

POROD A TRAUMA V ČR

Problem statement

Každý člověk přichází na svět skrze porod, zásadní, nicméně náročný moment.

Avšak až 30%¹ žen-rodíček svůj porod popisuje jako traumatizující nebo negativní zážitek. Taková zkušenost může dále negativně ovlivňovat život jich samotných, partnerů, dětí, i celé rodiny (1, 59, 11, 14, 27). Traumatizace totiž může ovlivnit vazbu matky na dítě i širší rodinné vztahy (12, 56)

Známe taková svědectví ze svého bezprostředního okolí a čím dál tím častěji i z médií, musíme se tedy ptát, proč během porodu v českých porodnicích k traumatizaci tak často dochází. Traumatizace² je tedy centrálním problémem naší práce a odpovědi po příčinách hledáme skrze mapování systému českého porodnictví jakožto prostoru, kde k traumatizaci dochází. Ptáme se, která nastavení tohoto systému traumatizaci přímo způsobují, umožňují její incidenci či která nastavení zamezují jejímu předcházení.

Trauma z porodu je problém globální. K problému se opakovaně vyjadřuje WHO³ (41, 42), v jejích prohlášeních je popisován globální jev **nerespektujícího přístupu a násilí během porodu**, kterému jsou rodíčky v současnosti vystaveny. Jedná se o situace, které přímo rozporují práva žen-rodíček na důstojnou péči, v některých případech jde až o zásah do práv na život, zdraví (psychického i fyzického) či tělesnou integritu.

Naše mapování se zaměřuje na realitu ČR, je ale do jisté míry přenositelné i do mezinárodního kontextu. Dotýká se totiž základních západních kulturních nastavení ve vnímání zdraví, vztahu k autoritě nebo snahy zajistit "vítězství nad smrtí".

¹ Pro samotnou ČR jsme nenašly dostatečně jasná data. Ve studiích z prostředí USA a Austrálie se odhaduje traumatizující zkušenost u jedné třetiny rodíček (11), výzkumný tým DEVOTION CA18211 uvádí stejné číslo i v evropském kontextu. Z různých prací provedených v ČR nelze usoudit na přesné číslo, pouze to, že u nás k traumatizaci ve velké míře dochází (56, 57, 58)

² *Traumatizací* pro potřeby naší práce chápeme nikoli pouze samotnou diagnózu PTSD (konkrétně post-partum PTSD). To chápeme pouze nejvyostřenější modalitu (cca 1,2-12% všech porodů) *traumatizujícího prožitku porodu* (až 20% v EU (59) 30% v kontextu USA a Austrálie(11)), tedy prožitku, který účastníci samotní popisují jako v negativním slova smyslu závažný pro svůj život (tj s negativními důsledky, se kterými se museli v nějaké podobě vyrovnávat). Rozlišovat diagnostické termíny od je sice společensky důležité, ale omezit zde tento termín pouze pro samotnou diagnózu by znamenalo opomenout žité zkušenosti tisíců matek, které však mají dopady na život *stejně reálně* jako již diagnostikovaná traumatizace.

³ Dále též třeba UN report: 48. ("A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence")

Metodologie

V našem zkoumání jsme vycházely z primární i sekundární literatury (psychologie, sociologie, antropologie, medicína a další) a ze statistických údajů pro ČR. Vedli jsme rozhovory s místními aktéry a též jsme přihlížely ke svědectvím, jež zpracovaly již předchozí projekty a iniciativy.

V rámci rozhovorů jsme mluvili s:

- více než 8 matek s různorodým socio-demografickým zázemím a rozdílnými zkušenostmi (pozitivními, negativními i přímo traumatizujícími)
- 3 otcové
- 3 lékaři - porodníci z různých částí ČR s odlišnými pohledy
- 2 porodní asistentky
- 2 osobnosti politicky angažované v oblasti
- 2 členky občanské iniciativy spojené s tématem
- antropoložka, jež se tématu dlouhodobě věnuje
- vyučující na zdravotnické VŠ, zaměřený na společenské vědy a etiku

Problém landscape: Vývoj porodnictví v ČR

Česká republika je rozvinutá, silně sociální země centrální Evropy s vysokou úrovní kvality života a dostupným zdravotnictvím (k lékařské péči se v České republice dostane každý, neohledně na socioekonomický status). Dle stávajících statistik se ČR pyšní bezpečným a dostupným porodnictvím s velmi nízkou úmrtností dětí i matek (49). Bohužel se ale globální problém traumatizujících porodů projevuje i zde; patrné je to např. skrz množství stížností a žalob, které na odvětví porodnictví každoročně míří (30, 34).

