulaci neokortexu. K tomu může docházet také silným osvětlením na porodním sále. Dále jako stresogenní faktor může působit i mnoho lidí přítomných u porodu nebo tlak na rodičku, aby reagovala racionálně. Účinnou prevencí proti úzkostem je kvalitní psychoprophylaxe vedená ve skupinách či individuálně (Takács, 2012).

Trauma

„Individuální trauma je výsledkem události nebo souboru okolností, které jsou prožívány jako fyzicky nebo emocionálně zraňující či život ohrožující a které mají přetrvávající nepříznivé účinky na fungování daného jedince a jeho fyzickou, duševní, emocionální, sociální či duchovní pohodu.“ (SAMHSA, 2014, s. 7).

Vznik traumatu je závislý na třech složkách, a to události, prožitku a jaký má situace dopad na jedince. Události a okolnosti mohou zahrnovat až mimořádně závažnou hrozbu fyzické či psychické újmy. Míra pocitu ohrožení nemusí vždy korespondovat s reálným nebezpečím. Tyto okolnosti mohou být jednorázové, ojedinělé či se v průběhu života opakovat. Prožitek události určuje, zda se jedná z pohledu jedince o traumatickou událost. Ne všechny situace obecně vnímané jako traumatické, musí být jedincem vnímané jako trauma, a naopak. Traumatizace závisí na její individuální interpretaci jedincem, prožívání pocitu ohrožení a bezmocnosti. Zda je situací zasažen fyzický či psychický stav a celkové fungování. To ovlivňuje, zda je událost označena za traumatickou. Způsob vnímání situace je ovlivněn řadou faktorů, jako je věk, předchozí zkušenost, sociální prostředí a také míra podpory. Rozhodující složkou traumatu je dopad na daného jedince. Nepříznivé následky se mohou objevit okamžitě nebo až v průběhu času. Fyzické, psychické, sociální a duchovní následky mohou trvat krátkodobě, ale i dlouhodobě až trvale. K typickým následkům traumatu patří neschopnost zvládat zátěž běžného života, narušení schopnosti důvěry, potíže s navazováním a udržováním zdravých vztahů, neschopnost regulace chování a vyjadřování svých emocí, poruchy paměti a pozornosti. Rozsah dlouhodobých následků značně ovlivňuje míra nahromaděného stresu. Toto hrozí u jedinců, kteří nemají dostatečnou podporu a prostor pro vyrovnání se s danými situacemi (Klepáčková, 2020).

Dle studie provedené v roce 2017 v Nizozemsku ženy pociťují trauma z porodu nejčastěji v důsledku ztráty kontroly, strachu o zdraví dítěte, vysoké intenzity bolesti, špatné komunikace

se zdravotnickým personálem. Primipary často volily odpovědi jako vysoká bolestivost porodu, dlouhé trvání porodu, rozpor mezi očekáváním a realitou a strach o vlastní život. Ženy ve studii uvedly, že se domnívají, že jejich traumatický prožitek z porodu je především z důvodu špatné komunikace a nepodpory ze strany personálu, a myslí si, že trauma mohlo být zmírněno, kdyby fungovala lépe komunikace mezi personálem a rodičkou a kdyby si samy řekly o intervenci či ji odmítly. Z této studie vyplývá, že 16 % žen vnímá svůj porod jako traumatizující (Hollander et al., 2017).

Emrová uvádí, že jakýkoli tlak vynakládaný na rodičku během porodu má vliv na jeho průběh. K následnému pocitu znásilnění a traumatu dochází, když rodička nemá situaci pod kontrolou. Ke zmírnění takové situace by dle Emrové pomohlo, kdyby těhotná navázala vztah s porodníky již před porodem (Emrová, 2021 cit. podle Zíta, 2021).

Mrowetzová, klinická psycholožka a soudní znalkyně, která se zaměřuje na traumatizované ženy po porodu a na ženy s poruchami mateřských kompetencí, uvádí, že přibývá žen, které mají problém vstřebat zážitek komplikovaného porodu. Čím více od porodu ženy očekávaly, tím více jsou zklamané, a často negativní zkušenost z porodu zasáhne i do mateřského prožívání. Popisuje příčinu zklamání hlavně ve ztrátě kontroly nad situací, která může končit traumatem. Nejedná se pouze o ženy, které plánovaly porod přirozený, ale i o ženy, které se připravovaly na porod medicínsky vedený. Nadměrný stres matky vzniká ze separace od dítěte, k čemuž nejčastěji dochází právě po komplikovaném porodu. Udává, že pokud je žena po porodu oddělena od svého dítěte, prožívá zklamání nejen na psychologické, ale i na hluboce biologické úrovni. Pocity těchto žen jsou často bagatelizované. Rodina často nechápe, co ženu trápí, když má přece zdravé dítě. Bohužel u odborníků to není mnohdy lepší, proto je v případě potřeby nutné najít odborníka, který se na danou problematiku specializuje. Mrowetzová také říká, že léčebný proces je mnohdy velmi různý. Předpokladem úspěchu je výběr vhodného terapeuta, který si je plně vědom dopadu traumatu na psychiku ženy. Je zde nutná ventilace emocí, následná identifikace problémů a často zpracování tzv. Stockholmského syndromu. Ženy jsou na jedné straně vděčné za záchranu života svého i dítěte, ale zároveň popisují agresivní a destruktivní faktory, kterým byly vystaveny. Je tedy nutná opětovná imaginární či reálná komunikace se zdravotníky, vymezení svých postojů a znovuprožití porodních kompetencí. Nedílnou součástí léčby je rehabilitace fyzických zranění. Porod je zkouškou našeho celkového nastavení, nejsme totiž schopny ovlivnit všechny podmínky, za jakých bude porod probíhat. U traumatizovaných žen po porodu dochází k narušení rodičovských kompetencí a jejich sebeúcty. Žena nedokáže o dítě plnohodnotně pečovat a prožívá pocit viny.

To je ale jejich cesta k vyrovnání se se stresující realitou. Uvědomění si a pojmenování patologických způsobů porodní péče, kterým se porodníci následně vyhnou, je velmi důležité pro celou společnost. Porod je pro mnoho žen drsná srážka s něčím, na co nestačí jejich doposud vybudované mechanismy ke zvládnání stresu (Mrowetz, 2012).

Posttraumatická stresová porucha

Porod může být pro ženy mimořádně stresující událostí. Ženy s PTSD cítí úzkost, lítost, nenávisť, smutek, bolest, hněv, opuštění, bezmocnost, pocit viny, ztrácejí pocit jistoty a některé ženy mají pocit, že byly porodem znásilněny, mají poporodní depresi (Ertan et al., 2021).

Ženy s PTSD udávají opětovné promítání porodu, pocit nedostatečné vztahové vazby k dítěti, absenci reality, noční můry, odmítání nového mateřství, tokofobii (Ferguson, 2018).

Takové symptomy se objevují do 6 týdnů po porodu, mohou ale přetrvávat měsíce i roky. Ovlivňují mateřskou nemocnost, rodinné prostředí, vztah k dítěti a kojení. Ochranné faktory k zabránění vzniku PTSD je dostupnost zdravotnické podpory, respektující péče, zapojení rodiček do rozhodování, podpora bondingu a zahájení kojení do jedné hodiny od porodu, snížení medikalizace procesu přirozeného porodu, nepřetržitá podpora od partnera. Tyto strategie se správným nastavením klinických postupů založených na důkazech by mohly snížit výskyt PTSD a jeho důsledky na zdraví (Martinez-Vázquez et al., 2021). Dle studie provedené v Nizozemsku na Department of Obstetrics, Radboud University Medical Center se v důsledku porodu rozvine u 2,9 % žen PTSD (Hollander et al., 2017). Dle výzkumů provedených v Anglii a Německu je četnost PTSD po porodu prokázána u 6–30 % žen. V našich podmínkách takový výzkum zatím nikdo neprovedl (Mrowetz, 2012).

6 PRÁVNÍ A ETICKÉ ASPEKTY V PORODNICTVÍ

V České republice porodnická témata vzbuzují vášnivé diskuze a jsou provázena bouřlivými emocemi. Kvalitu péče během porodu utváří mnoho faktorů. Porod může být mnohdy velmi komplikovaný a doprovázený nepředvídatelnými situacemi. Na porodníky je vytvářen velký tlak. Je tedy nutné, aby byla stanovena pevná pravidla, která zajišťují bezpečné podmínky jak rodičkám, tak i porodníkům (Nerudová, 2018).

6.1 Poskytovatelé zdravotní péče v porodnictví

Porodnictví má svoji velmi specifickou náplň a výrazně se liší od jiných lékařských oborů (Čech, 2014). Je dobré vymezit specifika profese poskytovatelů zdravotní péče v porodnictví, abychom více přiblížili kompetence porodníka a porodních asistentek. V praxi je v porodnici většinou porodní asistentka podřízena lékaři přesto, že se jedná o dvě samostatné autonomní odborné profese (Nerudová, 2018). Porodní péče je poskytována diferencovaně dle zdravotního stavu matky a plodu. Jsou tři stupně odbornosti poskytování porodnické péče, a to zařízení s poskytováním základní péče, intermediální perinatologická pracoviště a perinatologická centra, kde odborníci zajišťují tu nejvyšší porodnickou péči. Jsou situovány do fakultních nemocnic a soustřeďují se zde nejrizikovější případy (Srp, 2014). Z psychologických studií Univerzity Karlovy v Praze vyplývá, že ženy s fyziologickým těhotenstvím hodnotí lépe péči v malých porodnicích než ve velkých univerzitních nemocnicích. Důvody jsou psychologické, ne medicínské (Roztočil, 2017).

Porodní asistentka

V kompetenci porodní asistentky je pečovat o ženu v průběhu nízkorizikového těhotenství, porodu a šestinedělí. Je vzdělaná k tomu, aby rozpoznala odchylky od normálu a ženu v případě nutnosti předala do péče lékaře. V roce 2014 vydala Mezinárodní konference porodních asistentek etický kodex, ten je pro všechny porodní asistentky závazný. Ukládá jim navazovat partnerské vztahy se ženami, informovat je, podpořit je v jejich názorech a rozhodování, pečovat s úctou a respektem k odlišnostem, vzdělávat se a dbát na svůj profesní růst. Porodní asistentka chrání lidská práva (Nerudová, 2018). Jejich kompetence ukládá zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2004).

Porodník

Lékař je odborník na rizikové a patologické stavy v průběhu těhotenství a porodu. Lékařskou péči poskytuje převážně v prostředí porodnice, kde má odpovídající technické vybavení. Náplň jeho práce je předcházení, vyhledávání a řešení komplikací, které mohou u gravidní ženy nastat (Nerudová, 2018). Při vzniku komplikací porodník musí včas rozhodnout o dalším vedení porodu, či jeho případném operačním ukončení. Důležitou roli hrají časové faktory v průběhu porodu. Ohrozit matku i plod může nejen nesprávné rozhodnutí, ale i rozhodnutí pozdní. Opakem je předčasně indikovaný a neodůvodněný výkon, který je pro matku i plod zátěží a rizikem, které může způsobit komplikovaný průběh porodu. Porodník musí být rozhodný, fyzicky i psychicky odolný, uvážlivý a velice trpělivý. Měl by být dobrým psychologem, který citlivě zachází s pacientkou, a jeho cílem je co nejšetrnější a nejvíce fyziologické vedení porodu (Tošner, 2014). Pro porodníka je však velmi těžké nahlížet na porod jako na fyziologický proces, zvláště v prostředí, kde se koncentrují závažné případy (Nerudová, 2018).

6.2 Informovaný souhlas

Dle zákona o zdravotnických službách může být rodiče poskytnuta péče pouze v případě jejího svobodného a plně informovaného souhlasu (Česko, 2011, § 28 odst. 1). Informovaný souhlas je nutné podepsat před každým zdravotnickým zásahem. Souhlas musí být podepsaný svobodně a bez nátlaku, pacient musí mít možnost položit doplňující otázky (Česko, 2011, § 31 odst. 1). Souhlas musí obsahovat důvody, povahu, přínos a rizika a také následky naplánovaného výkonu. Pokud je pacient zbaven právní způsobilosti, poskytuje souhlas zákonný zástupce. Bez vyslovení informovaného souhlasu lze péči poskytnout pouze tehdy, pokud situace vyžaduje neodkladný zásah a stav pacientky neumožňuje vyslovit souhlas (Čepický, 2018).

6.3 Doporučené postupy

Doporučené postupy jsou základním stavebním kamenem pro poskytování kvalitní péče o těhotnou a rodící ženu. Pacientky jsou tímto chráněny před možným rizikem spojeným s poskytováním neodborné nebo nesprávné péče. Zanedbání nebo pochybení v péči o pacientku ze strany zdravotníka je klasifikováno v zákonech.

Základní právní normy, které se dotýkají právní praxe, jsou Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny. Zákon č. 372/2011 Sb.

deklaruje, že porodník je povinen vytvořit podmínky a opatření k zajištění veškerých práv pacientů (Česko, 2011). Zda a do jaké míry je možné toto aplikovat do porodnické praxe v případech programovaného porodu, císařského řezu na přání, alternativního vedení porodu či porodu v domácím prostředí, nepoužití CTG prozatím není vyjasněno. Probíhající soudní spory naznačují, že vyjasnění nebude jednoduché. Žalobám a neoprávněným stížnostem se zdravotníci brání odpovědným a standardizovaným postupem, také ale řádným vedením dokumentace, respektováním zákonů a řádu zdravotnického zařízení (Čech, 2014). Lékař je povinen postupovat v péči o zdraví dle současných dostupných poznatků vědy EBM a zároveň se řídit nejlepším vědomím a svědomím (Nerudová, 2018). Dodržet postup lege artis, to znamená, že každý člen ČLK v rámci své odborné způsobilosti a kompetence bude provádět pouze preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější (Čepický, 2018). WHO a řada dalších organizací jako Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM), Aliance Bílá stuha (WRA), Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) podnikají aktivní kroky k eliminaci porodnického násilí. Deklarují, že každá žena má právo na důstojné zacházení a důstojnou péči bez diskriminace. U jejích dětí by se mělo vyvarovat nadbytečným zásahům. Dle uvedených organizací je nepřijatelné fyzické, slovní či emocionální zasahování do integrity osobnosti. Doporučují vyvarovat se zásahům, které nejsou založeny na důkazech. Sem patří epiziotomie, indukce porodu, separace matky a dítěte (Nerudová, 2018).

6.4 Etické úskalí v porodnictví

Porodnickou etiku vymezují postupy v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Je ovlivněna společenskými, ideologickými, náboženskými systémy a názory, které v čase podléhají vývoji a změnám a mohou být protichůdné. Je založena na principech morálky (Tošner, 2014). K etickým idejím patří humanita, rovnost, spravedlnost, pravda, cnost, altruismus a láska k bližnímu. K základním etickým vlastnostem zdravotníka patří morální kredit, vzdělanost, zdvořilost, takt a trpělivost a v neposlední řadě mlčenlivost. Etickou povinností lékaře a porodní asistentky je zbavovat rodičky bolesti a utrpení, použité metody musí vycházet z konkrétní situace a musí být v souladu s přáním rodičky, která je o metodách plně informována a musí s nimi písemně souhlasit (Ptáček, Bartůněk, 2011). Etický problém vzniká, když budoucí rodiče nejsou dostatečně informováni, dostatečně neporozumí nebo nejsou schopni se správně rozhodnout. Zde vzniká konflikt mezi odpovědností porodníka a neodpovědností rodičů za

svého potomka. Zde se musí porodník řídit platnými zákony a především svědomím. Nejčastější příklady neetického jednání ze strany zdravotníků je povrchnost, spěch, nevzdělanost, autoritářství nebo jednání ve prospěch vlastní či zdravotnického zařízení bez ohledu na potřeby pacienta. Etické jednání by mělo spočívat převážně v srdečnosti, pochopení a neodsuzování názorů pacienta, vzdělanosti, trpělivosti a diskrétnosti. Etické zásady předpokládají, že rodiče přistoupí k těhotenství zodpovědně, budou se o potomka starat, v těhotenství dodržovat zdravou životosprávu a absolvují lékařské prohlídky. Uplatňují se zde dva principy. Princip responsibility, ten je bohužel velmi vzdálený od ideálu. Požadavky na zodpovědnost zdravotníků jsou velmi vysoké, ženy ale zodpovědnost za své těhotenství a zdraví pokládají za velmi okrajovou záležitost. Dále princip proporcionality, který je v graviditě ostře konfrontován, protože lékař musí upřednostnit zdraví matky před prospěchem plodu. Může také například vzniknout konflikt zájmu v rozhodnutí lékaře, zda se porod povede spontánně nebo bude proveden císařský řez. Situace může být zdánlivě jednoduchá, protože se lékař řídí jasně danými postupy, musí ale také být v souladu s přáním rodičky a jejího partnera. Přání rodičů je často odlišné od standardizovaných postupů. Strachu budoucí matky z porodní bolesti, která žádá o provedení císařského řezu, není možné vyhovět kvůli možným rizikům, které tato operace přináší, a také ekonomické zátěži pro společnost. Může nastat situace odmítnutí matky provést císařský řez, kdy je vážně ohrožen život plodu. Toto je problém v základním odmítnutí léčby, na to má jednotlivec právo, ale matka rozhoduje za dva lidské životy. V praxi je řešení takové situace velmi obtížné. Humanistická společnost pokládá za etické starat se o rodičku, která se rozhodla špatně nebo správného rozhodnutí nebyla schopna (Tošner, 2014).

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Výzkumná pozornost diplomové práce je zaměřena na porodnictví, a to konkrétně na společensky velmi citlivé téma – porodnické násilí. Porod je kritické období v životě ženy a má celoživotní dopad nejen na její fyzické zdraví, ale i to duševní, na její sebehodnocení, sexualitu, smysl pro rodičovství a partnerský život. Ačkoli české porodnictví patří mezi nejvyspělejší na světě, odbornou veřejností je vnímáno hlavně jako chirurgický obor, kde není příliš prostoru věnovat se psycho-socio-spirituálním potřebám rodiček. V posledních letech se velmi posunula porodnická péče kupředu a porodnice dělají vše pro to, aby splnili přání rodiček. Problematika respektující péče v průběhu porodu a podpora rodiček se začala více otevírat a zkoumat. Výzkumný problém porodnické násilí je diskutované téma odbornou a laickou veřejností i alternativními skupinami. Avšak odborná veřejnost se k tomu staví stále mnohdy spíše odmítavě, a proto vyvstala otázka, zda je porodnické násilí mýtus nebo realita? K pojmu porodnické násilí se stále vztahuje spousta neznámého, a proto se diplomová práce zaměřuje především na vnímání násilí v průběhu porodu nejen rodičkami, ale i porodními asistentkami, které celý tento proces spolu s rodičkami absolvují.

Odborná veřejnost popisuje porodnické násilí jako porušení práv žen během těhotenství, porodu a šestinedělí. Je negativním zásahem do autonomie ženy, jejího soukromí, intimity, psychické a fyzické integrity, rovnoprávnosti a také důstojnosti. Realizuje se pomocí rutinních medicínských intervencí, které jsou prováděny necitlivě, neindividuálně, bez souhlasu těhotné, a dostávají ji tím do nedůstojné situace (Nerudová, 2018).

V diplomové práci byl tedy zvolen výzkumný problém zjistit, zda je porodnické násilí mýtus nebo realita českého porodnictví. Výzkumný problém byl stanoven po provedení předběžné analýzy poznatků v dané oblasti a získání co nejvíce možných dostupných informací studiem příslušné odborné literatury, výzkumů, konzultací s odbornou veřejností a studiem odborných článků prostřednictvím dostupných informačních databází. Po důkladném seznámení se s problematikou a stavem poznání na dané téma bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření.

7.1 Formulace výzkumných cílů

Hlavní cíl výzkumné části diplomové práce je **zjistit, zda je porodnické násilí mýtus nebo realita českého porodnictví**. Pro jeho dosažení byly stanoveny dílčí cíle, výzkumné otázky (VO) a hypotézy (H).

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jak je vnímáno porodnické násilí z pohledu rodiček.
2. Zjistit, jak je vnímáno porodnické násilí z pohledu porodních asistentek.
3. Zjistit, co ovlivňuje postoje vnímání porodnického násilí rodičkami a porodními asistentkami.

Výzkumné otázky a stanovené hypotézy:

VO 1: Cítí se ženy traumatizované porodem?

VO 2: Co považují/nepovažují za porodnické násilí rodičky?

VO 3: Co považují/nepovažují za porodnické násilí porodní asistentky?

VO 4: Existují rozdíly ve vnímání porodnického násilí rodičkami a porodními asistentkami?

H₁: Vnímání porodnického násilí se liší u porodních asistentek a rodiček.

VO 5: Jaké aspekty ovlivňují (zvyšují/snižují) vnímání porodnického násilí u rodičky?

H₂: Nenaplněná očekávání ženy z porodu ovlivňují vnímání porodnického násilí.

H₃: Využití alternativních metod při porodu má vliv na trauma z porodu.

H₄: Vzdělání rodičky ovlivňuje vnímání dané intervence jako porodnické násilí.

H₅: Hodnocení porodnického násilí závisí na době od porodu.

H₆: Typ nemocnice ovlivňuje zkušenost s porodnickým násilím.

H₇: Míra vyhoření porodních asistentek ovlivňuje výskyt nežádoucích postupů.

H₈: Komplikovaný porod ovlivňuje vnímání porodu jako násilí.

VO 6: Ovlivňují vnímání porodnického násilí demografické faktory, jako je vzdělání a věk?

H₉: Vzdělání rodiček ovlivňuje hodnocení porodu jako násilí.

H₁₀: Věk rodiček ovlivňuje hodnocení porodu jako násilí.

VO 7: Lze označit porodnické násilí jako mýtus nebo jako realitu českého porodnictví?

7.2 Metoda sběru dat

Pro výzkumnou část diplomové práce byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření. Data byla získána prostřednictvím strukturovaných dotazníků vlastní tvorby. Byly vytvořeny dva dotazníky, jeden pro skupinu žen, které jsou po porodu, a druhý pro skupinu porodních asistentek. Dotazníky jsou dostupné v kapitole Příloha (viz Příloha č. 1 a č. 2). Dotazníky jsou zaměřeny především na průběh porodu, hodnocení intervencí prováděných v prostředí porodních sálů a na vnímání porodnického násilí rodičkami a porodními asistentkami. Dotazníky obsahovaly otázky demografické, následně byly otázky zaměřeny na problematiku porodnického násilí a dále byl vytvořen soubor intervencí prováděných v průběhu porodu, kde respondentky na vymezené škále hodnotily míru násilí.

