

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

POPORODNÍ TRAUMA – DIAGNÓZA, NEBO KRIZE?

Postpartum Trauma – Diagnosis or Crisis?



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Kristýna Konšelová

Vedoucí práce: PhDr. Tereza Lubasová

Olomouc

2019

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: „Poporodní trauma – diagnóza, nebo krize?“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce, uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu a postupovala dle Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR).

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a příkazem rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidenci údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsobu jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být přílohou pouze tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

V dne

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla zejména poděkovat všem silným ženám, které byly ochotné se mnou spolupracovat, přestože při tom musely hovořit o tématu, které je pro ně bolestivé a na které by nejrady zapomněly. Dále mé díky patří vedoucí práce PhDr. Tereze Lubasové za její podporu a podnětné komentáře. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mému partnerovi za jeho trpělivost a naslouchání mému povídání o porodech, které ho asi vůbec nezajímalo, ale nedal to na sobě znát. A v závěru bych chtěla poděkovat všem, kteří práci četli ještě před jejím uveřejněním, poskytli mi svůj cenný pohled a pomohli mi s její korekturou.

„Příroda nespěchá, přesto je vše uděláno.“

Lao Tzu

Obsah

Úvod.....	7
1 Porod.....	8
1.1 Porod z fyziologického hlediska	8
1.1.1 Předčasný porod	8
1.1.2 Překotný porod	9
1.1.3 Císařský řez	9
1.2 Potrat	10
1.3 Porod z psychologického hlediska	10
1.4 Psychický stav a porod.....	11
2 Trauma a diagnóza posttraumatická stresová porucha	14
2.1 Stres.....	14
2.2. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení	15
2.2.1 Akutní reakce na stres (F43.0).....	16
2.2.2 Poruchy přizpůsobení (F43.2)	17
2.3 Trauma	17
2.3.1. Traumatizující událost	17
2.4 Posttraumatická stresová porucha (F43.1)	18
3 Krize.....	20
3.1 Typy krizí dle Baldwin.....	20
3.1.1 Situační krize	20
3.1.2 Tranzitorní krize	21
3.1.3 Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru	21
3.1.4 Krize vývojové	21
3.1.5 Krize pramenící z psychopatologie	22
3.1.6 Neodkladné krizové stavy	22
3.2 Další členění krizí	22
3.3 Krizová intervence	23
4 Posttraumatická stresová porucha po porodu	25
4.1 Diagnostika PTSD po porodu	25
4.2 Rizikové faktory vzniku PTSD po porodu.....	26
4.2.1 Rizikové faktory působící před těhotenstvím a porodem.....	26
4.2.2 Rizikové faktory působící v průběhu těhotenství.....	27

4.2.3 Rizikové faktory působící v průběhu porodu	27
4.3 Projevy poporodní PTSD	29
5 Současný stav poznání a aktuální výzkumy	31
6 Metodologický rámec výzkumu	34
6.1 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	34
6.2 Design výzkumu.....	35
6.3 Výzkumný soubor	36
6.4 Tvorba dat	38
6.5 Zpracování a analýza dat.....	40
6.6 Etické aspekty výzkumu	42
7 Interpretace výsledků.....	44
7.1 Typ traumatizujícího porodu.....	44
7.2 Situace a zásahy do porodu vnímané jako stresory.....	45
7.2.1 Medicínské zákroky.....	45
7.2.2 Situace a sociální interakce v průběhu porodu	49
7.2.3 Pocity žen v průběhu porodu.....	53
7.3 Symptomy prožívané po porodu	55
7.3.1 Délka trvání symptomů	60
7.3.2 Možnost diagnostiky PTSD v souboru dotázaných žen	60
7.4 Postup zpracování traumatu	63
8 Odpovědi na výzkumné otázky.....	66
9 Diskuze	69
10 Závěry	78
Souhrn.....	80
Seznam použitých zdrojů a literatury	83
Seznam příloh	
Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce	
Příloha č. 2: Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu	
Příloha č. 3: Polostrukturovaný rozhovor	
Příloha č. 4: Formulář pro ženy k osobnímu rozhovoru	
Příloha č. 5: Dotazník pro písemné odpovědi	
Příloha č. 6: Seznam použitých zkratk	

Úvod

Tato magisterská diplomová práce se zabývá problematikou poporodního traumatu z pohledu žen, které se subjektivně hodnotí jako traumatizované. K tématu poporodního traumatu mě přivedly jak rozhovory s ženami při psaní mé bakalářské práce, tak nesčetné příspěvky žen, které v zoufalství hledaly možnosti, které jim české zdravotnictví kromě klasického, lékařsky vedeného porodu poskytuje, případně jaké existují alternativy pro prožití porodu dle vlastních představ. Mnoho žen hledalo odlišné cesty jen proto, aby se už neopakovala jejich nepříjemná zkušenost z porodnice.

Motivací pro napsání této práce mi bylo také jakési popírání existence poporodního traumatu a zlehčování porodu obecně, se kterým jsem se u mnoha osob setkala a které není výjimečné ani v projevech lékařů či jiných odborníků. Cílem mé práce je proto posoudit, zda prožitky traumatizovaných žen naplňují diagnostická kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu (F43.1) dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

V teoretické části práce je stručně popsána problematika porodu. Pojem porod je v první kapitole teoreticky vymezen, ale pozornost je věnována zejména psychologickým faktorům spojeným s porodem. Další kapitoly jsou věnovány vymezení krize a krizové intervenci, traumatu a posttraumatické stresové poruše. Samostatná kapitola je věnována posttraumatické poruše po porodu. Teoretická část je uzavřena pátou kapitolou, a to stručným přehledem současných výzkumů.

Výzkumná část je uvedena přiblížením metodologického rámce výzkumu. Následující kapitoly jsou již zaměřeny na interpretaci výsledků provedeného výzkumu. V úvodu bylo zkoumáno, který typ porodu prožily dotázané ženy, které situace a zásahy v průběhu porodu ženy vnímaly jako stresory a které symptomy prožívaly po porodu, jenž vnímaly jako traumatizující. Mapováno bylo také trvání prožívaných symptomů.

Cílem této práce je prozkoumat prožívání žen, které se hodnotí jako traumatizované následkem porodu. Tato práce nemá za cíl hodnotit kvalitu lékařské péče ani opodstatněnost provedených zákroků. Pokud jsou v práci negativně hodnoceny jakékoliv lékařské postupy, jedná se pouze o subjektivní hodnocení žen, nikoli o obecnou kritiku medicínských postupů a kvality lékařské péče.

1 Porod

V této kapitole bude stručně objasněna problematika porodu a budou zde uvedeny jeho možné definice vycházející z rozličných pohledů na problematiku porodu. Jednotlivé druhy porodů budou blíže definovány z důvodu užívání souvisejících názvů v dalších částech práce. Primárním zaměřením kapitoly jsou faktory ovlivňující průběh porodu a role psychiky v souvislosti s porodem.

1.1 Porod z fyziologického hlediska

Porodem je nazýváno ukončení těhotenství. Zpravidla se jedná o hormonálně řízené vypuzování plodu a plodových obalů z těla matky (Hartl & Hartlová, 2015). Ukončení těhotenství je však možné i pomocí císařského řezu.

Definovat lze takzvaný fyziologický porod, který probíhá samovolně za působení přirozených porodních mechanismů bez zásahů zdravotnického personálu. Dalším užívaným pojmem je takzvaný porod v termínu, kterým se nazývá porod, k němuž dochází v průběhu 39. až 42. týdne (Roztočil et al., 2008).

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) dále ještě definuje porod normální, který je spontánně vyvolaný a na počátku hodnocený jako nízkorizikový. Riziko u normálního porodu je neměnné v průběhu první i druhé doby porodní. Dítě se v tomto případě rodí hlavou napřed. Normální porod by měl dle WHO probíhat mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství a po porodu by měla být matka i dítě v dobrém stavu (WHO, 1996).

Za porod obecně je považováno narození živého novorozence, ale i novorozence mrtvého. Za narození živého dítěte je považováno vypuzení nebo vynětí plodu z matčina těla nezávisle na týdnu těhotenství, pokud novorozenec dýchá či projevuje některou ze známek života. Za známky života jsou považovány například srdeční činnost, pulzace pupečníku či pohyb kosterního svalstva (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014).

Výše uvedená definice porodu vychází ze zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon dále definuje narození mrtvého dítěte, potrat a blíže specifikuje umělé ukončení těhotenství.

1.1.1 Předčasný porod

Předčasným porodem nazýváme vypuzení plodového vejce z dělohy mezi 29. a 37. dokončeným týdnem těhotenství. V případě, že nelze určit délku těhotenství, je rozhodujícím

ukazatelem hmotnost plodu. U živého plodu je horní hranicí pro předčasný porod hmotnost dítěte do 2500 g. Dolní hranice je neomezená, obvykle se však počítá 500 g. Jestliže že dítě nejeví žádné známky života, je dolní hranicí předčasného porodu 1000 g. Pokud tato kritéria nejsou splněna, jedná se vždy o potrat (Kobilková et al., 2005).

1.1.2 Překotný porod

Jedná se o spontánně probíhající porod, který trvá méně než dvě hodiny (Pařízek, 2015). U tohoto porodu je první doba porodní jen velmi krátká a rychle přechází do druhé doby porodní (Kurucová, 2008).

Překotný porod je poměrně výjimečný. Vyskytuje se jen asi v půl procentu případů. Nejčastěji pak u porodu druhého či třetího dítěte (Chmel, 2008). Příčinami překotného porodu jsou velmi silné kontrakce, zejména pokud měkké porodní cesty nekladou odpor (častěji u vícerodíček), nedostatečný uzávěr děložního hrdla nebo porod velmi malého plodu (Pařízek, 2015).

I přes svou výjimečnost s sebou však překotný porod přináší významná rizika jak pro matku, tak dítě. Rodící žena je ohrožena poraněními děložního hrdla, pochvy a hráze a mohou se objevovat také krevní výrony. Na straně novorozence pak hrozí riziko nitrolebního krvácení. Nebezpečím je také možnost přetržení pupečníku (Pařízek, 2015).

1.1.3 Císařský řez

Císařský řez, zkracovaný jako CS, je jediným abdominálním (břišním) výkonem pro vybavení plodu. Jedinou podmínkou pro možnost provedení císařského řezu je ta, aby plod nebyl velkou částí sestouplý a fixovaný v pánevním vchodu (Kobilková et al., 2005).

Výkon prodělal v průběhu historie intenzivní vývoj. V současnosti se při této operaci hojně využívá principů chirurgického minimalismu, který spočívá v postupu, při kterém jsou jednotlivé kroky operace podrobovány analýze a následně ty kroky, které se nejeví jako nezbytné, jsou z postupu vypouštěny. Využití principů minimalismu tak vede ke zkrácení operační doby, redukcii mateřské morbidity a rychlému zotavení rodičky (Křepelka, 2008).

Optimální množství provedených císařských řezů je sporné. V roce 1985 WHO uvedla, že není žádný důvod pro to, aby jakýkoli region měl procento užitých císařských řezů vyšší než 10–15 %. Idea omezování množství císařských řezů vychází z řady důvodů, kterými mohou být například zvýšené riziko pro matku i dítě, důsledky císařského řezu na další

těhotenství, ale také dopady na zdravotní služby. I nyní, o dvě desetiletí později, však zůstává míra porodů císařským řezem kontroverzní (Betrán, 2007).

V České republice je císařský řez nejčastěji prováděnou abdominální operací. Dle poslední dostupné zprávy Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS) bylo v letech 2014 a 2015 vedeno císařským řezem celkem 26,9 % všech porodů (ÚZIS, 2017).

1.2 Potrat

Těhotenství může být z různých důvodů ukončeno předčasně. Potraty lze dělit podle délky gravidity na potraty časně (ukončení těhotenství do 12. týdne) a potraty pozdní (od 13. týdne do konce 28. týdne těhotenství). Lze však také zvolit dělení na potraty samovolné a umělé (Kobilková et al., 2005).

O spontánním potratu hovoříme v situaci, kdy embryo nebo plod nejeví známky života po samovolném vypuzení nebo vyjmutí z dělohy a současně je jeho hmotnost nižší než 500 g. Pokud nelze zjistit váhu plodu, hovoříme o potratu v situaci, kdy je těhotenství kratší než 22 týdnů. Tato definice je stanovena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Dle zákona č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství lze na žádost ženy ukončit těhotenství nepřesahující 12 týdnů v případě, že tomu nebrání zdravotní důvody na straně ženy. Po 13. týdnu lze přerušit těhotenství až po lékařském souhlasu, a to jen při vážném zdravotním ohrožení ženy (např. choroby, které se v těhotenství zhoršují) nebo do 24. týdne těhotenství z důvodu genetických či vývojových vad plodu (Kobilková et al., 2005).

1.3 Porod z psychologického hlediska

Fyziologický proces porodu je odpradávná stejný. Význam porodu, který je patrný i z kulturního hlediska, se však v průběhu času proměňuje. Porod bývá obklopen pravidly, mýty, rituály a pověrami. Narození je spojováno s nadějí a cílem je zajistit pomocí různých postupů a pravidel bezpečný příchod dítěte na svět. Narození dítěte je také spojeno se zrozením nové rodiny, neboť s příchodem nového člověka se rodina již navždy změní (Ryntová & Wallerová, 2002).

Ironií je, že porod je zároveň stále stejný, ale přitom zcela odlišný. Dříve byl porod vnímán jako zcela přirozený proces, který pro svůj hladký průběh potřebuje zejména dostatek času bez narušování. Až v posledních 200 letech došlo ke vstupu lékařů do této

oblasti. Postupně došlo k velkému obratu a nyní je na porod nahlíženo zcela odlišně. Je vnímán jako nebezpečná událost, během které se téměř vždy vyskytne nějaká komplikace. Dnes je ve zdravotnických zařízeních poměrně výjimečné vidět zcela přirozený porod bez zásahů. Běžné jsou například situace, kdy se žena rozhodne vyvarovat se aplikaci analgetických i indukčních medikamentů, ale přesto jsou užity rušivé metody jako epiziotomie (nástřih hráze), monitorování plodu či vaginální vyšetřování (Flores, 2018).

Porod lze vnímat jako pozitivní vývojový úkol v procesu bio-psycho-sociálního a sexuálního zrání jedince, rodiny i společnosti. Také lze na porod nahlížet jako na vývojový krok spojený s existenciálním prožitkem konce i začátku. Porod je vždy významným zlomem ve změně dynamiky rodinného systému (Mrowetz, 2015).

Porod je významným dnem v životě ženy, neboť je doprovázen takovým množstvím vzrušení, očekávání, zranitelnosti, bolesti, únavy, obav a pochybností, jako asi žádný jiný den v životě ženy. K porodu také obvykle patří neznámé prostředí, cizí lidé, nahota, myšlenky na možnost zranění nebo dokonce smrti (Ryntová & Wallerová, 2002).

Každá žena však prožívá porod jinak. Pro jednu je léčivý a život proměňující, pro jinou traumatický, bolestivý či děsivý (Milan, 2003). Událost porodu také může být prožívána jako životní krize a v jeho průběhu se mohou vynořit starší životní události či dosud nevyřešené konflikty, prožitky či traumata (Ryntová & Wallerová, 2002).

Říčan (2014, s. 261–62) uvádí, že „*porod je velký zážitek, i když často těžký a bolestný. Je-li žena pro mateřství psychicky zralá, stává se pro ni porod prvního dítěte nejdůležitější životní událostí.*“

Porod je pro ženu vždy velmi intimním zážitkem. Jedná se totiž nejen o příchod nového života na svět, ale také o přerod ženy v matku. Proces porodu se hluboce dotýká ženského vnímání sebe sama, vlastního těla, identity, sexuality, smyslu života, ale také vnímání partnera a partnerského vztahu ve vztahu k novým životním úlohám (Celušáková & Kopčíková, nedat.).

1.4 Psychický stav a porod

Porod je vyčerpávající a často stresující zkušeností. Představuje komplex vesměs negativních prožitků, které jsou fyziologicky a psychicky podmíněny. Mezi fyziologické vlivy patří zejména stahy dělohy potřebné pro vypuzení plodu z dělohy, které jsou v druhé době porodní obvykle vnímány jako silně bolestivé (Vágnerová, 2007). Ve vztahu psychického a fyzického stavu se očekává, že klidná žena často vnímá kontrakce jako méně

intenzivní, dokáže mezi jednotlivými stahy zhluboka dýchat a relaxovat. Toto ovlivňuje také délku porodu, která bývá kratší (Čechová, Mellanová, & Rozsypalová, 1997).

Kromě bolesti se musí žena vyrovnávat také s pocity nejistoty, bezmoci či strachu. Na psychické prožívání má vliv nejistota pramenící z toho, že žena neví, zda vše probíhá tak, jak má, a také netuší, jak dlouho ještě celý proces bude trvat (Vágnerová, 2007).

Ženy se s náročností porodu vypořádávají různě. Mnoho z nich si v průběhu porodu sáhne až na samotné dno fyzických prožitků a emočního stresu. Některé se porodu pasivně poddají, jiné se jej snaží aktivně ovlivňovat. Mnoho žen se bolestem a obtížím vzpírá či je zcela odmítá. Ať už je postoj ženy jakýkoliv, každá potřebuje vnímat pocit bezpečí, respekt a podporu ze strany pomáhajících. Neboť v této chvíli je žena nucena opustit své společenské postavení, odložit obrannou masku a pěstovanou image. Porod vede ženu až k jakémusi jejímu „nahému“ já. V těchto chvílích je žena nesmírně zranitelná a plně se odevzdává procesu porodu a postojům osob v tu chvíli přítomných (Ryntová & Walerová, 2002).

Haines, Rubertsson, Pallant a Hildinssonová (2011) zkoumali vliv strachu, postojů a přesvědčení o porodu na průběh porodu a zkušenosti s porodem. Při své studii zjistili, že ženy, které se porodu obávají, mají vyšší tendence mít s ním negativní zkušenost. Ukázalo se, že u žen, u kterých panoval strach z porodu, chybělo přesvědčení, že porod je přirozený proces, který by neměl být narušován, a tyto ženy byly také náchylnější k výběru volitelného císařského řezu.

Psychický stav ženy v průběhu celého těhotenství i v průběhu porodu má vliv také na nenarozené dítě. Hormony vyplavované při stresové reakci matky se dostávají do krevního oběhu plodu skrze placentu. Souvislost délky porodu a psychického stavu pak pramení z mechanismu, na jehož počátku je strach či úzkost, které vedou k pocitu ohrožení, ten spouští zvýšenou produkci katecholaminů a způsobuje zvýšení krevního tlaku a vyšší spotřebu kyslíku. Takový stav ovlivňuje jak děložní činnost, tak působí nepříznivě na průtok krve placentou a zhoršuje zásobení plodu kyslíkem. V některých případech může dojít až k hypoxii plodu (Čechová, Mellanová, & Rozsypalová, 1997).

Pro eliminaci nadměrných obav a pocitu stresu jsou důležité adekvátní informace, které mohou usnadnit spolupráci rodičky s porodnickým personálem (Vágnerová, 2007). Pocit ohrožení totiž často souvisí s mírou informací. Při nedostatku relevantních informací člověk prožívá strach a úzkost pramenící z pocitu, že nebude schopen zvládnout situaci, ve které se nachází (Čechová, Mellanová, & Rozsypalová, 1997). V našich porodnicích není výjimečné

postavení rodičí ženy do pozice podřízeného pacienta, které minimalizuje možnost aktivní spolupráce ženy a jejího rozhodování (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Dalším významným stresorem může být necitlivé jednání ze strany personálu. Prožitek takového jednání může způsobovat zvýšenou vnímavost a emoční zranitelnost rodičky. Některé ženy se následně cítí zahanbené svým chováním, trápí je, že své emoce a bolest nedokázaly v průběhu porodu zvládnout. Očekávaly od sebe lepší sebeovládání a větší sebekontrolu nad vlastním tělem (Vágnerová, 2007). Tyto pocity podporuje poměrně běžný neosobní přístup porodnického personálu a časté označování žen za nespolupracující (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Přestože je dnes již známo, že rodičí žena by měla být v dobrém psychickém stavu bez zbytečného strachu a úzkosti, zdravotnický personál této oblasti věnuje mnohdy minimální pozornost (Čechová, Mellanová, & Rozsypalová, 1997). Hannah Dahlen uvedla, že personál pracující s rodičími ženami by měl ke každé ženě přistupovat jako k možné minulé oběti, a to nejen proto, že neznáme ženinu minulost, ale jednoduše proto, že úcta by měla být normální (osobní sdělení – konference ICM Praha 1.–6. července 2014).

Myšlenku významnosti psychických faktorů podporuje také výzkum provedený Davisem (2010), ze kterého vyplývá, že kontext prostředí, v němž žena rodí, je nevlivnější dynamickou silou ovlivňující normální porod – konkrétně působící faktory jsou prostředí, ve kterém porod probíhá, důvěra k prostředí a přítomným osobám, soukromí, svoboda a sociální podpora. Tyto faktory mají dle studie nejvýznamnější vliv na ženinu schopnost zvládnout situaci.

Mrlinová a Šulcová uvádějí, že i přes všechna pozitiva péče o matku a dítě v nejrannějším období, která moderní medicínský systém nabízí, je zde i několik nepříznivých faktorů, mezi které patří například separace matky a dítěte přerušovaná mnohdy jen krátkými kontakty pro kojení, nedostatečné informace o kojení, nerespektování biorytmu dítěte a preferování organizační jednoduchosti práce sester a v neposlední řadě rutinní péče dětských sester, buzení novorozenců a časté rychlé a prudké pohyby působící dětem úlekové reakce doprovázené pocity nelibosti a pláčem. Tyto negativně působící faktory ovlivňují neblaze nejen novorozence, ale také matku (1993, in Langmeier & Krejčířová, 2006). V nejbližších hodinách a dnech po porodu jsou totiž matka a dítě stále neoddělitelnou jednotkou, nelze se proto ptát, jakou péči potřebuje dítě bez ohledu na to, jakou podporu potřebuje matka, aby mohla dítěti potřebnou péči poskytnout (Celušáková & Kopčíková, nedat.).

2 Trauma a diagnóza posttraumatická stresová porucha

Tato kapitola vymezí pojmy trauma a posttraumatická stresová porucha. Dále nastíní problematiku stresu a reakcí na stres. Velká pozornost bude věnována vymezení jednotlivých pojmů a souvisejících diagnóz v aktuálně užívaných klasifikacích nemocí.

2.1 Stres

Abychom mohli hovořit o traumatu a poruchách spojených se stresem, je třeba pojem stres vymezit. Za stres je považována fyziologická odpověď organismu na nadměrnou zátěž (Hartl & Hartlová, 2015), která vzniká v situacích, kdy na člověka působí nadměrně silný podnět dlouhou dobu, nebo když se člověk dostane do nesnesitelné situace, které se nemůže vyhnout (Nakonečný, 1997).

Původcem stresu mohou být situace, v nichž se člověk nachází (tlak nepříznivých životních podmínek), ale i různé faktory, jež člověka vystavují tlaku. Tyto nepříznivé faktory souhrnně označujeme stresory (Křivohlavý, 2009).

Ve vztahu ke stresu definoval Walter Cannon základní typ obrany proti hrozícímu nebezpečí, který lze vyjádřit jako „fight or flight“ („útok, nebo útek“). S reakcí organismu na ohrožení jsou spojeny typické fyziologické projevy (např. zrychlení srdeční činnosti, zvýšení cukru v krvi, rozšíření zornic atd.) (Baštecká, Mach et al., 2015).

Ve svém rozsáhlém díle se věnoval problematice stresu také Hans Selye (1966), který definoval stres jako fyziologickou odpověď na poškození nebo ohrožení organismu, která se projevuje jako adaptační syndrom.

Selye rozdělil reakci na zátěž do tří fází:

1. *Poplachová fáze* – náhlé narušení vnitřního prostředí organismu, které doprovází silná excitace (zejména sympatické nervové soustavy) a zvýšená produkce hormonů dřeně nadledvinek. Objevuje se také šok a protišokové reakce. Dochází k aktivizaci adaptačních mechanismů.
2. *Fáze rezistence* – maximální adaptace na stres. Organismus si v této fázi zvyká na stresor a reakce na něj se snižují. V této fázi jsou však adaptační mechanismy stále na vysoké úrovni.
3. *Fáze vyčerpání* – získaná odolnost a adaptace organismu je nedostatečná. Adaptační mechanismy se hroutí. Vlivem intenzity stresu dochází k celkovému selhání adaptačních a regulačních schopností organismu. Důsledkem může být až ohrožení

zdraví a života (Špatenková, Sobotková, Sýkorová, Příhodová, & Dopita, 2004; Vizinová & Preis, 1999).

Lazarus (1993) pak teorii stresu dále rozvinul. Rozlišil tři typy stresu – újmu, ohrožení a výzvu. Doplnil také prvek kognitivního hodnocení situace. Člověk dle něj reaguje na ohrožení na základě významu, který mu přisoudí, což znamená, že zareaguje jen tehdy, považuje-li jej za ohrožení.

Obecně platí, že vliv stresoru na jedince je vždy zcela individuální. Roli zde hraje vnímání a přikládání významu události, sociální opora, ale zejména osobnostní charakteristiky jedince (Vizinová & Preiss, 1999). Stres je však vždy komplexní povahy, což znamená, že zahrnuje jak mechanismy tělesné, tak duševní a projevuje se změnami v rovině psychické i somatické, změnami chování i prožívání (Orel et al., 2016). A stres také nemusí být vždy jednoznačně negativní. Negativně prožívaný stres v psychologii nazýváme distresem. Tam, kde se nejedná o negativní emocionální zážitek, hovoříme o eustresu. Pod eustresem si můžeme představit situace, v nichž se snažíme zvládnout něco, co nám dělá radost, ale vyžaduje to jistou námahu. Do této kategorie patří například svatba, narození potomka, různé oslavy a podobně (Křivohlavý, 2009).

S problematikou stresu úzce souvisí také problematika jeho zvládnání (z anglického termínu coping). Coping v sobě zahrnuje racionální způsoby vyrovnávání se s psychickou zátěží a schopnost zvládat různé překážky. Coping vyjadřuje různou míru schopnosti jedince adaptovat se na změny podmínek (Vizinová & Preiss, 1999).

2.2. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

„Stresující zážitky, významné životní změny a události se odrážejí v psychickém i tělesném stavu a kondici. Pokud selhávají adaptační mechanismy nebo je zátěž neúměrně vysoká a přesahuje adaptační kapacitu jedince, mohou se projevit také poruchami, které MKN-10 shrnuje do skupiny Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)“ (Orel et al., 2016, s. 193).

Skupina F43 je oproti jiným kategoriím specifická tím, že poruchy v ní zahrnuté lze diagnostikovat nejen na základě symptomatologie, ale také na základě jednoho ze dvou uvedených příčinných vlivů. Prvním z nich je mimořádně stresující životní zážitek vyvolávající akutní stresovou reakci a druhým z nich jsou významné životní změny, které vedou k trvale nepříjemným okolnostem a mají za následek poruchy přizpůsobení. U poruch

z této kategorie se předpokládá, že jsou vždy přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu (WHO, 2000).

Ve skupině reakcí na stres jsou kromě Posttraumatické stresové poruchy (F43.1), které je věnována samostatná podkapitola, také diagnózy Akutní reakce na stres (F43.0), Poruchy přizpůsobení (F43.2) a dále Jiné reakce na závažný stres (F43.8) a Reakce na stres nespecifikovaná (F43.9).

2.2.1 Akutní reakce na stres (F43.0)

Touto reakcí je myšlena přechodná porucha významné závažnosti, která vzniká bez zjevné psychické poruchy jako odpověď na výjimečný stres a která běžně odeznívá v průběhu několika hodin či dnů (WHO, 2000).

V případě výskytu této poruchy je možné u postiženého pozorovat pestré a proměnlivé reakce (Orel et al., 2016). Příkladem může být tunelové vidění, zpomalení kognitivních procesů, zkratkovitost, potíže s koncentrací pozornosti, může se objevit také amnézie, potíže s rozpoznáváním skutečnosti a orientací v čase a prostoru. Běžný je také výskyt sklonu k sociálnímu stažení, nebo naopak k nadměrné agitovanosti (Kliment, 2002).

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (dále jen DSM-5) zahrnuje do svých diagnostických kritérií celkem pět kategorií popisujících možné projevy akutní reakce na stres. Jsou jimi:

- vtíravé myšlenky, sny, flashbaky a psychická nepohoda při vystavení podnětům symbolizujícím některý aspekt stresující události,
- přetrvávající neschopnost prožívat pozitivní emoce,
- disociativní symptomy (změny ve vnímání reality nebo sebe samého a neschopnost pamatovat si důležité aspekty události),
- symptomy vyhýbání (místům, lidem, situacím, aktivitám, ale také myšlenkám či pocitům),
- symptomy vzrušivosti (poruchy spánku, podrážděnost a výbuchy vzteku, nadměrná bdělost a ostražitost, problémy se soustředěním, zvýšené úlekové reakce) (APA, 2015).

Podmínkou pro diagnostiku dle MKN-10 je jasná spojitost reakce a zátěžové situace (výskyt projevů okamžitě nebo během několika minut). Příznaky smíšeného nebo měnícího

se charakteru a rychlé odeznění (minimální příznaky jsou běžné nejdéle do 3 dnů) (WHO, 2000).

2.2.2 Poruchy přizpůsobení (F43.2)

Poruchy přizpůsobení jsou způsobeny významnými životními změnami, zvraty nebo stresujícími situacemi. Avšak jejich příčinou mohou být běžné životní krize a změny, jako je narození dítěte, ukončení studia, úmrtí v rodině, ale také například změna zaměstnání či bydliště, nemoci, konflikty a další (Orel et al, 2016). Významnou roli pro rozvinutí poruchy mají také individuální predispozice a zranitelnost (WHO, 2000).

