

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

TRAUMA PO PORODU
POSTPARTUM TRAUMA



Magisterská diplomová práce

Autor: **Mgr. Bc. Zuzana Neusarová**
Vedoucí práce: **Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.**

Olomouc

2025

Ačkoliv je zvykem na prvním místě poděkovat vedoucímu práce, ráda bych udělala výjimku a na tomto místě nejprve z celého srdce poděkovala všem ženám, které měly odvahu a důvěru podělit se o své příběhy a zážitky, které pro ně byly velmi zraňující, ovlivnily jejich vztah k mateřství, k sobě samým, k jejich tělu, k jejich dětem, partnerům, rodinám, přátelům a také ke zdravotnickému systému. Velmi si toho vážím a mám k nim hlubokou úctu. Doufám, že tato práce i díky jejich příběhům pomůže změnit přístup k porodům jak na poli medicíny, tak mezi dalšími pomáhajícími profesemi, ale i v naší společnosti.

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D., za odborné vedení, podnětné diskuse, cenné rady, trpělivost a zpětnou vazbu týkající se nejen metodologie výzkumu.

Poděkování patří i mému muži, který se mnou prožíval každou zkoušku, trpělivě snášel změny mých nálad ovlivněné studijním stresem, radoval se se mnou z mých studijních úspěchů, pečoval o děti a nezbláznil se z toho.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma Trauma po porodu vypracovala samostatně, pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31. 3. 2025

Podpis

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Porod jako náročná životní situace	7
2 Poporodní trauma	10
2.1 Psychické trauma a jeho vymezení	10
2.2 Poporodní trauma a poporodní PTSD	12
2.3 Nejčastější příčiny poporodního traumatu	16
2.4 Následky traumatického porodu	20
2.5 Diferenciální diagnostika	22
3 Péče o ženy s poporodním traumatem a možnosti pomoci	24
4 Předcházení vzniku poporodního traumatu	26
VÝZKUMNÁ ČÁST	29
5 Výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky	29
6 Metoda	30
6.1 Metody získávání dat	31
6.2 Participantky a zdroje dat	31
7 Výsledky	38
7.1 Představení jednotlivých případů	38
7.2 Analýza témat napříč případy	52
7.3 Odpovědi na výzkumné otázky	71
8 Diskuse	74
9 Závěry	86
SOUHRN	89
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	92
ABSTRAKT	100
SEZNAM TABULEK	102
SEZNAM PŘÍLOH	103
PŘÍLOHY	104

„Abychom změnili svět, musíme nejdříve změnit způsob, jakým se rodí děti.“

Michel Odent (2003)

ÚVOD

V roce 2021 jsem ukončila bakalářské studium závěrečnou prací na téma Posttraumatický růst po porodu. Téma porodů, které ženy vnímají jako traumatické, se začalo dostávat do popředí a diskutovat v médiích i díky znovuotevření kauzy Ivany Königsmarkové a jiných porodních asistentek, které byly postihovány za přítomnost u domácích porodů. V České republice měl v rámci festivalu Jeden svět v roce 2021 premiéru film *Neviditelná* slovenské režisérky Maiy Martiniak pojednávající o porodnickém násilí, a i v současné chvíli (tj. o čtyři roky později) je téma stále aktuální, jak dokládají články na toto téma např. v časopisech *Heroine*, *Respekt* či v *Deníku N*.

Stále více žen již nechce „nějak“ porodit či porod „přežít“. Chtějí porodit dobře, v příjemném prostředí, chtějí být aktivní a ovlivňovat průběh porodu, chtějí být respektovány a brány jako expertky na své tělo a partnerky v komunikaci s personálem porodnic. Mimo jiné proto, že родit dobře pro dítě znamená dobrý start do života (Kašćáková & Hašto, 2018; Vanysacker, 2021). Ženy si uvědomují svá práva v této oblasti a chtějí jich využívat. I přesto příběhů o poporodních traumatech neubývá.

Já sama jsem matkou dvou dětí a zažila jsem porod ve dvou různých porodnicích. Jedna z nich měla ve své době pověst respektujícího přístupu k přirozeným porodům. A právě z ní jsem si odnesla zážitek, který bych mohla označit za náročný či traumatický. Má osobní zkušenost byla jedním z motivů, proč se tématem poporodního traumatu zabývat. Inspirovaly a inspirují mě také ženy s podobnou negativní zkušeností, které potkávám jako laktační poradkyně.

V bakalářské práci jsem se zaměřovala na poporodní trauma a následný posttraumatický růst, v práci magisterské bych se ráda posunula směrem k náročným životním zážitkům, které mohly přispět ke vzniku traumatu po porodu a jejichž zmapování může mít význam pro jeho předcházení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Porod jako náročná životní situace

Těhotenství je období biologických, sociálních, psychických i spirituálních změn, které je završeno narozením dítěte (Kimplová, 2021). Proto na těhotenství i porod můžeme pohlížet jako na jakýsi milník či vývojovou krizi (Baštecká & Mach, 2015). V mnoha kulturách je porod považován za významný přechodový rituál (Ratislavová, 2008). Na těhotenství i porod můžeme bezesporu nahlížet také jako na náročnou životní situace, které jsou součástí života a vyžadují adaptaci organismu. Těhotenství např. na svou škálu stresorů (*The Social Readjustment Rating Scale, SRRS*) zařadili Holmes a Rahe (Holmes & Rahe, 1967; Mareš, 2012, 2024; Špatenková, 2004).

V odborné literatuře se setkáváme se dvěma základními přístupy k porodu (Davis-Floyd, 2001; Johanson et al., 2002; Takács et al., 2015). Medicínský přístup klade podle autorů důraz na somatickou (resp. fyziologickou) stránku porodu. Typická je pro něj snaha o maximální předcházení rizikům. Lékař-porodník je zde v roli odborníka a rozhoduje o vedení porodu. S tím souvisí i vyšší míra zasahování do procesu porodu s cílem předcházet patologii, odstranit ji, nebo ženě při porodu ulevit.

Sociální přístup podle autorů na porod pohlíží naopak jako na přirozený proces, který u většiny žen probíhá bez zdravotních komplikací. Ústřední roli zde hraje rodička, která sama proces porodu řídí a co nejvíce to jde rozhoduje o tom, kde a jak bude porod probíhat, a které osoby se jej budou účastnit. Důraz je tedy kladen na sociální a psychologické aspekty porodu. Lékař je v roli podpůrné, tj. jeho role je důležitá pouze v případě zdravotních komplikací, kdy samozřejmě přebírá více odpovědnosti. Na rodící ženu a její přání je orientován např. přístup Leboyera či Odenta (Leboyer, 1975; Odent, 2000; Roztočil, 2017).

Podle Ehrhardt (2011) jsou základními potřebami žen u porodu: pocit bezpečí (vytvořit pro porod prostředí, ve kterém se rodící žena cítí komfortně, má fyzickou i emocionální podporu); nezapojování neokortexu (tzn. že přítomní by neměli hovořit na rodící ženu, pokud to není nutné, neměli by pokládat otázky, nestimulovat přemýšlení o praktických věcech); klidný a soukromý prostor (ticho, tma nebo ztlumená světla, teplo); možnost volby týkající se přítomnosti blízkých či jiných osob; nebyť pozorována (jelikož pozorování také zapojuje neokortex, nevyvolávat v ženě pocit, že je doprovodem či zdravotnickým personálem jakkoliv pozorována, což zahrnuje např. i nepožizování fotografií, pokud s tím rodící žena nesouhlasí); informovanost a respektující přístup (informovanost o průběhu porodu, nabízených intervencích a postupech, respekt zejména vůči potřebám a přáním rodící ženy); žádný adrenalin (tzn. nevyvolávat v ženě obavy, strach, nervozitu či napětí, jelikož sekrece adrenalinu potlačuje sekreci oxytocinu).

Porod může být přirozený, indukovaný, bez komplikací, s komplikacemi na straně ženy či dítěte apod. (Wilhelmová et al., 2021). Lze tedy podle autorů nějak definovat normální porod?

Baštecká a Mach (2015) definují normu jako komplexní a mnohorozměrný koncept, který zahrnuje statistické, sociokulturní a individuální hledisko. To, co je normální, je ovlivněno tím, co je běžné v dané populaci (statistická norma), tím, co společnost považuje za přiměřené (sociokulturní norma), a tím, co odpovídá subjektivnímu prožívání a zdraví jednotlivce (individuální norma). Norma tedy představuje dynamický a kontextuální rámec, který zohledňuje variabilitu lidského chování, odlišnosti i různé životní okolnosti. Tento přístup umožňuje v klinické praxi reflektovat rozmanitost lidského fungování bez stigmatizace.

V kontextu porodu to znamená, že normální porod je takový, který odpovídá očekávanému průběhu bez nutnosti zásadních lékařských intervencí, přičemž je zohledněn stupeň rizikovosti těhotenství a průběh I. a II. doby porodní, zdravotní stav matky i dítěte, a jejich schopnost adaptace na nové podmínky. Avšak i u ženy,

kteřá měla těhotenství bez rizik, může porod probíhat komplikovaně, a naopak u ženy, která měla těhotenství tzv. rizikové, může porod proběhnout bez jakýchkoliv komplikací.

Pokud tedy chceme definovat „normální porod“, můžeme si podle autorů pomoci definicí Světové zdravotnické organizace (*World Health Organization*, dále WHO). Ta jej popisuje jako „spontánní na svém začátku (rozeběhne se samovolně) a s nízkým rizikem na začátku, které zůstává neměnné v celém jeho dalším průběhu, proběhne v termínu (mezi dokončeným 37. týdnem a dokončeným 42. týdnem těhotenství), s podélnou polohou hlavičkou“ (Wilhelmová et al., 2021, oddíl 5.1).

Porod je podle autorů fyzicky i psychicky nejnáročnější fází celého těhotenství. Pokud je žena náležitě podporována a není vyrušována svým okolím, noří se během porodu hluboko do svého nitra a dostává se do změněného stavu vědomí (podobně jako při meditaci). Přístup k informacím získává z jiné roviny bytí než za běžných situací. Odent (2000) uvádí, že mezi rozením a hlubokou koncentrací či kontemplací existuje úzká spojitost. Obojí považuje za hluboce intimní a soukromé události. Lidské společenství (tedy mimo osoby, které rodičku doprovázejí) by mělo udržovat odstup. Podle autora mají stav matky a emoce, které prožívá, vliv na dítě nejen před i v průběhu porodu, ale významně oba dále ovlivňují.

Proč je tedy možné porod vnímat jako traumatický, ačkoliv se v mnoha ohledech od jiných traumatických událostí liší? Obvykle se do něj vstupuje dobrovolně, je do určité míry předvídatelný, zažívá ho většina žen v populaci a je společností vnímán pozitivně. Důvodem je mimo jiné to, že jeho součástí jsou velké fyziologické měny, a vyskytují se různé nepříjemné medicínské zásahy (rozvedu v další části textu) a celý proces může vyústit až do narušení tělesné a psychické integrity ženy (Ayers et al., 2009).

2 Poporodní trauma

2.1 Psychické trauma a jeho vymezení

V současné dostupné odborné i populárně naučné literatuře se můžeme setkat s mnohými definicemi či vymezeními pojmu trauma (Simpson & Catling, 2016). Často je zaměňováno za krizi. Avšak na rozdíl od krize (která je definována subjektem neboli osobou, které se stala) je trauma definováno primárně podnětem (čili tím, co se stalo) (Baštecká & Mach, 2015). Po traumatické události je zážitek zpracován traumaticky jen u nižšího počtu osob a jen u některých z nich dojde k rozvoji PTSD (Schellong et al., 2021).

Všechny definice se však shodují v tom, že trauma vzniká v důsledku okolností, které jsou nepředvídatelné, nečekané, nelze je kontrolovat ani měnit (Joseph, 2017). Baštecká a Mach (2015, s. 594) definují trauma jako „reakci na situaci, která vznikla v důsledku události přesahující běžnou lidskou zkušenost“. Schellong et al. (2021) vymezují psychické trauma jako hluboké psychické zranění, resp. poruchu zpracování psychického zranění, která má dopad na život, zejména na jeho fyzickou a psychickou stabilitu.

Pojmy trauma a traumatický jako označení otřesu a jeho následků se začaly používat v 80. letech 20. století, kdy byly poprvé použity v systému DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) a v ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, u nás užíván název *Mezinárodní klasifikace nemocí*, MKN) byl uveden až v roce 1991 (Schellong et al., 2021).

K dnešnímu dni je v České republice stále platná MKN 10, která pracuje s diagnózou F43.1 Posttraumatická stresová porucha, která je zde definována jako opožděná odpověď na náročnou stresovou situaci či událost (různého trvání), která je mimořádně ohrožující nebo katastrofická (ÚZIS ČR, 2011). Taková událost způsobuje silné rozrušení téměř u každého člověka.

Podle MKN 10 odpověď nastupuje po traumatu se zpožděním několika týdnů či měsíců a její průběh je kolísavý. U většiny jedinců dojde k úzdravě, jen ve výjimečných případech může probíhat chronicky nebo způsobit trvalou změnu osobnosti. Jsou pro ni typické epizody znovuprožívání traumatu (tzv. „flashbacks“), emoční oploštělost až tupost, anhedonie, opakované sny nebo noční můry, stranění se lidí, netečnost vůči okolí, vyhýbání se činností a situacím, které člověku připomínají traumatické zážitky. Může se objevit jak vegetativní hyperaktivita, zvýšená bdělost, výrazné úlekové reakce, úzkost, deprese či suicidální myšlenky.

11. revize MKN (World Health Organization, 2018), která je již v zahraničí používána a u nás začínáme s její postupnou implementací, došlo kromě zpřesnění diagnostických kritérií PTSD také k zavedení nové diagnózy s označením Komplexní posttraumatická stresová porucha (*Complex Post-traumatic Stress Disorder*, dále jen „C-PTSD“). Zde jsou kromě výše zmíněných symptomů navíc naplněny podmínky závažných a přetrvávajících projevů: 1. emoční dysregulace; 2. negativního sebepojetí a 3. potíží v oblasti mezilidských vztahů a pocitů blízkosti. Příznaky v případě C-PTSD trvají několik týdnů a jsou příčinou narušení v podstatných oblastech života.

Konceptem komplexního traumatu se dlouhodobě zabývá van der Kolk. Komplexním traumatem v širším kontextu označuje osobní prožitek opakovaných traumatizujících událostí různé povahy, které jsou spojeny s mezilidskými vztahy (van der Kolk, 2005; van der Kolk et al., 2005). K rozvoji C-PTSD podle autora dochází zejména v souvislosti s chronickým zanedbáváním v dětství, a nazývá jej komplexní vývojové trauma.

Terr (2003) klasifikuje traumatické zkušenosti na trauma typu I (jednorázová, život ohrožující nečekaná událost) a typu II (opakující se dlouhotrvající nepředvídatelné události) a dále rozlišuje traumata náhodná a interpersonální.

Pro diagnostiku PTSD využívají evropští odborníci i diagnostický systém *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, resp. jeho pátou revizi (dále jen „DSM-5“), která se využívá převážně v USA. Na rozdíl od MKN 10/11 je DSM-5 vytvořen specificky pro oblast psychologie a psychiatrie a obsahuje podrobnější a konkrétnější diagnostická kritéria duševních poruch (Boland et al., 2022). Je přizpůsoben pro praxi v klinickém prostředí a lze jej využít pro specializované diagnostické potřeby. Autoři uvádějí, že podle DSM-5 pro stanovení diagnózy PTSD je nutná přítomnost všech v manuálu uvedených kritérií (zestručněno; ZN):

Tabulka 1

Diagnostická kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu DSM-5

Kritérium	Popis	Požadavek
A	Expozice traumatické události	Musí být splněno jedno z uvedených
B	Přítomnost intruzivních symptomů	Alespoň jeden symptom
C	Vyhýbání se podnětům spojeným s traumatem	Alespoň jeden symptom
D	Negativní změny v kognitivních funkcích a náladě	Alespoň dva symptomy
E	Výrazné změny v reaktivitě a vzrušení	Alespoň dva symptomy
F	Symptomy musí trvat déle než jeden měsíc	Musí být splněno
G	Symptomy musí způsobovat klin. významné utrpení nebo narušení v soc., pracovní nebo jiné důležité oblasti fungování	Musí být splněno
H	Symptomy nejsou důsledkem fyziologických účinků drog nebo jiného zdravotního stavu	Musí být splněno

Poznámka. Upraveno podle Boland et al., 2022.

2.2 Poporodní trauma a poporodní PTSD

Pojem „traumatický porod“ se používá k popisu řady souvisejících zážitků a negativních psychologických reakcí na porod. Fyzické trauma ve formě zranění dítěte nebo matky může být součástí, ale není nezbytnou podmínkou (Greenfield et al., 2016). V literatuře je možné se setkat i s definicemi, kdy o traumatickém porodním zážitku či o traumatickém porodu hovoříme tehdy, když jej žena takto

označí (Kranenburg et al., 2023; Thomson & Downe, 2016). Toto velmi subjektivní hledisko má také svůj význam, neboť se ukazuje, že nejenom krize, ale i „trauma“ má svou subjektivní složku a nedá se taxativně vymezit událostmi, co vše může být považováno za traumatické. Nicméně domnívám se, že termín „trauma“ by se měl používat primárně u žen po porodu v rámci událostí a situací, které vedou k zásadním změnám či patologiím (více o odlišení stresové a traumatické události in Richter-Levin & Sandi, 2021).

V roce 2022 byla z důvodu jednotnosti v praxi, výzkumu a vzdělávání zveřejněna mezinárodní konsensuální definice, která uvádí, že traumatický porod (a) zahrnuje interakce mezi osobami a/nebo událostmi, (b) přímo souvisí s porodem, (c) způsobil zdrcující, stresující emoce a reakce a (d) měl krátký a/nebo dlouhý či dlouhodobý dopad na zdraví a pohodu ženy (Leinweber et al., 2022). Studie uvádějí, že 9 až 50 % žen zažije během porodu traumatické události (Leinweber et al., 2022). Olde et al. ve své studii z roku 2005 uvádí, že jako traumatický zážitek označilo svůj porod až 21 % žen (Olde et al., 2005). V novějším zdroji (originál v němčině vyšel v roce 2018) označilo svůj porod za traumatický 20 % žen (Schellong et al., 2021). Některé zdroje uvádějí traumatický porod až u 45 % prvorodiček (Pop-Jordanova, 2022), což je velmi alarmující číslo. Autorka zde tvrdí, že jde o mezinárodní problém, nicméně není jasné, zdali u tohoto čísla čerpá z vlastních výzkumů v Makedonii či jde o mezinárodní data (*Poznámka: Autorka například uvádí výskyt poporodní deprese u 68 % žen v Makedonii! Čili očekávám, že i výskyt traumatu po porodu zde pravděpodobně bude vyšší.*)

Klinickým obrazem následků prožitého traumatu je posttraumatická stresová porucha (dále jen „PTSD“, z anglického *Post-Traumatic Stress Disorder*) charakteristická specifickým syndromem potíží (Schellong et al., 2021). Ta se u některých žen může jako odpověď na komplikovaný, traumatický porod (Dekel et al., 2023).

Terminologie týkající se PTSD v souvislosti s porodem je bohužel poměrně nesourodá, což znesnadňuje jasnou orientaci v dané problematice (Heyne et al., 2022). Heyne et al. uvádějí, že se v odborné literatuře můžeme setkat s pojmy jako: poporodní PTSD (*postpartum PTSD*), PTSD následující porod/po porodu (*PTSD following/after childbirth*), porodem vyvolaná PTSD (*birth-induced PTSD*) nebo s porodem související PTSD (*birth-related PTSD*). V diplomové práci bude užíván termín poporodní PTSD. Ojediněle můžeme narazit i na pojem poporodní PTSS (Heyne et al., 2022; Ostacoli et al., 2020; Shiffman et al., 2023) čili symptomy posttraumatické stresové poruchy.

Odborné zdroje citující metaanalýzy dat z různých zemí uvádějí, že prevalence poporodního traumatu a s ním spojeným rozvinutím poporodní PTSD je v běžné populaci 3,1–4,7 % (Ayers, 2014; Grekin & O'Hara, 2014; Heyne et al., 2022; Kranenburg et al., 2023; McKenzie-McHarg et al., 2015). Některé zdroje uvádějí i výrazně vyšší čísla až kolem 9 % (Pop-Jordanova, 2022), nicméně otázkou zůstává, do jaké míry byla podobná metodologie hodnocení PTSD. Metaanalýza Heyne et al. (2022), do které bylo zařazeno téměř 55 tisíc respondentek a využívala model náhodných efektů u čtyř souborů (přístup, který bere v úvahu variabilitu mezi studii), uvádí, že PTSD se vyskytuje u 4,7 % matek a tzv. posttraumatické stresové symptomy (dále jen „PTSS“) se rozvinou u 12,3 % matek (u PTSS jsou přítomny některé příznaky posttraumatického stresové poruchy, ale nejsou splněna všechna kritéria pro plnou diagnózu PTSD).

V rizikové populaci (tj. u žen s diagnózou deprese – ať již před porodem nebo v důsledku porodu, psychopatologií v anamnéze či s negativní zkušeností s předchozím porodem či negativní interakcí se zdravotnickým personálem) se uvádí prevalence PTSD 15 % až 16 % (Grekin & O'Hara, 2014; Weidner & Junge-Hoffmeister, 2021). Za zmínku stojí i možné rozvinutí poporodního traumatu u partnerů rodičů žen. Prevalence je v tomto případě 1,3 % (Heyne et al., 2022).

Daná čísla poukazují, že jde skutečně o důležité téma, které se dotýká velkého počtu žen a mužů (Heyne et al., 2022; Pop-Jordanova, 2022).

