



PROBLEMATIKA SOCIÁLNÍ NEROVNOSTI V PORODNÍ ASISTENCI SOCIAL INEQUALITY ISSUES IN MIDWIFERY

Veronika Sopuchová¹, Radka Bužgová²

¹Oddělení gynekologie a porodnictví, Městská nemocnice Ostrava

¹Department of Gynecology and Obstetrics, Municipal Hospital Ostrava

²Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

²Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Ostrava

Abstrakt

Cíl: Cílem kvalitativního šetření bylo zjistit, zda sociální nerovnost mezi rodičkami ovlivňuje přístup zdravotnického personálu k rodící ženě a ženě po porodu hospitalizované na oddělení šestinedělí a porovnat názory na tento přístup mezi zdravotnickým personálem a těmito ženami. **Metodika:** Výzkumný soubor tvořilo 11 porodních asistentek a 12 žen po porodu, které byly v době provádění výzkumu hospitalizované na oddělení šestinedělí. Výběr respondentek byl záměrný. Výzkum byl proveden pomocí kvalitativní metody, sběr dat byl proveden polostrukturovaným, individuálním rozhovorem a metodou obsahové analýzy. **Výsledky:** Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že věk a výše vzdělání rodičky mají vliv na edukaci a spolupráci rodičky s porodní asistentkou, u některých porodních asistentek ovlivňují také samotný přístup porodní asistentky k rodičce. Co však také ovlivňuje přístup některých porodních asistentek, a to spíše v negativním slova smyslu, je příslušnost rodičky k minoritní skupině. **Závěr:** Sociální nerovnost mezi rodičkami má vliv nejen na přístup porodních asistentek k rodící ženě a ženě po porodu hospitalizované na oddělení šestinedělí, ale ovlivňuje také již samotnou přípravu rodičky na porod, možnost využití přítomnosti doprovodu u porodu či možnost využít zpoplatněných forem analgetizace v průběhu porodu.

Klíčová slova: sociální nerovnost, rodička, porod, porodní asistentka, přístup.

Abstract

Aim: The aims of the qualitative research were to determine whether social inequality among women in labor affects the approach of health professionals to laboring women and those staying on a postnatal ward and to compare opinions on this approach between health professionals and these women. **Methods:** The group, selected by purposive sampling, comprised 11 midwives and 12 women staying on a postnatal ward while the research was conducted. Data for the qualitative research were collected using semi-structured individual interviews and content analysis. **Results:** The interview analysis showed that the age and level of education of women in labor have an impact on their education by and cooperation with midwives. And in some midwives, these also affect their attitude to laboring women. But what also influences the approach of some midwives, mostly in a negative sense, is laboring women's belonging to a minority group. **Conclusion:** Social inequality among women in labor not only has an impact on midwives' approach to laboring women and those staying on a postnatal ward but also affects childbirth preparation and possibility to benefit from the presence of birth support people or pain management options not covered by insurance.

Key words: social inequality, woman in labor, delivery, midwife, approach.

Úvod

Problematika sociální nerovnosti v porodní asistenci není příliš často diskutovaným tématem. V ČR se jím zabývaly autorky Hrešanová a Hasmanová-Marhánková (2008), které upozorňují na změny v rámci českého porodnictví, kdy dochází k postupnému vytváření nového prostředí, které klade

na uživatele péče specifické nároky. Rozšiřování nabízených služeb, snaha přilákat co nejvíce klientek a zejména samotný fakt, že je to sama rodička, kdo má možnost rozhodovat o výběru porodnice, mají potenciál vytvářet nový druh nerovností odvislých od schopností jednotlivých rodiček se v takto strukturovaném prostředí orientovat. Sociální status tak může v tomto ohledu významně zasahovat nejen

korespondence: veronika.sopuchova@centrum.cz

do samotného průběhu porodu, ale i do konečné volby porodnice, která sama o sobě podobu péče značně ovlivňuje (Hrešanová, Hasmanová-Marhánková, 2008, s. 93).

Mezi jednotlivými zařízeními v České republice existují značné rozdíly v nabídce a kvalitě služeb. Poporodní péče v porodnici se v jednotlivých zařízeních liší mírou otevření se veřejnosti, rozsahem a kvalitou služeb i jejich cenou. Některé porodnice nabízejí nadstandardní poporodní péči, která představuje především ubytování nedětky na pokoji hotelového typu s možností neomezené přítomnosti partnera, případně s výběrem stravy (Mrzílková Susová et al., 2005, s. 20-22).

Sociální status je významný faktor, jenž vstupuje do interakce s formální organizací a může značným způsobem ovlivnit míru autority, moci a kontroly, které se rodiče díky němu dostává. Klíčovým prvkem je také to, jakým „porodním věděním“ rodička disponuje, přičemž toto vědění zahrnuje nejen znalost biologických procesů, ale i sociální vědění představující znalost lékařských procedur, a zároveň orientaci v nemocnici, tedy kdo je zodpovědný za jaká rozhodnutí a jak může rodička vyvinout tlak, aby dosáhla takové formy péče, kterou si přeje. Toto vědění není distribuováno mezi rodičkami rovnoměrně, ale je značně ovlivněno třídní příslušností, která je spojena s vyšším vzděláním, které poskytuje lepší orientaci v lékařském systému a umožňuje tak rodičce získat větší moc a kontrolu nad svým porodem (Lazarus, 1994, s. 26).

