GRADA

Lea Takács, Daniela Sobotková, Lenka Šulová a kolektiv

Psychologie v perinatální péči

Praktické otázky a náročné situace

GRADA®

Lea Takács, Daniela Sobotková, Lenka Šulová a kolektiv

Psychologie v perinatální péči

Praktické otázky a náročné situace

GRADA Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy
Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude ***trestně stíháno****.*

Mgr. Lea Takács, PhDr. Daniela Sobotková, CSc.,
prof. PhDr. Lenka Šulová, CSc. – editorky

Psychologie v perinatální péči
Praktické otázky a náročné situace

Autorský kolektiv:
Mgr. Klára Borůvková, PhDr. Jaroslava Dittrichová, CSc., MUDr. Petra Hanulíková, doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc., PhDr. Simona Hoskovcová, Ph.D., PhDr. Markéta Hrdličková, Ph.D., Mgr. Zuzana Hrušková, PhDr. Alena Javůrková, Ph.D., JUDr. Helena Krejčíková, Ph.D., doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D., PhDr. Marie Pečená, MUDr. Eva Procházková, PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D., prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc., PhDr. Daniela Sobotková, CSc., PhDr. Iva Štětovská, Ph.D., Mgr. Lea Takács, MUDr. Blanka Vavřinková, CSc.

Recenze:
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.
MUDr. Radovan Hrubý, Ph.D.
Mgr. Zuzana Masopustová, Ph.D.
doc. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2015
Cover Photo © allphoto, 2015

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 5837. publikaci
Obrázek 2.2 nakreslila dle podkladů autorů Jana Nejtková
Sazba a zlom Antonín Plicka
Počet stran 208
Vydání první, Praha 2015

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Dílo bylo vytvořeno v rámci grantového projektu č. 316111 s názvem „Psychosociální klima porodnice očima rodičky – teorie a diagnostika" řešeného na Univerzitě Karlově v Praze, Filozofické fakultě, s finanční podporou Grantové agentury Univerzity Karlovy.

Tato kniha vznikla v rámci Programu rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově č. P07 Psychosociální aspekty kvality života, podprogram Psychologické a sociální aspekty utváření životních drah, životních stylů a kvality života – determinanty a perspektivy.

© Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, 2015

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-9716-8 (ePub)
ISBN 978-80-247-9715-1 (pdf)
ISBN 978-80-247-5127-6 (print)

Obsah

Seznam autorů **9**

Seznam zkratek **11**

Předmluva **13**

Úvod **15**

1 Komunikace v perinatální péči (*Lea Takács, Marie Pečená*) **17**
1.1 Rodička a zdravotník – dvě odlišné perspektivy a východiska 17
1.2 Budování důvěry: respekt, zájem, empatie a vyjádřené porozumění 18
1.3 Model komunikace: symetrie a emoční podpora 19
1.3.1 Symetrická a asymetrická komunikace 19
1.3.2 Direktivní a nedirektivní komunikace 23
1.3.3 Styly komunikace 23
1.4 Neverbální a paraverbální komunikace 25
1.4.1 Oční kontakt a mimika 25
1.4.2 Gestika 26
1.4.3 Haptika 26
1.4.4 Posturika 26
1.4.5 Proxemika 26
1.4.6 Uspořádání prostoru 27
1.4.7 Nahota pacienta 27
1.4.8 Paraverbální projevy 27
1.5 Co komunikaci narušuje? 27
1.6 Komunikace v náročných situacích 28
1.6.1 Jak rozptýlit hněv 28
1.6.2 Jak rozptýlit stres 29
1.6.3 Jak sdělovat špatné zprávy 30
1.6.4 Co říci, když udělám chybu 31
1.6.5 Co říci, když nastane vážná komplikace v důsledku volby rodičky 32
Doporučení pro praxi – komunikace a informace v konkrétních situacích 32
Přijetí do porodnice 32
Průběh porodu 33
Poporodní období 33
Obecná doporučení pro komunikaci v perinatální péči 34
Literatura 35

2 Porodní bolest a její psychologické souvislosti (*Jaroslava Raudenská, Petra Hanulíková, Alena Javůrková*) **37**
2.1 Mechanismus bolesti při porodu 37
2.1.1 První doba porodní 37
2.1.2 Druhá doba porodní 38
2.1.3 Třetí doba porodní 38
2.1.4 Doba poporodní 39
2.2 Diagnostika porodní bolesti 39
2.2.1 Senzorická složka bolesti 39
2.2.2 Emoční složka bolesti 41
2.2.3 Behaviorální složka bolesti 42
2.2.4 Kognitivní složka bolesti 42
2.3 Psychosociální vlivy 42

2.3.1 Prostředí a kultura ... 43
2.3.2 Psychologické souvislosti ... 43
2.4 Metody úlevy od porodní bolesti ... 46
2.4.1 Farmakologické přístupy ... 46
2.4.2 Nefarmakologické a psychologické metody ... 47
Doporučení pro praxi ... 50
Literatura ... 51

3 Porodnické operace a jejich psychologické souvislosti (*Lea Takács, Aleš Roztočil*) ... **57**
3.1 Operace v těhotenství ... 57
3.1.1 Operace v prvním trimestru těhotenství ... 57
3.1.2 Operace ve druhém trimestru těhotenství ... 58
3.1.3 Operace ve třetím trimestru těhotenství ... 59
3.2 Operace v průběhu porodu ... 59
3.2.1 Vaginální operační porod ... 59
3.2.2 Císařský řez ... 61
Doporučení pro praxi ... 67
Vaginální extrakční operace ... 67
Císařský řez na přání ... 68
Akutní císařský řez ... 69
Literatura ... 70