V České republice je diagnóza PTSD po porodu velmi vzácná (Korábová & Masopustová, 2016) a i dle mých zkušeností se ženami po porodu, které byly traumatizovány, je to nadále málo časté. Důvodů nacházím několik, např.: stále nízké povědomí a vzdělání zdravotnického personálu týkající se symptomatologie PTSD po porodu (stále více se setkáváme s diagnózou poporodní deprese); nedostatek rutinního screeningu: V České republice neexistuje rutinní screening psychických poruch po porodu či před porodem, což znamená, že mnoho případů PTSD může zůstat nerozpoznaných; překryv s jinými poruchami: PTSD po porodu může mít symptomy podobné jiným poporodním psychickým poruchám, jako je např. poporodní deprese. Tento překryv může vést k nesprávné diagnóze; a v neposlední řadě je v České republice stále poměrně silná (ač postupně se snižující dle NÚDZ, 2022) stigmatizace duševních nemocí. V některých případech mohou ženy váhat s vyhledáním pomoci kvůli stigmatizaci duševních poruch nebo kulturním normám, které mohou minimalizovat nebo ignorovat psychické problémy po porodu (např. častý diskurz „Máš přece zdravé dítě, tak si na nic nestěžuj.“), na což v obecné rovině u všech psychických nemocí poukazuje například tisková zpráva Národního ústavu duševního zdraví (2022).

Jelikož se trauma nebo PTSD nerozvine u všech žen, které zažijí traumatický porod, používám v této práci pojem „trauma po porodu“ či „poporodní trauma“ jak v případě žen, které prožívají soubor příznaků PTSD (které se u nich rozvinuly několik týdnů či měsíců po porodu), i když nutně nesplňují úplně všechna kritéria pro stanovení diagnózy, ale i v případě žen, které diagnózu stanovenou mají. V tomto duchu bude zaměřena i empirická část práce.

2.3 Nejčastější příčiny poporodního traumatu

Freud vnímal trauma jako obsahy nepřijaté do vědomí a vytěsněné do nevědomí (Wolynn, 2017). Trauma je znovu ožíváno (Freud hovoří o traumatické rekonstrukci neboli o „nutkání k opakování“). Nevědomí se pokouší opakovat to, co je nevyřešené, aby mohlo dojít k napravení prostřednictvím katarze.

Podle Junga to, co zůstane v nevědomí, nikdy nezmizí (Wolynn, 2017). Znovu vyplave na povrch jako „šťěstěna“ nebo „pohroma“. Cokoliv není vědomé, bude prožito jako osud, tj. stále opakujeme nevědomé vzorce, dokud je nevyneseme z nevědomí na světlo. Freud i Jung se podle Wolynna shodují v tom, že prožité trauma se pak projevuje ve stavech, gestech a chování pacientů. Autor také předpokládá, že zde může být skryt zdroj přenosu rodinného traumatu, jelikož se pak vracíme k traumatu v budoucích generacích.

Situace, které mohou mít zásadní vliv na vnímání a průběh porodu, mohou nastat v prenatálním, perinatálním i postnatálním období (Ratislavová, 2008). Podle autorky jsou okolnosti, které žena v souvislosti s porodem vnímá jako traumatické, velmi individuální a záleží na předchozí zkušenosti ženy s porodem, na přípravě k porodu, na její osobnosti, na její odolnosti vůči stresu apod. Okolnosti či faktory, které jsou buď dané (osobnost ženy či do jisté míry odolnost vůči stresu, resilience), nebo jsou ovlivnitelné. Andersen et al. (2012) uvádějí dva hlavní rizikové faktory vzniku poporodního traumatu nebo poporodní PTSD: subjektivní prožitek porodu jako náročné (tísňivé) situace a akutní porodnické zásahy.

Významným ovlivnitelným faktorem je příprava ženy na porod, která je velmi individuální (Ratislavová, 2008). Některé ženy se připravují ještě před otěhotněním, jiné od chvíle, kdy zjistí, že otěhotněly. Hledají informace, zabývají se porodem ve svých představách, navštěvují předporodní přípravu, komunitní porodní asistentku či dulu, které je následně u porodu doprovázejí. Jsou členkami různých diskusních či podpůrných skupin na sociálních sítích (např. na Facebooku skupiny „Podpoříte mne v osvětě? (AKTIVNÍ řešení stížností a vymáhání

odškodného)", „Ambulantní porod a péče porodní asistentky“, „Recenze porodnic“, „Porod v domácím prostředí“ apod.). Jejich představy se mohou zhmotnit v tzv. porodním plánu (což je dokument právně nezávazný a nevymahatelný) nebo ve dříve vysloveném přání (podle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování).

Podle mé osobní zkušenosti laktační poradkyně se některé ženy na porod nepřipravují nijak a důvěřují systému či zdravotníkům.

Kranenburg et al. (2023) uvádějí rizikové faktory, které nejčastěji vedou k rozvoji poporodní PTSD. Dělí je podle časového hlediska (před, v průběhu nebo po porodu) a podle jejich podle povahy (porodnické, psychologické, sociální aj.), viz tabulka č. 2.

Tabulka 2

Rizikové faktory vedoucí k rozvoji poporodní PTSD

	Prenatální	Perinatální	Postnatální
Porodnické	Komplikace v těhotenství, např. předčasný porod, preeklampsie, HELLP syndrom	Komplikovaný průběh porodu, např. akutní císařský řez, porod za pomoci kleští nebo vakuumextraktoru, poporodní krvácení	Komplikace s novorozencem, např. hospitalizace na JIP, resuscitace, úmrtí perinatální úmrtí
Psychologické	Psychiatrické obtíže v minulosti: - předchozí psychické trauma (např. sexuální násilí) - strach z porodu (tokofobie) - deprese během těhotenství	Zkušenost s porodem, např. s péčí a komunikací ošetřujícího personálu, ošetřujícího personálu, Disociace	Poporodní deprese Stress a nedostatečné copingové strategie jeho zvládnání
Sociální	Psychosociální vulnerabilita, např. nechtěné těhotenství, stresující okolnosti (vztahové, finanční, pracovní, zdravotní, týkající se bydlení)	Nedostatek praktické a emocionální podpory	Nedostatek praktické a emocionální podpory, např. nedostatek porozumění / nerozpoznání závažnosti příznaků

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že psychiatrická diagnóza stanovená již před porodem (zejm. PTSD, deprese či úzkosti) je významným předporodním psychologickým rizikem. O psychických obtížích či psychiatrických diagnózách však gynekolog často vůbec neví. Tyto informace často nejsou uvedeny v lékařských záznamech ani zprávách od praktického lékaře. Jak uvedly mnohé ženy, se kterými jsem byla v kontaktu jako výzkumnice či laktační poradkyně, na tyto skutečnosti se jich neptal ani jejich gynekolog, ani zdravotnický personál v porodnici.

Ayers (2014) dále uvádí, že významným rizikovým faktorem je strach z porodu, který ovlivňuje volby žen týkající se porodních intervencí. Subjektivní zkušenost a strach během porodu hrají podle autorky významnou roli v rozvoji poporodní PTSD.

Podle Roztočila (2017) může náročná situace, která má vliv na prožívání porodu, nastat před porodem při zjištění, že je dítě natočeno koncem pánevním nebo v tzv. zadní poloze (dítě je otočeno páteří k páteři matky) či v poloze příčné. Žena prožívá obavy, zda se dítě do porodu otočí, nebo zda bude indikováno mechanické otočení dítěte v děloze anebo císařský řez.

Podle autora může být další příčinou tzv. přenášení a následná indukce porodu. Standardní délka těhotenství je 42 týdnů. Termín porodu je orientační a lékaři jej stanovují podle termínu poslední menstruace. Někteří zohledňují i délku menstruačního cyklu. K dalšímu upřesnění termínu porodu dochází při ultrazvukovém vyšetření ve 20. až 22. týdnu těhotenství. Po překročení stanoveného termínu je ženě často nabízeno vyvolání porodu farmakologickou cestou.

Jako další významný předporodní sociální faktor můžeme uvést domácí násilí (Schellong et al., 2021). Až 10 % žen zažije poprvé domácí násilí během těhotenství a 20 % bezprostředně po porodu. Autoři dále uvádějí, že pouze 8,4 %

těhotných bylo na tuto skutečnost dotázáno před porodem porodní asistentkou a jen 2 % gynekologem, který je měl během těhotenství v péči.

V perinatálním období může být další významnou příčinou poporodního traumatu tzv. „porodnické násilí“ (Borges, 2018). Tento pojem není v české legislativě ukotven a nenalezneme jej ani v odborné literatuře. Je velmi těžké vymezit jej jednoznačně. Borges (2018) do porodnického násilí zahrnuje medicínské intervence, které jsou prováděny rutinně, necitlivě, bez souhlasu či bez vědomí ženy a způsobem, který ji dostává do nedůstojného postavení. Můžeme zde zařadit úkony jako rutinní epiziotomie (neboli nástřih hráze), rutinní amniotomie (tj. dirupce vaku blan), tlak na děložní fundus, řízené tlačení, nežádoucí rutinní podání oxytocinu či spasmolytik (Hollander et al., 2017; Kaščáková & Hašto, 2018; Vanysacker, 2021). Přičemž ani jednu z výše zmíněných intervencí Světová zdravotnická organizace (*World Health Organization*, dále „WHO“) nedoporučuje provádět rutinně či preventivně (World Health Organization, 2018).

K postnatálním příčinám je možné doplnit separaci matky a dítěte (Hollander et al., 2017). K té dochází v důsledku zdravotních příčin jednoho či obou z nich. Velmi často však dochází k oddělení zdravé matky i zdravého dítěte, ačkoliv WHO (2018) takovou praxi nedoporučuje. V nemocnicích navíc často nebývá umožněn a respektován nepřerušovaný kontakt „kůže na kůži“ (*skin-to-skin*). Ten je ženám umožněn většinou pouze několik desítek minut po porodu. Vzájemné poznávání a sžívání bývá narušováno i na oddělení šestinedělí (Ptáček & Bartůněk, 2014).

Takács et al. (2015) zmiňují, že na prožívání porodu má vliv i samotné prostředí porodních sálů a oddělení šestinedělí. To, zda porod probíhá v domácím prostředí nebo v porodnici, rizikovým faktorem není (Federatie Medisch Specialisten, 2024). Velký vliv na vznik PTSD má však způsob komunikace zdravotnického personálu s rodící ženou (Takács et al., 2015). Patterson et al., (2019) v systematické rešerši dokumentují, že právě kvalita interakce mezi zdravotníky

a rodičkami je jedním z nejsilnějších prediktorů porodního traumatu, přičemž ženy často popisují pocity ponížení, ignorování a ztráty autonomie. Komunikace bývá ženami poměrně často označována za nerespektující, dehonestující, neosobní, manipulativní či povýšenou (Česká komora porodních asistentek & unie porodních asistentek, 2019; Gribble et al., 2022; Vanysacker, 2021).

2.4 Následky traumatického porodu

Bez ohledu na to, jak závažné byly okolnosti porodu, na konci žena často slyší (Gribble et al., 2022; Vanysacker, 2021): „Nezáleží na tom, jak porod probíhal. Hlavně, že jsou dítě a matka zdraví.“ Ale opravdu na tom nezáleží?

Nejčastější příčiny traumatického porodu zmíněné v kapitole 2.3 mají významné krátkodobé i dlouhodobé negativní dopady. Porodnické násilí má významný vliv na případný další porod, separace matky a dítěte má dopad zejména na kojení, ovlivňuje vztah matka- dítě a způsobuje problémy v rodičovství (Bailham & Joseph, 2003; Beck & Watson, 2016). Autoři ve svých zjištěních zdůrazňují důležitost znalosti symptomatologie PTSD, předvídání jejího možného vzniku a prevence poporodní PTSD ze strany zdravotnického personálu pečujícího o rodící ženy.

Podle autorů je nejčastějším důsledkem poporodního traumatu problém s ranou vazbou neboli připoutáním se (*attachment*), v extrémních případech může dojít až k zanedbávání dítěte. Důležitost rané vazby a její vliv na utváření vztahu matka – dítě, a také na zdravý psychický vývoj dítěte popsal v 70. letech minulého století Bowlby (2010). Podobně významný pohled na vztah matky a dítěte přinášejí ve stejné době Klaus a Kennel, kteří se zabývali důležitostmi kontaktu v prvních hodinách a dnech po porodu (*bonding*) (Klaus et al., 1972). Podle jejich studie má bonding zásadní vliv na vazbu matky k dítěti (*maternal attachment*) a na její mateřské chování.

WHO (2017) doporučuje nerušený kontakt matky a dítěte *skin-to-skin* a podporu kojení v první hodině po porodu. První hodiny a dny po porodu jsou pro dobrou tvorbu mléka, a tedy pro úspěšné a dlouhodobé kojení, klíčové (DiGirolamo et al., 2008). Při dlouhodobé separaci matka nekojí podle potřeby dítěte, prsa nejsou vyprazdňována a tvorba mléka se snižuje. Dítě je zdravotnickým personálem krmeno z lahve, což negativně ovlivňuje sací reflex dítěte a může se stát, že se kojení vůbec nezdaří, což má následně mimo jiné vliv nejen na citovou vazbu mezi dítětem a matkou, ale také na imunitu dítěte a jeho celkové zdraví (viz např. Zimmerman & Thompson, 2015).

Garthus-Niegel et al. (2017) uvádějí, že duševní zdraví matky po porodu má významný vliv nejen na matku samotnou, ale zejména na wellbeing a vývoj dítěte. Dopad poporodní PTSD na vývoj dítěte je podle autorů srovnatelný s dopadem poporodní deprese. Výsledky testování dvouletých dětí po traumatickém porodu naznačují, že jak u chlapců, tak u dětí s raným obtížným temperamentem (podle hodnocení jejich matky) může dojít k obtížím v sociálně emočním vývoji.

Garthus-Niegel et al. (2017) uvádějí, že duševní zdraví matky po porodu má významný vliv nejen na matku samotnou, ale zejména na wellbeing a vývoj dítěte. Dopad poporodní PTSD na vývoj dítěte je podle autorů srovnatelný s dopadem poporodní deprese. Cook et al. (2018) ve své systematické rešerši potvrzují tyto závěry a dále dokumentují, že mateřská PTSD v perinatálním období je spojena s problémy v kognitivním vývoji dítěte, narušením vazby matka-dítě a s dlouhodobými behaviorálními obtížemi, které mohou přetrvávat do školního věku. Výsledky testování dvouletých dětí po traumatickém porodu naznačují, že jak u chlapců, tak u dětí s raným obtížným temperamentem (podle hodnocení jejich matky) může dojít k obtížím v sociálně emočním vývoji.

Další možné následky mohou nastat v partnerském vztahu (např. výzkum Ertan et al., 2021) nebo se u žen v poporodním období mnohem častěji rozvinuly různé psychosociální obtíže (Watson et al., 2021).

Z pohledu neurobiologie mohou vést traumatické zážitky k dlouhodobým změnám v mozku, jako je zvýšená aktivita amygdaly (části mozku zodpovědné za strach a úzkost) a snížená aktivita prefrontální kůry, což může ovlivnit schopnost řídit emoce a učit se novým věcem (van der Kolk, 2021). Podle autora chronický stres a trauma mohou vést k fyzickým symptomům, jako jsou bolesti hlavy, žaludeční potíže, chronická únava nebo bolest svalů. Tělo je neustále v pohotovosti, což vede k vyčerpání a vyhoření. Tento stav může vést k chronickému stresu, rozvoji deprese nebo PTSD.

2.5 Diferenciální diagnostika

Období po porodu je obdobím psychické zranitelnosti a u některých žen se může vyskytnout posttraumatický stres související s porodem, který je doprovázen příznaky deprese (Dekel et al., 2020).

Poporodnímu traumatu může předcházet rozvoj poporodní deprese nebo se poporodní trauma může rozvinout jako její důsledek (Shahar et al., 2015). Bell a Andersson (2016) v systematické rešerši 24 studií identifikovali významnou souvislost mezi negativním porodním zážitkem a rozvojem poporodní deprese, přičemž jako klíčové rizikové faktory uvádějí nedostatek kontroly během porodu, pocit nebezpečí a nedostatečnou podporu ze strany zdravotníků – což jsou faktory společné i pro rozvoj porodního traumatu. Ačkoli je poporodní deprese nejčastěji dokumentovanou komplikací porodu (Dekel et al., 2019; Werner et al., 2015; Yim et al., 2015), stále více studií naznačuje, že ženy mohou trpět také poporodní posttraumatickou stresovou poruchou související s porodem (CB-PTSD) (Ayers et al., 2016; Dekel et al., 2019; Korábová & Masopustová, 2016; Yildiz et al., 2017).

O možnosti PTSD bychom měli uvažovat vždy u člověka s jinou úzkostnou poruchou, závislostí na návykových látkách, chronickou bolestí a depresivní poruchou z důvodu vysoké komorbidity (Praško et al., 2005). Autor doporučuje

zaměřit se na diferenciální diagnostiku akutní reakce na stres, generalizované úzkostné poruchy, specifických fobií, panické poruchy, depresivní poruchy, disociativní poruchy, obsedantně kompulzivní poruchy a poruchy osobnosti (zejména histrionské a hraniční).

V souvislosti s poporodními psychickými obtížemi se dále můžeme v různých zdrojích setkat s pojmy „poporodní blues“ nebo „laktační psychóza“. Poporodní blues je častý typ poruchy nálady, která je v období po porodu poměrně běžná. Ženy častěji zažívají náladovost, plačtivost, úzkost nebo podrážděnost. Tyto příznaky obvykle vrcholí čtvrtý nebo pátý den po porodu a mohou trvat několik hodin nebo několik dní, přičemž spontánně odezní do dvou týdnů po porodu (Center for Women's Mental Health, 2008; Takács et al., 2016).

Laktační psychóza je dřívější označení pro puerperální (tj. poporodní) psychózu, v MKN-10 uvedenou pod kódem F53.1 (ÚZIS ČR, 2011). Jedná se o duševní poruchu, která je poměrně vzácná (postihuje přibližně 1 až 2 ženy z 1000) (Center for Women's Mental Health, 2008). Její projev je často dramatický, s nástupem příznaků již v prvních 48 až 72 hodinách po porodu. Ve většině případů představuje poporodní psychóza epizodu bipolárního onemocnění. Nejčasnějšími příznaky jsou neklid, podrážděnost a nespavost. U žen s touto poruchou se projevuje rychle se střídající depresivní nebo povznesená nálada, dezorientace nebo zmatenost a nevyzpytatelné nebo dezorganizované chování. Běžná jsou bludná přesvědčení, která se často soustředí na dítě. Mohou se také objevit sluchové halucinace, které dávají matce pokyn, aby ublížila sobě nebo svému dítěti. Riziko infanticidy i sebevraždy je u této populace značné (Center for Women's Mental Health, 2008).

3 Péče o ženy s poporodním traumatem a možnosti pomoci

Při hledání odborných postupů zaměřených na péči o ženy s poporodním traumatem nebo s poporodní PTSD je obtížné najít odborné domácí zdroje. Téma zmiňuje Zemánková (2022) na webových stránkách Unie porodních asistentek (dále jen „UNIPA“), avšak poporodní trauma zde dává do souvislosti pouze s porodnickým násilím. Na téma reaguje NÚDZ (2023) krátkou tiskovou zprávou uveřejněnou na svých webových stránkách, kde zmiňuje možné příčiny, které více méně odpovídají těm, které jsou popsány výše v kapitole 2.3.

Další informace o práci s ženami s porodním či poporodním traumatem, popřípadě poporodní PTSD, je možné dohledat na stránkách jednotlivců (terapeutů/tek, psychoterapeutů/tek, osob s krátkodobými kurzy, bez odborného psychologického nebo zdravotnického vzdělání) či neziskových spolků (např. Císařovná, z. s., 13 hříchů rodičovství apod.).

Aby bylo možné navrhnout, jak pracovat s poporodním traumatem či poporodní PTSD, je možné vycházet z doporučení stanovených jak pro „běžnou“ PTSD, uvedených např. Americkou psychologickou asociací (*American Psychological Association*, dále jen „APA“).

APA pro práci s PTSD doporučuje zejména na trauma zaměřenou kognitivně behaviorální terapii, terapii kognitivním zpracováním (*Cognitive Processing Therapy*), kognitivní terapii a techniku expozice (APA, 2020b). Mezi další doporučené postupy řadí např. desenzibilizační techniku EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), kdy se klient soustředí na traumatický zážitek za současné stimulační očí. Všechny výše uvedené metody lze kombinovat s medikací. Ayersová (2014) však upozorňuje na potřebu vědeckého zhodnocení, zda jsou výše uvedené přístupy vhodné i pro léčbu poporodní PTSP.

Doporučení, která se přímo týkají poporodní PTSD, má zformulována např. britská NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) nebo nizozemská

Federace lékařských specialistů (*Federatie Medisch Specialisten*). (Federatie Medisch Specialisten, 2024).

Podle NICE je u PTSD po traumatickém porodu, po potratu, po porodu mrtvého dítěte nebo po úmrtí novorozence doporučena kognitivně behaviorální terapie (dále jen „KBT“) nebo EMDR. V těchto případech výslovně nedoporučuje debriefing (NICE, 2014).

NICE dále doporučuje krátkodobou (tři setkání) na trauma zaměřenou psychologickou intervenci, která je poskytnuta v prvních třech měsících po porodu, jako prevence rozvoje PTSD. NICE důrazně nedoporučuje jinou než na trauma zaměřenou intervenci, a nedoporučuje ani medikaci jako první volbu. Zdůrazňuje důležitost podpory a poradenství u žen, které o traumatickém zážitku samy chtějí hovořit. Tato doporučení platí pro případ všech žen, které prožily traumatický porod, bez ohledu na přítomnost jakýchkoliv porodnických komplikací.