Pro diplomovou práci byla zvolena tedy metoda měření a následná komparace. Měření zjišťuje kvantitativní vlastnosti zkoumaných jevů. Výsledkem je prvotní kvantitativní informace prezentovaná v číslech, tedy měřicích jednotkách. S následným srovnáním s referenčním ukazatelem umožní vyvodit kvalitativní závěry. Takový výstup z měření dává jasnou informaci o měřené vlastnosti. Podstatou komparace neboli srovnávání je vyhledávání shod a odlišností u porovnávaných jevů (Ochrana, 2019). Následně proběhlo zpracování a analýza získaných dat, verifikace stanovených hypotéz, interpretace výsledků a vyvození závěrů.

7.3 Průběh výzkumného šetření

Průzkumné šetření probíhalo v období od prosince 2023 do února 2024. Cílem bylo provést šetření napříč českou republikou a zjistit názory a postoje žen a porodních asistentek ze všech krajů a typů nemocnic. Proto byly dotazníky vytvořeny prostřednictvím platformy pro tvorbu dotazníků Google Forms⁸. Distribuce dotazníků byla prováděna prostřednictvím sociálních sítí metodou tzv. Snowball, dále pak nalezením a oslovením cílových skupin, tedy skupin matek a porodních asistentek, které byly osloveny prostřednictvím elektronických komunikačních

⁸ Dostupné z:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdmST_5KdWWbXDTkYoRD7cq2XivQ0ctKFaeG2hUifALwhNpw/viewform?usp=sf_link [cit. 2024-01-21]

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe9E-1Fkqmpb1TWA7c185KZHe222gI9q3k9z6_2xLhhRQ2fg/viewform?usp=sf_link [cit. 2024-01-21]

systemů, díky kterým byly celorepublikově osloveny cílové skupiny. V únoru 2024, po dokončení sběru dat, byl dotazník uzavřen pro možnost dalších odpovědí.

7.4 Soubor respondentek

Pro diplomovou práci byly zvoleny dva soubory respondentek. První výzkumný soubor tvořily ženy, které rodily v posledních pěti letech v porodnici, proto, aby informace, které v dotazníkovém šetření poskytnou, odrážely aktuální situaci v českých porodnicích. Druhou oslovenou skupinou respondentek byly porodní asistentky napříč českou republikou z fakultních, krajských i oblastních porodnic, kde bylo stanoveno kritérium zkušenost s prací na porodním sále alespoň pět let, aby jejich informace vycházely ze širší škály zkušeností.

Výběr respondentů probíhal metodou Snowball neboli metodou „sněhová koule“, označovanou také jako řetězový výběr. Ta je určena k získání nových kontaktů na základě postupného nominování osobami. Odlišuje se tím, že začíná od jednotlivců, kteří splňují daná kritéria, nikoli od skupiny. Soubor respondentů se tím „nabaluje“ a velikost výzkumného vzorku roste. Variace vzorkování řízená respondenty umožňuje výzkumníkům provádět nestranné odhady (Miovský, 2003). Dotazníkového šetření se zúčastnilo 215 rodiček a 80 porodních asistentek. Obě skupiny respondentek byly v dotazníku upozorněny, že vyplnění dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné a odesláním dotazníku potvrzují, že souhlasí se zpracováním dat pro diplomovou práci. Některé porodní asistentky se k tomuto vyjádřily, že s tímto tématem nejsou ztotožněny, tudíž se nemohou výzkumného šetření zúčastnit, naopak některé oslovené rodičky měly potřebu vyjádřit se k tématu hlouběji.

7.4.1 Základní informace o rodičkách

Základní informace o respondentkách jsou uvedeny v tabulce 1. Celkově se šetření zúčastnilo 215 rodiček. Většina (70,2 %; 151 osob) byla ve věku 31–40 let, čtvrtina do 30 let (25,6 %; 55 osob), pouze 4,2 % rodiček bylo starší 41 let (9 osob). Nejčastěji měly rodičky vysokoškolské vzdělání (57,2 %; 123 osob) anebo středoškolské s maturitou (29,8 %; 64 osob).

Tabulka 1 – Základní informace o rodičkách

Základní informace o rodičkách		n	%
Kolik Vám je let?	Do 30 let	55	25,6 %
	31–40 let	151	70,2 %
	41 a více let	9	4,2 %
	Celkem	215	100,0 %
Jaké máte vzdělání?	Základní	4	1,9 %
	Střední bez maturity	7	3,3 %
	Střední s maturitou	64	29,8 %
	Vyšší odborné	17	7,9 %
	Vysokoškolské	123	57,2 %
	Celkem	215	100,0 %

V tabulce 2 jsou uvedeny informace o porodech respondentek. Rodičky nejčastěji rodily jedenkrát (51,2 %; 110 osob) nebo dvakrát (41,9 %; 90 osob). Vyšší počet porodů byl spíše ojedinělý. 5,1 % rodiček uvedlo tři porody (11 osob), 1,9 % osob uvedlo dokonce 4 a více porody (4 osoby). Rodičky nejčastěji rodí ve fakultní nemocnici (53,0 %; 114 osob), v menší míře pak v oblastních nemocnicích (39,1 %; 84 osob). Nejméně pak rodí v krajských nemocnicích (7,9 %; 17 osob).

Tabulka 2 – Základní informace o porodech – 1. část

Základní informace o porodech – 1. část		n	%
Kolikrát jste rodila?	Jednou	110	51,2 %
	Dvakrát	90	41,9 %
	Třikrát	11	5,1 %
	Čtyřikrát a více	4	1,9 %
	Celkem	215	100,0 %
Před jakou dobou jste rodila?	Do 1 roku	69	32,1 %
	2–3 roky zpět	99	46,0 %
	Do 5 let	47	21,9 %
	Celkem	215	100,0 %
V jaké porodnici jste rodila?	Oblastní nemocnice	84	39,1 %
	Krajská nemocnice	17	7,9 %
	Fakultní nemocnice	114	53,0 %
	Celkem	215	100,0 %

V tabulce 3 jsou uvedeny podrobnější informace o porodech. Z pohledu komplikovanosti porodu 35,8 % rodiček uvádí, že rozhodně nebyl komplikovaný (77 osob), dalších 26,5 % rodiček si spíše myslí, že nebyl komplikovaný (57 osob). Jako komplikovaný porod považuje celkově 34,0 % rodiček⁹ (73 osob).

Porod byl u sledovaných respondentek proveden císařským řezem (28,8 %; 62 osob) anebo se jednalo o spontánní porod bez farmakologického zásahu (28,4 %; 61 osob).

Tabulka 3 – Základní informace o porodech – 2. část

Základní informace o porodech – 2. část		n	%
Jednalo se o komplikovaný porod?	Rozhodně ano	28	13,0 %
	Spíše ano	45	20,9 %
	Nevím	8	3,7 %
	Spíše ne	57	26,5 %
	Rozhodně ne	77	35,8 %
	Celkem	215	100,0 %
Jakým způsobem byl veden Váš porod?	a) Porod spontánní bez farmakologického zásahu	61	28,4 %
	b) Porod vaginální s farmakologickým zásahem	36	16,7 %
	c) Porod vaginální – indukovaný (tzn. uměle vyvolaný)	48	22,3 %
	d) Porod císařským řezem	62	28,8 %
	e) Porod operativní pomocí vakuumextraktoru (tzn. zvon)	7	3,3 %
	f) Porod operativní pomocí porodnických kleští	1	0,5 %
	Celkem	215	100,0 %

7.4.2 Základní informace o porodních asistentkách

V tabulce 4 jsou uvedeny informace o porodních asistentkách. Porodních asistentek se celkově zúčastnilo 80. Nejčastěji mají praxi na porodním sále 5–10 let. 5 let bylo požadované minimum pro vyplnění dotazníku. Nejčastěji asistentky pracují ve fakultní nemocnici (56,3 %; 45 osob) anebo poté v oblastní nemocnici (31,3 %; 25 osob).

⁹ Odpovědi „Určitě ano“ a „Spíše ano“.

Tabulka 4 – Základní informace o porodních asistentkách

Základní informace o por. as.	n	%	
Jak dlouhou máte praxi na porodním sále?	5–10 let	43	53,8 %
	11–20 let	21	26,3 %
	21 a více let	16	20,0 %
	Celkem	80	100,0 %
V jaké nemocnici pracujete?	Oblastní nemocnice	25	31,3 %
	Krajská nemocnice	10	12,5 %
	Fakultní nemocnice	45	56,3 %
	Celkem	80	100,0 %

Jedna z identifikačních otázek asistentek byla otázka na syndrom vyhoření, je znázorněna v tabulce 5, kde 53,8 % porodních asistentek uvádí, že rozhodně vyhořelé nejsou (43 osob). 28,8 % si myslí, že spíše nejsou (23 osob). K absolutní vyhořelosti se přiznávají 2 porodní asistentky, tj. 2,5 %, spíše vyhořelé se pak cítí 4 asistentky (5,0 %).

Tabulka 5 – Výskyt syndromu vyhoření u porodních asistentek

Cítíte se být vyhořelá?	n	%
Rozhodně ano	2	2,5 %
Spíše ano	4	5,0 %
Nevím	8	10,0 %
Spíše ne	23	28,8 %
Rozhodně ne	43	53,8 %
Celkem	80	100,0 %

7.5 Zpracování získaných dat

Zpracování a vyhodnocení otázek bylo provedeno pomocí softwaru IBM SPSS Statistics 21 a Microsoft Office Excel 2007. V těchto programech docházelo k tvorbě tabulek a příslušných grafů. V neposlední řadě byl také použit textový editor Microsoft Word 2007, do kterého byla poslána všechna data zaznamenávána.

Získaná data byla zpracovávána do přehledných tabulek, kde vyjadřujícími hodnotami jsou absolutní (n) a relativní četnosti (%). V každé tabulce je také uveden celkový počet (Celkem). Čísla vyjadřující absolutní četnost byla zaokrouhlována na celá čísla a relativní četnost na jedno desetinné místo. Pro výpočet relativní četnosti byl zvolen vzorec $\% = n/\text{celkem} * 100$ (Chráška, 2016, s. 35). Hodnoty jsou proto poté v procentech (%).

Použití statistických metod vždy záleží na typu sledovaných proměnných. V rámci ověření hypotéz budou použity následující metody: V případě, že sledujeme vztah dvou nominálních (slovních) proměnných, volíme pro ověření vztahu χ^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce.

χ^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce je založen na skutečných (pozorovaných) a očekávaných (teoretických) četnostech, jaké by měly být v případě absolutní nezávislosti sledovaných znaků. Sledovaný test je možné použít pouze v případě, kdy je splněn předpoklad dostatečného zastoupení kategorií a to, aby v kontingenční tabulce bylo maximálně 20 % buněk, kde je očekávaná četnost menší než 5. Pokud tento předpoklad není splněn, je nutné v prvním kroku zkusit spojit některé málo zastoupené kategorie (pokud je to možné), popř. je nutné volit jiný statistický test. V případě, že není možné použít výše uvedený test, pokud to velikost tabulky dovolí, můžeme zvolit modifikovaný Fisherův exaktní test. Pokud budeme sledovat závislost jedné nominální (alternativní) proměnné a číselné proměnné, použijeme dvouvýběrový test, ať parametrický, nebo neparametrický. Tyto testy se liší v tom, zda data jednotlivých výběrů pocházejí či nepocházejí z normálního rozdělení. Pro ověření normality obvykle používáme Shapiro-Wilkův test normality. Pokud je normalita zamítnuta, volíme neparametrický dvouvýběrový Mann-Whitneyův test. Test je založen na porovnávání shody rozdělení četností, tj. zda výběry pocházejí ze stejného základního souboru. Poslední variantou testů je porovnávání dvou číselných proměnných. V tomto případě volíme korelační koeficienty. Je-li rozsah malý, podmínka normálního rozdělení není splněna nebo, máme-li pochybnosti o linearitě zkoumaného vztahu veličin X, Y, než klasický Pearsonův korelační koeficient je vhodnější použít Spearmanův koeficient pořadové korelace. Koeficient je vhodný i pro ordinální proměnné. Hodnoty stejně jako u Pearsonova korelačního koeficientu leží v intervalu od -1 do 1, se stejnou interpretací, tj. jeho nulová hodnota představuje absenci lineární (tedy nikoli jakékoliv) závislosti sledovaných veličin. Naopak v případě funkční závislosti, kdy z hodnoty jedné veličiny na základě rovnice přímky vyplývá jednoznačně hodnota druhé veličiny, je korelační koeficient roven ± 1 . Znaménko nám ukazuje směr závislosti, tj. zda jde o přímou lineární závislost (+) nebo nepřímou (-). Stejně jako Pearsonův koeficient i Spearmanův koeficient pořadové korelace můžeme testovat v hypotéze o nezávislosti veličin. Ani vysoká hodnota korelačního koeficientu ještě totiž nemusí znamenat příčinnou závislost mezi proměnnými. Tvrzení o existující lineární závislosti je proto nutné ověřit (Pecáková, 2011).

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Výsledky výzkumu jsou prezentovány dle stanovených výzkumných otázek. Vzhledem k rozsahu výzkumu jsou data, která popisují průběh porodu a porodnické násilí pohledem rodiček (viz Příloha 16) a porodních asistentek (viz Příloha 17), k dispozici v kapitole Přílohy.

8.1 Výzkumná otázka 1: Cítí se ženy traumatizované porodem?

Pro tuto výzkumnou otázku byla vytvořena tabulka 6, zde jsou uvedeny otázky týkající se traumatu z porodu. Trauma z porodu rozhodně pociťuje 7,4 % respondentek (16 osob), dalších 19,5 % osob je spíše pociťuje (42 osob). 22,8 % respondentek cítilo frustraci již během porodu nebo krátce po něm, dalších 9,8 % pacientek cítilo frustraci až po delší době (21 osob). Naopak žádnou nebo spíše žádnou frustraci nepociťovalo celkově 71,2 % (153 osob), frustraci nepociťovalo 65,1 % osob (140 osob). Porodnické násilí celkově zažilo¹⁰ pouze 11,6 % sledovaných rodiček (25 osob).

Tabulka 6 – Prožité trauma z porodu a porodnické násilí

Prožité trauma z porodu a porodnické násilí		n	%
Pociťujete trauma z Vašeho porodu?	Rozhodně ano	16	7,4 %
	Spíše ano	42	19,5 %
	Nevím	4	1,9 %
	Spíše ne	63	29,3 %
	Rozhodně ne	90	41,9 %
	Celkem	215	100,0 %
Pokud máte trauma z porodu, pociťovala jste frustraci již během porodu a krátce po něm nebo až s odstupem času? Pokud se necítíte být traumatizovaná, označte prosím možnost d).	Ano, cítila jsem frustraci již během porodu a krátce po něm	49	22,8 %
	Ano, cítila jsem frustraci až s odstupem času	21	9,8 %
	Nevím	5	2,3 %
	Necítím se traumatizovaná	140	65,1 %
	Celkem	215	100,0 %
Souhlasíte s tvrzením: „Prožila jsem porodnické násilí.“?	Rozhodně ano	8	3,7 %
	Spíše ano	17	7,9 %
	Nevím	20	9,3 %
	Spíše ne	44	20,5 %
	Rozhodně ne	126	58,6 %
	Celkem	215	100,0 %

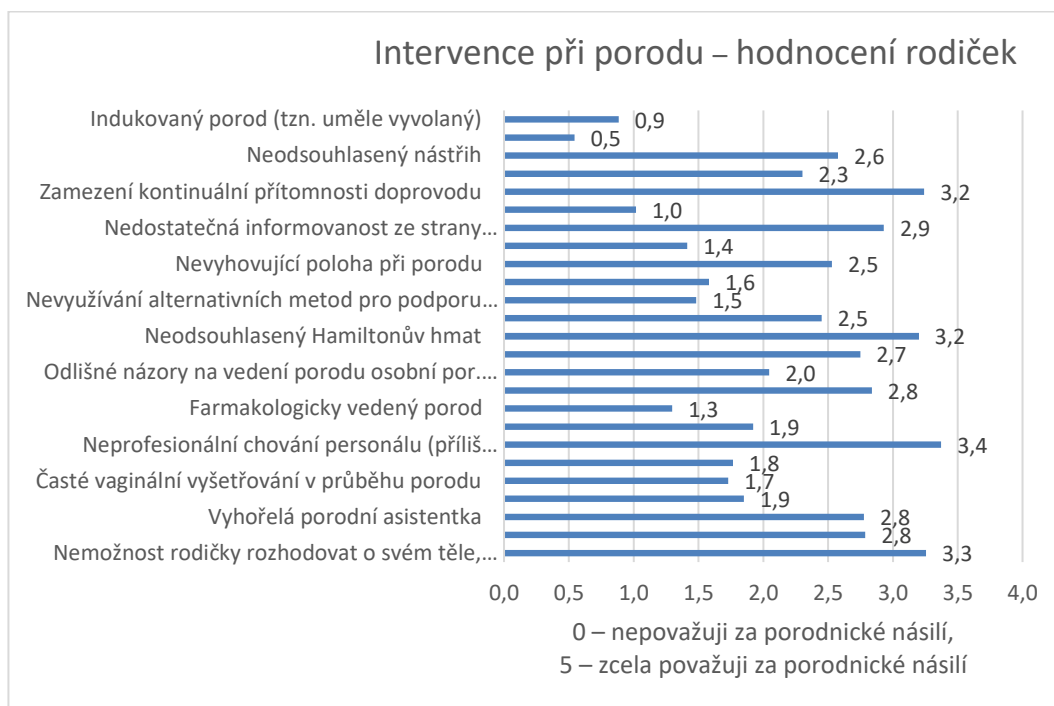
¹⁰ Odpověď „Rozhodně ano“ nebo „Spíše ano“.

Závěr: Respondentky se převážně necítí být porodem traumatizované. Je ale zajímavé, že téměř 23 % rodiček uvádí, že cítilo již během porodu frustraci, která se u 7 % respondentek rozvinula v trauma.

8.2 Výzkumná otázka 2: Co považují/nepovažují za porodnické násilí rodičky?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídaly respondentky v tabulce 7 (viz Příloha 3), do jaké míry vnímají uvedené intervence jako porodnické násilí. Hodnocení jednotlivých výroků probíhalo na 6bodové Likertově škále, kde je rozmezí od 0 = nepovažuji za porodnické násilí až po 5 = zcela považuji za porodnické násilí. Výsledky pro všechny výroky jsou uvedeny v tabulce 7. Jelikož je hodnocení ordinální proměnnou, je možné spočítat průměrné hodnocení daného výroku jako porodnické násilí. Vyšší hodnoty poté představují vyšší míru porodnického násilí. Na základě tabulky 7 můžeme konstatovat, že za nejzávažnější porodnické násilí je považováno „Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)“, které má průměrné hodnocení 3,4 bodů z 5 možných. Tuto skutečnost absolutně považuje za porodnické násilí 37,7 % dotázaných rodiček (81 osob), dalších 17,2 % rodiček je považuje spíše za porodnické násilí (37 osob). Další intervencí s vysokou mírou vnímání porodnického násilí je „Nemožnost rodičky rozhodovat o svém těle, rodička není součástí týmu“ (průměr 3,3 bodů) a „Zamezení kontinuální přítomnosti doprovodu“ (průměr 3,2). Naopak nejméně problematické intervence z 25 níže uvedených je „Podání klystýru“ (průměr 0,5), „Indukovaný porod (tzn. uměle vyvolaný)“ (průměr 0,9) a „Kontinuální monitor v průběhu porodu“ (průměr 0,9). Průměrné odpovědi jsou znázorněny na obrázku 1.

Obrázek 1 – Graf hodnocení intervencí při porodu rodičkami



Závěr: Na základě tabulky 7 můžeme konstatovat, že u rodiček je za nejzávažnější porodnické násilí považováno „Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)“, které má průměrné hodnocení 3,4 bodů z 5 možných. Tuto skutečnost absolutně považuje za porodnické násilí 37,7 % dotázaných rodiček (81 osob), dalších 17,2 % rodiček je považuje spíše za porodnické násilí (37 osob).

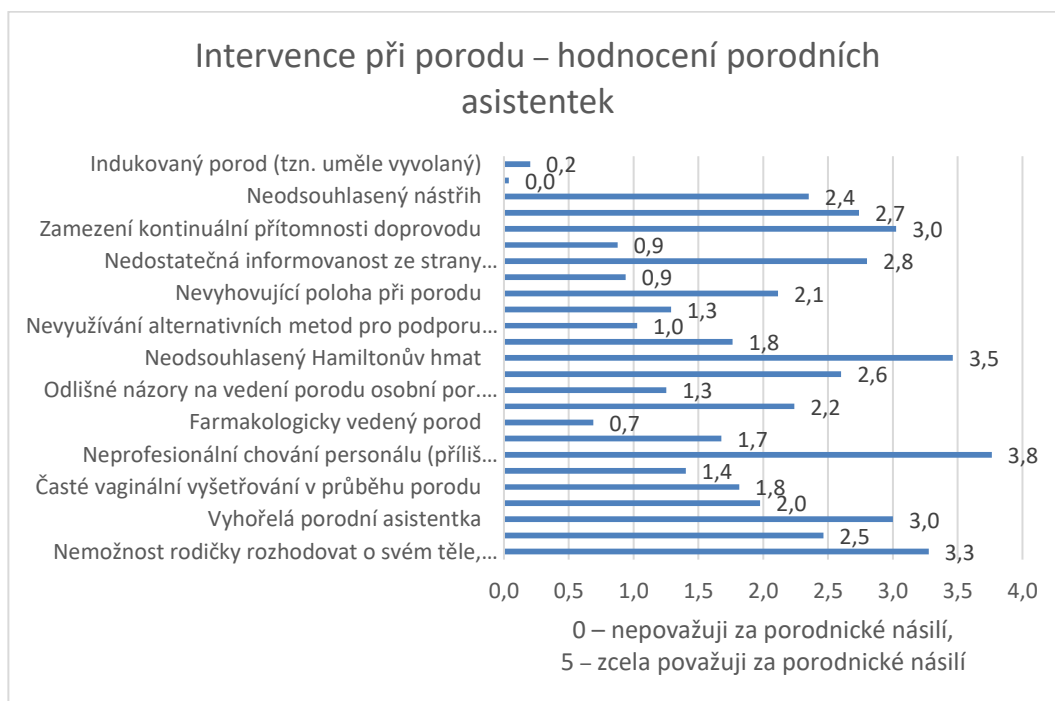
8.3 Výzkumná otázka 3: Co považují/nepovažují za porodnické násilí porodní asistentky?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídaly respondentky v tabulce 8 (viz Příloha 4), zde je přehled hodnocení jednotlivých porodnických intervencí. Hodnocení probíhalo na 6bodové Likertově škále od 0 = nepovažuji za porodnické násilí až po 5 = zcela považuji za porodnické násilí. Celkové výsledky jsou uvedeny v tabulce 8. Průměrné hodnocení je poté v tabulce 9 (viz Příloha 4).