Podle Nelson (1982) sociální postavení, respektive sociální třída, nezasahuje pouze do výsledné podoby porodu, ale ovlivňuje už samotné představy rodičky o jeho průběhu. Podobně i Lagro-Janssen (1999) tvrdí, že otázky týkající se reprodukce (např. výběr antikoncepce, místa porodu, rozhodnutí kojít), jsou převážně určeny kulturními zvyky dané sociální třídou (In Hrešanová, Hasmanová-Marhánková, 2008, s. 173).

Vzhledem k tomu, že část služeb nabízených porodnicemi není hrazena ze zdravotního pojištění (např. předporodní kurzy, partner u porodu, aplikace epidurální analgezie, nadstandardní pokoj), jsou některé skupiny rodiček znevýhodněny přímo, kvůli omezené možnosti do těchto služeb investovat (Hrešanová, Hasmanová-Marhánková, 2008, s. 94).

Aplikace tržních mechanismů, ke které dochází a která nutně vede k rozšíření možnosti svobodné volby i změně role klientů v rámci systému, vždy obsahuje implicitní nebezpečí nárůstu nerovnosti (Křížová, 1998, s. 77).

Mezi rodičkami s odlišným finančním potenciálem, životním stylem a představami o porodní péči tedy rostou rozdíly a sociální nerovnosti, které souvisí s tím, co si rodičky s různým sociálním postavením mohou a nemohou dovolit a také zda vůbec uvažují o různých volbách v souvislosti s porodní péčí (Hrešanová, Hasmanová-Marhánková, 2008, s. 176).

Cíle

Cílem kvalitativního výzkumu bylo zjistit, zda sociální nerovnost mezi rodičkami ovlivňuje přístup zdravotnického personálu k rodící ženě a ženě po porodu hospitalizované na oddělení šestinedělí a porovnat názory na tento přístup mezi porodními asistentkami a těmito ženami.

Soubor

Výzkumný soubor tvořilo 11 porodních asisterek, které pracovaly na porodním sále nebo oddělení šestinedělí v rámci gynekologicko-porodnického oddělení a 12 žen po porodu, které byly v době provádění výzkumu hospitalizované na oddělení šestinedělí. Z důvodu zachování anonymity byla pro analýzu získaných dat jména respondentek změněna. Výběr respondentek byl záměrný. Vstupní kritéria pro výběr porodních asisterek byla: souhlas se spoluprací, minimálně 3 roky praxe na porodním sále nebo oddělení šestinedělí. Vstupní kritéria pro výběr žen po porodu byla: souhlas se spoluprací, 0.- 3. den po porodu (kromě porodu císařským řezem) a splnění minimálně jednoho z následujících kritérií: rodička nezletilá, drogově závislá, v hmotné nouzi, z minoritní skupiny, se základním (i neukončeným) vzděláním.

Metodika

Výzkum byl proveden pomocí kvalitativní metody. Kvalitativní výzkum je nenumerné šetření a interpretace sociální reality. Cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím (Disman, 2006, s. 285). Výsledků se tedy nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace (Hendl, 2008, s. 48). Ke sběru dat byla použita metoda polostandardizovaného, individuálního rozhovoru, k získání základních anamnestických údajů metoda obsahové analýzy (studium dokumentace – porodopisů). Výzkum probíhal na gynekologicko-porodnickém oddělení. Z důvodu zachování anonymity není uveden název zdravotnického zařízení, ve kterém byl výzkum realizován.

Rozhovory s porodními asistentkami a klientkami byly nahrávány na diktafon, přičemž byly vedeny anonymně, individuálně a v soukromí, aby nedošlo k ovlivnění odpovědí. Před samotným rozhovorem s vybranou klientkou, byla klientka nejprve požádána o spolupráci, seznámena s účelem a průběhem rozhovoru, se zpracováním získaných údajů a následně byla vyzvána k podepsání informovaného souhlasu. Výpovědi jednotlivých porodních asistentek a klientek, které byly zaznamenávány v průběhu rozhovorů na diktafon, byly následně přepsány. Poté byly všechny rozhovory opakovaně pročitány, pro jejich zpracování byla využita metoda barvení textu. Následně byly identifikovány hlavní významové kategorie a podkategorie (viz tab. 1). Výsledky jsou popsány v jednotlivých kategoriích. Text je doplněn přímou výpovědí respondentek, která je uvedena v uvozovkách a zvýrazněna kurzívou.

Tab. 1 Kategorie a podkategorie

Kategorie	Podkategorie
1. Příprava na porod	A. Individuální příprava
2. Porod	B. Skupinová příprava A. Obavy z porodu B. Příjem k porodu C. Doprovod u porodu D. Průběh porodu E. Analgetizace při porodu F. Přístup porodní asistentky
3. Šestinedělí	A. Převzetí na oddělení B. Pobyt na oddělení

Výsledky

Sociodemografická charakteristika souboru

Věkové rozpětí **porodních asistentek** je 25–49 let. Dvě porodní asistentky absolvovaly pomaturitní studium, čtyři porodní asistentky mají vyšší odborné vzdělání a pět má vysokoškolské vzdělání. Délka praxe se pohybuje v rozpětí 3,5–30 let.