Al Jowf et al. (2023) uvádějí, že psychoterapie je v případě PTSD považována za první volbu, jelikož přímo řeší základní příčiny traumatu a pomáhá zpracovat zkušenosti osob strukturovaným způsobem. V případě, že psychoterapie dostatečně nepomáhá, je podle autorů další volbou farmakoterapie. Autoři dále uvádějí, že zcela nejefektivnější je prevence. Ačkoliv je možné po konkrétní spouštěcí události předvídat rozvoj PTSD (a některé příznaky se objevují již několik dní po vystavení takové situaci), je pro účinnou prevenci důležité dostatečné pochopení stavu a citlivost k jeho příznakům ze strany zdravotnického či pomáhajícího personálu.

Další techniky je možné čerpat z mnoha psychoterapeutických přístupů. Vhodné se jeví zejména přístupy zaměřené na tělo, např. Pesso Boyden psychomotorická psychoterapie, která se zaměřuje na navozování korektivní emoční zkušenosti pomocí cíleného použití dramatických a tělově kontaktních technik, či Levinovo somatické prožívání (*Somatic Experiencing*), jež je přístupem

orientovaným na léčbu traumatu prostřednictvím zaměření se na tělesné prožitky (Jochmanová, 2021; Vybíral & Roubal, 2010).

Pro doplnění uvádím, že Americký kongres porodníků a gynekologů (*American Congress of Obstetricians and Gynaecologists*, ACOG) a APA publikovali doporučení pro práci s poporodní depresí. Královská australská a novozélandská vysoká škola porodníků a gynekologů (*Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*, RANZCOG) vydala doporučení pro práci se strachem a depresí po porodu. Ani jedna z výše uvedených společností nemá doporučení s poporodní PTSD definována. Kanadská společnost porodníků a gynekologů (*Society of OBstetricians an Gynaecologists of Canada*, SOGC) a vlámské Sdružení pro porodnictví a gynekologii (*Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie*, VVOG) nemají žádná doporučení pro práci s psychickými obtížemi spojenými s těhotenstvím a porodem (Federatie Medisch Specialisten, 2024; Grisbrook & Letourneau, 2020). To platí i pro Českou republiku.

4 Předcházení vzniku poporodního traumatu

Prevence vzniku poporodní PTSD zahrnuje znalost její symptomatologie, předvídání jejího možného vzniku a prevence poporodní PTSD ze strany zdravotnického personálu. Nezbytnou součástí prevence je také kvalitní předporodní péče (Bailham & Joseph, 2003). V České republice je tato zajišťována v rámci pravidelné lékařské péče ze strany specialisty (gynekologa) nebo kontinuální péčí komunitní porodní asistentky. Je však otázkou, zda a do jaké míry se gynekologové, zdravotnický personál porodnice a komunitní porodní asistentky v této oblasti vzdělávají.

Wijman (in Bailham & Joseph, 2003) doporučuje screening těhotných za účelem detekce rizikových žen. Ve Velké Británii je často využíván poporodní debriefing (rozhovor o proběhlém porodu, vyjma případů uvedených v předchozí

kapitole). Ačkoliv není prokázána jeho terapeutická účinnost, je ženami žádán a hodnocen jako přínosný (Ayers, 2014b).

Beck (2004) zdůrazňuje zohlednění subjektivní porodní zkušenosti samotných žen, které často uvádějí, že jejich traumatické porody jsou zdravotnickým personálem označovány za porody s rutinním průběhem nebo jako porody bez objektivních traumatizujících příčin.

Validizací nástroje pro měření traumatu PTSD Check list pro DSM-5 (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*), jako nástroje pro screening poporodní PTSD se zabývali Arora et al. (2024). Autoři se domnívají, že nástroj může výrazně usnadnit screening posttraumatické stresové poruchy související s porodem a pomoci identifikovat ženy, které by mohly mít prospěch z další diagnostiky a péče zaměřené na osoby s PTSD.

Jagodnik et al. (2024) navrhuji využít screening pomocí *Peritraumatic Distress Inventory* (dále „PDI“), sebehodnotícího 13položkového nástroje, který byl vyvinut pro zachycení emocionální a fyziologické zkušenosti osob během traumatické události a krátce po ní. Modifikovaná verze podle autorů může pomoci odhalit ženy, u kterých se s největší pravděpodobností rozvine poporodní PTSD.

Z důvodu prokázané komorbidity poporodní deprese a poporodní PTSD (viz kapitola 2.5 Diferenciální diagnostika), doporučuje americká organizace *Postpartum Support International* (dále „PSI“) pro screening *Edinburgh Postnatal Depression Screen* (EPDS) nebo *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (PSI, 2025).

Načasování screeningu doporučuje PSI následovně: při první předporodní návštěvě; nejméně jednou v druhém trimestru; nejméně jednou ve třetím trimestru; šest týdnů po porodu (nebo při první návštěvě po porodu); opakovaný screening šest a/nebo dvanáct měsíců po porodu u gynekologa; po prohlídce u pediatra ve třetím, devátém a dvanáctém měsíci věku dítěte.

Inspiraci, jak pracovat s prevencí poporodní PTSD a systémem následné péče, můžeme nalézt na nizozemských webových stránkách již dříve zmíněné *Federatie Medisch Specialisten* (2024), na které jsou pro zdravotnické pracovníky (ale i širokou veřejnost) dostupné ucelené informace o poporodním traumatu a poporodní PTSD, rizikových faktorech, symptomech, včetně odkazů na odborné zdroje či nabídku pomáhajících profesí a služeb. Nebo např. na webových stránkách *Australian Birth Trauma Association* (2025), které navíc nabízejí informace o peer-to-peer programech, programech pro otce, partnery, rodiny a přátele.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky

Hlavní cíl:

1. Prozkoumat fenomén *poporodního traumatu u žen*, které tuto zkušenost prožily nebo aktuálně prožívají. Výzkum se zaměřuje na *identifikaci faktorů, jež vedly k vnímání porodu jako traumatického zážitku*.

Dílčí cíle:

2. Analyzovat životní historii těchto žen se zaměřením na předchozí *traumatické či jinak významně nepříznivé životní události* a existující *psychická onemocnění*, která mohla působit jako *rizikové faktory pro rozvoj poporodní PTSD*.

3. Z hlediska poskytnuté zdravotnické péče *prozkoumat, zda a jak byly tyto informace o životní historii participantek využity před, během a po porodu*, (intervence, informovanost, komunikace lékařů a zdravotnického personálu).

Výzkumné otázky:

1. Kdy a na základě čeho si ženy uvědomily, že jsou traumatizovány?
2. Jaké události před, během či po porodu mohly mít podle žen vliv na to, že porod svého dítěte vnímají jako traumatický?
3. Zažily ženy v období od svého narození do porodu svého dítěte nějaké události, které mohly přispět k rozvoji poporodního traumatu? Měly před porodem stanovenou psychiatrickou diagnózu?
4. Zjišťoval zdravotnický personál před, při nebo po porodu tyto informace? Pokud ano, jakým způsobem?
5. Pokud zdravotníci informace zjišťovali, zaznamenaly ženy změnu přístupu zdravotníků, tj. že zohlednili jejich minulé zážitky?

6. Snažily se ženy nějak zpracovat/zvládnout poporodní trauma, ať už samy nebo s pomocí jiných osob či profesionálů? Pokud ano, co vnímaly jako užitečné a co ne?

6 Metoda

Ve struktuře této kvalitativní empirické výzkumné části jsem se držela sedmé revize *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA, 2020a), konkrétně části *Qualitative Design Reporting Standards* a také zohlednila některá specifika pro psaní diplomových prací na UPOL.

Jelikož jsem pracovala s osobními příběhy žen, kterých jsem se dotazovala na jejich zkušenost s traumatickým porodem, zvolila jsem kvalitativní výzkumnou strategii. Metodologicky se jedná o *vícenásobnou případovou studii* (Chrastina, 2019), což je kvalitativní výzkumná metoda, která zahrnuje podrobnou analýzu více případů v určitém kontextu. Tento přístup umožňuje výzkumníkům zkoumat rozdíly a podobnosti mezi jednotlivými případy, což poskytuje hlubší porozumění zkoumanému jevu. Ve své analýze jsem nejdříve provedla důkladnou *reflexivní tematickou analýzu* (Braun & Clarke, 2006, 2019, 2021) jednotlivých rozhovorů (ukázka v Přílohách 2, 3, 4 a 5 a poté jsem hledala témata napříč rozhovory, což je uvedeno v sekci výsledky.

U každého případu jsem ve výsledcích nejdříve prezentovala shrnutí jednotlivých případů (přibližně jedna strana) a následně výsledek samotné tematické analýzy napříč jednotlivými případy. Souhrn všech témat vzniklých z tematické analýzy jednotlivých případů je uveden v Přílohách, stejně jako ukázka jedné tematické analýzy.

6.1 Metody získávání dat

Získávání dat probíhalo prostřednictvím nahrávaných videohovorů, které byly následně přepsány do textové podoby. Rozhovory měly podobu polostrukturovaného interview a trvaly cca 60–80 minut.

Předem stanovené otázky pokrývaly témata všech výzkumných otázek. V případě potřeby byly položeny otázky doplňující. Ve dvou případech bylo využito korespondenční doplnění odpovědí na otázky, které vyplynuly z pročitání rozhovorů. Během rozhovoru byly zjišťovány i další údaje, jako rok narození participantek, počet porodů a ve kterém roce proběhly, zda se participantky zúčastnily přípravy na porod (např. předporodního kurzu).

6.2 Participantky a zdroje dat

Koutná Kostínková a Čermák (2013) doporučují reflektovat jakoukoliv výzkumníkovu zkušenost, která může ovlivnit průběh výzkumu. Doporučení týkající se reflexe při zpracování kvalitativních dat uvádí i sedmá revize publikačního manuálu Americké psychologické asociace (APA, 2020a).

Pozice autorky

Jsem matkou dvou dětí a mám zkušenosti se dvěma zcela rozdílnými porody ve zcela rozdílných zdravotnických zařízeních. Jelikož i mé porody probíhaly v některých fázích poměrně dramaticky, byla tato zkušenost jednou z motivací pro volbu tématu. Má osobní zkušenost se tedy projevila v celé mé práci: od volby tématu a výzkumných otázek až po zpracování z rozhovorů.

Na mé práci s tématem se při získávání dat i na analýzách projevila dlouhodobý zájem o téma traumatu, stejně jako praxe v oboru sociální práce a mé pracovní zkušenosti z Agentury pro sociální začleňování (zaměřené na inkluzivní vzdělávání) a ze současného zaměstnání v Národním pedagogickém institutu, kde se zaměřuji mimo jiné i na trauma respektující přístup ve školách a vzdělávání dětí

ze sociálně znevýhodněného prostředí (které i se svými rodiči často žijí v podmínkách, které jsou dlouhodobě stresující a ovlivňují jejich životní volby).

Zájem o téma mne motivoval k absolvování Základního výcviku krizové intervence v Remediu Praha a přihlášení do tříletého výcviku *Somatic Experiencing*.

Jako laktační poradkyně se setkávám s celou řadou žen, které se mnou sdílejí své porodní a poporodní zážitky. Sdílejí se mnou nejen ty příjemné, ale i ty náročné. Sdílejí i to, jak tyto zážitky prožívaly a prožívají, jak ovlivňují vztah k jejich dětem, k mateřství, vztah sama k sobě i jejich blízkým. I to je jedním z důvodů, proč se tímto tématem chci zabývat hlouběji a snad i přispět ke změně přístupu k těhotným a rodícím ženám v českém zdravotním systému.

Má zkušenost také ovlivnila výběr výzkumného souboru. Projevila se i v návrhu otázek. Některé jsem formulovala tak, jak bych byla ráda, kdyby se někdo v souvislosti s mým náročným porodem zeptal mě samotné, část otázek byla inspirována informacemi, které jsem jako laktační poradkyně získala od svých klientek. Má osobní zkušenost se projevila i ve způsobu analýzy dat. Svou zkušenost jsem reflektovala, abych lépe porozuměla prožívání dotazovaných žen a snažila jsem se také nepředjímat, že dotazované ženy musely prožívat vše podobně jako já.

Proces výběru participantek

Cílová skupina, tj. ženy, které zažily traumatický porod, není lehce dosažitelná, jelikož se jedná o velmi citlivé téma, které má potenciál vyvolat silné vzpomínky na negativně prožívanou minulou zkušenost. Potenciální účastnice výzkumu jsem oslovovala zejména prostřednictvím sociálních sítí (Facebook), jednak na svém osobním profilu, ale také ve skupinách, kde jsem předpokládala přítomnost žen, které měly s porodem traumatickou zkušenost (např. skupiny Ambulantní porod a péče porodní asistentky, Podpoříte mne v osvětě? (AKTIVNÍ řešení stížností a vymáhání odškodného), Recenze porodnic a další). V inzerátu

byla uvedena kritéria výběr a podmínka rozvinutí příznaků v minulosti, z důvodu vyloučení žen v akutní fázi příznaků. Pro účast ve výzkumu byly přímo osloveny ženy žijící a rodící na území České republiky.

Rozhovorů se zúčastnilo sedm respondentek (z původních osmi; jedna na poslední chvíli rozhovor odmítla, jelikož se chystá podat oficiální stížnost na zdravotnické zařízení, ve kterém rodila a obává se prozrazení své identity i přes anonymizaci dat). V reflexivní tematické analýze je důležité dosáhnout hloubky a bohatosti dat, čehož se typicky dosahuje s menším počtem respondentů (cca 6 až 8), pokud jsou jejich zkušenosti dostatečně rozmanité a detailní (Braun & Clarke, 2019). Mám za to, že k tomu došlo i během mého výzkumu, kdy rozhovory byly tematicky bohaté a velmi podrobné.

Jelikož je výzkumná část zaměřena na zpracovávání poporodního traumatu a na jeho možné příčiny či rizikové faktory jeho vzniku, byla pro výběr žen stanovena následující kritéria, která odpovídají vodítkům pro stanovení diagnózy PTSD:

1. Ženy prožívaly poporodní trauma v důsledku některé z následujících okolností: předčasný porod, vyvolávaný porod, akutní či plánovaný císařský řez, tzv. *porodnické násilí*, náročná, dehonestující, nerespektující komunikace s lékařem či zdravotnickým personálem, dlouhodobá poporodní separace s dítětem (více o příčinách poporodního traumatu viz kapitola 2.3 Nejčastější příčiny poporodního traumatu).
2. Přítomnost příznaků posttraumatické stresové poruchy: epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách (flashbacks), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnost vůči okolí, anhedonie, vyhýbání se činností a situacím upomínajícím na traumatický zážitek, vegetativní hyperreaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové

reakce, nespavost, úzkost, deprese a suicidální myšlenky (více o příznacích PTSD pojednává kapitola 2.2 Poporodní trauma a poporodní PTSD).

Při stanovování výše uvedených kritérií jsem vycházela ze zkušenosti, že ženy, které zažily traumatický porod a rozvinuly se u nich příznaky PTSD sice v několika případech své obtíže řešily s odborníkem (nejčastěji psychologem v rámci psychologického poradenství), ale jen vzácně u nich byla přímo stanovena diagnóza (to odpovídá i závěru autorek Korábová & Masopustová, 2016) (Vanysacker, 2021). Kritéria tedy vycházejí ze skutečnosti, že ženy traumatické okolnosti u porodu prožily, svůj porod za traumatický označily a mnohé z výše uvedených příznaků se u nich vyskytly.

Jsem si vědoma, že tyto ženy ve skutečnosti nemusely mít PTSD. Aby se tato skutečnost opravdu potvrdila, byla by potřebná diagnostika klinického psychologa či psychiatra. U všech participantek se však projevovaly veškeré typické symptomy, které popisují diagnostické manuály. PTSD symptomy těchto žen jsem konzultovala i s klinickým psychologem a psychiatrem, který mi potvrdil, že se může jednat o příznaky PTSD.

Vztah výzkumnice a participantek

Participantky jsem hledala na sociálních sítích, kde jsem publikovala výzvu s inzerátem, ve kterém byla popsána výše uvedená kritéria. Tři participantky, které reagovaly na výzvu na mém osobním profilu, znám osobně (jedná se o bývalé kolegyně v zaměstnání, ve kterém již několik let nejsme v profesním vztahu a nejsme ani bližší přítelkyně), s ostatními ženami, které se přihlásily, nemám osobní zkušenost.

Tabulka 3

Participantky

Číslo	Fiktivní jméno	Rok narození	1. porod	2. porod
P_01	Vanda	1991	2017	2025
P_02	Greta	1987	2021	-
P_03	Hedvika	1980	2012	2020
P_04	Aneta	1983	2021	-
P_05	Petra	1989	2019	2020
P_06	Laura	1985	2020	2023
P_07	Táňa	1979	2016	2019

Poznámka: porod označen participantkou za traumatický je označen tučně.

Etika výzkumu

Při koncipování výzkumu jsem se řídila mimo jiné etickým kodexem ČMPS (ČMPS, 2017) a etickým metakodexem EFPA (EFPA, 2005).

Při domlouvání termínu rozhovoru jsem znovu ověřila, zda se u žen projeví symptomy PTSD stanovené v kritériích a zda nejsou akutně traumatizovány.

Před samotným rozhovorem jsem všechny participantky informovala o cíli výzkumu, jeho účelu a jak bude nakládáno s jeho výstupy. Všechny participantky byly poučeny o zachování jejich anonymity a o následné anonymizaci dat. Od všech respondentek jsem získala do nahrávky souhlas s nahráváním. Nahrávky a přepisy jsou uloženy v heslem chráněné složce v mém osobním PC. Přístup k datům mám pouze já osobně, vedoucí diplomové práce a případní konzultanti. Videonahrávky budou archivovány rok po obhajobě diplomové práce a následně budou smazány. Anonymizované přepisy rozhovorů budou uloženy v heslem chráněné složce pro případné další výzkumné využití.

Participantky jsem informovala, o tom, že se tématem zabývám dlouhodobě a že jsem jej již zpracovala do bakalářské práce. Dále jsem je informovala o své odborné přípravě (ukončený výcvik *Základní krizové intervence*, Remedium Praha,

2. ročník výcviku *Somatic Experiencing*), která umožňuje být vnímavější k projevům případné retraumatizace.

Na riziko retraumatizace, tj. že se kvůli rozhovoru mohou znovu objevit příznaky PTSD, byly participantky upozorněny, což je zaznamenáno v nahrávkách. Z toho důvodu jsem jim dále poskytla informaci o možné následné odborné pomoci a zprostředkování kontaktu v případě potřeby.

Proces analýzy dat

Při provádění reflexivní tematické analýzy (dále jen RTA) jsem postupovala podle následujících kroků (postup dle Braun & Clarke, 2006, 2019, 2021):

Krok 1: Seznámení se s daty

Jelikož jsem pracovala s video či audio nahrávkami (v rozhovoru s Vandou byl v první části rozhovoru výpadek kamery z důvodu internetového připojení, v druhé části bylo video dostupné; u Anety byl výpadek kamery z neznámých příčin, v druhé části rozhovoru již bylo video dostupné), byla prvním krokem transkripce rozhovorů do písemné podoby pomocí *Office 365* a *Beeey.io* a následná důkladná úprava a kontrola tohoto automatického přepisu podle nahrávky. Tento proces je popsán v Manuálu transkripce viz Příloha 1.

Prvním krokem analýzy pak bylo důkladně se seznámit s daty. To zahrnovalo opakované čtení celého datového souboru mých respondentek, abych získala hluboké porozumění obsahu. Během tohoto procesu jsem si dělala poznámky a označovala si počáteční nápady na kódování.

Krok 2: Generování počátečních kódů

Poté jsem začala s kódováním dat. Identifikovala jsem obsahově zajímavé části a označila je kódy. Kódy představovaly základní segmenty dat, které měly význam ve vztahu k analyzovanému jevu. Pracovala jsem systematicky s celým datovým souborem a kodovala všechny relevantní citace rozhovorů. Snažila jsem

se u toho být maximálně otevřená, bez použití předem stanoveného kódovacího rámce (což zdůrazňuje RTA).

Krok 3: Hledání témat

Následně jsem seskupila různé kódy do potenciálních témat. K organizaci kódů do témat jsem použila i vizuální nástroje, zejména myšlenkové mapy. Shromáždila jsem všechny relevantní citace rozhovorů pro každé téma. V celém procesu jsem se snažila o reflexivitu.

Krok 4: Revize témat

V této fázi jsem zkontrolovala, zda témata tvoří koherentní vzorce. Pokud některá témata nebyla dostatečně podložena daty nebo byla příliš různorodá, upravila jsem je nebo rozdělila na menší témata. Ověřila jsem, zda témata odpovídají celému datovému souboru a zda přesně odrážejí významy v datech.

Krok 5: Definování a pojmenování témat

Definovala jsem podstatu každého tématu a určila, co zachycuje. Organizovala jsem data do koherentního a konzistentního příběhu s doprovodným narativem. Každému tématu jsem dala název, který byl stručný, výstižný a dával smysl.

Krok 6: Vytvoření zprávy (výzkumné části diplomové práce)

Nakonec jsem vypracovala analýzu. Mou snahou bylo, aby tato analýza co nejpřesvědčivěji ilustrovala příběh získaných dat. Do této analýzy jsem zahrнула větší množství citací od respondentek, abych demonstrovala jednotlivá témata a také způsob, jakým o daných tématech respondentky vypovídaly. Dále jsem se snažila, aby analýza šla i nad prostý rámec popisu dat a obsahovala argumenty ve vztahu k výzkumným otázkám.

Klíčovým procesem během RTA je samotná reflexivita autora dané analýzy. Výzkumník by měl uznat a využít svou subjektivitu jako cenný zdroj při

interpretaci dat. To znamená, že osobní zkušenosti, názory a předpoklady výzkumníka jsou považovány za důležité pro pochopení a interpretaci dat – proto ve výsledcích často odkazují i na své osobní zkušenosti a předpoklady či jiné hypotézy, které se mi vynořovaly na základě mé zkušenosti.