Projevy poruchy jsou pestré a pohybují se od depresivních nálad, úzkostí a obav přes pocity neschopnosti zvládnout situaci až po zhoršení každodenního fungování a poruchy chování (WHO, 2000).

Porucha přizpůsobení začíná do 3 měsíců od nástupu stresu a netrvá déle než 6 měsíců po působení stresoru nebo jeho následků. V případě, že stresor nebo jeho následky přetrvávají, může porucha přejít do perzistentní formy (APA, 2015).

2.3 Trauma

V řečtině je slovo trauma výrazem pro úraz, ránu či zranění. I v medicíně je slovo trauma užíváno pro označení tělesného úrazu. Pojem trauma v psychologii užíváme k označení duševního zranění či duševního otřesu, který se sám od sebe nezhojí (Röhr, 2014).

„Psychické trauma vzniká působením jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresující situace, které mají následující charakteristiky: příčina přichází zvenjšku, je extrémně děsivá, navozuje prožitek ohrožení života, tělesné či duševní integrity a navozuje pocity bezmoci“ (Vodáčková, 2007, s. 360).

Trauma lze také definovat jako psychické poškození mající za následek funkční poruchy a někdy i orgánové změny (Hartl & Hartlová, 2015). Podstatou traumatu je poničení psychických a biologických adaptačních mechanismů jedince vlivem vnějšího činitele, ke kterému dochází v situaci, kdy jedinec není schopen se se situací vyrovnat prostřednictvím vnějších ani vnitřních zdrojů (Vizinová & Preiss, 1999).

2.3.1. Traumatizující událost

V mezinárodních systémech třídících poruchy a nemoci můžeme nalézt definici traumatické události. Dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10)

se jedná o stresovou událost nebo situaci neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která by pravděpodobně vyvolala tíseň téměř u každého (WHO, 2000).

Dle DSM-5 je traumatická událost specifikována jako situace, ve které je jedinec vystaven skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění nebo sexuálnímu násilí. V DSM-5 jsou také blíže specifikovány způsoby vystavení události, a to buď přímým prožitkem, svědectvím traumatické události, která se stala jiným lidem, zjištěním, že se blízkému rodinnému příslušníkovi nebo příteli stala násilná událost nebo nehoda, a posledním uvedeným způsobem je zážitek opakovaného nebo extrémního vystavení traumatické události (např. nalezení mrtvého těla nebo opakované vystavování detailům v rámci profese a podobně) (APA, 2015).

Traumatizující událost lze obecně vymezit typem události (tím, co se děje) a typem reakce jedince. Z pohledu události jde obvykle o něco nenadálého a hrozivého, co ohrožuje život či tělesnou celistvost jedince či jeho blízkých osob. Příkladem takové události může být například znásilnění, mučení, dopravní nehoda, povodeň a další. Z pohledu reakce jedince na událost je významné, že událost má dopad na všechny a téměř u všech vyvolává patrné projevy tísně, beznaděje či hrůzy. Pokud událost na jedince takovéto dopady nemá, nemůžeme si být jisti, že daný jedinec je v pořádku (Baštecká et al., 2005). Událost se stává traumatickou, když z různých důvodů překročí schopnost člověka ji emočně zvládnout (Praško et al., 2003).

2.4 Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

Posttraumatická stresová porucha, běžně zkracovaná jako PTSD z anglického posttraumatic stress disorder, se rozvíjí po výjimečně závažné stresující události. Poprvé byla tato porucha pozorována u vojáků vracejících se z války (Kliment, 2002). Přestože příčinou rozvoje této poruchy je mimořádně traumatizující situace či podnět, PTSD se nemusí rozvinout u každého, kdo tuto situaci zažil (Orel et al., 2016). V podstatě se jedná o opožděnou nebo prodlouženou stresovou odpověď. Příznaky se objevují v rozmezí několika týdnů až měsíců od traumatické události (Špatenková et al., 2017).

Diagnostické vymezení PTSD je v MKN-10 i DSM-5 velmi podobné. Pro diagnostiku dle MKN-10 je důležité splnění několika vodítek. Poruchu lze diagnostikovat jen v případě, že se rozvine do šesti měsíců po události. V případě delší doby lze diagnózu stanovit jen v situaci, kdy jsou klinické projevy natolik typické, že nelze stanovit jinou poruchu. Musí být potvrzeno prožití traumatizující události a přítomnost opakovaných, neodbytných

znovuvybavování nebo znovuprožívání události ve vzpomínkách, představách a snech (WHO, 2000). Zásadním rozdílem mezi oběma diagnostickými systémy je definice traumatické události (blíže popsáno v kapitole 2.3.1), další odlišností je zahrnutí možnosti výskytu iluzí, halucinací a disociativních flashbacků objevujících se po probuzení nebo při intoxikaci, které MKN-10 na rozdíl od DSM-5 neuvádí. V DSM-5 jsou také blíže rozpracovány oblasti omezení zájmů, aktivit a schopnosti prožívat emoce. Posledním rozdílem je podmínka trvání poruchy v délce alespoň jednoho měsíce, kterou uvádí DSM-5 (Hašto & Vojtová, 2012).

Znovuprožívání je asi nejčastějším projevem PTSD. Lidé znovuprožívají událost mnoha různými způsoby. Někteří lidé si opakovaně vizualizují událost a táží se sami sebe, jak jinak se mohli v situaci zachovat. U jiných osob jsou běžné děsivé sny. Časté jsou také tzv. flashbaky, jakési záblesky minulosti, při nichž si člověk může připadat, jako by se mu situace znovu opakovala, a také se dle toho může chovat (Oltmanns & Emery, 2004).

Dále se u osob trpících PTSD objevuje například vyhýbání se myšlenkám či pocitům spojených s traumatem, vyhýbání se činnostem připomínajícím trauma či konverzacím o situaci (Comer, 2004), neschopnost vybavit si některé důležité aspekty traumatu, ztráta zájmu o důležité činnosti (Praško et al., 2003), pocit odcizení, omezení a oploštění pozitivních emocí nebo pocitů. Objevit se může až absence schopnosti prožívat natolik intimní pocity, jako je něha či problémy s prožíváním sexuality (Comer, 2004). Vyskytují se také myšlenky a pocity, že budoucnost nemá smysl. Časté jsou problémy s usínáním a spánkem obecně, podrážděnost, výbuchy hněvu, potíže se soustředěním, nadměrná ostražitost, ustrašené chování a zvýšená lekavost. Při vystavení něčemu, co trauma připomíná, se objevují tělesné i psychické projevy úzkosti. Vyskytnout se může také zvýšená konzumace alkoholu (Praško et al., 2003). Někteří pacienti navíc popisují projevy depersonalizace (pocit odříznutí od sebe sama či svého okolí) a derealizace v podobě pochyb o reálnosti situace (Oltmanns & Emery, 2004).

3 Krize

Pojem psychická krize je možno v obecném teoretickém rámci vymezit jako specifickou stresovou reakci (Mlčák, 2005). Pod pojmem krize se skrývá akutní narušení psychické rovnováhy, při kterém dochází k selhávání naučených mechanismů zvládnání (Holcner, nedat.). Krize vzniká ve chvílích, kdy se člověk setká při své životní cestě s takovými překážkami, které není schopen překonat prostřednictvím obvyklých metod řešení problémů (Caplan, 1970) ani s pomocí blízkých osob v přijatelném čase a navyklým způsobem (Vymětal, 1995).

Duševní krize k lidskému životu neodmyslitelně patří. Většina osob si tuto krizi již na vlastní kůži zažila nebo se s ní minimálně setkala u svých blízkých (Peška, 2004). Krize je také nejčastějším důvodem vyhledání psychiatrické péče. Těmto pacientům bývá následně ve většině případů diagnostikována porucha přizpůsobení (Švarc, 2003). Nicméně jak uvádí Peška (2004), krize není choroba, je to vývojová možnost, kterou může jedinec využít pro svůj osobnostní růst, nebo ji promeškat. Dochází však k tomu, že nezřídka bývá jako choroba diagnostikována.

Významný je rozdíl mezi krizí a traumatem. Zatímco krize je definována subjektem (daným jedincem, tím, „kterému se to stalo“), trauma je definováno podnětem (tím, „co se stalo“) (Špatenková et al., 2004).

3.1 Typy krizí dle Baldwin

Pro přehlednou klasifikaci je možno uvést Baldwinovo dělení. Baldwin (in Vodáčková et al., 2002) vytvořil systém založený na odstupňované vážnosti krize. Při posunu na škále šesti krizí jejich závažnost vzrůstá a působící stresor přechází od vnějšího k vnitřnímu.

3.1.1 Situační krize

Situační krize je událost, která je způsobena nepředvídatelným stresorem. Závažnost krize je určena subjektivním vnímáním situace a dostupností vyvažujících faktorů. Převahu mají vnější precipitory v podobě ztráty (ztráta zdraví, ztráta blízkého člověka, ale také např. obavy z možného neúspěchu nebo ztráta možnosti v něčem pokračovat), změny (rozvod, změna postavení, stěhování, změna pracovního týdne, změna životního stylu apod.) či volby (volba mezi dvěma partnery, rozhodování o budoucnosti, studiu apod.) (Vodáčková et al., 2002). Situační faktory může jedinec jen stěží změnit. Důležitější než faktory samotné je

však jejich individuální zpracování jedincem (Baštecká et al., 2013). Dle Špatenkové (2015) je krizí taková situace, kterou jedinec za krizi považuje.

S krizemi situačními se v praxi setkáváme asi nejčastěji, neboť se prostřednictvím nich projevují a za nimi skrývají i další typy krizí. Situační krize bývají často poslední pomyslnou kapkou (Baštecká, 2005).

3.1.2 Tranzitorní krize

Tranzitorní neboli přechodové krize jsou krizemi z očekávaných životních změn, se kterými se setkáváme v průběhu života v souvislosti s překážkami danými nároky růstu a zrání (Vodáčková et al., 2002).

Krize souvisí často s nahromaděním vývojových nároků do určitých relativně krátkých úseků vývoje. Některé životní etapy jsou spojeny se zvýšenými nároky a kumulace takto intenzivních nároků může být pro jedince náročná (Paulík, 2017).

Mezi spouštěče přechodových krizí bývají řazeny například porod, odchod dospívajícího potomka z rodiny, svatba, narození prvního dítěte, rozvod, klimakterium, ukončení pracovní kariéry a odchod do důchodu, smrt a podobně (Baštecká, 2005).

3.1.3 Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru

Původcem těchto krizí jsou mocné vnější neočekávané stresory, nad kterými člověk nemá téměř žádnou kontrolu (Vodáčková et al., 2002). Spouštěči takových krizí mohou být například situace hromadných neštěstí, přírodních katastrof, válečných konfliktů, ale také případy náhlého úmrtí blízkých osob nebo třeba napadení či znásilnění (Petr et al., 2014).

3.1.4 Krize vývojové

Vývojové krize se obvykle objevují tam, kde tranzitorní krize nemohla proběhnout zdárným způsobem. Prostřednictvím této krize jedinec dodatečně řeší to, co ve svém životě přeskočil či vyřešil pouze dočasně (Vodáčková et al., 2002). Příčinami mohou být situace, kdy některé ze základních vývojových otázek (důvěra, soběstačnost, vliv, moc, závist, žárlivost, láska a přichylnost, závislost a další) byly potlačeny, neřešeny nebo narušeny a nějaký situační spouštěč jejich porušenost oživí (Baštecká, 2005).

Tyto krize se poté mohou projevovat různě. Například jako selhávání v partnerských vztazích, nezvládání rodičovské role, závislosti, poruchy příjmu potravy a další. Krize pak poskytují možnost „dorovnat se“ do přirozeného běhu života (Petr et al., 2014).

3.1.5 Krize pramenící z psychopatologie

Spouštěčem těchto krizí může být kterýkoli z výše uvedených precipitorů, ale také například akutní drogová intoxikace, stavy nekontrolované heteroagrese či autoagrese, stavy extrémního psychického vypětí nebo úzkostná ataka. Osoby s duševním onemocněním v těchto situacích nemusí být zodpovědné za své jednání (Mlčák, 2005).

Tyto krize však ještě umocňuje specifická zranitelnost duševně nemocných osob. Stres, se kterým se duševně nemocní hůře vyrovnávají, způsobuje destabilizaci dosavadního fungování (Petr et al., 2014). Lidé s duševním onemocněním také bývají obecně hůře vybaveni pro zvládnutí zátěže a vývojových nároků (Vodáčková et al., 2002).

3.1.6 Neodkladné krizové stavy

Mezi neodkladné krizové stavy řadíme události s vysokou mírou naléhavosti, jako jsou například akutní psychotické stavy, alkoholové či drogové intoxikace, problémy s kontrolou impulzů (mj. vražedné a sebevražedné chování, situace nekontrolovatelné zlosti a agrese). Dále sem lze zařadit také panické úzkosti, některé disociativní stavy a další (Vodáčková et al., 2002).

3.2 Další členění krizí

Krize je možno dále dělit na akutní a chronické. Akutní krize jsou nápadné a bouřlivě probíhající stavy, doprovázené nepřehlédnutelnými projevy pláče, křiku, rychlými nekoordinovanými pohyby, běháním nebo naopak strnutím (pasivní reakce). Osoby v tomto stavu nejsou vlivem nesnesitelné úzkosti, strachu a paniky schopny plánování, přijímání většího množství informací a autonomního rozhodování (Cimrmanová et al., 2013). Akutní krize obvykle nasedají na předchozí zjevnou traumatizující událost. Tyto stavy mohou mít relativně krátký průběh, ale může také dojít k nepříznivému vývoji nebo chronifikaci.

Je běžné, že s sebou krize přináší prožitek naléhavosti a neodkladnosti, tísně a nouze. Akutní krize však trvá obvykle do šesti týdnů a poté se proměňuje. Souvisí to s proměnami běhu věcí, pohledu osoby na celou situaci nebo s proměnou krize v onemocnění těla. Krize však může také chronifikovat a člověk se s ní pak musí naučit žít (Baštecká, 2005), neboť není možné, aby člověk nekonečně dlouho setrval ve stavu psychického zmatku a přežil (Roberts, 2000).

Krize chronické bývají na rozdíl od akutních svým začátkem i průběhem jen málo nápadné. Jejich trvání je však dlouhé a často nebývají adekvátně řešeny či léčeny, neboť

mnohdy se v psychické i somatické rovině jeví jako chronicky probíhající neurotická porucha (Peška, 2004).

Dále lze ještě rozlišovat krize latentní a krize zjevné. Za latentní krize bývají považovány ty krize, které zůstávají lidskému vědomí utajeny. Člověk si neuvědomuje nebo nechce připustit, že je v krizi. Naopak zjevné krize si jedinec uvědomuje a připouští (Hanuš & Hellebrandová, nedat.).

3.3 Krizová intervence

Řada lidí si krizovou intervenci spojuje zejména s odvrácením nebezpečí sebevraždy (Kastová, 2000), nicméně uplatnění krizové intervence je podstatně širší.

„Krizová intervence je soubor postupů a technik, které podporují zvládnutí aktuální životní krize. Tato forma pomoci je indikována u náhle vzniklých krizí a traumatických událostí. Cílem krizové intervence je pomoci jedinci překonat náhle vzniklou záplavu úzkosti z neočekávané životní změny, pomoci mu se lépe zorientovat v nové situaci, zhodnotit své možnosti a učinit uvědomělejší rozhodnutí“ (Lečbych, nedat.).

Z Robertsova výzkumu (1970) provedeného na 24 programech pro prevenci sebevražděného chování a nepřetržitých telefonních linkách pomoci, vzniklých ve Spojených státech v průběhu 60. let 20. století, vyplynulo, že všechny tyto služby mají společný třístupňový postup krizové intervence. První fází bylo navázání kontaktu, druhou posouzení suicidálního potenciálu a třetí vytvoření akčního plánu.

V dnešní době existuje řada modelů krizové intervence. Všechny modely však mají společné dvě charakteristiky. První charakteristikou je časová omezenost této formy pomoci. Spolupráce běžně trvá po dobu tří sezení v případě intervence tváří v tvář (Brown, Shiang & Bongar, 2003 in Weiner, 2003). Hranice tří sezení však nemusí být striktně dodržována. Vždy záleží na posouzení krizového interventa. Nutností zůstává neustále zvažovat situaci a v případě, že intervent shledá nezbytnou pomoc jiného odborníka, předat klienta do péče specializovaného zařízení (Vodáčková, 2002). Druhou společnou charakteristikou je snaha krizové intervence vrátit klienta alespoň na úroveň předkrizového fungování (Brown, Shiang & Bongar, 2003 in Weiner, 2003). Krizová intervence má za cíl posílení kompetencí klienta pro zvládnutí situace, ve které se nachází (Vodáčková, 2002).

Od doby Robertsova výzkumu již uplynula řada let, základní předpoklad úspěchu intervence však zůstává stejný. Je jím vytvoření bezpečného prostoru pro práci na problému. Pro navázání vztahu a získání důvěry je nezbytná schopnost empatie, aktivního naslouchání

a poskytování emoční podpory na straně intervenanta. Dále pochopení významu, který krize pro klienta má, a poskytnutí prostoru pro klientovy emoce, podpora jejich vyjádření a jejich akceptace. V neposlední řadě je třeba vyjádřit, že klientova situace je zvládnutelná, a tím podpořit jeho sebevědomí (Hanuš & Hellebrandová, nedat.).

4 Posttraumatická stresová porucha po porodu

Těhotenství a porod jsou silnými zážitky v životech žen. Převážná většina žen se z porodu zotaví poměrně rychle, přesto je však malé procento žen, pro které je porod počátkem dlouhodobého trápení, jež nepříznivě ovlivní jejich životy i životy jejich blízkých (Reynolds, 1997).

Problematika rozvoje psychických obtíží u žen je hojně diskutována. Nejčastěji zmiňovanou problematikou však bývá zejména oblast rozvoje deprese po porodu, případně lidově známá laktační psychóza. Možnost rozvoje posttraumatické poruchy začala být v povědomí teprve nedávno.

4.1 Diagnostika PTSD po porodu

V Evropě stále není diagnostika PTSD po porodu zcela běžná. Příčinou může být fakt, že v MKN-10, která je rámcem pro stanovení příslušné diagnózy, je podmínkou pro diagnostiku PTSD prožití výjimečně ohrožující nebo katastrofická události, která by vyvolala stres téměř u všech (WHO, 2000).

Ve státech, které pro diagnostiku užívají DSM, se tento problém neobjevuje. Již čtvrté vydání manuálu DSM totiž přineslo úpravy definice traumatizující události. Definice byla doplněna o události, které znamenaly vážnou fyzickou hrozbu či ohrožení fyzické integrity a kterých byla osoba svědkem či s nimi byla přímo konfrontována. Další podmínkou bylo, že tato událost u diagnostikované osoby vyvolala pocity strachu, bezmoci nebo hrůzy (APA, 1994).

Úprava definice a zdůraznění významu role subjektivní odpovědi na traumatickou událost umožnilo aplikaci této diagnózy také na prožitek některých žen během porodu (Olde, Hart, Kleber, & Son, 2006).

Provedené úpravy a doplnění definice jsou odrazem klinické praxe a reakcí na řadu výzkumů, z nichž je patrné, že příznaky PTSD se vyskytují i po událostech, které nepřesahují běžnou lidskou zkušenost (Bailham & Joseph, 2003). V zemích s rozvinutou lékařskou péčí dnes většina porodů obvykle nekončí žádným vážným poraněním, nebo dokonce smrtí, a z medicínského hlediska tak nejsou vnímány jako negativní výsledky. Například statistiky porodnictví ve Velké Británii ukázaly, že jen 0,86 % porodů končí úmrtím dítěte a jen 0,1 % všech porodů je klasifikováno jako přímo ohrožující život matky nebo dítěte. Z empirických studií však vyplývá, že velké množství žen během porodu i přesto prožívá strach, hrůzu

a bezmoc v návaznosti na vnímané ohrožení sebe či svého dítěte. Vzhledem k faktu, že se PTSD nemusí rozvinout u všech osob, které prožijí nějakou život ohrožující či jinou událost, je patrné, že subjektivní vnímání situace hraje významnou roli (Ayers, Joseph, McKenzie-McHarg, Slade, & Wijma, 2008).

Negativní zkušenost s porodem nemusí vždy nutně vyvolat PTSD, nicméně může ženu učinit zranitelnější vůči PTSD v budoucnu (Bailham & Joseph, 2003). Odhady stanovují prevalenci PTSD po porodu až na 3,1 % v běžné populaci a na 15,7 % v rizikových skupinách (Grekin & O'Hara, 2014). Během půlroku po porodu pak trpí PTSD přibližně 1,5 % žen (Ayers & Pickering, 2001). V České republice, ve které dle Českého statistického úřadu (2017) v roce 2016 proběhlo 113 083 porodů, tak pravděpodobně zůstává řada žen, u nichž nebyla PTSD rozpoznána.

4.2 Rizikové faktory vzniku PTSD po porodu

Největší riziko rozvoje PTSD hrozí ženám, které prožily předčasný porod, porodily mrtvé dítě či prožily těhotenskou či perinatální ztrátu. Riziko výskytu PTSD je v těchto případech až 25 % (Olde et al., 2006).

Obecně však lze říci, že v případech porodů, které neskončí úmrtím novorozence, je PTSD důsledkem spolupůsobení řady faktorů (Brewin & Andrews, 2000). Tyto faktory lze členit na faktory působící před porodem a těhotenstvím, v průběhu těhotenství a v průběhu porodu.

4.2.1 Rizikové faktory působící před těhotenstvím a porodem

Mezi faktory působící ještě před porodem a otěhotněním samotným spadá například předchozí traumatická životní událost, zkušenost se sexuálním obtěžováním, znásilněním či předchozí traumatický porod. Vliv však může mít i absence zkušenosti s porodem u prvorodiček (Polachek, Dulitzky, Margolis-Dorfman, & Simchen, 2015), psychiatrické onemocnění v anamnéze (Grekin & O'Hara, 2014) a tokofobie (Verreault et al., 2012). Dále hrají roli osobnostní dispozice, zejména pak úzkostnost (Soet, Brack, & Dilorio, 2003), interní místo řízení, nižší míra copingových dovedností, neuroticismus a extravertze (Olde et al., 2006).

Velký vliv má celková životní situace nastávající matky. Negativně působí nízký socioekonomický statut (Wijma, Söderquist, Wijma, 1997), postavení ženy jako matky samoživitelky (Verreault et al., 2012) a nezanedbatelné je i působení věku a celkového well-beingu (Vossbeck-Elsebusch, Freisfeld, & Ehring, 2014). Roli hraje také

kvalita partnerského vztahu, hlavně pak nejistá citová vazba k partnerovi a nespokojenost s poskytovanou podporou (Iles, Slade, & Spiby, 2011).

4.2.2 Rizikové faktory působící v průběhu těhotenství

Pro psychickou pohodu a riziko rozvoje PTSD je významný průběh těhotenství samotného, zejména pak výskyt komplikací (Lyons, 1998), ale významná jsou i očekávání od porodu, a to zejména v případě, že následně prožitá zkušenost bude negativnější než ta, kterou žena předem čekala (Söderquist, Wijma, & Wijma, K, 2006).

S očekáváními souvisí míra a způsob předporodní přípravy. V případě, že žena očekává hladký průběh porodu či nepociťuje vědomý strach z porodu, může předporodní přípravě věnovat méně pozornosti (Verreault et al., 2012).

I opačný přístup však může působit negativně. Aktuální trend přirozených porodů může u žen vyvolat idylická očekávání, která jsou mnohdy v rozporu s aktuálním běžným porodnictvím. Zejména pro prvorodičky pak může být následný střet s realitou velmi náročný (Crossley, 2007).

V dnešní době se ženy dělí na dvě skupiny. První z nich jsou ženy, které mají tendenci se porodu aktivně účastnit. Tyto ženy obvykle těhotenství a porod vnímají jako běžnou součást lidského života a aktivně se o tuto oblast zajímají, touží po tom, vzít zodpovědnost za příchod svého potomka na svět do svých rukou. Opakem jsou však ženy, které nedůvěřují samy sobě a svým tělesným procesům a zodpovědnost za svůj porod převzít nechtějí. Tato skupina žen má tendenci odevzdat sebe i své dítě do rukou odborníků. Často si přejí epidurální analgezií či císařský řez v domněnce, že se tím vyhnou bolesti (Sedlická, 2012).

4.2.3 Rizikové faktory působící v průběhu porodu

Základním faktem, který musí být brán v potaz, je to, že porod je bolestivou záležitostí. Mnoho žen sděluje, že takovou bolest, jakou zažily v průběhu porodu, ještě nikdy nezažily. Spolu s tímto faktem je významná ztráta pocitu kontroly nad procesem (Reynolds, 1997). Ztráta kontroly mnohdy souvisí s aplikací medikamentů, epidurální analgezií, vyvoláváním porodních procesů pitocinem¹, akutním i plánovaným císařským řezem, předčasným porodem, operativním porodem – užitím kleští nebo vakuumextrakce. Důležité je také časté

¹ Pitocin je syntetická forma oxytocinu, lidského hormonu stimujícího nástup porodních procesů, podporujícího pocit pohody a mateřské vazby. Pitocin bývá užíván k augmentaci nebo vyvolání porodu (Stillerman, 2009).

omezování pohybu rodící ženy například přivazováním nohou k porodnímu lůžku nebo usměrňováním doprovodu k tomu, aby rodiče pohyb znemožnil (Mrowetz, 2013). Roli hraje také prožívaný strach o sebe i dítě (Czarnocka, J & Slade, 2000). Strach může být prožíván jako obavy z narození mrtvého dítěte, z neschopnosti dítěte přežít či z toho, že bude defektní, ale také se může vázat k obavám, že se stane něco hrozného, že žena nedokáže zvládnout bolest nebo nebude schopná spolupracovat (Vodáčková, 2007). V neposlední řadě je významný také nedostatek sociální opory či její úplná absence (Olde et al., 2006).

Jak už bylo řečeno, nejvýznamnější podíl na možném rozvoji PTSD má však subjektivní vnímání porodu. Toto riziko mohou dále zvyšovat užívané invazivní metody. Nejvýraznější je užití císařského řezu. U císařského řezu se pak jedná zejména o jeho akutní provedení, u něhož byla opakovaně výzkumně prokázána souvislost s rozvojem PTSD v období po porodu. Příčinou může být nepředvídatelnost zákroku (Ryding, Wijma, & Wijma, 1997). Obecně se však symptomy PTSD častěji vyskytují u žen, které prodělaly operativní porod (císařský řez, vaginální porod za pomoci kleští nebo vakuumextraktoru) (Olde et al., 2006). Objevily se i důkazy o souvislosti užití epiziotomie s rozvojem PTSD (Wijma et al., 1997). Nástřih pochvy totiž pro ženy znamená narušení tělesné integrity a trvalou tělesnou změnu s dopadem na sexualitu. Ženami negativně hodnoceným zákrokem je také Kristellerova exprese, která bývá popisována jako skákání na břicho, tlačení, válení po břicho zdravotníky a podobně. Tato metoda je navíc non lege artis² (Mrowetz, 2013). Ženy si v průběhu operativních porodů, ve kterých dochází k rutinnímu využívání medicínských zásahů, připadají jako produkt pásové výroby (Mrowetz, 2010 in Sedlická, 2012).

Některé ženy dokonce sdělovaly nepříjemné pocity i v průběhu monitorování plodu. Nicméně opomenout nelze ani sílu přístupu personálu a způsob komunikace s rodící ženou. Výroky jako „roztáhněte nohy“, „spolupracujte“, „buďte hodná holka“ spolu s vyšetřováním v ženách vzbuzovaly pocity podobné jako u znásilnění. V průběhu porodu se mohou vynořit i právě prožitky sexuálního zneužívání, kdy žena, která byla jako dítě zneužita, sdělila, že tlak hlavičky byl pro ni stejný jako tlak penisu dospělého muže, který vnímala, když byla dítě (Reynolds, 1997). Je tedy třeba myslet na to, že každá žena si s sebou k porodu přináší jinou osobní historii.

² Postup, který nesplňuje pravidla pro označení lege artis, tedy poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů při respektování individuality pacienta s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (Saxlová, 2016).

„Predisponované ženy jsou po problematickém průběhu porodu náchylnější k rozvoji PTSD po porodu, a subjektivní hodnocení porodní zkušenosti je tedy často nezávislé na průběhu porodu z pohledu porodníka“ (Korábová & Masopustová, 2016, s. 15).

Vztah se zdravotnickým personálem bývá uváděn jako jedna ze složek pocitu kontroly nad porodem (Denis, Parant, & Callahan, 2011). Vnímání špatného zacházení ze strany personálu působí jako prediktor intruzivních stresových reakcí (Ryding, Wijma, & Wijma, 2000).

Je však třeba dbát obezřetnosti při interpretaci výzkumných zjištění souvisejících s působením vztahu mezi personálem a rodičkou na její psychiku. Výzkumy, které tuto problematiku pokrývají, se totiž poměrně liší v jednotlivých ukazatelích, prostřednictvím kterých jsou hodnoceny nedostatky poskytnuté péče. Obecně se uvažuje jakékoliv negativní hodnocení kontaktu se zdravotnickým personálem, nedostatečné poskytování informací, případně nedostatek validních informací, nespokojenost s kvalitou komunikace s personálem, nedostatečné poskytování opory či celkové zklamání z péče v průběhu porodu. Dosud tedy není zcela jasné, které konkrétní faktory jsou pro rozvoj poporodní PTSD klíčové (Olde et al., 2006). Příčin vysoké korelace souvislosti chování personálu a rozvoje PTSD po porodu může být celá řada. Nabízí se možnosti vlivu chování a vlastností personálu, ale také charakteristiky matky, které stojí za tím, že jednání personálu hodnotí negativně (Grekin & O'Hara, 2014).