Věkové rozpětí **žen po porodu** je 17–39 let. Devět klientek má základní (i neukončené) vzdělání, dvě z těchto klientek studují na střední škole. Tři klientky mají vzdělání střední bez maturity. Rodinný stav klientek v souboru je deset svobodných a dvě ženy vdané. Z pohledu sociální situace je jedna klientka z majoritní populace v hmotné nouzi, dvě klientky z vietnamské minoritní skupiny a devět rodiček z romské minoritní skupiny, jedna z nich patří k olašským Romům.

Kategorie 1 - Příprava na porod

A. Individuální příprava

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že již v samotné přípravě na porod, jsou mezi rodičkami rozdíly. Rodička z vietnamské minoritní skupiny (dále jen vietnamská rodička) a nezletilá rodička z majoritní společnosti čerpaly informace o porodu z knížek a z internetu. Rodičky z romské minoritní skupiny (dále jen romské rodičky) čerpaly informace o porodu z letáků a časopisů, které byly k dostání v prenatálních poradnách. Rozdíly v přípravě k porodu byly však i mezi samotnými romskými rodičkami. Olašská Romka a romská studentka střední školy si vyhledávaly informace také na internetu. Na přípravu na porod mělo také vliv to, pokolikáté již klientka rodila. Multipary se na porod nijak zvlášť nepřipravovaly, čerpaly ze svých vlastních zkušeností: „*Ne, vůbec. Už jsem věděla prostě co a jak. To už je třetí porod.*“

Porodní asistentky uvedly rozdíl v přípravě na porod vzhledem k věku a vzdělání rodiček: „*Ty mladší potřebují více vysvětlit, více zavést do děje, ty starší bývají většinou připravené, mají načteno něco o tom porodu.*“ „*Rodičky s nižším vzděláním méně toho ví, takže více je třeba vysvětlovat, polopaticky více mluvit, vícekrát to opakovat.*“ (Sára, 34 let). Naopak porodní asistentka Šárka (29 let) upozorňuje na lepší spolupráci s méně vzdělanou rodičkou: „*Kolikrát ty nevzdělané, když nemají tolik toho nastudovaného, tak je s nimi lepší spolupráce, než když je to ta hodně načtená, hodně převzdělaná, starší rodička. Většinou, že když má školu, tak je většinou starší.*“

B. Skupinová příprava

Porodní asistentka Anabel (39 let) vidí přínos v absolvování předporodních kurzů, pořádaných nemocnicí, u vietnamských rodiček. Ženy jsou potom na porod lépe připraveny. V průběhu rozhovorů se však žádná z respondentek nezminila, že by navštěvovala např. kurzy předporodní přípravy či chodila na tělocvik pro těhotné.

Kategorie 2 - Porod

A. Obavy z porodu

Romské rodičky se nejčastěji obávaly bolesti. Paní Marie (39 let): „*Bolesti. Bolesti, čeho se můžete bát, bolesti. Ty bolesti jsou ukrutné, strašně velké.*“ Některé romské rodičky, které rodily poprvé, se obávaly také samotného průběhu porodu. Slečna Erika (17 let): „*Ano, měla. Jaké to bude, bolesti a tak. I z toho, jak to bude probíhat. Jaké to bude a takové ty věci.*“ Obavy z porodu měla i druhá

nezletilá rodička. Bolesti z porodu se obávaly také vietnamské rodičky. Obavy či strach z toho, že budou rodit v této nemocnici, z toho, že je zde jazyková bariéra, že nerozumí česky, však neměly. Některé romské klientky neměly z ničeho obavy.

B. Příjem k porodu

Z rozhovorů vyplynulo, že respondentky v průběhu příjmu věděly, co je čeká a jak to bude dále probíhat, porodní asistentky jim odpovídaly na dotazy. Negativní zkušenost s příjmem k porodu měla pouze jedna romská rodička, slečna Dana (21 let), kterou porodní asistentka nedostatečně informovala: „*Tam jsem byla jenom celou dobu připoutaná na těch pásech, potom přišla druhá paní, už starší, rozumnější, tak se, se mnou bavila, ta mi všechno vysvětlila, jak se co má, pak jsem se převlékla a normálně mě dali na pokoj.*“

Porodní asistentka Laura (34 let) upozornila na problém složitějšího získávání informací při příjmu vietnamské rodičky, zejména z důvodu jazykové bariéry: „*Je složitější získávat od nich informace, když je potřebujeme. Tak oni většinou, nebo větší část, třeba Vietnamek, mají polskou průkazku, protože chodí do Polska a jdou rodit k nám, takže já třeba neumím polsky tak, abych rozuměla všemu, co tam mají napsané a mají jiné ty průkazky.*“

C. Doprovod u porodu

Respondentky, jejichž příjem a porod probíhal rychle, nestihly u porodu nikoho mít. Ve většině případů, ženy chtěly partnera nebo kamarádku, jako nevýhodu to však nepocitovaly. Některé klientky využily možnosti mít doprovod u porodu. Nejčastěji se jednalo o jejich partnera nebo příbuznou, v některých případech měly jako doprovod u porodu osoby dvě. Některé romské rodičky naopak chtěly být u porodu samy. Slečna Denisa (21 let): „*Ne, já si myslím, že bych byla potom taková víc jako rozhozená nebo nevím, jak to mám říct, že bych nebyla asi tak silná. Já bych se cítila potom taková víc zranitelnější.*“

