

Čo je pre ženy pri pôrode dôležité?

What is important to women during childbirth?

SOŇA ONDRUŠOVÁ

Křížkovského 10, 779 00 Olomouc, Česká republika, sona.ondrusova01@upol.cz

Abstrakt: Cieľom výskumu bolo zistiť, aké faktory ovplyvňujú spokojnosť žien s pôrodom. Výskum mal zmiešaný dizajn a zber dát prebehol prostredníctvom administrácie dvoch online dotazníkov 158 ženám v tehotenstve a následne 3–8 týždňov po ich pôrode. Kvalitatívna časť výskumu pozostávala z jednej otázky ohľadne zážitku z pôrodu. Zistili sme, že spokojnosť s pôrodom pozitívne ovplyvňovala dĺžka kontaktu koža na kožu s bábätkom po pôrode ($r_s = 0,453$, $p < 0,000$) a negatívne väčšie množstvo intervencií ($r_s = -0,498$, $p < 0,000$) a pôrodnického násillia ($r_s = -0,298$, $p < 0,000$). Pomocou tematickej analýzy sme identifikovali štyri témy: Priebeh pôrodu, Objektívne okolnosti pôrodu, Pozitívne aspekty pôrodu a Negatívne aspekty pôrodu. V závere môžeme konštatovať, že ženy si želajú pôrod s čo najnižším počtom intervencií keď sa cítia rešpektované a podporované. Ak sú intervencie nutné, je pre ne dôležité, aby im boli komunikované vopred a aby mali dost času na informované rozhodnutie.

Kľúčové slová: pôrod; spokojnosť s pôrodom; pôrodnické násillie; intervencie; kontakt koža na kožu.

Abstract: The aim of the study was to find out which factors influence women's birth experience. A mixed design research was performed using two questionnaires; first questionnaire was filled out by women during pregnancy and the second one by the same women 3–8 weeks postpartum. The qualitative part of the research consisted of one open-ended question about the birth experience. We found that the number of birth interventions ($r_s = -0.498$, $p < 0.000$), and the amount of obstetric violence ($r_s = -0.298$, $p < 0.000$) negatively influenced birth satisfaction and skin-to-skin contact after birth positively influenced birth satisfaction ($r_s = 0.453$, $p < 0.000$). Using thematic analysis, we identified four topics: Course of birth, Objective birth circumstances, Positive aspects of birth and Negative aspects of birth. We can conclude that women wish to give birth naturally with the least possible number of interventions, feeling respected and supported. If the interventions are necessary, it is important that they are explained properly and that women have enough time to make an informed decision.

Keywords: birth; birth satisfaction; obstetric violence; birth interventions; skin to skin contact

1 Úvod

Prvotným cieľom presunu pôrodov do pôrodníc bolo znížiť vtedy vysokú úmrtnosť rodičiek a detí pri pôrode poskytnutím zdravotnej starostlivosti. Tento cieľ je splnený už niekoľko desaťročí, v súčasnosti je perinatálna a materská úmrtnosť veľmi nízka, v Českej republike je to iba 4,5 promile (Úzis, 2021). V posledných rokoch sa rozvíja diskusia o psychickej stránke pôrodu, ktorá bola, na rozdiel od lepšie rozvinutej medicínskej, dlho zanedbávaná. Začína sa ukazovať, že zážitok z pôrodu má dlhodobý vplyv na psychické zdravie ženy (WHO, 2018) – negatívny zážitok z pôrodu zvyšuje riziko posttraumatickej stresovej poruchy z pôrodu (Grekin & O'Hara, 2014) či popôrodnej depresie (Ponti et al., 2020). Okrem toho môže ovplyvňovať aj vzťah ženy s jej dieťaťom, ktoré pre ňu môže byť pripomienkou traumatizujúceho zážitku (Elmir et al., 2010; Molloy et al., 2019), či jej starostlivosť o dieťa (Bell et al., 2018). V súvislosti s týmito poznatkami vyvstáva otázka, čo

ovplyvňuje zážitok ženy z pôrodu, aké aspekty pôrodu ženy v tejto súvislosti najčastejšie udávajú a v čom vidia možnosť zlepšenia starostlivosti o ne pri pôrode.

Počas pôrodu sa ženám vylučuje veľké množstvo oxytocínu, vďaka ktorému sú vnímavejšie voči ľuďom vo svojom okolí (Kendall-Tackett & Uvnas Moberg, 2018). Baxterová (2020) vo svojej kvalitatívnej štúdii zistila, že okrem okolností samotného pôrodu, ako je dĺžka pôrodu či bolesť pri pôrode, bolo pre ženy veľmi významné práve správanie personálu pri ich pôrode. Ženám záležalo na tom, aby mohli personálu dôverovať, aby bol empatický, aby dostali dostatok informácií a bolo s nimi citlivo komunikované (Baxter, 2020). Okrem týchto aspektov vnímali ženy podľa súhrnnej štúdie od Watsonovej a kolektívu (2021) ako dôležitý aj pocit kontroly nad tým, čo sa s nimi pri pôrode deje a aby sa necítili iba ako „ďalšie v poradí“. Ak personál ku ženám pristupuje neempaticky, nekomunikuje s nimi, či si nepýta súhlas s intervenciami počas pôrodu, ide o pô-

rodníckeho násilie (Bohrenová et al., 2015). Bohrenová a kolektív (2015) v súhrnnej štúdií udávajú ako možné typy zlého zaobchádzania so ženami pri pôrode fyzické násilie, sexuálne násilie, verbálne násilie, diskrimináciu, neprofesionálne správanie a porušovanie ľudských práv pri pôrode (napríklad chýbajúci informovaný súhlas), nedostatočnú komunikáciu počas pôrodu a nedostatky zdravotníckeho systému. Zlé zaobchádzanie so ženami pri pôrode má podľa doterajších výskumov vplyv na zážitok žien z pôrodu (Watson a kol., 2021) a aj na ich psychický stav po pôrode (Leite et al., 2020).

Okrem medziľudských faktorov má na zážitok z pôrodu podľa doterajších výskumov vplyv aj objektívny priebeh pôrodu. Podľa Nystedtovej a Hildingssonovej (2018) môže zážitok z pôrodu negatívne ovplyvniť zakončenie pôrodu akútnym cisárskym rezom či vákuumextraktorom alebo kliešťami. Z hľadiska medicíny v ich výskume spokojnosť s pôrodom znižovalo podanie oxytocínu a liekov proti bolesti. Za myšlienku podania oxytocínu na urýchlenie pôrodu bola snaha o prevenciu komplikácií pri pôrode jeho skrátením. Ukazuje sa však, že je v súčasnosti používaný často rutinne a bez medicínskej indikácie a že ženy majú v dôsledku jeho podania negatívny zážitok z pôrodu nezávisle od výskytu komplikácií pri pôrode (Alos-Pereniguez et al., 2023), i keď nie vo všetkých výskumoch bol tento vzťah preukázaný (Kempe & Vikstrom-Bolin, 2020). Vzťah negatívneho zážitku z pôrodu a podania oxytocínu môže byť vysvetliteľný tým, že oxytocín výrazne zvyšuje bolestivosť pôrodu a robí ju nezvládnuteľnou (Aktas & Aidin, 2019). Podľa niektorých štúdií je dokonca podanie oxytocínu najrizikovejším faktorom negatívneho zážitku z pôrodu (Johansson & Finnbogadóttir, 2019). Podanie oxytocínu, či všeobecne vyvolanie pôrodu malo negatívny vplyv na zážitok z pôrodu aj v štúdií Calikovej a kolektívu (2018). Pri porovnaní pôrodov žien, ktoré mali pôrodný plán a tých, ktoré ho nemali, bola zistená nižšia miera použitia oxytocínu aj epidurálnej analgézie (Afshar et al., 2018), čo naznačuje, že väčšina žien si želá prirodzený pôrod. Toto sa ukázalo aj v štúdií Hildingssonovej a kolektívu (2021), v ktorej mali ženy lepší zážitok z pôrodu, ak im nebol podaný oxytocín ani epidurálna analgézia a ak boli pri pôrode v starostlivosti pôrodnej asistentky.