4.3 Projevy poporodní PTSD

Kromě projevů popsaných v kapitole 2.4 se u PTSD po porodu projevuje několik specifických symptomů. Jsou jimi narušení vztahu k dítěti, vyhýbání se sexu, sekundární strach z porodu (tokofobie) a negativní vliv na partnerský vztah (Korábová & Masopustová, 2016).

Po traumatickém porodu mohou být ženy plačtivé, zažívat pocity úzkosti a paniky. Někdy může úzkost přerůst až do podoby panické ataky. Mohou se objevovat myšlenky na smrt, ať již svou, nebo dítěte. Běžným projevem jsou flashbacky, obavy z usnutí, potíže se spánkem obecně a obavy z nočních můr. Některé ženy mají opakovanou potřebu o porodu hovořit. Veskrze se ženy snaží o vyrovnání se s porodem a o jeho přijetí, což doprovází přesvědčování sebe sama o tom, že na situaci nebylo nic, co by se dalo ovlivnit či změnit. Veškeré emoce, které ženu zaplavují, pak mají za následek odtažení se od ostatních osob, i blízkých, a pocity odcizení (Korábová, 2015).

Charakteristickým projevem PTSD po porodu je, jak už bylo uvedeno, narušení vztahu k dítěti (Ballard, Stanley, & Brockington, 1995). Dítě je ženě neustálou připomínkou prožitého porodu, proto se některé ženy vědomě rozhodnou, že nebudou kojit, což pro ně představuje jakousi ochranu emocionální rovnováhy. Ženy mohou také prožívat intenzivní pocity odcizení od dítěte, pocit selhání a nenaplňování dřívějších ideálů o mateřství (Fenech & Thomson, 2014).

Může se objevovat odmítání dítěte (Bailham & Joseph, 2003), ale také naopak přehnaná péče, hyperprotektivita či lpění na kojení, které je vnímáno jako snaha o odstranění viny, kterou si žena připisuje (Ayres et al., 2008). Pokud kojení z nějakého důvodu není možné, může to ještě prohlubovat ženiny pocity viny (Fenech & Thomson, 2014).

Zvýšená dráždivost jako běžný projev PTSD může mít v případě matek za důsledek vyšší nervozitu, úzkostnost a kritičnost vůči dítěti (Bailham & Joseph, 2003). Důvodem podrážděnosti však může být i prostý mateřský distres, který se může stát pro mladší děti, jež jsou zcela závislé na interakci s rodičem, velmi škodlivým (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000).

Co se týče partnerských vztahů, může dojít k jejich ovlivnění zejména v případě, že PTSD zůstane neléčena. Ovlivněny mohou být jak vztahy manželské, tak rodinné, ale i další sociální interakce (Simpson & Catling, 2016). Na kvalitu partnerského vztahu má pochopitelný dopad ovlivnění sexuality žen pod vlivem PTSD (Ayers et al., 2008). A některé studie přináší překvapivé důkazy o tom, že i u mužů může dojít k rozvoji PTSD, pokud byli přítomni u porodu své partnerky (Skari et al., 2002). Jiné studie však hovoří spíše o projevech některých posttraumatických stresových symptomů než celé diagnostikovatelné poruchy (Bradley, Slade, & Levinston, 2008).

5 Současný stav poznání a aktuální výzkumy

Převaha dostupných výzkumů týkajících se poporodního traumatu pochází především ze zahraničí, nicméně i v České republice můžeme čas od času narazit na výzkum věnovaný této problematice, zejména pocházející od studentů, kteří se tématu věnovali v rámci diplomových prací.

Výzkumy naznačují, že by ženy mohly být obecně až dvakrát náchylnější k rozvoji PTSD než muži. Ve výzkumu, při kterém bylo zkoumáno 13 žen a 18 mužů s diagnózou PTSD, byly respondentům prezentovány různé obrazové podněty, z nichž některé doprovázel malý elektrický šok pro vytvoření spojení strachu. Současně byly sledovány vybrané fyziologické ukazatele. Byla měřena srdeční frekvence, míra pocení a napětí v obličejovém svalstvu. Bylo zjištěno, že u žen zapojených do výzkumu se objevovaly intenzivnější fyziologické reakce na podněty spojené se šokem než u mužů. Tento výzkum má však mnoho rezerv, a je tak spíše tématem k zamyšlení a dalšímu bádání. Na základě tak malého vzorku, který byl ve studii využit, nelze nic generalizovat. Také není možné usuzovat na obecný mechanismus vzniku strachu, neboť všichni respondenti měli PTSD, posouzení osob bez této diagnózy je proto omezené (Joseph, 2012).

Evidence a databáze naznačují, že přibližně 2 % žen splňují kritéria pro PTSD po porodu. Ayres, Harris, Sawyer, Parfyt a Ford (2009) provedly výzkum na celkem 1423 ženách, které měly za sebou alespoň jeden porod. Výzkum byl prováděn osobně (n = 502) a současně skrze internet (n = 921). Výsledky dotazníkového šetření, ve kterém byla měřena kompletní diagnostická kritéria pro PTSD, ukázaly, že v případě osobního měření splnilo kompletní diagnostická kritéria 2,5 % žen, v případě šetření na internetu to bylo dokonce 21 % zapojených žen. Dále byla na datech provedená faktorová analýza, která identifikovala dva hlavní symptomy, byly jimi „znovuprožívání a vyhýbání“ (re-experiencing and avoidance) a „zncitlivění a vzrušení“ (numbing and arousal). Tento výzkum dokázal, že je třeba se problematice věnovat, ale je vhodné provádět kompletní diagnostiku, neboť se ukázalo, že některé symptomy mohou být zveličovány.

Keedle, Schmied, Burns a Dahled (2015) provedli kvalitativní studii, ve které bylo zapojeno 12 žen žijících v Austrálii. Z této studie, která byla zaměřená na důvody pro volbu domácího porodu, vyplynulo, že touha porodit jinde než v porodnici, vyplývala primárně ze snah vyhnout se možnosti opakování zkušenosti, kterou okusily v průběhu předchozího traumatizujícího porodu (ve výzkumu byly zapojeny ženy se zkušeností s traumatizujícím

vaginálním porodem, ale i ženy po císařském řezu). Mezi důvody, které tyto ženy uváděly, byly negativní pocity z průběhu porodu, kdy se dle jejich slov cítily jako kus masa, připadaly si ignorovány a neměly možnost aktivně se zapojit do rozhodování o možnostech ovlivnění procesu porodu. Dalším důvodem pro volbu domácího porodu byly dlouhotrvající symptomy traumatu, které tyto ženy prožívaly. Neopomenutelným zjištěním je také prožitá retraumatizace zdravotnickým systémem prostřednictvím vyhrožování a zastrašování.

Prediktory pro rozvoj PTSD zkoumali také Goutaudier, Séjourné, Rousset, Lami a Chabrol (2012), kteří ve své studii, zahrnující 98 žen z jižní Francie, zkoumali vliv bolesti v průběhu porodu, perinatální disociace, vnímání vlastní účinnosti (self-efficacy) na rozvoj poporodní PTSD. V tomto výzkumu ženy po 2–3 dnech po porodu vyplnily celkem čtyři dotazníky: the Peritraumatic Emotions List (PEL), francouzskou verzi dotazníku McGill Pain Questionnaire, the Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ) a the Childbirth Self-efficacy Inventory (CBSEI). Po šesti týdnech od porodu pak ženy vyplňovaly The Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Z výsledků vyplývá, že intenzita symptomů PTSD pozitivně koreluje s negativními emocemi ($r = 0,39$; $p < 0,01$), perinatální disociací ($r = 0,29$; $p < 0,01$) a bolestí v průběhu porodu ($r = 0,36$; $p < 0,01$).

Fenech a Thomson (2014) provedly metaanalýzu 13 kvalitativních studií, ve které shrnuly následky traumatického porodu na well-being ženy. Ve své studii sledovaly dlouhodobé psychosociální dopady prožitku porodu. Autorky ve svém textu identifikovaly celkem devět témat, se kterými se ženy snaží vědomě i nevědomě vyrovnat. **První téma** je nazváno jako „Tonutí v temnotě“ (drowning in darkness) a projevuje se přítomnými *pocity selhání, sebeobviňováním, rozvojem PTSD, poporodními depresemi, pocity viny a vzteku, suicidálními myšlenkami* a celkovou *emoční zranitelností*. **Druhá oblast** pokrývá *flashbacky* a *noční můry*. **Třetí** je nazvána „Dysfunkční copingové strategie“ a je v ní zahrnuta *potřeba chránit sama sebe, obnovit ztracenou sebedůvěru a víru ve vlastní tělo, potřeba mluvit a potřeba rozptýlení, symptomy vyhýbání se, snaha vyrovnat se s porodem, uzdravit se a přijmout, co se stalo, a potřeba kojit své dítě*. **Čtvrté téma** popisuje *hrůzu z následujících těhotenství*. V dalších těhotenstvích může docházet k retraumatizaci, a ženy se proto snaží *průběh dalších těhotenství aktivně ovlivňovat a změnit spolu se snahou prožít další porod jinak*. V **pátém tématu** se objevuje *smutek ze ztráty sebe sama*. V **šestém** je to pak *ztráta rodinných ideálů*, které jsou spojeny také se *strachem z dalších těhotenství*. Přináší také *truchlení pro možnou ztrátu dalších dětí*. Tato oblast pokrývá také *problematiku antikoncepce, případně sterilizace*. **Sedmá oblast** je tématem narušených vztahů. Znamená

vyhýbání se intimnímu kontaktu, poničené vztahy, izolaci, ale také vztek na profesionály z řad zdravotníků a obviňování ostatních. **Osmé téma** popisuje pokání ve vztahu k dítěti projevující se hyperprotektivitou a potřebou udělat něco dobrého a potvrdit sebe sama v roli matky. Poslední **deváté téma** je pak celkově o selhání v roli matky z důvodu nepřítomnosti citové vazby k dítěti, jeho odmítání a nechuti kojit svého potomka.

Nežřídka uváděnou možnou příčinou traumatu ze strany žen je nedostatečná komunikace ze strany zdravotnického personálu, neinformování žen o nakládání s novorozencem a s tím související separace. Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách teoretické části této práce, nelze vnímat trauma ženy jen z pohledu zásahů provedených na těle matky, ale také z pohledu následné lékařské péče věnované novorozenci. Tento výrok potvrzuje výzkum prováděný Ústavem dědičných metabolických poruch VFN a 1. LF UK v letech 2013 a 2014. V rámci výzkumu byla provedena dotazníková studie o informovanosti matek o novorozeneckém screeningu (tzv. patičkový test), kterým je zjišťováno 18 vrozených nebo dědičných onemocnění (např. snížená funkce štítné žlázy, cystická fibróza, dědičné poruchy látkové výměny mastných kyselin a aminokyselin nebo dědičné poruchy přeměny vitamínů). V rámci studie bylo osloveno 3000 matek. Návratnost dotazníků byla 42 %, tedy 1162 vyplněných dotazníků. Statistické vyhodnocení dat následně ukázalo, že celková informovanost matek o novorozeneckém screeningu je nedostatečná 18 % žen o screeningu nevědělo vůbec nic, 11 % nebylo nikým informováno o jeho provedení a jen 30 % žen vědělo o možné falešné pozitivitě nálezů. Obecně byla informovanost lepší u žen starších třiceti let, které porodily 2 a více dětí, jejichž porod probíhal ve středně velké porodnici (1000–3000 porodů ročně) a žen, které byly informovány z více zdrojů (gynekologem, pediatrem na novorozeneckém oddělení nebo z internetu). Souvislost tématu výzkumu s tématem této práce pak dokládají slovní komentáře, které byly v rámci studie také získány. Například žena, která porodila v roce 2017, uvedla: „*Maličký spinkal v postýlce a já si skočila vyměnit vložku na záchod. Když jsem se vrátila, malý nebyl v postýlce. Já panikařila a paní z vedlejší postele říkala, že ho odnesla sestra asi na nějaký odběr. Jednání k nezaplacení. Ten pocit bezmocnosti je ve mně doted', když na to pomyslím.*“ Jiná žena, která svůj porod prožila v roce 2016 v Praze-Podolí, uvedla: „*Nic jsem nevěděla, nic mi nebylo sděleno, jen dodatečně papír o souhlasu. Byla jsem naštvaná a bezmocná.*“ (Votava et al., nedat.).

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Metodologický rámec výzkumu

V této kapitole bude přiblížen metodologický rámec provedeného výzkumu. Popsán bude jak výzkumný problém, tak výzkumné cíle a výzkumné otázky. Blíže bude specifikován design výzkumu, metody použité pro výběr výzkumného souboru, průběh tvorby dat a jejich následná analýza. V závěru kapitoly budou také popsány etické aspekty výzkumu.

6.1 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky

Poporodní trauma je stále poměrně opomíjeným tématem. Pozornost je upírána na fyzické zdraví matky a dítěte. Je kladen důraz na co nejnižší perinatální úmrtnost. Česká republika se dlouhodobě pyšní jednou z nejnižších perinatálních úmrtností v Evropě. V roce 2018 klesla tato úmrtnost na 4,4 ‰ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019). I nadále je však dle výpovědí řady žen v průběhu porodů prováděna řada rutinních zákroků v neopodstatněných situacích, které jsou ženami negativně hodnoceny. Mezi časté rutinní postupy a zákroky patří například dlouhodobá či kontinuální kardiokografie pro posouzení stavu plodu, holení pubického ochlupení, podání klystýru, protržení vaku blan (neboli dirupce či amniotomie), epiziotomie nebo tlak na fundus. U těchto a řady dalších zákroků je ze strany WHO opakovaně doporučováno omezit jejich využívání na nezbytné minimum (WHO, 2018). Řadu žen vede negativní zkušenost s porodem v nemocnici k rozhodnutí přivést svého dalšího potomka na svět jinde. A vzhledem k tomu, že v České republice stále není legislativně zakotvena možnost provozování porodních domů, zbývají jim v rozhodování pouze některé alternativnější porodnice a jejich vlastní domov. V únoru 2019 vzniklo centrum porodní asistence při Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce a Neonatologickém oddělení Nemocnice Na Bulovce. Toto centrum by mělo být jakýmsi kompromisem, který ženám slibuje poskytnutí příjemného prostředí, respektování jejich představ o porodu, snížení používání rutinních zákroků a zároveň zajištění nepřetržitě dostupné lékařské péče (Nemocnice Na Bulovce, nedat.).

K rozhodnutí zaměřit téma této diplomové práce právě na poporodní trauma mě vedlo několikaleté pozorování skupiny žen, které se rozhodly родit doma a své zkušenosti sdílely na sociálních sítích, diskutovaly o možnostech, hledaly tu nejbezpečnější cestu jak pro ně, tak miminko, avšak po předchozích zkušenostech mimo prostory porodnic. V tomto

rozhodnutí mě poté utvrdily ženy, se kterými jsem prováděla rozhovory pro bakalářskou práci týkající se domácích porodů.

Výzkumný problém této diplomové práce spočívá v mapování subjektivního prožívání porodního traumatu u žen.

Výzkumné cíle jsou:

1. Identifikovat, který typ porodu absolvovaly ženy, jež se hodnotí jako traumatizované.
2. Zjistit, které situace a zásahy v průběhu porodu jsou ženami vnímány jako nejvýznamnější stresory.
3. Popsat, které symptomy ženy prožívají v době následující po traumatickém porodu.
4. Zmapovat, jak dlouho u žen přetrvávaly symptomy spojené s traumatem.
5. Porovnat, zda prožitky žen po traumatickém porodu naplňují diagnostická kritéria diagnózy F43.1 (Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení – Posttraumatická stresová porucha) dle MKN-10.
6. Popsat, jak ženy postupují při zpracovávání svého porodního traumatu.

Výzkumné otázky byly stanoveny v návaznosti na výzkumné cíle takto:

- Který typ porodu absolvovaly ženy, jež se následkem tohoto porodu vnímají jako traumatizované?
- Které situace a zásahy v průběhu porodu jsou ženami vnímány jako nejvýznamnější stresory?
- Které symptomy ženy prožívají v době následující po traumatickém porodu?
- Jak dlouho ženy prožívaly symptomy spojené s traumatem?
- Naplňují prožitky žen po porodu diagnostická kritéria diagnózy F43.1 (Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení – Posttraumatická stresová porucha) dle MKN-10?
- Jak ženy postupují při zpracovávání svého porodního traumatu?

6.2 Design výzkumu

Vzhledem k náročnosti zkoumané problematiky, povaze výzkumného vzorku a stanoveným cílům výzkumu byl využit kvalitativní přístup, který lze definovat jako jakýkoliv výzkum, ve kterém není k dosažení výsledků využito statistických metod či jiných způsobů kvantifikace (Strauss & Corbinová, 1999). Tento pohled je však značně

zjednodušující a opomíjí fakt, že v rámci kvalitativního přístupu dochází k získávání komplexního obrazu, který umožňuje důkladnější poznání zkoumaného jevu. Kvalitativní přístup také umožňuje snáze se přizpůsobit měnícím se podmínkám a situacím (Hendl, 2012). V procesu výzkumu pak dochází k hledání porozumění danému problému. Dochází k analýzám různých typů textů, informování se o názorech účastníků a provádění zkoumání v přirozených podmínkách (Creswell, 1998 in Hendl, 2012).

V rámci kvalitativního výzkumu byla využita vícečetné případová studie, která poskytuje možnost zkoumat jednotlivé případy v jejich celistvosti, zmapovat souvislosti a získat velké množství dat (Hendl, 2012).

6.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily pouze ženy získané za pomoci nepravděpodobnostních metod výběru. Nejprve bylo využito samovýběru (*self selecting sample*), založeném na dobrovolnosti, v rámci kterého došlo ke zveřejnění inzerátů s nabídkou účasti ve výzkumu. Tyto inzeráty byly zveřejněny ve skupinách na sociální síti Facebook. Skupiny vybrané pro publikování inzerátu se týkají domácího porodu (Porod v domácím prostředí, Porod v domácím prostředí OT), poskytování informační podpory ženám v období před porodem a po něm (Podpoříte mne v osvětě? O právech při hospital.-aktivní řešení stížností) a císařského řezu (Císařovny). Podmínkou účasti ve výzkumu bylo pouze sebehodnocení ženy jako traumatizované následkem prodělaného porodu. Pomocí metody sněhové koule (*snowball sampling*) následně došlo ke získání dalších respondentek, které nebyly členkami zmíněných skupin.

Důvodem pro použití nepravděpodobnostních metod výběru byla snaha zajistit reprezentativnost souboru vzhledem k výzkumnému problému. Tato volba však s sebou nese riziko odlišnosti osob, které se samy rozhodnou účastnit se výzkumu, od zbytku populace v široké škále osobnostních charakteristik (Miovský, 2006).

Výzkum byl od počátku provázen vysokou mortalitou. Svou účast ve výzkumu nabídlo celkem 73 žen, se 7 z nich se nepodařilo dohodnout na další podobě spolupráce, 37 žen bylo ochotno svou zkušenost sdílet pouze písemnou formou, 18 žen souhlasilo s osobním setkáním a zbylých 11 žen s videohovorem prostřednictvím Skype. Celkem bylo provedeno 5 rozhovorů tváří v tvář, 2 videohovory prostřednictvím Skype a 20 odpovědí bylo získáno písemně. V tabulce číslo 1 je u jednotlivých žen uvedena také forma spolupráce. Konečný

výzkumný vzorek po vyřazení jedné písemné odpovědi, která nebyla kompletní, tedy tvoří celkem 27 žen.

Průměrný věk respondentek byl 30 let se směrodatnou odchylkou $SD = 4,88$. Modus vzdělání byl VŠ vzdělání s $n = 17$. Pouze 2 z 27 respondentek prožily dva traumatizující porody. V obou případech se jednalo o 1. a 2. porod v pořadí z celkových 3 porodů. U dvou žen byl traumatizující porod až druhý v pořadí. Zbýlých 23 respondentek prožilo pouze 1 traumatizující porod, u všech těchto žen se jednalo o první porod. Detaily o respondentkách zobrazuje tabulka č. 1 níže.

Tab. 1: Popis výzkumného souboru

<i>ID</i>	<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Počet porodů</i>	<i>Počet traumatizujících porodů</i>	<i>Pořadí traumatizujícího porodu</i>	<i>Forma spolupráce na výzkumu</i>
1	29	VŠ	1	1	1.	Osobní setkání
2	32	VŠ	2	1	1.	Osobní setkání
3	27	SŠ	2	1	1.	Osobní setkání
4	23	SŠ	1	1	1.	Osobní setkání
5	33	VŠ	2	1	2.	Osobní setkání
6	36	VŠ	2	1	1.	Skype videohovor
7	32	VŠ	2	1	1.	Skype videohovor
8	26	VŠ	1	1	1.	Písemně
9	21	SŠ	1	1	1.	Písemně
10	27	SŠ	1	1	1.	Písemně
11	30	SŠ	3	2	1. a 2.	Písemně
12	36	VŠ	2	1	1.	Písemně
13	40	SŠ	2	1	1.	Písemně
14	25	SŠ	1	1	1.	Písemně
15	34	VŠ	2	1	1.	Písemně
16	30	SŠ	3	2	1. a 2.	Písemně
17	31	VŠ	2	1	1.	Písemně
18	30	VŠ	1	1	1.	Písemně
19	30	VŠ	1	1	1.	Písemně
20	26	VŠ	2	1	1.	Písemně
21	24	SŠ	2	1	1.	Písemně
22	38	VŠ	2	1	1.	Písemně
23	35	VŠ	2	1	2.	Písemně
24	22	ZŠ	2	1	1.	Písemně
25	31	VŠ	2	1	1.	Písemně
26	29	VŠ	1	1	1.	Písemně
27	34	VŠ	2	1	1.	Písemně

6.4 Tvorba dat

Oslovování potenciálních zájemkyň o účast ve výzkumu probíhalo od září 2017. Od této doby se mohly ženy do výzkumu přihlásit. Respondentky byly informovány o detailech souvisejících s výzkumem, zásadách zpracování získaných údajů, anonymitě, možnosti kdykoli od výzkumu odstoupit a byly jim zodpovězeny případné dotazy. Ženám bylo

nabídnuto se s ohledem na náročnost tématu rozhodnout, jaká forma spolupráce je pro ně přijatelná. Jelikož některé ženy nebyly ochotné poskytnout osobní rozhovor ani videohovor přes internet, ale přesto se do výzkumu chtěly zapojit, byla zvolena možnost odpovědět na otázky písemnou formou. Průběžně probíhalo vytvoření seznamu zájemkyň s rozlišením, do které formy spolupráce jsou ochotny se zapojit (osobní rozhovor / videohovor prostřednictvím Skype / písemná odpověď) a kontaktními údaji. Sběr dat následně probíhal od října 2018 do září 2019.

Nejprve byla realizována osobní setkání a Skype videohovory. Ženám bylo vždy nabídnuto několik termínů pro realizaci rozhovoru tak, aby čas setkání vyhovoval jejich časovým dispozicím. Komunikace probíhala prostřednictvím sociální sítě Facebook nebo telefonicky. Osobní setkání následně probíhala dle preferencí žen buď v kavárnách, nebo v domácnostech respondentek. Bylo preferováno, aby u rozhovoru z důvodu citlivosti tématu nebyly přítomny děti, ale tento požadavek nebylo možno u všech osobních setkání dodržet.

Na počátku osobního setkání byl ženám předkládán formulář pro sběr demografických údajů a faktických informací. V případě rozhovoru skrze Skype videohovor byl formulář ženám zaslán na počátku rozhovoru. Formulář pokrýval informace o počtech prodělaných porodů, datech porodů, typech porodů, provedených zákrocích, prožitých situacích v průběhu porodu a krátce po něm a symptomech prožívaných v období po porodu. Respondentkám byl poskytnut dostatek času k pročetí formuláře a jeho vyplnění. U většiny setkání došlo k plynulému započatí rozhovoru na zkoumané téma již při vyplňování formuláře. Formulář je v plném rozsahu uveden v příloze č. 5. Pro sběr podrobných dat byl zvolen semistrukturovaný rozhovor, jehož kostru tvořilo 12 základních otázek korespondujících s otázkami výzkumnými. Struktura rozhovoru je k nahlédnutí v příloze č. 4. Důvodem pro volbu polostrukturovaného rozhovoru je jeho flexibilita, díky které je možné měnit pořadí otázek, klást doplňující otázky, žádat respondenty o vysvětlení a v případě potřeby není problém, při zachování jádra rozhovoru, některou z otázek vynechat (Miovský, 2006).

Rozhovory byly zaznamenávány formou audionahrávky na diktafon. S nahráváním byly respondentky seznámeny a byly požádány o vyjádření souhlasu. Tento fakt je zohledněn také v informovaném souhlasu (viz příloha č. 3). Jedna z žen s nahráváním nesouhlasila, proto byla zvolena alternativa, a to přímý písemný záznam v průběhu rozhovoru, který však klade velké nároky na výzkumníka, a je důležité dbát na to, aby zaznamenávání nemělo vliv

na dynamiku rozhovoru. Souběžně s kladením otázek probíhalo také pozorování, které bylo výzkumníci zaznamenáváno do tištěné struktury rozhovoru. Průměrná délka rozhovoru činila 64 minut (medián 56 minut).

V případě rozhovorů prováděných formou videohovoru přes Skype byla metodika rozhovoru velmi podobná jako u osobních setkání. Nejprve byly ženy seznámeny se všemi nezbytnými informacemi souvisejícími s výzkumem a byl jim poskytnut prostor pro dotazy. Následně byl ženám zaslán informovaný souhlas v podobě textového dokumentu. Všem účastnicím byl poskytnut dostatečný prostor pro prostudování textu. Následně byly požádány o vyjádření souhlasu s nahráváním rozhovoru. Vzhledem k okolnostem rozhovoru byl požadován pouze ústní souhlas. Rozhovor byl zaznamenáván totožně jako v případě osobních setkání formou audionahrávky na diktafon. Úvodní formulář ženy procházely spolu s výzkumníci ústní formou a výzkumnice tyto údaje zaznamenávala do vytištěného formuláře. Možnost pozorování chování respondentek byla umožněna formou videopřenosu, nicméně jsme si vědomi, že se nejedná o stejnou situaci jako při osobním setkání a chování účastnic může být odlišné. Taktéž není možné pozorovat veškeré neverbální projevy plynoucí z řeči těla.

Ženám, které zvolily možnost odpovídat písemně, byl v soukromé konverzaci na sociální síti Facebook zaslán odkaz na dotazník kopírující strukturu osobního rozhovoru. Dotazník je k nahlédnutí v příloze č. 6. Ženy byly stejně jako při rozhovorech instruovány, aby se pokusily o co nejširší odpověď. Případné dotazy byly ženám zodpovězeny výzkumníci skrze soukromé zprávy na zmíněné sociální síti. Po odeslání odpovědi respondentkou byl dotazník automaticky uložen.

6.5 Zpracování a analýza dat

Proces zpracování dat byl zahájen doslovnou transkripcí audionahrávek do textové podoby. Přepis byl zkontrolován opakovaným poslechem, aby nedošlo k vynechání žádné části rozhovoru a aby bylo sníženo množství chyb. Přepisy rozhovorů i písemné odpovědi byly vytištěny pro snazší analýzu. Následně již bylo v analýze postupováno s odpověďmi analogicky jak u transkripcí, tak u písemných odpovědí.

Pro analýzu byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza (dále jen IPA), neboť výzkumným zaměřením této metody je porozumění žité zkušenosti člověka. IPA umožňuje detailní prozkoumání procesu, ve kterém jedinci utváří významy vlastních zkušeností (Smith, Flower, & Larkin, 2009) a uznává, že různí lidé vnímají svět odlišně v závislosti na

jejich osobnosti, předchozích životních zkušenostech a motivacích (Breakwell, 2008), což je v případě hledání vodítek pro pochopení, proč některé ženy po porodu prožívají symptomy traumatu a jiné ne, více než žádoucí.

Postup zpracování dat je analogický jako ve výzkumu Konšelové (2017) a kopíruje doporučený postup Řiháčka, Čermáka, Hytycha a kolektivu (2013), který sestává ze 4 fází analýzy:

1. čtení a opakované čtení,
2. počáteční poznámky a komentáře,
3. rozvíjení vznikajících témat,
4. hledání souvislostí napříč tématy.

První fáze čtení byla započata přidělením barev k jednotlivým tematickým okruhům vyplývajícím z výzkumných otázek. Toto barevné kódování bylo využito ke zpřehlednění textu. Jako první byl čten přepis prvního rozhovoru. V průběhu čtení byly zvýrazněny důležité pasáže dle stanovené barevné legendy. Posléze byly komentáře sdruženy a přeformulovány na témata kopírující odpovědi dotázaných žen. Témata byla sdružena do obecnějších tematických trsů a nadřazeným tématům byla přidělena jména. Po dokončení popsaného postupu organizace a restrukturalizace témat bylo možno analyzovat další rozhovor (Konšelová, 2017; Řiháček, Čermák, Hytych et al., 2013).

Po provedení analýzy každého textu byla jednotlivá témata zaznamenána k příslušným výzkumným otázkám s využitím programu Excel. Pomocí získaných dat byly tvořeny grafy a schémata uvedená v příslušných podkapitolách v rámci interpretace výsledků. Proces analýzy ilustruje tabulka č. 2.

