

Specifika psychosociálního přístupu v porodnictví

doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph. D.

Zdravotnictví a medicína, 17. 12. 2014

Porodnictví je jednou z oblastí zdravotnictví, kde prožívání zdravotního stavu je zásadně ovlivněno kvalitou terapeuticko-ošetrovatelských procesů. Uplatňování psychologie v porodnictví úzce souvisí s bio-psycho-sociálním vývojem ženy a s identifikací s ženskou rolí, kterou by si měla správně osvojit.

Příspěvek se věnuje problematice psychosociálního přístupu zdravotníků v oblasti porodní a poporodní péče.

Úvod

Těhotenství a porod jsou fyziologické děje, v jejichž průběhu se mohou vyskytnout různé závažné komplikace. Především porod je velmi ovlivnitelný psychosociálními okolnostmi, které jej mohou zpomalit až zastavit, nebo naopak aktivně podpořit. V komplexní péči by mělo být cílem postihnout somatický, psychický stav ženy, ale i sociální pozadí jejího života. Cílem psychosociální anamnézy je pak vytipovat ženy, které potřebují pomoc psychologa. V lékařské sociologii jsou uváděny dva modely zdravotní péče v těhotenství a při porodu, a to lékařský a porodně-asistentský nebo také sociální. Lékařský model je popisován jako mužský a zaměřený na lékaře. Vyzdvihuje objektivitu, dualismus těla a duše, intervence, lékařské statistiky a vnímá těhotenství a porod jako fyziologický děj vyžadující neustálý lékařský dohled a zásah při sebemenším náznačce patologie. Sociální model je popisován jako ženský, subjektivní, holistický a zaměřený na ženu-pacientku, vyzdvihuje individuální přístup a navíc k lékařskému modelu, jehož cílem je zdravá a živá matka a dítě, usiluje i o uspokojení individuálních potřeb matky a dítěte.

V ČR převládá lékařský přístup

Některé aspekty péče v minulosti se sice změnily a nadále mění dle požadavků rodiček (přítomnost otců u porodu, jistá možnost volby polohy při porodu), postupné ustupování od některých rutinních praktik (například nálev, holení či separace dítěte od matky) v posledních 20 letech nezaznamenalo větších systémových změn. Většině žen v ČR tento model vyhovuje.

Psychologický přístup v péči o ženu v ženském lékařství vychází z pozitivního vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientkou. Důležitou součástí péče je připravit ženy na těhotenství obecně, pak na průběh porodu a poporodní období. Ženy-rodičky trpí vysokým stupněm strachu a úzkosti nejen z porodu a s ním spojenými bolestmi, ale také z nezvládnutí rodičovské role a péče o dítě. Samozřejmostí by mělo být ohleduplné a taktické jednání. Zdravotníci by měli být schopni poskytnout dostatek informací o zdravotním stavu rodičky i dítěte a umožnit ženě a blízkým osobám pravidelný kontakt.

Psychosociální aspekty

Těhotenství a porod patří mezi vrcholné a neopakovatelné zážitky v životě ženy. Je známo, že dobrý psychický stav těhotné a rodičící ženy se pozitivně podílí na fyziologickém průběhu gravidity a porodu a následně významně ovlivňuje psychosomatický stav narozeného dítěte. Provázanost porodního procesu s emocemi a prožíváním je velmi složitá. V první řadě do procesu vstupuje osobnost rodičící matky, její tendence určitým způsobem reagovat a prožívat

sociální interakce s okolím. Tyto tendence společně určují, do jaké míry žena vyhodnotí prostředí, v němž rodí, jako bezpečné.

Cítí-li žena při porodu bezpečí, mohou se optimálně vyplavovat hormon oxytocin a endorfiny, které porodní proces spouštějí a podporují, a vedou tak k jeho plynulosti. Naopak při pocitu ohrožení dochází k vyplavování katecholaminů (stresových hormonů), které porodní proces, zvláště v první době porodní, zpomalují či zastavují. Pocity úzkosti a ohrožení v průběhu porodu mohou vést až k ohrožení plodu. Rodička potřebuje intenzivně cítit, že její chování a rozhodnutí mají vliv na to, co se s ní děje. Pocit kontroly nad procesem porodu je pro porodní zážitek důležitější než např. tlumení bolesti, které oproti očekáváním vede u většiny žen k negativnímu hodnocení porodního zážitku. Pokud je rodička ve fyzické či psychické nepohodě, stoupá riziko hypoxie plodu či zpomalení porodu. Ten je pak častěji ukončen císařským řezem. Komplikace pro novorozence po porodu císařským řezem jsou dobře známy. Také častá separace novorozence od matky, v českém porodnictví rutinně daná ošetřováním obou odděleně, z psychologického hlediska zásadně negativně ovlivňuje navázání vztahu mezi matkou a dítětem a z fyziologického hlediska ohrožuje zahájení laktace.

Ohrožení vztahu matky a dítěte

Období bezprostředně po narození dítěte je i z hlediska psychologie obzvláště citlivé. Čtvrtá doba porodní, tzv. bonding (připoutání k matce, hlavně prvních 12 hodin po porodu, okamžité přiložení dítěte k matčinu prsu bezprostředně po porodu apod.) a podpora rané vazby mezi matkou a dítětem velmi silně ovlivňují prožívání pocitu kontroly nad porodním procesem. Rodící žena nutně potřebuje mít kontrolu nejen nad tím, co se děje při porodu s jejím tělem, ale také nad tím, co se děje s jejím dítětem. Dle závěrů pozorování odborníků z oblasti klinické psychologie se u nás při narození dítěte stále upřednostňují hygienická rutina a klasické zdravotnické postupy vedoucí k separaci dítěte od matky před psychologickými potřebami matky a dítěte. Tato situace se ale zlepšuje, například formou hospitalizace rooming-in. Po fyziologickém porodu nestojí nepřerušovanému kontaktu matky s novorozencem v cestě nic kromě rutinních postupů zdravotníků. Strach o novorozené dítě vede personál k jeho ošetřování a zajišťování základních fyziologických potřeb (např. potřeby tepelné pohody) technickými postupy (vyhřívané podložky) namísto využití tepla z matčina těla a podporování vzájemné vazby matky a dítěte (bonding). Mateřské chování přitom stimuluje i oční kontakt matky s dítětem.