Je zajímavé, že v případě hodnocení, kterou intervenci považují porodní asistentky nejvíce za porodnické násilí, se shodují s rodičkami. Jedná se o výrok „Neprofesionální chování personálu

(příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)“ (průměr 3,8), dalšími nežádoucími intervencemi je „Neodsouhlasený Hamiltonův hmat“ (průměr 3,5) a „Nemožnost rodičky rozhodovat o svém těle, rodička není součástí týmu“ s průměrným hodnocením 3,3. Neodsouhlasený Hamiltonův hmat je tedy u porodních asistentek horší zásah než u samotných rodiček. Průměrné hodnocení intervencí porodními asistentkami je zobrazeno na obrázku 2.

Obrázek 2 – Graf hodnocení intervencí při porodu porodními asistentkami



Závěr: Porodní asistentky se v případě označení jednotlivých aspektů porodu jako porodnické násilí často shodují s názory rodiček. Nejvíce problematický zákrok je u obou skupin shodný. Jedná se o výrok „Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)“ (průměr 3,8), dalšími nežádoucími intervencemi je „Neodsouhlasený Hamiltonův hmat“ (průměr 3,5) a „Nemožnost rodičky rozhodovat o svém těle, rodička není součástí týmu“ s průměrným hodnocením 3,3. Neodsouhlasený Hamiltonův hmat je tedy u porodních asistentek horší zásah než u samotných rodiček.

8.4 Výzkumná otázka 4: Existují rozdíly ve vnímání porodnického násilí mezi rodičkami a porodními asistentkami?

Pro výzkumnou otázku 4 byl zvolen tento předpoklad:

Hypotéza 1: Vnímání porodnického násilí se liší u porodních asistentek a rodiček.

Pro tuto hypotézu byla zvolena příslušná nulová (H_0) a alternativní (H_A) hypotéza.

H₁₀: Míra závažnosti porodního násilí se u jednotlivých aspektů mezi rodičkami a porodními asistentkami statisticky významně neliší.

H_{1A}: Míra závažnosti porodního násilí se u jednotlivých aspektů mezi rodičkami a porodními asistentkami statisticky významně liší.

V tabulce 10 (viz Příloha 5) jsou uvedeny rozdíly v hodnocení závažnosti jednotlivých porodnických intervencí z pohledu rodiček a porodních asistentek. Hodnocení je rozděleno pro přehlednost barevně, tj. od nejzávažnějších (červeně) až po nejméně závažné (zeleně). Z tabulky je patrné, že ve většině případů rodičky i porodní asistentky hodnotí zákroky stejně nebo velmi podobně závažně. Největší rozdíly v hodnocení jsou následující: „Preventivní nástřih“ a „Časté vaginální vyšetřování v průběhu porodu“, které porodní asistentky hodnotí více jako porodnické násilí než rodičky, a poté výroky „Odlišné názory na vedení porodu osobní porodní asistentky/duly s porodníkem na porodním sále“ a „Nedostatečné vzdělávání porodníků/porodních asistentek (používání zastaralých konzervativních přístupů vedení porodu)“, které hůře hodnotí rodičky.

Barevnost určuje rozdíly v pořadí, což je např. v případě „nejhoršího“ a „nejméně závažného“ zásahu shodné. V rámci analýzy jsme se však zaměřili i na rozdíly v míře závažnosti, kde pořadí závažnosti může být shodné, ale sleduje míru hodnocení.

Rozdíly v míře závažnosti jsme testovali pomocí Mann-Whitneyova testu, jelikož hodnocení je ordinální proměnná. Z tabulky 10 je patrné, že statisticky významné rozdíly jsou u intervencí např. u nejméně závažných intervencí: „Indukovaný porod (tzn. uměle vyvolaný)“ (p-hodnota = 0,035) a „Podání klystýru“ (p-hodnota = 0,001), kde v obou případech, i když je to nejméně závažná intervence, dané intervence statisticky významně hůře hodnotí rodičky oproti porodním asistentkám. Naproti tomu „nejzávažnější“ porodnické násilí, které je v obou skupinách, „Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)“ (p-hodnota = 0,019) jako závažnější

hodnotí porodní asistentky. Rozdíly jsou i v tomto případě statisticky významné, hypotézu H_{10} zamítáme, přijímáme hypotézu H_{1A} . **Míra závažnosti porodního násilí se u jednotlivých aspektů mezi rodičkami a porodními asistentkami statisticky významně liší.**

Závěr: Tuto výzkumnou otázku jsme vyhodnotili pomocí hypotézy 1. V rámci analýzy bylo zjištěno, že hodnocení závažnosti z pohledu pořadí se téměř mezi rodičkami a porodními asistentkami neliší. Obě skupiny považují za nejzávažnější „Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)“, a naopak jako nejméně závažné pak např. „Podání klystýru“. V některých případech, včetně těchto nejzávažnějších, a i nejméně závažných, se liší míra vnímání násilí. V případě intervence „Podání klystýru“ je horší hodnocení u rodiček, naopak „Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)“ vnímají jako závažnější problém porodní asistentky.

8.5 Výzkumná otázka 5: Jaké aspekty ovlivňují (zvyšují/snižují) vnímání porodnického násilí u rodičky?

Pro výzkumnou otázku 5 byly zvoleny tyto předpoklady:

Hypotéza 2: Nenaplněná očekávání ženy z porodu ovlivňují vnímání porodnického násilí.

Pro tuto hypotézu byla zvolena příslušná nulová (H_0) a alternativní (H_A) hypotéza.

H_{20} : Vnímání prožitého porodnického násilí statisticky významně nezávisí na tom, zda považujeme nenaplnění očekávání z porodu za porodnické násilí.

H_{2A} : Vnímání prožitého porodnického násilí a vnímání nenaplnění očekávání jako porodnické násilí mezi sebou statisticky významně souvisí.

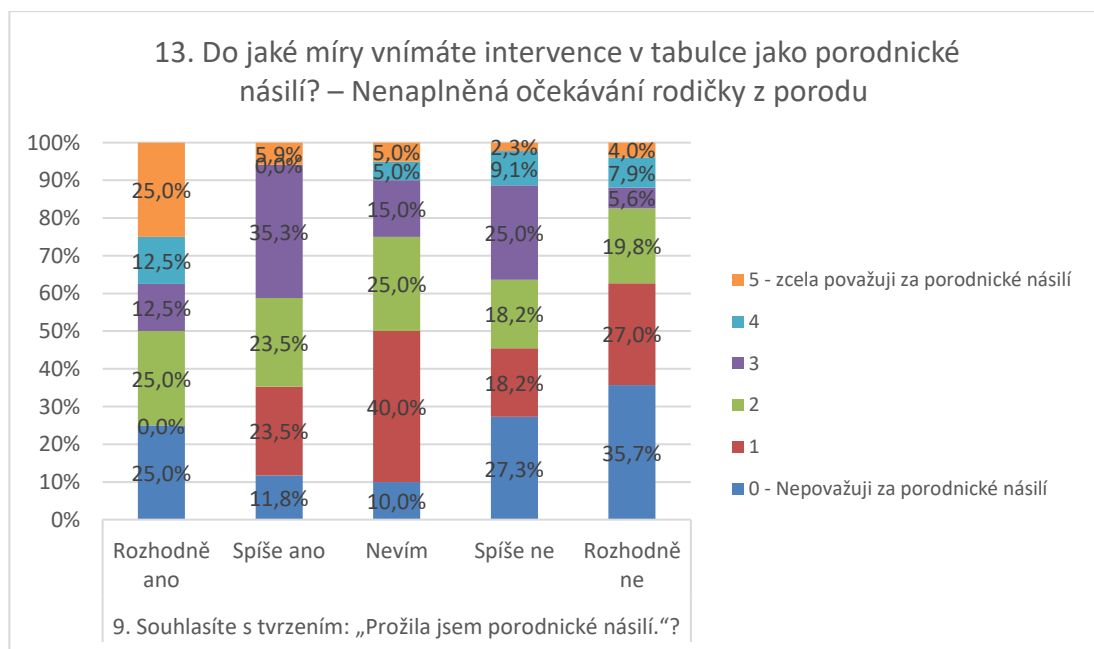
Pro ověření této hypotézy použijeme otázku z dotazníku č. 9 – „Souhlasíte s tvrzením: ‚Prožila jsem porodnické násilí.‘?“ A výrok 10 z bloku, otázka č. 13. „Do jaké míry vnímáte intervence v tabulce jako porodnické násilí?“, výrok „Nenaplněná očekávání rodičky z porodu.“. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 11 (viz Příloha 6). Grafické znázornění v obrázku 3 níže.

Pro ověření hypotézy není možné použít χ^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce z důvodu velkého počtu málo zastoupených kategorií, v případě modifikovaného Fisherova exaktního testu je problém velikost tabulky. Jelikož však můžeme obě proměnné považovat za ordinální typ, pro ověření hypotézy použijeme neparametrický Spearmanův korelační koeficient. Na

základě výpočtu, kdy výsledný koeficient má hodnotu $R = -0,225$ s p-hodnotou 0,001. Na základě výsledku, kdy je p-hodnota menší než 0,05, zamítáme H_2_0 a přijímáme H_2_A . **Vnímání prožitého porodnického násilí a vnímání nenaplnění očekávání jako porodnické násilí mezi sebou statisticky významně souvisí.**

Jelikož otázka č. 9 je kódována 1 – rozhodně zažila, až po 5 – rozhodně ne, tj. roste nesouhlas, a u otázky č. 13 je hodnocení 0 – není násilí, až po 5 – je násilí (zkrácené verze odpovědí), a výsledný koeficient je záporný, můžeme konstatovat, že s rostoucím hodnocením nenaplněného očekávání jako porodnické násilí klesá nesouhlas s prožitím porodnického násilí, tj. potvrdili jsme náš předpoklad, a to: **Vnímání prožitého porodnického násilí statisticky významně závisí na tom, zda považujeme nenaplnění očekávání z porodu za porodnické násilí. Pokud rodička nemá naplněna očekávání z porodu, tak porod vnímá jako násilí.**

Obrázek 3 – Graf hodnocení očekávání z porodu jako porodnické násilí



Hypotéza 3: Využití alternativních metod při porodu má vliv na trauma z porodu.

Pro tuto hypotézu byla zvolena příslušná nulová (H_0) a alternativní (H_A) hypotéza.

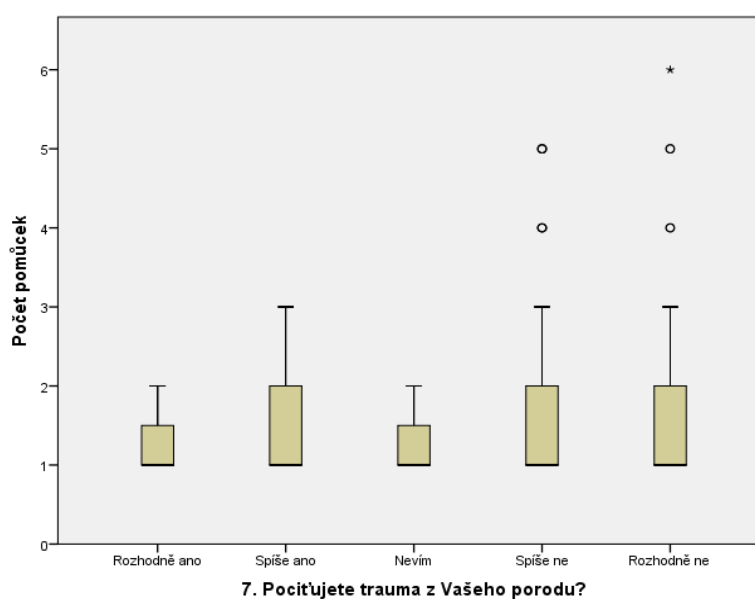
H₃₀: Počet využívaných alternativních metod nemá statisticky významný vliv na trauma z porodu.

H_{3A}: Počet využívaných alternativních metod statisticky významně snižuje trauma z porodu.

Pro ověření této hypotézy použijeme proměnné z otázky č. 7 – „Pocitujete trauma z Vašeho porodu?“ – a otázku týkající se využívání alternativních metod otázka č. 17 – „Byly použity v průběhu porodu některé pomůcky či alternativní metody analgezie, pro podpoření porodu?“. Jelikož každá rodička využila minimálně jednu alternativní pomůcku, budeme sledovat vztah počtu pomůcek na snížení traumatu z porodu. Výpočty jsou uvedeny v tabulce 12 (viz Příloha 7).

Jelikož jsou obě proměnné ordinální, opět použijeme Spearmanův korelační koeficient. Na základě výpočtu ($R = 0,074$; p -hodnota = $0,282$), kdy výsledná p -hodnota je větší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, testovanou hypotézu H_{30} na této hladině významnosti přijímáme a zamítáme H_{3A} . **Počet využívaných alternativních metod nemá statisticky významný vliv na trauma z porodu.** Grafické znázornění je uvedeno v obrázku 4.

Obrázek 4 – Graf vlivu alternativních metod vedení porodu na trauma



Hypotéza 4: Vzdělání rodičky ovlivňuje vnímání dané intervence jako porodnické násilí.

Pro tuto hypotézu byla zvolena příslušná nulová (H_0) a alternativní (H_A) hypotéza.

H4₀: Hodnocení dané intervence jako porodnické násilí nezávisí na úrovni vzdělání rodičky.

H4_A: Hodnocení dané intervence jako porodnické násilí závisí na úrovni vzdělání rodičky.

Pro ověření tohoto předpokladu použijeme proměnnou otázku č. 2 – „Jaké máte vzdělání?“ a hodnocení porodnického násilí v rámci otázky č. 13 – „Do jaké míry vnímáte následující intervence jako porodnické násilí?“. Jelikož obě proměnné jsou ordinálního typu, pro ověření hypotézy použijeme Spearmanův korelační koeficient.

Výsledky koeficientů i p-hodnot jsou uvedeny v tabulce 13 (viz Příloha 8). Jelikož ani jedna p-hodnota není menší než hladina významnosti $\alpha = 5\%$, testovanou hypotézu H_{4_0} pro všechny uvedené intervence přijímáme a zamítáme H_{4_A} . **Hodnocení dané intervence jako porodnické násilí nezávisí na úrovni vzdělání rodičky.**

Hypotéza 5: Hodnocení porodnického násilí závisí na době od porodu.

Pro tuto hypotézu byla zvolena příslušná nulová (H_0) a alternativní (H_A) hypotéza.

H5₀: Hodnocení prožití porodnického násilí statisticky významně nezávisí na době od porodu.

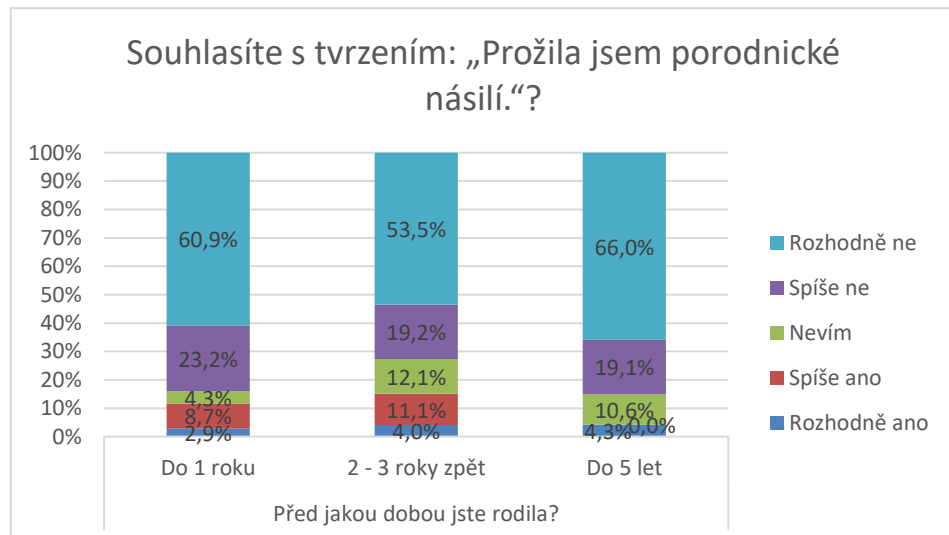
H5_A: Hodnocení prožití porodnického násilí statisticky významně závisí na době od porodu.

Pro ověření tohoto předpokladu použijeme jako proměnné otázku č. 9 – „Souhlasíte s tvrzením: Prožila jsem porodnické násilí?“ – a dobu od porodu, tj. otázku č. 3 – „Před jak dlouhou dobou jste rodila?“. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 14 (viz Příloha 9).

Pro ověření hypotézy je možné použít modifikovaný Fisherův exaktní test (p-hodnota = 0,390). Jelikož však výsledná p-hodnota je větší než hladina významnosti $\alpha = 5\%$, testovanou hypotézu H_{5_0} na této hladině významnosti přijímáme a zamítáme H_{5_A} . **Hodnocení prožití**

porodnického násilí statisticky významně nezávisí na době od porodu. Výsledky jsou znázorněny v obrázku 5.

Obrázek 5 – Graf vnímání prožití porodnického násilí podle doby od porodu



Hypotéza 6: Typ nemocnice ovlivňuje zkušenost s porodnickým násilím.

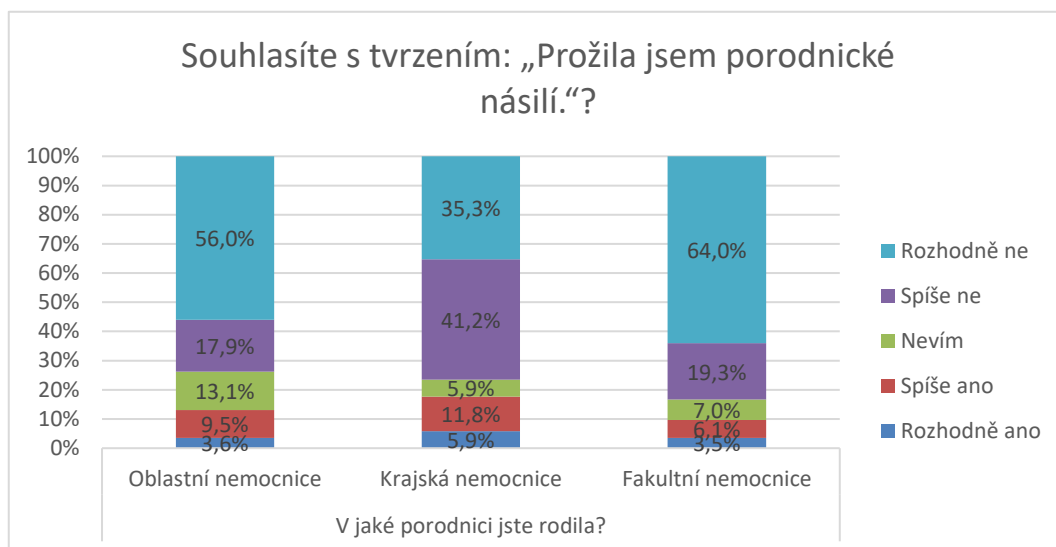
Pro tuto hypotézu byla zvolena příslušná nulová (H_0) a alternativní (H_A) hypotéza.

H_{0_6} : Zkušenost s porodnickým násilím nezávisí na typu nemocnice.

H_{A_6} : Zkušenost s porodnickým násilím závisí na typu nemocnice.

Pro ověření hypotézy byla vytvořena tabulka 15 (viz Příloha 10), použijeme opět otázku č. 9 a otázku č. 5 – „V jaké porodnici jste rodila?“. Pro ověření hypotézy použijeme modifikovaný Fisherův exaktní test (p – hodnota = 0,095). Jelikož je opět p -hodnota větší než 0,05, testovanou hypotézu H_{0_6} na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ přijímáme a zamítáme H_{A_6} . **Zkušenost s porodnickým násilím nezávisí na typu nemocnice.** Výsledky jsou zobrazeny v obrázku 6.

Obrázek 6 – Graf zkušenosti s porodnickým násilím podle typu porodnice



Hypotéza 7: Míra vyhoření porodních asistentek ovlivňuje výskyt nežádoucích postupů.

Pro tuto hypotézu byla zvolena příslušná nulová (H_0) a alternativní (H_A) hypotéza.

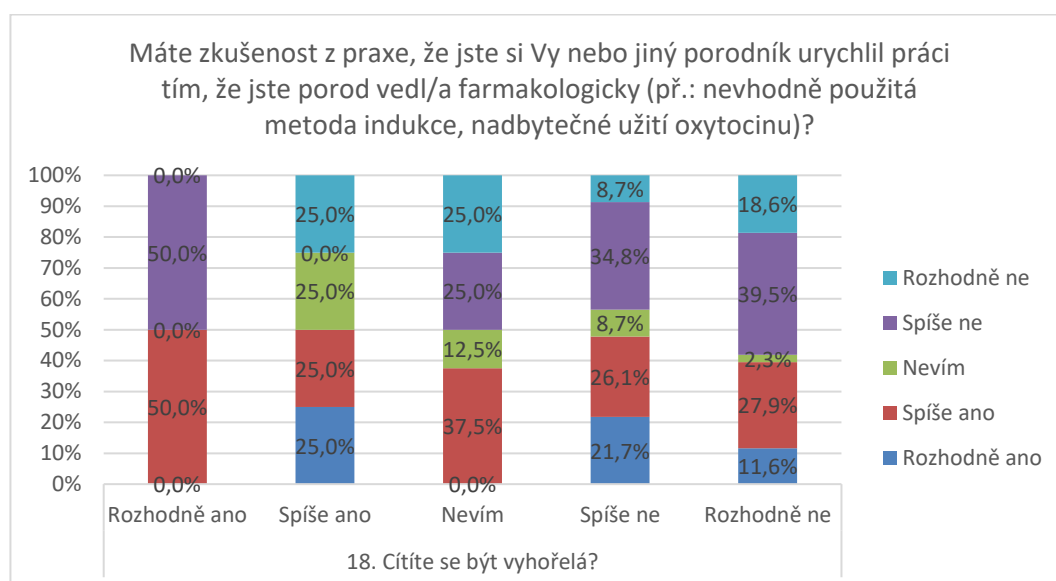
H_{70} : Výskyt nežádoucích postupů nezávisí na míře vyhoření porodních asistentek.

H_{7A} : Výskyt nežádoucích postupů závisí na míře vyhoření porodních asistentek.

Pokud bychom uvažovali o četnosti výskytu porodnického násilí u porodních asistentek pomocí otázky č. 17. „Máte zkušenost z praxe, že jste si Vy nebo jiný porodník urychlil práci tím, že jste porod vedl/a farmakologicky (př.: nevhodně použitá metoda indukce, nadbytečné užití oxytocinu)?“, hypotézu můžeme ověřit pomocí této otázky a otázky č. 18 „Cítíte se být vyhořelá?“. Pro tuto hypotézu byla vytvořena tabulka 16 (viz Příloha 11).

Pro ověření je opět nutné použít Spearmanův korelační koeficient ($R = 0,092$; p -hodnota = $0,419$) testovanou hypotézu H_{70} přijímáme a zamítáme H_{7A} . **Výskyt nežádoucích postupů závisí na míře vyhoření porodních asistentek.** Výsledky jsou zobrazeny v obrázku 7.