Tab. č. 2: Ukázka práce s textem

Přepis části rozhovoru	Analýza – témata a pojmy
<p>Při porodu bylo časté monitorování, když jsem potřebovala pohyb a žádala o něj, donutili mě lehnout na porodní křeslo a bolesti byly neúnosné. Poté následovalo řízené tlačení. Nejvíce pro mě byl traumatizující konec porodu. Dceru okamžitě odnesli, vážili a měřili, i když jsem si to nepřála. Přinesli ji jako vánočku, vůbec neproběhl bonding ani přísátí. Tahání za pupeční šňůru a podání oxytocinu na vypuzení placenty nebyla výjimka.</p>	<p>Zásahy – monitorování</p> <p>Situace – špatná komunikace – nátlak;</p> <p>zásahy – nucená poloha vleže</p> <p>Pocity – nesnesitelné bolesti</p> <p>Zásahy – řízené tlačení</p> <p>Situace – odnášení dítěte pro ošetření; nerespektování přání rodičky</p> <p>Situace – neumožnění bondingu</p> <p>Zásahy – tahání za placenu, aplikace</p> <p>Medikamentů</p>
<p><i>Legenda:</i></p>	<p>Typ traumatizujícího porodu</p> <p>Situace vnímané jako stresory</p> <p>Zásahy do porodu</p> <p>Pocity v průběhu porodu</p> <p>Symptomy prožívané po porodu</p> <p>Délka prožívání symptomů</p> <p>Postupy zpracování traumatu</p>

6.6 Etické aspekty výzkumu

Účastnice byly již na počátku spolupráce informovány o účelu výzkumu, jeho průběhu a dalších nezbytných okolnostech. Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná a ženy měly možnost vybrat si formu spolupráce, která jim bude nejpříjemnější pro sdílení natolik bolestivé životní zkušenosti. Respondentkám bylo sděleno, že mají možnost svou účast ve výzkumu kdykoli ukončit. V případě, že by se některá z účastnic rozhodla ukončit svou

spolupráci s výzkumníci, nebyla by tato její výpověď pro výzkum použita. Ženám bylo také sděleno, že vzhledem k náročnosti zkoumaného tématu nemusí na některé otázky odpovídat, pokud by se jim zdály tyto otázky příliš citlivé, osobní či jinak nepříjemné. Tuto možnost však žádná z žen, se kterými spolupráce probíhala, nevyužila.

Před započítím interview byly účastnice výzkumu vždy požádány o souhlas s pořizováním audiozáznamu rozhovoru a zároveň byly informovány o zajištění naprosté anonymity a bezpečí jejich osobních a citlivých údajů. Ženám byl poté poskytnut prostor k položení případných dotazů a vysvětlení možných nejasností.

V případě, že si žena zvolila možnost podílet se na výzkumu písemným sdělením své zkušenosti, byla vždy informována o všech etických aspektech v průběhu komunikace s výzkumníci, souhrn důležitých informací byl uveden v úvodu formuláře, který byl ženě zaslán, a svůj souhlas s využitím údajů pro výzkum žena vyjádřila odesláním tohoto formuláře.

Získaná data byla využita jen a pouze pro účely výzkumu souvisejícího s touto diplomovou prací. Z důvodu, že porod je velmi intimní záležitostí a s ním související trauma je něčím, co řada žen sdílí pouze se svými nejbližšími a v řadě případů cítí stud z toho, co prožívají, nebudou v této práci uváděny kompletní transkripce rozhovorů, ale pouze vybrané citace. V případě, že součástí citace je jméno či jiný údaj, který by mohl vést k identifikaci dotazovaných osob, došlo k anonymizaci formou záměny těchto údajů. V práci tedy nejsou uváděny reálné osobní údaje respondentů.

Veškeré důležité informace jsou shrnuty v informovaném souhlasu vycházejícím z Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR), který byl ženám předkládán k podpisu před započítím samotného interview. Informovaný souhlas je v plném znění uveden v příloze č. 3. Součástí informovaného souhlasu jsou také kontaktní údaje na výzkumnici pro případ, že by respondentky chtěly výzkumnici kontaktovat ohledně jakýchkoliv dotazů či připomínek.

Rozhovor byl vždy ukončen závěrečnou reflexí, ve které ženy mohly sdělit své dojmy z rozhovoru, zdůraznit slabá a silná místa výzkumu či navrhnout další oblasti, kterým by bylo vhodné se věnovat. V závěru byl opět poskytnut prostor pro dotazy. Ženám byla nabídnuta možnost zaslání finální podoby práce po jejím odevzdání.

7 Interpretace výsledků

V následujících podkapitolách této části budou uvedeny a popsány výsledky provedeného výzkumu. Jednotlivé kapitoly budou odpovídat na stanovené výzkumné otázky (viz kapitola 6.1). Text bude podpořen přímými citacemi respondentek, které jsou od zbylého textu odlišeny „*uvozkami a kurzívou*“. Uváděné citace jsou upraveny tak, aby respektovaly etické aspekty popsané v kapitole 6.6. Veškerá uváděná jména, místa či instituce jsou tedy fiktivní a případná podobnost s reálnými osobami je čistě náhodná.

Pro přehlednost budou hlavní témata identifikovaná v průběhu analýzy v textu zvládněna **tučně s podtržením** a menší subtémata budou zvládněna pouze **ztučením**.

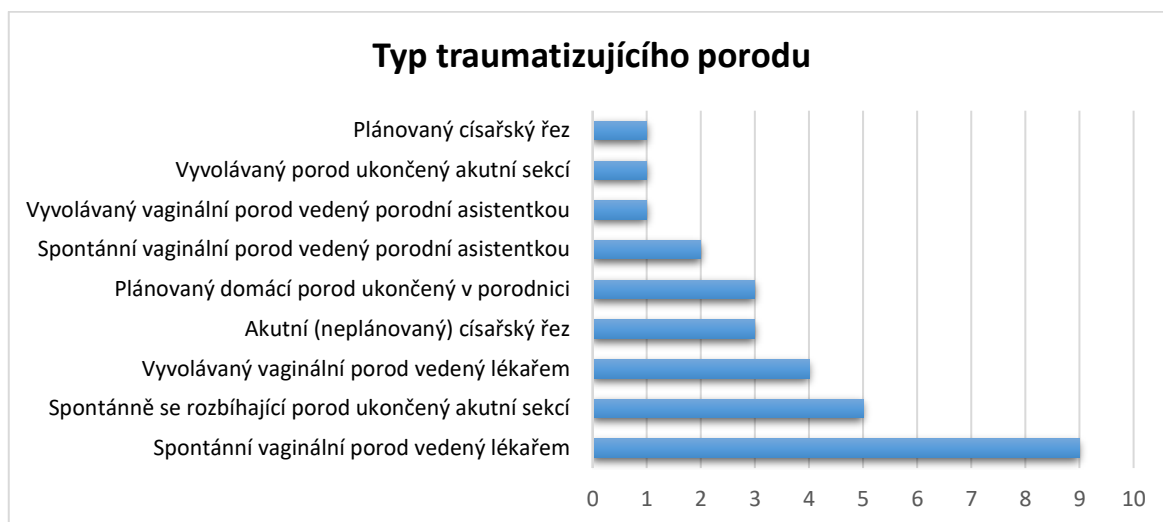
7.1 Typ traumatizujícího porodu

Tato kapitola pojednává o 29 porodech, které dotázané ženy vnímaly jako traumatizující. Všechny porody, o nichž bude níže pojednáváno, se odehrály v porodnici. Tři z porodů byly plánovány jako domácí, nicméně v průběhu porodu byl nezbytný převoz do porodnice. Tyto porody jsou uvedeny jako plánované domácí porody ukončené v porodnici.

Nejčastěji uváděným typem porodu, který ženy vnímaly jako traumatizující, byl **spontánní vaginální porod vedený lékařem**, který byl zmíněn 9x. Nicméně jak ukazuje graf č. 1, jako traumatizující může být vnímán prakticky kterýkoliv druh porodu od spontánního vaginálního porodu vedeného porodní asistentkou přes porody indukované, které jsou zpravidla vedeny lékařem za účasti porodních asistentek, až po plánovaný císařský řez. Četnosti jednotlivých druhů porodu v souboru dotázaných žen přibližuje graf č. 1.

V průběhu analýzy však bylo zjištěno, že žádný z porodů neproběhl absolutně bez zásahu do porodního procesu. V případě plánovaného císařského řezu, který byl v souboru pouze 1, byl důvodem větší váhový odhad dítěte před rozběhnutím samovolného porodu. V 19 případech byl porodní proces moderován užitím medikamentů za současného využití dalších zákroků do procesu, jimiž jsou například nástřih hráze, propíchnutí vaku blan, řízené tlačení, tlačení na břicho a další. U porodů, jež nebyly moderovány podáním léčiv, bylo využito některých z výše uvedených metod. Plánované domácí porody byly po převozu do porodnice také moderovány lékařskými zákroky.

Graf č. 1: Typ traumatizujícího porodu



7.2 Situace a zásahy do porodu vnímané jako stresory

Následující text bude popisovat medicínské zásahy do porodu a situace, které nastaly v průběhu porodu nebo v krátké době po něm, nejdéle však v průběhu hospitalizace, a které ženy vnímaly negativně. Do interpretace nejsou zahrnuty zákroky, které byly provedeny, a prožité situace, které ženy zmiňovaly, ale nehodnotily je negativně. Skupiny provedených medicínských zákroků a nastalých situací budou popisovány odděleně v jednotlivých podkapitolách.

V průběhu analýzy získaných dat bylo zjištěno, že žádná z žen, které uvedly, že jako traumatizující vnímají nezdařený plánovaný domácí porod, neuvedla při dotazu na stresující okolnosti žádný zákrok či situaci, které by proběhly v domácím prostředí. Veškeré získané odpovědi se vztahují pouze k pobytu v porodnici či následné hospitalizaci na oddělení šestinedělí.

7.2.1 Medicínské zákroky

Nejčastěji uváděným zásahem do porodu, který ženy negativně hodnotily, je **aplikace medikamentů**, kterou jako stresující hodnotilo 19 z 27 dotázaných žen. Medián hodnocení míry nepříjemnosti na škále od 1 do 5, kdy 1 znamenalo nejméně traumatizující a 5 nejvíce traumatizující, byl 3. Četnost výskytu jednotlivých zákroků a medián jejich hodnocení přehledně znázorňuje graf č. 2 na konci této podkapitoly.

Problémem spojeným s aplikací medikamentů je narušení přirozeného běhu porodu, který často vede k nutnosti aplikace dalšího preparátu. Téměř pravidlem je například nutnost

podání oxytocinu po aplikaci epidurální analgezie, neboť „epidurál“ snižuje produkci tohoto hormonu.

Jedna z žen uvedla: „Z velké, neustálé bolesti jsem byla psychicky vyčerpaná, a proto když přišla nabídka epidurálu, přijala jsem. Velmi jsem se obávala a ukázalo se, že oprávněně. Bolest sice lehce ustoupila a bylo mi lépe, ovšem porod se i přes oxytocin zastavil. K tomu jsem začala mít nežádoucí účinky na některý z léků a zamžilo se mi vidění.“

Rizika spočívají v možných nežádoucích účincích, ale i samotná aplikace může být nepříjemná. Velmi nepříjemná je zejména aplikace zmíněné **epidurální analgezie**, kterou jako stresor uvedlo 6 žen s mediánem hodnocení 4.

Jedna z respondentek popisuje aplikaci epidurální analgezie takto: „Ženská sa musí úplne skrčiť medzi nohy čo najviac. Ako rozťahnuť tie stavce. Takže ženská sa musí úplne skrčiť. Vieš si predstaviť s tým bruchom urobiť toto (předvádí polohu nutnou pro aplikaci). To sa fakt nedá. To je ako keby dve bowlingové gule a cez ne sa prehnúť a ja hovorím, ako to mám ... po prvé nedá sa, akože fakt to nejde. Po druhé to bolí, to fakt bolí, to je ... Dýchať sa nedá do toho všetkého, hej to bolo .. to bolo znásilňovanie.“

Negativně hodnoceno bylo i **vyvolávání porodu**, které zmínilo 8 žen a medián hodnocení tohoto zákroku byl 4,5 z 5 a v souvislosti se snahou porod urychlit nelze opomenout ani **umělé propíchnutí vaku blan** (amniotomie), které negativně hodnotilo 11 z dotázaných žen s mediánem hodnocení 3.

Ne vždy je ženě přesně sděleno, co lékař v průběhu vyšetření provádí, a proto některé zákroky, které ženy v průběhu rozhovorů uváděly, nelze zařadit pod žádný pojmenovaný zákrok. Avšak většina z těchto procedur je prováděna v průběhu **vnitřního (vaginálního) vyšetření**, které všechny respondentky hodnotily na škále nepříjemnosti hodnotou 5 z 5. Vnitřní vyšetření uvedlo jako traumatizující 8 z dotázaných žen, dvě z těchto žen navíc popisovaly, že v průběhu vyšetření pociťovaly, že se lékař snaží **manuálně roztáhnout čípek**.

Nepříjemnost vnitřního vyšetřování tkví jak v bolestivosti samotného vyšetření, které je obvykle prováděno v kontrakcích, při kterých je navíc žena z důvodu vyšetření zpravidla nucena ležet na porodním křesle či lehátku, tak v pocitu studu prožívaném vyšetřovanými ženami a narušení intimity, které s sebou toto vyšetření přináší. Podobné pocity s sebou nesou také **holení** či **klystýr**.

Představu o pocitech žen v průběhu vnitřního vyšetřování si lze udělat z jednotlivých výpovědí. První z žen popisuje zmíněné manuální roztahování čípku a pocity, které prožívala v průběhu vnitřního vyšetřování: „*Ten doktor prostě chodil mě vyšetřovat, ale mně prostě přišlo, že se mě tam snaží jak kdyby prostě roztáhnout ten čípek, a pak vždycky samozřejmě já jsem byla z toho ve stresu, takže mi ty kontrakce ustaly, a on čekal s tou rukou uvnitř třeba na další kontrakce, ale tím, jak já jsem byla v tom stresu, tak to bylo třeba pět minut. Já si to pamatuju, naproti mně byly hodiny, a to bylo třeba pět minut, takže pět minut ležíš někde prostě rozčapená, máš tam ruku cizího chlapa, mně to přišlo jak z koncentráku. Mně přišlo, jak kdyby to byl nějaký Mengele nebo něco, a měla jsem strašnej pocit znásilnění prostě u toho už v tu chvíli a prostě bylo to úplně, ale nemohla jsem prostě s tím nic dělat, nedokázala jsem prostě se bránit.*“

Druhá citace ilustruje pocity ženy, se kterou nikdo nekomunikuje o průběhu vyšetřování: „*Strídali se tam dva nebo tři lékaři, koukli na monitor, to už jsem měla kontrakce téměř neustále, počkali na ni, vrazili do mě ruku, nic mi neřekli, odešli.*“

Při sledování průběhu porodu je kromě vnitřního vyšetření užíván zejména **kardiotokograf** (CTG) pro monitorování stavu plodu a aktuální děložní kontrakční činnosti, lidově nazývaný jako monitor nebo pásy. Při tomto vyšetření jsou ženy nuceny k poloze vleže na zádech, případně na boku. Zatím není bohužel zcela běžné užívat přenosné sondy, se kterými by se žena mohla volně pohybovat. Monitorování jako nepříjemné uvedly 3 ženy s mediánem hodnocení 3,5. **Poloha vleže na zádech** je pro ženy obvykle velmi nepříjemná, což popisuje jedna z respondentek: „*Vadil mi monitor, trval hodinu a ke konci už jsem prosila s brekem, ať mi to sundají. Necítila jsem se dobře, přišlo mi, že záznam z monitoru je pro ně důležitější než celková pohoda rodičky. Porod při monitorování více bolel. Nemohla jsem se hýbat dle potřeby, nikdo mě neposlouchal. Bylo jim jedno, že je to pro mě horší, potřebovali jen ten záznam.*“ Další žena potvrzuje, že monitorování je běžné zejména v poloze vleže a není možné provádět jej při pohybu: „*Při porodu bylo časté monitorování. Když jsem potřebovala pohyb a žádala o něj, donutili mne lehnout na porodní křeslo. Bolesti byly neúnosné.*“

V souvislosti s vypuzovací fází byly nejčastěji zmiňované tři zákroky – **nástřih** (13x), **řízené tlačení** (13x) a **tlačení na břicho** (8x). Nástřih i tlačení na břicho byly shodně hodnoceny na škále míry traumatického vlivu 5 body z 5. Medián hodnocení řízeného tlačení je 3. Tyto zákroky jsou zpravidla užívány souběžně v poměrně krátké době a ženami mohou být vnímány jako zásah do tělesné integrity.

Tlačení na břicho je velmi kontroverzní technikou. Při jejím nesprávném použití může dojít k vážnému poškození zdraví rodící ženy i dítěte. Možnými komplikacemi na straně ženy jsou například ruptura dělohy či poranění pochvy a hráze. Ženami je tento zákrok hodnocen jako velmi traumatizující technika, neboť při jejím užití hrozí reálně poškození zdraví.

Níže uvedená výpověď přibližuje vnímání nástřihu a tlačení jako zásah do tělesné integrity: *„To tlačení na břicho a ten nástřih, to fakt už bylo jakože takový ten zásah, jako do nějaké osobnosti toho člověka, jako vůbec, jako do té důstojnosti lidské a tak dále, protože ten nástřih zpětně hodnotím úplně, já nevím, takové... takové znehodnocení, fakt připadala jsem si taková, taková, tak zneužitě, že někdo na mně vykonal něco, co prostě se mnou ani nekonzultoval a nebylo to vlastně ani nutné.“*

O nástřihu a tlačení na břicho hovoří také tato žena, která popisuje zlomový okamžik po provedení nástřihu: *„Já myslím, že než přišel ten nástřih, který teda jako proběhl úplně bez jediného slova, tak do té doby pro mě bylo všechno takové, že jsem si jako chvílema uvědomovala v takových záblescích, že tohle všechno jsem nechtěla a stalo se to, ale neměla jsem vůbec jako ten prostor, nebo zatím jsem to nevnímala nějak jako vyloženě, že bych se uprostřed toho porodu nějak jako hroutila nebo tak, ale v tom okamžiku, kdy prostě už šmikla těma nůžkami a prostě nastřihla mě bez jediného slova, tak v ten moment se úplně ve mně něco tak jako zlomilo a měla jsem pocit, že jsem jako rezignovala úplně v té chvíli na celou situaci, takže asi zpětně to tak hodnotím, že jak to tlačení na to břicho, to mi nebylo příjemné, už jenom proto, že potom jsem měla velkou modřinu na břicho, tak potom ten nástřih, to je asi taková větší trauma.“*

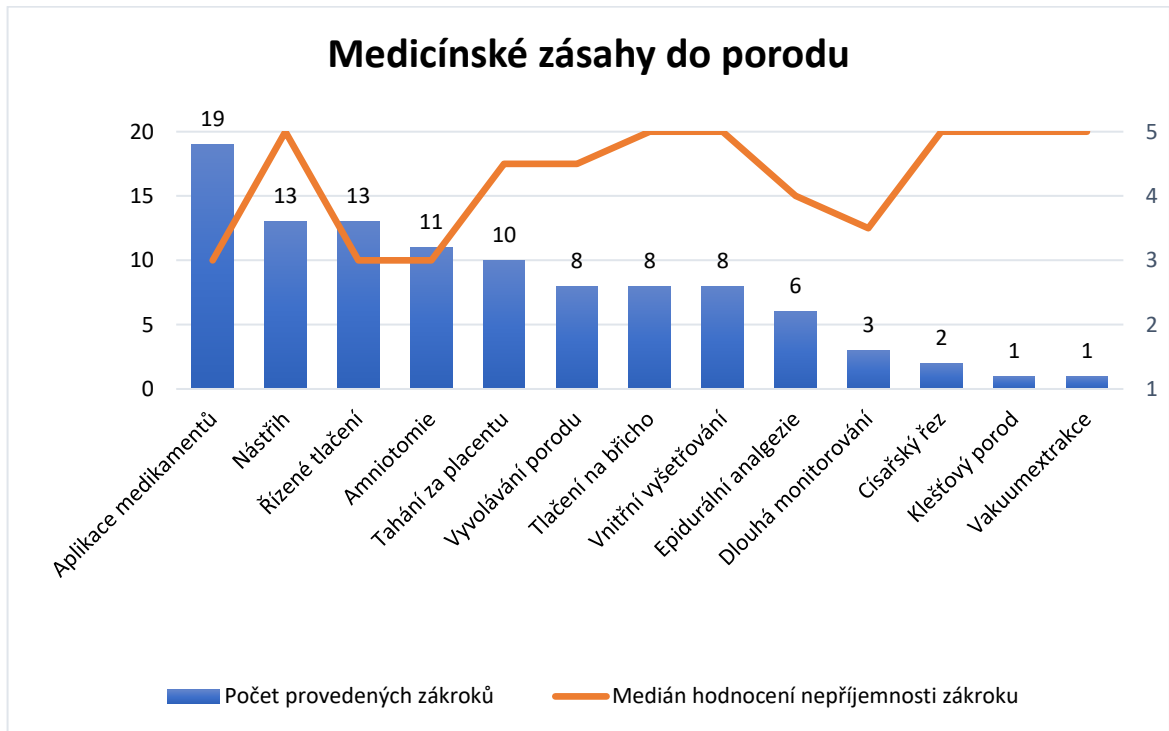
Po porodu dítěte následuje porod placenty, který je často doprovázen podáním oxytocinu pro urychlení odloučení placenty a netrpělivým **taháním za placentu bez vyčkání na její samovolné odloučení**. Tento zákrok prožilo 10 respondentek a hodnotilo jej 4,5 body z 5 na škále míry traumatického vlivu. V závěru je pak v případě potřeby nezbytné **šití porodního poranění**, které jedna z dotázaných žen popisovala jako velmi bolestivé: *„Šití poranění bez řádného důvodu. Zranění bylo maličké, nebylo potřeba ho šít. Šití probíhalo zaživa, dva stehy, které ale byly bolestivější než kontrakce.“*

Ženami byly jako traumatizující dále uváděny například **císařský řez (2x)**, **klešťový porod (1x)** nebo **vakuumextrakce (1x)**. Negativně hodnocen může být však prakticky

jakýkoliv provedený postup. Vždy záleží na okolnostech celé situace, osobnosti rodící ženy, komunikaci mezi ženou a personálem a dalších faktorech.

Graf č. 2 zobrazuje četnost nejčastěji prováděných zásahů do porodu v souboru dotázaných žen spolu se znázorněním mediánu hodnocení míry traumatizujícího vlivu.

Graf č. 2: Medicínské zásahy do porodu a hodnocení jejich nepříjemnosti



7.2.2 Situace a sociální interakce v průběhu porodu

Ne vše, co dotázané ženy popisovaly jako traumatizující, lze zařadit pod medicínské zákroky. Úkolem této kapitoly je shrnout ostatní faktory, které mohou mít podíl na rozvoji následných traumatických prožitků, ale ve své podstatě se nejedná o zásahy do porodu v pravém slova smyslu.

Analýza odhalila řadu témat, které byly následně rozčleněny do 5 oblastí a seřazeny podle četnosti:

1. Kontakt s dítětem
2. Kojení a péče o dítě
3. Komunikace
4. Rozhodování o průběhu porodu
5. Emoční podpora

Skupina nazvaná **kontakt s dítětem** zahrnuje situace ženami nejčastěji uváděné a současně hodnocené jako nejvíce traumatizující. Téměř všechny ženy (24 z 27 dotázaných) uvedly jako nejhorší zkušenost nucenou **separaci od dítěte**.

Jedna z respondentek popsala situaci odloučení následovně: „*No a ta separace od dítěte teda taky, protože tam vlastně uhm ... já jsem zůstala sice s dcerou chvíli na tom porodním boxu po porodu, ale pak asi za hodinu přišli s tím, že ji odvezou na šestinedělí, kam mě za chvíli odvezou taky, že pro mě přijde člověk jako s vozíkem a přijde pro mě a pro věci a že budeme hnedka spolu a s tímhlectím mi ji vlastně odvezli a já jsem ji pak viděla až za 4 hodiny, protože oni museli prostě vyklidit šestinedělí, neměli tam ještě místo, než to uklidili, ty pokoje a to, a já jsem se během té doby vlastně dožadovala, aby mi teda dceru přinesli zpátky, když to tak dlouho trvá a to mi odmítli s tím, že nemůžou a nemají na to čas, takže. Vlastně pak jsem ji viděla až po 4 hodinách, a to už prostě byl přesně ten moment, kdy jako to bylo, jak kdyby mi přivezli cizí dítě no...*“

Další žena popisuje situaci, kdy dítě sice bylo poblíž, nicméně neschopnost postarat se těsně po porodu o jeho utišení a absence pomoci od personálu působí na psychiku ženy trýznivě. Následná separace psychickou nepohodu ještě prohloubila: „*Po narození dcery rutina – odnést, umýt, zvážit. Poté ji dali do vozíku asi metr ode mě a nechali ji 2 hodiny plakat. Ještě měli řeči, že má výdrž. Pak mě odvezli na pokoj a dceru už jsem neviděla, až ráno. Nemohla jsem spát. Slyšela jsem ji celou noc přes chodbu plakat.*“

Situace odloučení byla u všech žen velmi podobná. Lišila se nejvíce v délce odloučení. Jedna z dotázaných žen například uvedla, že své dítě viděla až po 15 hodinách.

Se separací je úzce spojena možnost **bondingu** ihned po porodu, která z různých důvodů nebyla poskytnuta 18 ženám. Jedna z respondentek například uvedla: „*No, a to jsem ještě chtěla, aby mi udělali bonding na sále, a to odmítli, že je zima.*“

Poslední součástí této kategorie je **odnášení novorozence pro ošetření** (neošetření na břicho matky či vedle matky), které negativně hodnotilo 22 dotázaných žen. Jedna z nich popisuje: „*Nejvíce pro mne byl traumatizující konec porodu. Dceru okamžitě odnesli, vážili, měřili, i když jsem si to nepřála. Přinesli ji jako vánočku, vůbec neproběhl bonding ani přisátí.*“

Všechny tři podkategorie jsou si poměrně podobné, souvisí spolu časově, a proto je i v citacích respondentek patrné prolínání těchto tří situací.

Druhá kategorie se týká **kojení a péče o dítě**. Prožitek **chybějící podpory kojení** uvedlo celkem 21 žen. Většina žen uváděla absenci instruktáže, jak správně kojit a nedostatečnou pomoc s opravou techniky kojení. Nespokojenost je patrná z jednotlivých výpovědí popisujících pomoc ze strany personálu převážně formou vložení ženiny bradavky do úst novorozence, případně jejím zmáčknutím. Tuto situaci ilustruje výrok jedné z žen: „*No a první kojení vypadalo tak, že mi ji vlastně přiložila k prsu a nacpala jí prso do pusy a jako poštipkávala ji, aby se chytla, no a pak mě tam s ní nechala a odešla.*“ Některé ženy se setkaly s necitlivým jednáním: „*Přístup ke kojení by byl na dlouhé psaní. Probíhalo například mačkání mých nalitých bradavek sestrou, až jsem plakala bolestí. Neurvalé dloubání do bradičky dítěte, nucení do nevhodné polohy a tak dál.*“ A další popisují necitlivé jednání a ponižující výroky ve spojitosti s kojením: „*S takovými vemeny kojit nebudete.*“

V souvislosti s nepodporou kojení ženy uváděly také **nátlak na dokrmování** nebo dokrmování bez konzultace s matkou dítěte či podávání glukózy.