Použitie epidurálnej analgézie (EA) na úľavu od bolesti je v našich krajinách bežne zaužívané. Aj keď by sa dalo predpokladať, že intervencia smerujúca k tlmeniu bolesti bude zlepšovať zážitok z pôrodu, nie je tomu vždy tak (Ghanbari-Homaie et al., 2022). Výsledky doterajších výskumov ohľadne vplyvu epidurálnej analgézie na zážitok z pôrodu si však často odporujú. Kým niektoré štúdie poukazujú na to, že použitie EA znižuje spokojnosť s pôrodom (Hildingsson et al., 2021), iné vo výsledkoch opisujú, že EA nemala na spokojnosť s pôrodom vplyv (Handelzalts et al., 2022). V niektorých

dokonca autori uvádzajú, že nespokojnosť s pôrodom bola spojená práve s absenciou liekov na tlmenie bolesti (Calik et al., 2018). Rozporuplné výsledky štúdií môžu súvisieť s očakávaniami žien a tým, či tlmenie bolesti očakávali a nedostali alebo ho naopak pôvodne neplánovali a nakoniec videli ako nevyhnutné (Afshar et al., 2018).

Kontinuálne monitorovanie žien kardiokografom je ďalšou z intervencií, ktoré môžu ovplyvňovať zážitok ženy z pôrodu (Calik et al., 2018). Watsonová a kolektív (2022) pri porovnaní statického a dynamického monitorovania žien pri pôrode zistili, že ak sa ženy mohli počas monitorovania vďaka novej technológii (telemetria) pohybovať, zlepšovalo to ich zážitok z pôrodu. Možnosť bezdrôtového monitorovania dala ženám pocit kontroly nad pôrodným procesom, pocit normálnosti a zachovania dôstojnosti počas pôrodu, keďže mohli napríklad ísť samy na toaletu (Watson et al., 2022). Podľa niektorých zdrojov je absencia kontinuálneho monitorovania príjemnejšia aj pre pôrodné asistentky, keďže sa môžu plne sústrediť na ženu miesto sledovania prístrojov (Fox et al., 2022).

Holenie oblasti genitálií či klystír sú praktikami, ktoré v súčasnosti síce nie sú odporúčané Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO, 2018), ale napriek tomu sú stále u nás i vo svete používané (Chalmers et al., 2009). Tieto intervencie môžu taktiež znižovať ženám spokojnosť s pôrodom (Chalmers & Dzakupasu, 2015), dokonca existujú dôkazy o tom, že spolu s amniotómiou zvyšujú riziko výskytu popôrodnej depresie (Unsal Atan et al., 2018). Rovnako je neodporúčanou, ba priam zakázanou intervenciou Kristellerova expresia (tlak na fundus počas druhej doby pôrodnej pod zámenkou „pomoci“ žene vytlačiť dieťa). Napriek tomu sa vo výskumoch ukazuje, že sa používa (Rubashkin et al., 2019). Kým zdravotníci považujú túto intervenciu – aj napriek jej zákazu – za užitočnú a „jemnú“, ženy ju vnímajú ako veľmi invazívny a traumatický zákrok, o ktorom často nie sú vopred informované (Meijer et al., 2020), prípadne ju nemajú možnosť odmietnuť už v procese v dôsledku veľkej sily, ktorá je pri nej aplikovaná (Rubashkin et al., 2019). Tlačenie na fundus pri pôrode je podľa výskumov jedným z rizikových faktorom posttraumatickej stresovej poruchy po pôrode (Hernández-Martínez et al., 2020). Zdravotníci vedia, že táto procedúra nie je dovolená, preto ju väčšinou nezapisujú ani do zdravotnej dokumentácie (Rubashkin et al., 2019; Babiaková et al., 2015). Ženy tým pádom väčšinou nemajú možnosť proti tomuto postupu podať sťažnosť.

Informovaný súhlas býva problémom aj pri epiziotómii (Meijer et al., 2020). V súčasnosti je vykonávaná rutinne vo veľa krajinách, vrátane Českej republiky, napriek tomu, že pre tento postup neexistujú žiadne dôkazy, naopak, spája s rizikami väčšieho poranenia pre

ženu (Chen & Wang, 2006). Ženy, ktoré zažili pri pôrode epiziotómiu uvádzajú, že nemali pocit, že majú svoj pôrod pod kontrolou (Molyneux et al., 2022). Taktiež sa vo viacerých štúdiách ukázalo, že mali nižšiu spokojnosť s pôrodom (Oweis, 2009) či že mali v dôsledku epiziotómie z pôrodu traumy (Aktas & Aidin, 2019).

V súčasnosti veľmi diskutovaným je aj vedenie druhej doby pôrodnej, konkrétne výhody a nevýhody riadeného tlačenia. Pri riadenom tlačení personál inštruuje ženu, kedy a ako má tlačiť, najčastejšie pomocou Valsalvovho manévra, čo znamená, že žena sa začiatkom kontrakcie nadýchne, zadrží dych a tlačí so zadržaným dychom (Hamilton, 2016). Pôvodne sa predpokladalo, že tento spôsob tlačenia skracuje druhú dobu pôrodnú, čo malo znižovať riziká pri pôrode pre matku aj dieťa. Výsledky súčasných štúdií však tento predpoklad nepotvrdzujú (Hamilton, 2016). Ukazuje sa, že po pôrode sú na tom zo zdravotného hľadiska lepšie deti žien, ktoré tlačili pri pôrode spontánne a intuitívne, pričom ženy boli taktiež so spontánnym tlačением spokojnejšie a mali pocit, že bolo efektívnejšie (Yildirim & Beji, 2008). Pri porovnaní žien, ktoré tlačili intuitívne a spontánne vo vertikálnej polohe, a tých, ktoré tlačili poležiačky použitím Valsalvovho manévra sa na Taiwane ukázalo, že prvá skupina žien bola po pôrode menej vyčerpaná, druhá doba pôrodná im trvala kratšie a boli s pôrodom spokojnejšie.

Okrem už popísaných intervencií, ktoré sú pre spokojnosť s pôrodom rizikové, je nevyhnutné spomenúť aj kontakt koža na kožu po pôrode. Kontakt koža na kožu po pôrode preukázateľne zvyšuje spokojnosť s pôrodom (Ghanbari-Homaie et al., 2022), pričom táto súvislosť je ešte výraznejšia v prípade, že ide o inštrumentálny pôrod či o pôrod vedený cisárskym rezom (Kahalon et al., 2021). Z kvalitatívnych výskumov môžeme usúdiť, že kontakt koža na kožu po pôrode cisárskym rezom pomáha ženám budovať vzťah s dieťaťom. Operácia je vďaka kontaktu koža na kožu s bábätkom pre ženu krajším zážitkom, žena sa cíti istejšia v starostlivosti o bábätko a má k nemu silnejší vzťah hneď od začiatku (Moran-Peters, 2014).

Na základe spomínaných najnovších poznatkov by sa dalo skonštatovať, že sa v súčasnosti prehodnocuje veľa zaužívaných postupov v pôrodníctve a je snahou zisťovať okrem objektívnych výsledkov zdravotnej starostlivosti aj dôležitý parameter zážitku žien z pôrodu, čomu by sme sa chceli venovať aj v našom výskume.

1.1 Cieľ výskumu

Cieľom tohto výskumu bolo zistiť, aké faktory ovplyvňujú spokojnosť žien s pôrodom a čo ženy od pôrodu očakávajú. Na základe doterajších výskumov sme si stanovili tri hypotézy a jednu výskumnú otázku, ktorá bude zodpovedaná kvalitatívne.