4 Poporodní psychické poruchy (*Pavel Mohr*) ... **75**
4.1 Poporodní deprese ... 75
4.1.1 Prevalence, rizikové faktory, etiologie ... 75
4.1.2 Diagnostika ... 77
4.1.3 Diferenciální diagnostika ... 78
4.1.4 Terapie ... 79
4.2 Úzkostné poruchy ... 81
4.2.1 Úzkost v puerperiu, prevalence, rizikové faktory ... 81
4.2.2 Panická porucha ... 85
4.2.3 Obsedantně-kompulzivní porucha ... 86
4.2.4 Posttraumatická stresová porucha ... 87
4.2.5 Generalizovaná úzkostná porucha ... 87
4.2.6 Sociální fobie ... 88
4.2.7 Terapie ... 88
4.3 Bipolární afektivní porucha ... 89
4.3.1 Prevalence, rizikové faktory ... 89
4.3.2 Terapie ... 90
4.4 Schizofrenie ... 91
4.4.1 Prevalence, rizikové faktory ... 91
4.4.2 Terapie ... 92
4.5 Poporodní psychóza ... 96
4.5.1 Prevalence, etiologie, klinický obraz ... 96
4.5.2 Terapie ... 97
Doporučení pro diagnostiku a terapii poporodních psychických poruch ... 99
Diagnostika ... 99
Terapie ... 99
Specializovaná psychiatrická péče ... 101
Literatura ... 101

5 Drogově závislé matky a jejich děti (*Blanka Vavřinková, Markéta Hrdličková*) ... **105**
5.1 Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislostí ... 105
5.2 Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislostí ... 106

5.3 Péče o ženu v průběhu těhotenství ... 106
5.3.1 Ultrazvukové vyšetření ... 107
5.3.2 Laboratorní vyšetření ... 108
5.3.3 HIV pozitivní pacientka ... 108
5.3.4 Hepatitida C ... 108
5.4 Péče o ženu v průběhu porodu ... 108
5.4.1 Porodnická analgezie a anestezie ... 109
5.5 Abstinenční syndrom novorozence ... 109
5.5.1 Diagnostika novorozeneckého abstinenčního syndromu ... 110
5.5.2 Terapie u novorozence s novorozeneckým abstinenčním syndromem ... 111
5.6 Možnosti poporodní péče ... 112
Doporučení pro praxi ... 115
Literatura ... 115

6 Rizikový novorozenec a jeho rodiče (*Daniela Sobotková, Jaroslava Dittrichová, Eva Procházková*) ... **117**
6.1 Přesun zájmu od snížení perinatální mortality ke snížení perinatální morbidity ... 117
6.2 Péče zaměřená na vývoj („developmental care") ... 117
6.2.1 Pět důležitých kategorií péče zaměřené na vývoj (VP) ... 118
6.2.2 Možné důsledky nedostatečné péče zaměřené na vývoj (VP) ... 128
6.3 Specifika zátěže u rodičů rizikových novorozenců ... 130
Doporučení ohledně kontaktu s rodiči v průběhu hospitalizace dítěte ... 131
Literatura ... 133

7 Psychosociální intervence v případě úmrtí dítěte (perinatální ztráta, potrat) (*Klára Borůvková, Simona Hoskovcová, Zuzana Hrušková*) ... **141**
7.1 Průběh krize ... 141
7.1.1 Truchlení ... 142
7.2 Ochranné faktory ... 145
7.2.1 Sociální opora ze strany nejbližších ... 146
7.2.2 Přístup zdravotníků ... 146
Konkrétní praktické postupy v případě perinatální ztráty – doporučení pro zdravotníky ... 147
Literatura ... 150
Informační leták pro rodiče ... 151

8 Syndrom vyhoření v práci zdravotníka (*Iva Štětovská*) ... **153**
8.1 Vymezení pojmu vyhoření a stres (zátěž) ... 153
8.2 Koncept syndromu vyhoření ... 154
8.3 Jak vzniká vyhoření ... 155
8.3.1 Faktory podílející se na vzniku syndromu vyhoření ... 155
8.4 Dopady pracovního stresu ... 157
8.5 Syndrom vyhoření a specifické profese ... 158
8.6 Specifické zátěžové momenty v perinatální péči ... 159
Doporučení pro praxi – identifikace a preventivní opatření ... 161
Literatura ... 162

9 Supervize v perinatální péči (*Zuzana Havrdová*) ... **163**
9.1 Vývoj supervize ... 163
9.2 Překážky zavedení supervize do klinické praxe ... 164
9.3 Zásady supervizní práce ... 165
9.3.1 Příprava na supervizi ... 166
9.3.2 Užitečnost supervize ... 166
9.3.3 Supervize a organizační kultura ... 167
9.4 Příklady užití supervize v jejích různých formách ... 167

9.4.1 Individuální supervize ... 168
9.4.2 Případová supervize ... 168
9.4.3 Týmová supervize ... 169
9.5 Dokumenty a výzkumy supervize v zahraničí ... 169
9.5.1 Statutární pozice supervize v porodní asistenci ... 169
9.5.2 Poznatky z publikovaných supervizních kazuistik porodních asistentek ... 171
9.5.3 Výzkumy dopadů supervize ... 171
Literatura ... 173

