

PSYCHOSOCIÁLNÍ KLIMA PORODNICE A JEHO VLIV NA EMOČNÍ POHODU RODIČKY

LEA TAKÁCS, ELIŠKA KODYŠOVÁ, KATEŘINA KEJŘOVÁ,
MARTINA BARTOŠOVÁ

Účelem této studie je určit základní proměnné, které konstituují psychosociální klima porodnice, a sledovat jejich vliv na emoční vyladění rodičky. Obsahová analýza 189 psaných porodních příběhů a 44 polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami odhaluje 4 základní hlediska, která se podílejí na formování klimatu porodnice: vztahové, hodnotové, systémové a ekologicko-architektonické. Největší vliv na povahu klimatu mají faktory související se vztahovým hlediskem (empatie, podpora, ochota a pomoc) a symetrickým či asymetrickým přístupem zdravotníků k rodičce (komunikační styly, podíl rodičky na rozhodování, poskytování informací). V rámci jednotlivých hledisek jsou formulovány konkrétní protektivní a stresogenní faktory pro emoční pohodu rodičky.

Klíčová slova: porodnictví, psychosociální klima, kvalita zdravotnické péče, psychologie zdraví, lékařská psychologie, Česká republika

Úvod

Psychosociální kontext zdravotnické péče se dostává stále více do popředí zájmu psychologů, zdravotníků, ale i zřizovatelů zdravotnických zařízení a legislativních institucí. Psychosociální aspekty se promítají nejen do celkové spokojenosti pacientů s lékařskou péčí, ale v nezanedbatelné míře i do samotného průběhu léčby a její úspěšnosti.

Pro oblast porodnictví to platí dvojnásob. Rodící ženy nejsou „pacientkami“ v běžném slova smyslu; procházejí přirozeným, byť rizikovým procesem. V nemocnici hledají odbornou pomoc pro případ komplikací a z toho plynoucí pocit jistoty a bezpečí. Mnohé studie však ukazují, že právě pocit jistoty a bezpečí je tím, co rodička v nemocničním prostředí paradoxně často ztrácí, a to navzdory profesionálnímu zázemí, které jí nemocnice poskytuje. Přetechnizované prostředí porodních sálů a anonymita zdravotníků mohou v rodičce vyvolávat pocity strachu a úzkosti a ovlivnit tak negativně postup porodu (Enkin et al., 1998; Buckley, 2005).

Ženy, které rodily v domácím prostředí, projevily větší spokojenost s porodem a vykazovaly rovněž větší míru pocitu kontroly nad procesem porodu ve srovnání se ženami, které rodily v klasickém nemocničním prostředí (Hodnett, 1989). Pociť osobní kontroly přitom může ovlivňovat vnímání bolesti (McCrea, Wright, 1999) a celková spokojenost ženy s porodem může mít bezprostřední i dlouhodobý efekt na její zdraví i vztah s dítětem (Goodmann, Mackey, Tavakoli, 2004).

Efekt psychosociálního prostředí na průběh porodu lze prokázat na neurohormonální úrovni. Prožívá-li rodička úzkost či ohrožení, dochází k vyplavování katecholaminů, které mohou zpomalit či zastavit produkci oxytocinu nezbytného pro děložní kontrakce (Odent, 1995). Produkci oxytocinu potlačuje i přílišná stimulace neokortexu, způsobená např. silným osvětlením na porodních sálech, či tlakem na rodičku, aby reagovala racionálně (Buckley, 2005). Rodící žena je díky specifickým neurohormonálním procesům extrémně citlivá na prostředí, v němž se nachází, a proto i velmi zranitelná vůči chování zdravotnického personálu (Kodyšová, Mrowetz, 2010). Subjektivně vnímaná kvalita vztahu se zdravotníky poskytujícími péči při porodu zůstává v paměti ženy dlouhodobě a je významným faktorem persistence porodního traumatu (Miffková, 2008; Stadlmayr et al., 2006).

Příznivé psychosociální klima porodnice tedy může výrazně přispět nejen k pozitivnějšímu prožívání porodu, ale i k jeho bezpečnějšímu průběhu a minimalizaci lékařských intervencí.

Teoretická východiska

Psychosociální klima je termín, který se nejčastěji objevuje v kontextu pedagogicko-psychologických výzkumů zaměřených na klima školní třídy a školy (Lašek, 2001; Mareš, Lašek, 1990/1991; Mareš ml., 2007; Ježek, 2006) či v rámci studií z oblasti psychologie práce a organizace věnovaných klimatu podniku či organizace (Pauknerová, 2006).

Ačkoli je pojem „klima“ intuitivně srozumitelný odborníkům i laikům, při pokusu o jeho přesnější definici se ukazuje, že jde o nesnadno uchopitelný a mnohovrstevnatý fenomén. Např. u pojmu „klima školy“ dosud nepanuje shoda, jak je definovat, které parametry je vytvářejí a jak je lze měřit (Mareš, 2003). Z toho důvodu někteří autoři rezignují na jeho používání a volí namísto toho raději termín „vnitřní sociální prostředí“ (Lukas, 2007).

V rámci pedagogické psychologie platí jako zavedený pojem „klima školní třídy“, jímž jsou označovány dlouhodobě trvající jevy, které se vytvářejí ve vztazích mezi žáky a učiteli a jsou typické pro danou třídu (Mareš, 1998). Pro určení klimatu školní třídy existuje množství diagnostických nástrojů včetně původního českého dotazníku KLIT (Lašek, 2004).

V oblasti psychologie zdraví se naproti tomu s pojmem klimatu téměř nesetkáváme; odborná literatura se v této souvislosti zaměřuje zejména na otázku kvality komunikace zdravotníků s pacienty (Nobilisová, 2000; Beran, 1997; Honzák, 1997; Křivohlavý, 1980). Tento faktor se nepochybně podílí na formování psychosociálního klimatu nemocnice či zdravotnického zařízení, avšak zdaleka ho neurčuje v celé jeho šíři.

V oblasti porodnictví se zkoumání psychosociálních aspektů soustřeďuje především na otázku jejich vlivu na psychickou pohodu rodičky, průběh porodu a následně hodnocení porodu a porodnické péče rodičkou. Ukázalo se, že největší vliv na hodnocení zdravotnické péče rodičkami mají jejich vztahy se zdravotníky (Brown, Davey, Bruinsma, 2005) a že kontinuální podpora ženské průvodkyně během porodu v nemocnici snižuje riziko císařského řezu a dobu trvání porodních bolestí (Kennell, 2008). Postoje a chování zdravotníků k rodičce se na její spokojenosti s porodem podílejí nesrovnatelně větší měrou než prožitky bolesti či medicínské zásahy v průběhu porodu (Hodnett, 2002; Waldenström, 2004; Miffková, 2008).