Obrázek 7 – Graf vyhoření porodních asistentek a nežádoucí postupy



Hypotéza 8: Komplikovaný porod ovlivňuje vnímání porodu jako násilí.

Pro tuto hypotézu byla zvolena příslušná nulová (H_0) a alternativní (H_A) hypotéza.

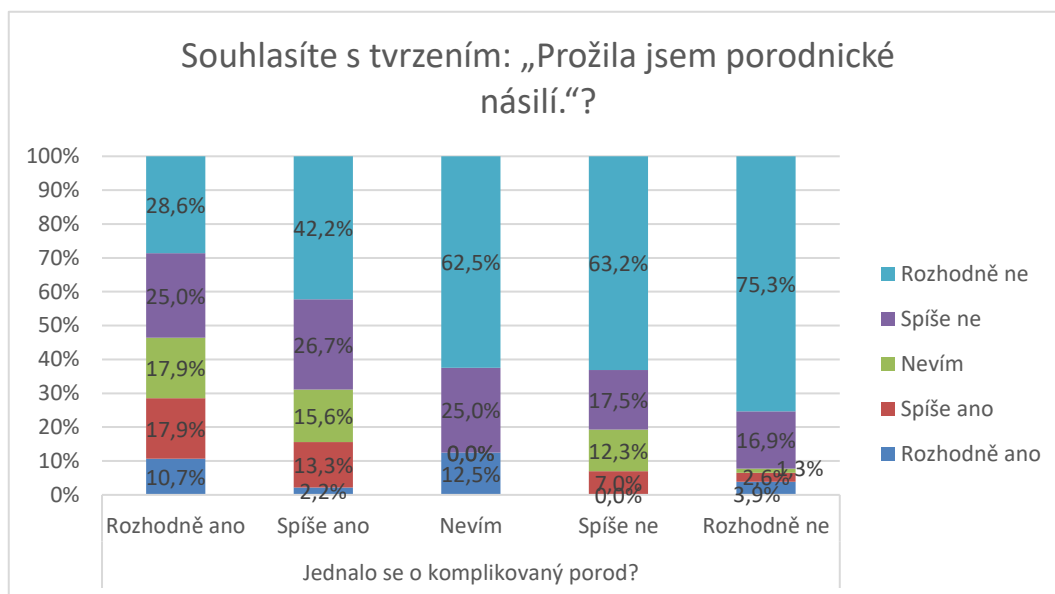
H_{80} : Míra zkušenosti s porodnickým násilím nezávisí na komplikovanosti porodu.

H_{8A} : Míra zkušenosti s porodnickým násilím závisí na komplikovanosti porodu.

Pro zajímavost jsme sledovali míru zkušenosti s porodním násilím u rodiček podle míry rizikovosti porodu, to je uvedeno v tabulce 17 (viz Příloha 12).

Pro ověření opět použijeme Spearmanův korelační koeficient ($R = 0,349$; p -hodnota $<0,001$). Jelikož je výsledná p -hodnota menší než hladina významnosti $\alpha = 5\%$, testovanou hypotézu H_{80} na této hladině významnosti zamítáme, přijímáme hypotézu H_{8A} . **Míra zkušenosti s porodnickým násilím závisí na komplikovanosti porodu. S rostoucími komplikacemi roste i míra vnímání, že rodička prožila porodnické násilí.** Výsledky jsou znázorněny níže v obrázku 8.

Obrázek 8 – Graf vnímání porodnického násilí podle komplikovanosti porodu



Závěr: Tuto výzkumnou otázku jsme ověřili pomocí výše uvedených hypotéz. Ze sledovaných aspektů má na vnímání porodnického násilí u rodičky statisticky významný vliv míra komplikovanosti porodu, kde s rostoucí komplikovaností porodu roste i subjektivní hodnocení porodnického násilí. Dále pak ženy mohou pociťovat porodnické násilí, když nemají naplněna očekávání z porodu, a k prožitku porodnického násilí přispívá i míra vyhoření porodních asistentek. Vzdělání, typ nemocnice či délka doby od porodu na vnímání porodnického násilí u rodičky statisticky významný vliv nemá.

8.6 Výzkumná otázka 6: Ovlivňují vnímání porodnického násilí demografické faktory jako je vzdělání a věk?

Pro tuto výzkumnou otázku byly zvoleny tyto předpoklady:

Hypotéza 9: Vzdělání rodiček ovlivňuje hodnocení porodu jako násilí.

Pro tuto hypotézu byla zvolena příslušná nulová (H_0) a alternativní (H_A) hypotéza.

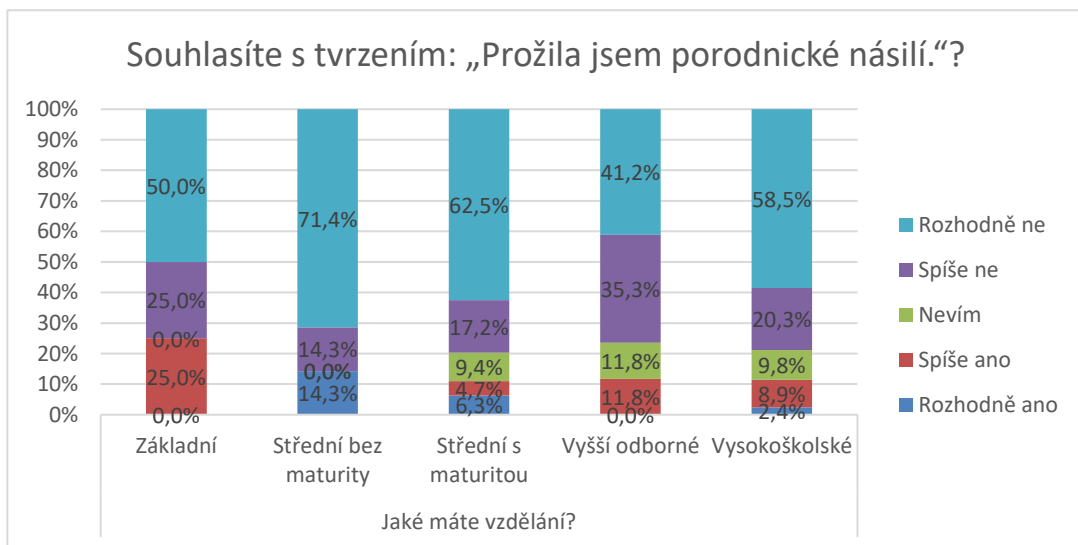
H_{0_9} : Hodnocení, zda rodička prožila porodnické násilí nezávisí na vzdělání rodiček.

H_{A_9} : Hodnocení, zda rodička prožila porodnické násilí, závisí na vzdělání rodiček.

Předpoklad můžeme ověřit pomocí otázky č. 9, která sleduje, zda rodička prožila porodnické násilí, a vzdělání rodiček (otázka č. 2). Výsledky jsou znázorněny v tabulce 18 (viz Příloha 13).

Opět zde není možné použít ani χ^2 test, ani modifikovaný Fisherův exaktní test, a proto bude opět použit Spearmanův korelační koeficient ($R = -0,016$; p -hodnota $0,816$). Jelikož je výsledná p -hodnota větší než $\alpha = 0,05$, testovanou hypotézu H_{90} přijímáme a zamítáme H_{9A} . **Hodnocení, zda rodička prožila porodnické násilí, nezávisí na vzdělání rodiček.** Výsledky znázorňuje obrázek 9.

Obrázek 9 – Graf hodnocení prožití porodnického násilí podle vzdělání rodiček



Hypotéza 10: Věk rodiček ovlivňuje hodnocení porodu jako násilí.

Pro tuto hypotézu byla zvolena příslušná nulová (H_0) a alternativní (H_A) hypotéza.

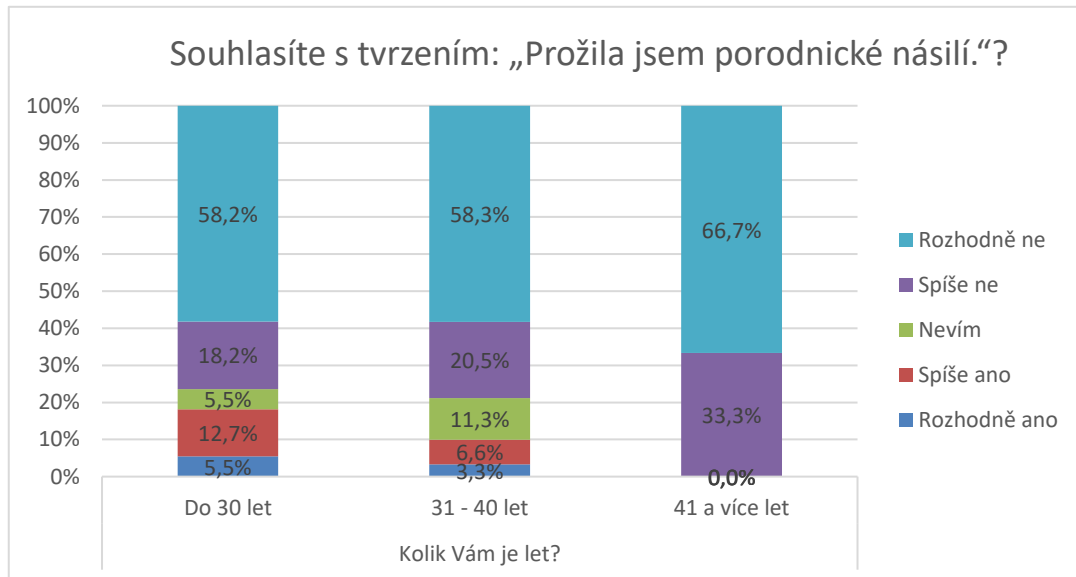
H_{100} : Míra hodnocení výskytu porodnického násilí u rodiček není ovlivněna jejich věkem.

H_{10A} : Míra hodnocení výskytu porodnického násilí u rodiček je statisticky významně ovlivněna jejich věkem.

χ^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce není opět možné z důvodu velkého počtu málo zastoupených kategorií použít. Jelikož jsou však obě proměnné ordinální, opět použijeme Spearmanův korelační koeficient. Na základě výpočtu ($R = 0,045$; p -hodnota = $0,507$), kdy výsledná p -hodnota je větší než hladina významnosti $\alpha = 5\%$, testovanou hypotézu H_{100} na této hladině významnosti přijímáme a zamítáme H_{10A} . **Míra hodnocení výskytu**

porodnického násilí u rodiček není ovlivněna jejich věkem. Výsledky jsou znázorněny níže v obrázku 10 a tabulce 19 (viz Příloha 14).

Obrázek 10 – Graf porodnické násilí podle věku rodiček

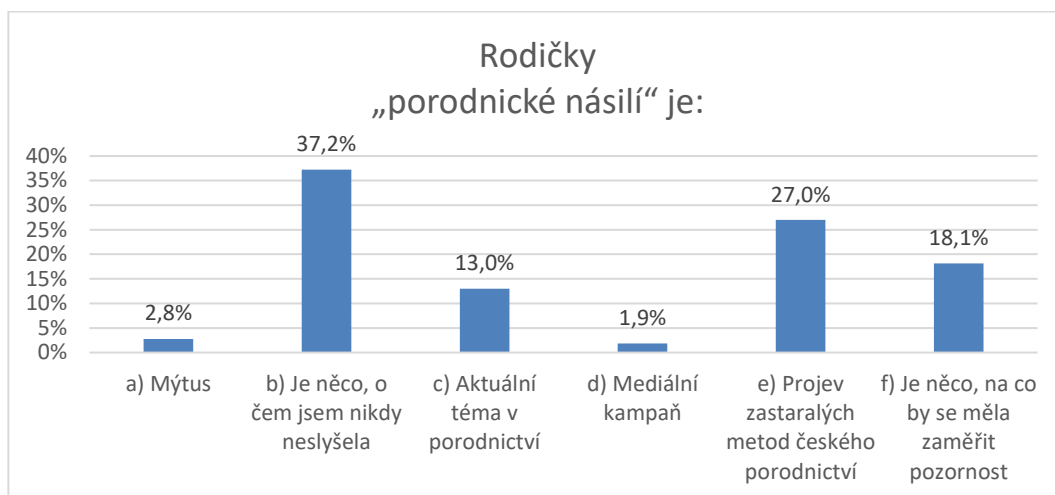


Závěr: Vzdělání a věk nemá statisticky významný vliv na vnímání porodnického násilí.

8.7 Výzkumná otázka 7: Lze označit porodnické násilí jako mýtus nebo jako realitu českého porodnictví?

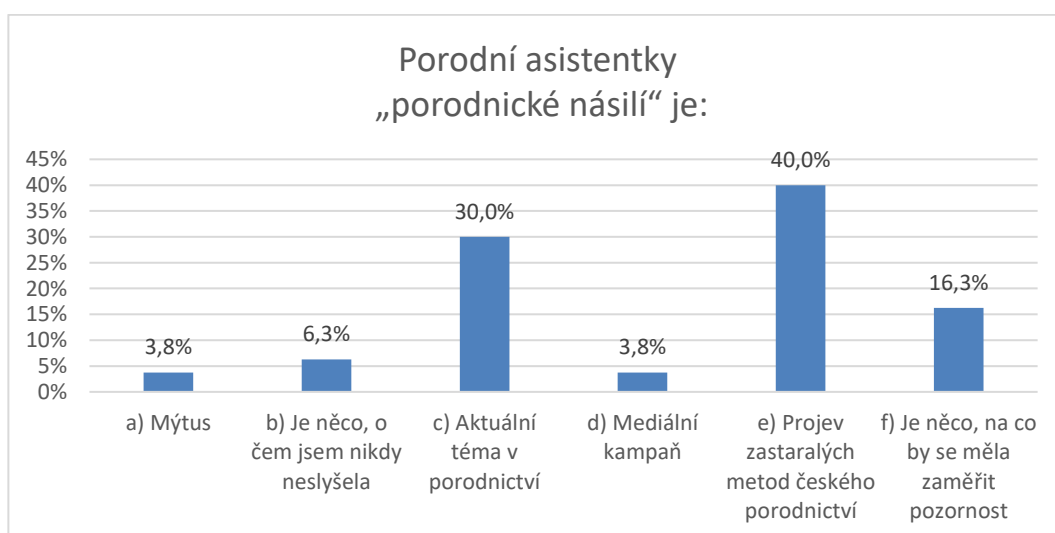
Následující obrázek 11 znázorňuje porodnické násilí pohledem rodiček. Tato otázka zjišťovala, co je podle respondentek pojem „porodnické násilí“. 37,2 % respondentek, tj. největší podíl, uvedlo, že o tomto pojmu nikdy neslyšela (80 osob). Pokud pojem někdy respondentky slyšely, nejčastěji uvádějí, že se jedná o projev zastaralých metod českého porodnictví (27,0 %; 58 osob) anebo že je to něco, na co by se měla zaměřit pozornost (18,1 %; 39 osob). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 20 (viz Příloha 15).

Obrázek 11 – Graf porodnické násilí pohledem rodiček



V obrázku 12 je znázorněno, jak vnímají porodnické násilí porodní asistentky. Z obrázku 11 výše víme, že rodičky nejčastěji uváděly, že tento pojem nikdy neslyšely. Naopak porodní asistentky jej ve 40,0 % případů hodnotí jako projev zastaralých metod českého porodnictví (32 odpovědi), dalších 30,0 % jej hodnotí jako aktuální téma v porodnictví (24 osob). Odpovědi porodních asistentek jsou uvedeny v tabulce 21 (viz Příloha 15).

Obrázek 12 – Graf porodnické násilí pohledem porodních asistentek



Závěr: Na výzkumnou otázku, zda je porodnické násilí mýtus nebo realita českého porodnictví, nelze zcela jednoznačně odpovědět. Rodičky hodnotí porodnické násilí převážně jako pojem,

o kterém nikdy neslyšely, avšak procentuálně je vidět, že si také myslí, že je to projev zastaralých metod a měla by se na toto téma zaměřit pozornost. Porodní asistentky na porodnické násilí pohlíží jako na projev zastaralých metod českého porodnictví, zde se shodují s rodičkami, a jako aktuální téma. Z toho tedy vyplývá, že nelze porodnické násilí v prostředí českých porodnic považovat za mýtus a je to spíše podnět k dalšímu bádání, protože z výzkumu zcela jednoznačně nevyplývá, že se v prostředí českých porodnic porodnické násilí vyskytuje.

9 DISKUSE

Diplomová práce je zaměřena na porodnické násilí, a to konkrétně na výzkumný problém, zda se tento fenomén vyskytuje v českých porodnicích či nikoliv. Výzkumná část diplomové práce byla zpracována kvantitativní metodou průzkumného šetření prostřednictvím dotazníků. Nasbíraná data pomohla ověřit hypotézy popisnou statistikou a následnou korelací výsledků, z nichž byly vyvozeny závěry. Cílem kvantitativního šetření bylo zjistit, jak na problematiku porodnického násilí nahlíží porodní asistentky a rodičky, a jejich postoje následně porovnat. V diplomové práci se pracovalo se dvěma výzkumnými soubory. První soubor tvořilo 80 porodních asistentek s praxí na porodním sále alespoň 5 let a druhý výzkumný soubor tvořilo 215 žen, které rodily v posledních 5 letech v porodnici. Dotazníky byly distribuovány metodou Snowball a oslovením cílových skupin prostřednictvím sociálních sítí. Na téma porodnické násilí není doposud v České republice provedeno mnoho výzkumů a odbornou veřejností je považováno spíše za tabu. Laická veřejnost se na něj ale v posledních letech začala zaměřovat a je to konzultované téma nejen jimi, alternativními skupinami, ale i médií. Diskuse je koncipovaná dle výzkumných otázek a získaná data jsou zde porovnávána s dostupnými výzkumy a odbornou literaturou.

První výzkumná otázka se zabývala traumatem žen v důsledku porodu a z výzkumu vyplývá, že se respondentky spíše necítí být porodem traumatizované. Avšak 7,4 % respondentek trauma pociťuje a dalších 19,5 % oslovených rodiček trauma spíše pociťuje. 22,8 % respondentek uvádí, že se cítily být frustrovány již během porodu, a 9,7 % žen cítí frustraci až delší dobu od porodu.

Dle Australian Birth Trauma Association psychické trauma související s porodem je způsobené šokem z toho, co se skutečně stalo v průběhu porodu, a přináší řadu problémů v oblasti duševního zdraví. Některé ženy zažívají po traumatickém porodu velké emocionální utrpení, i když nedošlo k žádnému fyzickému poranění. Trauma může přetrvávat měsíce i dlouhé roky po porodu, avšak mnoho žen nikdy nevyhledá žádnou pomoc. Nejvyšší riziko rozvoje traumatu je u žen, které rodí akutním císařským řezem, zde je traumatizovaná každá pátá žena (ABTA, 2022).

Dle Pattersonové je porodem traumatizováno až 45 % žen, dále pak u 4 % žen se rozvine PTSD (Patterson, 2018).

Hollander ve své studii uvádí, že 23 % zdravotníků nic neudělalo, když se jim ženy svěřily s traumatem v důsledku porodu, a 2,3 % žen uvedlo, že jejich pocity byly bagatelizované. 62 % žen by si přálo, aby jejich ošetřující lékař či porodní asistentka dokázaly takovou situaci lépe vyhodnotit, dále 28 % žen očekávalo, že jim navrhnou léčbu traumatu a celkově jim budou více nápomocní. Je také zajímavé, že téměř polovina účastnic výzkumu (41,0 %) zvažovala podání stížnosti na svého porodníka, nakonec tak učinilo 7,2 % respondentek (Hollander, 2017).

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na to, co považují/nepovažují za porodnické násilí rodičky. Z jejich pohledu je neprofesionální chování porodníků nejzávažnější z dotazovaných intervencí (37,7 % respondentek) a dalších 17,2 % toto považuje spíše jako porodnické násilí. Ve vysoké míře vnímají porodnické násilí ve chvíli, kdy mají pocit, že nemohou sami rozhodnout o svém těle, a není možné, aby s nimi byl po celou dobu porodu doprovod.

Hollander ve své studii uvádí, že ženy svůj traumatický prožitek z porodu popisují jako pocit nedostatečné kontroly nad vlastním tělem, problém s komunikací a nedostatečnou podporou ze strany personálu, a dle žen, které se účastnily studie, by bylo možné trauma eliminovat zlepšením komunikace a také tím, že by si samy dokázaly říct o určitou intervenci, nebo ji odmítnout. Primipary častěji odůvodňovaly traumatizující prožitek z porodu z důvodu vysoké intenzity bolesti, protražovaného porodu a jako traumatizující považují rozpor mezi očekáváním a realitou, dále pak často uváděly strach o vlastní život (Hollander, 2017).

Naopak nejméně problematické intervence jsou dle rodiček například podání klystýru, indukovaný porod anebo kontinuální monitor v průběhu porodu.

Třetí výzkumná otázka sledovala, co považují/nepovažují za porodnické násilí porodní asistentky. Dle porodních asistentek je nejvíce problematický zákrok, který lze považovat za porodnické násilí, neprofesionální chování personálu vůči rodící ženě. Další forma porodnického násilí může být neopodstatněná nebo neodsouhlasená intervence porodníkem, konkrétně Hamiltonův hmat. Dále pak nerespektující péče, kdy se rodička nemá možnost sama rozhodnout o průběhu porodu.

Pohled porodních asistentek souzní se studií Pattersonové, která provedla výzkum na kvalitu interakce rodící ženy s porodníky, z něhož vyplývá, že následný pocit z porodu jako násilí velmi ovlivňuje subjektivní pocit ženy a klíčová pro vznik negativního pocitu je právě kvalita interakce se zdravotníky (Patterson, 2018).

Čtvrtá výzkumná otázka zkoumala, zda existují rozdíly ve vnímání porodnického násilí rodičkami a porodními asistentkami. Z diplomové práce je patrné, že rodičky i porodní asistentky hodnotí zákroky jako porodnické násilí stejně nebo velmi podobně závažně, avšak u některých zákroků se významné rozdíly statisticky potvrdily. Největší rozdíly v hodnocení jsou u intervence „Preventivní nástřih“ a „Časté vaginální vyšetřování v průběhu porodu“, které porodní asistentky hodnotí více jako porodnické násilí než rodičky, a poté výroky „Odlišné názory na vedení porodu osobní por. as./duly s porodníkem na porodním sále“ a „Nedostatečné vzdělávání porodníků/por. as. (používání zastaralých konzervativních přístupů vedení porodu)“, které hůře hodnotí rodičky. „Indukovaný porod“ a „Podání klystýru“, kde v obou případech, i když je to nejméně závažná intervence, dané intervence statisticky významně hůře hodnotí rodičky oproti porodním asistentkám. Naproti tomu nejzávažnější porodnické násilí, které je v obou skupinách, „Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)“ jako závažnější hodnotí porodní asistentky.