Starší rodičky podle porodní asistentky Sárý (34 let): „*Málokdy nebo méně často mají doprovod třeba s sebou.*“ U mladých rodiček je podle porodní asistentky Sylvy (38 let) vhodné: „*Myslím si, že tam u nich je vhodnější, aby opravdu třeba případně s něma někdo u toho porodu byl, tak jim více nabízíme tu variantu.*“ U romských rodiček je podle porodní asistentky Sylvy problém většího počtu doprovázejících osob: „*Chtějí, aby za nima chodilo půl rodiny, místo jednoho.... Ona má právo tam mít dvě osoby, s tím, že je poučena, že bude platit*

poplatek dvakrát za účast další osoby u porodu a ony to většinou akceptují. Takové ty sociálně slabší ty si nezaplátí ani tu jednu osobu, ty řeknou, že tam nikoho nechcou.“ Vietnamské rodičky podle porodní asistentky Anabel (39 let) zpravidla doprovodu nevyužívají: „*Ony jsou takové tiché, hodné, ony prostě mají v sobě to, že nesmí křičet, mají v sobě takový zákon nějaký nepsaný, že chce snášet tu bolest sama, bez partnera.*“

D. Průběh porodu

Dotázané respondentky v průběhu porodu věděly, co je čeká a jak porod bude probíhat. Dle jejich vyjádření jim porodní asistentky odpovídaly na dotazy, podporovaly je a pomáhaly jim. U romských rodiček se většinou jednalo, dle jejich výpovědi, o rychlý porod: „*Probíhalo to rychle. Akorát mě odvezli na sál a začalo to. Rychlý porod.*“ (Adéla, 21 let). O tom, že romské rodičky rodí rychleji a často i bez komplikací se zmínily také porodní asistentky. Jako problém u romských rodiček však porodní asistentky často uváděly jejich neochotu spolupracovat a vyžadování neustálé přítomnosti a podpory porodní asistentky.

U vietnamských rodiček uváděly porodní asistentky jako problém komunikaci vzhledem k jazykové bariéře: „*Tam je velký problém s komunikací, oni nejsou připraveni na ten porod tady v Čechách, nezajistí si překladatele, nezajistí si nebo se nenaučí vůbec nic česky. Mluví jenom vietnamsky a hrozně tím stěžují komunikaci u porodu, zvlášť potom u tlačení, ony vůbec neví, co mají dělat.*“ (Karin, 25 let).

Podle některých porodních asistentek má také výše vzdělání rodičky vliv na průběh porodu, v tom smyslu, že lépe rodí rodičky s nižším vzděláním: „*Takové ty méně vzdělané maminky lépe rodí, takže ty porody jsou takové snadnější, takové fyziologičtější.*“ (Sára, 26 let). „*Rodí líp taková cigána než nějaká magistra, jakože to je všeobecně dané.*“ (Anabel, 39 let).

E. Analgetizace při porodu

Vietnamské rodičky nepožadovaly analgetizaci při porodu. Pouze paní Hoang (25 let) po vysvětlení prospěchu porodní asistentkou nakonec souhlasila. Romské rodičky naopak často požadovaly od porodních asistentek prostředky ke zmírnění bolesti, u rychle probíhajících porodů se však již nestihly podat. Romské rodičky, které dostaly analgetika, však nepocitovaly dostatečnou úlevu od bolesti. Slečna Jana (18 let): „*Dvakrát jsem dostala injekci od bolesti. Byla jsem spíš taková malátná,*

než aby zabrala.“ Paní Marie (39 let) uvedla: „Jo, dala mi. Hned mi dala sestřička, bez problémů. No, mohlo to být silnější.“ Porodní asistentky nabízely paní Marii možnost využití epidurální analgezie, která je však zpoplatněna. Paní Marie této možnosti, vzhledem ke své finanční situaci, nemohla využít, jak sama uvedla: „Ale jinak prý dávají, ale stojí to sedmnáct set, ale kdo dneska na to má? Tak jsem jim řekla, ať mi natočí za dvě stovky, to bylo všechno.“

F. Přístup porodní asistentky

Přístup porodní asistentky při příjmu na porodní sál hodnotily respondentky pozitivně. Negativní pocity z přístupu porodní asistentky při příjmu na porodní sál měla pouze romská rodička, slečna Dana (21 let): „Tak ta byla taká nepříjemná, taká, nevím, jak to mám říct... drzá, jinak se se mnou bavila, než s ostatními... Na ní šlo úplně vidět, jak sem se s ní bavila, měla tam vedle sebe ještě další dvě nebo tři též také mladé, já sem se s nimi bavila a ony se mi začaly smát. Ony se mě ptali na také otázky, jestli jsem chodila na kurzy nebo na přípravu a také ty, já jsem jim na to odpovídala a ony se tam normálně, ony se tam začaly z toho smát, také drzé byly, nepříjemné.“ Na chování mladších porodních asistentek si stěžovala také starší romská rodička, paní Marie (39 let).