Dosavadní výzkumy tedy popisují jednotlivé aspekty psychosociálního klimatu porodnice, avšak nepojímají je v jejich vzájemné souhře právě *jakožto* dimenze tohoto klimatu.

Přichází-li ke slovu otázka psychosociálních souvislostí jako celku, užívá se zpravidla pojmu „prostředí“ (environment); tento pojem ovšem odkazuje spíše na aspekty související se vzhledem, uspořádáním a vybavením prostoru porodnice.

Navzdory četným snahám definovat, co je to klima, zůstává jeho definice buď příliš obecná nebo neúplná, neboť proměnných, které klima utvářejí, je celá řada. Psychosociální klima lze definovat jako „*zastřešující termín pro širokou kategorii či množinu určitých charakteristik či proměnných prostředí*“ (Ježek, 2006, s. 66). Mohli bychom se pokusit i o konkrétní výčet těchto charakteristik; v první řadě je však třeba zdůraznit jejich bezprostřední vztah k emočnímu prožívání resp. vyladění jedince.

Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem tohoto výzkumu je porozumět problematice psychosociálního klimatu porodnice, tj. analyzovat jeho strukturu a identifikovat jeho hlavní konstitutivní momenty. Výzkum si dále klade za cíl zodpovědět následující otázky: Jaké faktory související s klimatem porodnice podporují a jaké naopak narušují emoční pohodu rodičky? Co vytváří příznivý a co naopak nepříznivý typ klimatu? Jak mohou tyto různé typy klimatu ovlivňovat emoční vyladění rodičky? Hlavním tématem je tedy psychosociální klima porodnice tak, jak je vnímají rodičky, a dopad subjektivně vnímaného klimatu na jejich emoční rozpoložení. Nezkoumali jsme, jak klima porodnice vnímají sami zdravotníci.

Smyslem tohoto výzkumu je zároveň položit teoretické základy pro vytváření diagnostických nástrojů pro evaluační či autoevaluační účely porodnic a v neposlední řadě přiblížit pomáhajícím zdravotníkům prožívání rodičích žen.

Výzkumný soubor a použité metody

Pro získání dat jsme využili psaných porodních příběhů a polostrukturovaných rozhovorů. Nejprve jsme analyzovali 189 porodních příběhů psaných rodičkami v letech 2005–2010, které byly zveřejněny na webových stránkách společnosti Aperio (www.aperio.cz) v elektronické verzi *Průvodce porodnicemi*. Pro výzkumné účely byly vybrány pouze ty příspěvky, které splňovaly následující kritéria: 1. měly charakter vyprávění, tj. nešlo v nich pouze o stručné hodnocení porodnice či poděkování zdravotníkům, 2. byly psány v první osobě, tj. netlumočily zkušenosti někoho druhého, 3. popisovaly zkušenost rodičky jak s porodním oddělením, tak i s oddělením šestinedělí, 4. popisovaly zkušenost s porodem ve zdravotnickém zařízení v České republice.

Na základě analýzy psaných porodních příběhů byla sestavena osnova pro vedení polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami, jehož se ujaly Kateřina Kejřová a Martina Bartošová, které rovněž vypracovaly doslovné přepisy rozhovorů (u všech rozhovorů byl se souhlasem respondentek pořízen audiozáznam), z nichž pocházejí veškeré níže uvedené citace. Výpovědi respondentek byly kvůli zachování autentičnosti ponechány v doslovném znění.

Výzkumný soubor tvoří 44 respondentek ve věku od 20 do 46 let, od jejichž porodu neuplynula v okamžiku vedení rozhovoru doba delší než jeden rok. Ve 23 případech se jedná o prvoroďičky, ve 21 případech o víceroďičky. Ve třech případech se vyskytla

vícečetná těhotenství. 8 žen prodělalo porod císařským řezem. V souboru jsou ve srovnání s celkovou populací více zastoupeny ženy s vyšším vzděláním: 24 žen má VŠ vzdělání a 12 žen SŠ vzdělání s maturitou, zatímco SŠ vzdělání bez maturity uvedlo pouze 8 respondentek a základní vzdělání žádná.

Při obsahové analýze byla nejprve použita metoda otevřeného kódování a převádění dat na významové jednotky (koncepty), které označovaly jednotlivé faktory konstituující klima, resp. neustále se opakující situace či motivy, které měly vliv na to, jak rodička vnímala klima porodnice. Shromážděné koncepty jsme pak na základě jejich tematické provázanosti sdružovali do obecnějších kategorií, které postupně odkrývaly základní strukturu klimatu porodnice. Na základě kontrastování konceptů v rámci jednotlivých kategorií a kombinování těchto konceptů napříč různými kategoriemi jsme konečně rozlišili základní typy klimatu porodnice, které sdílejí tutéž obecnou strukturu.

Ve výzkumu jsme použili metodu zakotvené teorie, která se induktivně generuje na základě získaných dat (Strauss, Corbin, 1999). Použili jsme rovněž postupu triangulace a výsledky obsahové analýzy psaných porodních příběhů jsme porovnávali a zpřesňovali na základě dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami.

Za cenné připomínky k metodologii a koncepci výzkumu a za podporu při práci na tomto projektu děkujeme prof. Lence Šulové, dr. Simoně Horákové Hoskovcové a dr. Ivě Štětovské z Katedry psychologie FF UK.

Výsledky

Na základě analýzy získaných dat jsme rozlišili čtyři základní hlediska, která konstituují psychosociální klima porodnice a která zároveň představují hlavní ukazatele jeho kvality: vztahové, hodnotové, systémové a ekologicko-architektonické.

1. Vztahové hledisko

Toto hledisko reprezentuje přístup zdravotníků k rodičkám, jejich komunikační zvyklosti a ustálené sociální role. Nejdůležitější koncepty, které se v rámci vztahového hlediska objevily, jsou: 1. schopnost empatie a poskytování psychické podpory, 2. ohleduplnost k aktuálnímu stavu rodičky, jejímu soukromí a studu, 3. kvalita komunikace (komunikační styl, poskytování informací), 4. ochota a pomoc, 5. zaujímání rolí (symetrický/asymetrický postoj).

Schopnost empatie a poskytování psychické podpory

Jedná se o jeden z nejsilnějších protektivních faktorů pro emoční pohodu rodičky vůbec. Zájem o její pocity, obavy a přání v ní vyvolává pocity klidu, jistoty a důvěry. Vlídny výraz, laskavý tón řeči a ochota komunikovat působí velmi podpůrně, neboť jsou vnímány jako projevy akceptace.

Rodičky zmiňovaly, že na ně mělo velmi posilující efekt, když je zdravotníci během porodu chválili a povzbuzovali. Pozitivně působily rovněž fyzické projevy podpory (pohlazení, objetí) od porodních asistentek či lékařek (tj. pomáhajících žen) během porodu.