Neporozumění mezi rodičkou a zdravotníky

V Lékařských listech č. 9/2009 vyšel článek soukromého gynekologa a porodníka, který si přál zůstat v anonymitě. Autor článku popisuje „katastrofální zhoršení vztahů“ mezi porodníky a rodičkami slovy „rodička nevěří porodníkovi“ a „porodník nevěří rodičce“.

V posledních 20 letech prostory většiny porodnic prodělaly proměnu směrem k domáctějšímu stylu a doprovod u porodu (i když za poplatek a většinou pouze jedna osoba) se stal téměř normou. Stále se však jedná o tzv. vnější změny v porodnictví. Přístup personálu (vnitřní změny) prošel změnou minimální. Jde přitom o významný prvek vedoucí k „zlidštění porodnictví“.

Je pochopitelné, že je situace pro zdravotníky účastníci se porodu náročná. Často nabízejí analgezií, urychlení porodu či jiné metody, kterými se snaží dovést porod k rychlému a zdárnému konci. Žena však v tuto chvíli potřebuje mnohem více emoční přijetí a ubezpečení, že si vede dobře. Vzniká tak paradoxní situace, v níž každý mluví jiným jazykem, rodička instinkty a personál racionálně.

Zdravotníci, kteří se cítí ženiným chováním frustrováni ve svém úsilí jí pomoci, označují rodičí ženu za nespolutracující a mohou na ni reagovat až agresivně. Obecně a ideálně by měl systém péče směřovat k modelu péče one-to-one, kdy jeden zdravotník (porodní asistentka či lékař) pečuje o ženu a následně i dítě v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, jak je obvyklé v zahraničí. Tento systém poskytuje zdravotníkovi i ženě prostor pro vzájemnou důvěru a lepší spolupráci.

Strategie komunikace v porodnictví

Komunikace s rodičkou by měla vycházet ze zásad vzájemného vztahu.

1. Informovat ženu o průběhu porodu a jeho jednotlivých fázích, umožnit účast v předporodní psychoprofylaktické přípravě.
2. Pokud to bude možné, promítnout rodičce videofilm s průběhem porodu i tím, co se děje bezprostředně po něm (výzkumy ukázaly, že po promítnutí videozáznamu s tím, co je čeká, se stres pacientek až trojnásobně snižuje).
3. Zdravotníci by měli odpovídat pravdivě na všechny ženiny dotazy.
4. V případě celkové i epidurální formy anestezie při plánovaném císařském řezu je třeba ženě vysvětlit postup anestezie a další pooperační průběh.
5. V případě epidurální anestezie na žádost rodičky je stejně důležité vysvětlit možná rizika této aplikace.
6. V případě spontánního porodu vysvětlit možný způsob úlevy od bolesti.
7. Doporučit nacvičení postupů, jako jsou dýchání, relaxace, speciální uvolňovací cviky, masáže, apod.
8. Zdůraznit časovou přechodnost jednotlivých nepříjemných úseků ve fázích porodu.
9. Pokud je to možné, je vhodné vyjádřit přesvědčení o normálním průběhu porodu.
10. Podporovat rodičku.

Komunikace během porodu by se měla odvíjet od následujících zásad:

1. Během porodu komunikujeme s pacientkou klidným, vstřícným tónem.
2. Vyjadřujeme podporu a po rozumění.
3. Pravdivě informujeme rodičku o průběhu a stavu dítěte.
4. Šetrně provádíme vyšetření a informativně je komentujeme.
5. Ženu uklidňujeme a podporujeme.
6. Dáváme přesné, klidné, sugestivní a krátké instrukce a informujeme o výsledku.
7. V poslední fázi upozorňujeme na časovou ohraničenost nepříjemných pocitů.
8. Informujeme ženu o postupu probíhajícího porodu („už vidím hlavičku, už máme venku rameno...“).
9. Bezprostředně po porodu ukážeme dítě matce a dáme jí ho do náruče ihned, jakmile to bude možné.
10. Informujeme matku o dalším postupu.
11. Porod ukončíme i slovně.

Závěr

Vytváření pozitivního vztahu mezi zdravotníkem a pacientem patří k základům profesního zrání personálu. Správný psychologický přístup v péči o ženu v oblasti předporodní, porodní a poporodní péče pomáhá všem zvládnout novou náročnou životní situaci. Na tuto činnost musí být připraveni nejen zdravotníci, ale i ženy připravující se na novou sociální roli, roli

matky. Základem vzájemné spolupráce a zdárného průběhu tohoto terapeuticko-ošetřovatelského procesu je vzájemná důvěra, ohleduplné, taktní a odborné jednání, vhodná komunikace zaměřená na dostatek informací, snižování strachu a úzkosti, pocitů nejistoty a emocionální lability. Správný přístup a respekt k pacientům zůstává stále jednou z nejdůležitějších složek profesionálního chování zdravotníků.

Zpracovatel: Anopress IT a.s.

<http://lf.osu.cz/>