10 Duševní hygiena – praktické postupy (*Iva Štětovská*) ... **175**
10.1 Vymezení pojmu duševní hygiena a jeho vztah ke zdraví ... 175
10.2 Stres a zátěž ... 176
10.3 Individuální odlišnosti ve zvládání zátěže a pomáhající profese ... 178
10.4 Specifika práce zdravotníků ... 179
10.5 Rezervy v každodenním životě (přechodové rituály, sdílení společenství, individuální intuitivní postupy) ... 180
10.6 Strukturované postupy duševní hygieny ... 182
10.7 Sociální opora ... 185
Literatura ... 186

11 Právní aspekty perinatální péče (*Helena Krejčíková*) ... **187**
11.1 Základní principy právní odpovědnosti ve zdravotnictví ... 188
11.1.1 Občanskoprávní odpovědnost ... 188
11.1.2 Správněprávní odpovědnost ... 189
11.1.3 Trestněprávní odpovědnost ... 190
11.2 Práva rodičky ... 190
11.2.1 Právo na informace o zdravotním stavu ... 192
11.2.2 Informovaný souhlas ... 193
11.2.3 Právo na péči poskytovanou na náležité odborné úrovni. Postup *lege artis* ... 196
11.3 Praktické problémy v perinatologii ... 198
11.3.1 Porodní plán ... 198
11.3.2 Otec u porodu ... 200
11.3.3 Péče po narození dítěte ... 200
Literatura ... 203

Rejstřík ... **204**

Souhrn ... **207**

Summary ... **208**

Seznam autorů

Editoři:

Mgr. Lea Takács
Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

PhDr. Daniela Sobotková, CSc.
Pracovní skupina pro raný vývoj dětí při Českomoravské psychologické společnosti, Praha

prof. PhDr. Lenka Šulová, CSc.
Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Autorský kolektiv:

Mgr. Klára Borůvková
Ambulance klinické psychologie pro děti a dospělé, Trutnov

PhDr. Jaroslava Dittrichová, CSc.
Pracovní skupina pro raný vývoj dětí při Českomoravské psychologické společnosti, Praha

MUDr. Petra Hanulíková
2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
Fakultní nemocnice v Motole, Gynekologicko-porodnická klinika

doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.
Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích,
Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze

PhDr. Simona Hoskovcová, Ph.D.
Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

PhDr. Markéta Hrdličková, Ph.D.
Dětské centrum při Thomayerově nemocnici, Praha

Mgr. Zuzana Hrušková
Psychosomatická klinika, Praha
Dlouhá cesta, z.s., Praha

PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.
2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
Fakultní nemocnice v Motole, Oddělení klinické psychologie

JUDr. Helena Krejčíková, Ph.D.
Centrum zdravotnického práva, Právnická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.
Národní ústav duševního zdraví, Klecany
3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

PhDr. Marie Pečená
Ambulance klinické psychologie, Praha

MUDr. Eva Procházková
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
Všeobecná fakultní nemocnice, Gynekologicko-porodnická klinika

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.
2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
Fakultní nemocnice v Motole, Oddělení klinické psychologie

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc.
Nemocnice Jihlava, Gynekologicko-porodnické oddělení

PhDr. Daniela Sobotková, CSc.
Pracovní skupina pro raný vývoj dětí při Českomoravské psychologické společnosti, Praha

PhDr. Iva Štětovská, Ph.D.
Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Mgr. Lea Takács
Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

MUDr. Blanka Vavřinková, CSc.
První česká lékařská společnost, s.r.o., Praha

Seznam zkratek

BAP	bipolární afektivní porucha
BFH	Baby Friendly Hospital
CNS	centrální nervový systém
cPVL	cystická periventrikulární leukomalacie
COPE	Creating Opportunities for Parent Empowerment
CTG	kardiotokografie
DC	dětské centrum
DMO	dětská mozková obrna
ECT	elektrokonvulzivní terapie
EEG	elektroencefalografie
EFCNI	European Foundation for the Care of Newborn Infants
EMG	elektromyografie
EOG	elektrookulografie
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale (Edinburská škála postnatální deprese)
GAD	Generalized Anxiety Disorder (generalizovaná úzkostná porucha)
GIT	gastrointestinální trakt
HIV	virus lidské imunodeficience
IPB	Index přítomné bolesti
JIRPN	jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
KÚ	kojenecký ústav s dětským domovem pro děti do 3 let
MPQ	McGill Pain Questionnaire (dotazník bolesti McGillovy univerzity)
NAPI	Neurobehavioral Assessment of the Preterm Infant
NAS	neonatal abstinence syndrom (abstinenční syndrom novorozence)
NNS	nenutritivní sání
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program
OCD	Obsessive-Compulsive Disorder (obsedantně-kompulzivní porucha)
PBIS	Present Behavioral Intensity Scale
PCP	fenylcyklidin
PCR	polymerázová řetězová reakce
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale (Screeningová škála poporodní deprese)
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder (posttraumatická stresová porucha)
RT	respirační trakt
SC	sectio caesarea (císařský řez, sekce)
SF-MPQ	krátká forma MPQ
SNRI	antidepresiva se zpětným vychytáváním serotoninu a noradrenalinu
SSRI	antidepresiva se zpětným vychytáváním serotoninu
STAI	State-Trait Anxiety Inventory (Dotazník stavu a rysu úzkosti)
STAXI	State-Trait Anger Expression Inventory (Dotazník stavu a rysu zlosti)
STD	Sexually Transmitted Diseases (sexuálně přenosné nemoci)
STDI	State-Trait Depression Inventory (Dotazník stavu a rysu deprese)