„Nejpříjemnější zážitek byla ta lékařka, co mě pohládila po rameni, když jsem měla jít na toho císaře a řekla, že to zvládnu.“

Na oddělení šestinedělí jsou zase nejsilnějším protektivním faktorem projevy zájmu v podobě osobní konverzace, která rodičkám pomáhá překonat nejen negativní pocity spjaté s pobytem v nemocničním prostředí, ale i tzv. baby blues.

„Nebo tam byla sestra, která se tam s námi i zapovídala na pokoji, i o rodině nám vyprávěla a najednou jste úplně pookřála, tak jako to tam zdomáctěla.“

Za nedostatečně empatické považovaly rodičky zdravotníky hlavně tehdy, když jim dávali najevo nezájem o jejich prožívání a zlehčovali jejich pocity.

„... na porodním sále jsem měla kontrakci a asi jsem tak nějak moc vzdychla a nějaká doktorka se mě na něco zeptala a já jí říkám, že mám kontrakci, jestli může chvíli počkat a ona: ‚Prosím vás, jaký kontrakce? Až budete mít kontrakce, tak mi tu budete škrábat zeď, to jsou kontrakce.‘ V té chvíli mi to jako úplně nesedlo... Oni jako mají pocit, že člověk moc vyvádí.“

Negativní pocity se často objevovaly i v souvislosti s necitlivým prováděním vyšetření během porodu (zejména ze strany lékařů-mužů) a hrubou manipulací s novorozenci (především ze strany sester).

Ohleduplnost k rodiče, jejímu aktuálnímu stavu, soukromí a studu

Respondentky hodnotily velmi pozitivně, když zdravotníci brali ohledy na jejich momentální stav, potřebu soukromí během porodu a potřebu intimity s narozeným dítětem bezprostředně po porodu a při kojení. Negativní pocity vyvolávaly zejména nepřiměřené požadavky na rodičku se silnými kontrakcemi (vyplňování dotazníků) a nerespektování studu (přítomnost mediků a cizích osob u porodu, nahota před neznámými lidmi při vizitách).

„Po celou dobu porodu, i před ním, byly otevřené dveře na chodbu, takže kdokoli tam šel a nakoukl, mohl vidět všechno. Bylo mi to nepříjemné, trapné, styděla jsem se.“

„Tam jako přijde doktor, ani nedořekne větu, a už vám zvedá peřinu a odhrnuje košili. Chápu, že to asi záleží na povaze, ale mně to třeba vadilo... Jako ležíte, zíráte, pak zavolá nějakýho studenta a ‚pojdte se podívat na ty stehy‘, tak se nad vás nakloní další tři lidi...“

Komunikační styly zdravotníků

Na rodičky působí velmi pozitivně běžné projevy zdvořilosti (představení se a podání ruky), neboť mají pocit, že s nimi zdravotníci jednájí rovnocenně, což posiluje jejich důvěru ve zdravotníky, pocit vlastní důstojnosti, jistoty a klidu.

„No, tam byla třeba jedna doktorka, ta přišla do pokoje, začala se představovat. Řekla, kdo je, co je, co od ní můžeme chtít, co s náma bude za náš pobyt dělat a mluvila o sobě snad minutu a musím říct, že jsem si jí najednou jakoby víc vážila. Jednala prostě s náma jako s lidma a ne jako s pacientem, kterej má svoje číslo a je to, trojka z dvanáctky.“

Negativní pocity (především nedůvěry a nejistoty) vyvolává dvojznačná komunikace (např. jedné respondentce lékař řekl, že ještě není ve fázi porodu, při níž by byla nutná hospitalizace, a vzápětí sděloval jiným lékařům, že ji nemohou přijmout kvůli nedostatku míst), znevažování a znejišťování. Zejména u prvorodiček může vést zpochybňování jejich mateřské kompetence k pocitům zoufalství a návalem smutku.

„No a ona je v té nemocnici taková zvláštní vrchní sestra a ona na ty maminky vážně křičí, třeba: ‚No jo, vy jste tak neschopná, že neumíte to miminko ani nakojit.‘ Nebo: ‚Podívejte, co s tím dítětem děláte! Vy ho neumíte ani oblíknout?‘ ... No a potom vlastně na konci, jak je takový to sezení, když se propouští maminky, tak mi ta vrchní sestra řekla: ‚No jo vy dvě,‘ a ukázala ještě na jednu maminku, ‚to kdybychom vás pustili dřív, tak tu

za čtyři hodiny jste, že nevíte, co máte s tím miminkem dělat. ' Takže ta byla fakt nepříjemná a dost tam kvůli ní maminky plakaly. "

Podpurný způsob komunikace je obzvlášť důležitý v případě narození zdravotně postiženého dítěte; necitlivé výroky zdravotníků potencují stres a smutek, který rodička prožívá. Velmi negativně např. působí, když zdravotníci novorozence přehléžejí či dokonce „nálepkují“.

„Na ranní vizitě si mě vzal lékař k sobě a řekl mi, že je mu to moc líto, ale že vyšetřením zjistili, že je naše miminko hluché. No, tak co k tomu říct... to mě naprosto sebralo a pořád jsem brečela. Ale co teprve to chování sester. Naprosto neměly žádný soucit, na syna jedna příšerná směna ani nemluvila, protože ‚na něj to stejně neplatí‘, a bohužel jsem se setkala i s poznámkami typu ‚mrzáček z pětky‘ a podobně. To mě teda opravdu položilo... “

Informovanost rodičky

Vysoká míra informovanosti rodičky o jejím aktuálním zdravotním stavu, průběhu a očekávaném vývoji porodu a plánovaných zákrocích vytváří *strukturovaný horizont očekávání*, který je jedním z nejsilnějších protektivních faktorů vůbec, neboť u rodičky posiluje nejen pocit jistoty a bezpečí, ale i vlastní kompetence.

„Jak se nevědělo, jestli to bude normální porod nebo ne, tak mi jako sestřičky a pak i paní primářka vysvětlily, co se jako děje a jak dál by se to mohlo vyvíjet. A to mě právě uklidnilo, když mi ta sestra řekla: ‚No, tak teď budeme tak dvacet minut čekat a když se ty kontrakce nerozběhnou, tak zavoláme paní primářku a ona se na to podívá a uvidíme, co bude dál‘. “

Nedostatečné poskytování informací vyvolává v rodičkách pocity nejistoty a nedůvěry a často i pocit, že s nimi zdravotníci jednají nadřazeně. Velmi silný stres zažívají v situaci, kdy jim zdravotníci provádějí nepříjemné zákroky či vyšetření bez předchozího upozornění a vysvětlení.