Reflexivita podle autorek také zahrnuje neustálé přemýšlení o tom, jak teorie, data a interpretace vzájemně souvisejí. Výzkumník by si měl být vědom toho, jak jeho teoretické a epistemologické předpoklady ovlivňují analýzu. Svou reflexivitu jsem popsala v kapitole 6.2, v podkapitole Pozice autorky.

7 Výsledky

V tabulce 4 jsou uvedeny a popsány transkripční značky, které byly použity v prepisech rozhovorů, v analýze případů, v citacích z jednotlivých případů v textu a v diskusi (např. kapitálky, číslo případu a řádku apod.)

Tabulka 4

Vysvětlivky k transkripci rozhovorů a prezentaci citací

Transkripce	Význam
<i>Kurzíva</i>	Přímá citace z rozhovorů s participantkami
KAPITÁLKY	Zdůraznění...
(...)	Vynechání kusu textu z důvodu stručnosti
[[poznámka]]	Jakákoliv poznámka
[úsměv]	Popis neverbálního chování
[01/42a]	První rozhovor; tj. Vanda / 42. číslo řádku, kde je daná výpověď (pokud byly výpovědi bez přerušení tazatele delší, tak jsem je rozdělila do menších částí čili 42a, b, c)

7.1 Představení jednotlivých případů

Případy participantek jsou stručným shrnutím průběhu poporodního traumatu a okolností, které během života participantek mohly ovlivnit jeho vznik. Případy jsem vytvořila z rozhovorů s dotazovanými ženami.

Vanda (P_01)

Vanda (nar. 1991) prožila dva traumatické porody, přičemž první v roce 2017 pro ni byl výrazně těžší. Její trauma se projevilo až několik měsíců po porodu, kdy začala pociťovat hluboké pochybnosti o sobě, nechutenství, problémy se spánkem a narušený vztah s dítětem.

„Především jako nějaký pocity pochybnosti o sobě jako hluboký, že jsem se hrozně obviňovala z toho, že to nedopadlo, že to, že jsem udělala chybu někde já.“ [01/42]

Vanda se na první porod svědomitě připravovala – navštěvovala předporodní kurz, četla s přípravou na porod související literaturu a měla sepsaný porodní plán. Personál porodnice však k jejím přáním a potřebám přistupoval s despektem. Porod trval 16 hodin. Většinu času u ní byl její tehdejší partner, který ale nebyl na porod připravený a nechtěl tam být. Zdravotnický personál je na pokoji nechával o samotě a neposkytoval jim adekvátní podporu.

„Rodila jsem dohromady 16 hodin s tím, že ke konci už jsem měla od lékařů informace, že dítě neprospívá. Vlastně zpětně jsem zjistila, že lhali, protože Apgar skóre bylo deset, deset, devět.“ [01/127]

První porod skončil císařským řezem, který Vanda považuje za zbytečný. Po porodu měla problémy s kojením a špatné zkušenosti se zdravotnickým personálem oddělení šestinedělí. Zdravotní sestry její dítě dokrmovaly bez jejího souhlasu. Pouze jedna sestra jí skutečně s kojením pomohla.

Druhý porod o sedm let později začal velmi dobře, s podporující porodní asistentkou, která s ní byla během kontrakcí. Po výměně směny se však situace výrazně zhoršila a porod skončil opět císařským řezem. Tento druhý císařský řez Vanda vnímá jako své vlastní selhání.

„Já to v sobě nesu jako strašný selhání, protože já jsem věděla, že malá už je jako v pánvi, že se to k tomu chystá. Ale ve mně se prostě probudilo cosi... Já jsem dostala prostě

neuvěřitelnej strach z toho přirozeně porodit za těch podmínek, co tam v tu chvíli byly.”
[01/215]

Z hlediska dřívějších traumatických zkušeností Vanda zmínila období experimentování s drogami a násilí v partnerských vztazích. V souvislosti s poporodním traumatem nikdy nevyhledala odbornou psychologickou pomoc. Její rodina i tehdejší partner traumatické pocity bagatelizovali a zlehčovali.

Porodní trauma pro ni má dalekosáhlé následky – je hlavním důvodem, proč již nechce mít další děti, přestože by si jinak přála větší rodinu.

„Momentálně jsme se bavili třeba s partnerem o tom, jestli mít ještě další dítě, nebo ne, časem. A musím říct, že jako tady tyhle ty zážitky porodní jsou jedním z hlavních jako hlavního důvodu, proč já už děti nechci.” [01/298]

Gréta (P_02)

Gréta (nar. 1987) zažila traumatický porod v roce 2021. Byl součástí psychicky náročných událostí, které se v jejím životě v tomto období kumulovaly. O svém traumatu mluví otevřeně, ačkoli při vzpomínkách na porod stále pociťuje úzkost.

„Pokaždé jako i teď, když vlastně si k tomu jako začínám vracet. Tak to ve mně jakoby vzbuzuje nějakou úzkost, slzy, jo.” [02/38]

Gréta přenášela a měla riziko preeklampsie. Už od 36. týdne těhotenství tušila, že něco není v pořádku. Dítě se málo hýbalo, od lékařů však nedostala uspokojivé vysvětlení. Porod musel být nakonec vyvolán léky, což vnímala jako zvlášť traumatizující:

„CELÝ TEN PROCES TOHO, KDY TI ZAČNOU TEN POROD VYVOLÁVAT, JAKO KDYBYCH ŠLA JAKO KRÁVA NA PORÁŽKU, JO.” [02/75]

V době covidu musela být v porodnici sama bez partnera. Porod byl plný komplikací – špatné ozvy, pomalé otevírání, omezená komunikace ze strany

personálu. Gréta nakonec podstoupila akutní císařský řez v celkové anestezii. Když se probudila, dozvěděla se, že její syn tři minuty nedýchal, nikdo jí však nevysvětlil příčinu.

„JÁ JSEM VLASTNĚ TAM BYLA SAMA A NEVÍM, CO SE DĚLO. Nikdo mi to vlastně jako pořádně neřekl.“ [02/122]

Po porodu se potýkala s komplikacemi s hojením jizvy a kojením. Trpěla intenzivní únavou, úzkostmi, depresemi a odcizením od vlastního těla. Psychické problémy přisuzovala únavě a považovala je za normální součást mateřství.

„Já jsem vlastně až pak zpětně si jako uvědomila, v jaké depresi jsem vlastně byla.“
[02/187]

Výrazné zlepšení jejího stavu přišlo až kolem třetího roku dítěte a souviselo i s rozchodem s partnerem, který ji během těhotenství a po porodu dostatečně nepodporoval.

V dětství prožila Gréta traumatické zkušenosti, které mohly mít vliv na její prožívání pozdějších událostí. V roce a půl spolykala babiččiny léky a musela být hospitalizována s výplachy žaludku. V pubertě byla obětí šikany, a navíc pět let trpěla chronickými neustupujícími bolestmi kolene, které rodiče dostatečně neřešili.

„Jak já mám dítě, tak si jako úplně říkám, jak je vůbec možné, že to jako moji rodiče nechali jako zajít tak daleko, že jako já pět let brečím, že mě bolí noha.“ [02/246]

Vztah s matkou popisuje Gréta jako problematický: *„Ona mi nikdy nechtěla porozumět. Ona je jako má empatii nula.“* Tato chybějící podpora se projevila i v období jejího těhotenství a mateřství.

Přes všechny negativní zkušenosti Gréta oceňuje péči některých sester v porodnici a postupně se vyrovnává se svým traumatem, ačkoli dodnes má momenty, kdy si říká: *„Já jsem jako nikdy neměla mít dítě prostě. Jo, jako bez ohledu na lásku k němu.“* [02/263]

Hedvika (P_03)

Hedvika (nar. 1980) rodila dvakrát, pokaždé císařským řezem, přičemž ten druhý v roce 2020 byl pro ni traumatický. Ačkoliv Hedvika vnímá sama sebe jako velmi odolnou osobnost, během několika týdnů po porodu si uvědomila, že něco není v pořádku.

„Já jsem byla taková to se strašně špatně popisuje... Byl to takový koktejl jako špatných emocí. Já jsem se cítila hrozně jako křehká, strašně oslabená ale jako hrozně a na to já úplně nejsem zvyklá. Přišla jsem si, že když se mě někdo jako kdyby se mě někdo dotknul, že se rozsypu prostě na milion kousků.“ [03/45]

Jako příčinu traumatu udává zkušenost z operačního sálu, kde jí anestezioložka nesprávně podala spinální anestezii. Hedvika cítila téměř celý průběh císařského řezu, přestože jí bylo sděleno, že to je „normální“.

„Já cítím jako úplně všechno, ale jakože to ta na tý škále tý bolesti neumím prostě to pojmenovat. Myslím si, že kdybych byla jako normálně jsem věděla, že nerodím a nemusím vydržet, tak jsem odpadla okamžitě.“ [03/98]

Po porodu trpěla Hedvika silnými bolestmi, které trvaly několik týdnů a které zdravotnický personál nebyl schopen účinně tlumit. Když požádala o pomoc, dostala pouze Paralen, což ji velmi rozčílilo. Zdravotnický personál jí v průběhu hospitalizace nenabídl žádnou psychologickou pomoc.

Hedvika rodila během covidového lockdownu, což situaci ještě zhoršilo – měla těžkou anémii, cítila se izolovaná a nikdo ji v porodnici nemohl navštívit. K tomu všemu porodila dítě do nestabilního vztahu, což vnímá jako další zátěžovou situaci. Postupně se začala izolovat od svého okolí.

„Já jsem si přišla fakt jak zvířátko, že chci být jako sama zalezlá a bylo to takový bylo to fakt jako na mě netypický a zvláštní.“ [03/152]

Mimo porodní trauma prožila Hedvika řadu dalších náročných životních situací. Ačkoliv vztah rodičů popsala jako dobrý a jejich vztah k ní jako milující, cítila se osamělá. Její dva starší sourozenci jsou o dvanáct a více let starší. Ve dvanácti letech se topila a dodnes má strach z hloubek. Jako dospělá zažila náhlou smrt otce, který byl sražen jako chodec, a prošla dvěma toxickými vztahy. Druhý partner, se kterým má dceru narozenou v roce 2020, ji vystavoval fyzickému i psychickému násilí.

„Psychické emoční týrání toho nejhoršího kalibru, jaký si umíte představit. Že já jsem dost takový jako fakt nezmar a nezdolná. On mě jako úplně zničil, úplně mě vysál.“ [03/265]

Hedvika dokázala najít v těžkých zkušenostech sílu – k překonání traumat jí pomohly především děti, sebeláska, meditace a jóga. Využila i odbornou pomoc, navštívila psycholožku, studovala problematiku poruch osobnosti a absolvovala výcvik v hypnoterapii. Z traumatických zážitků nakonec dokázala vytěžit i něco pozitivního – odhodlání pomáhat ženám v podobné situaci.

„Já jsem z toho jakoby vyrostla v tom směru, že chci právě pomáhat obětem domácího násilí. Protože vím, že kdo tohle jako fakt nezažije, tak neví, co to je.“ [03/265]

Aneta (P_04)

Aneta (nar. 1983) prožila trauma při porodu své dcery v roce 2021. Už dávno před porodem se tématu porodů věnovala a měla jasnou představu o průběhu porodu vlastního dítěte.

„Já jsem do mnoho let předtím, než jsem otěhotněla, se o porody zajímala, povídala jsem si jako více, než asi bývá obvyklé u žen, které ještě děti nemají s jinými ženami, o jejich porodech a o všem možným.“ [04/35]

Aneta měla traumatické zážitky z minulosti, které ji při porodu ovlivňovaly. Byla v mládí znásilněna, což jí způsobilo sexuální trauma a strach z bolesti. Navíc měla komplikovaný vztah k alkoholu. V opilosti vyhledávala muže, které dobře

neznala a měla s nimi intimní styk, který si příliš nepamatovala. „No, a pak vlastně jsem se nechala v uvozovkách. S někým znásilnit vlastně, i když to vypadalo jako dobrovolně.“ [04/83] Do toho se mísila její nedůvěra vůči lékařům a zdravotnickému systému.

Dlouho nemohla najít vhodnou porodní asistentku, která by ji k porodu doprovodila. Její kamarádka, která byla také porodní asistentka, a se kterou byly původně domluveny, otěhotněla a tím pádem s ní k porodu nemohla. Po problematických zkušenostech s první vybranou porodní asistentkou nakonec našla druhou. Přestože k této ženě neměla plnou důvěru, neměla již jinou možnost. Shodou okolností začala v den jejího porodu rodit i jiná žena se stejnou porodní asistentkou, což způsobilo, že Aneta zůstala v klíčových momentech bez opory. „Takže se stalo přesně to, z čeho jsme si dělaly prdel, že by bylo teda vtipný, kdybysme začly rodit... spolu a ta [porodní asistentka] tam prostě lítala mezi náma. ... Jenže v momentě, kdy já jsem začla mít první kontrakce a potřebovala jsem teda s ní nějak jako konzultovat, jako co se děje, tak ta byla v [porodnici] s tou ... druhou. ...takže mě vůbec neviděla.“ [04/146]

Porod se vyvinul ve velmi traumatický zážitek. Aneta vnímala nedostatek podpory od porodní asistentky i partnera, cítila se v bolesti osamělá, vyčerpaná a neměla možnost zaujmout pohodlnou polohu. Porod nakonec skončil použitím oxytocinu, tlačáním na břicho a použitím VEXu (vakuumextraktoru). Při porodu utrpěla Aneta velká zranění a měla značnou krevní ztrátu, která musela být řešena krevní transfuzí.

Po porodu se problém s traumatem prohloubil kvůli komplikacím s kojením. Dcera se nemohla přisát a Aneta používala kloboučky, což jí bralo pocit plnohodnotného kojení. Fyzicky byla ve velmi špatném stavu, nemohla sedět a trpěla velkými bolestmi.

„Já jsem v té posteli žila jo. Takže třeba po těch 4 týdnech... jsem poprvé jako vylezla ven jako jo. Že jsem vyšla před dům a ušla jsem třeba 20 metrů.“ [04/215]

Nepříjemné zážitky pokračovaly v šestinedělí, kdy se setkala s neprofesionálním přístupem zdravotnického personálu, který ji kritizoval za kojení mimo tříhodinový interval. Situace měla dopad i na její psychiku. Cítila se jako „nejhorší matka na světě“ a viděla se jako někdo, kdo nezvládl porod a neumí se postarat o dítě.

„Byla jsem úplně, jakože sám jsem asi přes sedm stupňů na stupnici cítila, že jsem se nějak vědomě prostě posunula do nějakýho psycho stavu, že fakt jsem jako viděla, že se mi rozsypává osobnost.“ [04/264]

Zlom nastal až po několika měsících, kdy se dcera konečně začala přísávat bez kloboučků. Přesto trauma přetrvává. Po třech letech stále trpí bolestmi při sexu, což komplikuje plány na druhé dítě.

K dalšímu znovuprožívání traumatu přispělo trestní oznámení porodní asistentky v reakci na Anetiny negativní recenze, jež o ní Aneta napsala v různých skupinách na sociálních sítích. To celou situaci znovu otevřelo a brání Anetě v uzavření této kapitoly života.

V dětství Aneta prožila také jiná traumata. Její vlastní porod byl velmi komplikovaný, klešťový a ona i matka byly po porodu ohroženy na životech. Její matka byla traumatizována svou matkou, která přežila holocaust a ke svým dcerám nebyla vřelá. Matka Anety se již v dětství naučila vymoci si proto pozornost únikem do nemocí. Tuto strategii si zachovala až do dospělosti, kdy její nemoci byly chronické. Aneta od rozvodu rodičů žila ve strachu, že její matka zemře a ona bude muset žít s otcem, se kterým neměla vřelý vztah.

Anetin otec byl lékař, ale jeho vztah k pacientům popsala jako arogantní. Znovu se oženil se ženou, také lékařkou, ke které Aneta cítí odpor. Cítí se být traumatizována i okolnostmi, které zavinila otcova druhá žena. Aneta ji viní z úmrtí

svého nemocného otce, se kterým jí dlouhodobě odpírala kontakt. Otcova druhá žena Anetě nesdělila, že její otec zemřel. Tuto informaci se dozvěděla až dlouho po jeho pohřbu.

Navzdory všemu se Aneta vnímá jako osobnost, která je aktivní při řešení problémů a sama hledá pro sebe potřebnou pomoc.

Petra (P_05)

Petra (r. 1989) prožila dva porody. První v roce 2019 a druhý v roce 2022. První porod byl pro ni traumatizující zejména kvůli nevhodnému přístupu personálu.

Na příjmu jí sestra odmítla porodní plán slovy: *„Tohle to si nechte, tenhle ten porodní plán tady vůbec jako vůbec nebudeme jako s váma to, tady se dělá automaticky všechno. Tohle to nosí jenom hysterický ženský, co prostě neví, co by si vymyslely už.“* [05/42] Poté následoval necitlivý přístup, kdy lékaři komentovali její hmotnost a zpochybňovali její schopnost porodit přirozeně.

Přestože Petra měla jen několik jednoduchých požadavků (žádné léky, neodebírat dítě, pokud možno žádný nástřih a možnost se během porodu napít), personál jí navzdory jejímu přání zavedl oxytocin v kapačce. *„Do toho mi napíchli, já jsem říkala, že nechci jako žádný léky... No, tak ona jenom dáme takhle kapačku, do toho dáme něco trošičku na uklidnění a když jsem se stačila vzpamatovat, tak už mi píchali do ruky.“* [05/89]

Po porodu dítě okamžitě odnesli, aniž by jí ho ukázali, přestože nebylo nic v nepořádku. Vrátili ho téměř po hodině *„...úplně zabalený jako vánočku“*. Petra byla těsně před porodem dítěte v porodní vaně, a po porodu zůstala v mokřém oblečení na porodním lehátku. Zdravotnický personál nechal Pavlu ležet s nohama nahoře, nepřikrytou a bez možnosti se napít. Deku a nápoj jí po nějaké době nabídla až

uklízečka, která přišla vytrít podlahu na porodním pokoji. Když dítě po několika hodinách konečně Petře přinesli, neměla ani chuť ho pochovat: „*To byl fakt stav úplně strašnej, jo... Mě kdyby poslali domů, tak já bych možná odjela i bez něj.*“ [05/127]

Na šestinedělí dostávala od sester rozporuplné rady ohledně kojení, omezovaly ji v přístupu k dítěti a zakazovaly jí kojit mimo stanovený časový harmonogram.

Petřino trauma bylo umocněno předchozími negativními zážitky ze zdravotnických zařízení. V dětství prodělala několik operací a hospitalizací. Tyto zkušenosti společně s traumatickým porodem vedly k tomu, že v devíti měsících prvního dítěte uvažovala o sebevraždě. K prvorozenému dítěti si velmi dlouho hledala vztah. Cítila se velmi sevřená a uzavřená, nebyla schopná komunikovat se svým okolím o tom, co se v ní děje.

Druhý porod, přestože se na něj lépe připravila a měla dudu, provázely také nepříjemné zážitky, zejména manipulace a zastrašování ze strany zdravotnického personálu. Petra má vysoký tlak, který byl v těhotenství ještě vyšší. Na kontrole v nemocnici ji chtěli z tohoto důvodu hospitalizovat. Petra hospitalizaci odmítla a ze strany lékařky pak zažila vydírání, zastrašování a manipulaci, že kvůli jejímu rozhodnutí dítě zemře. Jiný lékař ještě navrhl další testy, ve kterých se ukázala bílkovina v moči. Načež Petře sdělil, že se určitě jedná o preeklampsii a že pokud půjde domů, zemře dítě i ona. Petra nakonec na hospitalizaci přistoupila. Následně ji začal lékař nutit do vyvolávání porodu, což odmítala. Nakonec zůstala v nemocnici tři dny. Dítě se však narodilo až o několik dní později, po propuštění.

Petra v současnosti dochází k psycholožce a postupně své trauma zpracovává.

Laura (P_06)

Laura (nar. 1985) prožila dva porody v letech 2020 a 2023. Jako traumatický vnímá zejména první porod.

Laura se rozhodla porodit v krajské fakultní nemocnici, která je hodinu cesty od jejího bydliště, kvůli obavám z možných zdravotních komplikací u dítěte, které se nakonec nepotvrdily. Do nemocnice připravila porodní plán, který však nebyl ze strany zdravotnického personálu zcela respektován.

O traumatické povaze zážitku vypovídá, jak Laura popisovala přístup zdravotnického personálu, který jí nabízel různé intervence, které Laura odmítala z důvodu nežádoucích účinků. Sestra na odmítnutí epidurální analgezie reagovala: *„No, vy jste... vy jste nějak moc studovala!“* [06/78] Přestože Laura nechtěla родit v poloze na zádech, byla personálem k této poloze přinucena: *„Já jsem říkala jakože nechcu prostě. Že nechci ležet na zádech, že to jako nejde. Že se chcu to a ona jakože: ‚nenene‘.“* [06/105]

Laura si negativní pocity z porodu uvědomovala již během samotného porodu: *„už při tom porodu jsem si tak nějak uvědomovala, že to není tak, jak jsem si představovala.“* [06/142] Necítila podporu svého partnera, od kterého očekávala, že bude stát při ní a pomůže jí v komunikaci potřeb. Partner však nakonec nepomohl Lauře zabránit nástřihu hráze, který si výslovně nepřála. Tato zkušenost pak nadlouho ovlivnila jejich partnerský vztah.