- H1: Čím viac intervencií ženy zažijú pri pôrode, tým bude nižšia ich spokojnosť s pôrodom.
- H2: Čím viac druhov násilia zažijú ženy pri pôrode, tým bude nižšia ich spokojnosť s pôrodom.
- H3: Čím dlhší kontakt koža na kožu zažijú ženy po pôrode, tým bude ich spokojnosť s pôrodom vyššia.
- VO1: Aké faktory ovplyvňujú spokojnosť žien s ich pôrodom?

2 Metóda

2.1 Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorilo 158 žien, ktoré vyplnili dva dotazníky, jeden v druhom alebo treťom trimestri tehotenstva a druhý 3–8 týždňov po pôrode. Respondentky v našom výskume žili v čase výskumu poväčšinou v Českej republike, mali partnera alebo partnerku a boli staršie ako 18 rokov. Respondentky boli z neklinickej populácie.

2.2 Výskumný dizajn

V rámci analýzy našich dát sme využili zmiešaný dizajn, ktorý pozostával z kvantitatívneho postupu analýzy dát v kombinácii s kvalitatívnym postupom za pomoci tematickej analýzy.

2.3 Výskumné nástroje

Tento článok vychádza z čiastkových dát z väčšej štúdie, ktorá v súčasnosti prebieha na území Českej republiky a Slovenskej republiky.

Pre tento článok sme využili dáta z dvoch fáz výskumu. Prvá fáza výskumu nám poskytla informácie týkajúce sa všeobecných demografických údajov respondentiek. V druhej fáze výskumu sme zisťovali spôsob pôrodu, gestačný týždeň v čase pôrodu, či sa odohral kontakt koža na kožu po pôrode, prítomnosť násilia či intervencií pri pôrode, pôrodný príbeh a celkovú spokojnosť s pôrodom.

Ohľadne pôrodu sme sa pýtali sedem otázok v druhej fáze výskumu. Okrem otázok uvedených v predchádzajúcom odseku nás zaujímali intervencie a násilie pri pôrode.

Formy pôrodnického násilia sme vybrali z výskumu Bohrenovej a kolektívu (2015): psychické násilie, fyzické násilie, nerešpektovanie intimity, vykonanie úkonu bez informovaného súhlasu alebo napriek nesúhlasu, nemožnosť rozhodovať o vlastnom tele a nedostatočné informovanie o priebehu pôrodu. Ako intervencie, ktoré mohli ženy počas pôrodu zažiť, sme si vybrali nasledovné: holenie, klystír, podanie prostaglandínov, podanie injekcie, podávanie infúzií, kardiotorokograf, podávanie oxytocínu, podanie epidurálnej analgézie, amniotómia, riadené tlačenie, tlak na fundus a epiziotómia.

2.4 Priebeh výskumu

Pred začiatkom výskumu bol začiatkom júla 2022 uskutočnený predvýskum ($N=5$), ktorého cieľom bolo overiť zrozumiteľnosť dotazníka a čas potrebný na vyplnenie dotazníka. Následne bola spustená 5. 7. 2022 možnosť registrácie do výskumu a s ňou aj prvá fáza výskumu, do ktorej sa mohli zapojiť ženy s termínom pôrodu do 31. 1. 2023. Približne mesiac po spustení prvej fázy bola 8. 8. 2022 spustená druhá fáza výskumu, ktorá v čase výskumu stále prebiehala, avšak pre potreby tohto článku boli využité dotazníky, ktoré respondentky vyplnili do 13. 12. 2022. Účasť na výskume bola dobrovoľná, bez nároku na odmenu.

2.5 Zber dát

Zber dát prebiehal kombinovanou formou. Registračný formulár bol zdieľaný prostredníctvom sociálnej siete Facebook v skupinách zameraných na tehotné ženy a materstvo, na stránkach pôrodníc a prostredníctvom dŕl a pôrodných asistentiek. Registrácie boli zbierané aj v štyroch českých pôrodniciach pôrodnými asistentkami či autorkou výskumu v čakárňach pred gynekologickými ambulanciami a na prípravách na pôrod.

2.6 Analýza dát

Na analýzu kvantitatívnych dát sme použili program IBM SPSS 20. Ako prvé sme si urobili deskripciu dát našej výskumnej vzorky. Keďže škála spokojnosti s pôrodom je ordinálna, všetky analýzy sme robili pomocou neparametrických testov (Spearmanov korelačný koeficient, Kruskal-Wallis H a Mann-Whitneyho U test). Na vyhodnotenie súvislosti intervencií a násillia pri pôrode so spokojnosťou s pôrodom sme použili ordinálnu regresiu.

Kvalitatívne dáta sme analyzovali pomocou tematickej analýzy (Braun & Clarke, 2006). Pribehy respondentiek sme vložili do programu Microsoft Word, kde sme ich dôkladne opakovane prečítali. Následne sme začali tvoriť jednotlivé kódy, ktoré sme zoskupovali do tém, ktoré boli odpoveďou na našu výskumnú otázku.

3 Výsledky kvantitatívnej časti výskumu

3.1 Charakteristika získaných dát

V čase spracovania dát pre účely tohto výskumu sme mali v dotazníku druhej fázy 165 odpovedí. Po kontrole odpovedí sme vyradili respondentky, ktoré odoslali dotazník duplicitne, prípadne nesprávne vyplnili ich kód, z dôvodu čoho nebolo možné ich odpovede spárovať s prvou fázou výskumu ($N=7$). Konečný počet respondentiek v našom výskume bol teda $N=158$.

3.2 Demografické a psychosociálne faktory a ich súvislosť so spokojnosťou s pôrodom

Respondentky boli vo veku 18–41 rokov ($M=30,82$, $Med=31$, $Mod=32$) v čase prvej fázy výskumu. Približne polovica žien boli prvorodičky a mali ukončený druhý stupeň vysokoškolského vzdelania. Všetky ženy buď boli vydaté alebo mali v čase výskumu partnera. Finančne opísalo svoju situáciu až 91 % žien ako „priemernú“ a lepšiu.

Spokojnosť s pôrodom nemala v našom výskume súvis s vekom matky ($p=0,460$), s jej vzdelaním ani s tým, či bola žena vydatá, alebo mala partnera. Súvisela však s tým, či bola žena prvorodičkou, alebo viacrodičkou, pričom prvorodičky boli menej spokojné s pôrodom. Taktiež súvisela s finančnou situáciou žien ($p=0,01$, $r_s=-0,205$), pričom ženy v lepšej finančnej situácii mali vyššiu spokojnosť s pôrodom. Spokojnosť s pôrodom tiež súvisela so spôsobom pôrodu. Ďalšie demografické a psychosociálne faktory, rovnako ako ich súvis so spokojnosťou s pôrodom uvádzame v tabuľke 1.

3.3 Faktory pôrodu

Vaginálne rodilo v našom výskume 79 % žien a až 98 % detí sa narodilo v termíne pôrodu (38–42 gtt). Doma rodilo 8 z našich respondentiek (5 %). Frekvenciu výskytu násillia pri pôrode a intervencií pri pôrode uvádzame v tabuľkách 2 a 3. Kontakt koža na kožu aspoň na nejaký čas zažilo 82 % respondentiek v našej výskumnej vzorke ($N=130$), pričom viac ako polovica z nich ho zažila v trvaní dvoch hodín (53 %, $N=84$), ďalších 21 bolo v kontakte koža na kožu s bábätkom približne hodinu (13 %) a 25 približne pol hodinu (16 %).