VAS	Visual Analogue Scale (Vizuální analogová škála)
VP	vývojová péče
W-DEQ	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

Předmluva

Táto kniha je dielom významných autorov, odborníkov ako teoretických, tak aj klinických disciplín. Svojím spôsobom nadväzuje na predchádzajúce mimoriadne významné dielo „Perinatální neuropsychická morbidita dítěte" pod redakčným vedením prof. MUDr. *Zdenka Štemberu*, DrSc., PhDr. *Jaroslavy Dittrichovej*, CSc., a PhDr. *Daniely Sobotkovej*, CSc., z ktorých posledné dve menované prispeli aj k tejto aktuálnej knihe.

Kniha prináša dôležitý interdisciplinárny pohľad na komplexnú problematiku tehotenstva, pôrodu a perinatálnej starostlivosti so špeciálnym zreteľom na užšie psychologicko-medicínske, ale aj širšie spoločenské aspekty. Vzhľadom na unikátne biologické, medicínske, psychologické aj sociálne charakteristiky tohto obdobia, ktoré predstavuje v mnohých ohľadoch kritické obdobie v živote matky aj jej dieťaťa, sa autori systematicky zaoberajú identifikovaním interakcií rôznorodých faktorov v perinatálnej psychológii a medicíne. Osobitný dôraz kladú na dôležité psychologické faktory a mechanizmy a individuálne psychické prežívanie tehotnej ženy – matky, ktoré patria k najdôležitejším determinantom tejto špecifickej situácie v klinickej praxi. Systematicky vysvetľujú dôležitosť psychologických premenných, ktoré je potrebné chápať ako faktory zásadného významu a prijímať ich ako samozrejmú súčasť modernej koncepcie komplexnej perinatálnej starostlivosti. Okrem aktuálneho prehľadu poznatkov v tejto oblasti sú cenným prínosom aj príklady z klinickej praxe, rovnako tak aj praktické rady a odporúčania pre správnu klinickú prax.

Nechcel by som komentovať jednotlivé kapitoly, pretože táto kniha má hovoriť sama za seba. Je to dielo veľmi vzácne, obohacujúce znalosti a knižnice nielen odborníkov, ale aj vzdelanej laickej verejnosti. Je to dielo s vysoko informačným charakterom. Veľmi silnou stránkou je interdisciplinárna škála odborníkov od psychológov cez psychiatrov, pôrodníkov, neonatológov a právnikov, ktorí sa zaoberajú komplexnou perinatálnou problematikou. Táto v sebe zahrňuje prenatálne, natálne aj postnatálne obdobie, ktoré sa od seba nedajú oddeliť.

Prenatálna a perinatálna psychológia a medicína je relatívne nový interdisciplinárny vedecký odbor, ktorý sa snaží o integráciu rôznych disciplín a smerov zaoberajúcich sa základnými otázkami života a jeho poruchami. Dôležité je zdôraznenie interdisciplinárneho charakteru, ktorý umožňuje, že rôzne vedecké odbory ako medicína, psychológia, antropológia, etológia, sociológia, filozofia a iné, sa stretávajú, nachádzajú spoločný jazyk a prechádzajú procesom vzájomného plodného a kreatívneho ovplyvňovania.

Prenatálna a perinatálna psychológia a medicína môže súčasne slúžiť ako „psychosomatický" model zdôrazňujúci nedeliteľnosť „psychologických" a „somatických" procesov v nedeliteľnom kontinuu ľudského života od jeho prvých začiatkov a nedeliteľnosť vývoja všetkých funkcií centrálneho nervového systému a imunologických a neuroendokrinných procesov.

Je všeobecne akceptované, že podnety, podmienky a okolnosti, ktorým bol ľudský jedinec vystavený v kritickom prenatálnom a perinatálnom období, ako aj v období včasného detstva predstavujú z hľadiska vývoja „kritické časové okno", v priebehu ktorého dochádza k základnej organizácii mozgových systémov, kľúčovým neuronálnym koordináciám a neurovývojovým procesom, ktoré sa vyznačujú dlhodobým až celoživotným ovplyvnením správania, osobnosti a adaptačných procesov človeka.

Ďalšie dôležité poznatky a prísľuby prináša výskum v oblasti vzťahovej väzby, ktorá vzniká už v prenatálnom období a pokračuje aj v období po narodení dieťaťa. Je známe, že aj v priebehu vytvárania tohto vzťahu, vrátane prenatálneho obdobia života, dochádza k mimoriadne dôležitým reguláciám, ktoré ďalej modulujú neurobehaviorálne stratégie, adaptačné mechanizmy a osobnostné charakteristiky jedinca.

Prenatálna fáza života tak predstavuje unikátnu a neopakovateľnú možnosť primárnej prevencie psychických, emocionálnych, fyzických a sociálnych porúch v ďalšom živote. V tomto štádiu môžeme rozvinúť preventívne postupy k zníženiu prenatálnej, perinatálnej a postnatálnej chorobnosti, predčasného pôrodu a v konečnom dôsledku aj perinatálnej úmrtnosti. Primárna prevencia začína hlbokým rešpektom pre prenatálne dieťa v jeho prvej ekologickej pozícii v maternici a rešpektom pre matku aj pre dieťa pri pôrode, ktoré by sa malo privítať s veľkou dôstojnosťou ako rovnocenný partner v spoločnosti.