Pátá výzkumná otázka hodnotila, jaké aspekty ovlivňují (zvyšují/snižují) vnímání porodnického násilí u rodičky. Ve výzkumu diplomové práce se potvrdilo, že vnímání porodnického násilí ovlivňuje komplikovaný porod nebo nenaplněná očekávání rodičky z průběhu porodu a v neposlední řadě přetížený ošetřující personál vykazující známky syndromu vyhoření. V diplomové práci uvedlo 53,8 % porodních asistentek, že nepocítují syndrom vyhoření, dalších 28,8 % odpovědělo, že spíše ne, 10,0 % neví, 5 % porodních asistentek se spíše vyhořelé cítí a 2,5 % porodních asistentek uznalo, že vykazují známky syndromu vyhoření. Odpověď na tuto otázku nemusí zcela odpovídat realitě, respondentky mohly volit častěji „lepší“ odpověď. Tyto výsledky vycházejí z názorů porodních asistentek, zda si myslí, že se u nich vyskytuje syndrom vyhoření, nikoli z přímého testování. Dle průzkumu Bláhové (2017) syndromem vyhoření trpí 40 % porodních asistentek.

Syndrom vyhoření zdravotníků nejvíce ovlivňuje komunikaci s rodičkou. Dle výzkumu Beckové mají rodičky pocit, že porodní asistentky nemají dobré komunikační schopnosti nebo s nimi vůbec v průběhu porodu nekomunikovaly. Mnoho žen uvedlo, že nebyly zapojeny do rozhodování a neměly možnost volby (Beck, 2019). Nedostatečná komunikace je zásadní faktor k získání či nezískání souhlasu pacientky k různým lékařským výkonům (Borges, 2018). Dle Pattersonové schopnost personálu klást otázky zmírňuje pocit prožitého traumatu z porodu, vždy se musí zohlednit demografické údaje, porodnická anamnéza a předchozí trauma.

K rozvoji traumatu z porodu nejzásadněji přispívají faktory interpersonální, kvalita péče poskytovaná porodní asistentkou a míra podpory rodičí ženy (Patterson, 2018).

V diplomové práci bylo bádáno i po dalších možných aspektech, které ovlivňují vnímání porodu jako násilí, a to například typ nemocnice, doba od porodu, vzdělání rodiček či používání alternativních metod v porodnictví. Nic z toho se ale nepotvrdilo jako faktor, který ovlivňuje porodnické násilí.

Dle výzkumů je ale patrné, že laická veřejnost vnímá fakultní nemocnice jako místo, kde je výskyt porodnického násilí pravděpodobnější (Roztočil, 2017).

Použití alternativních metod v porodnictví v průběhu porodu je jeden z faktorů, který z velké části souvisí s očekáváním rodičky, jakým způsobem bude probíhat její porod. Z výzkumu vyplývá, že 35,0 % rodiček si píše porodní přání a porodní asistentky na něj nahlíží převážně jako na důležitý dokument, který vede ke komunikaci a vzhledu do potřeb žen. 48,8 % porodních asistentek uvedlo, že nenaplněná porodní přání způsobují frustraci rodičky a mohou následně způsobit komplikace při porodu, také ve většině udávají, že je pro ně přirozené přání rodičky respektovat. 63,8 % porodních asistentek uvedlo, že při porodu využívají alternativní metody vedení porodu, mezi nejčastější uváděné metody ale označily hydroanalgezii, epidurální analgezii a polohování rodičky. Z výzkumu ale také vyplývá, že porod vedou nejčastěji v poloze gynekologické na zádech, a toto se potvrdilo i u rodiček, které rodily v 54,0 % na zádech. Je otázkou, zda je vedení porodu v této poloze optimální pro druhou dobu porodní. Odborná veřejnost se přiklání spíše ke střídání poloh v průběhu celého porodu a rodičku v druhé době porodní vertikalizovat pro podporu porodního děje. Je vidět, že porod v litotomické poloze je spíše rutinní záležitost, pokud to není přání rodičky, a může to být jeden z aspektů, který způsobí negativní prožitek z porodu, či dokonce způsobuje pocit porodnického násilí.

Porodní asistentky tvrdí, že rodičky v 63,8 % absolvují předporodní kurz v jejich zařízení. Rodičky uvedly, že o průběhu porodu se nejčastěji informují právě na předporodních kurzech a v téměř stejné míře na internetu. Více než 6 % rodiček ve výzkumu uvedlo, že rozhodně nepředpokládalo, že by se v průběhu porodu mohlo cokoli pokazit. Zde bych apelovala na důležitost psychoprofylaxe žen, která by měla probíhat pod odborným dohledem zkušené porodní asistentky. Na psychoprofylaxi se v dnešní době klade důraz, avšak je nespočet alternativních skupin a kurzy vedou mnohdy ženy, které nemají řádné vzdělání ani zkušenosti v oboru.

Další výzkumná otázka měla ověřit, zda mají demografické faktory, jako je věk a vzdělání, na vnímání porodnického násilí vliv. Tento předpoklad se z výzkumu diplomové práce nepotvrdil.

Poslední výzkumná otázka zjišťovala, zda lze porodnické násilí označit za mýtus nebo realitu českého porodnictví. O termínu porodnické násilí nikdy neslyšelo 37,2 % rodiček, dalších 27,0 % rodiček tento termín vnímá jako projev zastaralých metod českého porodnictví a 18,1 % rodiček tvrdí, že by bylo dobré se na toto téma zaměřit. Porodnické násilí celkově zažilo 11,6 % sledovaných rodiček. Porodnické násilí jako mýtus označilo pouze 2,8 % rodiček. V porovnání s názorem porodních asistentek, které ve 40 % uvedly, že porodnické násilí je projev zastaralých metod a aktuální téma v porodnictví (30 % respondentek). Porodní asistentky se tedy téměř shodly s rodičkami, že porodnické násilí je projev zastaralých metod českého porodnictví a je jistě namístě se na toto téma zaměřit.

V českých porodnicích stále přetrvává provádění preventivní epiziotomie u nijak komplikovaného porodu. Tento zákrok porodníci odůvodňují jako předcházení většímu poranění, ale také jako standardizovaný postup vedení fyziologického porodu. Pouhých 33,8 % porodních asistentek uvedlo, že epiziotomii bez řádné indikace neprovádí.

WHO deklaruje, že rutinní nástřih hráze je indikován pouze u instrumentálně vedeného porodu a v situaci akutní tísně plodu (WHO, 2018).

Přesto naše výsledky ukazují, že 41,3 % porodních asistentek si myslí, že porody v České republice spíše nejsou vedeny příliš invazivně, 38,8 % dotazovaných asistentek tvrdí opak.

Prezidentka Unie porodních asistentek Magdaléna Etzlerová uvedla: „*Porodnické násilí je u nás systémové. Mě jako porodní asistentku nic neomlouvá v tom, jak se v systému chovám, jsem jeho součástí.*“ (Etzlerová, 2023 cit. podle Sladká, 2023).

Na dotaz, zda se porodní asistentky ve své praxi setkaly s farmakologickým vedením porodu pouze za účelem urychlení porodu, bez jakékoli jiné indikace, tuto skutečnost vyvrátilo pouze 16,8 % respondentek.

UNIPA definuje porodnické násilí jako psychické i fyzické násilí, které zasahuje do těla ženy a dítěte, jde o manipulaci, zastrasování, zneužívání léků, změna přirozených procesů na patologické, ztráta autonomie a možnosti rozhodovat o svém těle (UNIPA, 2022).

Dle výzkumu diplomové práce je ale zřetelné, že se porodnické násilí v prostředí českých porodnic vyskytuje spíše ojediněle a tato problematika je mnohdy spíše zveličena médii na

popud nízkého procenta žen, které pocity znásilnění v průběhu porodu opravdu prožily. Není možné učinit závěr, že fenomén porodnického násilí je mýtus, ale než realitou bych toto téma definovala jako ojedinělé selhání systému, kdy není možné vyhovět všem potřebám rodiček. Myslím si, že by bylo vhodné na toto téma zaměřit pozornost a provést podrobnější šetření konkrétních případů, aby bylo možné situacím, kdy žena prožívá trauma z porodu, lépe předcházet a nejlépe se jim úplně vyvarovat. Považuji za důležité zaměřit se více na psychoprophylaxi těhotných prováděnou odborníky a poskytnout rodičím ženám relevantní informace. Dále umožnit těhotným ženám navázat profesní vztah s porodní asistentkou, která je bude následně provázet těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Tato problematika je v Česku více než neukotvena a taková služba je nadstandardní a mnoho rodičích žen si ji nemůže dovolit. Některé porodnice tuto službu v omezené míře již poskytují. Co se týče předcházení vzniku porodnického násilí ze strany porodních asistentek, navrhuji zaměřit se na primární problém již v lavicích vysoké školy, kde se porodní asistentky budou učit nejen, jak správně provést porod, ale i jak s rodičí ženou v tak náročné situaci komunikovat. V osobním životě by porodní asistentky měly dbát na tzv. wellbeing, a předcházet tím syndromu vyhoření, pokud se budou cítit vyrovnané, bude pro ně snazší respektovat potřeby druhých. Otázkou je, zda je to v podmínkách českých porodnic a nastaveném systému vůbec možné.

Přestože péče o rodičku není vždy plně respektující a není možné jí vyhovět v každé situaci, data českého registru a Euro-Peristatu ukazují, že výsledky péče o rodičku a novorozence jsou v Česku velmi dobré. Novorozenecká úmrtnost je zde šestá nejnižší v Evropské unii (Čabanová, 2024).

Profesor Pařízek říká: „*Česká republika nikdy ve své historii neměla lepší perinatologické výsledky, než tomu je v současné době. Česká republika je jedno z nejbezpečnějších míst na světě pro porod člověka.*“ (Pařízek, 2024 cit. podle Čabanová, 2024).

9.1 Limity výzkumu

Výzkum diplomové práce má jistě svá úskalí, která by bylo dobré zmínit. Mezi první limit byl zařazen fakt, že výzkumný vzorek nebyl zcela rovnoměrně rozprostřen. Rodičky i porodní asistentky prezentovaly své zkušenosti především z prostředí fakultních nemocnic a vzorek z krajských či oblastních nemocnic byl v menším zastoupení. Mohlo zde tedy dojít ke zkreslení výsledků. Odpovědi mohou být dále zkreslené faktem, že na dotazníky odpovídaly především respondentky, které o tuto problematiku měly zájem a chtěly se vyjádřit. V kvantitativním

šetření byly použity dva dotazníky s uzavřenými otázkami, tudíž nebylo možné se vyjádřit jinak, než navrhl výzkumník. Trauma a celkový pohled na porod může ovlivnit mnoho anamnestických faktorů, které nebyly v dotazníku uvedeny. Jako například předchozí porody u vícerodiček.

Výzkum probíhal v časovém úseku do nasycení dat potřebných pro prezentativnost výzkumu, nelze tedy vyloučit, že reakce dalších oslovených porodních asistentek či rodiček by výsledky šetření neovlivnila.

V dotazníku byl redukován popis reality i časová kontinuita, kdy rodičky prezentovaly své názory v období do 5 let od porodu, možná by bylo dobré dotazovat se respondentek například bezprostředně po porodu na oddělení šestinedělí. A také redukce informací, kdy je ve volbě odpovědí v dotaznících častý stereotyp nebo neúplný výběr odpovědí ovlivněný výzkumníkem.

Je také možné, že výzkum byl zkreslen na základě výzkumných stimulů, kdy výzkumník může ovlivnit respondenty, nyní je riziko zaměřeno na skupinu porodních asistentek, kdy účastnice ví, že se účastní výzkumu, a mohou vědomě či nevědomě mít potřebu prezentovat se lépe, než jak je tomu ve skutečnosti.

Další limit výzkumu je samotná osoba výzkumníka, která mohla zkreslit realitu v kvantitativním šetření. Nízké procento respondentek z obou skupin zná osobně výzkumníka, a tudíž následný výběr vzorku i odpovědí v dotazníku mohl tento fakt ovlivnit. Pohled na vyhodnocení dat může být ovlivněn skutečností, že výzkumník má několikaletou praxi v oboru porodní asistence a zná veškeré komplikace, které mohou při porodu nastat, tudíž může různé situace vyhodnotit spíše jako nutnost záchrany života a nebrat velký zřetel na prožívání situace rodičkou.

10 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá porodnickým násilím. Teoretickým cílem diplomové práce bylo popsat těhotenství a porod, možnosti přístupu vedení porodu a uvést psychologické aspekty, které celý proces ovlivňují, popsat násilí, více přiblížit specifika porodnického násilí a možné faktory, které porodnické násilí mohou způsobovat. Součástí je také právní rovina v poskytování zdravotnické péče. Výzkumný cíl diplomové práce má zjistit, zda je porodnické násilí mýtus nebo realita českého porodnictví. Dílčími cíli bylo zjistit, jak je vnímáno porodnické násilí pohledem rodiček a porodních asistentek, a také, co ovlivňuje postoje obou skupin. Cíle diplomové práce byly splněny.

Z kvantitativního šetření lze říct, že porodnické násilí nemůžeme považovat za mýtus, ale než jako realitu českého porodnictví ho lze vnímat spíše jako ojedinělé selhání systému, které je často medializováno jako globální problém moderního porodnictví.

Většina rodiček uvedla, že o pojmu porodnické násilí nikdy neslyšela anebo je to projev zastaralých metod českého porodnictví, a měla by se na toto téma zaměřit pozornost. Porodní asistentky nejčastěji uvedly, že porodnické násilí je projev zastaralých metod a aktuální téma v porodnictví.

V bližším zkoumání rodičky i porodní asistentky uvedly, že porodnické násilí způsobuje neprofesionální chování personálu, do toho byla zahrnuta příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy a neetické chování. V tomto se obě skupiny shodly, přesto porodní asistentky uvedly jako závažné zásahy, které mohou způsobit porodnické násilí, i neodsouhlasený Hamiltonův hmat nebo nemožnost rodičky rozhodnout o svém těle. Některé intervence prováděné na porodním sále jsou vnímány jako porodnické násilí u rodiček a u porodních asistentek jinak, avšak rozdíly nejsou příliš významné.

Na vnímání porodu jako násilí má vliv komplikovaný porod, nenaplněná očekávání rodičky z porodu a také míra vyhoření porodních asistentek. Zkoumané aspekty jako věk a vzdělání rodiček, typ nemocnice nebo doba od porodu nemá vliv na vnímání porodnického násilí. Z tohoto výzkumu vyplývá, že rodičky spíše trauma z porodu nepocítují, avšak 22,8 % rodiček se cítila být frustrovaná během porodu, a to je jistě k zamyšlení.

Myslím si, že pojem porodnické násilí je velmi rázný a porodníky, kteří pomáhají přivádět na svět nové generace, staví do velmi nelichotivé pozice. Jsem přesvědčena, že porodní asistentky i lékaři odvádí tu nejlepší možnou péči, avšak jsou to lidé, kteří mohou pochybit. To může

rodící ženě, která právě prožívá zlomovou situaci svého života, způsobit trauma, které si mnohdy ponese po zbytek života. Z toho je patrné, jak zásadní roli v životě ženy hraje setkání právě s porodní asistentkou. A proto považuji za důležité zaměřit se na partnerství mezi porodní asistentkou a rodičkou, umění spolu komunikovat ještě před porodem a v průběhu porodu sdílet rozhodnutí, popřípadě hledat oboustranně výhodná řešení.

Porodnické násilí je velmi zajímavé téma a určitě je zde prostor pro hlubší zkoumání. Dnešní porodnictví je v rozkvětu a je čím dál tím více přizpůsobováno moderní době a požadavkům, které dnešní rodičky vyžadují.

11 POUŽITÁ LITERATURA

11.1 Primární zdroje

BALASKAS, Janet, 2010. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0178-2.

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Přeložila MÍČOVÁ, Ludmila. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5361-4.

BINDER, Tomáš, 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.

ČECH, Evžen a kol., 2006. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1303-8.

ČEPICKÝ, Pavel, 2018. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5604-2.

DOLEŽAL, Antonín, 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.

DUŠOVÁ, Bohdana a HERMANNOVÁ, Martina a MAJDYŠOVÁ, Vladimíra, 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0837-4.

HÁJEK, Zdeněk, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0418-8.

HÁJEK, Zdeněk a ČECH, Evžen a TOŠNER, Jindřich a SRP, Bedřich a kol., 2014. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4529-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2004. *Manuálek o násilí*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3397-X.

HUDÁKOVÁ, Zuzana a KOPÁČIKOVÁ, Mária, 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0274-7.

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktualizované vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada Publishing. s. 35.

ISBN 978-80-247-5326-3.

KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva, 2014. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3270-1.

KLEPÁČKOVÁ, Olga a KREJČÍ, Zuzana a ČERNÁ, Martina, 2020. *Trauma–informovaný přístup v sociální práci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1049-0.

KOBILKOVÁ, Jitka a kol., 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén.

ISBN 80-7262-315-X.

KOUCKÝ, Michal a SMÍŠEK, Jan, 2014. *Spontánní předčasný porod*. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-416-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing. s. 131.

ISBN 80-7169-551-3.

MAREŠOVÁ, Pavlína, 2021. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Medica (Maxdorf). ISBN 978-80-7345-709-9.

MAROON, Istifan, 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0180-9.

MAZÚCHOVÁ, Lucia a PORUBSKÁ, Andrea, 2022. *Respekt a úcta v porodnictví*. Přeložila MÍČOVÁ, Ludmila. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3508-0.

MIOVSKÝ, Michal, 2003. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule: snowball sampling*. Metodika (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky.

ISBN 808-67-340-80.

OCHRANA, František, 2019. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4200-0.

PAŘÍZEK, Antonín, 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén.

ISBN 978-80-7262-949-7.

PECÁKOVÁ, Iva, 2011. *Statistika v terénních průzkumech*. 2. dopl. vyd. Praha: Professional Publishing. ISBN 978-80-7431-039-3.

PONĚŠICKÝ, Jan, 2010. *Agrese, násilí a psychologie moci: v životě i v procesu psychoterapie*. 2. doplněné vydání. Praha: Triton (Psyché). ISBN 978-80-7387-378-3.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, Radek a RABOCH, Jiří a KEBZA, Vladimír a kol., 2013. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5114-6.

ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a ANDRÉSOVÁ, Martina a KADUCHOVÁ, Petra a ROUČOVÁ, Monika a STAROŠTÍKOVÁ, Eva, 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing.

ISBN 978-80-271-0214-3.

SPURNÝ, Joža, 1996. *Psychologie násilí: o psychologické podstatě násilí, jeho projevech a způsobech psychologické obrany proti němu*. Praha: Eurounion. s. 7. ISBN 80-858-5830-4.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana, 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0324-3.

TAKÁCS, Lea a MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, Jitka, 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: kvalita perinatální péče očima rodiček: zpráva z výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-7308-431-8.

WHO, 2018. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO Document Production Services. ISBN 978-92-4-155021-5.

11.2 Odborné články a jiné internetové zdroje

AUSTRALASIAN BIRTH TRAUMA ASSOCIATION, 2022. What is psychological birth-related trauma? Online. In: *Australasian birth trauma Association*. Dostupné z: <https://birthtrauma.org.au/psychological-birth-trauma/>. [cit. 2024-03-16].

BECK, Cheryl Tatano a CASAVANT, Sharon, 2019. Synthesis of Mixed Research on Posttraumatic Stress Related to Traumatic Birth. Online. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurse*. Roč. 48, č. 4, s. 385–397, PMID: 30958993. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.02.004>. [cit. 2024-2-05].

BORGES, Maria, 2018. A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. Online. *Duke Law J*. Roč. 67, č. 4, s. 827–62, PMID: 29469554. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29469554/>. [cit. 2023-12-20].

ČABANOVÁ, Adéla, 2023. Data o porodech zveřejněna v nebyvalém rozsahu. A to je jen začátek. Online. In: *Praha: Medical Tribune*. 14. 6. 2023. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/data-o-porodech-zverejnena-v-nebyvalem-rozsahu-a-to-je-jen-zacatek/>. [cit. 2024-01-31].

ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, ©2010–2024. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>. [cit. 2024-01-10].

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, ©2010–2024. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2024-01-07].

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., § 28 odst.1, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, ©2010–2024. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>. [cit. 2024-01-05].

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., § 31 odst.1, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, ©2010–2024. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>. [cit. 2024-01-05].

DEBAETS, Amy Michelle, 2017. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. Online. *Am J Obstet Gynecol*. Roč. 216, č. 1, s. 31.e1–31.e4, PMID: 27664497. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.09.087>. [cit. 2023-11-25].

ERTAN, Deniz a HIHGRAY, Coraline a BURLACU, Elena et al., 2021. Post-traumatic stress disorder following childbirth. Online. *BMC Psychiatry*. Roč. 21, č. 1, s. 155. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>. [cit. 2023-11-19].

FERGUSON, Roxanne, 2018. Recognizing postpartum posttraumatic stress disorder. Online. *Nursing*. Roč. 48, č. 4, s. 14, PMID: 29561363. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000531015.55589.2f>. [cit. 2023-10-11].

GRANT, Rebekah a SUEDA, Alexandra a KANESHIRO, Bliss, 2010. Expert opinion vs. patient perception of obstetrical outcomes in laboring women with birth plans. Online.

J Reprod Med. Roč. 55, č. 1–2, s. 31–35, PMID: 20337205. Dostupné z:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20337205/>. [cit. 2023-11-11].

HOLLANDER, Martine H. a VAN HASTENBERG, E. a VAN DILLEN, Jeroen et al., 2017. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. Online.

Arch Womens Ment Health. Roč. 20, s. 515–523, PMID: 28553692. Dostupné z:

<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>. [cit. 2023-10-11].

CHOVANCOVÁ, Darina, 2017. Bonding – význam pre matku a dieta (odporúčaný postup).

Gynekológia pre prax. Roč. 15, č. 1, s. 56–60. ISSN 1336-3425.

KOPŘIVOVÁ, Darina, 2007. Psychoprofylaxe. *Moderní babičtví.* Roč. 12, č. 5, s. 1.

ISSN 1214-5572.

KRUG, Etienne G. a DAHLBERG, Linda L. a MERCY, James A. a ZWI, Anthony B. a LOZANO, Rafael (eds.), 2002. World Report on Violence and Health. Online. Geneva: *World Health Organization.* s. 4. Dostupné z:

<https://www.refworld.org/reference/themreport/who/2002/en/103236>. [cit. 2024-01-09].

MARTINEZ-VÁZQUEZ, Sergio a RODRIGUEZ-ALMAGRO, Jilián a HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, Antonio et al., 2021. Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Obstetric Violence: a Cross-Sectional Study. Online. *J Pers Med.* Roč. 11,

č. 5, s. 338, PMID: 33923164. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33923164/>.

[cit. 2023-12-02].