Laura má nepříjemnou zkušenost i z oddělení šestinedělí, kdy jí sestry zakazovaly mít syna u sebe v posteli (ačkoliv jí to před tím jiná sestra dovolila), trvaly na vážení dítěte před a po kojení. *„Takže jako všechno člověk vlastně dělá špatně. Protože každý říkal něco jiného a nebyly jako sjednocené ty rady... Fakt si člověk jako pomáhal domů no.“* [06/187]

Laura narazila i na nerespektování jejího přání v rodině partnera. Před porodem si přála, aby jí všichni alespoň 14 po narození syna dopřáli klid a vynechali

návštěvy. Rodiče partnera však přijeli již v ten den, kdy Laura s dítětem došla domů z porodnice, byla vyčerpaná. „*Mě to prostě hrozně naštvalo, protože jsem byla jako ve strašné stavu že [máchně rukama a pousměje se]. A ještě tchán si mě jako fotil od dveří...*“ [06/213]

Později během šestinedělí se u ní objevily intruzivní myšlenky: „*Jsem měla asi nějakou jako psychózu. Jsem si třeba představovala... co by se stalo, kdybych tomu malému něco udělala.*“ [06/241] Také popisovala pocity skleslosti, hněvu a zklamání ze sebe samé, že si nedokázala obhájit své potřeby.

Na svůj druhý porod v roce 2023 v jiné, menší nemocnici, byla již lépe připravená. Měla sepsané dříve vyslovené přání a absolvovala několik konzultací s primářem a porodní asistentkou. Díky této přípravě a lepšímu přístupu personálu vnímá druhý porod pozitivněji: „*Byla jsem prostě fakt ráda, hrdá, že jsem to zvládla dobře.*“ [06/285] Situaci však zkomplikovalo omotání pupečníku kolem krku dítěte a následné vyšetření, během kterého zažila další stresující okamžiky. Dítě beze slov odnesli a její partner jej následoval. „*Takže mě zase... tak jako mě dávali do kupy a to bylo jako to čekání, jestli se jako vrátí sám [chvoění v hlase]... to bylo hrozné no [pláč]. Naštěstí se nevrátil sám [pláč doplněn úsměvem].*“ [06/307] U druhého porodu jí byl partner lepší oporou. Několik dní po porodu za ní přišla na oddělení šestinedělí zdravotní sestra, vyptat se na důvody dříve vysloveného přání, na obavy, které měla před porodem a její psychický stav po porodu.

Laura v rozhovoru zmiňuje i další náročné životní události, které mohly přispět k její zranitelnosti. Její matka prodělala během těhotenství s Laurou spalničky a měla následně obavu, že bude Laura postižená. Rodiče měli časté konflikty (kvůli financím, úklidu apod.) Po jedné hádce na výletě otec matku nechal na benzínové pumpě a odjel s dětmi domů. Matka měla výbušnou povahu, často z okna okřikovala hrající si děti za domem. Ty pak Lauru ve škole několik let šikanovaly.

K vyrovnání se s traumatem Laura vyhledala terapeutickou pomoc. Absolvovala EMDR terapii, která jí pomohla zkušenost zpracovat. Zkusila také kraniosakrální terapii, ačkoli ji vnímá spíše jako ezoterickou záležitost než léčebnou metodu. Zkušenost s porody ji podle jejích slov posunula k větší asertivitě a změnila její pohled na zdravotnictví: *„s tou slepou důvěrou k těm zdravotníkům. No, že to jako není úplně ono. Už to není moje cesta, že já jsem fakt jako ten studijní typ, a ještě si jako nenechám zas tak úplně všechno nakukat. Nebo oni jsou taky jenom lidi, prostě. Kteří umí udělat chyby.“* [06/358]

Táňa (P_07)

Táňa (nar. 1979) rodila dvakrát. První porod v roce 2016 vnímá jako traumatický, a i druhý porod v roce 2019 byl náročný a skončil císařským řezem.

Táňa popisuje, jak se celá situace v pěti minutách „obrátila v noční múru“ při první kontrolní návštěvě v porodnici. Ačkoliv těhotenství bylo bezproblémové, při kontrole ji primář na základě prvního pohledu bez hlubšího vyšetření oznámil: *„Vy jste drobná... no, já to vidím na císaře.“* [07/45] Když Táňa vyjádřila nesouhlas a přání родit přirozeně, primář reagoval podrážděně s argumentem, že *„porodil 1000 dětí... a že to vidí na klešťový porod, a že on ho umí, ale já ho nechci zažít“*. [07/63] Táňa popisuje: *„Myslela jsem, že omdlím. Bylo mi zle, hučelo mi v hlavě.“* [07/77]

Už když vstoupila na předoperační sál, cítila se sama a opuštěná. Její tehdejší manžel (cizinec) jí neposkytl potřebnou oporu, pouze seděl a četl si. Na lehátku před operačním sálem se rozplakala, což vyvolalo znepokojivou reakci zdravotníka: *„Nesmíte plakat... to bychom vás v případě komplikací nemohli intubovat.“* Táňa čekala utěšení, ale tato věta jí rezonovala v hlavě ještě dlouho poté.

Táňa popisuje své psychické stavy po porodu: *„Byla jsem na celou situaci dost našťovaná, byla jsem pořád plačtivá, střídaly se mi nálady, cítila jsem vinu...“* [07/136] Na některé detaily porodu si nemohla vzpomenout, opakovaně se jí vracely záblesky

situací, které nemohla kontrolovat. Měla pocit, jako by jí „někdo ten porod ukradl“ [07/156]. Když o svých pocitech chtěla mluvit, často slyšela: „Máš být ráda, že jste oba zdraví, a že na porod máš zapomenout.“ [07/104]

Porodní trauma se u Táni propojilo s předchozími traumatickými zkušenostmi. V minulosti zažila několik velmi negativních zkušeností se zdravotníky, včetně bolestivého gynekologického vyšetření bez informovaného souhlasu, kdy jí lékař provedl biopsii děložního čípku. Zažila také psychické i fyzické násilí ze strany prvního manžela.

Táňa reflektuje, jak její traumatické zážitky ovlivnily následný vztah a reakce v intimních situacích. Popisuje momenty, kdy určité podněty (třeba tón hlasu nebo pocit, že je v pasti bez možnosti útěku) vyvolávají intenzivní reakce strachu: „*Buší mi srdce, chci utéct, ale nemůžu a pak prostě začnu křičet. Jsem strachy bez sebe.*“ [07/198]

Na otázku, zda se jí někdy nějaký lékař ptal na její traumatickou historii, odpovídá jednoznačně: „*Ne, na to, co mám za sebou, se mě nikdy nikdo neptal.*“ [07/214] Poukazuje na to, že lékaři se ptají pouze na fyzickou anamnézu, nikoliv na psychické prožitky pacientů.

Táňa si nese traumatické zážitky i z dětství. Rodiče neměli úplně harmonický vztah. Její matka několikrát od jejího otce odešla a nechala ji s ním. Poprvé se tak stalo v jejím roce (což ví z vyprávění), pak ve čtyřech letech, na což si již vzpomíná. Tyto odchody se opakovaly, stejně jako mimomanželské vztahy matky, o kterých již jako dítě Táňa věděla. Po rozvodu rodičů zůstala s otcem, což byla její volba. Snažila se tak „donutit“ matku k volbě mezi ní a novým partnerem. „*Tak nějak dětsky naivně jsem si myslela, že se vzpamatuje nebo co. A že zůstane, nebo že odejde od nového partnera, protože prostě já jsem pro ni na prvním místě. Ale ona na to nereagovala. To pro mě byla dost velká rána.*“ [07/245]

Nepřítomnost matky nesla těžce, nebyla pro ni ve chvílích, kdy ji potřebovala. Pro Táňu je těžké téma opouštění. Když její současný manžel jede

někam přes noc nebo na delší dobu, nemůže (nechce) spát do ranních hodin, kdy pak usne vyčerpáním. Špatně snáší náhlé změny, např. když s manželem mají naplánovaný společný program a on na poslední chvíli musí dělat něco jiného. Cítí zaplavení úzkostí, negativními emocemi a má pocit opuštěnosti.

S traumatem se postupně snaží pracovat prostřednictvím terapie, kterou vyhledala před čtyřmi lety. Pomáhá jí uvědomění, že to, co se jí stalo, není její vina, a učí se regulovat své emoce. Se současným partnerem otevřeně komunikuje o svých potřebách, což jí pomáhá postupně se s traumatem vyrovnávat.

7.2 Analýza témat napříč případy

V této části prezentuji výsledky výzkumu po tématech napříč jednotlivými případy. Nejprve v Tabulce 5 prezentuji souhrnně výskyt jednotlivých témat napříč sedmi rozhovory. Za tabulkou následuje samotná analýza.

Tabulka 5

Tabulka výsledných témat (srovnání)

Hlavní téma	Podtémata	Výskyt v rozhovorech						
		01	02	03	04	05	06	07
A. Ztráta kontroly a autonomie při porodu	Nucené intervence a zákroky bez souhlasu	x	x		x	x	x	x
	Neschopnost rozhodovat o vlastním těle	x	x	x	x	x	x	x
	Nerespektování porodních přání	x	x		x	x	x	x
	Pocit bezmoci	x	x	x	x	x	x	x
B. Nedůstojné zacházení a komunikace	Ponižování a znevažování	x	x		x	x	x	x
	Bagatelizace potřeb a pocitů ženy	x	x	x	x	x	x	x
	Odlidštěný přístup personálu	x	x	x	x	x	x	x
	Nedostatek informací a komunikace	x	x	x	x	x	x	x
C. Narušený vztah k dítěti a sobě	Problémy s bondingem	x	x		x	x	x	x
	Problémy s kojením a péčí	x	x	x	x	x	x	x

	Sebeobviňování a pocity selhání	x	x	x	x	x	x	x
	Ztráta důvěry ve vlastní tělo	x	x		x	x	x	x
D. Psychické důsledky traumatu	Flashbacky a intruzivní vzpomínky	x		x	x		x	x
	Úzkost a deprese	x	x	x	x	x	x	x
	Sociální izolace	x	x		x	x	x	x
	Narušená identita	x	x	x	x	x	x	x
E. Předchozí traumata jako prediktory	Zkušenosti s domácím násilím	x			x			x
	Traumatické gynekologické zážitky			x				x
	Vývojová traumata z dětství	x					x	x
	Transgenerační přenos traumatu	x					x	x
F. Vztahové a sociální dopady	Negativní vliv na partnerský vztah	x	x		x	x	x	x
	Narušení vztahů s okolím	x	x		x	x	x	x
	Nepochopení a bagatelizace zážitku okolím	x	x	x	x	x	x	x
	Obhajoba vlastních potřeb v dalších vztazích				x		x	x
G. Systémové a institucionální faktory	Absence psychosociální anamnézy	x	x	x	x	x	x	x
	Nedostatečná kontinuita péče	x	x	x	x	x		x
	Rutinní zásahy a medicínský model péče	x	x	x	x	x	x	x
	Nedostatek podpory po porodu	x	x	x	x	x	x	x
H. Cesty k zotavení	Terapeutická pomoc	x		x	x		x	x
	Edukace a příprava na další porod	x			x		x	x
	Podpora při dalším porodu				x		x	x
	Osobnostní růst a asertivita	x	x		x		x	x

A. Ztráta kontroly a autonomie při porodu

Ztráta kontroly a autonomie představuje jedno z nejčastějších a nejsilnějších témat, které se objevuje ve všech analyzovaných rozhovorech. Ženy popisují situace, kdy byly zbaveny možnosti rozhodovat o vlastním těle a průběhu porodu, což výrazně přispělo k jejich traumatické zkušenosti.

Nucené intervence a zákroky bez souhlasu

Ve většině rozhovorů ženy popisují zákroky, které na nich byly provedeny bez jejich informovaného souhlasu nebo navzdory jejich výslovnému nesouhlasu. Tyto zásahy zahrnovaly podání oxytocinu, provedení nástřihu hráze, Hamiltonův hmat, tlačení na břicho a další.

Vanda popisuje situaci, kdy jí byl proveden Hamiltonův hmat bez souhlasu: *„Jo pro proběhl tam vlastně týden před porodem, tam proběhl bez mého souhlasu Hamiltonův hmat ze strany doktorky. Vůbec mi neřekla, co se bude dít, udělala ho, a ve chvíli, kdy já jsem se cukla s tím, že to bolí, tak se na mě obořila.“* [01/44a]

Podobně Petra popisuje podání oxytocinu bez jejího vědomí: *„A v kapačce byl teda oxytocin. To jsem zjistila až potom z dokumentace, včetně...“* [05/50e]

Neschopnost rozhodovat o vlastním těle

Ženy se opakovaně setkávaly s tím, že jejich preference a volby nebyly respektovány či byly přímo ignorovány. Tato zkušenost vedla k pocitu, že jsou pouhým objektem, na kterém jsou prováděny zákroky, a ne aktivním účastníkem či partnerem v komunikaci u svého porodu.

Lenka popisuje, jak jí nebylo umožněno změnit polohu při porodu: *„Já jsem říkala jakože nechcu prostě. Že nechci ležet na zádech, že to jako nejde. Že se chcu to a ona jakože: ‚nenene‘. Takže mě prostě zmanipulovali do toho, že jsem ležela na zádech.“* [06/75b]

Táňa popisuje, jak byl ignorován její nesouhlas s císařským řezem: *“...řekl mi: no, já to vidím na císaře. No, na to jsem mu řekla, že s tím nesouhlasím, a že chci rodit přirozeně. Tak do mě začal hučet, že on to tak nevidí, že on má za sebou 1000 porodů, a že mu přeci nechci říct, že neví, co dělá.“* [07/16]

Nerespektování porodních přání

Několik žen přišlo k porodu s porodním plánem nebo přáním, která však byla nerespektována nebo byla výslovně odmítnuta s tím, že není nutný, jelikož nemocnice volí postupy v plánech či přáních zmiňované. Toto odmítnutí často

vedlo k pocitu, že jejich příprava byla zbytečná a že jejich preference nemají žádnou hodnotu.

Petra popisuje první reakci na její porodní přání: *„Tohle to si nechte, tenhle ten porodní plán tady vůbec jako vůbec nebudeme jako s váma to, tady se dělá automaticky všechno. Tohle to nosí jenom hysterický ženský, co prostě neví, co by si vymyslely už.“* [05/44c]

Vanda reflektuje, jak její porodní plán mohl přispět k problémům: *„Myslím si, že částečně to mohlo způsobit i moje můj seznam porodních přání, který jsem tehdy napsala před sedmi rokama. To nebylo úplně asi standardní, aby člověk s tím přišel do porodnice a měl tam takový porodní přání jako já.“* [01/51b]

Pocit bezmoci

Kombinace všech výše zmíněných faktorů vyvolala v ženách hluboký pocit bezmoci, který se objevuje ve všech případech. Ženy popisují, jak ztratily kontrolu nad situací a jak se cítily neschopné ovlivnit dění kolem sebe.

Gréta popisuje: *„Já jsem byla asi tak v transu, jakože že oni ví, co dělají...“* [02/81]

Vanda popisuje situaci ke konci druhého porodu: *„Křičela tam na mě porodní asistentka. Prostě bylo tam jako pět lidí zaráz, z toho jeden člověk, kterej se mi ani nepředstavil. Já vůbec nevím, byl to člověk, co tam přijel s tím sonem, s tím přístrojem, ale nevím, ehm nepředstavil se prostě ani. A najednou tam jako bylo pět lidí, který mě intenzivně tlačili do toho, že musím porodit, že už se to děje, že už je sestoupená v pánvi a já jsem byla ale tak strašně jako vnitřně sevřená [respondentka pláče], tak strašně jsem se jako bála.“* [01/127]

B. Nedůstojné zacházení a komunikace

Dalším výrazným tématem je nedůstojné zacházení a nevhodná komunikace ze strany zdravotnického personálu, které se objevují napříč všemi rozhovory.

Ponižování a znevažování

Ženy popisují situace, kdy se cítily ponížené nebo znevažované zdravotnickým personálem. Zmiňují zejména časté verbální ponižování, ironické komentáře nebo nerespektující chování.

Petra popisuje situaci, kdy byla konfrontována sestrou, která kontrolovala její kojení: *„,To snad ne. Co vy tu děláte vy ho jako kojíte teď? Už po hodině a půl nebo po dvou hodinách to snad prostě nemyslíte vážně. To kvůli vám, takhle strašně řve to dítě!“* [05/89]

Laura popisuje reakci sestry na její rozhodnutí nenechat si píchnout epidurál: *“Já říkám, no ale tak protože vím, že jsou nějaké jako účinky negativní, vedlejší. A ona mi na to řekla třeba: ,No, vy jste... vy jste nějak moc studovala.“* [06/71]

Bagatelizace potřeb a pocitů ženy

Téměř všechny ženy se setkaly s bagatelizací svých pocitů, potřeb nebo bolesti ze strany zdravotníků. Jejich obavy byly často odbývány jako přehnané nebo nevýznamné.

Vanda popisuje, jak byly její bolest a strach bagatelizovány: *“...dokonce pak přišel takovej od toho primáře věta, kdy mi řekl: ,Prošli jsme si spolu takovým martýriem, když jste málem podepisovala rewers. Několikrát jste mařila prostě to, že nějaký moje nějaký moje lékařský představy nebo posudky. Zlehčovala jste to, co jsem vám řekl, a nakonec tady děláte takový ciráty, přestože byste mohla přirozeně porodit.“* [01/127]

Odlidštěný přístup personálu

Ženy často popisovaly, jak se cítily jako objekty medicínských zákroků spíše než jako lidské bytosti. Tento odlidštěný přístup je zvláště patrný v situacích, kdy byly ženy vystaveny procedurám bez přiměřeného vysvětlení nebo ohledu na jejich důstojnost.

Laura popisuje, jak ji anestezioložka přehlížela: *“Načež přišla anestezioložka úplně naštvaná, že. Asi, protože prostě spala někde. Tak mi to tam třikrát-čtyřikrát mi to tam se snažila zavést. A vždycky, říkala: ‘nehýbejte se!’”* [06/75a]

Táňa popisuje své zkušenosti z gynekologické ordinace, které souvisely s léčbou její neplodnosti, předcházející těhotenství a porodu: *„Tam seděl doktor, zády ke mně a čuměl do počítače. Nepozdravil a jenom řekl: a vy jste která. Já jsem tam stála úplně tumpachová. Nebyla jsem schopná slova.“* [07/38]

Nedostatek informací a komunikace

Nedostatečná komunikace a absence informací o probíhajících procedurách byly dalším opakujícím se tématem. Ženy často nevěděly, co se bude dít, a nebyly informovány o důvodech zákroků nebo jejich alternativách.

Gréta zdůrazňuje: *“JÁ JSEM VLASTNĚ TAM BYLA SAMA A NEVÍM, CO SE DĚLO.”* [02/61b]

Petra popisuje, jak jí nebyly poskytnuty informace o medikaci, kterou dostala: *„Tak ona jenom dáme takhle kapačku, do toho dáme něco trošičku na uklidnění a když jsem se stačila vzpamatovat, tak už mi píchali do ruky, že jo... A v kapačce byl teda oxytocin. To jsem zjistila až potom z dokumentace, včetně.“* [05/50e]

C. Narušený vztah k dítěti a sobě

Traumatický průběh porodu často vedl k narušení vztahu mezi matkou a dítětem, stejně jako k narušení vztahu ženy k sobě samé.

Problémy s bondingem

Několik žen popisuje problémy s navázáním citového pouta se svým dítětem bezprostředně po porodu, což souviselo s traumatickou zkušeností z porodu, fyzickým oddělením od dítěte nebo vlastními pocity selhání.

Petra popisuje, jak po porodu nechtěla své dítě ani pochovat: *„A já jsem ho nechtěla ani pochovat! Třeba, což bylo takový jako, dneska to vidím jako úplně první varovnej, nejvarovnější signál všeho, prostě, že ženská nechce své dítě ani pochovat jako.“* [05/56]

Vanda popisuje narušení vztahu s dítětem v důsledku traumatu: *„Určitě to ovlivňovalo třeba i vztah s mým dítětem. Jako výrazně, jo. Měla jsem pocit, že v některých stavech, kdy už jsem jako moc si nevěděla rady a vlastně neřešila jsem... jsem se v tom topila takovým způsobem, že jsem začala jako jemu - malýmu vyčítat nebo podvědomě jsem ho začala odmítat.“* [01/28]

Problémy s kojením a péčí

Problémy s kojením a péčí o dítě byly často přímým důsledkem traumatického porodu, fyzických poranění nebo nedostatečné podpory v poporodním období. Tyto problémy dále prohlubovaly pocity selhání a nedostatečnosti žen.

Vanda popisuje své potíže s kojením: *„Nejtěžší bylo pro mě asi právě rozkojit se správně, protože v návaznosti na proběhlej císařskej řez kojení neprobíhalo úplně, jak by mělo. Dlouho trvalo, než se spustilo mlíko a v porodnici tehdy měli takovej přístup, že ehm nepřikládali dítě, nenechávali ho u mě, nenechali ho spát prostě u mě v posteli, musela jsem ho odkládat do postýlky vedle a ehm dokrmovali ho z lahve bez mýho souhlasu v noci.“* [01/71]

Sebeobviňování a pocity selhání

Téměř všechny ženy popisovaly intenzivní pocity selhání a sebeobviňování v souvislosti s porodem. Tyto pocity byly často způsobeny nebo zesíleny komentáři zdravotnického personálu nebo reakcemi blízkých nebo lidí z jejich okolí.

Aneta vyjadřuje tyto pocity velmi jasně: *„...největších jako vlastně složek toho traumatu, že jsem ten porod prostě nezoládla. Že jsem byla úplně jako nejhorší porod, jako*

že jsem jako nejmíň na světě zoládla porod, že všichni ostatní porodili líp, protože já jsem úplně prostě největší jako loser porodní a prostě nejhorší máma prostě.“ [04/63e]

Vanda podobně popisuje své pocity: *„No, em, především jako nějaký pocity pochybnosti o sobě jako hluboký, že jsem se hrozně obviňovala z toho, že to nedopadlo, že to, že jsem udělala chybu někde já.“ [01/26]*

Ztráta důvěry ve vlastní tělo

Traumatický porod vedl u mnoha žen ke ztrátě důvěry ve své vlastní tělo a jeho schopnosti. Tento aspekt je zvláště významný vzhledem k tomu, že porod je přirozenou biologickou funkcí ženského těla.