Záverom chcem povedať, že predložená kniha „Psychologie v perinatální péči" má univerzálne hodnoty a zaslúži si byť preložená aj do iných jazykov. Táto publikácia je vzácnym skvostom do klenotnice odbornej literatúry a patrí do každej knižnice vedeckých inštitúcií ako aj klinických pracovísk a pedagogicko-sociálnych zariadení, ale nájde si svojich vďačných záujemcov aj vo vzdelanej laickej verejnosti. Je knihou pre inteligentného čitateľa. Veľmi úprimne odporúčam túto knihu všetkým, ktorí sa zaoberajú prenatálnou a perinatálnou problematikou a rovnako aj rodičom. Prajme jej šťastnú cestu do života a nech poskytne okrem odborných poznatkov aj veľa kreatívnych podnetov a radosti.

Dr.h.c. mult. prof. Peter G. Fedor-Freybergh, MD, PhD.

gynekológ a pôrodník, psychiater a detský psychiater

riaditeľ Ústavu pre prenatálnu a perinatálnu psychológiu, medicínu a integrované neurovedy, Vysoká škola sv. Alžbety v Bratislave

šéfredaktor, Neuroendocrinology Letters, including neuroscience, neurophysiology, neuropsychopharmacology, psychoneuroimmunology, reproductive medicine, chronobiology and human ethology

šéfredaktor, Biogenic Amines – International Journal of Stress and Neuroprotection

šéfredaktor, Activitas Nervosa Superior Rediviva – International Journal for Integrated Neurosciences

zakladateľ a šéfredaktor, International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine

Úvod

Naším cílem bylo napsat knihu, která by poukázala na důležitost psychologické problematiky v široké oblasti perinatální péče a zároveň by zdravotníkům působícím v tomto oboru sloužila jako praktický „pomocník" v náročných situacích. Při výběru témat jsme se proto zaměřili na problematické a krizové situace, mezi něž patří například operační porod, porod drogově závislé rodičky, poporodní psychické poruchy u matek, narození nemocného či nedonošeného dítěte či krajní situace perinatální ztráty. Snažili jsme se přitom sledovat perspektivu všech aktérů perinatální situace; zájem je zacílen nejen na jedinečnou situaci rodičky a jejího dítěte, ale též na ošetřující personál. Knihu jsme navíc koncipovali tak, aby se nesoustředila jen na průběh náročných situací samotných, nýbrž i na to, jak se mohou zdravotníci vyrovnávat se stresem, který jim tyto situace přinášejí, či jak mu mohou – v lepším případě – předcházet. Zařadili jsme i kapitolu o právních otázkách, neboť znalost práv obou stran (rodiček i zdravotníků) je důležitá nejen pro vlastní právní ochranu všech zúčastněných, ale i pro vzájemnou respektující komunikaci.

Kniha je společným dílem autorů z různých oborů (psychologie, medicíny, práva), kteří se na poli perinatální péče setkávají nebo by se zde setkávat měli. Právě interdisciplinární složení autorského týmu je výzvou jak pro jednotlivé autory, tak i pro čtenáře, kteří někdy mohou být uzavřeni v rámci svého profesního vzdělání a konkrétních profesních nároků. Při mezioborové spolupráci může docházet jak ke vzájemnému obohacování, tak také ke konfrontacím, vzájemnému neporozumění či zklamávání. Přes toto riziko předkládáme čtenáři interdisciplinární pohled na problematiku péče o těhotné a rodící ženy, ženy po porodu a jejich novorozené děti a věříme, že se tato kniha může stát užitečnou pomůckou pro všechny odborníky, kteří se na této péči podílejí – gynekology, porodníky, porodní asistentky, neonatology, zdravotní sestry a další. Domníváme se, že bude přínosem také pro psychology, psychiatry či další odborníky se zájmem o perinatální péči a že může být rovněž cenným zdrojem informací pro nastávající rodiče.

Jsme si vědomi toho, že některá z doporučení prezentovaných v této knize jsou ve stávajícím systému poskytování zdravotnické péče proveditelná jen obtížně, resp. že by jejich uvedení do praxe vyžadovalo zlepšení podmínek, za nichž zdravotníci péči těhotným, rodičkám, ženám v šestinedělí a jejich dětem poskytují; zmiňme například problém nedostatku času a financí pro zavedení pravidelných supervizí. Těmto tématům ponecháváme v knize prostor navzdory tomu, že se tak vystavujeme výtce jisté „odtrženosti od reality". Máme však za to, že jde o důležité otázky, jejichž řešení by mohlo přispět ke zvýšení kvality perinatální péče, a že je proto potřebné, aby postupně vešly ve známost jak u samotných zdravotníků a dalších odborníků, kteří na této péči participují, tak i u osob, které se podílejí na vytváření koncepce zdravotní politiky.