Pro komplexnější pochopení současné podoby českého porodnictví je potřeba na něj pohlížet v širším historickém kontextu.

V průběhu dějin probíhaly porody v rodinném prostředí, s péčí porodní báby, které své know how získávaly od předchůdkyň (v rámci rodiny či komunity). Až v osvícenství došlo k institucionalizaci *babictví* a vzniku prvních porodnic, v nichž však rodí pouze chudé ženy, které si péči porodní báby nemohou dovolit. První babické školy vznikaly na českém území během 19. století(51).

Situace se zásadně mění po 2. světové válce, kdy dochází k systematizaci zdravotnické péče. S přesunem z domácího prostředí do institucí dochází ovšem také k tzv. **medikalizaci porodu**. Procesu, v němž je určitý problém (zde pravděpodobně vysoká perinatální úmrtnost) zařazena do lékařské sféry vlivu skrze pojmenování/přejmenování či uzpůsobení lékařské instituce, jež se nyní zaměřuje na řešení tohoto problému (4). Medikalizace není inherentně škodlivým jevem, zpravidla se jedná naopak o snahu řešit nějaký nedostatek. Umožňuje ale zpřístupnit danou oblast sociální či státní kontrole, což je důležité reflektovat hlavně v kontextu totalitního státu. V 50. letech se upevnil centralizovaný systém porodnic a z porodů se na území dnešní ČR vytratilo soukromí a možnost individuality. Porodnice se stává „normálním“ místem k porodu, odborná debata je limitovaná a přístup do ní mají jen určité „elity“ režimu (etablovaní lékaři, v té době zpravidla muži). Oblast zdravotnictví se tak uzavírá do jednoho jediného schématu interpretace reality v závislosti na vzdělání a politickém ladění a napojenosti relativně uzavřené skupiny lidí (6). Obor PA se legislativně mění na *ženské sestry* a ztrácí nezávislost na lékařích. Porod je nyní záležitostí, jež vyžaduje chirurga-porodníka. **Fyziologický proces dostává punc nemoci, jež je potřeba léčit, medikalizace nabírá rozměr patologizace** (52). V rámci toho samého systému

docházelo k extrémní formě porodnického násilí a diskriminace, od 60. let 20. století do roku 2010 probíhala praxe nucených sterilizací romských žen (18).

Po sametové revoluci se v roce 1989 otevřela možnost inspirovat se v zahraničí. *Ženská sestra*, Zuzana Štomerová, v polovině 90. let absolvovala několik zahraničních stáží a došlo jí, že péče považovaná v ČR za jedinou možnou, má alternativy. Odstartovala tedy více jak dvacet let trvající snahy za vybudování porodního domu v ČR (52). Odborná diskuze probíhala od začátku velmi emotivně, PA narážely na nařčení, že „ohrožují děti“ (rozhovor s PA), matky, které si zde vybraly родit, byly zase personálem klasických zdravotnických zařízení považovány za „švihlé vegetariánky“ (rozhovor s jednou z matek). Snaha o zavedení praktik běžných v některých západních zemích byla v českém prostředí vnímána jako velmi radikální alternativa.

V novém tisíciletí však dochází k několika kauzám otevírajícím debatu kolem péče o rodičky během porodu a postavení PA. Nejslavnější je proces s PA Ivanou Königsmarkovou, souzenou kvůli domácímu porodu s následnou smrtí dítěte. Dlouhý proces byl silně medializován a vytvořil z otázek autonomie rodičky a role PA společenské téma. Ke změně mentality nejspíše přispívá také posun věku rodiček. Během normalizace byl průměrný věk ženy při narození dítěte kolem a pod 25 let, v roce 2010 se posunul ke 30 letům (53). To může přinášet jiný přístup žen k porodu směrem k lepší informovanosti ohledně vlastních práv. Dle studie je hlavním důvodem pro rozhodnutí родit v domácím prostředí úroveň péče v porodnicích a nerespektující přístup zdravotníků, ženy též uvedly, že by porod doma nevolily, pokud by měly na výběr alternativy jako je individuální péče PA či porodní dům. (54)

Příčiny problému: proč se to děje?