MROWETZ, Michaela, 2012. Dobré pocity žen z porodu jsou přínosné pro celou společnost.

Online. In: *Evalabusova.cz.* Dostupné z:

https://www.evalabusova.cz/rozhovory/m_mrowetz2.php. [cit. 2024-01-21].

MROWETZ, Michaela, 2013. Posttraumatická stresová porucha (PTSD) po porodu – diagnostika a terapie. Online. *Psychiatria–psychoterapia–psychosomatika.* Roč. 20, č. 1, s.

59–64. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2013/ppp1-2013-cla22.pdf>. [cit. 2023-12-05].

MURTAGH, Martha a FOLAN, Margaret, 2014. Women's experiences of induction of labour for post-date pregnancy. Online. *British Journal of Midwifery.* Roč. 22, s. 105–110. Dostupné z:

<https://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.2.105>. [cit. 2023-11-02].

NZIP, ©2024. Rodičky a císařské řezy. Online. In: *NZIP.cz*. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1616-rodicky-a-cisarske-rezy>. [cit. 2024-01-21].

OLZA, Ibone a LEAHY-WARREN, Patricia a BENYAMINI, Yael et al., 2018. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. Online. *BMJ Open*. Roč. 8, č. 10, s. e020347, PMID: 30341110. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>. [cit. 2023-12-02].

PATTERSON, Jenny a HOLLINS MARTIN, Caroline a KARATZIAS, Thanos, 2018. PTSD post-childbirth: a systematic review of women's and midwives' subjective experiences of care provider interaction. Online. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Roč. 37, č. 1, s. 56–83. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504285>. [cit. 2024-03-16].

PÉREZ D'GREGORIO, Rogelio, 2010. Obstetric Violence: a New Legal Term Introduced in Venezuela. Online. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Roč. 111, č. 3, s. 201–202, PMID: 20926074. ISSN 0020-7292. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>. [cit. 2023-11-26].

PÍHOVÁ, Dominika, 2016. Data: v Česku se zdvojnásobil počet císařských řezů. Může za to stáří rodiček, nebo přístup lékařů? Online. In: *iROZHLAS*. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/data-v-cesku-se-zdvojnásobil-pocet-cisarskych-rezu-muze-za-to-stari-rodicek-nebo-pristup-lekaru-_201612081100_dpihova. [cit. 2024-01-09].

PTÁČEK, Radek a RABOCH, Jiří, 2013. Diagnóza českého zdravotnictví – Z 73.0 ?. *Tempus medicor*. Roč. 22, č. 9, s. 3–8. ISSN 1214-7524.

RYDING, Elsa Lena, 1993. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. Online. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Roč. 72, č. 4, s. 280–285, PMID: 8389515. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/00016349309068038>. [cit. 2023-12-05].

SLADKÁ, Michaela, 2023. Je čas mluvit o porodnickém násilí. Nic neomlouvá, jak se v tom systému chová, říká porodní bába. Online. *iROZHLAS*. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/spolecnost/porod-nasili-rodice-matka-dite-trauma_2302101909_ula. [cit. 2024-03-14].

SMYTH, Rebecca a MARKHAM, Carolyn a DOWSWELL, Therese, 2013. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Online. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Roč. 18, č. 6, CD006167, PMID: 23780653. Dostupné z:

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub4>. [cit. 2024-02-05].

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2014. SAMHSA's working definition of trauma and principles and guidance for a trauma-informed approach. Online. *Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. s. 7. Dostupné z: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4884.pdf>. [cit. 2023-12-05].

UNIPA, ©2022. Porodnické násilí má za následek trauma, které společnost i odborníci stále podceňují. Online. In: *UNIPA*. 19. 5. 2022. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/porodnicke-nasili-ma-za-nasledek-trauma-ktere-spolecnost-i-odbornici-stale-podcenuji> [cit. 2023-11-16].

UŽ DOST, ©2016. Co je porodnické násilí? Online. In: *UZ-DOST!* Dostupné z: <https://www.uz-dost.cz/>. [cit. 2023-11-16].

ÚZIS, ©2023. *Rodička a novorozenec 2016–2021*. Online. In: *ÚZIS*. Dostupné z: https://www.uzis.cz/res/f/008423/rodnov2016-2021.pdf?fbclid=IwAR2krOhbGecohhx_zVdgKtrXDWBWTxIL05jNfhAnKzThruDufiEpcdBIDEM. [cit. 2024-01-09].

WETHERILL, Marianna a MUSHTAQ, Naris a McINTOSH, Heather a KEZBERS, Krista, 2019. Associations between burnout and lifestyle-related coping behaviors among medical students, residents, staff, and faculty: Implications for medical school wellness initiatives. Online. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*, Roč. 112, č. 9, s. 340–344. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/337654408>. [cit. 2024-01-11].

ZÍTA, Dalibor, 2021. „Cítím se po porodu znásilněná. Vznikají v českých porodnicích zbytečná traumata?“. Online. In: *Český rozhlas: Houpačky*. 16. 6. 2021. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/citim-se-po-porodu-znasilnena-vznikaji-v-ceskych-porodnicich-zbytecna-traumata-8514905>. [cit. 2024-01-21].

11.3 Klasifikační práce

BLÁHOVÁ, Veronika. *Syndrom vyhoření v profesi porodní asistentky*. Plzeň, 2017. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

MARKOVÁ, Monika. *Syndrom vyhoření ve zdravotnictví*. Olomouc, 2021. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

NERUDOVÁ, Naomi Ella. *Násilí v porodnictví*. Olomouc, 2018. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

PAŠKOVÁ, Sandra. *Pojem „porodnické násilí“ v současném právním a medicínském diskursu*. Brno, 2018. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta. Vedoucí práce JUDr. Kateřina Šimáčková, Ph.D.

ZIGOVÁ, Monika. *Porod a alternativní metody v porodnictví*. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra rodinné výchovy a výchovy ke zdraví. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitka Reissmannová.

12 PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník k diplomové práci – porodní asistentky.....	95
Příloha 2: Dotazník k diplomové práci – rodičky.....	100
Příloha 3: VO 2 – Tabulka 7.....	105
Příloha 4: VO 3 – Tabulka 8 a Tabulka 9.....	107
Příloha 5: VO 4 – Hypotéza 1 – Tabulka 10.....	109
Příloha 6: VO 5 – Hypotéza 2 – Tabulka 11.....	111
Příloha 7: VO 5 – Hypotéza 3 – Tabulka 12.....	111
Příloha 8: VO 5 – Hypotéza 4 – Tabulka 13.....	112
Příloha 9: VO 5 – Hypotéza 5 – Tabulka 14.....	113
Příloha 10: VO 5 – Hypotéza 6 – Tabulka 15.....	113
Příloha 11: VO5 – Hypotéza 7 – Tabulka 16.....	113
Příloha 12: VO5 – Hypotéza 8 – Tabulka 17.....	114
Příloha 13: VO 6 – Hypotéza 9 – Tabulka 18.....	114
Příloha 14: VO 6 – Hypotéza 10 – Tabulka 19.....	114
Příloha 15: VO 7 – Tabulka 20 a Tabulka 21.....	115
Příloha 16: Porod a porodnické násilí pohledem rodiček.....	115
Příloha 17: Porod a porodnické násilí pohledem porodních asistentek.....	118

Příloha 1: Dotazník k diplomové práci – porodní asistentky

Dotazník k diplomové práci

Dobrý den, jmenuji se Kristýna Zichová a jsem porodní asistentka. Jsem studentkou Mgr. studia, obor Specializace v porodní asistenci-perioperační péče na Univerzitě Pardubice a píšu diplomovou práci na téma Porodnické násilí, mýtus nebo realita. Cílem práce je prozkoumat a definovat, co lze považovat za porodnické násilí, a zjistit, zda se tento fenomén vyskytuje v českých porodnicích. Prosím Vás tedy o spolupráci prostřednictvím vyplnění tohoto dotazníku, kde mě bude zajímat především Váš názor a zkušenosti na toto téma.

Všechna data budou zpracovávána anonymně. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním a použitím dat do tohoto výzkumu.

Dotazník je určen pro porodní asistentky, které mají zkušenost s prací na porodním sále alespoň 5 let. V dotazníku označte vždy pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za Váš čas věnovaný dotazníku,

Bc. Kristýna Zichová

1. Jak dlouhou máte praxi na porodním sále?
 - a) 5 – 10 let
 - b) 11 – 20 let
 - c) 21 a více let

2. V jaké nemocnici pracujete?
 - a) Oblastní nemocnice
 - b) Krajská nemocnice
 - c) Fakultní nemocnice

3. Označte jedno tvrzení – Podle mě „porodnické násilí“ je:
 - a) Mýtus
 - b) Je něco, o čem jsem nikdy neslyšela
 - c) Aktuální téma v porodnictví
 - d) Mediální kampaň
 - e) Projev zastaralých metod českého porodnictví
 - f) Je něco, na co by se měla zaměřit pozornost

4. Do jaké míry vnímáte intervence v tabulce jako porodnické násilí?

Prosím označte na škále číslo u každé situace. Hodnoceno od 0 (=nepovažuji za porodnické násilí) až 5 (=zcela považuji za porodnické násilí).

Indukovaný porod (tzn. uměle vyvolaný)	0 1 2 3 4 5
Podání klystýru	0 1 2 3 4 5
Neodsouhlasený nástřih	0 1 2 3 4 5
Preventivní nástřih	0 1 2 3 4 5
Zamezení kontinuální přítomnosti doprovodu	0 1 2 3 4 5
Kontinuální monitor v průběhu porodu	0 1 2 3 4 5
Nedostatečná informovanost ze strany zdravotníků, špatná komunikace s rodičkou	0 1 2 3 4 5
Porod v gynekologické poloze	0 1 2 3 4 5
Nevyhovující poloha při porodu	0 1 2 3 4 5
Nenaplněná očekávání rodičky z porodu	0 1 2 3 4 5
Nevyužívání alternativních metod pro podporu porodu (rebozo, vaginální napářka, ...)	0 1 2 3 4 5
Špatná komunikace mezi lékařem a porodní asistentkou	0 1 2 3 4 5
Neodsouhlasený Hamiltonův hmat	0 1 2 3 4 5
Nerespektování porodního přání rodičky zdravotníky	0 1 2 3 4 5
Odlíšné názory na vedení porodu osobní por. as., duly s porodníkem na porodním sále	0 1 2 3 4 5

Nedostatečné vzdělávání porodníků/ por. as. (používání zastaralých konzervativních přístupů vedení porodu)	0 1 2 3 4 5
Farmakologicky vedený porod	0 1 2 3 4 5
Nevyhovující prostředí (málo intimní, chybí vana, možnost využití podpůrných pomůcek)	0 1 2 3 4 5
Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)	0 1 2 3 4 5
Nabízení analgetik zdravotníky přes předchozí odmítnutí rodičkou	0 1 2 3 4 5
Časté vaginální vyšetřování v průběhu porodu	0 1 2 3 4 5
Odnesení miminka po porodu na ošetření neonatology	0 1 2 3 4 5
Vyhořelá porodní asistentka	0 1 2 3 4 5
Tlačení na břicho v průběhu druhé doby porodní	0 1 2 3 4 5
Nemožnost rodičky rozhodovat o svém těle, rodička není součástí týmu	0 1 2 3 4 5

5. Porod nízkorizikové rodičky ve Vašem zařízení vede:

- a) spíše porodní asistentka
- b) spíše lékař
- c) vždy lékař, který má službu

6. Souhlasíte s tvrzením, že porody v českých porodnicích jsou vedeny až příliš invazivně?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne
- e) Nevím

7. Absolvují rodičky ve Vaší porodnici před porodem psychoprofylaxi?
- a) Ano, využívají většinou v naší porodnici
 - b) Ne, využívají většinou jiné instituce
 - c) Nevím
 - d) Neabsolvují vůbec
8. Používáte ve Vaší praxi nefarmakologické metody analgezie?
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
9. Jaké jsou ve Vaší porodnici nejčastěji používané metody analgezie? (Prosím, zaškrtněte 3 nejčastější)
- a) Hydroanalgezie – vana, sprcha
 - b) Aromaterapie
 - c) Muzikoterapie
 - d) Epidurální analgezie
 - e) Inhalační individuální analgezie
 - f) ~~Opioidní~~ analgetikum
 - g) Polohování rodičky
 - h) Relaxační masáž
 - i) Akupresura
 - j) Rebozo|
 - k) Vaginální napářka
 - l) Nic z uvedeného nevyužíváme
10. Provádí se ve Vaší porodnici preventivní epiziotomie jindy než při operačním vedení porodu?
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Rozhodně ne
11. Pokud jste v otázce 10 odpověděla jinak než ne, prosím uveďte nejčastější důvod, proč se tak děje?
- a) Na mém pracovišti je to zvyk, standardizovaný postup vedení porodu
 - b) Lepší je předejit pouhým nástřihem velkému poranění
 - c) Díky preventivní epiziotomii se hlavička snáz a rychleji porodí
 - d) Porod bez nástřihu je zbytečné prodlužování druhé doby porodní

12. Mají většinou rodičky k porodu připravená porodní přání?
- Rozhodně ano
 - Spiše ano
 - Spiše ne
 - Rozhodně ne
13. Pokud má rodička sepsaná porodní přání, jak vnímáte tento dokument?
- Velmi užitečný pro naši spolupráci
 - Zbytečný
 - Komplikace
14. Myslíte si, že nenaplnění porodního plánu může vést nebo vede ke komplikacím při porodu v důsledku frustrace rodičky?
- Rozhodně ano
 - Spiše ano
 - Nevím
 - Spiše ne
 - Rozhodně ne
15. Je pro Vás přirozené respektovat přání ženy, v jaké poloze bude probíhat druhá doba porodní?
- Ano
 - Spiše ano
 - Spiše ne, rodička by měla poslechnout to, co jí doporučí jako odborník
 - Ne
16. Jakou polohu rodičky nejčastěji používáte na konci druhé doby porodní?
- Poloha na zádech
 - Poloha na boku
 - Poloha na čtyřech
 - Poloha mimo porodní lůžko – př. stolička, vana
 - Jiné
17. Máte zkušenost z praxe, že jste si Vy nebo jiný porodník urychlil práci tím, že jste porod vedl/a farmakologicky (př.: nevhodně použitá metoda indukce, nadbytečné užití oxytocinu)?
- Rozhodně ano
 - Spiše ano
 - Nevím
 - Spiše ne
 - Rozhodně ne
18. Cítíte se být vyhořelá?
- Rozhodně ano
 - Spiše ano
 - Nevím
 - Spiše ne
 - Rozhodně ne

Příloha 2: Dotazník k diplomové práci – rodičky

Dotazník k diplomové práci

Vážená respondentko, jmenuji se Kristýna Zichová a jsem porodní asistentka. Jsem studentkou Mgr. studia, obor Specializace v porodní asistenci – perioperační péče na Univerzitě Pardubice a píšu diplomovou práci na téma Porodnické násilí, mýtus nebo realita. Cílem práce je prozkoumat a definovat, co lze považovat za porodnické násilí, a zjistit, zda se tento fenomén vyskytuje v českých porodnicích. Prosím Vás tedy o spolupráci prostřednictvím vyplnění tohoto dotazníku, kde mě bude zajímat především Váš názor a zkušenosti na toto téma. Všechna data budou zpracovávána anonymně. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním a použitím dat do tohoto výzkumu. **Je nutné, abyste měla zkušenost s porodem v porodnici a rodila v posledních 5 letech.** V dotazníku označte vždy pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za Váš pohled a čas věnovaný dotazníku,

Bc. Kristýna Zichová

1. Kolik Vám je let?
 - a) Do 30 let
 - b) 31–40 let
 - c) 41 a více let

2. Jaké máte vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Střední bez maturity
 - c) Střední s maturitou
 - d) Vyšší odborné
 - e) Vysokoškolské

3. Kolikrát jste rodila?
 - a) Jendou
 - b) Dvakrát
 - c) Třikrát
 - d) Čtyřikrát a více

4. Před jakou dobou jste rodila?
- a) Do 1 roku
 - b) 2-3 roky zpět
 - c) Do 5 let
5. V jaké porodnici jste rodila?
- d) Oblastní nemocnice
 - e) Krajská nemocnice
 - f) Fakultní nemocnice
6. Označte jedno tvrzení – Podle mě „porodnické násilí“ je:
- g) Mýtus
 - h) Je něco o čem jsem nikdy neslyšela
 - i) Aktuální téma v porodnictví
 - j) Mediální kampaň
 - k) Projev zastaralých metod českého porodnictví
 - l) Je něco, na co by se měla zaměřit pozornost
7. Pociťujete trauma z Vašeho porodu?
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Rozhodně ne
8. Pokud máte trauma z porodu, pociťovala jste frustraci již během porodu a krátce po něm nebo až s odstupem času?
- a) Ano, cítila jsem frustraci již během porodu a krátce po něm
 - b) Ano, cítila jsem frustraci až s odstupem času
 - c) Nevím
 - d) Necítím se traumatizovaná
9. Souhlasíte s tvrzením: „Prožila jsem porodnické násilí.“
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Nevím
 - e) Rozhodně ne

10. Jednalo se o komplikovaný porod?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

11. Jakým způsobem byl veden Váš porod?

- a) Porod spontánní bez farmakologického zásahu
- b) Porod vaginální s farmakologickým zásahem
- c) Porod vaginální – indukovaná (tzn. uměle vyvolaný)
- d) Porod cisařským řezem
- e) Porod operační pomocí vakuumextraktoru (tzn. zvon)
- f) Porod operační pomocí porodnických kleští

12. Pokud byl Váš porod uměle vyvolaný, z jakého důvodu byla indukce porodu doporučena?

- a) Přenášení těhotenství
- b) Odtok plodové vody bez spontánního nástupu děložních kontrakcí do 24 hodin
- c) Zdravotní komplikace – Vaše nebo ze strany plodu (těhotenská cukrovka, vysoký krevní tlak, velký plod, ...)
- d) Programovaný porod před termínem porodu (na přání rodičky či porodníka)
- e) Neměla jsem indukovaný porod
- f) Jiné

13. Do jaké míry vnímáte intervence v tabulce jako porodnické násilí?

Prosím označte na škále číslo u každé situace. Hodnoceno od 0 (=nepovažuji za porodnické násilí) až 5 (=zcela považuji za porodnické násilí).

Indukovaný porod (tzn. uměle vyvolaný)	0 1 2 3 4 5
Podání klystýru	0 1 2 3 4 5
Neodsouhlasený nástřih	0 1 2 3 4 5
Preventivní nástřih	0 1 2 3 4 5
Zamezení kontinuální přítomnosti doprovodu	0 1 2 3 4 5
Kontinuální monitor v průběhu porodu	0 1 2 3 4 5
Nedostatečná informovanost ze strany zdravotníků, špatná komunikace s rodičkou	0 1 2 3 4 5
Porod v gynekologické poloze	0 1 2 3 4 5
Nevyhovující poloha při porodu	0 1 2 3 4 5

Nenaplněná očekávání rodičky z porodu	0 1 2 3 4 5
Nevyužívání alternativních metod pro podporu porodu (rebozo, vaginální napárka, ...)	0 1 2 3 4 5
Špatná komunikace mezi lékařem a porodní asistentkou	0 1 2 3 4 5
Neodsouhlasený Hamiltonův hmat	0 1 2 3 4 5
Nerespektování porodního přání rodičky zdravotníky	0 1 2 3 4 5
Odlíšné názory na vedení porodu osobní por. as., dully s porodníkem na porodním sále	0 1 2 3 4 5
Nedostatečné vzdělávání porodníků/ por. as. (používání zastaralých konzervativních přístupů vedení porodu)	0 1 2 3 4 5
Farmakologicky vedený porod	0 1 2 3 4 5
Nevyhovující prostředí (málo intimní, chybí vana, možnost využití podpůrných pomůcek)	0 1 2 3 4 5
Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)	0 1 2 3 4 5
Nabízení analgetik zdravotníky přes předchozí odmítnutí rodičkou	0 1 2 3 4 5
Časté vaginální vyšetřování v průběhu porodu	0 1 2 3 4 5
Odnesení miminka po porodu na ošetření neonatology	0 1 2 3 4 5
Vyhořelá porodní asistentka	0 1 2 3 4 5
Tlačení na břicho v průběhu druhé doby porodní	0 1 2 3 4 5
Nemožnost rodičky rozhodovat o svém těle, rodička není součástí týmu	0 1 2 3 4 5

14. Jakým způsobem jste se dozvěděla o tom, jak probíhá porod?

- a) Mám vzdělání v oboru porodnictví a gynekologie
- b) Absolvovala jsem předporodní kurz
- c) Od obvodního gynekologa
- d) Přečetla jsem si o tom v odborné literatuře
- e) Internet
- f) Mám osobní porodní asistentku, která mě o všem poučila
- g) Nijak jsem se neinformovala
- h) Nechtěla jsem vědět, jak bude porod probíhat
- i) Jiné

15. V jaké poloze jste rodila?

- a) Na zádech v gynekologické poloze
- b) Na boku
- c) Poloha na čtyřech
- d) Stolička
- e) Ve stoje
- f) V podřepu
- g) Ve vaně
- h) V polosedě
- i) Rodila jsem cisařským řezem

16. Byla jste připravena na to, že v průběhu porodu se může cokoli pokazit?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Nevím
- e) Rozhodně ne

17. Byly použity v průběhu porodu některé pomůcky či alternativní metody analgezie, pro podpoření porodu?

- a) Balón
- b) Závěs
- c) Žiněnka
- d) Vana, sprcha
- e) Aromaterapie – masáž, inhalace
- f) Vaginální napářka
- g) Rebozo, uvolňovací techniky
- h) Masáž
- i) Měla jsem plánovaný cisařský řez