Rádi bychom na tomto místě poděkovali všem recenzentům této knihy, MUDr. PhDr. Pavlu Čepickému, CSc., MUDr. Radovanu Hrubému, Ph.D., Mgr. Zuzaně Masopustové, Ph.D., a doc. MUDr. Martinu Procházkovi, Ph.D., za jejich cenné připomínky. Velký dík patří dále MUDr. Magdaleně Chvílové Weberové za doplňující informace a poskytnutí dvou fotografií a prof. MUDr. Zdeňku Štemberovi, DrSc., za jeho odborné připomínky. Děkujeme i porodním asistentkám Marii Vnoučkové a Jitce Vařákové, že věnovaly svůj čas přečtení rukopisu a obohatily nás o své názory. V neposlední řadě děkujeme prof. Peterovi G. Fedor-Freyberghovi, MD, Ph.D., Dr.h.c. mult., který stál u zrodu prenatální a perinatální psychologie a medicíny, za jeho ochotu napsat k této knize předmluvu.

Lea Takács, Daniela Sobotková, Lenka Šulová
Praha, listopad 2014

1 Komunikace v perinatální péči

Lea Takács, Marie Pečená

Dobrá komunikace s rodičkou je klíčovým momentem pro navázání vztahu důvěry a další bezproblémovou spolupráci. Vhodnou komunikací lze u rodičky a nedělky snížit úzkost a stres a přispět k pozitivnějšímu prožívání porodu a poporodního období a k větší pacientské spokojenosti. Schopnost podat včas a vhodným způsobem důležitou informaci či projevit podporu v okamžiku, kdy to žena potřebuje, často rozhodne o celkovém hodnocení perinatální péče. Dobrá komunikace je zároveň nejefektivnější prevencí případných stížností či žalob, které jsou v oboru porodnictví častější než v jiných specializacích, neboť porod a období šestinedělí mají jakožto emočně náročné situace mimořádný potenciál pro vznik pocitů nespokojenosti a zklamání (Knowles, 2007). Stížnosti na skutečná či domnělá medicínská pochybení bývají často zástupné a mnohdy se za nimi skrývají problémy psychologické, především neuspokojivé interakce rodičky, případně jejích rodinných příslušníků, se zdravotníky.

Cílem této kapitoly je shrnout hlavní předpoklady a charakteristiky efektivní komunikace mezi zdravotníkem a rodičkou, upozornit na nejčastější chyby, které komunikaci narušují či znemožňují, nastínit, jak lze prostřednictvím vhodné komunikace u rodičky rozptýlit strach, stres či hněv, popsat pravidla pro sdělování špatných zpráv a formulovat doporučení pro zvládání nejčastějších problematických situací.

1.1 Rodička a zdravotník – dvě odlišné perspektivy a východiska

Ačkoli jde zdravotníkům i rodičkám o stejnou věc, totiž o to, aby porod proběhl co nejlépe a matka i s dítětem byly zdrávy, jejich situace je odlišná – v porodnici zastávají rozdílné sociální role a jejich vzájemný vztah má pro každého z nich jiný význam a jinou hodnotu. Zdravotník je profesionál, který chce v první řadě dobře odvést svou práci, a i když se snaží rodící ženě porozumět a vžít se do jejích pocitů, nebývá na jejím osudu emočně angažován. Jakkoli se postavení rodičky v systému porodnické péče pozvolna posiluje, asymetrie ve vztahu rodička–zdravotník je ve své podstatě nezrušitelná. Zdravotník je v porodnici na své, „domácí" půdě, je to on, kdo poskytuje pomoc a kdo nese odpovědnost za rozhodnutí v případě akutní krize. Považuje za samozřejmost, že může vstupovat do intimního prostoru rodičky, obráceně je to naopak nepředstavitelné. Pozice zdravotníka je v hierarchické a přísně strukturované instituci nemocnice pevně ukotvená a pojí se s ní (zvláště v případě lékařů) vysoký sociální status. Rodička naproti tomu vstupuje přijetím do porodnice na „cizí" půdu a ocitá se ve vztahu závislosti co do většiny svých potřeb. To v ní může vyvolávat pocit odkázanosti, nebo dokonce bezmoci. V jejím těle se odehrává proces, který nemá pod kontrolou, a k pocitům odkázanosti se tak může přidružovat i úzkost a strach. Hormonální změny zvyšují senzitivitu vůči prostředí, především vůči naladění a postojům zdravotnického personálu (Kodyšová, 2014), a žena se stává velmi zranitelnou; zároveň pociťuje silnou potřebu emoční podpory. Na rozdíl od zdravotníků, pro něž je porodní situace každodenní zkušeností, je pro rodičku její porod událostí výjimečnou, emočně nabitou a v mnoha případech i zcela novou a neznámou.

1.2 Budování důvěry: respekt, zájem, empatie a vyjádřené porozumění

Rozdíl v perspektivě rodičky a zdravotníka předznamenává jejich vzájemnou komunikaci. To, zda se mezi nimi podaří navázat vztah důvěry, závisí v první řadě na schopnosti zdravotníka reflektovat výše zmíněnou asymetrii ve vztahu k rodičce a uvědomit si z ní plynoucí závazek jednat s rodící ženou s maximální ohleduplností a pochopením. Vytvoření vztahu důvěry předpokládá respekt a úctu k rodící ženě a akceptování prosté hodnocení. To ovšem neznamená, že by měl zdravotník bez výhrad souhlasit se vším, co rodička říká či požaduje; jde spíše o požadavek **afektivní neutrality** v situaci vzájemné neshody (Schüler, Dietz, 2004). Podle tohoto požadavku má být profesionál schopen kontrolovat negativní emoce, které v něm chování či požadavky rodičky mohou vyvolávat, a udržet vstřícný postoj a věcnou rovinu dialogu. Respekt a úcta k rodící ženě by měly být zachovány bez ohledu na to, zda se rodička chová konstruktivně či nikoli; rodička se nachází ve výjimečné situaci, a má proto právo na celou škálu projevů (pláč, křik atd.). Zdravotník je ve srovnání s rodící ženou ve snazší pozici – není pohlcen emocemi a paralyzován bolestí a snáze si zachovává racionální kontrolu, byť nelze opomenout, že je pod tlakem odpovědnosti za výsledek porodu. Je nicméně na něm, aby se přizpůsobil potřebám rodičky a vyšel jí v maximálně možné míře vstříc, a to i tehdy, když její chování a projevy vnímá jako neadekvátní či přehnané.