Třetí problémovou oblastí je **komunikace**, kterou nastiňuje popis jedné z žen: „*Tam jsem se setkala poprvé s tou realitou té profesní neetiky těch zdravotníků, tak to bylo, když mi samotný primář řekl, když jsem teda se ho ptala, co bude lepší nebo jestli mi může říct nějaké klady a záporny přirozeného porodu koncem pánevním, protože jako jsem chtěla родit přirozenou cestou, z císaře jsem měla strach, tak mi řekl, že prakticky klady neexistují a jestli chci mít postižené dítě, tak jako můžu родit přirozenou cestou, ale že většina těch lidí, co jsou v ústavech a co jsou toho ročníku 70–80 a tak dále, tak jsou lidi, co byli rozeni koncem pánevním, takže to mi fakticky vůbec nepomohlo.*“

Špatnou úroveň komunikace ženy popisovaly nejčastěji jako výroky v **průběhu porodu**, které pro ně byly **ponižující**, což uvedlo 17 žen. Pro představu si uvedme některé z nich: „*Ale prosím vás, teď ohrožujete nejen dítě, ale i sebe. To už nechcete být maminkou?*“ nebo „*Na co si to hrajete? Myslíte si, že to je hrdinství, to, co předvádíte?*“ Jedna z respondentek uvedla „*V porodnici jsem se setkala se zastrašováním, s arogancí i s vysloveně nevhodnými poznámkami při porodu. Při tlačení mě porodní asistentka v podstatě obvinila, že tlačím sobecky a že mi nejde o dítě.*“ Jiná žena popsala své pocity ze situace takto: „*Dokonce jsem měla pocit, že si jedna sestra na mě zasedla, takový pocit jsem neměla už od základky, dceru oslovovala ‚neurózo‘, protože hodně plakala.*“

Druhou podskupinu výroků a chování tvoří situace **ponižování na oddělení šestinedělí**, které zmínilo 15 respondentek. Některé ženy navíc uváděly přímo **manipulaci**. A negativně

hodnotily také **nedostatečné informování** o prováděných zákrocích nebo například o účincích léků, které bývají popisovány velmi vágně a možné vedlejší účinky nebývají vůbec zmíněny. Zpravidla je informování o účincích léků podobné, jak ho popsala jedna z respondentek: „*To mi ako pomôže, že bud' sa otvorit', alebo mi to zmierni bolesti. Kebyže mi povie, že oxytocín bud' pomôže otváranie, akože zrýchli ten pôrod, alebo vás to bude bolieť ako prasa, tak si to kurva rozmyslím, možno dvakrát, či si ten oxytocín nechám dať a alebo nie.*“

Předposlední čtvrtou oblastí je **rozhodování o průběhu porodu**. Bylo zjištěno, že u 12 dotázaných žen nebyl respektován porodní plán nebo dříve vyslovené přání. Jedna z respondentek detailně popsala situaci: „*V podepsaném porodním plánu jsem jasně vyjádřila negativní stanovisko k použití epiziotomie, bylo v něm přímo uvedeno, že epiziotomii si nepřeji a v žádném případě z preventivních důvodů. Též jsem si přála například nevážit a neměřit dítě ihned po narození. Vyšetřit na těle matky. Toto a další bylo zcela ignorováno. Dítě mi odnesli na ‚nutné‘ vážení a měření, i když jsem opakovaně prosila, ať mi ji dají. Porod byl přitom zcela nekomplikovaný, přiměřeně rychlý, dítě bez známek rizika a naprosto zdravé – Apgar 9-10-10. Přesto se mi porodní asistentka bez souhlasu pokoušela tlačit na břicho a doktorka provedla spíše větší epiziotomii proti mému výslovnému přání. Došlo i k příšernému vyšetřování v kontrakcích, shazování mých kompetencí a hrubému jednání po porodu.*“

Dále bylo ženami uváděno **nekonzultování postupů**, ať již **v průběhu porodu**, nebo **v péči o dítě**, což zmínily 4 ženy. Tři ženy poté uvedly, že neměly připraven porodní plán, ale své přání týkající se porodu konzultovaly s porodníkem, nicméně **dohodnuté postupy nebyly dodrženy**. Jedna z respondentek ve své odpovědi shrnula obě zmíněné oblasti: „*To už potom měl malý i hadičku té glukózy v puse a všechno, prostě už normálně očištěný, bez nějakého ... jo, už nikdo se mě neptal, co s tím dítětem mají dělat a nemají a já jsem porodní plán neměla, takže ...*“

Poslední kritizovanou oblastí byla **emoční podpora**. Některé z žen uváděly, že pociťovaly **nedostatečnou podporu a pozornost od partnera** (2 ženy), **od personálu** (2 ženy). Jedna z žen uvedla, že pociťovala **nedostatek empatie od personálu**. Další z žen uvedla, že u sebe **partnera nemohla mít po celou dobu porodu**, což pro ni bylo nepříjemné.

Ženy však nepožadují nic náročného ani nespílitelného, většina žen zmiňovala, že by jim postačila slovní podpora. Ilustruje to výrok jedné z dotázaných: „*Ale jako mně by fakt stačilo, kdyby fakt jako někdo mi řekl ,to bude dobrý, už to bude‘ nebo já nevím, fakt, jako nějaký slova podpory.*“

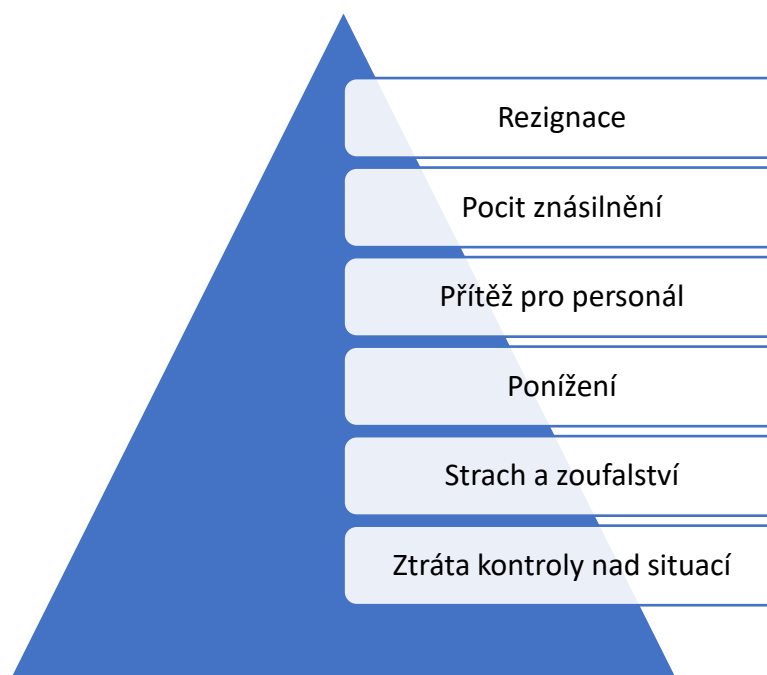
7.2.3 Pocity žen v průběhu porodu

Pro posouzení, proč k rozvoji traumatu dochází, nestačí pouze znát zásahy do porodu, ke kterým došlo. Pro vytvoření lepší představy toho, jak na ženy jednotlivé zákroky působí, nám pomáhá hodnocení, které jednotlivým zákrokům udělovaly. Další zpřesnění našeho vnímání prožitků dotázaných žen nám poskytují pocity, které v ženách v průběhu porodu rezonovaly.

V průběhu rozhovoru byla ženám položena otázka „Jak jste se v průběhu tohoto porodu cítila?“ Následně byla pozornost věnována jak fyzickým pocitům a stavům, tak psychické stránce. V dotazníku pro ženy, které odpovídaly písemně, byla položena ekvivalentní otázka: „Jak jste se v průběhu porodu, který vnímáte jako traumatizující, psychicky cítila?“

Na základě těchto otázek bylo získáno 38 různých pocitů a popisů psychického rozpoložení žen. Tyto pocity byly rozčleněny do 6 skupin a jejich početní zastoupení ilustruje obrázek č. 1.

Obrázek č. 1: Pocity žen v průběhu traumatizujícího porodu



Nejčastěji uváděné pocity jako bezmoc, pocit nesvéprávnosti, nekompetentnosti či neschopnosti byly sloučeny do skupiny nazvané **ztráta kontroly nad situací**. V této souvislosti ženy dále uváděly, že si připadaly jako malé dítě, že se cítily nezúčastněně, manipulovaně a neinformovaně. Tyto pocity ženy uváděly nejčastěji. Podobné pocity zažilo 15 z 27 dotázaných žen.

Situaci ilustrují tyto citace:

„V tom momente to je ako 5 ročné decko, ako keby ste ... fakt sa cítite ... to je proste preľaknuté, nič nevie, nič nevieme, všetkého sa jednoducho bojí, ako cíti strašný rešpekt voči tým osobám ako ... ja to neviem ani opísať, to je hrozné. To je taký ten útlak, človek cíti, že vy ste taká maličká a oni prešľapujú a vy neviete nič, ste neschopná.“

„Já jsem se cejtila prostě jak nějaký raněný zvíře, který jako se nemůže bránit. Prostě že tu situaci, že je to úplně všechno mimo moji kontrolu a že vlastně mi ten porod jakoby sebrali.“

Druhou skupinu pocitů tvoří **strach a zoufalství**. Ženy uváděly, že se cítily zoufale a vystrašeně a měly strach o život svůj i svých dětí. Jedna z dotázaných žen na to konto uvedla: *„Cítala jsem se naprosto bezmocná, cítila jsem naprostou zoufalost a cítila jsem se ohrožená na životě svém i svého syna.“* Podobnou zkušenost má 11 dotázaných žen.

Třetí skupina pocitů byla pracovníčně nazvána **ponížení**. Ženy uváděly, že se cítily poníženě, hloupě a trapně. Tyto pocity uvedlo 9 respondentek. Zkušenost žen přibližuje tato odpověď jedné z žen na otázku, jak se při porodu psychicky cítila: *„Jako ponížená žena, která neumí porodit, i když intuice říkala něco jiného.“* Další žena sdělila: *„Cítala jsem se zlomená, když mi řekli, že neprovedou bonding a že budu na sále sama. Cítala jsem se poníženě a trapně, když jsem si po cévkování načůrala do bot a musela v tom dojít na sál kolem civilních pacientů.“*

Čtvrtou skupinou jsou pocity, že je žena **personálu na obtíž**. Ženy zmiňovaly, že si připadaly jako vzduch, jako dobytek či jako zvíře na porážku, kus masa. Vnímaly, že na ně všichni spěchají a cítily se pod nátlakem. Tyto pocity prožívalo 8 žen. Jedna z respondentek uvedla: *„A já jsem si připadala jako kus masa. Prostě jako někdo, na kom těm lidem nezáleží a je jim úplně jedno, jak to dopadne.“* A další dodala: *„Fakt jsem měla pocit, že je tam obtěžuju hrozně.“*

Předposlední skupinu sdružují pocity znásilnění. Prožitky se prolínají s předchozí skupinou, což je patrné i na výpovědích žen. Respondentky uvedly, že si připadaly zneužitě, oklamane, jako by je někdo znásilnil. Tyto pocity zažilo 6 dotázaných žen. Prožitky ilustruje

tato výpověď: „*Jako dobytek, jako by mě někdo znásilnil. Cítila jsem se jako zboží na páse v Tescu. Kráva určená k porážce bez vlastního názoru.*“

Poslední skupinu tvoří pocity **rezignace**. Ženy uváděly, že se cítily poraženě, zlomeně, jako raněné zvíře. Čtyři ženy ze souboru zmínily tyto prožitky. Poslední skupinu ilustruje tento výrok: „*Bezmocná. Bez jakékoli podpory a soucitu. Cítila jsem se ztracená.*“

7.3 Symptomy prožívané po porodu

V průběhu rozhovoru byla ženám pokládána otázka, ve které měly popsat období následující po prožití porodu, který vnímaly jako traumatizující. Současně v dotazníku vybíraly ze seznamu projevy, které v tomto období prožívaly.

Nejčastěji uváděným projevem v období po porodu bylo **znovuprožívání porodu v myšlenkách**, vracení se k porodu a přemýšlení o něm, o jednotlivých částech porodu, o zákrocích, o výrocích, které v průběhu porodu padly a podobně. Tento projev zmínilo 21 z 27 dotázaných žen. Jedna z respondentek například uvedla: „*Dlouho jsem znovu prožívala a znovu probírala porod, okamžik po okamžiku ve snaze odhalit příčinu, chybu, co mělo být mnou uděláno jinak.*“ Znovuprožívání porodu probíhalo u 10 žen také **ve snech**: „*V noci sa mi snívalo o pôrode, neustále som si prehrávala celý pôrod. Kto čo povedal, ako sa tváril. Pri myšlienke na pôrod som sa vždy rozplakala. Cítila som sa ako zneužitá, znásilnená.*“

A 14 žen prožívalo flashbacky. U některých žen se **flashbacky** objevují bez jakéhokoliv spouštěče, u jiných ve spojitosti s něčím, co jim porod připomíná: „*Ještě teď po skoro třech letech mi houkání sanitky hrne slzy do očí a znovu se mi v hlavě odehrávají všechny ty okamžiky, jako by to bylo včera.*“

Se znovuprožíváním úzce souvisí **obtíže se spánkem**, které mohou mít jak podobu protrahovaného usínání, častého buzení nebo nočních můr. Tyto potíže uvedlo 10 žen. Jedna z nich uvedla: „*Nebyly to asi úplně vyloženě velký poruchy spánku, ale bylo hodně o tom, že jsem strašně špatně usínala a třeba dvě až tři hodiny v noci jsem nedokázala v klidu spát, že mě jako budily ty vzpomínky na porod, takže ... takže jsem toho moc nenaspala.*“

Zvýšená úzkost byla druhým nejčastěji uváděným symptomem. V průběhu výzkumu uvedlo 20 z 27 žen, že se u nich zvýšená úzkost v poporodním období objevila. Jedna z respondentek uvedla: „*Nadměrný úlekový reakce a zvýšená úzkost, tak to jsem měla obojí a hodně a trvalo to skoro celý první rok. Hlavně ta zvýšená úzkost, to jsem měla extrémně v těch prvních tejdnech a měsících. Jako i o sebe jsem se hodně bála i o dceru a hrozně*

úzkostně jsem reagovala jako na všechny její projevy i na svoje různé projevy a jako vlastně byla jsem fakt jako vystrašená a hrozně na ni soustředěná a nedokázala jsem se jako prakticky věnovat ničemu jinému.“

Třetím nejčastěji uváděným projevem bylo **narušení vztahu k dítěti**, které popisovalo 17 respondentek. Ženy uváděly, že jim dítě přišlo jako cizí, že k němu nepocit'ovaly žádný vztah, kladné emoce či pocity zamilovanosti.

Tento stav ilustrují výroky některých žen:

„No, z porodnice jsem odcházela s tím, že vlastně jako jsem porodila, chci jít domů a nechápu, proč si s sebou mám vzít i to dítě.“

„Koukala jsem na dceru a přišla mi cizí. Brečela jsem večer co večer zhruba půl roku.“

Narušení vztahu se však může v průběhu období po porodu proměňovat a může se rozvinout až v naopak přehnanou starostlivost a hyperprotektivitu: *„Pocity byly takové, jako bych se starala o cizí dítě. Po porodu nenastal ani okamžik pocitu štěstí. Jen strach a nejistota. Později se situace přehoupla do momentů, kdy jsem nebyla schopná se od syna oddělit ani na vteřinu, nedokázala jsem se na nic soustředit, bála jsem se jít osprchovat. V noci jsem nespala a stále hlídala. Měla jsem neustále pocit, že mi jej chce někdo ukrást.“*

Čtvrtým nejčastěji zmiňovaným příznakem bylo **vyhýbání se prostředí gynekologie a porodnice**, kde porod proběhl. V některých případech se toto vyhýbavé chování může rozšířit na celou porodnici nebo na lékaře obecně. Vyhýbání se prostředí gynekologie a porodnice ve svém životě zažívá 15 dotázaných žen. Ilustruje to například tento výrok: *„Po šestinedělí byla představa, že by mě v těch stále bolavých místech někdo vyšetřoval, úplně nepřijatelná. No a dosud jsem u gyndr nebyla.“* Nebo pouhé konstatování jiné z žen: *„Jo, já tu porodnici vidím a je mi špatně.“* Vyhýbavé chování ve vztahu k lékařům bez ohledu na jejich specializaci uvedly 4 ženy.

Další žena popisovala situaci rozšíření vyhýbání se lékařům v širším spektru oborů: *„Mám asi takovou větší potřebu se teďka chránit, ten svůj osobní prostor, protože já teda když jsem byla mladá, tak jsem takovou potřebu neměla si chránit ten svůj osobní prostor a pustila jsem tam spoustu jako mužů, ještě před manželem samozřejmě, a nějak jsem to neřešila a prostě tak proč ne a nějak mi nevadily návštěvy u nějakého doktora a teďka bych už asi nemohla jít k doktorovi, pokud by to nebyla nějaká akutka a prostě úplně... nevím proč by se měl někdo mě dotýkat někde, když já to nechci a už nechci nikam chodit prostě ...“*

Dalšími často uváděnými projevy byly **návaly hněvu** (15 žen), **podrážděnost** (14 žen) a **deprese** (12 žen). Shodný počet žen (12) uvedl, že se u nich objevuje **sebeobviňování, výčitky svědomí a pocity viny**.

Pocity viny se zpravidla týkají pocitu, že se žena na porod dostatečně nepřipravila, že selhala v boji za svá práva a práva novorozeného dítěte, nezvládla základní ženskou úlohu, případně že dítěti připravila špatný start do života.

Tyto pocity dokreslují citace dotázaných žen. První citace popisuje vztek založený na tom, že žena vidí problém v nedostatečné přípravě na porod a nedostatečné asertivitě v průběhu porodu: „*Já jsem nasraná na sebe. Že jsem tohle dovolila, že mi ho pak odnesli a tak. Že jsem se fakt nebránila nebo že jsem nebyla víc připravená.*“

Druhá citace ilustruje zklamání ze sebe sama a sebeobviňování, že žena nezvládla porodit: „*Cítila som sa ako neschopná matka. Neporodila som dieťa. Nedokázala som to, čo tisícky žien. Moje telo ma zradilo. Nezaslúžila som si oslovenie ‚mama‘.*“

V souvislosti se sebeobviňováním se objevují také **poruchy sebehodnocení**: „*Bojovala jsem taky velmi se svým tělem. Přišlo mi hnusné, odporné. Přestala jsem se dívat do zrcadla, protože jinak jsem se hned rozbrečela.*“ Tyto potíže uvedlo 11 žen zapojených do výzkumu.

Prožívání po porodu může doprovázet **apatie** (10x), častý **pláč** (10x), **snížený zájem o koníčky a dříve oblíbené činnosti** (8x), **potíže se soustředěním** (6x), **nadměrné úlekové reakce** (6x), ale také **potíže s pamětí** obecně **včetně výpadků paměti** (5x).

Pro posttraumatickou stresovou poruchu je typické mimo jiné **obtížné vybavování důležitých momentů traumatu nebo celé události**, což ve výzkumném souboru uvedlo 9 žen a jedna z nich to popisuje takto: „*Já si fakt normálně nepamatuju ten okamžik, kdy se syn narodil, než mi ho dali na břicho, vůbec nevím, co se dělo. Já si fakt pamatuju, jak ho mám na hrudi, ale vůbec nevím, mezi tím, co bylo... nevím... fakt nevím...*“

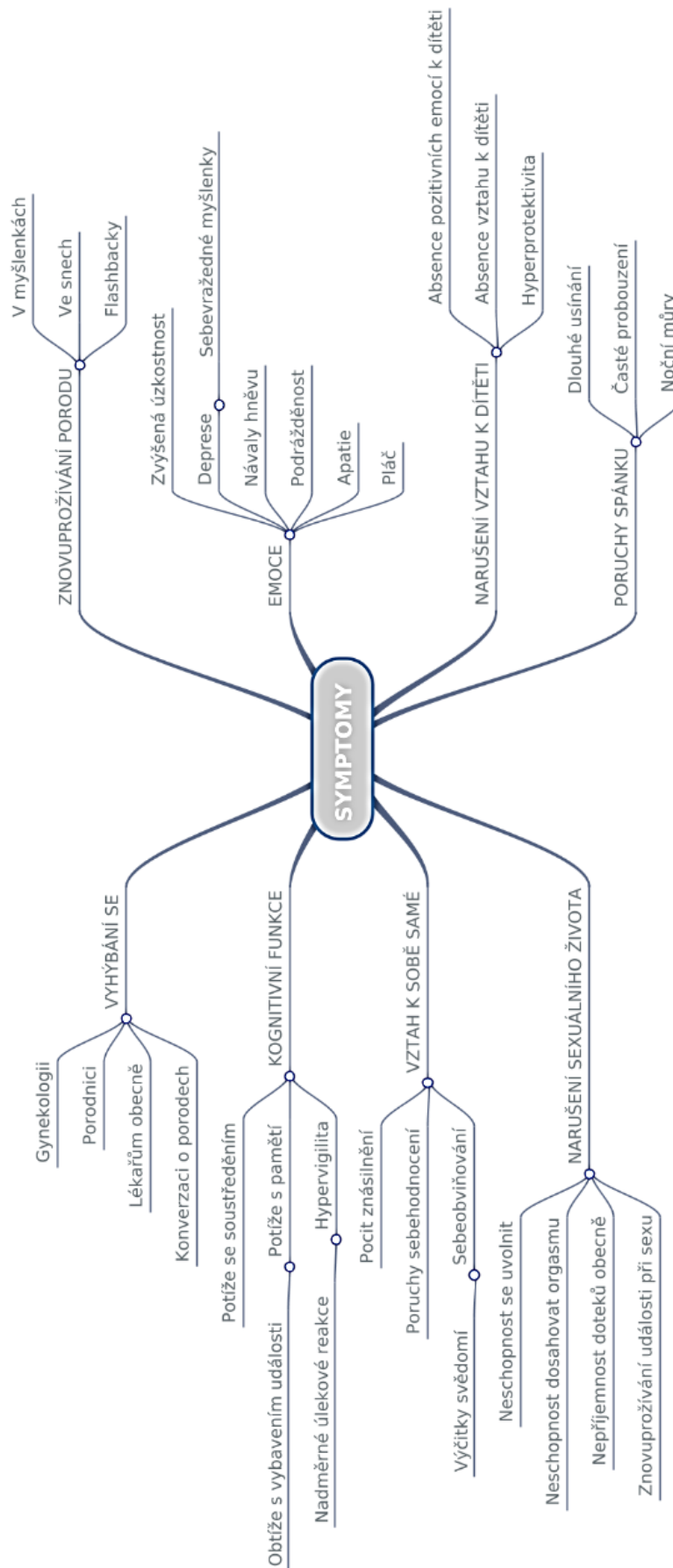
Velmi citlivé je pro ženy **narušení sexuálního života**. Po porodu je jisté omezení běžné a v souvislosti s novým přírůstkem do rodiny obvykle sexuální aktivita páru klesá, nicméně ženy uvádí, že jim sex evokuje vzpomínky na porod, vyvolává flashbacky, je jim nepříjemný dotek na intimních partiích, případně zmiňují neschopnost dosahovat orgasmu. Narušení sexuálního života uvádí 10 žen a přibližují jej tyto výroky: „*Asi pol roka som pri sexe mala flashbacky z nemocnice. Cítila som sa ponížená, zneužitá a nevedela som sa mužovi oddať naplno.*“ Další žena sděluje: „*Dodnes nenechám partnera sáhnout do rozkroku, předtím se*

mi to moc líbilo. Orgasmus mě opustil. Cítila jsem se jako zpráskaný pes. Selhání. Nejsem žena a necítila jsem se jako matka.“

Výjimečné, ale zato intenzivní pocity, které se mohou v souvislosti s porodem objevovat, jsou **pocity znásilnění** (3x). Vyloučeny nejsou ani **sebevražedné myšlenky** (2x) a u přetrvávajících traumat se objevuje **neschopnost bavit se o porodu** (2x), poslouchat zkušenosti jiných lidí s porodem, případně **zhoršení stavu v situacích, kdy se někomu blízkému narodí dítě** způsobem, jakým žena nemohla родit (např. přirozeným vaginálním porodem u žen, které rodily císařským řezem, rychle a bez komplikací u žen po dlouhém komplikovaném porodu apod.).

Vzhledem k široké škále možných projevů objevujících se po prožití traumatizujícího porodu je na straně 60 uvedeno schéma symptomů poporodního traumatu (obrázek č. 2).

Obrázek č. 2: Schéma symptomů porodního traumatu



7.3.1 Délka trvání symptomů

Vzhledem k tomu, že časový odstup od traumatizujícího porodu byl u žen různý a některé ženy své trauma již považovaly za zpracované, nelze ze získaných údajů jednoznačně stanovit, jak dlouho jednotlivé symptomy u žen po porodu přetrvávají. Některé ženy uváděly, že u nich projevy stále přetrvávají, a tedy byla u nich stanovena délka trvání podle odstupu od porodu, nicméně není jasné, jak dlouho by u těchto žen projevy pokračovaly v budoucnu. Dalším faktorem je, že ženy nebyly schopny udat přesně délku trvání projevů, mnohdy se jednalo pouze o hrubý odhad. Délka trvání je tedy pouze ilustrační a platná pouze pro výzkumný soubor a není možné ji nijak zobecňovat.

Nejkratší odstup od porodu v celém souboru dotázaných žen byl 11 měsíců, nejdelší pak 58 měsíců, průměrný odstup od porodu v souboru byl 31 měsíců se směrodatnou odchylkou $SD = 13,78$.

Trvání deseti nejčastěji uváděných projevů přibližuje tabulka č. 3, ve které je uvedeno nejkratší trvání projevu v měsících, nejdelší trvání projevu v souboru v měsících, průměrné trvání v měsících a směrodatná odchylka průměru.

Tab. 3: Délka trvání nejčastějších projevů v měsících

<i>Projev</i>	<i>Nejkratší trvání</i>	<i>Nejdelší trvání</i>	<i>Průměrné trvání</i>	<i>SD</i>
<i>Znovuprožívání v myšlenkách</i>	6	48	22	14,00
<i>Zvýšená úzkostnost</i>	2	66	17	16,14
<i>Narušení vztahu k dítěti</i>	1	108	16	25,71
<i>Vyhýbání se prostředí gynekologie</i>	12	60	33	14,03
<i>Návaly hněvu</i>	2	42	25	13,68
<i>Flashbacky</i>	6	42	20	13,88
<i>Podrážděnost</i>	2	42	19	14,21
<i>Deprese</i>	1	42	20	13,43
<i>Výčitky, sebeobviňování</i>	2	42	23	15,23
<i>Poruchy sebehodnocení</i>	12	60	28	16,26

7.3.2 Možnost diagnostiky PTSD v souboru dotázaných žen

Cílem této části výzkumu bylo ověřit, zda prožitky žen naplňují diagnostická kritéria pro diagnózu PTSD (F43.1) podle MKN-10, která je v České republice užívaným

diagnostickým manuálem. Kritéria diagnostiky jsou blíže popsána v kapitole 2.4. a specifikace PTSD po porodu je uvedena v kapitole 4.3. V průběhu analýzy bylo mimo jiné ověřeno u každé z žen, zda dle jejich odpovědí naplňuje kritéria diagnózy. V této kapitole budou uvedeny symptomy, které byly ženami uváděny spolu s průměrnou délkou jejich trvání. Níže jsou uvedena diagnostická kritéria PTSD dle MKN-10 pouze ve stručnosti pro přehlednost při čtení výsledků.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro Posttraumatickou stresovou poruchu:

- A. Vystavení stresové události nebo situaci krátkého či dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u každého.
- B. Přítomnost neovladatelného znovuvybavování či znovuprožívání události v podobě flashbacků, vzpomínek, snů nebo prožívání události při vystavení okolnostem připomínajícím událost či nějak spojených s událostí.
- C. Vyhýbání se okolnostem připomínajícím událost nebo upřednostňování vyhýbání se okolnostem spojených se stresem za předpokladu, že toto vyhýbání před událostí nebylo přítomno.
- D. Přítomnost některého z níže uvedených kritérií:
 - a. Obtíže s vybavením si důležitých momentů traumatu buď v kompletním rozsahu, či některých důležitých momentů.
 - b. Přítomnost kterýchkoliv dvou následujících příznaků zvýšené citlivosti a vzrušivosti, které před prožitím traumatického události nebyly přítomny:
 - Potíže s usínáním či udržením spánku
 - Podrážděnost a návaly hněvu
 - Potíže s koncentrací
 - Hypervigilita (nadměrná bdělost)
 - Přehnané úlekové reakce
- E. Kritéria B, C a D musí být splněna v průběhu 6 měsíců od prožití stresové události nebo od ukončení stresu. Diagnostika je možná i déle než po 6 měsících, ale je nezbytné zřetelné specifikování důvodů (Gelder, Gath, Mayou, & Cowen, 1996; Praško, Pašková, Soukupová, & Tichý, 2001).

Tabulka č. 4 uvedená níže zobrazuje soubor dotázaných žen. V horní části jsou zobrazena jednotlivá kritéria pro diagnostiku PTSD, symbolem fajfky je poté označeno, zda daná respondentka dané kritérium splnila, či nikoli. Zeleně označené řádky zvýrazňují

respondentky, které kritéria pro diagnózu splňují. Toto posouzení je však založeno pouze na výpovědi dotázaných, nebyly použité žádné diagnostické metody. Ženy uváděly, že symptomy se objevovaly bezprostředně po události, žádná z výpovědí nepopisovala prvotní výskyt příznaků po období delším než půl roku, současně ale všechny rozhovory byly provedeny v době delší než půl roku od události.

Kritérium prožití traumatické události (A) bylo na základě sebehodnocení uděleno všem respondentkám, přestože dle popisu traumatizující události dle MKN-10 je hodnocení porodu sporné, neboť nelze jednoznačně souhlasit s tím, že by se jednalo o výjimečně ohrožující nebo katastrofickou událost, která by stres vyvolala téměř u každého (WHO, 2000).

Z dotázaných žen kritéria pro diagnózu splnilo celkem 10 z 27 respondentek. Osm žen uvedlo, že již mají své trauma zpracováno. Z těchto 8 žen splnila kritéria diagnózy PTSD pouze jedna žena.