Příloha 3: VO 2 – Tabulka 7

Tabulka 7 – Intervence při porodu jako porodnické násilí – hodnocení rodiček

Do jaké míry vnímáte intervence v tabulce jako porodnické násilí? Prosím označte na škále číslo u každé situace. Hodnoceno od 0 (= nepovažuji za porodnické násilí) až 5 (= zcela považuji za porodnické násilí).	0 – nepovažuji za porodnické násilí	1	2	3	4	5 – zcela považuji za porodnické násilí	Průměr	Pořadí závažnosti
Indukovaný porod (tzn. uměle vyvolaný)	129 (60 %)	33 (15,3 %)	20 (9,3 %)	22 (10,2 %)	4 (1,9 %)	7 (3,3 %)	0,9	24
Podání klystýru	159 (74 %)	22 (10,2 %)	17 (7,9 %)	11 (5,1 %)	2 (0,9 %)	4 (1,9 %)	0,5	25
Neodsouhlasený nástřih	39 (18,1 %)	29 (13,5 %)	42 (19,5 %)	27 (12,6 %)	30 (14 %)	48 (22,3 %)	2,6	10
Preventivní nástřih	41 (19,1 %)	43 (20 %)	36 (16,7 %)	38 (17,7 %)	19 (8,8 %)	38 (17,7 %)	2,3	13
Zamezení kontinuální přítomnosti doprovodu	19 (8,8 %)	20 (9,3 %)	45 (20,9 %)	22 (10,2 %)	24 (11,2 %)	85 (39,5 %)	3,2	3
Kontinuální monitor v průběhu porodu	115 (53,5 %)	39 (18,1 %)	17 (7,9 %)	35 (16,3 %)	4 (1,9 %)	5 (2,3 %)	1,0	23
Nedostatečná informovanost ze strany zdravotníků, špatná komunikace s rodičkou	16 (7,4 %)	33 (15,3 %)	46 (21,4 %)	30 (14 %)	35 (16,3 %)	55 (25,6 %)	2,9	5
Porod v gynekologické poloze	91 (42,3 %)	41 (19,1 %)	25 (11,6 %)	32 (14,9 %)	13 (6 %)	13 (6 %)	1,4	21
Nevyhovující poloha při porodu	24 (11,2 %)	45 (20,9 %)	48 (22,3 %)	25 (11,6 %)	37 (17,2 %)	36 (16,7 %)	2,5	11
Nenaplněná očekávání rodičky z porodu	63 (29,3 %)	54 (25,1 %)	44 (20,5 %)	28 (13 %)	16 (7,4 %)	10 (4,7 %)	1,6	19
Nevyužívání alternativních metod pro podporu porodu (rebozo, vaginální napáčka, ...)	74 (34,4 %)	52 (24,2 %)	37 (17,2 %)	27 (12,6 %)	13 (6 %)	12 (5,6 %)	1,5	20
Špatná komunikace mezi lékařem a porodní asistentkou	28 (13 %)	38 (17,7 %)	50 (23,3 %)	40 (18,6 %)	26 (12,1 %)	33 (15,3 %)	2,5	12
Neodsouhlasený Hamiltonův hmat	17 (7,9 %)	20 (9,3 %)	49 (22,8 %)	26 (12,1 %)	23 (10,7 %)	80 (37,2 %)	3,2	4
Nerespektování porodního přání rodičky zdravotníky	13 (6 %)	31 (14,4 %)	64 (29,8 %)	35 (16,3 %)	33 (15,3 %)	39 (18,1 %)	2,7	9
Odlíšné názory na vedení porodu osobní por. as. / duhy s porodníkem na porodním sále	44 (20,5 %)	47 (21,9 %)	40 (18,6 %)	36 (16,7 %)	35 (16,3 %)	13 (6 %)	2,0	14
Nedostatečné vzdělávání porodníků / por. as. (používání zastaralých konzervativních přístupů vedení porodu)	15 (7 %)	25 (11,6 %)	59 (27,4 %)	40 (18,6 %)	33 (15,3 %)	43 (20 %)	2,8	6

Do jaké míry vnímáte intervence v tabulce jako porodnické násilí? Prosím označte na škále číslo u každé situace. Hodnoceno od 0 (= nepovažuji za porodnické násilí) až 5 (= zcela považuji za porodnické násilí).	0 – nepovažuji za porodnické násilí	1	2	3	4	5 – zcela považuji za porodnické násilí	Průměr	Pořadí závažnosti
Farmakologicky vedený porod	87 (40,5 %)	47 (21,9 %)	31 (14,4 %)	36 (16,7 %)	8 (3,7 %)	6 (2,8 %)	1,3	22
Nevyhovující prostředí (málo intimní, chybí vana, možnost využití podpůrných pomůcek)	38 (17,7 %)	62 (28,8 %)	47 (21,9 %)	32 (14,9 %)	19 (8,8 %)	17 (7,9 %)	1,9	15
Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)	13 (6 %)	16 (7,4 %)	48 (22,3 %)	20 (9,3 %)	37 (17,2 %)	81 (37,7 %)	3,4	1
Nabízení analgetik zdravotníky přes předchozí odmítnutí rodičkou	65 (30,2 %)	49 (22,8 %)	28 (13 %)	35 (16,3 %)	20 (9,3 %)	18 (8,4 %)	1,8	17
Časté vaginální vyšetřování v průběhu porodu	58 (27 %)	58 (27 %)	37 (17,2 %)	23 (10,7 %)	24 (11,2 %)	15 (7 %)	1,7	18
Odnesení miminka po porodu na ošetření neonatology	78 (36,3 %)	33 (15,3 %)	28 (13 %)	26 (12,1 %)	19 (8,8 %)	31 (14,4 %)	1,9	16
Vyhořelá porodní asistentka	24 (11,2 %)	27 (12,6 %)	57 (26,5 %)	29 (13,5 %)	21 (9,8 %)	57 (26,5 %)	2,8	8
Tlačení na břicho v průběhu druhé doby porodní	26 (12,1 %)	33 (15,3 %)	42 (19,5 %)	30 (14 %)	28 (13 %)	56 (26 %)	2,8	7
Nemožnost rodičky rozhodovat o svém těle, rodička není součástí týmu	19 (8,8 %)	21 (9,8 %)	44 (20,5 %)	20 (9,3 %)	24 (11,2 %)	87 (40,5 %)	3,3	2

Příloha 4: VO 3 – Tabulka 8 a Tabulka 9

Tabulka 8 – Intervence při porodu jako porodnické násilí – hodnocení porodních asistentek

Do jaké míry vnímáte intervence v tabulce jako porodnické násilí? Prosím označte na škále číslo u každé situace. Hodnoceno od 0 (= nepovažuji za porodnické násilí) až 5 (= zcela považuji za porodnické násilí).	0 – nepovažuji za porodnické násilí	1	2	3	4	5 – zcela považuji za porodnické násilí	Celkem
Indukovaný porod (tzn. uměle vyvolaný)	55 (68,8 %)	18 (22,5 %)	5 (6,3 %)	2 (2,5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	80 (100 %)
Podání klystýru	73 (91,3 %)	6 (7,5 %)	0 (0 %)	1 (1,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	80 (100 %)
Neodsouhlasený nástřih	14 (17,5 %)	8 (10 %)	23 (28,8 %)	14 (17,5 %)	5 (6,3 %)	16 (20 %)	80 (100 %)
Preventivní nástřih	14 (17,5 %)	8 (10 %)	14 (17,5 %)	9 (11,3 %)	11 (13,8 %)	24 (30 %)	80 (100 %)
Zamezení kontinuální přítomnosti doprovodu	6 (7,5 %)	9 (11,3 %)	16 (20 %)	13 (16,3 %)	9 (11,3 %)	27 (33,8 %)	80 (100 %)
Kontinuální monitor v průběhu porodu	35 (43,8 %)	19 (23,8 %)	14 (17,5 %)	7 (8,8 %)	4 (5 %)	1 (1,3 %)	80 (100 %)
Nedostatečná informovanost ze strany zdravotníků, špatná komunikace s rodičkou	4 (5 %)	14 (17,5 %)	12 (15 %)	20 (25 %)	10 (12,5 %)	20 (25 %)	80 (100 %)
Porod v gynekologické poloze	36 (45 %)	18 (22,5 %)	12 (15 %)	7 (8,8 %)	5 (6,3 %)	2 (2,5 %)	80 (100 %)
Nevyhovující poloha při porodu	11 (13,8 %)	12 (15 %)	27 (33,8 %)	13 (16,3 %)	9 (11,3 %)	8 (10 %)	80 (100 %)
Nenaplněná očekávání rodičky z porodu	23 (28,8 %)	19 (23,8 %)	21 (26,3 %)	10 (12,5 %)	4 (5 %)	3 (3,8 %)	80 (100 %)
Nevyužívání alternativních metod pro podporu porodu (rebozo, vaginální napárka, ...)	34 (42,5 %)	17 (21,3 %)	14 (17,5 %)	9 (11,3 %)	3 (3,8 %)	3 (3,8 %)	80 (100 %)
Špatná komunikace mezi lékařem a porodní asistentkou	16 (20 %)	17 (21,3 %)	23 (28,8 %)	10 (12,5 %)	5 (6,3 %)	9 (11,3 %)	80 (100 %)
Neodsouhlasený Hamiltonův hmat	3 (3,8 %)	6 (7,5 %)	17 (21,3 %)	7 (8,8 %)	13 (16,3 %)	34 (42,5 %)	80 (100 %)
Nerespektování porodního přání rodičky zdravotníky	3 (3,8 %)	13 (16,3 %)	23 (28,8 %)	13 (16,3 %)	17 (21,3 %)	11 (13,8 %)	80 (100 %)
Odlíšné názory na vedení porodu osobní por. as. / dule s porodníkem na porodním sále	24 (30 %)	19 (23,8 %)	17 (21,3 %)	16 (20 %)	2 (2,5 %)	2 (2,5 %)	80 (100 %)
Nedostatečné vzdělávání porodníků / por. as. (používání zastaralých konzervativních přístupů vedení porodu)	8 (10 %)	18 (22,5 %)	18 (22,5 %)	10 (12,5 %)	17 (21,3 %)	9 (11,3 %)	80 (100 %)
Farmakologicky vedený porod	38 (47,5 %)	21 (26,3 %)	10 (12,5 %)	9 (11,3 %)	2 (2,5 %)	0 (0 %)	80 (100 %)
Nevyhovující prostředí (málo intimní, chybí vana, možnost využití podpůrných pomůcek)	22 (27,5 %)	16 (20 %)	13 (16,3 %)	12 (15 %)	13 (16,3 %)	4 (5 %)	80 (100 %)
Neprofesionální chování personálu (direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis post., neetické chování)	0 (0 %)	9 (11,3 %)	11 (13,8 %)	2 (2,5 %)	17 (21,3 %)	41 (51,3 %)	80 (100 %)

Do jaké míry vnímáte intervence v tabulce jako porodnické násilí? Prosím označte na škále číslo u každé situace. Hodnoceno od 0 (= nepovažuji za porodnické násilí) až 5 (= zcela považuji za porodnické násilí).	0 – nepovažuji za porodnické násilí	1	2	3	4	5 – zcela považuji za porodnické násilí	Celkem
Nabízení analgetik zdravotníky přes předchozí odmítnutí rodičkou	24 (30 %)	18 (22,5 %)	18 (22,5 %)	8 (10 %)	8 (10 %)	4 (5 %)	80 (100 %)
Časté vaginální vyšetřování v průběhu porodu	15 (18,8 %)	15 (18,8 %)	24 (30 %)	13 (16,3 %)	7 (8,8 %)	6 (7,5 %)	80 (100 %)
Odnesení miminka po porodu na ošetření neonatology	22 (27,5 %)	13 (16,3 %)	13 (16,3 %)	10 (12,5 %)	8 (10 %)	14 (17,5 %)	80 (100 %)
Vyhořelá porodní asistentka	5 (6,3 %)	11 (13,8 %)	18 (22,5 %)	7 (8,8 %)	12 (15 %)	27 (33,8 %)	80 (100 %)
Tlačení na břicho v průběhu druhé doby porodní	9 (11,3 %)	16 (20 %)	13 (16,3 %)	16 (20 %)	7 (8,8 %)	19 (23,8 %)	80 (100 %)
Nemožnost rodičky rozhodovat o svém těle, rodička není součástí týmu	1 (1,3 %)	10 (12,5 %)	17 (21,3 %)	12 (15 %)	8 (10 %)	32 (40 %)	80 (100 %)

Tabulka 9 – Intervence při porodu jako porodnické násilí (průměrné hodnoty) – hodnocení porodních asistentek

Do jaké míry vnímáte intervence v tabulce jako porodnické násilí? Prosím označte na škále číslo u každé situace. Hodnoceno od 0 (= nepovažuji za porodnické násilí) až 5 (= zcela považuji za porodnické násilí).	Průměrné hodnocení	Pořadí závažnosti
Indukovaný porod (tzn. uměle vyvolaný)	0,2	24
Podání klystýru	0,0	25
Neodsouhlasený nástřih	2,4	10
Preventivní nástřih	2,7	7
Zamezení kontinuální přítomnosti doprovodu	3,0	4
Kontinuální monitor v průběhu porodu	0,9	22
Nedostatečná informovanost ze strany zdravotníků, špatná komunikace s rodičkou	2,8	6
Porod v gynekologické poloze	0,9	21
Nevyhovující poloha při porodu	2,1	12
Nenaplněná očekávání rodičky z porodu	1,3	18
Nevyužívání alternativních metod pro podporu porodu (rebozo, vaginální napářka, ...)	1,0	20
Špatná komunikace mezi lékařem a porodní asistentkou	1,8	15
Neodsouhlasený Hamiltonův hmat	3,5	2
Nerespektování porodního přání rodičky zdravotníky	2,6	8
Odlíšné názory na vedení porodu osobní por. as. / dule s porodníkem na porodním sále	1,3	19

Do jaké míry vnímáte intervence v tabulce jako porodnické násilí? Prosím označte na škále číslo u každé situace. Hodnoceno od 0 (= nepovažuji za porodnické násilí) až 5 (= zcela považuji za porodnické násilí).	Průměrné hodnocení	Pořadí závažnosti
Nedostatečné vzdělávání porodníků / por. as. (používání zastaralých konzervativních přístupů vedení porodu)	2,2	11
Farmakologicky vedený porod	0,7	23
Nevyhovující prostředí (málo intimní, chybí vana, možnost využití podpůrných pomůcek)	1,7	16
Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)	3,8	1
Nabízení analgetik zdravotníky přes předchozí odmítnutí rodičkou	1,4	17
Časté vaginální vyšetřování v průběhu porodu	1,8	14
Odnesení miminka po porodu na ošetření neonatologů	2,0	13
Vyhořelá porodní asistentka	3,0	5
Tlačení na břicho v průběhu druhé doby porodní	2,5	9
Nemožnost rodičky rozhodovat o svém těle, rodička není součástí týmu	3,3	3

Příloha 5: VO 4 – Hypotéza 1 – Tabulka 10

Tabulka 10 – Rozdíly v hodnocení závažnosti jednotlivých porodnických intervencí z pohledu rodiček a porodních asistentek

Do jaké míry vnímáte intervence v tabulce jako porodnické násilí? Prosím označte na škále číslo u každé situace. Hodnoceno od 0 (= nepovažuji za porodnické násilí) až 5 (= zcela považuji za porodnické násilí).	Rodičky		Porodní asistentky		Mann-Whitneyův test	
	Průměrné hodnocení	Pořadí závažnosti	Průměrné hodnocení	Pořadí závažnosti	Testové kritérium	P-hodnota
Indukovaný porod (tzn. uměle vyvolaný)	0,9	24	0,4	24	7412,5	0,035*
Podání klystýru	0,5	25	0,1	25	7027,0	0,001*
Neodsouhlasený nástřih	2,6	10	2,5	11	8293,0	0,632
Preventivní nástřih	2,3	13	2,8	7	7187,5	0,028*
Zamezení kontinuální přítomnosti doprovodu	3,2	3	3,1	4	8256,5	0,585
Kontinuální monitor v průběhu porodu	1,0	23	1,1	22	7993,0	0,314
Nedostatečná informovanost ze strany zdravotníků, špatná komunikace s rodičkou	2,9	5	3,0	6	8474,0	0,844
Porod v gynekologické poloze	1,4	21	1,2	21	7984,5	0,321
Nevyhovující poloha při porodu	2,5	11	2,3	12	7905,0	0,278

Do jaké míry vnímáte intervence v tabulce jako porodnické násilí? Prosím označte na škále číslo u každé situace. Hodnoceno od 0 (= nepovažuji za porodnické násilí) až 5 (= zcela považuji za porodnické násilí).	Rodičky		Porodní asistentky		Mann-Whitneyův test	
	Průměrné hodnocení	Pořadí závažnosti	Průměrné hodnocení	Pořadí závažnosti	Testové kritérium	P-hodnota
Nenaplněná očekávání rodičky z porodu	1,6	19	1,5	18	8521,5	0,901
Nevyužívání alternativních metod pro podporu porodu (rebozo, vaginální napářka, ...)	1,5	20	1,2	20	7786,0	0,195
Špatná komunikace mezi lékařem a porodní asistentkou	2,5	12	2,0	15	7107,5	0,020
Neodsouhlasený Hamiltonův hmat	3,2	4	3,5	2	7718,5	0,160
Nerespektování porodního přání rodičky zdravotníky	2,7	9	2,8	8	8568,5	0,961
Odlíšné názory na vedení porodu osobní por. as. / duly s porodníkem na porodním sále	2,0	14	1,5	19	6867,5	0,007*
Nedostatečné vzdělávání porodníků / por. as. (používání zastaralých konzervativních přístupů vedení porodu)	2,8	6	2,5	10	7381,0	0,057
Farmakologicky vedený porod	1,3	22	1,0	23	7525,5	0,083
Nevyhovující prostředí (málo intimní, chybí vana, možnost využití podpůrných pomůcek)	1,9	15	1,9	16	8360,0	0,707
Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)	3,4	1	3,9	1	7136,0	0,019*
Nabízení analgetik zdravotníky přes předchozí odmítnutí rodičkou	1,8	17	1,6	17	8291,0	0,627
Časté vaginální vyšetřování v průběhu porodu	1,7	18	2,0	14	7532,5	0,094
Odnesení miminka po porodu na ošetření neonatologů	1,9	16	2,1	13	7779,5	0,196
Vyhořelá porodní asistentka	2,8	8	3,1	4	7633,5	0,129
Tlačení na břicho v průběhu druhé doby porodní	2,8	7	2,7	9	8261,0	0,596
Nemožnost rodičky rozhodovat o svém těle, rodička není součástí týmu	3,3	2	3,4	3	8297,5	0,629

Příloha 6: VO 5 – Hypotéza 2 – Tabulka 11

Tabulka 11 – Vztah prožitého porodnického násilí a hodnocení očekávání z porodu jako porodnické násilí

		Do jaké míry vnímáte intervence v tabulce jako porodnické násilí?						Celkem
		Nenaplněná očekávání rodičky z porodu						
		0 – Nepovažuji za porodnické násilí	1	2	3	4	5 – zcela považuji za porodnické násilí	
Souhlasíte s tvrzením: „Prožila jsem porodnické násilí.“?	Rozhodně ano	2 (25 %)	0 (0 %)	2 (25 %)	1 (12,5 %)	1 (12,5 %)	2 (25 %)	8 (100 %)
	Spíše ano	2 (11,8 %)	4 (23,5 %)	4 (23,5 %)	6 (35,3 %)	0 (0 %)	1 (5,9 %)	17 (100 %)
	Nevím	2 (10 %)	8 (40 %)	5 (25 %)	3 (15 %)	1 (5 %)	1 (5 %)	20 (100 %)
	Spíše ne	12 (27,3 %)	8 (18,2 %)	8 (18,2 %)	11 (25 %)	4 (9,1 %)	1 (2,3 %)	44 (100 %)
	Rozhodně ne	45 (35,7 %)	34 (27 %)	25 (19,8 %)	7 (5,6 %)	10 (7,9 %)	5 (4 %)	126 (100 %)
Celkem		63 (29,3 %)	54 (25,1 %)	44 (20,5 %)	28 (13 %)	16 (7,4 %)	10 (4,7 %)	215 (100 %)

Příloha 7: VO 5 – Hypotéza 3 – Tabulka 12

Tabulka 12 – Ovlivňují alternativní metody vedení porodu trauma

Počet pomůcek	Pocítujete trauma z Vašeho porodu?				
	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
Počet	16	42	4	63	90
Průměr	1,3	1,4	1,3	1,7	1,6
Medián	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Minimum	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Maximum	2,0	3,0	2,0	5,0	6,0
Směr. Odchylka	0,4	0,5	0,5	1,1	1,0

Příloha 8: VO 5 – Hypotéza 4 – Tabulka 13

Tabulka 13 – Vztah vzdělání a hodnocení jednotlivých intervencí jako porodnického násilí

Vztah vzdělání a hodnocení porodnického násilí	Spear. korelační koeficient	P-hodnota
Indukovaný porod (tzn. uměle vyvolaný)	-0,024	0,726
Podání klystýru	-0,097	0,157
Neodsouhlasený nástřih	0,025	0,712
Preventivní nástřih	-0,002	0,977
Zamezení kontinuální přítomnosti doprovodu	0,101	0,141
Kontinuální monitor v průběhu porodu	0,127	0,064
Nedostatečná informovanost ze strany zdravotníků, špatná komunikace s rodičkou	0,061	0,372
Porod v gynekologické poloze	0,046	0,502
Nevyhovující poloha při porodu	0,099	0,146
Nenaplněná očekávání rodičky z porodu	0,037	0,585
Nevyužívání alternativních metod pro podporu porodu (rebozo, vaginální napářka, ...)	-0,047	0,496
Špatná komunikace mezi lékařem a porodní asistentkou	0,004	0,956
Neodsouhlasený Hamiltonův hmat	0,081	0,238
Nerespektování porodního přání rodičky zdravotníky	0,088	0,200
Odlíšné názory na vedení porodu osobní por. as. / duly s porodníkem na porodním sále	0,002	0,976
Nedostatečné vzdělávání porodníků / por. as. (používání zastaralých konzervativních přístupů vedení porodu)	0,055	0,420
Farmakologicky vedený porod	-0,052	0,445
Nevyhovující prostředí (málo intimní, chybí vana, možnost využití podpůrných pomůcek)	-0,034	0,620
Neprofesionální chování personálu (příliš direktivní komunikace, neschopnost empatie, non lege artis postupy, neetické chování, ...)	0,111	0,103
Nabízení analgetik zdravotníky přes předchozí odmítnutí rodičkou	-0,001	0,987
Časté vaginální vyšetřování v průběhu porodu	0,024	0,724
Odnesení miminka po porodu na ošetření neonatology	0,076	0,268
Vyhořelá porodní asistentka	-0,051	0,461
Tlačení na břicho v průběhu druhé doby porodní	0,094	0,170
Nemožnost rodičky rozhodovat o svém těle, rodička není součástí týmu	0,119	0,081

Příloha 9: VO 5 – Hypotéza 5 – Tabulka 14

Tabulka 14 – Vnímání prožití porodnického násilí podle doby od porodu

		Souhlasíte s tvrzením: „Prožila jsem porodnické násilí.“?					Celkem
		Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne	
Před jakou dobou jste rodila?	Do 1 roku	2 (2,9 %)	6 (8,7 %)	3 (4,3 %)	16 (23,2 %)	42 (60,9 %)	69 (100 %)
	2–3 roky zpět	4 (4 %)	11 (11,1 %)	12 (12,1 %)	19 (19,2 %)	53 (53,5 %)	99 (100 %)
	Do 5 let	2 (4,3 %)	0 (0 %)	5 (10,6 %)	9 (19,1 %)	31 (66 %)	47 (100 %)
Celkem		8 (3,7 %)	17 (7,9 %)	20 (9,3 %)	44 (20,5 %)	126 (58,6 %)	215 (100 %)