3.4 Výsledky testovania hypotéz

Naša **prvá hypotéza** sa týkala súvislosti spokojnosti s pôrodom a intervencií pri pôrode. Zistili sme, že čím viac intervencií ženy počas pôrodu zažili, tým nižšia bola ich spokojnosť s pôrodom ($r_s=-0,498$, $p<0,000$). Taktiež sa v súvislosti s našou **druhou hypotézou** ukázalo, že čím viac druhov pôrodnického násillia ženy zažili, tým bola ich spokojnosť s pôrodom nižšia ($r_s=-0,298$, $p<0,000$). Naopak z hľadiska kontaktu koža na kožu sme v súvislosti s našou **treťou hypotézou** zistili, že čím dlhšie boli ženy po pôrode so svojím bábätkom v kontakte koža na kožu, tým bola ich spokojnosť s pôrodom vyššia ($r_s=0,453$, $p<0,000$).

Pre bližšie upresnenie toho, ktoré intervencie či násillie akým spôsobom ovplyvňujú spokojnosť s pôrodom, sme sa rozhodli použiť ordinálnu regresiu. Prediktory boli vopred otestované a nebola zistená multikolinearita. Vytvorili sme dva modely ordinálnej regresie. Model v súvislosti s pôrodnickým násillím bol síce signifikantný ($\chi^2(6)=13,061$; $p=0,042$), no ani jeden z prediktorov (čiže konkrétnych druhov pôrodnického násillia) sa neukázal byť signifikantný, preto sme

Tab. 1 Demografické a psychosociálne faktory a ich súvislosť so spokojnosťou s pôrodom

		%	<i>p</i>	<i>r</i>
Krajina súčasného pobytu	Slovensko	1,9	–	
	Česká republika	98,1		
Rodinný status	Vydatá	70	,813 ^b	
	V partnerskom vzťahu	30		
Poradie narodenia dieťaťa	Prvorodička	53	,000 ^b	,338
	Viacrodička	47		
Vzdelanie	Prvý stupeň VŠ vzdelania	18	,645a	
	Druhý stupeň VŠ vzdelania	45		
	Tretí stupeň VŠ vzdelania	3		
	Stredná škola s maturitou	27		
	Základné vzdelanie	2		
Čas pôrodu	Predčasne (pred 38 gtt)	2	–	
	V termíne	98		
Spôsob pôrodu	Vaginálne inštrumentálne	2,5	,000 ^a	,421
	Vaginálne	76,5		
	Akútny cisársky rez	13		
	Plánovaný cisársky rez	8		
Finančná situácia	Veľmi uspokojivá	16	,010 ^c	
	Uspokojivá	44		
	Priemerná	31		
	Neuspokojivá	7		
	Veľmi neuspokojivá	3		

^a signifikancia testu Kruskal-Wallis H pre zistenie rozdielov medzi skupinami v spokojnosti s pôrodom

^b signifikancia Mann-Whitneyho U testu pri porovnaní skupín v spokojnosti s pôrodom

^c signifikancia Spearmanovho testu pri zisťovaní korelácie finančnej situácie so spokojnosťou s pôrodom

Tab. 2 Percentuálne vyjadrenie počtu žien podľa zažitia pôrodnického násillia

Druh pôrodnického násillia	N (%)
Nemožnosť rozhodovať o vlastnom tele	22 (14)
Výkon zákrokov bez informovaného súhlasu alebo napriek nesúhlasu	11 (7)
Nerešpektovanie intimity pri pôrode	12 (8)
Nedostatočné informovanie o priebehu pôrodu	11 (7)
Psychické násillie	7 (4)
Fyzické násillie	5 (3)
Žiadne násillie	118 (75)

Tab. 3 Percentuálne vyjadrenie počtu žien podľa zažitia intervencií do pôrodu

Druh intervencie	N (%)	Druh intervencie	N (%)
Kardiotokograf	125 (79)	Podanie injekcie	49 (31)
Podávanie infúzií	89 (56)	Riadené tlačenie	44 (28)
Podanie klystíru	77 (49)	Podanie prostaglandínov	29 (18)
Podanie oxytocínu	66 (42)	Epiziotómia	27 (17)
Amniotómia	63 (40)	Holenie	18 (11)
Podanie epidurálnej analgézie	49 (31)	Tlačenie na fundus počas pôrodu	20 (13)

s ním ďalej nepracovali. Ako signifikantný sa ukázal byť náš druhý model týkajúci sa spokojnosti s pôrodom v súvislosti s intervenciami do pôrodu ($\chi^2(12) = 57,18$; $p = 0,000$) a vysvetľoval (podľa Nagelkerkeho) približne 35 % variancie. Zistili sme, že šesť z dvanástich intervencií, ktoré sme skúmali, boli signifikantnými prediktormi spokojnosti s pôrodom, pričom päť z nich ovplyvňovalo spokojnosť s pôrodom negatívne a jedna pozitívne. Najvýznamnejšie negatívne ovplyvňovali spokojnosť s pôrodom holenie, podanie prostaglandínov a tlak na fundus počas pôrodu, ktoré ak neboli prítomné, bola spokojnosť s pôrodom 4–6krát vyššia. Určitý vplyv malo aj podanie oxytocínu či injekcie, ktorých absencia zvyšovala spokojnosť s pôrodom približne 2krát. Pozitívny vplyv na spokojnosť s pôrodom malo jedine podanie epidurálnej analgézie. Podrobné výsledky uvádzame v tabuľke 4.

4 Výsledky kvalitatívnej časti výskumu

4.1 Tematická analýza

V našom výskume na otázku „*Jak si vzpomínate na svoj porod? Pokiaľ máte chuť, napíšte, ako váš porod probíhal a ako ste sa pri ňom cítila.*“ odpovedalo 137 žien z výskumnej vzorky $N = 158$. Podarilo sa nám identifikovať štyri hlavné témy: *priebeh pôrodu, pozitívne aspekty pôrodu, negatívne aspekty pôrodu, objektívne okolnosti pôrodu.*

4.1.1 Priebeh pôrodu

Do tejto témy sme zaradili päť kódov, ktoré sa týkali trvania pôrodu či opisu jeho priebehu. Z našich respondentiek 14 uviedlo, že vnímali svoj pôrod ako *náročný*, čo bolo spojené napríklad s faktormi ako bola veľkosť dieťaťa, miera bolesti či výskyt komplikácií. Ako *bolestivý* svoj pôrod hodnotilo 23 respondentiek, pričom

bolestivosť bola spájaná najmä s dĺžkou pôrodu – niektoré respondentky opisovali dlhý bolestivý pôrod, kým iné zas paradoxne krátky pôrod, ktorý bol však veľmi intenzívne prežívaný. Bolesti boli taktiež uvádzané v prípade podania oxytocínu, prostaglandínov či v prípade nepohodlnej polohy pri monitorovaní bábätka. Z hľadiska dĺžky pôrodu hodnotilo svoj pôrod ako *dlhý* 12 respondentiek. Najčastejšie bol však v odpovediach opisovaný pôrod ako *rýchly* alebo *prekrotný*, čo uviedlo až 32 respondentiek. Niektoré z nich opisovali, že takmer nestihli prísť do pôrodnice, či vďaka rýchlemu postupu pôrodu nebol čas na intervencie do pôrodu, čo hodnotili respondentky pozitívne. Posledným kódom v tejto kategórii bol *nepostupujúci pôrod*, ktorý uviedlo 11 respondentiek. V tomto prípade boli použité väčšinou intervencie ako amniotómia či podanie oxytocínu a väčšinou pôrod skončil vaginálne, avšak v niektorých prípadoch bol nevyhnutný akútny cisársky rez.

4.1.2. Objektívne aspekty pôrodu

Keďže naša výskumná otázka sa pýtala aj na objektívne aspekty pôrodu, zaradili sme ich v našom výskume ako jednu z tém, ktorá obsahuje sedem kódov. Najväčšie sklamanie z pôrodu prežívali ženy, ktorých pôrod bol zakončený *akútnym cisárskym rezom* ($N = 8$). Neutrálnejšie bol vnímaný *plánovaný cisársky rez*, keďže na neho sa mali ženy čas psychicky pravdepodobne lepšie pripraviť ($N = 5$). Počas cisárskeho rezu opísalo osem žien, že boli v *celkovej anestézii*, takže si priamo pôrod ako taký nepamätali.