Nezbytnou podmínkou pro navázání vztahu důvěry je i projevení skutečného zájmu o rodící ženu a její situaci. Zájem o druhého se vyjadřuje především neverbálně – přikývnutím, pohledem, nakloněním hlavy směrem k druhému (více o neverbální komunikaci viz kap. 1.4). Projevem zájmu však může být i mlčení, například necháme-li po prožití emočně náročné situace (např. po sdělení špatné zprávy týkající se zdraví rodičky či jejího dítěte) ženě prostor, aby řekla, co říct potřebuje, a nabízíme jí jen tichou přítomnost. Na druhé straně mlčení v situaci, kdy nám žena sděluje něco závažného, u ní povede spíše k pocitu, že jí nevěnujeme pozornost. K projevům zájmu patří i naslouchání, a to nejen ve smyslu vnímání toho, co žena říká, ale i toho, jak to říká a jak se při tom cítí (tj. dekódování latentního obsahu). Zvláště v situaci, kdy žena čelí krizové situaci (např. perinatální ztrátě), je vhodnější více naslouchat než mluvit a nespěchat s udílením rad.

Mezi zdravotníky se občas objevuje názor, že pocity rodičky jsou ve srovnání s jejím zdravotním stavem druhořadou záležitostí. Avšak právě schopnost porozumět emočnímu rozpoložení rodící ženy či nedělky a vidět situaci z její perspektivy má při budování vztahu důvěry mimořádnou důležitost. Porozumění můžeme projevit například tím, že zopakujeme několik posledních slov sdělení rodičky, resp. nedělky (tzv. zrcadlení); navrhneme alternativní pohled na věc; shrneme, co řekla, a zdůrazníme důležité momenty; požádáme o vysvětlení a doplnění; upozorníme ji na to, co případně přehlédla; poukážeme na momenty, které sice vyslovila, ale nepřikládala jim podle našeho soudu dostatečný význam; formulujeme svůj závěr z řečeného, a to tak, aby žena měla možnost tento závěr korigovat – neformulujeme jej jako přímou otázku, ale spíše jako tvrzení, které vybízí k reakci (např.: *„zdá se, že je pro vás tato situace…"*; *„vypadá to, jako byste…"*) (Beran et al., 2010; Lohmann, 2007; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

1.3 Model komunikace: symetrie a emoční podpora

1.3.1 Symetrická a asymetrická komunikace

Bylo již řečeno, že ve vztahu rodička–zdravotník existuje asymetrie, jejímž hlavním zdrojem je odkázanost rodičky na zdravotníky. Tuto asymetrii lze do značné míry kompenzovat takovou komunikací, při níž dá zdravotník rodičce najevo připravenost akceptovat ji jako rovnocenného partnera. Symetrická komunikace je navozena tím, že lékař či porodní asistentka formuluje své rady jako návrhy a doporučení, bere ohledy na přání a požadavky rodičky, podá jí dostatečné informace, vysvětlí jí důvody pro svá rozhodnutí a ponechá jí dostatek prostoru, aby se mohla doptat na případné nejasnosti. Rodička tak může v komunikaci figurovat jako aktivní činitel, a nikoli pouze jako pasivní příjemce (Takács et al., 2011).

„Jsem ráda, že jsem to byla já, kdo měl poslední slovo při veškerých úkonech. Nenařizovali, nabízeli paletu možností vhodných pro danou chvíli a společně jsme zkoušeli a vybírali, co mi nejlíp vyhovuje."

„Doktor mi řekl, že pokud chci normální porod, tak to bude trvat dalších třeba 10–12 hodin. Takže jestli na tom trvám, tak to můžeme nechat běžet. To se mi líbilo. Za prvé se mnou opravdu mluvili a vysvětlovali mi všechno, co se bude dít, a za druhé mi dali vybrat, i když jsem neměla porodní plán. To oceňuju."

„Sestřičky mi skoro vždycky nabídly různé možnosti a já jsem se mohla sama rozhodnout. To na vás působí taky mile, že tam má váš názor nějakou hodnotu."[1]

Asymetrie ve vztahu rodička–zdravotník je naopak zdůrazněna stylem komunikace, kdy lékař či porodní asistentka vystupují v roli bezvýhradných autorit, určují průběh rozhovoru, prosazují své hledisko a neberou v potaz hledisko rodičky, její prožitky a potřeby. Od rodičky se očekává, že zaujme pasivní postoj, bude dělat to, co se jí řekne, a nebude vstupovat do procesu rozhodování. Asymetrický postoj je často výrazem – mnohdy dobře míněného – přesvědčení zdravotníka, že on ví, co je pro rodičku nejlepší.