Pro zjednodušení problému si příčiny traumatizace rozdělujeme na dvě úrovně:

- a. mikro: co se konkrétně děje během porodu
- b. makro: co se děje v systému porodnictví

a. Mikroúroveň

(viz model traumatizace)

Hlavními příčinami jsou mezilidské faktory (11), klíčovým je tak **vztah mezi rodičkou a zdravotníkem**. Spouštěčem traumatizace nebývají přímo konkrétní zákroky, ale spíše způsob, jakým jsou prováděny, tedy použití postupů nebo slov, které rodička vnímá jako ponižující, ohrožující, kdy má rodička pocit snížené kontroly nad situací, nebo pokud má omezenou možnost rozhodovat (11,17). Navíc taková situace během porodu nese zvýšené riziko retraumatizace, pokud má zkušenost se sexuálním nebo fyzickým násilím, což se v ČR týká až třetiny žen (36).

Pocit ohrožení navíc může mít, skrze ovlivnění sekrece oxytocinu, dopad na průběh porodu a komplikovat jej (3,26).

K dobré zkušenosti z porodu přispívá respektující komunikace a dostatečné informování rodiček (41), v současném systému ale často přetrvává paternalistické nastavení, které rodičky staví do pasivní role (projevuje se např. nedůsledností při dodržování práva ženy na svobodné a informované rozhodnutí, nebo laxním přístupem k získávání informovaného souhlasu s prováděnými úkony) (38, 39, 41).

WHO (41, 42) popisuje globální výskyt nerespektujícího zacházení se ženami během porodu v rámci zdravotnických zařízení. Tyto praktiky označujeme jako "**porodnické násilí**", které může poškodit psychický či fyzický wellbeing ženy nebo narušit bonding⁴ matky na dítě. Tyto nerespektující praktiky porodnictví popisuje v českém kontextu UNIPA (organizace porodních asistentek) (38) následovně:

1. fyzické násilí - postupy v rozporu s nejnovějšími vědeckými poznatky, legitimní postupy, ale použité bez medicínského opodstatnění (např. tlak na děložní fundus)
2. péče poskytovaná bez informovaného souhlasu
3. nerespektování soukromí a intimity
4. nedůstojné zacházení a emocionální násilí (vyvolání pocitu méněcennosti, vyhrožování, zastrásování...)
5. diskriminace na základě specifických atributů rodičky (rasa, věk, počet porodů, životní styl...)
6. odmítnutí poskytnutí péče
7. zadržování ve zdravotnických zařízeních
8. poškozování vztahové vazby mezi matkou a dítětem (např. separace)

⁴ Bonding je proces navázání vztahu, většinou míněno mezi matkou a dítětem. Je důležitý pro zdravé fungování vztahu dítě-rodič (68).

Globálně mají vyšší pravděpodobnost setkání se s formou hrubého zacházení ženy patřící k etnickým minoritám, s nižším socioekonomickým statutem, s HIV a adolescentky (41). S porodnickým násilím není nutně spojován přímý úmysl zdravotníka. Neděje se z pohnutky ublížit, ale často nevědomě, vlivem systému, ve kterém jsou zdravotníci vzdělávání, ve kterém vykonávají svou profesi, a který toto chování považuje za normální a jako součást snahy "léčit". "Násilí může být prováděno v důsledku převzatých vzorců chování, které postupem času začaly být považovány za normu" (18). Proto se systému zdravotnictví v ČR a jeho institucionálním podobám budeme v textu dále hlouběji věnovat.

b. Makroúroveň

1. Absence jednotných standardů péče o matku a dítě

V České republice momentálně nejsou jednotné standardy kontinuální péče o ženu během těhotenství, porodu a poporodní době. Své vlastní standardy vydávají různé jednotlivé organizace (ČGPs, ČSPA, UNIPA, ČKPA), mezi nimi jsou ale rozpory. To mimo jiné zvyšuje nejistotu zdravotníků - nemohou si být jistí, podle kterých standardů by jejich postup byl hodnocen v případě soudního sporu. (18)

2. Absence kontinuální holistické péče o ženu

V období těhotenství a porodu je žena postupně předávána do péče různých zdravotníků, takže se navzájem mnohem méně znají a je mnohem náročnější přizpůsobit péči individuální situaci ženy. Navíc naprosto chybí systémová péče o matku během šestinedělí, po propuštění z porodnice je žena opět v péči svého praktického lékaře a gynekologa. PA, jež mají být příslušnými odborníky na péči o matku včetně kritického šestinedělí, nejsou dostatečně dostupné.