SC89: „*Bohužel po několika hodinách nepostupujícího porodu byl nutný akutní císařský řez pod celkovou anestézií.*“

GY70: „*Samotný porod císařským řezem probíhal dobře...*“

Tab. 4 Výsledky ordinálnej regresie na zistenie vplyvu intervencií na spokojnosť s pôrodom

Intervencia	Wald	p	OR	Lower CI	Upper CI
Holenie	8,106	0,004	5,761	1,726	19,232
Podanie klystíru	0,291	0,589	0,817	0,392	1,701
Podanie prostaglandínov	14,022	0,000	6,632	2,464	17,853
Podanie injekcie	5,868	0,015	2,785	1,216	6,379
Podávanie infúzií	0,071	0,790	1,107	0,525	2,334
Kardiotokograf	0,000	0,987	1,007	0,426	2,378
Podanie oxytocínu	4,679	0,031	2,3	1,081	4,893
Podanie epidurálnej analgézie	8,773	0,003	0,256	0,104	0,631
Amniotómia	3,169	0,075	1,894	0,937	3,828
Riadené tlačenie	1,263	0,261	1,544	0,724	3,292
Tlačenie na fundus počas pôrodu	8,889	0,003	4,73	1,703	13,138
Epiziotómia	0,298	0,585	0,763	0,289	2,016

Ďalší z našich kódov sa týkal vyvolávania pôrodu ($N=15$). Niektoré ženy mali napriek vyvolávaniu pôrodu na pôrod dobré spomienky, avšak viaceré opisovali veľa zásahov, veľkú bolesť a v niektorých prípadoch bol pôrod ukončený cisárskym rezom.

KA32: „*Krásný porod, který bych přála každé ženě. I přesto že musel být vyvolaný (zdravotní důvody).*“

GY98: „*Porod mi vyvolávali, věci okolo vyvolávání byly horší jako porod samotný...*“

Z objektivných aspektov pôrodu ženy opisovali aj podanie medikácie pri pôrode a zásahy do pôrodu, konkrétne podanie oxytocínu ($N=6$), podanie epidurálu ($N=7$) a amniotómie ($N=3$). Ženy po podaní oxytocínu popisovali väčšie bolesti či to, že necítili po narodení bábätko „prirodzenú radosť“. K epidurálu sa ženy vyjadrovali prevažne pozitívne a k amniotómii neutrálne.

KA34: „... *bohužel myslím, že syntetický oxytocin způsobil to, že jsem pak neměla přirozenou hormonální radost z narození miminka.*“

GY84: „*Byla jsem otevřená, ale voda mi nepraskla, tak mi ji po souhlasu praskli a za chvíli se syn narodil.*“

KA10: „... *díky epiduralu se podařilo mě „uvolnit“, aby porod nakonec proběhl vaginálně.*“

4.1.3 Pozitívne aspekty pôrodu

V tejto téme sa nachádza deväť kódov, ktoré opisujú aspekty pôrodu, ktoré vnímali respondentky prevažne ako pozitívne. Prvým a aj najpočetnejším z nich bol *Pozitívne spomienky na pôrod*, ktoré mala viac ako tretina respondentiek ($N=53$). Väčšinou išlo o bezproblémové pôrody, avšak nebolo výnimkou, že žena mala pozitívne spomienky aj na komplikovanejší pôrod, hlavne v prípade podpory personálu a rešpektovania informovaného súhlasu. Viacero respondentiek uviedlo spokojnosť s pôrodom iba jedným slovom či vetou, takže nebolo možné vyhodnotiť, ktoré aspekty pôrodu z neho urobili pozitívny zážitok.

KA32: „*Krásný porod, který bych přála každé ženě.*“

SI70: „*Můj porod byl krásný a mám na něj jen pozitivní vzpomínky.*“

GN14: „*I přes drobné poranění a bolestivé kontrakce pro mě byl porod něco nepopsatelně krásného.*“

Za veľmi dôležitú považovali ženy pri pôrode *Podporu a pomoc zdravotníkov* ($N=32$). Najviac oceňovali profesionálny a ľudský prístup zdravotníkov, upokojuvanie a celkovo ich dobré naladenie počas pôrodu. Milý prístup zdravotníkov, v ktorých mala žena počas pôrodu dôveru, bol dôležitým aspektom pre celkový zážitok pôrodu hlavne v prípade komplikácií pri pôrode.

KA10: „*Díky úžasnému personálu ve [název nemocnice] mi porod pomohli rozběhnout a díky epiduralu se podařilo mě „uvolnit“, aby porod nakonec proběhl vaginálně. Všichni se k nám (mě i partnerovi) chovali nanejvýš*

úžasně, se ctí, citlivě, konejšivě, povzbudivě... nedokážu ani vyjádřit, jak moc silný zážitek to pro mě byl, a neumím si představit, jak by to probíhalo bez takového úžasného přístupu...“

GY25: „*Byl komplikovanější, ale zdravotnický personál se choval velice mile a profesionálně.*“

Ženy taktiež veľmi ocenili *prítomnosť manžela či dudy pri pôrode*, ktorých vnímali ako oporu v tejto situácii ($N=14$). Niektoré z nich prítomnosť manžela iba spomenuli, kým iné zdôraznili dôležitosť jeho prítomnosti pre ich spokojnosť s pôrodom.

KA32: „*Měla jsem s sebou dudu a ta mi pomohla projít kontrakcemi spolu s mým mužem a bez nich by to rozhodně nebylo takové krásné.*“

Z hľadiska personálu okrem podpory a pomoci ženy vnímali ako podstatné aj *rešpektujúci prístup* ($N=5$), *informovaný súhlas* ($N=15$) a *súkromie* ($N=4$). V prípade intervencií do pôrodu bolo pre ženy dôležité, aby o zákrokoch vedeli vopred a vedeli sa informovane rozhodnúť, či zákrok chcú, alebo nechcú podstúpiť. Vo viacerých prípadoch spomínali amniotómiu, s ktorou buď súhlasili, alebo nesúhlasili. Atmosféru pri pôrode a súkromie tiež vnímali respondentky ako dôležité. Jedna respondentka uviedla, že nemá rada nemocnice, preto pre ňu bolo dôležité, aby sa na pôrodnej sále cítila dobre.

DU03: „*cítila jsem se maximálně respektována a podporována*“

SI32: „*Vše proběhlo s mým souhlasem, kdy jsem měla dost času na přemýšlení.*“

GY19: „*Rodila jsem pouze se svou maminkou a porodní asistentkou. Prostředí splňovalo má veškerá přání. Bylo šero, тихо a klid, intimita.*“

Respondentky opisovali aj potešenie z toho, že v pôrodnici strávili iba krátky čas, čiže *Väčšinu pôrodu prežili doma* ($N=7$). V niektorých prípadoch bol neskorý príchod do pôrodnice stresujúci, ženy ale boli vo všeobecnosti rady, že nebol čas na zásahy. *Pôrod bez zásahov* bol ďalším pozitívnym aspektom ($N=9$) – respondentky si želali prirodzený pôrod s minimom zásahov a ak sa to podarilo, boli za to vďačné.

SI31: „*Byl dle mých představ, nechala jsem pracovat přírodu bez jakýchkoliv zásahů personálu.*“

GY73: „*Jinak jsem ráda, že jsem si nevědomky prožila téměř celý porod doma v klidu bez buzerace a zbytečné medikace, příště bych takhle rodila klidně znovu.*“

Posledným pozitívnym aspektom v našom výskume bol *Opis kontaktu koža na kožu* po pôrode, ktorý spomenulo päť respondentiek ako krásny moment po pôrode. Respondentky popisovali eufóriu či to, aké bolo bábätko po pôrode horúce.