„Lékař přišel asi za deset minut s dlouhým kovovým hákem a mě polila hrůza. Tímhle chce tedy prorazit tu vodu? A co když píchne mimčo někam do hlavičky? Umí to vůbec? Jako nevím... nikdo vám nic neříká... pak přijde nerudný doktor a docela bolestivě vás vyšetřuje... měla jsem tam pocity strachu a nejistoty a chtělo se mi brečet. Případala jsem si, jako když tam jsem za trest. “

Totéž platí v případě náhlých komplikací, kdy rodička sice vnímá závažnost situace, avšak sama se v ní nedovede zorientovat. Zpravidla si proto začne vytvářet dramatické obrazy skutečnosti, čímž se její pocity strachu a ohrožení stupňují. Zdravotníci někdy neinformují rodičku o náhlých komplikacích s dobrým úmyslem uchránit ji stresu. Paradoxně je však mnohem efektivnější vyjasnit situaci vhodnou a empatickou formou okamžitě, a to i v případě, že je vážná: rodička vždy vnímá, že něco není v pořádku, a už jen to, že je svůj problém schopna pojmenovat, jí přináší úlevu a pocit jistoty.

„Při porodu se akorát zasekly ramínka malý, nic mi neřekli a hupli mi na břicho, v tu dobu mi nikdo neřekl, co se děje. Mně jen hlavou běžely myšlenky jen né kleště. Strašně jsem se bála. “

Ochota a pomoc

Ženy po porodu jsou velice citlivé na vstřícné či naopak nevstřícné reakce zdravotníků, takže charakter těchto reakcí silně ovlivňuje jejich vnímání klimatu porodnice. Velmi pozitivní vliv mělo, když se sestry samy aktivně zajímaly, zdali rodičky nepotřebují jejich pomoc, a ochotně pomohly, byly-li o to požádány.

„Sestry i dětská doktorka chodily za náma samy od sebe... Když jsem měla nějaký problém, stačilo vyběhnout na chodbu a klepnout na sesternu a vždy ochotně některá sestřička přišla pomoci.“

Neochotný přístup se projevuje spěchem, nelaskavým tónem řeči, odměřeností a nezřídka i arogancí.

„... do toho jsem už tam neměla tatínka a já jsem nezvládla si sama nést <po porodu> tu těžkou tašku, tak sestra, aby se s ní netahala, tak jí kopala před sebou, takže mi ještě zničila tašku.“

Zaujímání rolí (symetrie/asymetrie)

Tento faktor se promítá nejen do vztahové, nýbrž i hodnotové a systémové oblasti, a podílí se proto rozhodující měrou na formování celkového klimatu porodnice. Ve vztahové rovině se projevuje především ve způsobech komunikace zdravotníků s rodičkou a v množství informací, které jí poskytují.

Vztahová symetrie nevylučuje asymetrii na rovině odborné. Právě schopnost zdravotníků kombinovat ve svém postoji tyto dva faktory vyvolává u rodičky pocit vlastní důstojnosti a ochotu spolupracovat. Efektem vztahové symetrie, která se vyznačuje zejména přístupností a ochotou komunikovat, byl paradoxně větší respekt k autoritě lékaře/lékařky než v případě přístupu asymetrického.

Asymetrie v přístupu zdravotníků však nemusí nutně hrát roli stresogenního faktoru; někteří zdravotníci zaujímají vůči rodičce postoj rodiče k dítěti (např. mateřské chování starších sester), který je sice subordinativní, avšak zároveň vřelý, a může proto určitým osobnostním typům rodiček vyhovovat.

„Chovali se ke mně jak k malému dítěti, ale mně to moc pomohlo.“

Problematictější je asymetrie typu nadřízený – podřízený či učitel – žák, při níž rodička dostává příkazy jako podřízený nebo úkoly jako malé dítě. V těchto dvou typech asymetrie se rodičky cítily nekomfortně, neboť se s nimi většinou spojuje nedostatek empatie a podpory a nevhodné komunikační styly.

„Probudila jsem se na jipce, kde jsem strávila další tři dny, během nichž jsem malého neviděla. Viděl ho manžel, byl u něj, ale já za ním nemohla. Prý až si dokážu sama zajít na záchod a vyčistit zuby.“

„No prostě jsem si připadala jako zaměstnanec, co musí čekat, až se nadřízený usmyslí říct mu nějaké informace.“

2. Hodnotové hledisko

Hodnotové hledisko se týká především vládnoucího paradigmatu porodnice (platných hodnot a přesvědčení), které se promítá do přístupu zdravotníků k porodu a poporodní péči a k roli rodičky při porodu a v péči o dítě. Hlavní koncepty spadající pod toto hledisko jsou: 1. podíl rodičky na rozhodování, 2. podpora raného kontaktu matky a dítěte a 3. podpora kojení.

Podíl rodičky na rozhodování

Tento moment je úzce spjat s již zmíněnou otázkou symetrie/asymetrie v přístupu zdravotníků k rodičce. Zde se promítá do toho, jak zdravotníci chápou roli rodičky při porodu a jak velkou rozhodovací volnost jí poskytují.

Nevyhnutelná asymetrie ve vztahu lékaře a pacienta má v oblasti porodnictví svou specifickou formu, jelikož odbornost lékaře tu neslouží primárně k léčbě nemoci, nýbrž

k prevenci případných komplikací; porod je ve většině případů fyziologickým procesem, který nevyžaduje žádné zvláštní lékařské zákroky. Respondentky uváděly, že během porodu instinktivně cítily, co v danou chvíli potřebují, a pozitivně hodnotily, když zdravotníci jejich potřeby respektovali. Rady od zdravotníků vítaly pouze v případě, že jim byly nabízeny jako možnosti a nebyly jim vnucovány.

„Sestřičky mi skoro vždycky nabídly různé možnosti a já jsem se mohla sama rozhodnout, to na vás působí taky mile, že tam má váš názor nějakou hodnotu.“

„Měla jsem pocit, že je to opravdu můj porod a že mi nikdo nic nediktuje. Bylo to příjemný.“

Nepříznivé klima se naopak vytváří ignorováním přání a potřeb rodiček, jejich vyloučením z rozhodování o zákrocích a medikaci, zlehčováním jejich názorů a obav a prováděním určitých úkonů s novorozencem (dokrmování, podávání náhražek sání) bez jejich vědomí a souhlasu. Nejčastějším zdrojem negativních pocitů (především bezmocnosti a nízké osobní kontroly) bylo rutinní provádění zákroků, které si rodičky nepřály. Více respondentek však uvedlo, že nepříjemné jim nebyly ani tak tyto zákroky samotné jako spíše to, že je zdravotníci prováděli, aniž by se jich zeptali na souhlas.