Také s přístupem porodní asistentky u porodu byla většina klientek v průběhu porodu spokojená. Romská rodička paní Jarmila (38 let) uvedla: „Všechno v pořádku. Chovali se ke mně slušně, ta porodní asistentka byla furt u mě, já si nemůžu stěžovat. Dobrý pocit jsem z ní měla. I když jsem porodila šestý děcko, dobrá byla porodní asistentka.“

Samotné porodní asistentky hodnotili svůj přístup ke klientkám takto: „Já se chovám pořád stejně, byť je mi to víc nebo míň příjemné, byť mě to stojí více úsilí nebo míň, ale nedělám mezi nimi rozdíly. Můj přístup je pořád stejný, tam si potom musí najít člověk nějaké ty cestičky, jak s nima komunikovat.“ (Tereza, 31 let). Porodní asistentka Radka (46 let) uvedla: „No tak třeba u mladých prvorodiček, člověk je spíš mateřsky pojímá, kdežto ty vícerozodičky zas spíš s pochopením, toho, že se bojí o těhotenství. Podle vyzrálosti osobnosti. Člověk musí být více trpělivý třeba, pokud to jsou cizinci, kteří nehovoří česky, tak zase musí člověk respektovat to, že má toho překladatele a třeba u těch Vietnamců konkrétně, tak oni vlastně neodpovídají ty maminy většinou, odpovídají přes třetí osobu, takže tady toto je třeba asi respektovat.“ Z výpovědí porodní asistentky Simony (34 let) vyplynulo, že věk či výše vzdělání rodičky, nemá vliv na její přístup k ní. Její přístup

k rodičce však ovlivňuje příslušnost rodičky k romskému etniku: „Nemá k nim člověk nebo já k nim nemám takovou úctu, jsem si vědoma, že asi nechovám k nim takový nějaký vztah jako prostě normálně, jak to mám říct, k bílé české ženě, nemusím je, no.“ Příslušnost rodičky k vietnamskému či romskému etniku ovlivňuje také přístup porodní asistentky Šárky (29 let): „Musím přiznat, že s Romkama se mi spolupracuje hůř a s Vietnamkama se mi spolupracuje hůř. S Vietnamkama v tom smyslu, že je tam jazyková bariéra většinou, to mi osobně hodně vadí, protože si myslím, že ten přístup je hodně o komunikaci a s něma to prostě nejde a s Romkama, protože jsou takové, jaké jsou. Spíš mi víc vadí ty Vietnamky než ty Romky, protože s těma Romkama se aspoň domluvím, když už třeba jen na nějaké omezené míře.“

Porodní asistentky hodnotily také přístup ostatních porodních asistentek a poukázaly na určité nedostatky: „Tak si myslím, že u té příslušnosti k jiné minoritě, že asi nejsem úplně sama.“ (Simona, 34 let).... „Chování ve smyslu pokud je to žena s nižším vzděláním, třeba sociálně slabší, nebo z nějaké jiné komunity, tak tam to chování je takové hodně, hodně sporé, ten přístup k té klientce je takový ne příliš vstřícný, hodně odměřený, zatímco když to je žena vzdělaná, která má už nějaké postavení, tak tam je otevřená náruč.“ (Karin, 25 let). ... „Určitě jsou porodní asistentky, které ovlivňuje příslušnost k minoritě. Spíš v negativním smyslu, tak, že některé porodní asistentky mají pocit, že třeba Romové jsou méněcenní a tak k nim přistupují, nebo prostě mají negativní zkušenost a to ovlivňuje jejich péči.“ (Ludmila, 49 let).

Některé porodní asistentky upozornily na to, že nevhodný přístup k rodičce sama žena zpravidla pozná. Paní Radka (46 let) uvedla: „Myslím si, že jsou si naprosto tím vědomy. Že si to uvědomují, že to tak je.“ Porodní asistentka Simona (34 let) dodává: „Myslím si, že by to mohlo jít poznat a naopak někdy možná přicházejí už s tím, že jsou třeba na to připravené a že už aniž by měly důvod, tak třeba startují naopak ony proti nám, jakože vy bílý.“

Kategorie 3 - Šestinedělí

A. Převzetí na oddělení

V rámci spokojenosti si žádná z klientek nestěžovala na nějaké nevhodné chování porodní asistentky z oddělení šestinedělí při převzetí na toto oddělení. Slečna Adéla (21 let) odpověděla: „Dobré. Všechno v pořádku. Všechno dobře proběhlo.“ Z rozhovorů také vyplynulo, že klientky byly seznámeny

s chodem oddělení, byly jim zodpovězeny všechny dotazy, pokud nějaké měly, vše jim bylo vysvětleno.

B. Pobyt na oddělení

Při pobytu na oddělení šestinedělí se o nevhodném chování porodní asistentky zmínila pouze slečna Erika (17 let): „*Někdy se tak divně chovaj. Jakože na ty neplnoleté jsou takové, jak se to říká, takové, že, nevím, jak to mám vyjádřit... že toto to se nesmí, to se nedělá, takové ty věci, to já vím, jakože chtěou poradit, ale třeba když chce něco říct nebo tak, tak jsou někdy takové, pasivní.*“

O péči o pacientky na oddělení šestinedělí hovořily i porodní asistentky. Podle některých porodních asistentek má příslušnost k minoritní skupině vliv na poskytovanou péči u dané ženy hospitalizované na oddělení šestinedělí. Podle porodní asistentky Ludmily (49 let): „*Asi co se týče těch Vietnamek, tak ta příslušnost asi ovlivňuje, protože tím, že je tam ta jazyková bariéra, tak se k nim musí přistupovat jinak a je tam hodně důležité komunikovat přes tlumočníky, takže hůř se ty pacientky edukují, u těch Romek zase je třeba respektovat to, že ony mají jakoby deficit svobody, když leží na tom oddělení, že potřebují mít otevřené dveře, že potřebují třeba odejít domů, že tady nejsou schopny dodržovat režim na oddělení, že je to svazuje, takže určitě se k nim musí přistupovat nebo mělo by se individuálně.*“ Podle některých porodních asistentek není péče na oddělení šestinedělí ničím ovlivněna, ke všem klientkám se přistupuje stejně: „*Já si myslím, že ne. Tak jak my u nás, že prostě toho více potřebujou vysvětlit, častěji to zopakovat, ale jinak si myslím, že ten přístup je stejný.*“ (Sára, 26 let).