GY19: „Třetí fáze byla také rychlá a bez problémů. Hned po porodu jsem sama přestříhla pupeční šňůru a mohla si užívat tulení a mazlení s miminkem, které se po pár minutách přisálo k prsu.“

4.1.4. Negatívne aspekty pôrodu

Ženy opisovali aj to, čo sa im na pôrode nepáčilo, či im nevyhovovalo. V tejto téme sme identifikovali osem kódov. Prvým z nich boli celkovo *Negatívne spomienky na pôrod*, keď ženy opisovali, že na pôrod celkovo nemajú dobré spomienky, či že ho už nikdy nechcú zažiť ($N=11$). Negatívnu skúsenosť s pôrodom opisali aj všetky štyri respondentky, ktoré zažili inštrumentálny vaginálny pôrod. Toto bolo v niektorých prípadoch spojené s *Nesplnenými očakávaniami od pôrodu* ($N=6$). Šesť žien opisovalo aj *Únavu*, hlavne v prípade, že pôrod už trval dlho, či *Strach*, či už o bábätko alebo o seba.

SI49: „Porod byl částečně zklamáním. Porodnice se na webu a na kurzech tvářící mnohem moderněji než v realitě. Díky tomu jsem nenapsala porodní přání, byly jsme totiž ujišťovány, že o všem se komunikuje.“

GY42: „Cítila jsem se unaveně, protože jsem už druhý den po sobě nespala.“

SI46: „Celý čas pro mě byl boj o přežití (ne doslova, ale můj subjektivní pocit) i přesto, že se jednalo o „hladký“ porod.“

S negatívnu skúsenosťou s pôrodom súviselo hlavne *Nepříjemné správanie personálu*, ktoré ženy veľmi citlivo vnímali ($N=17$). Opisovali, že personál o nich hovoril, akoby neboli v miestnosti, výsmech, nedôveru v ich pocity či nepříjemné poznámky. Toto správanie je možné zaradiť medzi pôrodnické násilie. Ženy sa sťažovali aj na *Nepohodlnú polohu pri monitorovaní bábätko* ($N=4$) či na to, že boli vykonané *Zásahy do pôrodu bez ich vedomia či súhlasu* ($N=5$).

SI42: „PA (pôrodná asistentka) měla hloupé poznámky, nerespektovala mou bolest (byla jsem označena za hysterickou) a celkově mě prožívání porodu (že se nemám mračit, ale smát – při kontrakci). Dále mě personál nedostatečně/vůbec informoval o krocích, které podniká.“

SI49: „Ticho po pěšině, jen reklama. Doktorka u porodu a šití nepříjemná. Při následném bondingu a přiložení miminka k prsu jsem si vyslechla kritiku velikosti bradavek od PA, to byl bonus na závěr.“

SI49: „... dlouhá monitorace bez možnosti pohybu, nemožnost změny polohy, i když jsem si o ni řekla...“

GY39: „Byla nabídnutá injekce proti bolesti, ze zprávy jsem vyčetla, že tato obsahovala i oxytocin, o čemž jsem nebyla informovaná.“

Dve ženy opisovali aj to, že ich *Mrzelo*, že sa lepšie nepripravili na pôrod. Taktiež ako negatívny aspekt opisovali chýbajúci kontakt koža na kožu po pôrode, čiže *Separáciu bábätko* ($N=9$). Niektoré z nich akceptovali, že bola

separácia bábätko z rôznych dôvodov nevyhnutná, kým iné ako dôvod videli iba chod nemocnice a rutinu, či obviňovali seba, že si kontakt koža na kožu s bábätkom „nevypýtali“.

SI65: „Mrzí mě, že jsem se nepřípravila více, ale před porodem jsem myslela, že ano.“

GY70: „... hrozně mě mrzí, že nebyla možnost kontaktu kůže na kůži se mnou jakožto matkou...“

5 Diskusia

V našom výskume sa v rámci kvantitatívnych dát ukázalo, že negatívne ovplyvňovali zážitok z pôrodu intervencie do pôrodu (holenie, tlačenie na fundus počas pôrodu, podanie oxytocínu, prostaglandínov a injekcie) a pôrodnické násilie. Pozitívne ovplyvňovali zážitok z pôrodu podanie epidurálnej analgézie a kontakt koža na kožu po pôrode. Tieto zistenia sa v značnej miere zhodujú so zisteniami predchádzajúcich štúdií.

Tlačenie na fundus pri pôrode bolo jedným z troch najvýznamnejších prediktorov negatívneho zážitku z pôrodu v našom výskume. Napriek tomu, že to je zakázaná praktika, zažilo ju v našom výskume až 13 % žien, čo sa nedá považovať za zanedbateľný počet. Negatívne pocity žien z tlacenia na fundus boli popísané aj v kvalitatívnom výskume Rubashkina a kolektívu (2019). Ženy ich výskume opisovali, že sa cítili bezmocné a neschopné tlačenie na fundus odmietnuť, keď sa už dialo. V našom výskume sa ku tlaciu na fundus vyjadrila len jedna žena v neutrálnom zmysle, avšak z kvantitatívnych dát je zrejmé, že tento úkon zažilo viac žien a prispel k negatívne zážitku z pôrodu. Možnou alternatívou tlacenia na fundus je zmena polohy pri pôrode z tradičnej polohy na chrbte na prirodzenejšiu, vertikálnu polohu, v ktorej je pre ženy podľa doterajších výskumov priebeh druhej doby pôrodnej príjemnejší (Yildirim & Beji, 2008).

Ďalšími z prediktorov negatívneho zážitku z pôrodu bolo podanie prostaglandínov, ktoré sa podávajú na indukciu pôrodu a oxytocínu, ktorým sa pôrod indukuje alebo urýchľuje. Ženy negatívne opisovali vyvolávanie pôrodu aj v kvalitatívnej časti výskumu – kontrakcie opisovali ako extrémne bolestivé. Zvýšená bolestivosť kontrakcií sa ukázala už v predchádzajúcich výskumoch so ženami, ktorým podali prostaglandíny (Blanc-Petit-jean et al., 2021), tak isto ako fakt, že pôrod po podaní prostaglandínov menej často spĺňal predstavy žien (Coates et al., 2021). Negatívny zážitok z pôrodu po podaní oxytocínu je v literatúre relatívne často spomínaný (Johansson & Finnbogadóttir, 2019; Hildingsson et al., 2011). Oxytocín, rovnako ako prostaglandíny, zvyšuje bolestivosť pôrodu. V kvalitatívnej časti výskumu ženy spomínali, že necítili po pôrode prirodzené puto k bábätku, alebo že si práve kvôli použitiu oxytocínu požiadal o epidurálnu analgéziu. Je zaujímavé, že tá mala

v našom výskume pozitívny vplyv na zážitok z pôrodu, napriek tomu, že počet intervencií ako taký zvyšoval riziko nespokojnosti s pôrodom. Aj keď sa v niektorých výskumoch ukazuje, že použitie epidurálnej analgézie spokojnosť s pôrodom znižuje (Hildingsson et al., 2021), vysvetlením opačného výsledku v našej štúdii môže byť to, že v prípade bolestivého pôrodu v dôsledku podania prostaglandínov alebo oxytocínu ženám poskytne epidurálna analgézia úľavu od bolesti a tým zlepši ich celkový dojem z pôrodu. V našom výskume mali niektoré ženy z ich výpovedí aj z vyvolávaného pôrodu dobrý zážitok, hlavne v prípade, že okrem podania epidurálnej analgézie cítili podporu a zažili adekvátny prístup personálu.