Tab. 4: Splnění diagnostických kritérií pro dg. F431 v souboru respondentek

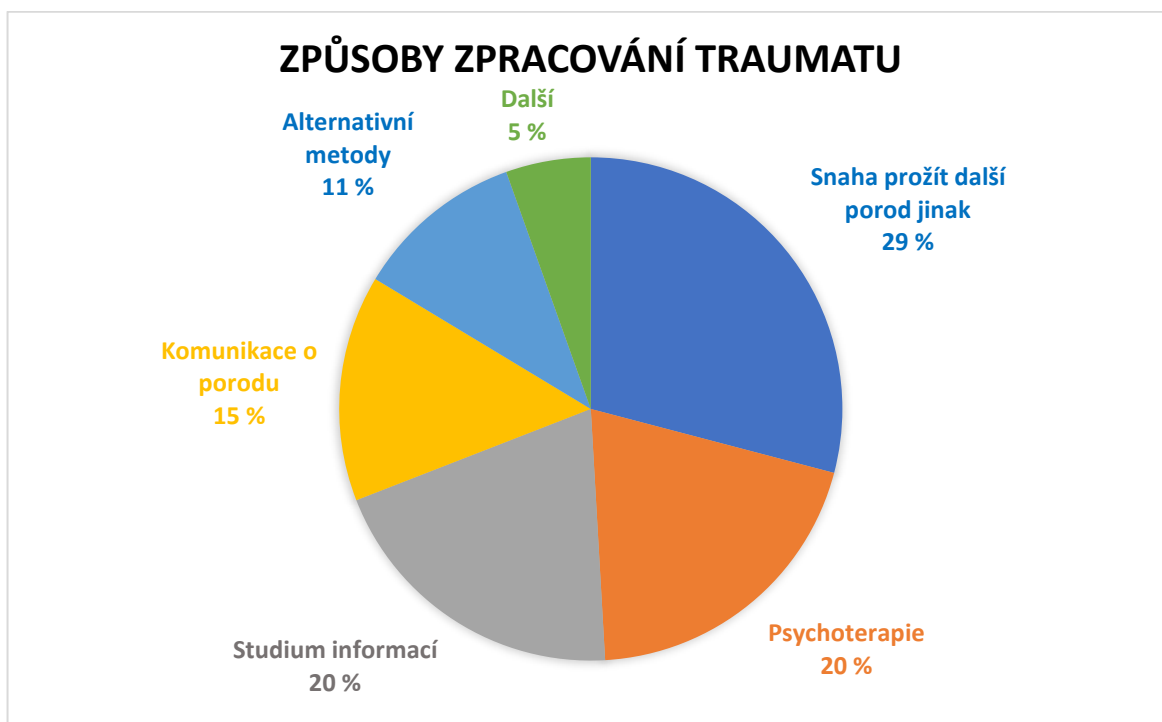
Id	A	B			C	D		E
	Událost	Znovuprožívání události			Vyhýbání se	Obtíže s vybavením	Zvýšená citlivost a vzrušivost (2x)	Do 6 m po porodu
		Myšlenky	Sny	Flashbacky				
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓		✓	✓	✓		✓
3	✓	✓		✓		✓		✓
4	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
5	✓	✓			✓			✓
6	✓	✓		✓	✓			✓
7	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9	✓	✓						✓
10	✓	✓					✓	✓
11	✓	✓			✓			✓
12	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
13	✓	✓	✓		✓	✓		✓
14	✓	✓		✓	✓		✓	✓
15	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
16	✓			✓	✓			✓
17	✓	✓						✓
18	✓	✓	✓	✓				✓
19	✓							✓
20	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
21	✓				✓		✓	✓
22	✓	✓	✓		✓		✓	✓
23	✓	✓		✓	✓			✓
24	✓				✓			✓
25	✓							✓
26	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
27	✓	✓					✓	✓

7.4 Postup zpracování traumatu

V této kapitole budou uvedeny zjištěné postupy a metody, které dotázané ženy volily na své cestě ke zpracování prožitého traumatu. Nebude posuzována jejich účinnost, odbornost ani další aspekty. Jedná se pouze o přehled uváděných způsobů.

Škála způsobů, jak se ženy snaží s traumatem poprat, je velmi široká, graf číslo 3 pouze ilustruje, že nelze jednoznačně stanovit, který způsob práce s traumatem u žen převažuje.

Graf č. 3: Způsoby zpracování traumatu



Nejčastěji ženy uváděly, že jejich snahou, jak se s traumatem vyrovnat, bylo **věnování pozornosti možnému dalšímu porodu a snaha prožít jej jinak a lépe**. Tuto možnost zmínilo 16 z 27 žen. Popisovaly, že se snažily na porod co nejlépe připravit, hledaly si **vlastní porodní asistentky**, sepisovaly **porodní plány** či **dříve vyslovená přání**. Tyto snahy o jiný porod přibližuje výrok jedné z žen, která popisuje svou přípravu na další porod: „*Nechcela som ďalšie dieťa ani počať, kým nedoriešim prvý pôrod. Nespracujem traumatu aspoň do prijateľnej úrovne a hlavne som potrebovala mať plán, ako sa druhé dieťa narodí, kde, s kým a podobne. Výber rešpektujúcej pôrodnice a lekára, prípadne pôrodnej asistentky.*“

Pět žen se dokonce rozhodlo, že **další porod chtějí prožít doma**, jak přibližuje jedna z respondentek: „*Snažila jsem se najít si tu porodní asistentku, chtěla jsem rodit doma a chtěla jsem, aby to bylo úplně jinak.*“

Druhé místo v četnosti odpovědí se dělí mezi **psychoterapii** (11 z 27 žen) a **získávání informací**. Studium informací mělo podobu čtení odborných článků a literatury, návštěvy přednášek a kurzů. Ženy uváděly: „*Začala jsem se o celou problematiku porodu zajímat a zjišťovat, co a proč se stalo a jak tomu předejít.*“

Třetím nejčastěji uváděným způsobem je **komunikace s okolím**, blízkými lidmi, kamarádkami (8 z 27 žen), diskuze s partnerem o porodu uvedly 4 z 27 žen. Další ženy volily sdílení na sociálních sítích (2 z 27 žen).

Čtvrtým nejčastějším způsobem jsou **alternativní metody a terapie**, jako jsou **kineziologie** (4 ženy z 27), **kraniosakrální terapie** (2 ženy z 27), **homeopatie** (1 z 27), **čínská medicína** (1 z 27), **EFT** (1 z 27) a návštěva **kartářky** (1 z 27 žen). Jedna z dotázaných žen popsala svůj způsob zpracování traumatu s využitím alternativních metod takto: *„Pak vlastně spíš takové ty lesanské praktiky, takové ty kinezio, kranio. Nechtělo se mi chodit nikde po nějakých lidech typu psycholog, psychiatr, ale říkám si, že už by to bylo potřeba.“*

Pátým způsobem je poté cílený **kontakt s dítětem**, mazlení, kojení, nošení v šátku a další prvky kontaktního rodičovství (3 z 27 žen). Jedna z respondentek přibližuje snahy o co největší kontakt s dítětem: *„Snažila jsem se fungovat normálně, hodně se s dcerou mazlit a domazlit to, o co jsme přišly. Velice brzy jsem nosila v šátku a látkovala, abych jí dala to, co považuji za nejlepší.“*

Další způsoby již uvedly vždy nejvýše dvě ženy. Těmito způsoby jsou například práce sama na sobě zahrnující snahu zapomenout na prožitý porod, uvědomit si své trauma a vědomě jej přijmout, sepsání porodu, podání stížnosti nebo trestního oznámení, sdílení svého příběhu, návrat k aktivnímu způsobu života a další.

8 Odpovědi na výzkumné otázky

Cílem této kapitoly je stručně a přehledně odpovědět na stanovené výzkumné otázky. Bližší informace k výsledkům, výchozí data a další informace jsou uvedeny v předchozích kapitolách.

Výzkumná otázka č. 1: Který typ porodu absolvovaly ženy, jež se následkem tohoto porodu vnímají jako traumatizované?

Všechny dotázané ženy prožily porod v porodnici moderovaný užitím medikamentů nebo lékařských zákroků. I v případě tří porodů, které byly plánovány jako domácí, byla jako traumatizující vnímána až ta část porodu, která probíhala v porodnici, nikoli část proběhlá v domácím prostředí.

Dotázané ženy ve výzkumu vnímaly jako traumatizující širokou škálu porodů, nejčastěji uváděný byl spontánní vaginální porod vedený lékařem, který uvedlo jako traumatizující 9 respondentek, druhý nejčastěji uváděný byl spontánně se rozbíhající porod ukončený akutní sekcí, který prožilo 5 respondentek.

Výzkum však ukázal, že jako traumatizující může být vnímán jakýkoliv typ porodu od spontánního vaginálního porodu přes porod indukovaný až po plánovaný císařský řez.

Výzkumná otázka č. 2: Které situace a zásahy v průběhu porodu jsou ženami vnímány jako nejvýznamnější stresory?

Třemi nejčastěji uváděnými medicínskými zásahy do porodu, které ženy vnímaly jako stresory, byly aplikace medikamentů, nástřih hráze a řízené tlačení. Nástřih se také řadí mezi nejhůře hodnocené zákroky. Nejhůře hodnocenými zákroky jsou dále tlačení na břicho, vnitřní vyšetřování a operativní formy porodu (CS, vakuumextrakce, klešťový porod), které však byly v souboru jen řídce zastoupeny.

Co se týče situací nastalých v průběhu porodu či po něm, které byly negativně hodnoceny, došlo k jejich rozčlenění do 5 kategorií seřazených podle četnosti: 1. kontakt s dítětem, 2. kojení a péče o dítě, 3. komunikace, 4. rozhodování o průběhu porodu, 5. emoční podpora.

Výzkumná otázka č. 3: Které symptomy ženy prožívají v době následující po traumatickém porodu?

Bylo identifikováno 8 oblastí shrnujících prožívané symptomy v období následujícím po porodu. Nejčastěji uváděné je znovuprožívání porodu, ať už v myšlenkách, ve snech, nebo v podobě flashbacků.

Druhou skupinu tvoří emoční prožívání, zejména pak zvýšená úzkostnost, ale i další projevy, jako jsou návaly hněvu, podrážděnost, deprese, ve výjimečných případech až se sebevražednými myšlenkami, apatie nebo pláč.

Třetí oblastí je narušení vztahu k dítěti ve formě absence kladných emocí, nepřítomnosti vztahu k dítěti nebo naopak v podobě rozvinuté hyperprotektivity.

Čtvrtým nejčastějším projevem je vyhýbání se prostředí gynekologie a porodnice, kde porod proběhl. Toto vyhýbání se může rozšířit na celou nemocnici, nebo dokonce na oblast lékařství obecně.

Pátou problematickou oblastí je narušení vztahu k sobě samé projevující se sebeobviňováním, výčitkami svědomí, pocity viny a poruchami sebehodnocení.

Šestou a sedmou oblast si dělí poruchy spánku v podobě dlouhého usínání, častého buzení nebo nočních můr a poruchy sexuálního života pokrývající neschopnost se uvolnit, neschopnost dosahovat orgasmu, případně nepříjemnost doteků obecně. V průběhu sexuálního styku pak může docházet také k nepříjemnému znovuprožívání či výskytu flashbacků z porodu.

Poslední osmou oblastí jsou kognitivní funkce, které bývají narušeny v oblasti soustředění, se kterým mívají ženy potíže, dále ve formě nadměrných úlekových reakcí, potíží s pamětí včetně výpadků paměti a potíží s vybavováním detailů či celé události traumatického porodu.

Výzkumná otázka č. 4: Jak dlouho ženy prožívaly symptomy spojené s traumatem?

Délka trvání prožívaných symptomů je vysoce variabilní a záleží na konkrétní ženě, způsobu zpracování traumatu, příčině traumatu a řadě dalších faktorů. Na základě získaných dat nelze jednoznačně stanovit délku trvání symptomů. V kapitole 7.3.1 je uvedena tabulka č. 3 přibližující délku prožívání symptomů u dotázaných žen.

Výzkumná otázka č. 5: Naplňují prožitky žen po porodu diagnostická kritéria diagnózy F43.1 (Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení – Posttraumatická stresová porucha) dle MKN-10?

Ve výzkumném vzorku splnilo kritéria pro diagnózu F43.1 celkem 10 z 27 respondentek. Vzhledem k tomu, že pouze jedna žena z celého souboru dotázaných žen měla oficiálně diagnostikovanu PTSD, nelze u ostatních žen splnění kritérií pro diagnózu F43.1 nijak verifikovat.

Zajímavým zjištěním je, že ze skupiny žen, které uvedly, že již mají trauma zpracováno, splnila kritéria pro diagnostiku PTSD pouze jedna respondentka.

Výzkumná otázka č. 6: Jak ženy postupují při zpracovávání svého porodního traumatu?

V průběhu výzkumu a následné analýzy dat nebyl identifikován žádný obecnější postup při zpracování traumatu v souboru dotázaných žen. Škála způsobů, kterými se ženy snaží s traumatem vyrovnat, je velmi pestrá.

Nejčastěji uváděným způsobem bylo soustředění se na další možný porod a snaha prožít tento porod jinak a lépe. Tato možnost zahrnuje předporodní přípravu, studium informací, hledání vlastní PA nebo duly, případně výběr alternativnější porodnice, nebo dokonce rozhodnutí prožít další porod doma. S těmito snahami souvisí získávání informací o porodech z rozličných odborných materiálů, článků, knih či navštěvování kurzů a seminářů, které zaujalo druhou pozici v četnosti, o kterou se dělí s psychoterapií. Třetí způsob je povídání si o prožitém porodu s blízkými, rodinou, kamarády, partnerem a podobně, případně sdílení své zkušenosti na sociálních sítích. Čtvrtým způsobem je volba alternativních metod, jako jsou kineziologie, kraniosakrální terapie, homeopatie, čínská medicína, sezení s kartáčkou a další. Pátým způsobem je snaha o co největší fyzický kontakt s dítětem ve formě mazlení, kojení, nošení a dalších prvků kontaktního rodičovství.

9 Diskuze

V této kapitole budou zjištěné výsledky detailně diskutovány a dány do souvislosti s výsledky výzkumů na podobné téma. Bude zhodnocena přínosnost provedeného výzkumu, jeho nedostatky a možnosti dalšího výzkumného působení.

Výzkumy ukazují, že prevalence výskytu PTSD po porodu se pohybuje mezi 1,5 % (Ayers & Pickering, 2001) až 6 % (Menage, 1993). Míra prevalence ve výzkumech kolísá vlivem rozdílné metodologie užitých v konkrétních výzkumech, zejména použitých metod pro ověřování splnění kritérií pro diagnózu PTSD a také vlivem časového odstavu od porodu, po kterém je testování žen prováděno.

Příčina odlišnosti výsledků jednotlivých studií však může být již na počátku výzkumů, při definování traumatické události. V našem výzkumu byly prožitky všech žen hodnoceny jako traumatizující událost, přestože dle MKN-10, která byla v našem výzkumu využita jako kritérium pro diagnostiku, je za traumatickou událost považována mimořádně hroživá či katastrofická událost, která by vyvolala tíseň téměř u každého (WHO, 2000). Hodnocení prožitků porodu žen je tedy velmi sporné, jelikož nelze jednoznačně říci, zda by prožitky žen při porodu vyvolaly stres téměř u každého. Je také k zamyšlení, zda je definice události dle MKN-10 dostatečně komplexní pro posuzování natolik individuální záležitosti, jakou trauma bezpochyby je. Tuto oblast lépe zpracovává manuál DSM-5, který traumatickou událost specifikuje jako situaci, při kterém je jedinec vystaven skutečné nebo hrožící smrti, vážnému zranění či sexuálnímu násilí (APA, 2015). Tento manuál však v našich zemích není používaným vodítkem pro diagnostiku, a proto nebyl využit ani v našem výzkumu.

Výzkumný soubor této diplomové práce tvořilo 27 žen, které samy sebe vnímaly jako traumatizované. Všechny porody vnímané jako traumatizující proběhly v porodnici, přestože tři z nich byly původně plánovány jako domácí. Za povšimnutí stojí zjištění, že ženy nevnímaly jako traumatizující část probíhající v domácím prostředí, přestože se porod doma nezdařil, ale až následné situace v porodnici. Nejčastěji uváděným porodem, který byl ženami vnímán jako traumatizující, byl spontánní vaginální porod vedený lékařem, nicméně jak ukázaly výsledky výzkumu, jako traumatizující může být vnímán naprosto jakýkoliv typ porodu. Vnímání je totiž ovlivněno širokým spektrem faktorů.

Výzkumy naznačují, že k rozvoji PTSD po porodu jsou obecně náchylnější prvorodičky (Wijma, Soderquist & Wijma, 1997) a s rozvojem PTSD je významně spojena vysoká míra medicínských zákroků do porodu a vnímání nedostatečné zdravotnické péče (Creedy,

Schochet & Horsfall, 2000). Tato tvrzení jsou v souladu s našimi výsledky, které ukazují, že 85 % žen ze souboru prožilo trauma při svém prvním porodu, pouze dvě ženy ze souboru prožily trauma až při druhém porodu a dvě ženy v souboru prožily více než jeden traumatizující porod.

Příčiny rozvoje traumatu po porodu jsou velmi komplexní. Ženy zapojené do našeho výzkumu uváděly jako stresující řadu zásahů do porodu. Nejčastěji uváděným zásahem byla aplikace medikamentů, nejhůře vnímané, ale ne tak často uváděné, byly zásahy dotýkající se fyzické integrity ženy, které po sobě nechávají dlouhodobější následky, jako je nástřih, tlačení na břicho nebo zákroky jako vakuumextrakce či klešťový porod. Všechny zákroky však mají v případě správné indikace svůj význam a jejich využitím lze předejít závažnějším komplikacím, které by mohly ohrozit život matky či dítěte. Například v případě špatného stavu miminka může zkrácení porodu o několik minut díky provedení nástřihu velmi pomoci. Pro některé ženy může být užití medicínských postupů navíc znamením, že je jim poskytována kvalitní péče, což v nich vyvolává uklidňující pocit bezpečí, a nelibě by naopak mohly nést absenci těchto zákroků. Opakem vnímání žen zapojených do výzkumu může být fakt, že pro řadu rodiček je například nástřih velkou pomocí a úlevou. Některé ženy navíc věří, že bez pomoci lékařů by nedokázaly porodit. V našem souboru se však žádná žena s tímto postojem nevyskytla.

Možnost pro zamyšlení se naskytá při uvažování nad některými často užívanými zákroky. V případě zmiňovaného nástřihu je významné, že se jedná o zákrok, jehož důsledky bude žena pociťovat ještě dlouhou dobu po porodu. V případě preventivně provedené epiziotomie navíc není jisté, zda by při jejím neužití skutečně došlo k natržení a v jaké míře. Rušavý a kolektiv (2011) prováděli v letech 2006–2007 výzkum na Gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň, při kterém se soustředili na důvody uváděné pro užití epiziotomie. Studie zahrnovala celkem 2707 vaginálních porodů. Z celkového počtu porodů byla provedena epiziotomie v 1150 (42 %) případech. Z výzkumu vyplynulo, že nejčastěji uváděnými příčinami byly obavy o zachování funkce pánevního dna, známky tísňe plodu a poruchy vypuzovacích sil ve finální fázi porodu. V souvislosti s těmito zjištěními autor zdůrazňuje důležitost analýzy důvodů pro užití epiziotomie, neboť obavy o zachování funkčnosti pánevního dna dle něj nejsou oprávněnou indikací k provedení nástřihu. Rušavý proto shledává významný prostor pro snížení počtu epiziotomií při současném zachování, či zvýšení standardu poskytované péče. Epiziotomie je u nás jedním z nejčastěji užívaných zákroků. V roce 2014 byla v českých porodnicích epiziotomie užitá ve 29,1 % (ÚZIS ČR,

2017) což je výrazně více než 10 % doporučených WHO (1999) na základě studie zaměřené na liberální provádění epiziotomie, která ukázala, že provádění epiziotomie s sebou nese obdobnou perineální bolest, jakou prožívají ženy bez nástřihu. Studie dále nepotvrdila ochranný účinek epiziotomie na stav plodu ani preventivní účinek epiziotomie v souvislosti s močovou inkontinencí. Současně bylo zjištěno, že výskyt trhlin III. stupně (rozsáhlých trhlin s poraněním zevního svěrače konečníku) při nepoužití nástřihu byl pouze 0,4 % (Sleep et al., 1984; Pel & Heres, 1995 in WHO, 1995). V našem výzkumu byl nástřih ženami vnímán negativně a některé z dotázaných žen uvedly, že jej považují za zbytečný. Tato zjištění jsou tedy v souladu s výše uvedenými výzkumy.

Dalším sporným zákrokem je Kristellerova exprese (exprese na děložní fundus, lidově nazývaná jako tlačení na břicho). Jedná se o jednu z nejméně kontroverzních technik. Je zde nedostatek literatury zabývající se účinností a bezpečností užití tlaku na děložní fundus během druhé doby porodní a nejsou zdokumentovány žádné výhody této techniky, naopak byly zdokumentovány možné nežádoucí následky (Merhi & Awonuga, 2005). Při užití této techniky hrozí poškození zdraví a života rodičí ženy i dítěte. Nejčastější vzniklou komplikací, ve spojitosti s užitím Kristellerovy exprese, je ruptura dělohy. Zajímavým faktem zůstává, že od roku 1952 je v České republice Kristellerova exprese metodou non lege artis (nedoporučenou a škodlivou) (Kukulková, 2016) a přesto 8 z 27 žen ze souboru uvedlo, že se s touto metodou setkalo. Navíc ženy, které měly s touto metodou zkušenosti, ji vnímaly jako nežádoucí, nepříjemnou a ohrožující zdraví, což odpovídá také výsledkům výzkumů a odborným doporučením.

Na základě námi získaných kvalitativních dat nemůžeme stanovit přesnou míru souvztažnosti mezi rozvojem PTSD a provedenými zákroky, nicméně lze sledovat jistou spojitost, která je patrná ze zjištění, že všech 29 porodů hodnocených ženami jako traumatizující bylo moderováno využitím řady medicínských zákroků a z celkového počtu 27 žen zapojených do výzkumu jich více než třetina splňovala kritéria pro PTSD.

Zahraniční výzkum, v rámci kterého byly zjišťovány korelace mezi různými faktory působícími před porodem a v jeho průběhu a následnými projevy PTSD v období po 6 měsících od porodu však ukázal, že souvislost mezi komplikacemi v průběhu porodu a následnou PTSD je poměrně nízká ($r = 0,28$), v případě komplikací po porodu byla korelace dokonce $r = 0,21$. Naopak nejsilnější odhalený prediktor byl strach z porodu s $r = 0,53$ v případě testování po 4–6 týdnech po porodu a $r = 0,38$ v případě testování po půl roce. Oba tyto výsledky byly signifikantně významné s $p < 0,001$. Prevalence strachu

z porodu kolísá mezi jednotlivými zeměmi a nelze ji zcela přesně stanovit, výzkumy uvádějí, že se pohybuje mezi 1,9 % (Van Parys, Ryding, Schei, Lukasse, & Temmerman, 2012) až 26 % (Fenwick, J, Gamble, Nathan, Bayes, & Hauck, 2009). V našem výzkumu nebyla míra strachu z porodu bohužel mapována, tudíž nelze tato zjištění porovnat. Zkoumání souvislosti strachu z porodu a rozvoje PTSD v poporodním období se jeví jako zajímavý námět pro další výzkumné zpracování.

Negativně hodnocen může být prakticky jakýkoliv postup. Vždy záleží na okolnostech celé situace, osobnosti rodičí ženy, komunikaci mezi ženou a personálem a dalších faktorech. Ženy v našem výzkumu zmiňovaly nespokojenost s běžnými mezilidskými interakcemi, komunikací, ve které docházelo k nedorozuměním a další. Nejčastěji kritizovanými byly situace úzce související s novorozeným dítětem. Zejména těžce ženy nesly nucenou separaci od dítěte, odnášení dítěte pryč pro ošetření a neumožnění bondingu. Dalšími negativně hodnocenými oblastmi byla absence podpory kojení a pomoci v péči o dítě, špatná komunikace ze strany personálu zahrnující ponižování, nízká míra možnosti rozhodování o průběhu porodu a v neposlední řadě nedostatečná emoční podpora.

Význam psychické pohody a nepřetržité podpory ženy u porodu je obecně známý. Metasyntéza výzkumů zabývajících se podporou žen v průběhu porodu ukázala, že většina žen nepřetržitou podporu u porodu oceňuje, ale přednost při volbě podporující osoby ženy dávají blízkým, se kterými se cítí dobře, před zdravotnickým personálem (Lunda, Minnie, & Benadé, 2018). Přesto tato praxe není zcela běžná ve všech zařízeních v České republice. V některých nemocnicích je za přítomnost blízké osoby, nejčastěji otce, u porodu dokonce vybírán poplatek, přestože je od dubna 2016 Ústavním soudem jeho vybírání zakázáno, účtovat je dle Ústavního soudu možné pouze nadstandardní péči, kterou žena může odmítnout a přítomnost nelze podmínit předchozím uhrazením stanoveného poplatku (Ústavní soud, 2016).

Důležitost kontinuální podpory blízké osoby a psychofyzilogickou souvislost ilustruje také výzkum provedený v Číně, kde není běžně povolena přítomnost blízkých osob v porodnicích a podpora ze strany personálu je také značně omezená. Do výzkumu bylo zařazeno 724 žen, které byly rozděleny na dvě poloviny, z nichž jedné polovině byla umožněna průběžná nebo individuální podpora v průběhu porodu a druhé polovině žen byla poskytována pouze rutinní nemocniční péče. Získaná data byla podrobena několikanásobně lineární regresi, která ukázala, že délka porodu u žen s běžnou nemocniční péčí byla 2,03x (95% CI, 1,86–2,21) tak dlouhá jak délka porodu žen, kterým byla poskytnuta podpora

blízké osoby. Taktéž se ukázalo, že množství akutních císařských řezů bylo významně nižší ve skupině žen s podpůrnou péčí blízkých 3,3 %, oproti 24 % u žen s rutinní péčí (Wang et al., 2018).

Znalost okolností standardního průběhu porodu v českých porodnicích a zkušenost s traumatizujícím porodem vedly více než polovinu dotázaných žen k tomu, aby se na další porod intenzivně připravovaly ve snaze předejít opakování negativních zkušeností z prvního porodu. Po prožití negativní zkušenosti z porodu berou ženy zodpovědnost do vlastních rukou, sepisují porodní plány, snaží se najít si vlastní porodní asistentku či dulu, hledají tolerantnější a alternativnější porodnice a některé se dokonce rozhodnou zůstat při druhém porodu doma. Tato zjištění jsou v souladu se zjištěními Jouhki (2011), která při své kvalitativní studii zjistila, že předchozí nepříjemná zkušenost s porodem je hlavním motivačním faktorem pro volbu domácího porodu, což ověřila také Konšelová (2017) ve svém výzkumu zaměřeném na motivaci pro volbu domácího porodu.

Při mapování symptomů porodního traumatu bylo zjištěno, že v prožívání se nejvýrazněji projevuje znovuprožívání události porodu, v těsném závěsu se projevuje narušení emočního prožívání v podobě zvýšené úzkostnosti, návalů hněvu, podrážděnosti, ale také depresí. Znovuprožívání jako hlavní projev identifikoval při svém kvalitativním výzkumu také Beck (2004). Ve svém výzkumu jej popsal jako neustálé prožívání porodu jako ve filmu, který se přehrává neustále dokola. Druhým tématem Beckova výzkumu bylo jakési znečitlivění a oddělení. Popisuje, že u žen se vyskytovala apatie a chybění emocí ve vztahu k dítěti. Jedna z žen dokonce uvedla, že si připadala jako „mrtvá“. Apatie se v našem výzkumném souboru příliš neobjevovala, ale absence vztahu a emocí k dítěti byla taktéž na druhém místě v četnosti výskytu u dotázaných žen. Emoční potíže v podobě vzteku, úzkosti a deprese jsou Beckovým čtvrtým tématem. Další projevy odhalené v našem výzkumu pak byly vyhýbání se gynekologii a porodnici, narušení vztahu k sobě samé, výčitky svědomí a sebeobviňování, poruchy spánku a další.

Diagnostická kritéria PTSD jsou však poměrně přísná. U řady lidí nelze i přes zjevné potíže související s prožitým traumatem tuto diagnózu stanovit. Vedou se proto diskuze o stanovení nové nozologické jednotky s názvem Částečná posttraumatická stresová porucha. Tento koncept má za to, že osoba může vykazovat řadu symptomů pod prahovými hodnotami pro diagnostická kritéria (podprahové symptomy) či u ní může docházet k úplné absenci jakéhokoliv příznaku pro jedno nebo více kritérií (parciální symptomy). V případě přijetí této nové diagnózy by bylo prakticky jediným kritériem prožití traumatické události

(Štrobl, 1999; Mylle & Maes, 2004). Výzkum provedený na 933 ženách, který měl za cíl zmapovat výskyt symptomů diagnózy PTSD ukázal, že u nekontrolované skupiny žen došlo k naplnění kritérií v 3,6 % případů při posuzování ve 4–6 týdnech po porodu, 6,3 % ve 12 týdnech po porodu a 5,8 % ve 24 týdnech po porodu. V případě kontroly PTSD a parciální PTSD v důsledku předchozích traumatických jevů a klinicky významné úzkosti a deprese během těhotenství byla míra naplnění diagnózy PTSD nižší o 1,2 % ve 4–6 týdnech, 3,1 % ve 12 týdnech a 3,1 % ve 24 týdnech po porodu (Alcorn, Donovan, Patrick, Creed, & Devilly, 2010).

Jak je patrné, příčinám PTSD a jejím projevům je věnována v zahraničí poměrně velká pozornost, menší soustředění je ale zaměřeno na možnosti léčby traumatu. Léčba PTSD po porodu není nemožná, terapie PTSD spadá do kompetence psychologa či psychotherapeuticky orientovaného psychiatra, dlouhodobější práce s traumatem není v kompetencích krizových interventů (Špatenková et al., 2017). Běžně doporučovaným postupem léčby je kombinace psychoterapie, relaxace a podpůrné farmakoterapie, zejména s využitím antidepresiv v obdobné dávce jako u deprese (Kryl, 2002). Bohužel jen malá skupina žen vyhledá odbornou pomoc. Můžeme se jen domnívat, zda je příčinou zlehčování situace okolím žen, které razí heslo: „Máš zdravé dítě, co víc chceš.“, nebo malé povědomí o traumatu samotném, a ještě menší o možnostech jeho léčby, či jsou příčiny úplně jiné. Ženy v našem výzkumném souboru vyhledaly psychologickou nebo psychiatrickou pomoc jen v necelé polovině případů a z toho jen u dvou žen se jednalo o dlouhodobější psychotherapeutickou práci.