„... no, prostě mi řekl, jste zavřená, zejtra jdeme na sekci. Já prostě nemám žádnou možnost volby, prostě mi to přikáže. On mi to řekne a já to беру, já s tím nic nenadělám.“

Podpora raného kontaktu matky a dítěte

Na otázku, co nejvíce ovlivňuje klima porodnice, dvě respondentky odpověděly, že jakmile má matka své dítě po porodu bez delšího přerušení u sebe, ustupuje vliv ostatních faktorů podílejících se na formování klimatu do pozadí.

„Určitě musíš mít, teda já jsem to tak měla, dítě u sebe a pak už ti je ta atmosféra úplně jedno. Jo, když tam byly nepříjemný sestry, tak tam bylo takový dusno, ale ty to někdy ani nevnímáš. Prostě to, co jsi v sobě nosila skoro deset měsíců, máš najednou v ruce, na bříšku ti leží a vedle tebe. Je to neuvěřitelný a tvůj úhel vidění je zaměřen jen na ní.“

Většina respondentek však své děti u sebe bezprostředně po porodu neměla (byly zpravidla umístěny do inkubátoru a vráceny matkám až za několik hodin či následující den); tyto ženy již nepřisuzovaly následnému kontaktu s dítětem při utváření klimatu porodnice větší význam. Kontakt s dítětem tedy nejspíše působí jako silný prediktor duševní pohody rodičky pouze v případě, že je nepřerušovaný.

Některé ženy oddělení od dítěte po porodu vítaly, zvláště byl-li porod dlouhý a vyčerpávající. Pokud však o kontakt s ním stály, nevnímaly radu zdravotníků, aby si po porodu odpočinuly, pozitivně.

„Tak jsem furt sestřičku přemlouvala, ať mi malou přivezou, že se cítím výborně, a ona pořád mi vysvětlovala, že tady maminkám pomáhají a to je naposled, co si můžete odpočinout. Já jsem na to řekla, že si nechci odpočinout, že si nechci odpočinout už nikdy a ať mi jí přivezou. Tak mi jí pak přivezli a bylo to úžasný.“

Podpora kojení

Tento moment je pro formování klimatu velmi podstatný, neboť respondentky většinou spontánně komentovaly postoj zdravotníků ke kojení, ať už jej hodnotily pozitivně, či negativně. Oceňovaly především trpělivost sester, jejich odbornou podporu a schopnost dodávat sílu matkám, kterým se kojení nedařilo.

„Na šestinedělí přišla sestra, která mi ukázala kojení, všechno mně vysvětlila, poslouchala vše, na co se ptám, a pak mi odpovídala. Byla tam až do té doby, než jsem malou pořádně nenakojila, to bylo moc fajn.“

Nepříjemné pocity prožívaly rodičky zejména tehdy, pokud je sestry za jejich neúspěchy kritizovaly. Mnoho respondentek rovněž pociťovalo velký zmatek v důsledku toho, že se informace jednotlivých sester o kojení rozcházel, a některé z žen dávaly své problémy s kojením do souvislosti s psychickou nepohodou, kterou v porodnici pociťovaly.

3. Systémové hledisko

Toto hledisko zahrnuje provozně-systémový aspekt zdravotnické péče. Na rozdíl od vztahového hlediska, které vyzdvihuje přístup jednotlivých zdravotníků, se zde jedná o pravidla fungování porodnice jako celku. Hlavní podkategorie v rámci tohoto hlediska jsou: 1. srozumitelnost pravidel, 2. dostupnost a spolehlivost péče, 3. vstřícnost pravidel k rodičce.

Srozumitelnost pravidel fungování porodnice

Tento faktor souvisí s orientací rodičky v porodnici a jejím řádu. Dostatečná orientace vytváří *strukturovaný horizont očekávání*, o němž již byla řeč v souvislosti s informovaností rodičky. Pokud rodička rozumí tomu, co se děje, a ví, co jí čeká (orientuje se v čase), a pokud zároveň ví, kde najde určité osoby a věci (orientuje se v prostoru), pociťuje jistotu a opadá její úzkost z cizího prostředí.

„... to bylo fajn, vlastně ta příjemná sestřička hned na porodním mi řekla, jak to bude, a to mě uklidnilo a věděla jsem, kde je malej.“

Rodička je vystavena silnému stresu, ocitne-li se v situaci, jíž nerozumí – např. je-li během porodu ponechána delší dobu o samotě, neví, na koho se může v případě potřeby obrátit a jak dlouho zůstane tam, kde je, nebo je-li převezena na oddělení šestinedělí (případně JIP), aniž by dostala základní informace o tom, co se bude dít a kdy uvidí své dítě (pokud je od ní odloučeno).

„... tak jsem tam byla docela dlouho sama. Neměla jsem informace, nevěděla jsem, co se děje... Vždycky ten lékař přišel, ztratil se, neměla jsem teda ponětí, co bude dál, co se děje a na co se vlastně čeká.“

Respondentky pociťovaly velmi negativně, když se informace, které o sobě porodnice uvádí (např. na svých webových stránkách), neshodovaly s realitou (jednalo se např. o možnost volby polohy při porodu či přítomnost partnera u porodu v první době porodní). Dále zmiňovaly, že se obtížně orientovaly v kompetencích jednotlivých zdravotníků, případně že nevěděly, do čí kompetence jejich potíže spadají. Proto hodnotily velmi pozitivně, když jim zdravotníci své kompetence výslovně uváděli.

„Byla tam jedna sestra, která přišla, představila se, řekla, kdo je, co od ní můžeme chtít a s čím nám může pomoci. To mi bylo sympatický a považuju to za profesionální přístup.“

Dostupnost a spolehlivost péče

I když se rodičky dostatečně orientují v situaci a v pravidlech fungování porodnice, mohou pociťovat nejistotu, nejsou-li zdravotníci spolehliví nebo dostupní. Spokojené byly v tomto ohledu častěji respondentky ubytované na nadstandardním pokoji.

Vstřícnost pravidel k rodičce

Tento moment velmi úzce souvisí s otázkou symetrie či asymetrie, která hraje důležitou roli i u vztahového a hodnotového hlediska. Zde se jedná o symetrii či asymetrii systémového rázu, tj. o vládnoucí hierarchii a o pozici, kterou v ní rodička zaujímá. Rodička vnímá svou pozici především podle toho, v jakém poměru zohledňují pravidla fungování porodnice potřeby její a potřeby zdravotníků.

Na rodičky působilo velice podpůrně, když měly pocit, že s nimi zdravotníci jednají jako s klientem, tj. když navzdory své vytíženosti pružně přizpůsobovali pravidla provozu porodnice potřebám rodiček a dětí.