Diskuse

Důležitou součástí závěrečného období těhotenství je příprava rodičky na porod. Samotnou **přípravu na porod** však ovlivňuje již řada sociálních faktorů. Rodička se na porod může připravovat individuálně, samostudiem, nebo může navštěvovat například kurzy předporodní přípravy a to třeba přímo ve zdravotnickém zařízení, ve kterém chce přivést na svět své dítě. Zde však vyvstává první problém, neboť kurzy předporodní přípravy jsou zpoplatněny, což neumožňuje těhotným s nižším ekonomickým zabezpečením se do takovéto předporodní přípravy zapojit, pokud by měly zájem. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že žádná z respondentek nenavštěvovala kurzy předporodní přípravy, nechodila na tělocvik pro těhotné ani nevyužila žádné jiné zpoplatněné možnosti skupinové přípravy na porod. Z rozhovorů vedených s porodními asistentkami vyplynulo, že

připravenost rodičky k porodu ovlivňuje věk rodičky a výše vzdělání, samotná příprava na porod má vliv na spolupráci rodičky v průběhu porodu a také na poporodní péči. Je známo, že rodičky, které absolvovaly psychoprofylaktickou přípravu, mají menší potřebu analgetik, lépe zvládají stresové situace, lépe spolupracují zejména ve druhé době porodní, celkově mají takto připravené rodičky menší procento porodnických komplikací, celkově lepší sebehodnocení a pocit jistoty a sebedůvěry (Procházková, Myšáková, 2006, s. 6). Z našeho kvalitativního šetření také vyplynulo, že i v samotné individuální přípravě na porod byly mezi rodičkami rozdíly, dané zejména rozdílným ekonomickým zabezpečením a také vzděláním.

V souvislosti s porodem doposud panuje **strach** o zdraví dítěte a **strach z bolesti**. Strach o vlastní život a zdraví zcela ustoupil do pozadí oproti minulým stoletím, kdy byl dominujícím (Zwinger et al. 2004, s. 142). Z analýzy rozhovorů je zřejmé, že se romské rodičky nejčastěji obávaly bolesti. Mezi povahové vlastnosti Romů patří mimo jiné strach (být sám už znamená být v nebezpečí), příznačný strach z bolesti a smrti (Prokešová, 2010, s. 68). Některé Romky, které rodily poprvé, se obávaly také samotného průběhu porodu. Obavy z porodu měla i nezletilá prvorodička. Obava z bolesti bývá jedním z hlavních důvodů, proč mají těhotné strach z porodu. Zejména prvorodičky si nedokážou představit, jak budou bolesti silné a jak je budou snášet (Chmel, 2008, s. 63). Bolesti z porodu se obávaly také i obě vietnamské rodičky.

Příjezd do porodnice je pro většinu těhotných, zejména pro prvorodičky, vždy něčím tajemným a nepředvídatelným, neboť přichází ve zcela nové situaci do cizího prostředí, což vyžaduje velkou schopnost adaptace a předchozí dlouhou psychickou přípravu (Chmel, 2008, s. 33-34). Nedůvěru rodičky překoná porodní asistentka tím, že se bude snažit alespoň částečně naplnit její potřeby, především zmírnit strach a nejistotu. Důležité jsou pohovory a neustálá komunikace. Z chování porodní asistentky by měla každá rodička cítit, že je tu pro ni, samozřejmostí je podání ruky, přímý pohled, úsměv a takt (Šindelářová, 2005, s. 3). V našem výzkumu uvedly negativní pocity z přístupu porodních asistentek při příjmu na porodní sál dvě romské rodičky. Stěžovaly si na nepříjemné, drzé, posměšné až lhostejné chování mladších porodních asistentek. Romové ostře kritizují gádžovský citový chlad, nedostatek něhy, odměřenost, lakotu, upjatost, vypočítavost, nedostatek pohostinnosti, bezcharakternost, nadřazené chování, xenofobii a rasové výpady vůči nim (Prokešová, 2010, s. 72).

Vztah a jednání personálu by se neměly řídit subjektivními pocity a emocemi, které v nich rodička vzbuzuje, personál by neměl být ve svém postoji ovlivňován jejím vnějším dojmem nebo společenským postavením (Čech et al., 2006, s. 93). O příjmu rodičky na porodní sál hovořily také některé porodní asistentky. Jako problém udávaly příjem rodičky z vietnamského etnika, a to v případech, kdy rodička neuměla vůbec česky, neměla zajištěného překladatele, eventuálně nechodila do prenatální poradny a neměla tudíž potřebná vyšetření.