Psychice žen po porodech je dle mého názoru v současnosti věnována nedostatečná pozornost. Narození dítěte je bráno jako radostná událost a většinu z nás ani nenapadne, že by to mohlo být jinak, že by žena z dítěte neměla radost, že by k dítěti necítila mateřskou lásku. Porod je společností prezentován jako velmi bolestivá událost, kterou je nezbytné přežít, a primární důraz je kladen na fyzické zdraví matky a dítěte. Nezakrýváme však tímto přístupem jen zkostnatělost našeho porodního systému, který se bojí změnit jakoukoli drobnost? Můžeme si klást řadu otázek. Jak je možné, že jsou mezi jednotlivými porodnicemi tak velké rozdíly? Proč v České republice zatím není legislativně možné provozovat porodní dům, když v jiných státech je to zcela běžná forma porodní péče? Proč není podporována autonomní práce porodních asistentek? Proč až v roce 2019 vzniklo první porodní centrum, jehož cílem je podporovat přirozený porod za asistence porodních asistentek? Ženy těhotné, po porodu i zatím bezdětné se mnohdy velmi důkladně informují

o kvalitách jednotlivých porodnic a zvyklostech v těchto zařízeních, důkladně vybírají, do které porodnice se vypraví, až přijde čas, a mnohdy kvůli touze porodit v respektující porodnici cestují desítky kilometrů. Přála bych si, aby v budoucnu množství žen, které se musí potýkat s tímto nepříjemným životním obdobím, bylo co nejmenší, aby se zdravotnictví více otevřelo ženám a poskytlo jim větší možnost rodit tak, jak je pro jejich tělo přirozené.

Tento výzkum je jedním z mála, který se v českém prostředí soustředí na možné příčiny rozvoje PTSD a sleduje jeho následné projevy do detailů. Cílem této práce bylo ověřit, zda to, co poškozené ženy prezentují jako trauma, skutečně traumatem je. Ukázalo se, že zhruba třetina dotázaných žen podle uvedených příznaků splňuje diagnostická kritéria pro diagnózu posttraumatické stresové poruchy dle MKN-10. U žen, které kritéria diagnózy PTSD nesplnily bychom mohli zvažovat další diagnózy jako je například poruchu přizpůsobení F43.2, jejíž škála projevů je velmi široká od projevů podobných jako u afektivních, neurotických a somatoformních poruch či poruch vyvolaných stresem v případě, že nejsou naplněna kritéria pro jednotlivé poruchy ze zmíněných skupin. Trvání symptomů poruchy přizpůsobení však, kromě depresivních reakcí, není delší než 6 měsíců a z diferenciálně diagnostického hlediska není u poruch adaptace běžná ani reminiscence (Látalová, Kamarádová, Jelenová, Ocisková, & Praško, 2015). Pro posouzení naplnění diagnostických kritérií dalších diagnóz bohužel nemáme dostatek informací. Nicméně na základě zjištění, že 23 z 27 dotázaných žen trpělo opakovaným znovuprožíváním události a průměrné trvání nejčastějších příznaků prožitého traumatu bylo u respondentek v rozpětí 16–33 měsíců, lze usuzovat, že se i u žen, které nesplňovaly kritéria pro PTSD, jednalo o formu prožívání posttraumatického období a přikláněli bychom se k výše popsané Částečné posttraumatické stresové poruše, která však zatím není ukotvena v MKN, případně lze uvažovat chronifikovanou krizi pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru. Příčinou nenaplnění diagnostických kritérií PTSD může být také fakt, že MKN-10 zatím porod jako možný spouštěč traumatu neuvažuje, a z toho důvodu ani symptomy nezbytné pro diagnostiku nemusí zcela odpovídat prožívaným projevům poporodního traumatu.

Nedostatkem výzkumu je zaměření výzkumného souboru na všechny ženy, které se cítí traumatizované bez ohledu na to, zda žena prošla diagnostikou u odborníka, což zapříčinilo absenci možnosti ověření adekvátnosti diagnózy PTSD u jednotlivých žen. Dalším faktem je, že časový odstup od porodu byl u žen v souboru různý, jejich aktuální postoj k danému porodu se taktéž lišil. Některé ženy již měly své trauma zpracováno a při vzpomínání na

symptomy prožívané v období po porodu mohly na intenzitu prožitků a jejich trvání nahlížet odlišně než ženy, které trauma za zpracované nepovažují.

Analýza odhalila zajímavost, kterou je fakt, že v případě žen, u kterých kritéria pro diagnózu PTSD splněna nebyla, uvedlo 7 ze 17 respondentek, že své trauma již považují za zpracované. V případě žen, které kritéria pro diagnózu splnily to byla pouze 1 z 10 žen. Toto zjištění nám poskytuje důvod ke zvažování, zda nemohlo dojít také ke zkreslení mapovaných symptomů traumatu ve smyslu neuvedení všech symptomů, které ženy prožívaly ve fázi před zpracováním prožitého traumatu či jejich podhodnocení.

Vzhledem k tomu, že bylo využito nepravděpodobnostních metod výběru vzorku a výzkumný soubor byl poměrně malý, není možné získané informace zobecňovat na celou populaci. Je možné, že vybrané ženy se odlišovaly od běžné populace v široké škále osobnostních charakteristik už proto, že se do výzkumu přihlásily samy. V souboru bylo také zastoupeno jen málo žen, které prodělaly císařský řez, a pouze jedna žena, která přišla o dítě. Malé zastoupení měly také ženy, jejichž těhotenství bylo rizikové a komplikované již před porodem. Domníváme se proto, že nedošlo k plné saturaci dat a v případě rozšíření výzkumného souboru o další respondentky by byly výsledky mírně odlišné.

Zkreslení mohlo také vzniknout vlivem prostředí, ve kterém probíhaly rozhovory. Většina rozhovorů probíhala buď v kavárnách, anebo v domácnostech respondentek za přítomnosti dětí. Můžeme uvažovat, zda nedošlo k opomenutí některých důležitých faktů vlivem nedostatečné pozornosti věnované rozhovoru, nebo naopak zveličení některých projevů. V případě osobních rozhovorů bylo sice o jednotlivých symptomech a dalších detailech s respondentkami důkladně hovořeno, vždy však jen do té míry, která byla pro respondentku přijatelná. Snahou bylo vyvarovat se znovuprožívání pocitů, které ženu zaplavovaly v průběhu porodu. Respondentkám byl poskytnut dostatek času, přizpůsobeno tempo rozhovoru a po ukončení rozhovoru byl s dotazovanými veden rozhovor s důrazem na dodržování zásad debriefingu a v případě potřeby s prvky krizové intervence. Ženy měly možnost otevřeně hovořit o čem potřebovaly, o tom, co v nich rozhovor vyvolával a v jakém rozpoložení jsou nyní ve vztahu k prožitému traumatu. V případě písemných odpovědí však nemohlo dojít k této snaze o korekci. Otázkou je také, zda volba výběru symptomů ze seznamu byla vhodná a nezpůsobila to, že ženy uvedly více projevů, než skutečně prožívaly, případně neuvedly i některé projevy, které byly v jejich prožívání jen mírné či zanedbatelné. V opačném případě, při nevyužití seznamu, by však mohlo dojít k opačné situaci, tedy zapomenutí některých projevů.

V budoucnu by bylo možné rozšířit tuto práci o větší soubor žen, doplnit kvantitativní pojetí, které by umožnilo posoudit statistickou významnost některých zjištění. Zajímavá by byla také longitudinální studie, která by poskytla příležitost sledovat život ženy v průběhu těhotenství, při porodu a sledovat také následnou poporodní péči a zejména pak poporodní období. V případě souboru jak žen trpících PTSD, tak žen bez těchto potíží by tak bylo možné porovnat obě populace.

Domnívám se však, že tato práce může být i přes své nedokonalosti přínosným materiálem jak pro ženy, které prožívají následky traumatického porodu, tak pro širokou veřejnost, která o problematice nemá dostatečné povědomí, ale také například pro odborníky z řad psychologů, kteří se s ženami v podobné situaci zatím nesetkali.

Na závěr je třeba si však uvědomit, že porod nemusí být jen nepříjemným a traumatizujícím životním milníkem a že pro většinu žen je radostnou událostí, na jejímž konci je šťastná matka a zdravé dítě. Vždy se jedná o souhrn okolností, náročnosti probíhajícího porodu, komplikací, individuality každé ženy a profesionality, ale také lidskosti personálu.

10 Závěry

Prožívání symptomů traumatu po náročném porodu je pro ženy, které jimi trpí, zátěžovou zkouškou v tom nejméně vhodném období. V období, kdy je nezbytné, aby žena byla silná a vyrovnaná, neboť je potřeba, aby veškerou svou energii a pozornost vynakládala na péči o narozené dítě.

Z výzkumu vyplynula tato zjištění:

- Jakýkoliv porod může být vnímán jako traumatizující, záleží na souhrě okolností porodu, individuálních vlastnostech ženy a sociální interakci s personálem.
- Nejčastěji uváděným typem traumatizujícího porodu je spontánní vaginální porod vedený lékařem.
- S rozvinutím traumatu úzce souvisí množství lékařských zákroků užitých k moderaci porodu. Nejhůře ženami vnímané jsou ty zásahy, které úzce souvisí s narušením fyzické integrity, například nástřih hráze nebo tlačení na břicho. Nejhojněji užívaným a negativně hodnoceným zákrokem je aplikace medikamentů.
- Na rozvoji traumatu se podílí také mezilidská interakce a komunikace personálu a ženy jak v průběhu porodu, tak při hospitalizaci na oddělení šestinedělí a dále pak užívání rutinních postupů v péči o ženu a dítě.
- Nejvíce negativně je ženami přijímáno narušení kontaktu s novorozeným dítětem, nucená separace a rutinní ošetřování dítěte bez přítomnosti matky a s tím související také nedostatečná podpora kojení. Vše poté vyhrcoje komunikace v některých porodnicích, která je dle dotázaných žen nedostatečně empatická a podporující, a naopak působí na ženy ponižujícím dojmem. Ženám chybí také více příležitostí spolupodílet se na rozhodování o průběhu porodu.
- V průběhu porodu ženy pociťují ztrátu kontroly nad situací, strach a zoufalství, cítí se poníženy, jako přítěž pro personál a výjimečně se objevují pocity znásilnění a následná rezignace.
- Po prožití traumatického porodu se nejčastěji objevuje znovuprožívání události porodu v myšlenkách, ve snech a formou flashbacků. Toto znovuprožívání působí také narušení spánku. Emoční prožívání je ovlivněno směrem ke zvýšené úzkostnosti, ale objevují se také návaly hněvu, častý pláč, podrážděnost, apatie, deprese a mohou se vyskytnout až sebevražedné myšlenky. Výrazně narušen je vztah k dítěti. Dalšími častými symptomy jsou vyhýbání se prostředí gynekologie

a porodnice, narušení vztahu k sobě samé, poruchy sexuálního života a ovlivněny mohou být také kognitivní funkce, zejména pozornost a paměť.

- Ze zjištěných informací nelze jednoznačně stanovit běžnou či průměrnou délku trvání symptomů. Délka trvání traumatu je individuální.
- Přibližně 1 ze 3 žen, které se cítí traumatizované, také splňuje diagnostická kritéria pro diagnózu F43.1 Posttraumatická stresová porucha dle MKN-10. U ostatních se vyskytují pouze některé symptomy, ale kritéria pro diagnózu nejsou naplněna.
- Při zpracování traumatu vynakládají ženy energii zejména na přípravu k druhému porodu ve snaze prožít jej jinak a lépe než předchozí porod, získávají informace z rozličných zdrojů, dále vyhledávají odbornou pomoc ve formě psychoterapie, komunikují o svém problému s blízkými a ve výjimečných případech se přiklání k alternativním metodám a terapiím.

Souhrn

Magisterská diplomová práce se soustředí na poporodní trauma z pohledu žen, které si připadají traumatizované, a pokouší se posoudit, zda prožitky žen naplňují kritéria pro přidělení diagnózy Posttraumatická stresová porucha dle diagnostického manuálu MKN-10.

V úvodu práce je teoreticky ukotven fyziologický porod a krátce jsou vymezeny také možnosti předčasného porodu a překotného porodu, které s sebou nesou zvýšená rizika pro matku i dítě. Přiblížen je také císařský řez jako varianta operativní formy vybavení plodu. Není opomenut ani potrat, který může být pro ženu výrazným stresorem. Pozornost je však soustředěna zejména na psychologické faktory související s porodem a vliv psychického stavu na průběh porodu.

Porod, ať již vaginální, či v podobě císařského řezu, spontánní, či vyvolávaný, je pro ženu velmi psychicky i fyzicky náročným aktem, při kterém se žena dostává na pokraj svých sil, setkává se se smrtelností a dochází u ní k přerodu z ženy na matku. Přestože většina žen porod i přes jeho náročnost a bolestivost zvládne bez větších obtíží a po něm prožívá radostné chvíle s miminkem, malá skupina žen toto štěstí nemá a poporodní období se pro ně může proměnit v očistec následkem prožitého traumatu při porodu. Otázkou je, zda se u nich jedná skutečně o posttraumatickou stresovou poruchu, nebo by bylo možné tyto projevy označit nálepkou jiné diagnózy běžně užívané při posuzování reakcí na stres.

Porod je však současně přechodovým obdobím, které může v ženě vyvolat kontroverzní pocity, se kterými se neumí sama vyrovnat, běžně užívané copingové strategie nefungují a vyvrcholení se projeví psychickou krizí z důvodu narušení psychické rovnováhy.

Je však třeba rozlišovat, zda se jedná o trauma, či krizi. Krize může nastat z různých důvodů, jelikož příčina krize je definována subjektem na rozdíl od traumatu, které je definováno proběhlou situací. V případě porodu však toto rozlišení není zcela jednoznačné, ženy totiž hodnotí porod jako traumatizující, ale pokud bychom vycházeli pouze z diagnostického manuálu MKN-10, mohli bychom trauma zavrhnout úplně. Faktem však zůstává, že ve státech, kde je užíván manuál DSM-5, tyto nesrovnalosti nejsou možné, neboť definice traumatizující události je v těchto manuálech odlišná. Pro kompletní posouzení situace je významné zohlednit působící rizikové faktory, které ovlivňují ženu již před porodem, v průběhu těhotenství a při porodu samotném.

V zahraničí probíhá řada výzkumů soustředujících se na projevy poporodního traumatu a mapující rizikové faktory na straně žen. Menší množství výzkumů však mapuje, co vnímají jako působící a příčinné stresory právě dotčené ženy a jak se s traumatem vyrovnávají.

Z toho důvodu se tato práce pokouší s využitím kvalitativního přístupu zmapovat prožívání žen již od počátku, tedy od porodu, u kterého se soustředí na jeho vnímání samotnou ženou, na pocity, které ženy vnímaly, provedené zákroky a hodnocení jejich nepříjemností z pohledu ženy, ale také na hodnocení situací a sociálních interakcí, které v průběhu porodu, nebo krátce po něm, při hospitalizaci nastaly. Dále bylo zjišťováno, co ženy po absolvování traumatizujícího porodu prožívaly a jak dlouho tyto projevy přetrvávaly. Zkoumány byly také způsoby, jaké ženy volí při snahách vyrovnat se s následky prožitého traumatu.

Výzkumy ukázaly, že za traumatický mohou ženy považovat prakticky jakýkoliv typ porodu, přestože nejčastěji uváděn byl lékařsky vedený spontánní vaginální porod. Dále z výzkumu vyplynulo, že ani jeden z porodů neproběhl bez zásahů.

Provedené zásahy jsou ženami často negativně hodnoceny a nejčastěji uváděným zásahem do porodu je podávání léků bez ohledu na formu jejich aplikace. Nejhuře hodnocenými byly nástřihy a tlačení na břicho, při kterých dochází k fyzickému zásahu do těla rodící ženy. Nástřih je současně znehodnocením v místech, které jsou pro ženu velmi citlivou oblastí a následné hojení je často dlouhé a velmi nepříjemné.

Negativní hodnocení se však objevilo i při posuzování proběhlých situací. Nejhorší byla dle výpovědí žen nucená separace od narozeného dítěte, která začala v řadě případů ihned po porodu v podobě odnášení dítěte pro ošetření, a neumožnění bondingu. Následná separace pak trvala v rádech hodin. V souvislosti s péčí o dítě, ženy kritizovaly také nedostatečnou podporu kojení. A výrazně negativně ženy popisovaly špatnou úroveň komunikace, projevy urážení a ponižování a nedostatek empatie a podporujícího jednání.

V poporodním období dochází k rozvoji symptomů PTSD, kterému dominují vtíravé myšlenky s tematikou prožitého porodu, flashbaky a znovuprožívání porodu se odehrává i ve snech. Narušeno je také emoční prožívání, ve kterém je nejvíce patrná zvýšená úzkostnost, návaly hněvu, častý pláč, podrážděnost, ale objevuje se naopak i apatie, deprese a výjimečně se mohou vyskytnout i sebevražedné myšlenky. Nelze jednoznačně konstatovat, jak dlouhé je běžné trvání jednotlivých symptomů, ani za jak dlouho dojde ke zlepšení stavu. Nicméně se ukázalo, že přibližně jedna ze tří žen, které se cítí jako traumatizované, skutečně

naplňuje diagnostická kritéria pro diagnózu F43.1 – Posttraumatická stresová porucha dle MKN-10.

Poslední zkoumanou oblastí tohoto výzkumu byl postup, jakým ženy pracují na vyléčení traumatu a s ním spojených příznaků. Bylo zjištěno, že nejvíce žen volí prevenci ve smyslu důkladné přípravy na případný další porod v podobě studia informací, přípravy porodního plánu, zajištění vlastní porodní asistentky či duly nebo výběru alternativnější porodnice. Některé z žen se dokonce rozhodnou zůstat při dalším porodu doma. Další způsoby práce na vyléčení jsou návštěva psychologa či psychiatra, sdílení porodu s blízkými osobami a mezi sporadicky volenými metodami se nachází různé alternativní způsoby jako kineziologie, kraniosakrální terapie a další způsoby.

Veškerá zjištění jsou detailně rozepsána v příslušných kapitolách této práce, byly zodpovězeny stanovené výzkumné otázky a proběhla diskuze o výsledcích výzkumu, jeho přínosech, ale také nedostacích a možných dalších cílech pro rozvoj a doplnění provedeného výzkumu.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Alcorn, K. L., Donovan, A. O., Patrick, J. C., Creed, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849-1859.

doi:10.1017/S0033291709992224

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.

American Psychiatric Association (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Ayers, S., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 200-204. doi: 10.1016/j.jad.2009.02.029

Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K., Slade, P., & Wijma, K. (2008). Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29 (4), 240-250. doi:10.1080/01674820802034631

Ayers, S., & Pickering, A.D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28 (2), 111-118. doi: 10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x

Bailham, D., & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, 8(2), 159-168. doi:10.1080/1354850031000087537

Ballard, C. G., Stanley, A. K., & Brockington, I. F. (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 166(4), 525-528. doi: 10.1192/bjp.166.4.525

Baštecká, B., Hlaváčková, D., Kavan, Š., Mika O. J., Sotolářová, M., & Vymětal, Š. (2005). *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing.

Beck, Ch. T. (2004). Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth. *Nursing Research*, 53 (4), 216-224.

Betrán, A. P., Merialdi, M., Lauer, J. A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Look, P. V., & Wagner, M. (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21, 98-113. doi: 10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x

Bradley, R., Slade, P., & Levinston, A. (2008). Low rates of PTSD in men attending childbirth: A preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 295-302. doi:10.1348/014466508X279495

Breakwell, G. M. (Ed.). (2008). *Doing Social Psychology Research*. New York: John Wiley & Sons.

Brewin, C. R., Andrews, J., & Valentine, D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748-766. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748

Caplan, G. (1970). *Duševné zdravie v rodine a spoločnosti*. Bratislava: Slovenská akadémia vied.

Celušáková, H., & Kopčíková, M. (nedat). *Co potrebuje čerstvá matka – význam podpory počas pôrodu a šestonedelia a dôsledky jeho absencie na rodičovské kompetencie matiek* [Prezentace]. Získáno 19. listopadu 2018 z http://www.neonatologickasestra.sk/docs/pp2014/34_Co_potrebuje_cerstva_matka_Celuskova_PP2014.pdf

Cimrmanová, T., et al. (2013). *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu*. Praha: Univerzita Karlova.

Comer, R. J. (2004). *Abnormal psychology*. New York: Worth Publishers.

Creedy, D. K., Shocket, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms; Incidence and contributing factors. *Birth*, 27, 104-111.

Crossley, M. L. (2007). Childbirth, Complications and the Illusion of „Choice“: A Case Study. *Feminism & Psychology*, 17(4), 543–563. doi:10.1177/0959353507083103

Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35–51.

Čechová, V., Mellanová, A., & Rozsypalová, M. (1997). *Speciální psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Český statistický úřad (2017). *Demografická ročenka České republiky*. Praha: Český statistický úřad. Získáno 16. ledna 2019 z

<https://www.czso.cz/documents/10180/45948556/13006717.pdf/051ae5ad-a926-476b-8813-d42ca54879ce?version=1.2>

Davis, J. P. (2010). Midwives and normalcy in childbirth: A phenomenologic concept development study. *Journal Midwifery Woman's Health*, 55, 206-215.

Denis, A., Parant, O., & Callahan, S. (2011). Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 29(2), 125-135. doi:10.1080/02646838.2010.513048

Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past: A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 2014, 30(2), 185-193. doi:10.1016/j.midw.2013.12.004

Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., & Hauck, Y. (2009). Pre and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 667-677. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x

Flores, V. (2018). Fear versus Trust: The Impact of Fear on Birth Experience and Maternal Outcomes. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 32(3), 220-241.

Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. (1996): *Oxford textbook of psychiatry*. Third edition. Oxford: Oxford University Press.

Goutaudier, N., Séjourné, N., Rousset, C., Lami, C., & Chabrol, H. (2012). Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(4), 352-362.

- Grekin, R., & O'Hara, M.W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(5), 389-401. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.003
- Haines, H., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hilndingsson, I. (2012). Womens' attitudes and beliefs of childbirth and association with birth preference: a comparison of a Swedish and an Australian sample in mid-pregnancy. *Midwifery*, 28(6). doi: 10.1016/j.midw.2011.09.011
- Hanuš, P., & Hellebrandová, K. (nedat.). *Krizová intervence*. Získáno 29. prosince z www.viod.cz/editor/assets/download/publikace/krizovka.pdf
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hašto, J., & Vojtová, H. (2012). *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociální aspekty EMDR a autogenný trénink při pretrvávajícím ohrožení*, Olomouc: Univerzita Palackého.
- Hájek, Z., Čech, E., Maršál, K. et al. (2014). *Porodnictví*. Praha: Grada publishing.
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Holcner, T. (nedat.). *Co je to psychická krize a jak ji zvládat*. Získáno 28. prosince 2018 z <https://psycholog-holcner.cz/psychicka-krize>
- Chmel, R. (2008). *Otázky a odpovědi o porodu*. Praha: Grada publishing.
- Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 520-530. doi:10.1016/j.janxdis.2010.12.006
- Joseph, D. (2012). *PTSD's effect on female veterans studied*. Získáno 31. prosince 2018 z <https://www.sfgate.com/health/article/PTSD-s-effect-on-female-veterans-studied-4091178.php#item-85307-tbla-3>
- Jouhki, M.R. (2011). Choosing homebirth – The Women's perspective. *Women and birth*, 25, 56-61.
- Kastová, V. (2000). *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál.

Keedle, H., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. G. (2015). Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. *Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 15:206. doi: 10.1186/s12884-015-0639-4

Kliment, P. (2002). *Speciální psychopatologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Kobilková, J., Jirásek, J. E., Martan, A., Mašata, J., & Živný, J. (2005). *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén.

Konšelová, K. (2017). *Změny vztahu mezi ženou a mužem v závislosti na plánovaném domácím porodu, motivace pro volbu domácího porodu a předporodní příprava*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci.

Korábová, I. (2015). *Posttraumatická stresová porucha po porodu*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Masarykova univerzita Brno. Získáno 17. ledna 2019 z https://is.muni.cz/th/mmi4t/Konecny_text_Iva_Korabova.pdf

Korábová, I., & Masopustová, Z. (2016). Posttraumatická stresová porucha po porodu. *Česká gynekologie*, 81(1), 14-19. Získáno 17. ledna 2019 z https://www.researchgate.net/publication/298739522_Post-traumatic_stress_disorder_after_childbirth

Kryl, M. (2002). Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 2002(1), 31-34.

Křepelka, P. (2008). Císařský řez – Historie, současnost a chirurgický minimalismus. *Sanquis*, 57, 84-87.

Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Kukulková, R. (2016). *Kristellerova exprese z pohledu porodní asistentky*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Palackého Olomouc. Získáno 11. listopadu 2019 z https://theses.cz/id/bncf8p/Romana_Kukulkov_Kristellerova_exprese_z_pohledu_porodn_as.PDF

Kurucová, A. (2008). *První pomoc – Pracovní sešit pro studenty SZŠ a zdravotnických lyceí*. Praha: Grada publishing.

- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada publishing.
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Reviews of Psychology*, 44, 1-22.
- Látalová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Ocisková, M., & Praško, J. P. (2015). Poruchy přizpůsobení. *Medicína pro praxi*, 12(4), 184-188.
- Lečbych, M. (nedat). *Krizová intervence*. Získáno 29. prosince 2018 z www.psychologie.lecbych.cz/index.php/krizova-intervence
- Lovejoy, M. Ch., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561–592. doi:10.1016/S0272-7358(98)00100-7
- Lunda, P., Minnie, C. S., & Benadé, P. (2018). Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 167. doi: 10.1186/s12884-018-1755-8
- Lyons, S. (1998). A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2–3), 91–105. doi:10.1080/02646839808404562
- Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric or gynecological procedures. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 221-228.
- Merhi, Z. O., & Awonuga, A.O. (2005). The role of uterine fundal pressure in the management of the second stage of labor: a reappraisal. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 60(9):599-603. doi: 10.1097/01.ogx.0000175804.68946.ac
- Milan, M. (2003). Childbirth as healing: three woman's experiences of independent midwife care. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 9(3), 140-146. doi: 10.1016/S1353-6117(03)00038-6
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2019). *V roce 2018 klesl počet předčasných porodů a císařských řezů, ukázala data ze všech porodnic v ČR*. Získáno 8. listopadu 2019 z https://www.mzcr.cz/dokumenty/v%C2%A0roce-2018-klesl-pocet-predcasnych-porodu-a-cisarskych-rezuukazala-data-ze-vs_17429_1.html

- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mlčák, Z. (2005). *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Mrowetz, M. (2013). *Posttraumatická stresová porucha (PTSD) po porodu – diagnostika a terapie*. PSYCHIATRIA-PSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA, 20(1), 59-64.
Získáno 6. února 2019 z <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2013/ppp1-2013-cla22.pdf>
- Mylle, J., & Maes, M. (2004). Partial posttraumatic stress disorder revisited. *Journal of affective disorders*, 78(1), 37-48. doi: 10.1016/s0165-0327(02)00218-5
- Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Nemocnice Na Bulovce (nedat.). *Centrum porodní asistence*. Získáno 9. října 2019 z <http://bulovka.cz/kliniky-a-oddeleni/centrum-porodni-asistence/>
- Olde, E., O. van der Hart., R. Kleber, & M. van Son. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26 (1), 1-16.
doi:10.1016/j.cpr.2005.07.002
- Oltmanns, T. F., & Emery, R. E.(2004). *Abnormal Psychology*. New Jersey: Pearson Education.
- Pařízek, A. (2015). *Kniha o těhotenství a dítěti*. Praha: Galén.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Peška, I. (2004). Jak můžeme pomoci lidem v psychické krizi. *Interní medicína pro praxi*, 3, 140-143.
- Petr, T., Marková, E., Akrmannová, J., Běhounek, J., Fišarová, Z., Hodková, I., ..., Votavová, J. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing.
- Polachek, I.S., Dulitzky, M, Margolis-Dorfman, L., & Simchen, M. J. (2015). A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 483-490.

- Praško, J., Hájek, T., Pašková, B., Preiss, M., Šlepecký M., & Záleský, R. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám*. Praha: Portál.
- Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2001). Posttraumatické stresové poruchy – I. Díl. Klinický obraz a etiologie. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 157-160.
- Reynolds, L. J. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal*, 156(6), 831-835.
- Roberts, A. R. (1970). Procedures used in crisis intervention by suicide prevention agencies. *Public Health Reports*, 85(8), 691-698.
- Roberts, A. R. (2000). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research*. New York: Oxford University Press.
- Röhr, H. P. (2014). *Zneužití: léčba následků sexuálního či emocionálního násilí*. Praha: Portál.
- Rušavý, Z., Kališ, V., Landsmanová, J., Kašová, L., Karbanová, J., Dolejšová, K., ... Novotný, Z. (2011). Perineální audit: důvody pro více než 1000 epiziotomií. *Česká gynekologie*, 76(5), 378-385.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(9), 856–861. doi:10.3109/00016349709024365.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (2000). Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1), 33-39. doi:10.1080/02646830050001663
- Ryntová, L., & Wallerová, R. (Eds.). (2002). *Sborník textů z konference Přivádíme děti na svět*. Praha: Aperió.
- Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. et al. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Říčan, P. (2014). *Cesta životem*. Praha: Portál.