„Jako musí to mít nějaký řád, což tam mělo, když se má skloubit celá porodnice, ale bylo to udělaný tak, že vám to jako nevadilo a nějak vás to nenarušovalo. Koupat jsme si mohly, kdy jsme chtěly, třeba já jsem koupala ráno a nikomu to nevadilo.“

Velmi stresující byl pro rodičky naopak pocit, že zdravotníci určují pravidla především s ohledem na své pohodlí a rodičky a novorozenci se jim musí přizpůsobovat.

„Sestra přijde a řekne, že se teď jde koupat. Tak vy se třeba zeptáte, že je teď nakojený, že bychom třeba mohly chvílku počkat... Prostě ne, teď se koupe a tečka. Dítě blinká? To je jedno, prostě se koupe.“

Jako protektivní faktor systémového rázu působí především kontinuální přítomnost předem zvolených zdravotníků u porodu (zejména porodních asistentek); rušivě působí anonymita personálu a diskontinuita péče. Dalším podpůrným faktorem je přítomnost partnera u porodu, a to především v průběhu první doby porodní. Rodičky dále oceňovaly, když jim bylo dítě přinášeno ke kojení podle jeho potřeb (a nikoli podle pevného časového plánu) či na jejich požádání. *„Moc hezky ji nosili a mluvili na ní a třeba ji přinesli. Ona tak brečela, tak se jí stejská po mamince, vezmete si ji k sobě?‘ Jako supr.“*

Za negativní faktory rodičky označovaly nedostatečnou vzájemnou komunikaci mezi zdravotníky (např. sestra nevěděla, že má dítě zlomenou klíční kost a bolestivě je zvedla), podávání nejednotných informací, velmi časně buzení kvůli měření teploty a nutnost vážit dítě před kojením a po něm a neustálé sledování, zdali dostatečně přibírá. Snad nejčastěji se však negativní pocity respondentek související s řádem porodnice týkaly vizit, které navozovaly atmosféru bezmála vojenského pořádku, v němž stojí potřeby rodiček a dětí na posledním místě.

„Třeba když jde vizita, tak ať se dělo, co se dělo, třeba když dítě řvalo celou noc a pak uslo, tak stejně to nezajímalo. Musela jsem rozbalit malýho, hodit přes něho peřinu a nezájímá je nic.“

4. Ekologicko-architektonické hledisko

Toto hledisko se týká prostorového uspořádání, vybavení a vzhledu prostor porodnice a rovněž jejího hygienického a servisního zázemí. Nejčastěji zmiňovaným a zároveň nejpodstatnějším momentem pro recepci klimatu je čistota prostor porodnice. Na rodičky dále působilo podpůrně domácí vzezření porodních pokojů a dostatek uvolňujících prostředků pro první dobu porodní. Velmi často byly nespokojené se vzhledem a velikostí prostor pro návštěvy. Objevovaly se i stížnosti na přeplněnost porodnic a z toho plynoucí nevhodné kombinace žen na jednom pokoji (např. rodička v kontrakcích a žena, u níž porod ještě nezačal). Téměř všechny respondenty byly velice nespokojené se stravou, neboť byla nevhodná pro kojící matky (luštěniny, čerstvé bílé pečivo, květák, kořeněný guláš, játrová paštika, vakuovaný salám atd.). Kromě čistoty prostor porodnice však tyto nedostatky ustupovaly do pozadí, pokud bylo hodnocení ostatních oblastí pozitivní.

Vliv jednotlivých faktorů na klima porodnice a jeho typy

Na základě obsahové analýzy vykristalizovala čtyři základní hlediska, která představují pilíře psychosociálního klimatu porodnice, avšak rodičky jim nepřikládají stejnou váhu. Za nejdůležitější považují **schopnost empatie a poskytování psychické podpory, kvalitu komunikace, ochotu a pomoc ze strany zdravotníků (vztahové hledisko), podíl na rozhodování (hodnotové hledisko) a čistotu prostor v porodnici (ekologicko-architektonické hledisko)**. Zároveň vyšlo najevo, že pro povahu klimatu je rozhodující přístup porodních asistentek (na porodnickém oddělení) a sester (na oddělení šestinedělí), jelikož s nimi rodičky přicházejí do styku častěji než s lékaři.

Dále se ukázalo, že společným jmenovatelem většiny faktorů jsou dvě základní dimenze: dimenze vztahové angažovanosti a dimenze symetrie/asymetrie v přístupu zdravotníků k rodičce. Zatímco otázky pomoci, podpory, ohleduplnosti k rodičce a spolehlivosti péče souvisí s vstřícností, resp. vztahovou angažovaností zdravotníků, míra poskytování informací, podíl rodičky na rozhodování a zohlednění potřeb rodiček v pravidlech fungování porodnice zase odráží pozici rodičky v nemocniční hierarchii. Tyto dimenze jsou rozhodující pro povahu konkrétního klimatu a prostupují jak vztahovým, tak i hodnotovým a systémovým hlediskem.

Převládá-li u zdravotníků symetrický a vztahově angažovaný postoj, vzniká ideální typ klimatu, který působí podpůrně na všechny osobnostní typy rodiček. Je-li však symetrický postoj spojen s absencí vztahové angažovanosti, tj. s rutinním přístupem, nemůže být jeho předností plně využito, neboť rodička sice zaujímá rovnocennou pozici, avšak chybí jí empatie a psychická podpora ze strany zdravotníků. S tímto typem klimatu se bez problémů vyrovnávaly především rodičky, které měly v porodnici podporu blízké osoby. Převládá-li přístup asymetrický (dominantní), avšak vztahově vstřícný, formuje se klima příznivé pro rodičky s pasivním přístupem k porodu, tj. pro rodičky, které neměly konkrétní přání a představy týkající se průběhu porodu (např. medikace, porodní polohy). Není však příznivé pro rodičky, které se na rozhodování o průběhu svého porodu chtěly samy podílet. Nepříznivé pro všechny typy rodiček je klima, při němž se asymetrický přístup kombinuje s absencí vztahové angažovanosti.

Diskuse

Cílem této studie bylo analyzovat strukturu psychosociálního klimatu porodnice a pokusit se ukázat na jeho souvislost s emoční pohodou rodičky. Klima bychom mohli provizorně definovat jako relativně stabilní, subjektivně vnímané charakteristiky prostředí, abychom je odlišili od proměnlivé a pouze krátkodobě trvající atmosféry (Čáp, Mareš, 2007). Stabilitu klimatu lze však předpokládat v případě školy či školní třídy; v případě porodnice je vzhledem k neustálému střídání rodiček a směn problematická.