3. Rozdílná péče v různých nemocnicích v rámci jednoho státu

Absence jednotných standardů péče vytváří také tuto nerovnost. V různých porodnicích v ČR je rozdílná prevalence využívání různých zákroků - to pak znamená, že s každou konkrétní porodnicí se mění šance ženy na zákroky jako je císařský řez nebo epiziotomie. V některých českých porodnicích jsou tyto zákroky výrazně nadužívány, zároveň ale nejsou tato základní data o zákrocích v porodnicích zveřejňována, příp. až s velkým odstupem času a porodnice jsou anonymizovány (32).

4. Omezování porodní asistence

Vzdělávání porodních asistentek (PA) u nás nemá jasnou koncepci, chybí systém postgraduálního vzdělávání a momentálně zde fungují 4 paralelní organizace PA. Pro uhrazení práce vykonané porodní asistentkou je zákonem o veřejném zdravotním pojištění vyžadována indikace lékaře/ky a PA jsou tak hierarchicky řazeny pod ně, i přes to, že by se obsah jejich práce teoreticky překrývat neměl. Jejich kapacita jakožto odborníků na fyziologický porod je tedy nevyužitá, přitom je nejčastějším scénářem porod vedený a zajišťovaný PA, jehož se lékař účastní jen okrajově (44). Navíc pojišťovny neuzavírají smlouvy s dostatečným množstvím PA, k péči se tak omezeně dostanou pouze ženy, které si ji mohou samy proplatit (50). V českém kontextu sice neexistuje zákaz domácích porodů a ze zákona jsou k jeho vedení PA způsobilé, ale technické požadavky de facto znemožňují vedení domácího porodu. Až na jaře současného roku došlo k rozhodnutí plzeňského krajského soudu, který penalizaci PA za asistenci u domácích porodů označil za protiprávní. Nově je tedy v ČR možné asistovat domácím porodům .

5. Přetíženost zdravotnického systému

Podfinancování a nedostatek personálu je v České republice plošným a dlouhodobě skloňovaným problémem. Pro zdravotníky není neobvyklé pracovat i více než 24 hodin bez řádného odpočinku. Únava a psychická nepohoda zdravotnického personálu není nijak podchycena, běžná je absence supervizí či jiných možností usnadňující práci zdravotníků. Nedostatek personálu v porodnicích vede k nadměrné zátěži a v některých případech i k větší traumatizaci. V řídicích pozicích často přetrvávají starší generace a je tedy omezen důraz na důležitost psychohygieny zdravotníků.(34)

6. Důraz na “medicínskou péči” na úkor psychosociální péče

V rámci lékařství a zdravotnictví v porodnictví je kulturně kladen velký důraz na snižování “tělesných” rizik s nedostatečnou pozorností k psychosociální složce péče a zdraví, což se projevuje např. obsahem studia zdravotníků, kde jsou psychosociální a komunikační témata jen okrajová. Tento aspekt se projevuje i v bagatelizaci porodnického násilí a traumatizace rodiček. V evaluaci kvality fungování systému se nepracuje s ukazateli spokojenosti a wellbeingu, ale pouze s údaji o úmrtnosti.

Blokace a řešení

Zde popisujeme klíčové oblasti chápané jako možný prostor ke zlepšení systému péče (viz model řešení a blokace).

1. Jednotné klinické standardy

Tzv. „clinical guidelines“ popisují postupy péče založené na současném vědeckém poznání. Zavádí vymahatelné standardy péče ve zdravotnictví, které zaručují poskytnutí odborné péče klientům a pacientům a zároveň slouží i jako nástroj ochrany pro samotného zdravotníka. Ten se o ně může opřít a mít tak opodstatněnou správnost svého konání (55). V ČR tyto standardy chybí.

K sepsání je totiž potřeba ustanovit expertní multioborový tým, který by byl schopný se u jednoho stolu shodnout na jejich obsahu a podobě. **Dlouhodobě vyostřená debata a silné emoce, které téma u zainteresovaných stran vzbuzuje, však takovému kroku v minulosti již několikrát zamezily** (zdroj: rozhovory).

2. Svobodný přístup k informacím a 3. hodnocení péče

Při výběru zdravotnického zařízení pro porod by žena měla mít právo na informace, umožňující svobodně rozhodnout, které pracoviště zvolí. Zveřejňování dat ohledně poskytované péče specifické pro zdravotnická zařízení je běžnou praxí v některých jiných zemích (Slovensko, UK, Švédsko, Norsko, některé státy USA a Kanady: 61, 62, 63, 64), v ČR ale informace o jednotlivých zdravotních zařízeních nejsou oficiálně souhrnně poskytovány. UZIS data o jednotlivých pracovištích odmítá vydat s odůvodněním, že vydání dat by mohlo vést k poškození zdravotních pracovišť, jelikož by veřejnost mohla informace desinterpretovat (postoj je momentálně žalován u Ústavního soudu a zatím není znám výsledek procesu). Ženy jsou odkázány na neoficiální statistiky (typu Aperio), nebo zkrátka nemají představu. Zveřejňování je ale prospěšné i zdravotnictví. V Británii se při zpřístupnění statistik snížila úmrtnost pacientů (65), zároveň to přináší sjednocující efekt mezi jednotlivými pracovišti.