Aneta reflektuje tuto ztrátu důvěry, když mluví o tom, jak se cítila po porodu: *„Jak kdyby sem byla v té době, do té doby pořád v takové té trošku jako oběti.“ [04/81a]*

Gréta vyjadřuje podobné pocity, když popisuje svůj stav po porodu: *„...celá jsem, jak kdyby od toho těla nějak jako divně, divně jako odtržená...“ [02/39]*

D. Psychické důsledky traumatu

Traumatický porod měl výrazné psychické důsledky, které přetrvávaly dlouho po samotné události. U mnoha participantek se manifestovaly typické příznaky PTSD, jako např. flashbacky, intruzivní myšlenky, nespavost/přílišná spavost a únava, emoční dysbalance, úzkosti aj.

Flashbacky a intruzivní vzpomínky

U mnoha žen se objevovaly flashbacky nebo intruzivní vzpomínky na porod, které se vracely a narušovaly jejich každodenní život.

Táňa popisuje tyto zážitky: „*Občas mě zaplavoval takový šílený pocit, že nemůžu z té situace uniknout, jako bych tam byla zpátky. Hodně se mi to vracelo, když se mě někdo ptal na porod.*“ [07/12]

Laura sdílí: „*Hm. Já jsem měla asi nějakou jako psychózu. Jsem si třeba představovala... Ehm. Co by se stalo, kdybych tomu malému něco udělala, co by se dělo.*“ [06/35]

Úzkost a deprese

Úzkostné a depresivní příznaky byly také častým následkem porodního traumatu. Tyto příznaky zahrnovaly strach, plačtivost, emoční labilitu a ztrátu radosti.

Gréta popisuje své psychické obtíže: „*A v podstatě doted', když o tom jakoby o tom mluvím, nebo jako kdyby se vracím se k tomu. Tak jako ve mně to jako vyvolává úzkost...*“ [02/27]

Laura reflektuje své emoční stavy po porodu: „*A mě ještě štválo, jak všichni... jak mi všichni říkali, že bych jako měla být ráda, že jsme zdraví a že prostě... že mám zdravé dítě a tak. A já jsem se necítila, že to je jako. Že proč bych měla být jako veselá, když vlastně veselá vůbec jako nejsem.*“ [06/37]

Sociální izolace

Mnoho žen se po traumatickém porodu začalo vyhýbat sociálním kontaktům (s přáteli, s užší i širší rodinou) a stáhlo se do izolace, což dále prohlubovalo jejich psychické potíže.

Táňa popisuje: „*Nikam jsem nechtěla moc chodit. Vyhledávala jsem situace, kdy jsem mohla být sama.*“ [07/12]

Vanda popisuje podobnou zkušenost: „*Takže tam se projevovalo i určitá jako nedůvěra k těm k těm blízkým jo, nechtěla jsem to rozebírat vůbec s nima.*“ [01/28]

Narušená identita

Traumatický porod vedl u mnoha žen k narušení jejich identity jako ženy, matky a člověka obecně.

Aneta popisuje, jak porod ovlivnil její identitu: *„...pořád tam bylo to, že kojím přes ty kloboučky a vlastně celou tu dobu jsem to pořád necítila, jako že jsem se pořád necítila jako plnohodnotně.“* [04/77]

Petra podobně vyjadřuje své pocity: *„Ale fakt, ale úplně jako, to jsem v životě nezažila takhle jako to, ani po nejhorší kocovině mi takhle nebylo, prostě. Abych jako měla úplně nula, tak tomu říkám stav nula...“* [05/60a]

E. Předchozí traumata jako prediktory

Analýza rozhovorů ukázala, že předchozí traumatické zkušenosti mohly být významným prediktorem porodního traumatu. Mezi nejčastějšími zkušenostmi ženy zmínily zkušenost s domácím násilím, traumatické gynekologické zážitky, vývojová traumata či transgenerační přenos traumat.

Zkušenosti s domácím násilím

Několik žen popsalo zkušenosti s domácím násilím či násilím ve vztahu, které předcházely porodnímu traumatu. Tyto zkušenosti mohly přispět ke zvýšení jejich zranitelnost vůči traumatizaci během porodu.

Táňa otevřeně mluví o své zkušenosti: *„Ano. bohužel. To bylo s mým prvním manželem, a proto jsem od něj odešla. Když jsem s ním začala žít, začal mě psychicky ponižovat. Pak došlo i na fyzické násilí, i sexualizované.“* [07/42]

Vanda zmiňuje podobnou zkušenost: *„A na to navázaný různý násilí ve vztazích, protože že jo, když člověk na sebe nabaluje v těhle psychických rozporech a stavech lidí, který jsou na tom podobně, tak z toho obvykle vznikají toxický vztahy, který*

nemají úplně dobré základy, takže tam průběžně k drogám se přidávalo násilí ze strany partnera různý...“ [01/84]

Traumatické gynekologické zážitky

Předchozí traumatické zkušenosti spojené s gynekologickými vyšetřeními nebo zákroky byly dalším významným faktorem.

Táňa podrobně popisuje traumatický zážitek z gynekologického vyšetření: *„To byl otřesný zážitek. Já jsem v té době byla panna. A byla jsem poprvé u gynekologa. Bylo to strašně ponižující. Musela jsem se soléknout od pasu dolů v kabině a pak tak dojít do ordinace. Lehla jsem si na lehátko. Doktor mě ani nepozdravil. Hrál mu tam rádio... No a pak mě začal doktor vyšetřovat, normálně zrcadlem. Vůbec jsem nevěděla, co se děje a co dělá. Bolelo mě to. No a pak najednou jsem zařvala bolestí. Když jsem seskočila z lehátka, tak jsem začala krváčet. Tak na mě doktor vyjel, že mu to tam zasviním.“ [07/36]*

Vývojová traumata z dětství

Několik žen zmínilo traumatické zážitky z dětství, které mohly přispět k jejich zranitelnosti vůči porodnímu traumatu.

Laura popisuje své dětství: *„Já jsem byla šikanovaná na základce. A... kvůli mojí mamky, protože ona jak byla na ty nervy... takové slabé, tak na ulici u nás třeba potom... jako ono se to s ní zhoršovalo. Ona třeba tam křičela z okna na děcka, jo, a to byli jako moji kamarádi.“ [06/111]*

Táňa zmiňuje zážitky opuštění: *„Moje máma taky několikrát od mého otce odešla a nechala mě s ním. První vzpomínku na takovou situaci mám, když mi byly 4 roky.“ [07/30]*

Transgenerační přenos traumatu

Zajímavým zjištěním je i transgenerační přenos traumatu, kdy traumatické porody matek mohly ovlivnit prožívání porodu jejich dcerami.

Gréta zmiňuje porodní zkušenost své matky: „*Moje maminka vlastně jako chtěla, ať mi ten porod vyvolají. Oni se tak nějak domluvili, jo. Tam nebyl k tomu žádný důvod. Víím, že separace jako byla, porod byl přirozený. Ona o tom jako nemluví ona jako celý život tordí, že ona bude rodit za tabulku čokolády.*“ [02/117]

Laura popisuje: „*Třeba naši se hodně hádali. Jako mamka říkala, že to nebo někde jsem se nějak tak doslechla, jestli od mamky nebo taťky, jak se přereкло, že to začalo, když jsem měla dva roky, takže se začali tak nějak více jako handrkovat.*“ [06/101]

F. Vztahové a sociální dopady

Porodní trauma mělo významný dopad na vztahy žen s jejich partnery, rodinami i širším sociálním okolím.

Negativní vliv na partnerský vztah

Porodní trauma často negativně ovlivnilo partnerský vztah, a to buď kvůli nepochopení ze strany partnera, jeho nepřipravenosti na porod, nejasnosti jeho role při porodu nebo nemožnosti ženy své zážitky sdílet.

Laura popisuje, jak trauma ovlivnilo její vztah: „*A víím, že tam to jako pošramotilo vztah i mezi námi.*“ [06/31] „*Že jsem mu tu měla za zlé. To, co se tam přihodilo, všechno.*“ [06/33]

Aneta zmiňuje pocity zrady ze strany partnera: „*Pak jsem byla naštvaná i na toho muže, že vlastně i přesto, že jsem se jako připravovala [lehký úsměv] a jeho jsem na to připravovala, že on se nepřipravoval dost.*“ [04/41]

Narušení vztahů s okolím

Trauma ovlivnilo i širší sociální vztahy, často vedlo k odcizení nebo konfliktu s rodinou či přáteli, nebo k uzavření, stažení se nebo izolaci.

Petra popisuje konfliktní situaci s tchyní: „Já jsem právě byla pořád jako přecitlivělá hysterka. A já zas už jako jsem pak neměla potřebu někomu něco jako vysvětlovat, omlouvat se jo prostě.“ [05/120]

Nepochopení a bagatelizace zážitku okolím

Téměř všechny ženy se setkaly s tím, že jejich okolí bagatelizovalo nebo nechápalo jejich traumatický zážitek. To často vedlo k pocitům izolace a k tomu, že ženy přestaly o svých zážitcích mluvit.

Vanda popisuje: „A krom toho jako vůbec nějak projevovat svoje pocity a nějaký jako vysvětlovat okolí, třeba který viděli, že se něco se mnou děje, ptali se co, tak vlastně jakékoli názna toho, že by to mělo mít nějakou spojitost s porodem, oni smetli ze stolu, především třeba moji rodiče s tím, že jsem to přece přežila a že jsme oba zdraví a že co bych jako chtěla a hrozně se to jako zlehčovalo...“ [01/28]

Táňa zmiňuje podobnou zkušenost: „Nerada jsem o tom mluvila, už taky proto, že jsem dost často slyšela, že mám být ráda, že jsme oba zdraví, a že na porod mám zapomenout. Ale já jsem byla naštvaná na tyhle ty věty, protože jsem měla pocit, že mi někdo ten porod ukrad.“ [07/12]

Obhajoba vlastních potřeb v dalších vztazích

Některé ženy popisovaly, jak jim zkušenost s porodním traumatem pomohla lépe vymezit se a obhajovat své potřeby v dalších vztazích, včetně následných kontaktů se zdravotnickým personálem.

Laura popisuje, jak se stala asertivnější po svém traumatickém zážitku: „Hm [přemýšlí pár sekund]. Asi jsem víc, taková asertivnější trochu no. Ale to možná spíš i tak s těma dětma, že je jako chránit a ověřovat si informace a tak no. Jakože je nenechám jenom tak někomu [smích]. Nesvěřím.“ [06/150]

Táňa popisuje, jak musela komunikovat své potřeby s novým partnerem: „Ačkoliv nerada, musela jsem manželovi říci, co se mi stalo. A museli jsme si domluvit pravidla komunikace, aby k takovým situacím nedocházelo.“ [07/46]

G. Systémové a institucionální faktory

Analýza rozhovorů odhalila řadu systémových a institucionálních faktorů, které přispívaly k porodnímu traumatu.

Absence psychosociální anamnézy

V žádném z případů nebyla provedena psychosociální anamnéza, která by identifikovala předchozí traumata nebo zranitelnosti, které by mohly podpořit riziko vzniku porodního traumatu.

Táňa jasně konstatuje: „Ne, nikdo se mě na nic neptal.“ [07/64] na otázku, zda se jí někdo před porodem ptal na její předchozí traumatické zkušenosti. Podobně odpovídá i na otázku týkající se druhého porodu.

Hedvika na otázku, zda se jí u porodu někdo ptal na předchozí traumatické zážitky, odpovídá: „Ne, ne. to, toto teďka vnímám až když to jakoby říkáte, že to tam asi jako vůbec nikdo neřešil.“ [03/45]

Nedostatečná kontinuita péče

Nedostatečná kontinuita péče byla dalším významným faktorem. Ženy často popisovaly, jak se setkávaly s různými zdravotníky, kteří neznali jejich příběh, předchozí zákroky nebo preference, což vedlo k rozporuplným informacím a nekoherentní péči.

Petra popisuje různé a protichůdné informace od personálu: „A takové to vážení a buzerace prostě - nesmí být v posteli, někdo mi to zas jako dovolil, pak přišla jiná

sestra ‚JAKTO, ŽE HO MÁTE V POSTELI?!‘ Takže jako všechno člověk vlastně dělal špatně. Protože každý říkal něco jiného a nebyly jako sjednocené ty rady.“ [05/79]

Rutinní zásahy a medicínský model péče

Mnohé ženy popisovaly, jak byly podrobeny rutinním zásahům bez zohlednění jejich individuálních potřeb nebo okolností. Medicínský model péče, který upřednostňuje technologické intervence před přirozeným průběhem porodu, byl častým zdrojem traumatu.

Vanda popisuje rutinní používání oxytocinu a dalších intervencí: „Rodila jsem dohromady 16 hodin s tím, že ke konci už ehm jsem měla od lékařů informace, že dítě neprospívá. Vlastně zpětně jsem zjistila, že lhali, protože Apgar skóre bylo deset, deset, devět. Hm. Malýmu nic nebylo. A celej ten porod vlastně probíhal normálně, akorát pomalu a oni už pocitově z mé strany teda nechtěli vyvíjet tu snahu, aby ten porod dopadl normálně přirozeně...“ [01/51a]

Gréta popisuje, jak byla zmanipulována do porodu v poloze na zádech: „V kuse jsem měla jako ten pás na tom bříše. Samozřejmě jako jsem už trochu krvácela. Ted’ jsem měla kyslík v nose jo, ted’ jsem měla jako kontrakce co 10 minut byly silné, ale byly jako co 10 minut. Já jsem se jako neotvírala. A ted’ vlastně jako jsem si nemohla, ale vůbec nějak ulevit, protože to prostě s tím monitorem jako nešlo si nějak jako lehnout, sednout, jo.“ [02/57]

Nedostatek podpory po porodu

Mnoho žen zmiňovalo nedostatek podpory v poporodním období, zejména v oblasti kojení, péče o dítě a zpracování traumatického zážitku.

Petra popisuje zážitek bezprostředně po porodu: „Mě tam nechali ležet takhle s těma nohama nahoře, ani mě nepřikryli dekou třeba, nebo mně byla strašná zima, to si pamatuju, že mi byla vlastně hrozná zima, jak jsem byla mokrá z tý vany. Nijak mě vlastně jako nepřikryli nic, tak mi byla jako fakt jako hrozná zima. Pak přišla taková uklízečka a ta

se mě teda jako zeptala, jestli jako chci třeba aspoň přes sebe hodit deku, co tam byla.“
[05/52b]

Táňa popisuje nedostatečnou podporu s kojením: *„Ačkoliv když jsem volala své dule, že s tím mám problém, tak mě tak trošku odbyla, že se to nějak samo upraví. Na to jsem moc nespolehala, tak jsem si hledala informace a snažila jsem se to nějak řešit sama, podle fotek a videí.“* [07/26]

H. Cesty k zotavení

Navzdory výrazným negativním dopadům porodního traumatu na různé oblasti života, popisovala většina žen v rozhovorech i své cesty k zotavení a strategie, které jim pomohly trauma překonat.

Terapeutická pomoc

Několik žen vyhledalo odbornou psychologickou nebo terapeutickou pomoc, která jim pomohla zpracovat traumatický zážitek. Tento krok byl často klíčový pro jejich zotavení.

Laura popisuje svou zkušenost s EMDR terapií: *“Jo ja jsem pak šla i na nějakou jako terapii. Takovou ehm. Nevím, jestli to řeknu správně, protože těch zkratek už [zasměje se]... Nějaká EMT nebo EFT nebo něco takového. Takové jakože tam tikají těma prstama [názorně ukazuje] před očima a...”* [06/43]

Táňa popisuje svou dlouhodobou terapeutickou práci: *„V současné době docházím k terapeutce, která taky pracuje s traumatem. Snažím se, no. Ráda bych některé věci měla zpracované a uzavřené, tak nějak zdravěji, než jen že je vytěsňím nebo někam zasunu.“* [07/52]

Edukace a příprava na další porod

Několik žen popisovalo, jak jim pomohla důkladnější příprava na další porod. Tato zahrnovala důkladnější sběr relevantních informací, volbu vhodnější porodnice nebo porodního týmu, volba porodní asistentky či duly a vyjasnění svých potřeb a přání.

Laura měla před druhým porodem sepsané dříve vyslovené přání podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Takto popisuje svou přípravu na druhý porod: *„A taky jsem předtím druhým si teda dala ještě jakoby větší, větší pozor a vybírala si porodnici a ehm, měla jsem několik sezení s primářem a s tou porodní asistentkou“* [06/51]

Táňa zmiňuje své přípravy: *“Ne, jen jsem si našla dulu, která byla celou dobu se mnou. I potom na sále. To bylo fajn. Cítila jsem, že tam nejsem sama. A přečetla jsem si knížku od Ingeborg Stadelman [[Zdravé těhotenství. Přirozený porod. Název knihy]].“* [07/66]

Podruhé nepodcenila přípravu ani Petra: *„K druhému porodu jsem šla už fakt jako hodně, hodně dobře informovaná rodička, že jsem vlastně po tom, cca po tom roce, po tom prvním jsem se dostala do osvěty a už tam, tam jako načetla knížky a tak dál. Došla mi i spousta věcí, jako, co se vlastně stala a neměla se stát a tak jako tohleto, jestli jsem k tomu druhému se vlastně šla už nabiflovaná...“*

Podpora při dalším porodu

Zajištění lepší podpory při dalším porodu bylo pro mnohé ženy klíčové. Tato podpora často zahrnovala přítomnost duly, soukromé porodní asistentky nebo partnera, který byl lépe připraven.

Laura popisuje, jak se změnil postoj jejího partnera k druhému porodu: *„Já jsem mu říkala, že jak mám rodit podruhé a jestli tam chce jako být, tak se musí připravit lépe [úsměv]. A takže to on jako jo, takže to zlepšilo i ten vztah mezi náma dost. Že fakt jako*

byl ten partner pro mě.“ [06/138] „Už i to, že měl asi ten zájem. To u toho se mnou být o začátku, jakože šel na to jednání a zastal se mě třeba když mu něco nezdálo...“ [06/140]

Petra hledala oporu v porodní asistentce, kterou u prvního porodu neměla: „Já jsem nějak domlouvala i svojí, svojí porodní asistentku, jako co vlastně byla kousek od porodu. Ta nakonec porod nestihla, protože jsem projela tak rychle, že se to prostě nestihla ani dojet.“ [05/144]

Osobnostní růst a asertivita

Mnoho žen popisovalo, jak jim traumatická zkušenost pomohla v osobnostním růstu, zejména v oblasti asertivity a schopnosti hájit vlastní potřeby a hranice.

Hedvika zmiňuje: „A já jsem si vlastně teďka poslední měsíc zjistila, že jsem svobodná, že jsem zase jako volná a že jsem asi takhle svobodná a volná byla možná jednou v životě, co si pamatuju, že vlastně jsem fakt jako z tý hrůzy vyrostla v úplně jako jinýho člověka, nebo spíš možná dozrála.“ [03/98]

Navíc by ráda podpořila jiné ženy v podobné situaci: „Takže jsem si říkala, že bych moc ráda tady pro někoho jako byla, kdo si tím prochází a kdo na to nemusí být úplně sám, protože je to hrozný na to, být sám. Trvá to potom dýl všechno.“ [03/104]

Laura reflektuje svůj posun: „Jo ještě jak ses mě ptala, kam mě to posunulo nebo tak. Tak já jsem jako vždycky byla tak jako feministka, ale teď jsem jako ještě víc [smích]. Jakože fakt, některé ty prostě chlapské kecy úplně...nedávám [smích]. Bráním se, bráním nás!“ [06/158]

Shrnutí a závěry

Tematická analýza sedmi hloubkových rozhovorů se ženami, které zažily porodní trauma, odhalila několik klíčových témat, která se objevovala napříč jejich zkušenostmi. Tato témata zahrnují ztrátu kontroly a autonomie při porodu, nedůstojné zacházení a komunikaci, narušený vztah k dítěti a sobě, psychické

důsledky traumatu, předchozí traumata jako prediktory, vztahové a sociální dopady, systémové a institucionální faktory a cesty k zotavení.

Analýza poukazuje, že porodní trauma je komplexní fenomén s mnoha vzájemně propojenými faktory. Nejde pouze o medicínské komplikace, ale spíše o způsob, jakým je s ženami během porodu zacházeno, jak jsou respektovány jejich potřeby a preference a jak je podporován jejich vztah s dítětem.

Významným zjištěním je role předchozích traumat a zranitelností, které mohou ženy predisponovat k traumatizaci během porodu. Nedotazování se na psychosociální anamnézu a nedostatečné zohlednění individuálních potřeb a historie každé ženy může významně přispívat k rozvoji porodního traumatu.

Dalším důležitým aspektem je systémová povaha mnoha jevů, které k porodnímu traumatu přispívají. Rutinní zásahy, nedostatečná kontinuita péče, nedostatek podpory po porodu a absence psychosociální péče můžeme označit za institucionalizované problémy, které se dají ošetřit systémově.

Přes všechny negativní aspekty porodního traumatu, analýza také poukazuje na značnou odolnost a schopnost zotavení, kterou ženy prokázaly. Jejich cesty k zotavení zahrnují terapeutickou pomoc, lepší přípravu na další porod, zajištění lepší podpory při dalším porodu a osobnostní růst, zejména v oblasti asertivity, hájení svých hranic a obhajoby vlastních potřeb.

Tato zjištění mají významné implikace pro porodní péči. Naznačují potřebu individualizovanějšího přístupu, který bere v úvahu předchozí zkušenosti a zranitelnosti žen, potřebu lepší komunikace a respektu k autonomii žen během porodu, důležitost kontinuity péče a podpory po porodu a potřebu systémových změn v organizaci porodní péče.

7.3 Odpovědi na výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1. Kdy a na základě čeho si ženy uvědomily, že jsou traumatizovány?