Některé rodičky využily možnosti mít **doprovodu u porodu**. Přítomnost blízké osoby, nejčastěji partnera nebo příbuzné, vnímaly velmi pozitivně, zejména oceňovaly její neustálou blízkost, podporu a pomoc. Některé romské rodičky však chtěly být naopak u porodu samy. Přítomnost blízké osoby, přičemž se nemusí jednat jenom o otce, může jí být třeba matka, nebo poučená kamarádka, podporuje pocit bezpečí, snižuje pocit strachu z neznáma i vnímání bolesti, umožňuje lépe překonat stres, snižuje pravděpodobnost potřeby analgezie a operačního ukončení porodu. Muž však nemůže být nucen, aby byl přítomen u porodu a obráceně, nikdo nemá právo vyžadovat od ženy ve jménu partnerství, aby se předváděla svému partnerovi v intimních situacích, když jí to je nemilé (Procházková, Myšáková, 2006, s. 4). Přítomnost otce dítěte či jiné blízké osoby rodičky na porodním sále během porodu je v dnešní době již poměrně častým jevem. Tato možnost je však zpoplatněna. Z rozhovorů vyplynulo, že rodičky ze sociálně slabších rodin si nemohou dovolit doprovod u porodu. Naopak rodičky s lepším ekonomickým zabezpečením této možnosti využívají a v některých případech jsou schopny si dokonce zaplatit dvě osoby u porodu.

Romské rodičky svůj **porod** často popisovaly jako rychlý. Na tom se shodly i porodní asistentky. Podobné tvrzení zjistila ve své etnografické studii Hřešánová a Hasmanová-Marhánková (2008). Jedním z nejpečlivějších závěrů jejího etnografického výzkumu bylo zjištění, které odporuje některým sociologickým popisům vztahů mezi socioekonomickým statutem a zdravím lidí. Výzkum prováděla ve dvou porodnicích a podle tamních porodních asisterek a porodníků rodí hůře „přemoudřelé“ ženy (označení pro jednu skupinu žen v tomto výzkumu), které mají však obecně vyšší socioekonomický status než jiné ženy a měly by podle těchto teorií rodit spíše „lépe“. Tyto ženy pocházejí z větších měst, mají velmi vysoké vzdělání a více finančních prostředků, stejně jako větší přístup k informacím a dalším zdrojům než ženy

„venkovské“ (Hřešánová, Hasmanová-Marhánková, 2008, s. 109).

Jako problém u romských rodiček však porodní asistentky často uváděly jejich neochotu spolupracovat a to nejen u vyšetření, ale i při samotném porodu. Nespolupráci spatřovaly zejména v tom, že romské rodičky nedbají jejich rad, polohují se a pohybují se, jak chtějí a kdy chtějí a také, že jsou příliš hlasité (křičí) u porodu. Jako kontrast k romským rodičkám uváděly vietnamské rodičky, které naopak spolupracují a u porodu jsou „poslušné a hodné“. Kultura ovlivňuje názory na těhotenství a porod i reakce na bolest v průběhu porodu. V některých kulturách je běžné vyjadřovat hlasitě a důrazně prožitky negativních pocitů a tak se vypořádat s bolestí, zatímco v jiných kulturách se cení vyrovnané a mlčenlivé snášení bolesti. Porodní asistentka by měla akceptovat každý individuální projev bolesti a pochopit, že některé ženy rodí s křikem (Leifer, 2004, s. 173). Také na vnímání bolesti v průběhu porodu a využití některých možností analgetizace u porodu mají vliv sociální faktory. Dle Ratislavové (2008, s. 67) je porodní bolest vyšší u žen s nižším vzděláním, u žen s negativní nebo ambivalentní reakcí na diagnózu těhotenství, s pozdní první návštěvou prenatální poradny a také u žen, které se velmi bojí porodní bolesti už předem. Intenzita bolesti částečně koreluje s přípravou těhotné k porodu, s dysmenoreou, s hmotností matky a dítěte. Mezi faktory, které modifikují intenzitu bolesti a její vnímání patří také psychosociální faktory a to kultura, strach, obavy, předchozí zkušenost, předporodní příprava a sociální opora. Z analýzy rozhovorů v našem výzkumu vyplynulo, že vietnamské rodičky léky proti bolesti nechtěly, romské rodičky naopak často požadovaly od porodních asisterek léky ke zmírnění bolesti. Dále z rozhovorů vyplynulo, že romské rodičky, které dostaly analgetika, však nepocitovaly dostatečnou úlevu od bolesti. K podobnému zjištění dospěli v Anglii v rámci národního průzkumu. Rodičky z etnických minoritních skupin udávaly nedostatečnou úlevu od bolesti během porodu oproti bílým britským ženám (Raleigh et al., 2010, s. 188-198). Velký rozdíl v individuální snášenlivosti bolesti způsobuje obtížnost ošetření bolestivosti porodních kontrakcí (Ratislavová, 2008, s. 68). Z našeho výzkumu dále vyplynulo, že možnosti epidurální analgezie, jako metody tlumení bolesti, nemohou využít rodičky s nižším ekonomickým statutem, vzhledem k tomu, že je tato metoda zpoplatněna. Stejně je tomu například u nefarmakologické metody tlumení bolesti, porodní vany.