Navzdory tomu jsme se přiklonili k termínu klima a nikoli atmosféra, neboť proměnné, které zde vstupují do hry, vykazují relativně trvalé rysy. Každá porodnice má svůj vlastní systém, který reguluje jednání jednotlivých zdravotníků, svůj styl rozhodování a své paradigma, které se zrcadlí v přístupu zdravotníků k porodu a rodičkám. Otázkou nicméně zůstává, zdali a do jaké míry lze eliminovat vliv momentální atmosféry a zaměřit se pouze na to, co je dlouhodobě stabilní (Ježek, 2006).

Zjištěné faktory podílející se na spokojenosti rodiček s pobytem ve zdravotnickém zařízení odpovídají dosavadním poznatkům a v některých ohledech je rozšiřují. Výzkumy ukázaly, že mezi hlavní faktory patientské spokojenosti patří podíl rodičky na rozhodování,

kvalita poskytovaných informací, množství medicínských intervencí a pomoc a podpora ze strany zdravotníků (Séguin et al., 1989; Brown a Lumley, 1994; Ford, Ayers, Wright, 2009). Ve výsledcích našeho výzkumu se navíc objevil důraz na formu komunikace (resp. otázku symetrie/asymetrie v přístupu zdravotníků), tj. nejen na množství a kvalitu poskytovaných informací; to však může být způsobeno vlivem specifické situace českého zdravotnictví, v němž stále ještě není samozřejmé přistupovat k pacientům klientsky.

Ve shodě s jinými studiemi bylo zjištěno, že porod v nemocničním prostředí může u rodiček, které vnímaly klima porodnice jako nepříznivé, narušit pocit vlastní kompetence, důvěru v adaptaci na rodičovskou roli a úspěšné zahájení a průběh kojení (Hofmeyr et al., 1991; Salonen et al., 2009).

Jelikož se téma tohoto výzkumu neomezilo na spokojenost rodiček s přístupem zdravotníků, ale pozornost byla věnována klimatu porodnice jako celku, ukázaly se navíc jako podstatné i otázky systémového rázu a ekologicko-architektonické parametry porodnice.

Limitací tohoto výzkumu může být skladba výzkumného souboru: převažovaly v něm ženy s vyšším vzděláním a více než polovina žen byly prvorodičky; u vzdělanějších žen lze přitom předpokládat vyšší očekávání a nároky (ačkoli pouze dvě měly porodní plán) a prvorodičky zase hodnotí klima porodnice kritičtěji, neboť se s negativními vlivy prostředí vyrovnávají obtížněji. S tím může souviset celkově spíše negativní hodnocení porodnic. Naším hlavním cílem však nebylo hodnotit kvalitu klimatu českých porodnic, nýbrž odkrýt co největší množství faktorů, které ji ovlivňují.

Omezením může být i to, že jsme nezohlednili vliv rodiček na formování klimatu porodnice a vzali v úvahu pouze vliv jejich individuálních charakteristik na rozdíly v jejich subjektivním vnímání klimatu konkrétní porodnice. Důvodem je to, že rodička jako jedinečná individualita se svými specifickými představami, přáními a nároky ovlivňuje více aktuální atmosféru než celkové klima porodnice, neboť v porodnici setrvává pouze několik dní. Do celkového klimatu porodnice se promítají spíše dlouhodobé trendy v přístupu žen k porodu a v jejich očekáváních od zdravotnických zařízení.

Na základě obsahové rozmanitosti získaných dat jsme zmapovali poměrně široké pole proměnných, které mohou při formování klimatu porodnice vstupovat do hry, a naše výsledky proto poskytují základní orientaci v problematice klimatu porodnice, jeho struktury a typech. Byla formulována i řada protektivních a stresogenních faktorů pro emoční pohodu rodičky, z nichž lze vyvodit odpovídající doporučení pro praxi.

Závěr

V průběhu porodu a šestinedělí je rodička extrémně vnímavá vůči prostředí, v němž se nachází. Při pobytu v porodnici potřebuje vstřícnost, přijetí, porozumění a podporu. Jinými slovy: potřebuje příznivé klima, aby se mohla cítit v bezpečí. Faktory podílející se na formování podpůrného typu klimatu jsme uváděli průběžně v textu; proto zde zmíníme pouze ty nejpodstatnější. Mezi ně patří bezesporu chválení a povzbuzování rodičky během porodu (naopak je třeba se vyvarovat jakékoli kritiky) a strukturovaný horizont očekávání, který rodiče umožňuje orientovat se v situaci a dodává jí pocit jistoty. Velice důležitá je i podpora raného kontaktu matky s dítětem a ochota sester „popovídat si“ s rodičkami o prožitku porodu a pocitech po porodu. Na terapeutickou funkci takového rozhovoru již poukázaly jiné výzkumy (Lavender, Walkinshaw, 1998).

Mezi hlavní kritické momenty, s nimiž se respondentky během svého pobytu v porodnici setkávaly, patří neochotné a nadřazené chování zdravotníků (nejčastěji zdravotních sester na oddělení šestinedělí), nerespektování studu, necitlivá fyzická manipulace a nedostatečné podávání informací. Na základě těchto výsledků je třeba zvážit jednak prevenci a terapii syndromu vyhoření u zdravotníků, kteří dlouhodobě pracují s klientkami v takto náročné životní situaci, a jednak plošné zavedení průběžných evaluací poskytované péče, které by zdravotníkům poskytovaly zpětnou vazbu. Dále je žádoucí posílit kompetence sester v otázkách kojení a péče o dítě a sjednotit rady udílené rodičkám v rámci dané porodnice, věnovat větší pozornost otázkám komunikace a zajistit dostupnost psychologické pomoci jak pro rodičky, tak i pro pomáhající personál.