Zlepšení by též přispělo zavedení otevřeného hodnocení péče samotnými rodičkami.

4. Vzdělávání

Na základě vedených rozhovorů jsme identifikovaly dvě základní oblasti vzdělávání českých zdravotníků, jejichž posílení by mohlo (nepřímo) přispět ke snížení incidence traumatizujících porodů.

- a) Ve studijních plánech je komunikace s pacienty obsažena a studující mají k dispozici volitelné kurzy, ale hlavní struktura studia těmto tématům nedává dostatečný prostor a důležitost. Totéž platí pro kurzy psychohygieny budoucích zdravotníků, jež se již během studia setkávají s velkým stresem a systém nenabízí na narůstající problém odpověď.
- b) Vzdělávání PA zatím dostatečně nereflektuje jejich postavení jako samostatných zdravotnic schopných vést fyziologické porody nezávisle na přítomnosti lékaře. Nabízí se též dát ve studiu více prostoru výuce fyziologického porodu a tím přispívat ke snížení patologizace.

(66 + zdroj: rozhovory)

5. Rozvoj alternativ

Dle doporučení WHO je vhodným místem pro péči o těhotné, rodičky a ženy v šestinedělí zařízení typu porodního domu, zároveň by si takovou alternativu přála řada rodiček (54). V ČR je ale momentálně infrastruktura porodních domů blokována technickými požadavky na vybavení pracoviště PA, které musí zajistit možnost akutního císařského řezu do 15 minut od zjištění komplikací (to je o 5 minut méně, než zákonný dojezd sanitky). Za vznik porodních domů už dlouhá leta lobbují profesní i občanské iniciativy (Štromerová, UNIPA, Apodac), momentálně se znovu otevírají pokusy je zavádět v rámci komplexů již stávajících porodnic jako oddělené úseky (FN Bulovka, Apolinář).

6. Vyjasnění rolí a 7. dostupnost PA

Pokud ženu provádí během těhotenství, porodu a šestinedělí jedna PA, je lépe schopná poskytnout své klientce individuálnější a kontinuálnější péči, čímž by se mohla omezit anonymita, rodička se nyní s personálem setkává většinou až při porodu. Možností je změna zákona o veřejném zdravotnictví, který momentálně ženám umožňuje až 4 návštěvy PA během těhotenství a šestinedělí, ale požaduje indikaci lékaře. Rodičky se tedy k péči často nedostanou, případně ji musí platit samy. Porodních asistentek pracujících komunitně a proplácených pojišťovny je momentálně kritický nedostatek (67). Tento stav je v rozporu doporučením WHO definujícím vhodné úkony v oblasti péče o rodičku

Závěr

Do projektu jsme vstoupily se zaměřením na ženy s traumatickou porodní zkušeností, brzy jsme se však nahlížely na komplexitu problematiky porodnického systému v ČR. Současná situace vede v odhadovaných 30% případech k traumatizaci ženy, dále k traumatizaci jejího partnera, zdravotníků a v neposlední řadě negativně ovlivňuje novorozence. Velký zdroj příčin problémů i potenciálních řešení je na úrovni komunikace a vztahu mezi rodičkou a zdravotníky. Tento mikro level je však zásadně ovlivňován makro levellem. V rámci něj vzniká přetížení zdravotníků, tlak na defenzivní medicínu, velký počet žalob a stížností, rozdílná péče v různých porodnicích v ČR, nedostupná data.

Na politické i veřejné úrovni panuje velmi emotivní a roztržitá debata (viz model). Ke zlepšení situace na systémové úrovni je třeba vytvořit místo pro diskusi odbornic a odborníků napříč obory. Zveřejňovat data o porodnicích. Vytvořit jednotné klinické standardy pro ČR. Věnovat systémové úsilí problému přetížených zdravotníků. A dotýkat se hlubších kulturních příčin genderové nerovnosti a institucionálního násilí.

Cíle totiž mají všichni aktéři v systému podobné - zájem o zdravější matky i děti ve všech oblastech. A to i v té psychické.