Dle výpovědí porodních asistentek v tomto výzkumu ovlivňuje sociální status rodičky **přístup porodní asistentky** k ní. Některé porodní asistentky přistupují k mladším, zejména nezletilým rodičkám, méně profesionálně a spíše je mateřsky pojmají. Více je také edukují, neboť toho méně o porodu a jeho průběhu vědí. U rodiček s nižším vzděláním často poskytují základní informace, laicky, vícekrát je opakují. Co však ovlivňuje ve větší míře přístup některých porodních asistentek, a to spíše v negativním slova smyslu, je příslušnost rodičky k minoritní skupině. Sestry nejsou v praxi připraveny k poskytování kulturně senzitivní ošetrovatelské péče zaměřené na jedince, jeho potřeby a přání bez ohledu na národnost, kulturu, barvu pleti, mateřský jazyk a jiné aspekty (Jarošová, 2007, s. 87). Jádrem problematiky vyplývá z toho, že v určitých situacích zdravotní péče se setkávají příslušníci odlišných kultur, třeba lékaři a sestry z majoritní populace a pacienti a jejich rodinní příslušníci z různých minoritních etnik apod. Vznikají problémy nejen jazykové a komunikační, ale především týkající se hodnot, zvyklostí a rituálů. Každá kultura má také specifické pojetí zdraví a nemoci, má rozdílné způsoby komunikování zdravotních potíží, rozdílné znalosti o zdraví a nemoci. Od lékařů a zdravotnického personálu se proto požaduje respektování těchto specifických (Průcha, 2010, s. 170).

Také na oddělení šestinedělí uvedli některé porodní asistentky problém v chování romských klientek, zejména v souvislosti s kouřením, s předčasným ukončením hospitalizace či v početných návštěvách, které za nimi do porodnice přicházejí. V romské kultuře není nemoc jen záležitostí jedince. Pokud je Rom hospitalizovaný, chodí jej navštěvovat celá širší rodina, často i mimo návštěvní dobu, což může vést ke konfliktům se zdravotnickým personálem (Koupilová et al., 2001, s. 1194).

Závěr

Z kvalitativního šetření v daném zdravotnickém zařízení na gynekologicko-porodnickém oddělení vyplynulo, že věk a výše vzdělání rodičky mají vliv na edukaci a spolupráci rodičky s porodní asistentkou, u některých porodních asistentek ovlivňují také samotný přístup porodní asistentky k rodičce. Co však také ovlivňuje přístup některých porodních asistentek, a to spíše v negativním slova smyslu, je příslušnost rodičky k minoritní skupině. Porodní asistentky se ve své práci nejčastěji setkávají s rodičkami z romské a vietnamské minoritní skupiny. U romského etnika uvádějí nejčastěji

problém v jejich takové neochotě spolupracovat s porodní asistentkou, kdežto u vietnamského etnika jako nejčastější problém uvádějí problém v komunikaci s rodičkou, v získávání a sdělování potřebných informací, vzhledem k jazykové bariéře.

Sociální nerovnost mezi rodičkami však nemá vliv pouze na přístup porodních asistentek k rodící ženě a ženě hospitalizované na oddělení šestinedělí, ale ovlivňuje již samotnou přípravu rodičky na porod, možnost využít přítomnost doprovodu u porodu či možnost využít zpoplatněných forem analgetizace v průběhu porodu.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Všechny respondentky byly informovány o účelu studie a souhlasily se zařazením do výzkumného souboru. Autoři deklarují, že studie nemá žádný konflikt zájmu.

Bibliografické odkazy

- ČECH, E. et al. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 546 s.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. 374 s.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 407 s.
- HREŠANOVÁ, E., HASMANOVÁ - MARHÁNKOVÁ, J. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis*. 2008, 44(1), 87-112.
- CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu: první, druhá, třetí doba porodní, jak si vybrat porodnici, otec u porodu, alternativní možnosti, matka v šestinedělí, kojení a umělá výživa*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2008. 138 s.
- JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 99 s.
- KOUPILOVÁ, I. et al. Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics. *Social Science & Medicine* [online]. 2001. [cit. 2010-10-20]. Dostupné z: <<http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11556609>>.
- KŘÍŽOVÁ, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. 1. vyd. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 1998. 108 s.
- LAZARUS, E. S. What Do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*. 1994, 8(1), 25-46.
- LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 952 s.
- MRZÍLKOVÁ - SUSOVÁ, I. et al. *Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004*. 1. vyd. Praha: Apero, 2005. 54 s.
- PROCHÁZKOVÁ, M., MYŠÁKOVÁ, H. Předporodní příprava – předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. *Moderní babičství* [online]. 2006. [cit. 2011-11-14]. Dostupné z: <<http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=66>>.

PROKEŠOVÁ, M. *Romové, otázky a hledání odpovědí*. 1. vyd. Ostrava: Repronis, 2010. 102 s.

PRŮCHA, J. *Interkulturní psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2010. 220 s.

RALEIGH, V. S. et al. Ethnic and social inequalities in women's experience of maternity care in England: results of a national survey. *Journal of the Royal Society of Medicine* [online]. 2010. [cit. 2010-12-04]. Dostupný z:

<<http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2862068/?tool=pmcentrez>>.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. 108 s.

ŠINDELÁŘOVÁ, A. Předporodní příprava. *Moderní babičství* [online]. 2005. [cit. 2011-11-14]. Dostupné z: <<http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7/?pdf=83>>.

ZWINGER, A. et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s.