Saxlová, J. (2016). *K postupu lege artis při poskytování zdravotních služeb*. Získáno 6. února 2019 z <https://www.epravo.cz/top/clanky/k-postupu-lege-artis-pri-poskytovani-zdravotnich-sluzeb-102397.html>

Sedlická, N. (2012). *Jak vzniká porodní trauma a jak ho ženy, které jím prošly, zpracovávají*. (Nepublikovaná magisterská práce). Masarykova univerzita Brno. Získáno 22. ledna 2019 z https://is.muni.cz/th/y9qd2/POR.TRAUMA_SEDLICKA_DIPLOMOVA_PRACE_2012.pdf

Selye, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava: Obzor.

Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29, 203-207. doi: 10.1016/j.wombi.2015.10.009

Skari, H., Skreden, M., Malt, U. F., Dalholt, M., Ostensen, A. B., Egeland, T., & Emblem, R. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth—a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(10), 1154-1163. doi:10.1111/j.1471-0528.2002.00468.x

Sleep, J., Grant, A. M., Garcia, J., Elbourne, D. R., Spencer, J. A. D., & Chalmers, I. (1984). West Berkshire perineal management trial. *British Medical Journal*, 289, 587-590.

Smith, J. A., Flower, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.

Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 30(1), 36–46. doi:10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x

Söderquist, J., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 27(2), 113–119.

Stillerman, E. (2009). The Truth About PITOCIN. *Pathways to Family Wellness*, 22(2). Získáno 6. února 2019 z <http://pathwaystofamilywellness.org/Pregnancy-Birth/the-truth-about-pitocin.html>

Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.

Světová zdravotnická organizace. (1999). *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. Ženeva: Odbor reprodukčního zdraví a výzkumu. Získáno 12. listopadu 2018 z http://aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf

Špatenková, N., Sobotková, I., Sýkorová, D., Příhodová, A., & Dopita, M. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing.

Špatenková, N. (2015). *Krizová intervence. Studijní opora pro účastníky výcviku komplexní krizové intervence v pomáhajících profesích*. [PDF dokument]. Olomouc: Moravští lektori.

Špatenková, N., Dohnal, D., Dohnalová, S., Ivanová, K., Klen, Š., Možíšová, A., ... Veselský, P. (2017). *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada Publishing.

Štrobl, D. *Psychosociální důsledky moderní války*. (Nepublikovaná magisterská práce). Univerzita Karlova Praha. Získáno 17. listopadu z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/353/>

Švarc, J. (2003). Principy krizové intervence. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 277-279.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2017). *Rodička a novorozenec 2014-2015*. Získáno 12. listopadu 2018 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>.

Ústavní soud. (2016). *Přítomnost otce u porodu sama o sobě nemůže být zatížena „poplatkovou povinností“*. Získáno 16. listopadu 2019 z <https://www.usoud.cz/aktualne/pritomnost-otce-u-porodu-sama-o-sobe-nemuze-byt-zatizena-poplatkovou-povinnosti/>

- Van Parys, A.S., Ryding, E.L., Schei, B., Lukasse, M., Temmerman, M. (2012). Fear of childbirth and mode of delivery in six European countries: The BIDENS study. In *22nd European congress of Obstetrics and Gynaecology*. Získáno 4. listopadu 2019 z <https://biblio.ugent.be/publication/3240073/file/3260113.pdf>.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Drista, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 257-263. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.07.010.
- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál.
- Vodáčková, D., et al. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Vodáčková, D. (2007). *Krize v životě člověka*. Praha: Portál.
- Vossbeck-Elsebusch, A.N., Freisfeld, C., & Ehring, T. (2014). Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*, 14(1), 200. doi:10.1186/1471-244X-14-200
- Votava, F., Adam, T., Honzík, T., Macek, M., Holubová, A., Vinohradská, H., ... Kutarňa, A. (nedat). *Dotazníková studie: Informovanost laické veřejnosti o novorozeneckém screeningu*. Získáno 5. února 2019 z <https://www.novorozeneckyscreening.cz/dotaznikova-studie--informovanost-laicke>
- Vymětal, J. (1995). *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Wang, M., Song, Q., Xu, J., Hu, Z., Gong, Y., Lee, A. C., & Chen, Q. (2018). Continuous support during labour in childbirth: A Cross-Sectional study in a university teaching hospital in Shanghai, China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). doi: 10.1186/s12884-018-2119-0
- Weiner, I. B. (2003). *Handbook of psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/0471264385

Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), p. 587–597. doi:10.1016/S0887-6185(97)00041-8

World Health Organization (2000). *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum.

World Health Organization (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce

Název práce: Poporodní trauma – diagnóza, nebo krize?

Autor práce: Bc. Kristýna Konšelová

Vedoucí práce: PhDr. Tereza Lubasová

Počet stran a znaků: 94 (182 748)

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 123

Abstrakt (800-1200 zn.): Diplomová práce se zabývá poporodním traumatem s cílem zmapovat, jak jej ženy prožívají a jaké jsou jeho možné příčiny, popsat prožívané symptomy, délku jejich trvání, způsoby vyrovnávání se s traumatem a posoudit, zda prožívané projevy naplňují kritéria diagnózy F43.1 (Posttraumatická stresová porucha) dle MKN-10. Ve výzkumu bylo využito kvalitativního přístupu, konkrétně vícečetné případové studie. Výzkumný soubor tvořilo 27 respondentek. Metodami výběru výzkumného vzorku byly samovýběr a metoda sněhové koule. Pro tvorbu dat bylo využito semistrukturovaných rozhovorů a dotazníků vlastní tvorby. Analýza dat byla provedena pomocí Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Hlavním zjištěním je, že přibližně 1 ze 3 žen, které se vnímají jako traumatizované, naplňuje diagnostická kritéria PTSD. Nejčastějším typem traumatizujícího porodu je spontánní vaginální porod vedený lékařem. Nejčastěji uváděným stresorem je aplikace medikamentů. V poporodním období se nejvýrazněji projevuje znovuprožívání události porodu. Běžnou délkou trvání symptomů traumatu se nepodařilo ze získaných dat stanovit. Nejčastějším způsobem práce s traumatem je příprava na další porod ve snaze prožít jej lépe.

Klíčová slova: porod, poporodní trauma, posttraumatická stresová porucha, PTST

Abstract of thesis

Title of the thesis: Postpartum Trauma – Diagnosis or Crisis?

Author: Bc. Kristýna Konšelová

Supervisor: PhDr. Tereza Lubasová

Number of pages and characters: 94 (182 748)

Number of appendices: 6

Number of sources used: 123

Abstract (800-1200 char.): The thesis is focused on postpartum trauma, with the aim to describe the experiences of postpartum trauma, its symptoms, the duration of these symptoms, to identify its possible causes and to assess whether the symptoms of postpartum trauma meet the criteria of diagnosis F43.1 (PTSD) according to ICD-10. The qualitative approach, specifically multiple-case study, was used in the research. The research sample consisted of 27 respondents. The sampling methods include self-selection and snowball sampling. Data was formed using semi-structured interviews and custom questionnaires. Data was analysed using IPA method. The main findings are that approximately 1 of 3 women, who see themselves as traumatized, meet the diagnostic criteria of PTSD. The most common type of traumatic delivery is spontaneous vaginal delivery conducted by a physician. The most frequent mentioned stressor is an application of drugs. The most experienced symptom in postpartum period is re-experiencing the delivery. The common duration of trauma symptoms could not be determined from the collected data. The most common way to deal with trauma is preparation for the next birth to experience it better.

Key words: childbirth, postpartum trauma, Posttraumatic stress disorder, PTSD

Příloha č. 2: Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu, který je součástí magisterské diplomové práce Bc. Kristýny Konšelové na téma „Poporodní trauma – diagnóza, nebo krize“.

Prohlašuji, že souhlasím s účastí ve výše zmíněném výzkumu věnovaném zkoumání porodu a souvisejícího subjektivně prožívaného poporodního traumatu a že má účast je zcela dobrovolná. Zároveň prohlašuji, že jsem měla možnost vše v klidu a dostatečném čase zvážit.

Byla jsem poučena o tom, že všechny získané údaje jsou zcela anonymní, že s nimi bude nakládáno podle Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) a budou použity pouze pro cíle dané studie. Veškerá data budou anonymizována a uchována v elektronické podobě po dobu nezbytně nutnou pro vypracování diplomové práce. Data budou uchována v zaheslované složce v soukromém notebooku chráněném přístupovým heslem. Veškeré písemné dokumenty budou digitalizovány a následně skartovány. K získaným datům bude mít přístup pouze vedoucí výzkumu Bc. Kristýna Konšelová a vedoucí diplomové práce PhDr. Tereza Lubasová. Po ukončení výzkumu budou data nevratně smazána a zachovány budou pouze statistické výsledky výzkumu.

Souhlasím také s nahráváním našeho společného rozhovoru, s jeho analýzou a následnou prací se získanými údaji v anonymní podobě. Zároveň rozumím tomu, že pokud nebudu chtít odpovídat na obtížnou či nějak pro mě citlivou otázku, mohu svou odpověď odmítnout.

Porozuměla jsem tomu, že z výzkumu mohu kdykoliv bez udání důvodu odstoupit a mé výsledky tak nebudou použity.

V případě jakýchkoliv dotazů či připomínek se mohu bez váhání obrátit na výzkumnici na jejím telefonním čísle: xxx xxx xxx nebo na e-mailové adrese: konselovakristyna@gmail.com, kde mi budou veškeré dotazy zodpovězeny. Pokud budu mít zájem o závěry diplomové práce, budou mi poskytnuty.

Datum: _____

Podpis: _____

Příloha č. 3: Polostrukturovaný rozhovor

Nyní se zaměříme tedy už na samotný porod, který Vy sama vnímáte a hodnotíte jako traumatizující. Pokuste se prosím odpovídat upřímně a detailně. Každý detail je podstatný.

- 1. Popište prosím, jak probíhal porod, který subjektivně vnímáte jako traumatizující.**
 - Porodní příběh? pokud ho má a chce, může jej doložit / zaslat ...
- 2. Jak jste se v průběhu tohoto porodu cítila (zejména psychicky, ale i fyzicky)?**
- 3. Které situace v průběhu porodu pro Vás byly nejvíce stresující?**
 - Kdybyste tyto situace mohla seřadit od nejméně stresující po nejvíce, jaké by bylo pořadí?
 - Proč jste situace seřadila takto?
- 4. V dotazníku jste tento ... zákrok označila, že Vám byl proveden, a hodnotíte jej na škále číslem ... Co to znamená?**
- 5. Byl u porodu přítomen Váš partner?**
 - Pokud ano – Jak na Vás jeho přítomnost působila?
 - Jaká byla role partnera u porodu?
- 6. Popište období (i delší než šestinedělí) následující po prožití traumatického porodu.**
 - Co jste prožívala?
 - Jaké pocity jste pociťovala?
 - Jaké myšlenky se Vám honily hlavou?
 - Jak jste zvládala běžné každodenní fungování?
- 7. V dotazníku jste označila, že se u Vás vyskytovaly tyto ... projevy, které z nich byly nejvýraznější?**
 - Do jaké míry tyto projevy ovlivňovaly vaše každodenní fungování?
 - Jak dlouho jednotlivé projevy trvaly?
- 8. Ovlivnil tento Váš porod nějak sexuální život s partnerem?**
 - Pokud ano – Jak?
- 9. Ovlivnil tento Váš porod nějak plánování dalšího potomka?**
 - Pokud ano – Jak?
- 10. Co jste dělala pro to, abyste se s traumatem vyrovnala? Jaké strategie jste pro jeho zvládnutí volila?**

11. Jak dlouho trvalo, než jste se s traumatem vyrovnala?

12. Myslíte, že máte toto trauma již nyní zpracováno, nebo ne? Jak se nyní ve vztahu k porodu, o kterém jsme nyní hovořily, cítíte?

Příloha č. 4: Formulář pro ženy k osobnímu rozhovoru

DOTAZNÍK PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU

Věk (uved'te číslem): _____

Nejvyšší dosažené vzdělání (zakroužkujte jen jednu z možností):

- ZŠ
- SŠ (učiliště) bez maturity
- SŠ s maturitou
- VŠ

Počet dětí (uved'te prosím počet vašich biologických potomků): _____

Typy jednotlivých porodů (Prosím označte křížkem jeden typ u každého porodu, který jste prodělala. V případě, že Váš porod nespadá do žádné z uvedených kategorií, uveďte v kolonce „Jiné“ typ vašeho porodu. Pokud jste prodělala více porodů, uveďte typy dalších porodů níže pod tabulkou.):

	1. porod	2. porod	3. porod	4. porod	5. porod
Lékařsky vedený vaginální porod v porodnici					
Vaginální porod v porodnici vedený porodní asistentkou					
Plánovaný císařský řez					
Akutní (neplánovaný) císařský řez					
Porod spontánně se rozbíhající, ukončený akutním císařským řezem					
Plánovaný domácí porod					
Plánovaný domácí porod ukončený vaginálním porodem v porodnici					
Plánovaný domácí porod ukončený císařským řezem v porodnici					
Porod mimo zdravotnické zařízení (neplánovaný)					
Překotný porod mimo zdravotnické zařízení, bez následné hospitalizace					
Překotný porod mimo zdravotnické zařízení s následnou hospitalizací					
Jiné – uveďte:					

Další porody (v případě, že jste porodila 6 a více dětí, uveďte vždy pořadí porodu a jeho typ):

Věk, ve kterém proběhly jednotlivé porody (prosím uveďte, kolik Vám bylo let v době, kdy jste prodělala jednotlivé porody):

1. porod: _____
2. porod: _____
3. porod: _____
4. porod: _____
5. porod: _____

Věk, ve kterém proběhly další porody (Pokud jste porodila 6 a více dětí, uveďte, kolik Vám bylo let v době jednotlivým porodů. Věk uvádějte ve formátu 6. – 34 let, 7. – 36 let apod.):

Jednalo se pouze o jeden porod, nebo jste prožila více traumatizujících porodů
(zakroužkujte jen jednu možnost, případně doplňte)?

- jen 1 porod
- více (pokud jste prožila více traumatizujících porodů, uveďte kolik): _____

Kdy proběhl/y porod/y, který vnímáte jako traumatizující (uveďte ve formátu den, měsíc, rok)?

Uveďte pořadí traumatizujících porodů (např. 1. – první porod, nebo 1. a 3. porod apod.):

V níže uvedené tabulce prosím označte křížkem v kolonce „Bylo mi provedeno“ zákroky, které Vám byly v průběhu porodu, který vnímáte jako traumatizující, provedeny. Následně u označených zásahů ohodnoťte na škále od 1 do 5, do jaké míry pro Vás byly tyto zásahy traumatizující (1 značí nejméně a 5 nejvíce). Pokud Vám zákrok byl proveden, ale nevnímáte ho jako traumatizující, hodnotící škálu u daného zákroku nevyplňujte.

Pokud jste prožila více traumatizujících porodů, označte zákroky formou např. 1X 2X (což by znamenalo, že tento zákrok Vám byl proveden u obou traumatizujících porodů).

Provedený zásah	Bylo mi provedeno	Vnímala jsem jako traumatizující
Umělé vyvolání porodu		1 2 3 4 5
Amniotomie (umělé propíchnutí vaku blan, „píchnutí vody“)		1 2 3 4 5
Epiziotomie (nástřih hráze)		1 2 3 4 5
Aplikace medikamentů (syntetický oxytocin a další, kapačky)		1 2 3 4 5
Aplikace epidurální analgezie		1 2 3 4 5
Řízené tlačení		1 2 3 4 5
Kristellerova exprese (tlačení loktem na břicho, "skákání na břicho")		1 2 3 4 5
Tahání za placentu, nevyčkání na samovolný porod placenty		1 2 3 4 5

Další provedené zákroky (vyplňte, pokud Vám byl proveden zákrok, který není v tabulce výše):

_____ 1 2 3 4 5
 _____ 1 2 3 4 5
 _____ 1 2 3 4 5

Potýkala jste se v průběhu porodu nebo po něm s některými z níže uvedených situací (zakroužkujte)?

- Nerespektování porodního / dříve vysloveného přání
- Neumožnění bondingu
- Odnášení novorozence po porodu pryč pro ošetření (neošetření na břicho matky či vedle matky)
- Ponižování ze strany personálu v průběhu porodu
- Ponižování ze strany personálu na oddělení šestinedělí
- Chybějící podpora v kojení
- Nepotýkala jsem se s žádnou z uvedených možností
- Separace od dítěte

Období po porodu (Zakroužkujte prosím všechny položky, uvádějící projevy, které jste v období po porodu prožívala, období po porodu může být libovolně dlouhé, nejedná se jen o šestinedělí. Pokud položku označíte, dopište za ni, jak dlouho po porodu se u Vás tyto projevy vyskytovaly).

- Poruchy spánku _____
- Potíže se soustředěním _____
- Potíže s pamětí, včetně výpadků paměti _____
- Nadměrné úlekové reakce _____
- Zvýšená úzkostnost _____
- Deprese _____
- Apatie (lhostejnost, citová netečnost) _____
- Hyperaktivita _____
- Znovuprožívání události porodu v myšlenkách _____
- Znovuprožívání události porodu ve snech _____
- Znovuvybavování si porodu prostřednictvím flashbacků _____
- Narušení vztahu k dítěti _____
- Vyhýbání se prostředí gynekologie, porodnice _____
- Podrážděnost _____
- Návaly hněvu _____
- Obtíže s vybavením si události porodu, zapomenutí detailů _____
- Snížený zájem o koníčky a oblíbené činnosti _____
- Poruchy sebehodnocení _____
- Žádné z těchto projevů jsem u sebe nepozorovala _____
- Pokud jste u sebe pozorovala něco, co v seznamu není uvedeno, vypište:

Příloha č. 5: Dotazník pro písemné odpovědi

Zkušenost s traumatizujícím porodem

Dobrý den, jmenuji se Kristýna Konšelová a jsem studentkou Psychologie na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého.

Jsem ráda, že jste přijala nabídku možnosti podílet se na výzkumu mapujícím subjektivní prožívání poporodního traumatu. Tento dotazník mi pomůže s vypracováním mé diplomové práce.

Dotazník je zcela anonymní. Veškeré informace, které v rámci tohoto dotazníku uvedete, budou využity jen a pouze pro výzkumné účely a nebudou nijak spojovány s Vaší osobou.

V úvodu na Vás čekají položky mapující základní demografické údaje, které budou využity pouze pro účely výzkumu. Dále pak již otázky konkrétně se týkající Vámi prožitého traumatizujícího porodu a následně se zaměříme na období následující po prožitém porodu.

Může se stát, že v průběhu dotazníku Vám budou některé otázky připadat příliš osobní. Pokud by Vám některé otázky byly nepříjemné, máte samozřejmě právo na otázku neodpovídat. Pokud budete cítit, že v dotazníku nechcete dále pokračovat, máte možnost svou účast na výzkumu kdykoli ukončit.

*Povinné pole

1. Věk *

2. Nejvyšší dosažené vzdělání *

Označte jen jednu elipsu.

- ZŠ
- SŠ (učiliště) bez maturity
- SŠ s maturitou
- VŠ

3. Počet dětí *

Uveďte prosím počet Vašich biologických potomků (počet dětí, které jste porodila)

Označte jen jednu elipsu.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- více než 8

4. Typ 1. porodu *

Prosím označte typ u každého porodu, který jste podělala. V případě, že váš porod nespadá do žádné z uvedených kategorií, uveďte v kolonce „Jiné“ typ vašeho porodu.

Označte jen jednu elipsu.

- Lékařsky vedený spontánní vaginální porod v porodnici
- Spontánní vaginální porod v porodnici vedený porodní asistentkou
- Vyvolávaný vaginální porod vedený porodní asistentkou
- Lékařsky vedený vyvolávaný vaginální porod
- Plánovaný císařský řez
- Akutní (neplánovaný) císařský řez
- Porod spontánně se rozbíhající, ukončený akutním císařským řezem
- Plánovaný domácí porod kompletně proběhlý doma
- Plánovaný domácí porod ukončený vaginálním porodem v porodnici
- Plánovaný domácí porod ukončený císařským řezem v porodnici
- Porod mimo zdravotnické zařízení (neplánovaný)
- Překotný porod mimo zdravotnické zařízení, bez následného hospitalizace
- Překotný porod mimo zdravotnické zařízení s následnou hospitalizací
- Jiné: _____

5. Typ 2. porodu

Prosím označte typ u každého porodu, který jste podělala. V případě, že váš porod nespadá do žádné z uvedených kategorií, uveďte v kolonce „Jiné“ typ vašeho porodu.

Označte jen jednu elipsu.

- Lékařsky vedený spontánní vaginální porod v porodnici
- Spontánní vaginální porod v porodnici vedený porodní asistentkou
- Vyvolávaný vaginální porod vedený porodní asistentkou
- Lékařsky vedený vyvolávaný vaginální porod
- Plánovaný císařský řez
- Akutní (neplánovaný) císařský řez
- Porod spontánně se rozbíhající, ukončený akutním císařským řezem
- Plánovaný domácí porod kompletně proběhlý doma
- Plánovaný domácí porod ukončený vaginálním porodem v porodnici
- Plánovaný domácí porod ukončený císařským řezem v porodnici
- Porod mimo zdravotnické zařízení (neplánovaný)
- Překotný porod mimo zdravotnické zařízení, bez následného hospitalizace
- Překotný porod mimo zdravotnické zařízení s následnou hospitalizací
- Jiné: _____

6. Typ 3. porodu

Prosím označte typ u každého porodu, který jste podělala. V případě, že váš porod nespadá do žádné z uvedených kategorií, uveďte v kolonce „Jiné“ typ vašeho porodu.

Označte jen jednu elipsu.

- Lékařsky vedený spontánní vaginální porod v porodnici
- Spontánní vaginální porod v porodnici vedený porodní asistentkou
- Vyvolávaný vaginální porod vedený porodní asistentkou
- Lékařsky vedený vyvolávaný vaginální porod
- Plánovaný císařský řez
- Akutní (neplánovaný) císařský řez
- Porod spontánně se rozbíhající, ukončený akutním císařským řezem
- Plánovaný domácí porod kompletně proběhlý doma
- Plánovaný domácí porod ukončený vaginálním porodem v porodnici
- Plánovaný domácí porod ukončený císařským řezem v porodnici
- Porod mimo zdravotnické zařízení (neplánovaný)
- Překotný porod mimo zdravotnické zařízení, bez následného hospitalizace
- Překotný porod mimo zdravotnické zařízení s následnou hospitalizací
- Jiné: _____

7. Typy dalších porodů

Pokud jste absolvovala více než 3 porody, vypište prosím do kolonky níže typy dalších porodů (například 5. porod - vaginální porod vedený porodní asistentkou v porodnici).

8. Věk, ve kterém proběhly jednotlivé porody *

Prosím uveďte, kolik Vám bylo let, v době, kdy jste prodělala jednotlivé porody. (Příklad: 1. porod - 21 let, 2. porod - 24 let apod.)

Traumatizující porod

V této sekci se blíže zaměříme na porod, který Vy sama vnímáte a hodnotíte jako traumatizující. Prosím pokuste se odpovídat upřímně a detailně. Každý detail je nezbytný pro to, aby se dalo takovým situacím předcházet.

9. Kolik traumatizujících porodů jste prožila? *

V případě, že jste prožila více než jeden traumatizující porod, uveďte do kolonky "jiné" počet těchto porodů.

Označte jen jednu elipsu.

Jen 1

Jiné: _____

10. Kdy proběhl porod, který vnímáte jako traumatizující? *

Prosím, uveďte datum (ve formátu den/měsíc/rok), kdy proběhl porod, který vnímáte jako subjektivně traumatizující. V případě, že jste prožila více traumatizujících porodů uveďte data všech takto vnímaných porodů.

11. Uveďte, kolikátý v pořadí byl tento traumatizující porod (např. první, druhý apod.). *

V případě, že jste prožila více traumatizujících porodů, prosím, uveďte pořadí všech těchto porodů (např. první a třetí).

12. Popište, jak probíhal porod, který subjektivně vnímáte jako traumatizující. *

13. Pokud máte svůj porodní příběh sepsaný, a souhlasíte s jeho zpracováním, nahrajte jej níže. Odeslané soubory:

14. Jak jste se v průběhu porodu, který vnímáte jako traumatizující, psychicky cítila? *

15. Jak jste se v průběhu porodu, který vnímáte jako traumatizující, cítila po fyzické stránce? *

16. Jaké zákroky Vám byly v průběhu porodu provedeny? *

Označte všechny zákroky, které Vám byly v průběhu porodu provedeny.
Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Umělé vyvolání porodu
- Amniotomie (umělé propíchnutí vaku blan, „píchnutí vody“)
- Epiziotomie (nástřih hráze)
- Aplikace medikamentů (syntetický oxytocin a další, kapačky)
- Aplikace epidurální analgezie
- Řízené tlačení
- Kristellerova exprese (tlačení loktem na břicho, "skákání na břicho")
- Tahání za placentu, nevyčkání na samovolný porod placenty
- Nebyl mi proveden žádný z výše uvedených zákroků
- Jiné: _____

17. Potýkala jste se v průběhu porodu nebo po něm s některými z níže uvedených situací? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Nerespektování porodního / dříve vysloveného přání
- Neumožnění bondingu
- Odnášení novorozence po porodu pryč pro ošetření (neošetření na břiše matky či vedle matky)
- Ponižování ze strany personálu v průběhu porodu
- Ponižování ze strany personálu na oddělení šestinedělí
- Chybějící podpora v kojení
- Separace od dítěte
- Nepotýkala jsem se s žádnou z uvedených možností
- Jiné: _____

18. Které situace v průběhu porodu pro vás byly nejvíce traumatizující. Situace prosím vypište v pořadí od nejvíce traumatizující po nejméně. *

U uvedených situací prosím uveďte také, do jaké míry pro Vás tyto zásahy byly traumatizující. Míru hodnotte jako ve škole, od 1 do 5, kdy 1 značí nejméně a 5 nejvíce. Pokud Vám zákrok byl proveden, ale nevnímáte ho jako traumatizující, hodnotící škálu u daného zákroku neuvádějte. (Příklad: Tahání za placentu (4); řízené tlačení (2); chybějící podpora v kojení (1).

19. Byl u porodu přítomen Váš partner? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
 Ne

20. Pokud byl partner u porodu, jak na Vás jeho přítomnost působila?

Doba následující po prožití traumatického porodu

V poslední části dotazníku se zaměříme na to, co následovalo po prožití porodu, který jste subjektivně vnímala jako traumatizující. Pokuste si vzpomenout, jaká pro vás tato doba byla, jak jste ji prožívala a jaké strategie jste volila pro její zvládnutí.

21. Popište období (i delší než šestineděli) následující po prožití traumatického porodu. Co jste prožívala? Jaké pocity jste pociťovala? Jaké myšlenky se Vám honily hlavou? Jak jste zvládala běžné každodenní fungování? *

22. Označte prosím projevy, které se u vás objevily v době po porodu *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Poruchy spánku
- Potíže se soustředěním
- Potíže s pamětí, včetně výpadků paměti
- Nadměrné úlekové reakce
- Zvýšená úzkostnost
- Deprese
- Apatie (lhostejnost, citová netečnost)
- Hyperaktivita
- Znovuprožívání události porodu v myšlenkách
- Znovuprožívání události porodu ve snech
- Znovuvybavování si porodu prostřednictvím flashbacků
- Narušení vztahu k dítěti
- Vyhýbání se prostředí gynekologie, porodnice
- Podrážděnost
- Návaly hněvu
- Obtíže z vybavením si události porodu, zapomenutí detailů
- Snížený zájem o koníčky a oblíbené činnosti
- Poruchy sebehodnocení
- Žádné z těchto projevů jsem u sebe nepozorovala
- Jiné: _____

23. Pokud jste výše označila některé projevy, uveďte, které z nich byly ve vašem prožívání nejvýraznější.

24. Pokud jste výše označila některé projevy, uveďte prosím délku jejich trvání (např. zvýšená úzkostnost - 6 měsíců od porodu, znovuprožívání porodu v myšlenkách - 1 rok. návaly hněvu - stále).

25. Do jaké míry výše označené projevy ovlivňovaly vaše každodenní fungování?

26. Ovlivnil tento Váš porod nějak sexuální život s partnerem? Pokud ano, jak. *

27. Ovlivnil tento Váš porod nějak plánování dalšího potomka? Pokud ano, jak? *

28. Co jste dělala pro to, abyste se s traumatem vyrovnala? Jaké strategie jste volila? *

29. Jak dlouho trvalo, než jste se s traumatem vypořádala? (uveďte prosím co nejpřesněji) *

30. Myslíte, že máte toto trauma již nyní zpracováno, nebo ne? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano, myslím, že mám trauma zpracováno
- Ne, myslím, že trauma ještě zpracováno nemám

31. Jak se nyní ve vztahu k porodu, o kterém jste psala v tomto dotazníku, cítíte? *

32. Pokud byste ráda doplnila něco dalšího, prosím využijte prostoru pod otázkou.

Konec

Velmi děkuji za čas, který jste věnovala vyplnění tohoto dotazníku. Věřím, že zvýšení povědomí o problematice traumat spojených s porodem může pomoci prevenci vzniku těchto traumat.

Pokud máte zájem o zaslání kompletní práce obsahující výsledky výzkumu, prosím kontaktujte mě na e-mail. V případě, že máte jakékoli dotazy, připomínky či chcete sdělit něco dalšího, pro co v dotazníku nebyl prostor, neváhejte se na mě obrátit!

Kontaktní e-mail: konselovakristyna@gmail.com

Ještě jednou děkuji!

Příloha č. 6: Seznam použitých zkratk

APA	American Psychiatric Association (Americká psychiatrická společnost)
CS	Caesarean section (císařský řez)
CTG	Cardiotocography (kardiotokografie)
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PTSD	Posttraumatic stress disorder (Posttraumatická stresová porucha)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)