Rodička například projeví během vyšetření obavy, ale lékař to přejde bez odpovědi a hned se obrací v jiné věci na přítomnou porodní asistentku.

„Ani jeden člověk z personálu se nepředstavil, vizity probíhaly při snídani. Když vešel lékař, netušila jsem, že je to lékař (nikdy předtím jsem ho neviděla), a ještě byl protivný, že jsem si dovolila snídat, když je vizita."

„Pan primář působil nadřazeně a při vizitě se mi ani neobtěžoval sdělit, jestli už půjdeme domů, v tu chvíli to řekl pouze ošetřující lékařce, ačkoli jsem stála před ním."

[1] Příklady z praxe uvedené v tomto textu pocházejí z dat získaných v rámci výzkumných projektů „Psychosociální klima porodnice – teorie a diagnostika", GAUK, projekt č. 316111, 2011–2013, a „Psychosociální klima porodnice očima rodičky", Interní grant FF UK, 2010. Výsledky těchto výzkumů jsou zohledněny i v praktických doporučeních uvedených v této kapitole.

Vztahy symetrie a asymetrie jsou přehledně zachyceny v tzv. **transakční analýze**, jejímž autorem je americký lékař a psychiatr Eric Berne. Berne rozlišuje tři stavy ega, které představují rozdílné soustavy modelů chování: *Rodič, Dítě, Dospělý* (Berne, 1970). Stav *Rodič* odráží zkušenosti s rodičovskými postavami – aktivuje-li jedinec tento stav ega, oživí modely chování, které převzal od svých rodičů. Stav *Rodič* se podle něj projevuje vždy, když jednáme podle předem daných pravidel a zažitých automatismů. *Rodič* může být buď pečující, ochraňující a projevující zájem, nebo naopak kritický, zlostný, prosazující svou moc, ovládající a omezující. Probudí-li v sobě jedinec stav *Dítě*, jeho reakce bude odpovídat regresi na úroveň dětství. Stav *Dítě* lze rovněž dále diferencovat: dítě v nás může být spontánní, zvědavé a hravé, nebo podrobivé, poslouchající příkazy a plnící požadavky (Kratochvíl, 2006). Konečně stav *Dospělý* představuje snahu o nezávislé a objektivní zhodnocení situace. Jednání *Dospělého* je nezaujaté, není vedeno ani dětskou spontaneitou a emocionalitou, ani předsudky či tradovanými pravdami převzatými od autorit, ale pouze vlastním rozumovým nahlédnutím.

Podle Berna může člověk v konkrétní situaci zapojit kterýkoli z těchto tří stavů ega a není vyloučeno ani to, že bude tyto stavy v rámci jedné situace průběžně měnit. Každý člověk v sobě skrývá všechny tři aspekty (*Rodiče*, *Dítě* i *Dospělého*) a závisí na jeho zkušenosti, osobnostních charakteristikách a povaze dané situace, který z těchto tří stavů v dané chvíli aktivuje.

Berne svým pojetím tří stavů ega přinesl zásadní příspěvek k teorii komunikace, neboť v **komplementaritě**, resp. **křížení tzv. transakcí** mezi mluvčími lze spatřovat hlavní zdroj bezproblémové či naopak konfliktní interakce. **Komplementární komunikace** nastává tehdy, když jsou oba mluvčí srozuměni jak s pozicí vlastní, tak s pozicí druhého, tj. akceptují postavení druhého a zároveň jsou akceptováni v postavení, na které sami aspirují. Rodička se například k porodní asistentce obrací jakožto *Dospělý* k *Dospělému* a porodní asistentka jí odpovídá rovněž jako *Dospělý Dospělému* (obr. 1.1). Komplementární je však i komunikace, kdy se rodička vztahuje z pozice *Dítěte* k porodní asistentce jako k *Rodiči* a porodní asistentka tento typ transakce akceptuje, tj. zaujme pozici *Rodiče* a obrací se k rodící ženě jako k *Dítěti* (obr. 1.2). Žena se například ocitne během porodu v situaci, kdy si neumí poradit a žádá pomoc – dává najevo potřebu opřít se o někoho, kdo se o ni postará. V odpovědi na to zareaguje zdravotník adekvátně, zaujme-li roli ochránce (lékař) či poskytne-li ženě mateřskou péči (porodní asistentka).

Asymetrie v komunikaci tedy nemusí být sama o sobě nutně něčím nežádoucím. Problematická je tehdy, jedná-li se o **komunikaci křížovou** (obr. 1.3), při níž k sobě partneři hovoří z jiných úrovní, než na kterých je vidí jejich protějšek. Vrátíme-li se tedy k našemu příkladu, lékař či porodní asistentka by měli ve chvíli, kdy krizová situace pomine a rodička se vrátí opět do pozice *Dospělého,* obnovit symetrickou komunikaci a vrátit ženě její kompetence. Jinak by ji udržovali v pozici *Dítěte* déle, než by jí bylo milé, a výsledkem by mohl být konflikt.

Zdrojem konfliktu jsou velmi často právě situace, kdy rodička aspiruje na interakci *Dospělý* ↔ *Dospělý*, avšak reakce zdravotníka vychází z úrovně *Rodič* a míří k úrovni *Dítě*. Jinak řečeno: rodička se v komunikaci se zdravotníkem cítí být rovnocenným partnerem, setkává se však s asymetrickou reakcí.