Holenie intímnych partií zažilo v našom výskume iba 11 % žien, avšak bolo taktiež jednou z intervencií, ktorá znižovala spokojnosť s pôrodom. Je zaujímavé, že žiadna zo žien ho neopísala vo svojej výpovedi, pričom bolo jedným z troch hlavných prediktorov nespokojnosti s pôrodom, v súlade s predchádzajúcimi výskumami (Chalmers & Dzakupas, 2015). Posledným prediktorom nespokojnosti s pôrodom bolo podanie injekcie, ktoré zažila skoro tretina žien. Nie vždy im bol špecifikovaný obsah, čo sa v injekcii nachádza, preto je otázne, prostredníctvom akého mechanizmu podanie injekcie ovplyvňovalo spokojnosť s pôrodom.

V našom modeli sme pre klystír, podávanie infúzií, epiziotómiu, prasknutie plodových obalov kardiokograf a riadené tlačenie sme nenašli súvislosť so spokojnosťou s pôrodom, i keď prasknutie plodových obalov sa blížilo signifikancii. Toto môže byť do istej miery vysvetlené očakávaniami žien od pôrodu. Kardiokograf zažili takmer všetky ženy a v Českej republike je vnímaný ako bežná súčasť pôrodu. Nezistovali sme, aký čas ženy strávili na monitorovaní, ani či sa mohli počas monitorovania voľne pohybovať. Niektoré ženy v dotazníku uvádzali, že monitorovanie ich obťažovalo, či zhoršovalo ich bolesti, ale to nemuselo platiť pre všetky ženy, čo vysvetľuje, že sa nám kvantitatívny vzťah neukázal. Klystír ani infúzie, naopak, neboli spomenuté žiadnou ženou v našom výskume. Je tiež možné, že ich ženy vnímali ako prirodzenú súčasť pôrodu, keďže ich pravdepodobne nezažili len tie ženy, ktorým pôrod postupoval veľmi rýchlo.

Riadené neovplyvňovalo v našom výskume spokojnosť s pôrodom, napriek tomu, že sa v iných výskumoch ukazuje, že ženy povzbudzované ku spontánnemu tlačeniu mali z pôrodu lepší zážitok ako tie, ktoré boli inštruované, ako majú tlačiť (Yildirim & Beji, 2008). Vo výpovediach respondentiek sa ohľadne tlačenia vyskytovali rôzne vyjadrenia, niektoré boli za inštruktáž ako tlačiť vďačné, kým iné to vyrušovalo a nevnímali to ako prínosné, čo opäť vysvetľuje, prečo nemalo riadené tlačenie na spokojnosť s pôrodom detekovateľný vplyv. V súvislosti s riadeným tlačením preto vyzerá byť dôležitá dobrá komunikácia medzi personálom a rodičkou,

aby sa vedelo identifikovať, kedy je inštruktáž prínosná a kedy žene pri pôrode neprospieva. Rovnako je veľmi dôležitá komunikácia aj pri epiziotómii, keďže niektoré ženy písali, že bola vykonaná bez ich vedomia a súhlasu. Napriek tomu v našom výskume neovplyvňovala spokojnosť s pôrodom, na rozdiel od iných výskumov, kde sa táto súvislosť ukázala (Oweis, 2009; Aktas & Aidin, 2019).

Čím viac druhov pôrodnického násillia zažili ženy v našom výskume, tým bola ich spokojnosť s pôrodom nižšia. Jednotlivé druhy pôrodnického násillia nemali v našom výskume súvis so zážitkom z pôrodu a jeho prevalencia bola nízka, čo je potešujúce. Je ale otázne, do akej miery vedeli ženy pôrodnické násillie identifikovať. Taktiež je otázkou, ako budú ženy vnímať svoj pôrod s odstupom času, čo sa v našom dlhodobom výskume ukáže až neskôr.

V kvalitatívnej časti nášho výskumu sme identifikovali štyri témy: Priebeh pôrodu, Objektívne okolnosti pôrodu, Pozitívne aspekty pôrodu a Negatívne aspekty pôrodu. Z psychologického hľadiska a pre našu výskumnú otázku boli zaujímavé práve pozitívne a negatívne aspekty pôrodu. Bolo jednoznačné, že sa pôrod pre ženy spájal so silnými emóciami, či už negatívnymi alebo pozitívnymi. Ak by sme mali zhrnúť, čo bolo pre ženy pri pôrode najpodstatnejšie v rámci ich výpovedí, boli to jednoznačne ľudia, ktorí pri nich boli a ich správanie. Toto sa ukázalo konzistentne aj v iných štúdiách (Kendall-Tackett & Uvnas Moberg, 2018; Baxter, 2020). Ženy oceňovali najmä to, že sa nič nedialo bez ich súhlasu a rešpektujúci a prívetivý prístup personálu. Naopak, nerešpektovanie ich vôle a neprijemný prístup personálu patrili ku najpočetnejším sťažnostiam. Ženám záležalo aj na tom, čo sa s ich bábätkom dialo tesne po pôrode – uvedomovali si dôležitosť kontaktu koža na kožu pri pôrode, ktorý sa ukázal ako prediktor pozitívnej skúsenosti s pôrodom v kvantitatívnej aj v kvalitatívnej časti výskumu, kým separácia bola vnímaná negatívne. Výsledky sú opäť v zhode s doterajšími výskumami (Ghanbari-Homaie et al., 2022).

Náš výskum má niekoľko limitov. Možnosti pri otázke ohľadne intervencií do pôrodu neboli v niektorých prípadoch konkrétne, napríklad pri možnosti „kardiokograf“ nebolo uvedené, ako dlho ho žena absolvovala, či v akej polohe. Taktiež napríklad nevieme, akú injekciu ženy dostali pri pôrode, či akú látku dostali do infúzie. Výskum ohľadom intervencií do pôrodu komplikuje aj fakt, že nie všetky ženy bývajú informované o tom, aké liečivá počas pôrodu dostali, napríklad v prípade podania oxytocínu. Je preto možné, že počet žien, ktorý mali pôrod urýchlenný oxytocínom, môže byť v skutočnosti v našom výskume vyšší. Rovnako nemusia ženy byť všetky schopné identifikovať pôrodnické násillie. Nepýtali sme sa ani na dĺžku pôrodu, čo môže byť taktiež rizikovým faktorom pre spokojnosť s pôrodom. V dotazníku sme mali iba jednu otázku na spokojnosť

s pôrodom, pričom dotazníkové šetrenie nám neumožňovalo sa následne dopýtať respondentiek na niektoré podrobnosti, čo naše výsledky taktiež limituje.

6 Záver

V našom výskume sme zistili, že intervencie do pôrodu a pôrodnické násilie zhoršujú spokojnosť s pôrodom, pričom epidurálna analgézia a kontakt koža na kožu zlepšuje spokojnosť s pôrodom. V rámci kvalitatívnych dát sa v témach Pozitívne aspekty pôrodu a Negatívne aspekty pôrodu tieto skutočnosti taktiež ukázali vo výpovediach žien.

Kým pre personál, hlavne vo veľkých pôrodniciach, je žena len „ďalšia v poradí“, na ktorú si už na druhý deň nespomenú, ženy za svoj život zažijú väčšinou iba jeden či dva pôrody, na ktoré si budú pamätať do konca života. Je preto dôležité, ako sa ich dieťa narodí, keďže sa pri pôrode nerodí len dieťa, ale aj matka a ich vzájomný vzťah. Veríme, že náš výskum podnieti ďalšie bádania v tejto oblasti a pomôže zdravotníkom a psychológom pracovať so ženami tak, aby bol pre nich pôrod nielen niečo, čo treba „prežiť“, ale aj pozitívny zážitok, ktorý ich naplní silou na ich spoločnej ceste s bábätkom.