LITERATURA

- Beran, J. (1997). *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum.
- Brown, S., Lumley, J. (1994). Satisfaction With Care in Labor and Birth: A Survey of 790 Australian Women. *Birth*, 21, 4–13.
- Brown, S., Davey, M. A., Bruinsma, F. J. (2005). Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery*, 21, 109–126.
- Buckley, S. J. (2005). Ecstatic birth: Nature's hormonal blueprint for labor. [Vyhledáno 8. 10. 2009 na <http://sarahjbuckley.com/articles/ecstatic-birth.htm>].
- Čáp, J., Mareš, J. (2007). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.
- Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Renfrew, M., Nielson, J. (1998). *Efektivní péče v perinatologii*. Praha: Grada.
- Ford, E., Ayers, S., Wright, D. B. (2009). Measurement of Maternal Perceptions of Support and Control in Birth (SCIB). *Journal of Women's Health*, 2, 245–252.
- Goodman, P., Mackey, M. C., Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 212–219.
- Hodnett, E. D. (1989). Personal control and the birth environment: comparisons between home and hospital settings. *Journal of Environmental Psychology*, 9, 207–216.
- Hodnett E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186, 160–172.
- Hofmeyr, G. J., Nikodem, V. C., Wolman, W. L., Chalmers, B. E., Kramer, T. (1991). Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 98, 756–764.
- Honzák, R. (1997). *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén.
- Ježek, S. (2006). *Možnosti diagnostiky psychosociálního klimatu školy*. Brno: disertační práce, FSS, Masarykova univerzita.
- Kennel, J. H. (2008). Kontinuierliche Unterstützung während der Geburt: Einflüsse auf Wehen, Entbindung und Mutter-Kind-Interaktion. In K. H. Brisch, T. Hellbrügge (Eds.), *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung*, 157–169.
- Kodyšová, E., Mrowetz, M. (2010). Psychologie porodu – chiméra, nebo realita? *Psychosom*, 8, 37–44.
- Křivohlavý, J. (1980). *Rozhovor a jednání člověka s člověkem. Sociální komunikace ve zdravotnictví*. Praha: IDVPZ.
- Lašek, J. (2001). *Sociálně psychologické klima školních tříd a školy*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Lašek, J. (2004). Nová metoda zjišťování klimatu třídy. In J. Lašek (Ed.), *Aktuální otázky psychologie učitele*, (69–75). Hradec Králové: Gaudeamus.
- Lavender, T., Walkinshaw, S. A. (1998). Can Midwives Reduce Postpartum Psychological Morbidity? A Randomized Trial. *Birth*, 25, 215–219.
- Lukas, J. (2007). Návrh koncepce diagnostiky vnitřního sociálního prostředí základní školy. [Vyhledáno 15. 9. 2010 na http://www.jlukas.cz/doc/pedagogicka/navrh_koncepce_diagnostiky.pdf].
- Mareš, J., Lašek, J. (1990/1991). Známe sociální klima ve výuce? *Nezávislá revue pro výchovu a vzdělání*, 8, 173–176.

- Mareš, J. (1998). Sociální klima školní třídy. Přehledová studie. [Vyhledáno 25. 8. 2010 na http://www.klim.pedagogika.cz/trida/doc/Mares_Klima_tridy.pdf].
- Mareš, J. (2003). Zamyšlení nad pojmem klima školy. In M. Chráska, D. Tomanová, D. Holušová (Eds.), *Klima současné české školy* (32–42). Brno: Konvoj.
- Mareš, J. ml. (2007). *Sociální klima školy jako teoretický a výzkumný problém*. Brno: disertační práce, FSS, Masarykova univerzita.
- McCrea, B. H., Wright, M. E. (1999). Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 877–884.
- Mířková, E. (2008). *Porod jako sociální událost*. Hradec Králové: Diplomová práce, PedF, Univerzita Hradec Králové.
- Nobilisová I. (2000). *Príspevek ke studiu komunikace lékaře a pacienta*. Praha: diplomová práce, FF, Univerzita Karlova.
- Odent, M. (1995). *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.
- Pauknerová, D. (2006). *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A.-L., Isoaho, H., Tarkka, M.-T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2324–2336.
- Séguin, L., Therrien, R., Champagne, F., Larouche, D. (1989). The Components of Women's Satisfaction with Maternity Care. *Birth*, 16, 109–113.
- Stadlmayr, W., Amsler, S., Lemola, S., Stein, S., Alt, M., Bürgin, D., Surbek, D., Bitzer, J. (2006). Memory of childbirth in the second year: The long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 211–224.
- Strauss, A., Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., Rådestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth*, 31, 17–27.

PSYCHOSOCIAL CLIMATE OF MATERNITY HOSPITALS AND ITS INFLUENCE ON EMOTIONAL WELL-BEING OF MOTHERS

L. TAKÁCS, E. KODYŠOVÁ, K. KEJŘOVÁ, M. BARTOŠOVÁ

ABSTRACT

The purpose of this study is to determine fundamental variables that constitute the psychosocial climate of maternity hospitals and observe their effects on maternal emotional state. Content analysis of 189 stories on child delivery and 44 semi-structured interviews with women after having delivered a baby reveals 4 main aspects that contribute to the formation of maternity hospital climate: relationships, values, systems and eco-architecture. The strongest influence on the climate was associated with relational aspects (empathy, support, and willingness to help), and symmetric or asymmetric attitudes of caregivers to a woman in labour (i.e. communication styles, mothers' participation in decision making, providing relevant information). The outcomes suggest specific protective and/or stress factors on emotional well-being of mothers.

Key words: maternity care, psychosocial climate, healthcare quality, health psychology, medical psychology, Czech Republic

PSYCHOSOZIALES KLIMA IN ENTBINDUNGSSTATIONEN UND DEREN EINFLUSS AUF EMOTIONELLES WOHLBEFINDEN DER MÜTTER

L. TAKÁCS, E. KODYŠOVÁ, K. KEJŘOVÁ, M. BARTOŠOVÁ

ABSTRAKT

Zweck dieser Studie ist die Identifizierung der wichtigsten Faktoren, die das psychosoziale Klima der Entbindungsstation bilden und deren Einfluss auf das emotionelle Wohlbefinden der Mutter. Eine Inhaltsanalyse von 189 Erzählungen über die Geburt und 44 semi-strukturierter Interviews mit Müttern enthüllte die 4 wichtigsten

Aspekte, die zur Bildung des Klimas der Entbindungsstation beitragen: Beziehungen, Werte, Systeme und Öko-Architektur. Den größten Einfluss auf die Natur des Klimas haben Faktoren, die mit dem Beziehungsaspekt (Empathie, Unterstützung und Hilfsbereitschaft) und symmetrischen oder asymmetrischen Behandlung der Mutter durch das medizinische Personal (Kommunikationsstil, der Anteil der Mütter beim Treffen von Entscheidungen, Informierung der Mutter) verbunden sind. Im Rahmen einzelner beschriebenen Aspekte werden spezifische protektive und belastende Faktoren für das emotionale Wohlbefinden der Mutter formuliert.

Schlüsselwörter: Geburtshilfe, psychosoziales Klima, Qualität der medizinischen Pflege, Gesundheitspsychologie, ärztliche Kommunikation, Tschechische Republik

*Mgr. Lea Takács, studentka psychologie na FF UK v Praze a doktorandka na Ústavu filozofie a religionistiky FF UK a Institutu filozofie KU Leuven (Belgie),
lea.takacs@student.kuleuven.be*

Mgr. Eliška Kodyšová, doktorandka na Katedře psychologie FF UK v Praze, spolupracuje s o.s. Aperio, eliska.kodysova@aperio.cz

Kateřina Kejřová, studentka psychologie na FF UK v Praze

Martina Bartošová, studentka oboru Porodní asistentka na ZSF v Českých Budějovicích

Tento výstup vznikl v rámci projektu „Problém času v humanitních a sociálních vědách“ řešeného na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze z prostředků specifického vysokoškolského výzkumu na rok 2010 pod číslem 261107.