Ženy si uvědomovaly traumatizaci v různých časových obdobích. Některé ženy si ji uvědomily prakticky ihned při nebo těsně po porodu, jiné až s odstupem několika týdnů až měsíců. Mezi nejčastějšími signály traumatizace uváděly vtíravé vzpomínky a flashbaky k porodu, neschopnost o porodu mluvit nebo naopak nutková potřeba o něm mluvit, narušený vztah k dítěti (neschopnost cítit radost či vytvořit vazbu), výrazné emoční reakce (pláč, úzkost, vztek), pocity odcizení od vlastního těla, sebeobviňování a pocity selhání jako matky i ženy.

Výzkumná otázka 2. Jaké události před, během či po porodu mohly mít podle žen vliv na to, že porod svého dítěte vnímají jako traumatický?

Události, které ženy uváděly před porodem zahrnovaly nedostatečné informace nebo bagatelizace porodních přání, nestabilní osobní situace (konflikty s partnerem, stěhování a rekonstrukce), nepříjemné či ponižující gynekologické vyšetření.

Během porodu jmenovaly ztrátu kontroly a autonomie při rozhodování, nucené medicínské intervence bez informovaného souhlasu (oxytocin, nástřih, Hamiltonův hmat), nedůstojné zacházení a komunikace od zdravotníků, nátlak a manipulace ze strany personálu, absenci či nedostatečnou podporu partnera/doprovodu, bolest a fyzické vyčerpání bez adekvátní podpory a separaci od dítěte.

Mezi poporodní události, které mohly mít vliv na vnímání porodu jako traumatického, zmínily komplikace při hojení ran, problémy s kojením a nedostatečnou podporu při něm, rozporuplné informace od personálu, nevhodné

komentáře o schopnostech matky, nedostatek respektu k soukromí a potřebě odpočinku, a bagatelizace traumatické zkušenosti okolím.

Výzkumná otázka 3. Zažily ženy v období od svého narození do porodu svého dítěte nějaké události, které mohly přispět k rozvoji poporodního traumatu? Měly před porodem stanovenou psychiatrickou diagnózu?

V analyzovaných datech nebyly explicitně zmíněny předchozí psychiatrické diagnózy, i když některé ženy zmiňovaly úzkostné stavy či potíže. Mezi nejčastějšími životní události, které mohly přispět k rozvoji traumatu ženy uvedly domácí a partnerské násilí, sexuální trauma včetně znásilnění, traumatické gynekologické zážitky, dlouhodobé hospitalizace a negativní zkušenosti se zdravotníky. Mezi další zmíněné patří vývojová traumata z dětství jako opuštění, zanedbávání, šikana ve škole či užívání drog.

Výzkumná otázka 4. Zjišťoval zdravotnický personál před, při nebo po porodu tyto informace? Pokud ano, jakým způsobem?

Z analýzy jednoznačně vyplývá, že zdravotnický personál tyto informace systematicky nezjišťoval. Žádná z respondentek neuvedla, že by s nimi někdo vedl rozhovor o předchozích traumatech, psychických obtížích či zranitelnostech. Jedna respondentka zmínila, že do porodního plánu uvedla informaci o znásilnění, ale není jasné, zda si to někdo přečetl nebo tuto informaci zohlednil.

Standardně byly zjišťovány pouze základní zdravotní anamnestické údaje fyzického charakteru, nikoliv psychosociální faktory.

Výzkumná otázka 5. Pokud zdravotníci informace zjišťovali, zaznamenaly ženy změnu přístupu zdravotníků, tj. že zohlednili jejich minulé zážitky?

Jelikož zdravotníci tyto informace systematicky nezjišťovali, nemohli ani zohlednit minulé traumatické zážitky žen. Naopak, některé ženy zmiňovaly, že zdravotníci přistupovali k jejich porodním přáním s despektem či bagatelizací.

Výzkumná otázka 6. Snažily se ženy nějak zpracovat/zvládnout poporodní trauma, ať už samy nebo s pomocí jiných osob či profesionálů? Pokud ano, co vnímaly jako užitečné a co ne?

Mezi nejčastější způsoby zpracování traumatu s pracovníkem pomáhajících profesí zmínily participantky psychoterapii, EMDR terapii či kraniosakrální terapii. Některým pomáhalo sdílení s blízkými osobami či kamarádkami (ačkoliv většina od toho později z důvodu nepochopení jejich situace upustila). Pro všechny participantky bylo důležité sebevzdělávání, hledání informací a důkladnější příprava na další porod. Některé lépe zvažovaly výběr jiné porodnice a zajištění doly nebo jiné podpory u dalšího porodu.

Jako užitečnou ženy vnímaly zejména terapeutickou pomoc zaměřenou na trauma. Užitečná pro ně byla dále možnost sdílet zkušenost bez bagatelizace a partner, který jejich zkušenost respektoval a podpořil je. Zdůrazňovaly i lepší přípravu a doprovod u dalšího porodu, a svůj pocit autonomie a kontroly nad situací. Při zpracování traumatické události bylo pro některé participantky důležité ujištění a uvědomění si, že trauma není jejich vina.

Naopak jako neužitečné označovaly omezenou dostupnost odborné pomoci, nedostatek odborníků, kteří se zaměřují na ženská témata spojená s porodem, a pobídky k „zapomenutí“ na porod a soustředění se jen na dítě.

8 Diskuse

V této části práce se pokusím kriticky zhodnotit výsledky výzkumu ve vztahu k odborné literatuře a výzkumným cílům, zamyslet se nad jejich významy a implikacemi, a také reflektovat limitace a silné stránky výzkumu. Diskuse je strukturována tak, aby navazovala na hlavní témata identifikovaná v analýze dat a odpovídala na výzkumné otázky.

8.1 Interpretace výsledků ve vztahu k odborné literatuře

Ztráta kontroly a autonomie jako klíčový faktor traumatu

Z provedené analýzy vyplynulo, že ztráta kontroly a autonomie představovala jeden z nejsilnějších faktorů přispívajících k porodnímu traumatu. Participantky popisovaly situace, kdy byly nuceny podstoupit intervence bez jejich souhlasu, kdy byly ignorovány jejich přání a preference, a kdy se cítily bezmocné ovlivnit průběh porodu. Tyto výsledky jsou v souladu s předchozími výzkumy, které identifikovaly ztrátu kontroly jako významný prediktor porodního traumatu a následné PTSD (Ayers et al., 2016; Hollander et al., 2017).

Například studie Ayers et al. (2016) zjistila, že pocit bezmoci a ztráta kontroly patří mezi nejsilnější prediktory porodního traumatu. Podobně Thomson a Downe (2010) zdůrazňují význam autonomie ženy a její zapojení do rozhodování během porodu jako klíčových faktorů pro pozitivní porodní zkušenost. Zajímavé je, že v našem výzkumu byla ztráta kontroly často spojena s rutinními zákroky a intervencemi, které byly provedeny bez dostatečné komunikace a informovaného souhlasu, což koresponduje se zjištěními Hollander et al. (2017), kteří identifikovali nedostatek informací a nevyžádané intervence jako významné faktory vzniku traumatu.

Nedůstojné zacházení a komunikace

Druhým významným tématem bylo nedůstojné zacházení a nevhodná komunikace ze strany zdravotnického personálu. Participantky popisovaly situace, kdy se cítily ponížené, kdy byly jejich pocity a potřeby bagatelizovány, a kdy s nimi bylo zacházeno neosobně a bez respektu. Tato zjištění korespondují s konceptem tzv. porodnického násilí (Borges, 2018), které zahrnuje necitlivé zacházení, nedostatek respektu a ponižování rodičích žen.

V šesti případech ze sedmi participantky zmiňovaly problematický přístup zdravotnického personálu včetně jeho únavy, odměřeného přístupu, ironie, sarkasmu a bagatelizace, zvláště ve vztahu k požadavkům specifikovaným v porodních přáních. Například v případě Petry, kdy sestry komentovaly její hmotnost a označily ženy s porodním plánem za „hysterické“, nebo v případě Laury, kdy byla kritizována za to, že „moc studovala“. Ratislavová (2008) upozorňuje na to, že způsob komunikace s rodičí ženou může významně ovlivnit její vnímání porodu, což naše studie jasně potvrzuje. Participantky si často pamatovaly konkrétní slova a fráze, které k nim byly proneseny během porodu, a tyto výroky měly dlouhodobý negativní dopad na jejich psychické zdraví.

Vzhledem k tomu, že všechny účastnice studie se na porod aktivně připravovaly a většina měla vysokoškolské vzdělání, nelze nejspíše jejich traumatickou zkušenost přičítat nedostatečné informovanosti či přípravě, což dodává určitý důkaz, že by mohlo jít o častější problém či dokonce o systémovější povahu problému.

Narušení vztahu k dítěti a sobě

Analýza rozhovorů odhalila, že traumatický porod často vedl k narušení vztahu mezi matkou a dítětem a k narušení vztahu ženy k sobě samé. Participantky

popisovaly obtíže s navázáním citového pouta s dítětem, problémy s kojením a péčí o novorozence, intenzivní pocity selhání a ztrátu důvěry ve vlastní tělo.

Významným aspektem, který se opakovaně objevoval ve výpovědích participantek, byla důležitost kojení a negativní zkušenosti s dokrmováním dětí glukózou nebo umělým mlékem na oddělení šestinedělí bez souhlasu matek. Tyto praktiky jsou v rozporu s doporučeními WHO, podle kterých by měly zahájit kojení během první hodiny po porodu a měl by být umožněn nerušený kontakt matky a dítěte kůže na kůži (*skin-to-skin*) (World Health Organization, 2025). První hodiny a dny po porodu jsou pro dobrou tvorbu mléka a tedy pro úspěšné a dlouhodobé kojení klíčové (DiGirolamo et al., 2008). Pokud je dítě zdravotnickým personálem krmeno z lahve, má to negativní vliv na sací reflex dítěte a může se stát, že se kojení vůbec nezdaří, což má následně mimo jiné vliv nejen na citovou vazbu mezi dítětem a matkou, ale také na imunitu dítěte a jeho celkové zdraví (viz např. Zimmerman & Thompson, 2015).

Tato praxe je ovlivněna častým porušováním Mezinárodního kodexu WHO o marketingu náhrad mateřského mléka, který je sice v České republice přijat, ale jak naznačují výpovědi participantek, není důsledně dodržován. Tento kodex má za cíl ochranu kojení prostřednictvím omezení reklamy na umělou výživu, kojenecké láhve a dudlíky, příkrmy, jídla a nápoje pro děti při zavádění tuhé stravy (např. čaje, kaše, příkrmy apod.). V kultuře, ve které je model či kulturní vzorec kojení oslaben nebo zcela chybí (jako např. i v České republice, kvůli ne/podpoře kojení v minulosti), má reklama na umělé mléko významný vliv a nabízí model krmení dětí (World Health Organization, 1981, 2017). V českých gynekologických ambulancích a porodnicích jsou ženám často rozdávány reklamní balíčky plné vzorků umělých výživ, kojenecké kosmetiky a reklamních letáků na výše uvedený obsah. Stejně tak je na oddělení šestinedělí častý dokrm novorozence z lahve. Výzkum Bartick et al. (2016) potvrzuje, že podpora kojení je klíčová pro zdraví

matky i dítěte, a nerespektování této potřeby může přispívat k poporodnímu traumatu.

Další příčinou stresu a traumatu bylo omezování kontaktu matky s dítětem, např. separace po porodu, nepodpora nerušeného kontaktu kůže na kůži (skin to skin), ale také zákazy mít dítě u sebe v posteli na oddělení šestinedělí.

Tyto praktiky jsou v přímém rozporu s vědeckými poznatky o důležitosti kontaktu kůže na kůži (skin-to-skin), který podporuje termoregulaci novorozence, usnadňuje kojení a podporuje bonding (Chi Luong et al., 2016). Navíc Marinelli et al. (2019) či Wennergren et al. (2021) ve svých studiích uvádějí, že společné spaní (*co-sleeping*) podporuje s delší a úspěšnější kojení.

Participantky ve svých výpovědích zmiňovaly, že jim tento kontakt často nebyl umožněn, což mohlo přispět k jejich traumatickému prožitku a problémům s bondingem.

Podobně problematickou praktikou je (v českých porodnicích velmi časté) zavinování dětí do zavinovaček, které podle výzkumů může vést k špatné termoregulaci, prodloužení spánkového cyklu a vynechávání kojení, což negativně ovlivňuje tvorbu mléka (Bystrova et al., 2003).

Beck a Watson (2016) zdokumentovali negativní vliv porodního traumatu na kojení a ranou interakci matky s dítětem a Garthus-Niegel et al. (2017) dále prokázali, že porodní trauma může mít dlouhodobý dopad na vývoj dítěte.

Zvláště znepokojivé je, že problémy s bondingem a sebeobviňování byly často zesíleny reakcemi okolí, které bagatelizovalo traumatickou zkušenost žen. Toto zjištění odpovídá výsledkům Dekel et al. (2019), kteří zdůrazňují důležitost sociální podpory a validace zkušenosti žen s traumatickým porodem.

Předchozí traumata jako prediktory

Důležitým zjištěním mého výzkumu je role předchozích traumatických zkušeností jako potenciálních prediktorů porodního traumatu. Participantky popisovaly širokou škálu dřívějších traumat, včetně domácího násilí, sexualizovaného násilí, traumatických gynekologických zážitků, vývojových traumat z dětství a transgeneračních přenosů.

Tato zjištění jsou v souladu s existující odbornou literaturou, která identifikuje předchozí trauma, zejména sexuální trauma jako významný rizikový faktor pro rozvoj porodního traumatu a PTSD (Andersen et al., 2012; Ayers, 2014). Kranenburg et al. (2023) ve svém přehledu uvádějí psychiatrické obtíže v minulosti, včetně předchozího psychického traumatu, jako významný prenatální rizikový faktor.

Zajímavým aspektem výsledků analýzy je transgenerační přenos traumatu, kdy traumatické porody matek mohly ovlivnit prožívání porodu jejich dcerami. Tento fenomén popisuje Wolynn (2017) ve své práci o mezigeneračním přenosu traumatu, což naznačuje, že porodní trauma může mít širší rodinné a společenské dopady, než se dosud předpokládalo.

Systémové a institucionální faktory

Analýza rozhovorů odhalila několik systémových a institucionálních faktorů, které přispívaly k rozvoji porodního traumatu. Patří mezi ně absence psychosociální anamnézy ze strany zdravotníků, nedostatečná kontinuita péče, rutinní zásahy, medicínský model péče a nedostatek podpory po porodu.

U žádné z participantek nebyla provedena psychosociální anamnéza, která by identifikovala předchozí traumata nebo zranitelnosti. Tento nedostatek je v rozporu s doporučeními autorů Bailhama a Josepha (2003) či Wijmana (in Bailham

& Joseph, 2003), kteří zdůrazňují důležitost screeningu těhotných žen za účelem identifikace rizikových faktorů.

Medicínský model péče, který upřednostňuje medicínské intervence před přirozeným průběhem porodu, byl častým zdrojem traumatu. Toto zjištění odpovídá kritice medicínského přístupu k porodu, již formulují Takács et al. (2015), a kteří poukazují na to, že tento přístup může vést k nadměrnému zasahování do procesu porodu a k odsouvání potřeb a preferencí rodící ženy na druhou kolej.

Novým tématem, které má studie otevírá, je problematika vaginálního porodu po předchozím císařském řezu (Vaginal Birth After Cesarean Section, dále jen „VBAC“). Dvě participantky měly zkušenost s pokusem o VBAC, přičemž v jednom případě byla žena podpořena, zatímco v druhém případě jí byl důrazně doporučován (participantka to vnímala jako nátlak) opakovaný císařský řez (z důvodu rizika porodu koncem pánevním). Tato nesourodá praxe odráží nejednotnost přístupu k VBAC v českém porodnictví, přestože výzkumy ukazují, že VBAC může být pro mnoho žen bezpečnou volbou (Guisse et al., 2010; Habak & Kole, 2025). Nedostatečná podpora VBAC může být dalším faktorem přispívajícím k traumatizaci žen, zejména těch, které vnímají svůj první císařský řez jako své selhání a traumatickou zkušenost.

Implicitním tématem, které prostupovalo všemi rozhovory, byl fakt, že ženy nebyly vnímány jako partnerky v komunikaci o svém vlastním porodu. Tento asymetrický vztah mezi zdravotníky a rodícími ženami je v rozporu s principy sdíleného rozhodování a informovaného souhlasu a může být významným faktorem přispívajícím k porodnímu traumatu. Výzkum ukazuje, že partnerský přístup a respekt k autonomii ženy jsou klíčovými prvky pozitivní porodní zkušenosti (Karlström et al., 2015).

8.2 Limity a silné stránky výzkumu

Limity výzkumu

Přestože má studie přináší cenné poznatky o porodním traumatu, je důležité reflektovat její limity.

Prvním limitem je **velikost a homogenita vzorku a sebevýběr participantek**. Studie zahrnovala pouze sedm participantek, což omezuje možnost zobecnění výsledků. Všechny participantky byly z České republiky, což může omezit přenositelnost zjištění do jiných kulturních a zdravotních systémů. Na druhou stranu toto bylo i cílené – kontext zdravotní je důležitým faktorem, a proto jsem nechtěla např. participantky ze Slovenska. Ženy, které se přihlásily do studie, mohly mít specifickou motivaci sdílet své zkušenosti, což mohlo vést k určitému zkreslení vzorku. Je možné, že ženy s extrémnějšími zkušenostmi byly motivovanější se výzkumu zúčastnit.

Dalším limitem je **retrospektivní charakter dat**. Údaje byly získány retrospektivně, což mohlo vést ke zkreslení vzpomínek. Participantky popisovaly události, které se odehrály před několika lety, a jejich vzpomínky mohly být ovlivněny pozdějšími zkušenostmi, několikerým vyprávěním a zpracováním traumatické události.

Absence klinické diagnostiky PTSD je dalším limitem. Ačkoliv všechny participantky popisovaly symptomy konzistentní s PTSD, nebyla u nich provedena formální klinická diagnostika. To omezuje možnost definitivně stanovit, zda skutečně trpěly poporodní PTSD.

Limitem je i **potenciální vliv výzkumnice** s osobní zkušeností s traumatickým porodem. Tato zkušenost mohla nevědomě ovlivnit průběh rozhovorů a interpretaci dat. Přestože jsem se snažila o reflexivitu a transparentnost, tento vliv nelze zcela eliminovat.

Posledním limitem je **vzdělanostní a socioekonomická homogenita** výzkumného souboru. Většina participantek měla vysokoškolské vzdělání, což může představovat další omezení z hlediska reprezentativnosti vzorku. Ženy s nižším vzděláním nebo z jiných socioekonomických vrstev mohou mít odlišné zkušenosti s porodním traumatem.

Navzdory výše uvedeným limitacím má studie několik významných silných stránek, za které považuji zejména **hloubku a bohatost dat**. Polostrukturované rozhovory umožnily získat velmi bohaté a detailní údaje o zkušenostech žen s porodním traumatem. Participantky měly prostor podrobně popsat své zážitky a reflexe, což přispělo k hlubšímu porozumění danému fenoménu.

Další silnou stránkou je **reflexivita výzkumnice**. Ačkoliv má osobní zkušenost s traumatickým porodem, mohla zapůsobit jako potenciální zdroj zkreslení, přispěla zároveň k empatickému přístupu a hlubšímu porozumění zkušenostem participantek. Tuto zkušenost jsem transparentně reflektovala v metodologické části práce.

Jako silnou stránku vnímám i **důraz na kontext**. Studie zkoumala nejen samotné porodní trauma, ale i jeho kontext, včetně předchozích traumatických zkušeností, což umožnilo komplexnější pochopení fenoménu porodního traumatu.

Metodologická systematicčnost je další silnou stránkou výzkumu. Použití reflexivní tematické analýzy podle Braun a Clarke (2006, 2019, 2021) zajistilo systematický a reflexivní přístup k analýze dat, což zvyšuje důvěryhodnost výsledků.

Studie se zaměřila na téma s významnou **praktickou relevancí** pro zlepšení porodní péče a prevenci porodního traumatu, což zvyšuje její potenciální dopad.

Poslední silnou stránkou výzkumu je **identifikace systémových problémů**. Výzkum úspěšně identifikoval systémové a institucionální faktory přispívající

k porodnímu traumatu, což může být cenné pro navrhování změn v systému porodní péče.

8.3 Implikace studie

Implikace pro klinickou praxi

Výsledky naší studie mají několik důležitých implikací pro klinickou praxi v porodnictví a psychologii. Má výzkumná zjištění zdůrazňují potřebu **zavedení systematického screeningu předchozích traumatických zkušeností** u těhotných žen. Metody jako PDI (Peritraumatic Distress Inventory) navrhované Jagodnik et al. (2024) nebo PTSD Check list pro DSM-5 (Arora et al., 2024) by mohly být implementovány do běžné prenatální péče.

Praxi výrazně zlepší, pokud by byl zdravotnický personál proškolen v **trauma-informovaném přístupu** a v **respektující komunikaci**. Zvláštní pozornost by měla být věnována poskytování informací, získávání informovaného souhlasu a respektování autonomie žen.

Je žádoucí **zvýšit dostupnost a kvalitu psychologické podpory pro ženy po traumatickém porodu** (např. terapeutické přístupy jako EMDR nebo na trauma zaměřená KBT, které byly zmíněny některými participantkami).

Naše zjištění podtrhují **důležitost kontinuity péče** a přítomnosti známé a důvěryhodné osoby (porodní asistentky, dudy) před, během a po porodu, v systému zdravotní péče o těhotné a rodící ženy je vhodné podporovat takové modely, které větší kontinuitu péče umožňují a garantují.