Finančná podpora

Príspevok vznikol za podpory MŠMT ČR udelený UP v Olomouci (IGA_FF_2022_034 s názvom *Vývoj raného vzťahu matky a dieťaťa v kontexte protektívnych a rizikových faktorov*). Autorka čestne prehlasuje že nemá žiaden konflikt záujmov.

Literatúra

Afshar, Y., Mei, J. Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F. (2018). Birth plans-Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *Birth*, 45(1), 43–49. <https://doi.org/10.1111/birt.12320>

Aktaş, S., & Aydın, R. (2019). The analysis of negative birth experiences of mothers: A qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 176–192. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540863>

Alòs-Pereñíguez, S., O'Malley, D., & Daly, D. (2023). Women's views and experiences of augmentation of labour with synthetic oxytocin infusion: A qualitative evidence synthesis. *Midwifery*, 116, 103512. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103512>

Babiaková, K., Debrecéniová, J., Hlinčíková, M., Krišková, Z., Sekulová, M., & Šumšalová, S. (2015). *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Občan, demokracia a zodpovednosť.

Baxter, J. (2020). An exploration of reasons why some women may leave the birth experience with emotional distress. *British Journal of Midwifery*, 28(1), 24–33. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.1.24>

Bell, A. F., Andersson, E., Goding, K., & Vonderheid, S. C. (2018). The birth experience and maternal caregiving attitudes and behavior: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.srh.2018.02.007>

Blanc-Petitjean, P., Dupont, C., Carbonne, B., Salomé, M., Goffinet, F., Ray, C. L., for the MEDIP study group, Crenn-Hebert, C., Gaudineau, A., Perrotte, F., Raynal, P., Clouqueur, E., Beucher, G., Deneux-Tharaux, C., & Ancel, P.-Y. (2021). Methods of induction of labor and women's experience: A population-based cohort study with mediation analyses. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 621. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04076-x>

Bohrenová, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847.

Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). First do no harm – interventions during labor and maternal satisfaction: A descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 415. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0>

Coates, R., Cupples, G., Scamell, A., McCourt, C., & Bhide, A. (2021). Women's experiences of outpatient induction of labour with double balloon catheter or prostaglandin pessary: A qualitative study. *Women and Birth*, 34(4), e406–e415. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.006>

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography: Women's perceptions and experiences of a traumatic birth. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>

Fox, D., Coddington, R., & Scarf, V. (2022). Wanting to be 'with woman', not with machine: Midwives' experiences of caring for women being continuously monitored in labour. *Women and Birth*, 35(4), 387–393. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.002>

Ghanbari-Homaie, S., Hasani, S., Pourfathi, H., & Mirghafourvand, M. (2022). Effectiveness of pharmacological pain relief methods on birth experience: A systematic review and meta-analysis. *Current Women's Health Reviews*, 18(1), 61–69. <https://doi.org/10.2174/1573404817999201230234158>

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389–401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>

Hamilton, C. (2016). Using the Valsalva technique during the second stage of labour. *British Journal of Midwifery*, 24(2), 90–94. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.2.90>

Handelzalts, J. E., Levy, S., Krissi, H., & Peled, Y. (2022). Epidural analgesia associations with depression, PTSD, and bonding at 2 months postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 43(4), 488–494. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2022.2081146>

Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following

- birth. *Women and Birth*, 33(2), e129–e135.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>
- Hildingsson, I., Karlström, A., & Larsson, B. (2021). Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women and Birth*, 34(3), e255–e261.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.010>
- Chalmers, B., Kaczorowski, J., Levitt, C., Dzakpasu, S., O'Brien, B., Lee, L., Boscoe, M., Young, D., Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System, & Public Health Agency of Canada. (2009). Use of Routine Interventions in Vaginal Labor and Birth: Findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*, 36(1), 13–25.
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00291.x>
- Chalmers, B. E., & Dzakpasu, S. (2015). Interventions in labour and birth and satisfaction with care: The Canadian Maternity Experiences Survey Findings. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(4), 374–387.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1042964>
- Chen, C.-Y., & Wang, K.-G. (2006). Are Routine Interventions Necessary in Normal Birth? *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 45(4), 302–306.
[https://doi.org/10.1016/S1028-4559\(09\)60247-3](https://doi.org/10.1016/S1028-4559(09)60247-3)
- Johansson, C., & Finnbogadóttir, H. (2019). First-time mothers' satisfaction with their birth experience – a cross-sectional study. *Midwifery*, 79, 102540.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102540>
- Kahalon, R., Preis, H., & Benyamini, Y. (2021). Who benefits most from skin-to-skin mother-infant contact after birth? Survey findings on skin-to-skin and birth satisfaction by mode of birth. *Midwifery*, 92, 102862.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102862>
- Kempe, P., & Vikström-Bolin, M. (2020). Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 246, 156–159. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.01.041>
- Kendall-Tackett, K., & Moberg, K. U. (2018). Is It Really Mothers' Choice?: Systemic and Provider Barriers to Breastfeeding. *Clinical Lactation*, 9(4), 193–199.
<https://doi.org/10.1891/2158-0782.9.4.193>
- Leite, T. H., Pereira, A. P. E., Leal, M. do C., & da Silva, A. A. M. (2020). Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: Findings from Birth in Brazil Study. *Journal of Affective Disorders*, 273, 391–401
- Meijer, M., Brandão, T., Cañadas, S., & Falcon, K. (2020). Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(3), 355–360.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.13075>
- Molloy, E., Biggerstaff, D. L., & Sidebotham, P. (2021). A phenomenological exploration of parenting after birth trauma: Mothers' perceptions of the first year. *Women and Birth*, 34(3), 278–287.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.004>
- Molyneux, R., Fowler, G., & Slade, P. (2022). The effects of perineal trauma on immediate self-reported birth experience in first-time mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(2), 228–234.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.1923689>
- Moran-Peters, J. A., Zauderer, C. R., Goldman, S., Baierlein, J., & Smith, A. E. (2014). A Quality Improvement Project Focused on Women's Perceptions of Skin-to-Skin Contact After Cesarean Birth. *Nursing for Women's Health*, 18(4), 294–303.
<https://doi.org/10.1111/1751-486X.12135>
- Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2018). Women's and men's negative experience of child birth—A cross-sectional survey. *Women and Birth*, 31(2), 103–109.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.002>
- Oweis, A. (2009). Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 525–533.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01774.x>
- Ponti, L., Smorti, M., Ghinassi, S., Mannella, P., & Simoncini, T. (2022). Can a traumatic childbirth experience affect maternal psychopathology and postnatal attachment bond? *Current Psychology*, 41(3), 1237–1242.
<https://doi.org/10.1007/s12144-020-00650-2>
- Rubashkin, N., Torres, C., Escuriet, R., & Dolores Ruiz-Berdún, M. (2019). “Just a little help”: A qualitative inquiry into the persistent use of uterine fundal pressure in the second stage of labor in Spain. *Birth*, 46(3), 517–522.
<https://doi.org/10.1111/birt.12424>
- Unsal Atan, Ş., Ozturk, R., Gulec Satir, D., Ildan Çalim, S., Karaoz Weller, B., Amanak, K., Saruhan, A., Şirin, A., & Akercan, F. (2018). Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 18, 13–18.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.001>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2021). *Narození a zemřelí do 1 roku 2019*. 76s.
- Watson, K., Mills, T. A., & Lavender, T. (2022). Experiences and outcomes on the use of telemetry to monitor the fetal heart during labour: Findings from a mixed methods study. *Women and Birth*, 35(3), e243–e252.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.06.004>
- Watson, K., White, C., Hall, H., & Hewitt, A. (2021). Women's experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth*, 34(5), 417–424.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.016>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
- Yildirim, G., & Beji, N. K. (2008). Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study. *Birth*, 35(1), 25–30.
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00208.x>

Informace o autorech

Soňa ONDRUŠOVÁ

Křížkovského 10, 779 00 Olomouc, Česká Republika,
 sona.ondrusova01@upol.cz