Příloha 10: VO 5 – Hypotéza 6 – Tabulka 15

Tabulka 15 – Zkušenost s porodnickým násilím podle typu porodnice

		Souhlasíte s tvrzením: „Prožila jsem porodnické násilí.“?					Celkem
		Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne	
V jaké porodnici jste rodila?	Oblastní nemocnice	3 (3,6 %)	8 (9,5 %)	11 (13,1 %)	15 (17,9 %)	47 (56 %)	84 (100 %)
	Krajská nemocnice	1 (5,9 %)	2 (11,8 %)	1 (5,9 %)	7 (41,2 %)	6 (35,3 %)	17 (100 %)
	Fakultní nemocnice	4 (3,5 %)	7 (6,1 %)	8 (7 %)	22 (19,3 %)	73 (64 %)	114 (100 %)
Celkem		8 (3,7 %)	17 (7,9 %)	20 (9,3 %)	44 (20,5 %)	126 (58,6 %)	215 (100 %)

Příloha 11: VO5 – Hypotéza 7 – Tabulka 16

Tabulka 16 – Výskyt nežádoucích postupů podle míry vyhoření porodních asistentek

		Máte zkušenost z praxe, že jste si Vy nebo jiný porodník urychlil práci tím, že jste porod vedl/a farmakologicky (př.: nevhodně použitá metoda indukce, nadbytečné užití oxytocinu)?					Celkem
		Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne	
Cítíte se být vyhořelá?	Rozhodně ano	0 (0 %)	1 (50 %)	0 (0 %)	1 (50 %)	0 (0 %)	2 (100 %)
	Spíše ano	1 (25 %)	1 (25 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	4 (100 %)
	Nevím	0 (0 %)	3 (37,5 %)	1 (12,5 %)	2 (25 %)	2 (25 %)	8 (100 %)
	Spíše ne	5 (21,7 %)	6 (26,1 %)	2 (8,7 %)	8 (34,8 %)	2 (8,7 %)	23 (100 %)
	Rozhodně ne	5 (11,6 %)	12 (27,9 %)	1 (2,3 %)	17 (39,5 %)	8 (18,6 %)	43 (100 %)
Celkem		11 (13,8 %)	23 (28,8 %)	5 (6,3 %)	28 (35 %)	13 (16,3 %)	80 (100 %)

Příloha 12: VO5 – Hypotéza 8 – Tabulka 17

Tabulka 17 – Vnímání porodnického násilí podle komplikovanosti porodu

		Souhlasíte s tvrzením: „Prožila jsem porodnické násilí.“?					Celkem
		Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne	
Jednalo se o komplikovaný porod?	Rozhodně ano	3 (10,7 %)	5 (17,9 %)	5 (17,9 %)	7 (25 %)	8 (28,6 %)	28 (100 %)
	Spíše ano	1 (2,2 %)	6 (13,3 %)	7 (15,6 %)	12 (26,7 %)	19 (42,2 %)	45 (100 %)
	Nevím	1 (12,5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (25 %)	5 (62,5 %)	8 (100 %)
	Spíše ne	0 (0 %)	4 (7 %)	7 (12,3 %)	10 (17,5 %)	36 (63,2 %)	57 (100 %)
	Rozhodně ne	3 (3,9 %)	2 (2,6 %)	1 (1,3 %)	13 (16,9 %)	58 (75,3 %)	77 (100 %)
Celkem		8 (3,7 %)	17 (7,9 %)	20 (9,3 %)	44 (20,5 %)	126 (58,6 %)	215 (100 %)

Příloha 13: VO 6 – Hypotéza 9 – Tabulka 18

Tabulka 18 – Hodnocení prožití porodnického násilí podle vzdělání rodiček

		Souhlasíte s tvrzením: „Prožila jsem porodnické násilí.“?					Celkem
		Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne	
Jaké máte vzdělání?	Základní	0 (0 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	2 (50 %)	4 (100 %)
	Střední bez maturity	1 (14,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (14,3 %)	5 (71,4 %)	7 (100 %)
	Střední s maturitou	4 (6,3 %)	3 (4,7 %)	6 (9,4 %)	11 (17,2 %)	40 (62,5 %)	64 (100 %)
	Vyšší odborné	0 (0 %)	2 (11,8 %)	2 (11,8 %)	6 (35,3 %)	7 (41,2 %)	17 (100 %)
	Vysokoškolské	3 (2,4 %)	11 (8,9 %)	12 (9,8 %)	25 (20,3 %)	72 (58,5 %)	123 (100 %)
Celkem		8 (3,7 %)	17 (7,9 %)	20 (9,3 %)	44 (20,5 %)	126 (58,6 %)	215 (100 %)

Příloha 14: VO 6 – Hypotéza 10 – Tabulka 19

Tabulka 2 – Porodnické násilí podle věku rodiček

		Souhlasíte s tvrzením: „Prožila jsem porodnické násilí.“?					Celkem
		Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne	
Kolik Vám je let?	Do 30 let	3 (5,5 %)	7 (12,7 %)	3 (5,5 %)	10 (18,2 %)	32 (58,2 %)	55 (100 %)
	31–40 let	5 (3,3 %)	10 (6,6 %)	17 (11,3 %)	31 (20,5 %)	88 (58,3 %)	151 (100 %)
	41 a více let	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (33,3 %)	6 (66,7 %)	9 (100 %)
Celkem		8 (3,7 %)	17 (7,9 %)	20 (9,3 %)	44 (20,5 %)	126 (58,6 %)	215 (100 %)

Příloha 15: VO 7 – Tabulka 20 a Tabulka 21

Tabulka 20 – Porodnické násilí pohledem rodiček

Doplňte tvrzení – Podle mého názoru „porodnické násilí“ je:	n	%
Mýtus	6	2,8 %
Je něco, o čem jsem nikdy neslyšela	80	37,2 %
Aktuální téma v porodnictví	28	13,0 %
Mediální kampaň	4	1,9 %
Projev zastaralých metod českého porodnictví	58	27,0 %
Je něco, na co by se měla zaměřit pozornost	39	18,1 %
Celkem	215	100,0 %

Tabulka 21 – Porodnické násilí pohledem porodních asistentek

Doplňte tvrzení – Podle mého názoru „porodnické násilí“ je:	n	%
Mýtus	3	3,8 %
Je něco, o čem jsem nikdy neslyšela	5	6,3 %
Aktuální téma v porodnictví	24	30,0 %
Mediální kampaň	3	3,8 %
Projev zastaralých metod českého porodnictví	32	40,0 %
Je něco, na co by se měla zaměřit pozornost	13	16,3 %
Celkem	80	100,0 %

Příloha 16: Porod a porodnické násilí pohledem rodiček

V tabulce 22 jsou odpovědi na otázku: „Pokud byl Váš porod uměle vyvolaný, z jakého důvodu byla indukce porodu doporučena? Pokud nebyl Váš porod vyvolávaný, označte prosím možnost e.“. Procenta jsou proto přepočtená na celkový počet osob, tj. $n = 215$. Nejčastějším důvodem jsou „Zdravotní komplikace respondentky nebo ze strany plodu (těhotenská cukrovka, vysoký krevní tlak, velký plod, ...)“. Z tohoto důvodu bylo vyvoláno 32,5 % všech vyvolaných porodů (26 porodů). Tyto porody tvoří 12,1 % všech sledovaných porodů (odpovědí).

Tabulka 22 – Uměle vyvolaný porod – důvody

Uměle vyvolaný porod	n	%	
Pokud byl Váš porod uměle vyvolaný, z jakého důvodu byla indukce porodu doporučena? Pokud nebyl Váš porod vyvolávaný, označte prosím možnost e).	Přenášení těhotenství	20	9,3 %
	Odtok plodové vody bez spontánního nástupu děložních kontrakcí do 24 hodin	17	7,9 %
	Zdravotní komplikace – Vaše nebo ze strany plodu (těhotenská cukrovka, vysoký krevní tlak, velký plod, ...)	26	12,1 %
	Programovaný porod před termínem porodu (na přání rodičky či porodníka)	8	3,7 %
	Neměla jsem indukovaný porod	135	62,8 %
	Jiné	9	4,2 %
	Celkem	215	100,0 %

Pro další otázku týkající se porodu byla vytvořena tabulka 23. Zde bylo zjišťováno, kde se respondentky dozvěděly, jakým způsobem probíhá porod. Nejčastěji se to dozvěděly na předporodním kurzu (26,5 %; 57 osob) anebo na internetu (22,3 %; 48 osob). Je zajímavé, že v šetření je 8,4 % žen, které se o porodu nijak neinformovaly (18 osob).

Tabulka 23 – „Jakým způsobem jste se dozvěděla o tom, jak probíhá porod?“

Jakým způsobem jste se dozvěděla o tom, jak probíhá porod?	n	%
Mám vzdělání v oboru porodnictví a gynekologie	21	9,8 %
Absolvovala jsem předporodní kurz	57	26,5 %
Od obvodního gynekologa	12	5,6 %
Přečetla jsem si o tom v odborné literatuře	24	11,2 %
Internet	48	22,3 %
Mám osobní porodní asistentku, která mě o všem poučila	14	6,5 %
Nijak jsem se neinformovala	18	8,4 %
Nechtěla jsem vědět, jak bude porod probíhat	8	3,7 %
Jiné	13	6,0 %
Celkem	215	100,0 %

V tabulce 24 je uvedeno, že nejčastější poloha rodičky při porodu byla na zádech v gynekologické poloze (54,0 %; 116 osob). 29,3 % osob absolvovalo císařský řez (63 osob).

Tabulka 24 – Způsob porodu

V jaké poloze jste rodila? Pokud jste rodila císařským řezem, označte prosím možnost i).	n	%
Na zádech v gynekologické poloze	116	54,0 %
Na boku	21	9,8 %
Poloha na čtyřech	4	1,9 %
Na porodnické stoličce	3	1,4 %
V podřepu	2	0,9 %
V polosedě	6	2,8 %
Rodila jsem císařským řezem	63	29,3 %
Celkem	215	100,0 %

V tabulce 25 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Byla jste připravena na to, že v průběhu porodu se může cokoli pokazit?“. Rozhodně na to bylo připraveno 37,7 % rodiček (81 osob), dalších 29,8 % z nich bylo spíše připraveno (64 osob). Absolutně nepřipravených bylo pouze 6,5 % rodiček (14 osob).

Tabulka 25– „Byla jste připravena na to, že v průběhu porodu se může cokoli pokazit?“

Byla jste připravena na to, že v průběhu porodu se může cokoli pokazit?	n	%
Rozhodně ano	81	37,7 %
Spíše ano	64	29,8 %
Nevím	15	7,0 %
Spíše ne	41	19,1 %
Rozhodně ne	14	6,5 %
Celkem	215	100,0 %

V tabulce 26 je znázorněno použití pomůcek či alternativních metod analgezie pro podpoření porodu rodiček. Respondentky mohly uvádět více odpovědí, a proto součet relativních četností nedává 100 %. Počty odpovědí jsou přepočteny na celkový počet respondentek, tj. n = 215. Můžeme poté konstatovat, že celkově 67,9 % všech sledovaných rodiček využilo v rámci porodu vanu nebo sprchu (146 odpovědí). Jedná se o nejčastější pomůcku či alternativní metodu analgezie. Dalších 30,2 % respondentek využívalo i balón (65 osob). 19,1 % respondentek nevyužilo nic, protože mělo plánovaný císařský řez.

Tabulka 26 – Použití pomůcek či alternativních metod analgezie pro podpoření porodu

Byly použity v průběhu porodu některé pomůcky či alternativní metody analgezie, pro podpoření porodu? (možnost více odpovědí)	n	% (n = 215)
Vana, sprcha	146	67,9 %
Balón	65	30,2 %
Aromaterapie – masáž, inhalace	32	14,9 %
Masáž	29	13,5 %
Vaginální napáňka	17	7,9 %
Závěs	5	2,3 %
Žíněnka	5	2,3 %
Žádou – Měla jsem plánovaný císařský řez	41	19,1 %

Příloha 17: Porod a porodnické násilí pohledem porodních asistentek

V tabulce 27 vidíme, pokud se jedná o porod nízkorizikové rodičky, v 92,5 % případů jej vede spíše porodní asistentka (74 odpovědí). Pouze v 1 případě porodní asistentka uvedla, že tento porod vede vždy lékař, který má službu (1,3 %).

Tabulka 27 – „Porod nízkorizikové rodičky ve Vašem zařízení vede:“

Porod nízkorizikové rodičky ve Vašem zařízení vede:	n	%
Spíše porodní asistentka	74	92,5 %
Spíše lékař	5	6,3 %
Vždy lékař, který má službu	1	1,3 %
Celkem	80	100,0 %

V tabulce 28 porodní asistentky uvádí, zda souhlasí s tvrzením, že porody v českých porodnicích jsou vedeny až příliš invazivně. S výrokem rozhodně souhlasí pouze 3,8 % asistentek (3 osoby), dalších 38,8 % porodních asistentek s výrokem ale spíše souhlasí (31 osob). Naopak spíše nesouhlasí 41,3 % asistentek (33 osob) a rozhodně nesouhlasí 2,5 % asistentek (2 osoby).

Tabulka 28 – „Souhlasíte s tvrzením, že porody v českých porodnicích jsou vedeny až příliš invazivně?“

Souhlasíte s tvrzením, že porody v českých porodnicích jsou vedeny až příliš invazivně?	n	%
Rozhodně ano	3	3,8 %
Spíše ano	31	38,8 %
Nevím	11	13,8 %
Spíše ne	33	41,3 %
Rozhodně ne	2	2,5 %
Celkem	80	100,0 %

Tabulka 29 znázorňuje odpovědi na otázku „Absolvují rodičky ve Vaší porodnici před porodem psychoprofylaxi?“ nejčastěji, a to v 63,8 % případů, asistentky volily odpověď: „Ano, využívají většinou v naší porodnici.“ (51 odpovědí).

Tabulka 29 – „Absolvují rodičky ve Vaší porodnici před porodem psychoprofylaxi?“

Absolvují rodičky ve Vaší porodnici před porodem psychoprofylaxi?	n	%
Ano, využívají většinou v naší porodnici	51	63,8 %
Ne, využívají většinou jiné instituce	14	17,5 %
Nevím	11	13,8 %
Neabsolvují vůbec	4	5,0 %
Celkem	80	100,0 %

S výrokem „Používáte ve Vaší praxi nefarmakologické metody analgezie?“ porodní asistentky nejčastěji rozhodně souhlasí (63,8 %; 51 odpovědí) nebo spíše souhlasí (30,0 %; 24 osob). V šetření není žádná osoba, která by rozhodně nesouhlasila, toto je znázorněno v tabulce 30.

Tabulka 30– „Používáte ve Vaší praxi nefarmakologické metody analgezie?“

Používáte ve Vaší praxi nefarmakologické metody analgezie?	n	%
Rozhodně ano	51	63,8 %
Spíše ano	24	30,0 %
Spíše ne	5	6,3 %
Rozhodně ne	0	0,0 %
Celkem	80	100,0 %

Porodní asistentky měly poté uvést, jaké metody analgezie využívají, to je znázorněno v tabulce 31. Respondentky mohly uvést více odpovědí (max. 3), součet relativních četností proto nedává 100 %. Nejčastější metodou, kterou porodní asistentky využívají jako metodu analgezie, je hydroanalgezie (vana nebo sprcha). Tuto možnost uvedlo 90,0 % dotázaných asistentek. Druhou nejčastější využívanou metodou je epidurální analgezie, tuto možnost uvedlo 76,3 % dotázaných asistentek.

Tabulka 31 – „Jaké jsou ve Vaší porodnici nejčastěji používané metody analgezie?“

Jaké jsou ve Vaší porodnici nejčastěji používané metody analgezie?	n	%
Hydroanalgezie – vana, sprcha	72	90,0 %
Epidurální analgezie	61	76,3 %
Polohování rodičky	49	61,3 %
Aromaterapie	33	41,3 %
Vaginální napářka	30	37,5 %
Inhalační analgezie	29	36,3 %
Opioidní analgetikum	15	18,8 %
Rebozo	15	18,8 %
Relaxační masáž	13	16,3 %
Muzikoterapie	9	11,3 %
Akupresura	1	1,3 %

Tabulka 32 znázorňuje odpovědi na dotaz „Provádí se ve Vaší porodnici preventivní epiziotomie jindy než při operativním vedení porodu?“. Respondentky zde spíše nesouhlasí (52,5 %; 42 osob) a rozhodně nesouhlasí (33,8 %; 27 osob). Absolutně souhlasí pouze 2,5 % osob (2 odpovědi), spíše souhlasí 11,3 % osob (9 odpovědi).

Tabulka 32 – „Provádí se ve Vaší porodnici preventivní epiziotomie jindy než při operativním vedení porodu?“

Provádí se ve Vaší porodnici preventivní epiziotomie jindy než při operativním vedení porodu?	n	%
Rozhodně ano	2	2,5 %
Spíše ano	9	11,3 %
Spíše ne	42	52,5 %
Rozhodně ne	27	33,8 %
Celkem	80	100,0 %

Pokud v předchozí otázce respondentky odpověděly jinak než „rozhodně ne“, měly uvést důvod. Celkově by na otázku tedy mělo odpovídat 53 osob, ale 17 z nich žádný důvod neuvedlo. Nejčastějším uvedeným důvodem byla odpověď: „Lepší je předejít pouhým nástřihem velkému poranění“ (47,2 %; 25 odpovědí), uvedeno v tabulce 33.

Tabulka 33 – Důvody preventivní epiziotomie jindy než při operativním vedení porodu.

Pokud jste v otázce 10 odpověděla jinak než „rozhodně ne“, prosím uveďte nejčastější důvod, proč se tak děje?	n	%
Na mém pracovišti je to zvyk, standardizovaný postup vedení porodu	6	11,3 %
Lepší je předejít pouhým nástřihem velkému poranění	25	47,2 %
Díky preventivní epiziotomii se hlavička snáz a rychleji porodí	5	9,4 %
Neuvedeno	17	32,1 %
Celkem	53	100,0 %

V tabulce 34 jsou uvedeny odpovědi porodních asistentek na otázku, zda mají rodičky k porodu připravená porodní přání. 60,0 % porodních asistentek uvádí, že toto neví (48 osob), 35,0 % porodních asistentek pak uvádí, že spíše ano (28 osob).

Tabulka 34 – „Mají většinou rodičky k porodu připravená porodní přání?“

Mají většinou rodičky k porodu připravená porodní přání?	n	%
Rozhodně ano	3	3,8 %
Spíše ano	28	35,0 %
Nevím	48	60,0 %
Spíše ne	1	1,3 %
Rozhodně ne	0	0,0 %
Celkem	80	100,0 %

V tabulce 35 je uvedeno, pokud má rodička sepsaná porodní přání, jak porodní asistentky vnímají tento dokument. V 66,3 % případů jej považují za užitečný (53 osob), ale 27,5 % asistentek je považuje za zbytečný (22 osob) a 6,3 % asistentek jej považuje dokonce za komplikace (5 osob).

Tabulka 35 – „Pokud má rodička sepsaná porodní přání, jak vnímáte tento dokument?“

Pokud má rodička sepsaná porodní přání, jak vnímáte tento dokument?	n	%
Velmi užitečný pro naši spolupráci	53	66,3 %
Zbytečný	22	27,5 %
Komplikace	5	6,3 %
Celkem	80	100,0 %

V tabulce 36 je uvedeno, zda si porodní asistentky myslí, že nenaplnění porodního přání může vést ke komplikacím při porodu v důsledku frustrace rodičky. 12,5 % asistentek si myslí, že určitě ano (10 odpovědí), dalších 48,8 % si to spíše myslí (39 osob).

Tabulka 36 – „Myslíte si, že nenaplnění porodního přání může vést nebo vede ke komplikacím při porodu v důsledku frustrace rodičky?“

Myslíte si, že nenaplnění porodního přání může vést nebo vede ke komplikacím při porodu v důsledku frustrace rodičky?	n	%
Rozhodně ano	10	12,5 %
Spíše ano	39	48,8 %
Nevím	8	10,0 %
Spíše ne	22	27,5 %
Rozhodně ne	1	1,3 %
Celkem	80	100,0 %

Tabulka 37 zobrazuje odpovědi na dotaz „Je pro Vás přirozené respektovat přání ženy, v jaké poloze bude probíhat druhá doba porodní?“. S výrokem rozhodně souhlasí 46,3 % porodních asistentek (37 osob), dalších 51,3 % s ním spíše souhlasí (41 osob). V šetření byly pouze 2 osoby, které spíše nesouhlasily, a ani jedna osoba, která by rozhodně nesouhlasila.

Tabulka 37 – „Je pro Vás přirozené respektovat přání ženy, v jaké poloze bude probíhat druhá doba porodní?“

Je pro Vás přirozené respektovat přání ženy, v jaké poloze bude probíhat druhá doba porodní?	n	%
Rozhodně ano	37	46,3 %
Spíše ano	41	51,3 %
Spíše ne	2	2,5 %
Rozhodně ne	0	0,0 %
Celkem	80	100,0 %

V tabulce 38 je uvedeno, v jaké poloze nejčastěji porodní asistentky vedou porod. Porod je nejčastěji veden v poloze na zádech (53,8 %; 43 odpovědí), nebo na boku (36,3 %; 29 odpovědí).

Tabulka 38 – „V jaké poloze nejčastěji vedete porod na konci druhé doby porodní?“

V jaké poloze nejčastěji vedete porod na konci druhé doby porodní?	n	%
Poloha na zádech	43	53,8 %
Poloha na boku	29	36,3 %
Poloha na čtyřech	3	3,8 %
Jiné	5	6,3 %
Celkem	80	100,0 %

Další otázka zněla: „Máte zkušenost z praxe, že jste si Vy nebo jiný porodník urychlil práci tím, že jste porod vedl/a farmakologicky (př.: nevhodně použitá metoda indukce, nadbytečné užití oxytocinu)?“. V tabulce 39 s výrokiem rozhodně souhlasí 13,8 % porodních asistentek (11 osob), dalších 28,8 % porodních asistentek s ním spíše souhlasí (23 osob). Rozhodně nesouhlasí 16,3 % porodních asistentek (13 osob), 35,0 % z nich spíše nesouhlasí (28 osob).

Tabulka 39 – „Máte zkušenost z praxe, že jste si Vy nebo jiný porodník urychlil práci tím, že jste porod vedl/a farmakologicky (př.: nevhodně použitá metoda indukce, nadbytečné užití oxytocinu)?“

Máte zkušenost z praxe, že jste si Vy nebo jiný porodník urychlil práci tím, že jste porod vedl/a farmakologicky (př.: nevhodně použitá metoda indukce, nadbytečné užití oxytocinu)?	n	%
Rozhodně ano	11	13,8 %
Spíše ano	23	28,8 %
Nevím	5	6,3 %
Spíše ne	28	35,0 %
Rozhodně ne	13	16,3 %
Celkem	80	100,0 %