Ke zkvalitnění péče o ženy a novorozence, **podpory dobrého kojení**, umožnění nerušeného **kontaktu matky s dítětem**, kontaktu kůže na kůži či možnosti společného spaní, pokud si to matka přeje, může pomoci jednotné proškolení zdravotnického personálu v těchto tématech. Zajistí se tím jednak

jednotnost v postupech a předávání informací, ale také poskytování podpory. Dokrmování by mělo být prováděno pouze na základě medicínské indikace a s informovaným souhlasem matky.

Respektování porodních přání. Mnoho porodnic porodní plány a porodní přání respektuje a dodržuje (pokud to zdravotní stav matky a dítěte dovolují). Jsou však zdravotnická zařízení, která tuto praxi stále porušují. Pokud dojde k odchýlení od porodního plánu, je žádoucí toto s ženou prodiskutovat a získat její informovaný souhlas. Jen tak lze předejít uplatňování případného dříve vysloveného přání podle příslušných ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Podpora VBAC. Je důležité informovat ženy po předchozím císařském řezu o možnosti následného vaginálního porodu, a podpořit je v této volbě, pokud nejsou přítomny kontraindikace. Tuto praxi je žádoucí standardizovat napříč zdravotnickými zařízeními.

Implikace pro vzdělávání zdravotníků

Dobrou praxi podpoří, pokud budou do vzdělávání zdravotníků zahrnuty **principy trauma-informovaného přístupu**, který uznává prevalenci traumatu, podporuje rozpoznání jeho příznaků a reaguje způsobem, který minimalizuje riziko retraumatizace.

Ke zlepšení poskytování zdravotní péče může přispět větší **důraz na komunikační dovednosti, etické aspekty péče** a respekt k autonomii pacientek, které budou zdůrazněny v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání porodníků, porodních asistentek a dalších zdravotníků.

Je žádoucí posílit **interdisciplinární spolupráci** mezi porodníky, porodními asistentkami, psychology a psychiatry, aby byla zajištěna komplexní péče o ženy s rizikovými faktory pro porodní trauma a pro ženy po traumatickém porodu.

Zajištění **odborného vzdělávání v podpoře kojení a péči zaměřené na rodinu**, díky kterému by zdravotníci získali aktuální poznatky o důležitosti kojení (včetně principů Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka), kontaktu kůže na kůži a rodinně orientované péči.

K prevenci rozvoje poporodního traumatu může napomoci **reflexe vlastní praxe a postojů** (přispívajících k traumatizaci rodičích žen) na straně zdravotnického personálu, a práce s tématem mocenské nerovnováhy ve vztahu zdravotník-pacient a jeho potenciálního dopadu.

Implikace pro další výzkum

Budoucí výzkum by mohl zahrnovat **longitudinální studii** žen od těhotenství přes porod až do poporodního období, což by umožnilo lépe pochopit vývoj a průběh porodního traumatu a na vývoj a testování **intervencí zaměřených na prevenci porodního traumatu**, zejména u žen s identifikovanými rizikovými faktory. K efektivnější identifikaci rizikových faktorů porodního traumatu v českém kontextu může přispět **validizace screeningových nástrojů**.

Je žádoucí zaměřit výzkum na **systémové, institucionální a kulturní faktory**, které přispívají k porodnímu traumatu, a na způsoby, jak tyto faktory změnit. Budoucí výzkum by mohl hlouběji zkoumat dlouhodobý **vliv porodního traumatu na vývoj dítěte**, vztah matka-dítě a **celkovou rodinnou dynamiku**. Bylo by přínosné výzkumně ověřit, jak často dochází k **dokrmování bez souhlasu matek** a jaký vliv má **zavinování novorozenců** na kojení a vývoj dítěte v českém kontextu.

K lepšímu porozumění problematice VBAC a k vytvoření jednotných standardů péče by mohl přispět systematický **výzkum praxe**, podpory a výsledků VBAC v českém zdravotnictví.

8.4 Závěrečné shrnutí

Tento kvalitativní výzkum přispěl k hlubšímu porozumění fenoménu porodního traumatu prostřednictvím analýzy zkušeností sedmi žen, které prožily traumatický porod. Výsledky zdůrazňují význam ztráty kontroly a autonomie, nedůstojného zacházení a komunikace, narušení vztahu k dítěti a sobě, a také roli předchozích traumat jako rizikových faktorů.

Studie identifikovala několik problematických praktik v českém porodnictví, včetně omezování kontaktu matky s dítětem, dokrmování bez souhlasu, zavinování dětí a nedostatečné podpory kojení. Tyto praktiky jsou v rozporu s aktuálními vědeckými poznatky a mohou přispívat k porodnímu traumatu.

Významným zjištěním je absence systematického screeningu předchozích traumat a psychosociálních rizikových faktorů v prenatální péči, což představuje nevyužitou příležitost pro prevenci porodního traumatu. Dalším důležitým aspektem je systémová povaha mnoha faktorů přispívajících k porodnímu traumatu, což naznačuje potřebu změn nejen na úrovni jednotlivých zdravotníků, ale i na úrovni celého systému porodní péče.

Navzdory limitacím vyplývajícím z velikosti a charakteru vzorku přináší tato studie cenné poznatky, které mohou přispět ke zlepšení porodní péče a prevenci porodního traumatu. Implementace těchto poznatků do klinické praxe, vzdělávání zdravotníků a dalšího výzkumu má potenciál významně zlepšit zkušenosti žen s porodem a snížit prevalenci porodního traumatu.

9 Závěry

Diplomová práce přinesla cenné poznatky o fenoménu poporodního traumatu v českém prostředí prostřednictvím kvalitativního výzkumu se sedmi ženami, které zažily traumatický porod. Hlavním cílem práce bylo prozkoumat tento fenomén, identifikovat faktory vedoucí k traumatické zkušenosti a analyzovat životní historii žen se zaměřením na předchozí traumata.

Z výsledků vyplývá, že porodní trauma je komplexní fenomén zahrnující interakci mnoha faktorů. Klíčovým zjištěním je ztráta kontroly a autonomie během porodu, kdy ženy zažívaly nucené intervence bez informovaného souhlasu, nerespektování jejich porodních přání a pocit bezmoci. Nedůstojné zacházení a nevhodná komunikace ze strany zdravotnického personálu, včetně ponižování, bagatelizace potřeb a pocitů žen a nedostatku informací, byly dalšími významnými faktory přispívajícími k rozvoji traumatu.

Výzkum potvrdil, že předchozí traumatické zkušenosti (domácí násilí, sexuální trauma, negativní gynekologické zážitky) zvyšují vulnerabilitu žen k porodnímu traumatu. Překvapivým zjištěním byla absence psychosociální anamnézy v prenatální péči – ani u jedné z participantek nebyla provedena, což představuje nevyužitou příležitost pro prevenci porodního traumatu.

Trauma mělo významné dopady na vztah matka – dítě, včetně problémů s bondingem a kojením, a na psychické zdraví žen (flashbacky, úzkosti, sociální izolace). Narušeny byly také partnerské a sociální vztahy, často zhoršené bagatelizací traumatické zkušenosti okolím.

Identifikovány byly také problematické praktiky v českém porodnictví, zejména omezování kontaktu matka – dítě, dokrmování bez souhlasu matky a zavinování dětí, což je v rozporu s aktuálními vědeckými poznatky. Tyto praktiky mohou přispívat k traumatizaci žen a narušení vztahu s dítětem.

Na základě výzkumu je možné zformulovat následující návrhy na řešení situace, které mohou vést k prevenci rozvoje traumatu po porodu u žen:

1. Zavedení systematického screeningu předchozích traumatických zkušeností v prenatální péči.
2. Systematické a systémové proškolení zdravotnického personálu v trauma-informovaném přístupu a respektující komunikaci.
3. Zvýšení dostupnosti a kvality psychologické podpory pro ženy po traumatickém porodu.
4. Systémová podpora kontinuity péče před, během a po porodu a přítomnosti známé a důvěryhodné osoby během porodu.
5. Zvyšování stávající podpory kojení a kontaktu matka – dítě v souladu s aktuálními vědeckými poznatky.
6. Dodržování porodních přání a zajištění informovaného souhlasu pro všechny intervence.
7. Posílení interdisciplinární spolupráce mezi porodníky, porodními asistentkami, psychology a psychiatry.

Přes limitace výzkumu (velikost vzorku, retrospektivní charakter dat, absence formální klinické diagnostiky PTSD) přináší tato práce cenné poznatky pro zlepšení porodní péče a prevenci porodního traumatu. Zjištění naznačují, že ke změnám je potřeba přistupovat nejen na úrovni jednotlivých zdravotníků, ale i celého systému porodní péče.

Identifikovala jsem potřebu dalšího výzkumu v této oblasti, zejména longitudinálních studií sledujících ženy od těhotenství po poporodní období, vývoje a testování preventivních intervencí a validizace screeningových nástrojů v českém kontextu.

Implementace poznatků z této práce má potenciál významně zlepšit zkušenosti žen s porodem, posílit vztahy mezi matkami a jejich dětmi a snížit prevalenci porodního traumatu v České republice.

SOUHRN

Diplomová práce „Trauma po porodu“ se zabývá fenoménem poporodního traumatu a poporodní posttraumatické stresové poruchy (PTSD) u žen v České republice. Ačkoliv jde o stále relativně málo diskutované téma v českém prostředí, studie ukazují, že 9–50 % žen zažívá během porodu traumatické události, přičemž u 3,1–4,7 % žen se následně rozvinou příznaky poporodní PTSD.

V teoretické části práce vymezuji porod jako náročnou životní situaci a zaměřuji se na fenomén poporodního traumatu. Definuji psychické trauma a poporodní PTSD podle MKN-10, MKN-11 a DSM-5, analyzuji příčiny poporodního traumatu (zahrnující předchozí psychická traumata, náročné okolnosti během porodu a nedostatečnou péči po porodu), popisuji jeho následky (narušení vztahu matka-dítě, problémy s kojením, vztahové obtíže) a navrhuji postupy pro jeho prevenci a léčbu. Jako klíčové rizikové faktory jsou identifikovány subjektivní prožitek porodu jako náročné situace a akutní porodnické zásahy (Andersen et al., 2012).

Cílem výzkumu bylo prozkoumat fenomén poporodního traumatu u žen, které tuto zkušenost prožily, identifikovat faktory vedoucí k vnímání porodu jako traumatického a analyzovat životní historii těchto žen se zaměřením na předchozí traumata. Výzkumné otázky se zaměřovaly na to, kdy a jak si ženy uvědomily svou traumatizaci, jaké události přispěly k traumatu, jaké předchozí zkušenosti mohly ovlivnit jeho rozvoj, zda zdravotnický personál zjišťoval tyto informace, a jak ženy trauma zpracovávaly.

Metodologicky jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, konkrétně vícenásobnou případovou studii (Chrastina, 2019). Provedla jsem polostrukturované rozhovory se sedmi ženami, které zažily traumatický porod a projevíly se u nich symptomy PTSD. Data jsem analyzovala pomocí reflexivní tematické analýzy podle Braun a Clarke (2006, 2019, 2021). Pro analýzu byl zásadní

proces kódování, hledání souvislostí a tvorba významových struktur. Reflektovala jsem svou vlastní zkušenost s traumatickým porodem jako potenciální zdroj zkreslení, ale i jako zdroj hlubšího porozumění zkušenostem participantek.

Výsledky analýzy odhalily osm hlavních témat: (1) ztrátu kontroly a autonomie při porodu, (2) nedůstojné zacházení a komunikaci, (3) narušený vztah k dítěti a sobě, (4) psychické důsledky traumatu, (5) předchozí traumata jako prediktory, (6) vztahové a sociální dopady, (7) systémové a institucionální faktory a (8) cesty k zotavení.

Ztráta kontroly a autonomie byla spojena s nucenými intervencemi bez souhlasu žen, nerespektováním jejich porodních přání a pocitem bezmoci. Nedůstojné zacházení zahrnovalo ponižování, bagatelizaci potřeb a pocitů žen, odlidštěný přístup personálu a nedostatek informací. Trauma často vedlo k narušení vztahu s dítětem, problémům s kojením, sebeobviňování a ztrátě důvěry ve vlastní tělo. Psychické důsledky zahrnovaly flashbaky, úzkosti, sociální izolaci a narušenou identitu.

Významným zjištěním byl vliv předchozích traumat (domácí násilí, sexuální trauma, negativní gynekologické zážitky) na vulnerabilitu k porodnímu traumatu. Porodní trauma mělo značné dopady na partnerské a sociální vztahy, často zhoršené bagatelizací zážitku okolím. Systémové faktory zahrnovaly absenci psychosociální anamnézy, nedostatečnou kontinuitu péče a rutinní medicínské zásahy. K zotavení ženám pomáhala terapeutická pomoc, edukace a příprava na další porod a osobnostní růst.

Diskuse výsledků poukázala na soulad zjištění s předchozími výzkumy, zejména ohledně ztráty kontroly a autonomie jako klíčového faktoru (Ayers et al., 2016; Hollander et al., 2017), významu důstojného zacházení a komunikace (Borges, 2018), a role předchozích traumat jako prediktorů (Andersen et al., 2012; Kranenburg et al., 2023). Práce identifikovala problematické praktiky v českém

porodnictví, jako jsou omezování kontaktu matka-dítě, dokrmování bez souhlasu a zavinování dětí, které jsou v rozporu s aktuálními vědeckými poznatky.

Mezi limity výzkumu patří velikost a homogenita vzorku, retrospektivní charakter dat, absence formální klinické diagnostiky PTSD a potenciální vliv mých osobních zkušeností. Silnými stránkami jsou hloubka a bohatost získaných dat, reflexivita výzkumnice, důraz na kontext a metodologická systematičnost.

Výsledky mají významné implikace pro klinickou praxi, kde doporučuji zavedení systematického screeningu předchozích traumat, proškolení personálu v trauma-informovaném přístupu, zvýšení dostupnosti psychologické podpory a respektování porodních přání. Pro vzdělávání zdravotníků doporučuji zahrnutí principů trauma-informovaného přístupu, důraz na komunikační dovednosti a podporu interdisciplinární spolupráce. Budoucí výzkum by se měl zaměřit na longitudinální studie od těhotenství po poporodní období, vývoj preventivních intervencí a validizaci screeningových nástrojů v českém kontextu.

Tato práce přispívá k lepšímu porozumění porodnímu traumatu v českém prostředí a zdůrazňuje potřebu změn nejen na úrovni jednotlivých zdravotníků, ale i celého systému porodní péče. Implementace těchto poznatků má potenciál významně zlepšit zkušenosti žen s porodem a snížit prevalenci porodního traumatu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Al Jowf, G. I., Ahmed, Z. T., Reijnders, R. A., de Nijs, L., & Eijssen, L. M. T. (2023). To Predict, Prevent, and Manage Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Review of Pathophysiology, Treatment, and Biomarkers. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(6), Article 6. <https://doi.org/10.3390/ijms24065238>
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261–1272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>
- APA (Ed.). (2020a). *Publication manual of the American psychological association* (Seventh edition). American Psychological Association.
- APA. (2020b). *Treatments for PTSD*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments>
- Arora, I. H., Woscoboinik, G. G., Mokhtar, S., Quagliarini, B., Bartal, A., Jagodnik, K. M., Barry, R. L., Edlow, A. G., Orr, S. P., & Dekel, S. (2024). A diagnostic questionnaire for childbirth related posttraumatic stress disorder: A validation study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 231(1), 134.e1-134.e13. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.11.1229>
- Australian Birth Trauma Association. (2025). *Australasian Birth Trauma Association – Birth Trauma*. <https://birthtrauma.org.au/>
- Ayers, S. (2014a). Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*, 30(2), 145–148. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.001>
- Ayers, S. (2014b). Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*, 30(2), Article 2. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.001>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.029>
- 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 - PSYCHOL HEALTH MED*, 8. <https://doi.org/10.1080/1354850031000087537>
- Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Portál.

- Beck, C. T. (2004). Birth Trauma: In the Eye of the Beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28–35. <https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Beck, C. T., & Watson, S. (2016). Posttraumatic Growth After Birth Trauma: “I Was Broken, Now I Am Unbreakable”. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(5), 264–271. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000259>
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women’s postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112–123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>
- Boland, R. J., Verduin, M. L., & Ruiz, P. (Ed.). (2022). *Kaplan & Sadock’s synopsis of psychiatry* (Twelfth edition). Wolters Kluwer.
- Borges, M. T. R. (2018). A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. *DUKE LAW JOURNAL*, 67, 827–862.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Portál.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676x.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Bystrova, K., Widström, A.-M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Welles-Nyström, B., Wassberg, C., Vorontsov, I., & Uvnäs-Moberg, K. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: A study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica*, 92(3), 320–326. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00553.x>
- Center for Women’s Mental Health. (2008). *Postpartum Psychiatric Disorders – MGH Center for Women’s Mental Health*. <https://womensmentalhealth.org/specialty-clinics/postpartum-psychiatric-disorders-2/>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- ČESKÁ KOMORA PORODNÍCH ASISTENTEK, & UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK. (2019). *PRINCIPY PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI*.
- ČMPS. (2017). *Etický kodex psychologické profese*.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official*

Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 75 Suppl 1, S5–S23.

- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., & Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 817–824. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00968-2>
- Dekel, S., Papadakis, J. E., Quagliarini, B., Jagodnik, K. M., & Nandru, R. (2023). A Systematic Review of Interventions for Prevention and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth. *medRxiv*, 2023.08.17.23294230. <https://doi.org/10.1101/2023.08.17.23294230>
- DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. B. (2008). Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*, 122 Suppl 2, S43-49. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1315e>
- EFPA. (2005). *Meta-Code of Ethics*. European Federation of Psychologists' Associations. <https://www.efpa.eu/sites/default/files/2023-04/meta-code-of-ethics.pdf>
- Ehrhardt, R. (2011). *The basic needs of a woman in labour*. Ruth Ehrhardt of True Midwifery.
- Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., & El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, 21(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>
- Federatie Medisch Specialisten. (2024). *Bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS-klachten*. Richtlijndatabase. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/bevallingsgerelateerde_ptss_en_ptss-klachten/startpagina_-_bevallingsgerelateerde_ptss_en_ptss-klachten.html
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., Soest, T. von, & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 47(1), 161–170. <https://doi.org/10.1017/S003329171600235X>
- Greenfield, M., Jomeen, J., & Glover, L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery*, 24(4), 254–267. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.254>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
- Gribble, K. D., Bewley, S., Bartick, M. C., Mathisen, R., Walker, S., Gamble, J., Bergman, N. J., Gupta, A., Hocking, J. J., & Dahlen, H. G. (2022). Effective Communication About Pregnancy, Birth, Lactation, Breastfeeding and Newborn Care: The Importance of Sexed Language. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, 818856. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.818856>
- Grisbrook, M.-A., & Letourneau, N. (2020). Improving maternal postpartum mental health screening guidelines requires assessment of post-traumatic

- stress disorder. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Santé Publique*, 112(2), 240–243. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00373-8>
- Guise, J.-M., Eden, K., Emeis, C., Denman, M. A., Marshall, N., Fu, R. R., Janik, R., Nygren, P., Walker, M., & McDonagh, M. (2010). Vaginal birth after cesarean: New insights. *Evidence Report/Technology Assessment*, 191, 1–397.
- Habak, P. J., & Kole, M. (2025). Vaginal Birth After Cesarean Delivery. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507844/>
- Heyne, C.-S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van Den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 102157. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157>
- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515–523. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Chi Luong, K., Long Nguyen, T., Huynh Thi, D. H., Carrara, H. P. O., & Bergman, N. J. (2016). Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: A randomised controlled trial. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 105(4), 381–390. <https://doi.org/10.1111/apa.13164>
- Chrastina, J. (2019). *Případová studie - metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case Study - a Method of Qualitative Research Strategy and Research Design*. <https://doi.org/10.5507/pdf.19.24453736>
- Jagodnik, K. M., Ein-Dor, T., Chan, S. J., Titelman Ashkenazy, A., Bartal, A., Barry, R. L., & Dekel, S. (2024). Screening for post-traumatic stress disorder following childbirth using the Peritraumatic Distress Inventory. *Journal of Affective Disorders*, 348, 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.010>
- Johanson, R., Newburn, M., & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ: British Medical Journal*, 324(7342), 892–895.
- Jochmanová, L. (2021). *Trauma u dětí. Kategorie, projevy a specifika odborné péče* (1.). Grada.
- Joseph, S. (2017). *Co nás nezabije...: Možnosti posttraumatického růstu*. Portál.
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 251. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>

- Kaščáková, N., & Hašto, J. (2018). VÝZNAM ENDOGÉNNĚHO OXYTOCÍNU PRI PRIRODZENOM VAGINÁLNO M PÔRODE A BONDINGU. *Slovenská gynekológia a pôrodnictvo*, 25(4), 197–203.
- Kimplová, T. (2021). Psychologické aspekty porodu. In L. Jochmanová & T. Kimplová (Eds.), *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty* (1.). Grada.
- Korábová, I., & Masopustová, Z. (2016). Posttraumatická stresová porucha po porodu. *Česká gynekologie / Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně*, 2016, 14–19.
- Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy*. (1. vyd., s. 9–43). Masarykova univerzita.
- Kranenburg, L., Lambregtse-van Den Berg, M., & Stramrood, C. (2023). Traumatic Childbirth Experience and Childbirth-Related Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Contemporary Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2775. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042775>
- Leboyer, F. (1975). *Birth without violence*. Alfred A. Knopf.
- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 49(4), 687–696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Grada.
- Mareš, J. (2024). Stres a zvládání zátěže. In Kebza & J. Mareš (Ed.), *Psychologie zdraví* (s. 203–248). Grada.
- McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A., Stramrood, C., Thomson, G., & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder following childbirth: An update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), 219–237. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1031646>
- NICE. (2014, prosinec 17). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance*. National Institute for Health and Care Excellence; NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- NÚDZ. (2022, říjen 10). *Stigma je horší než samotné duševní onemocnění. Odborníci z celého světa vyzývají k účinné destigmatizaci*. NUDZ.cz. <https://www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/stigma-je-horsi-nez-samotne-dusevni-onemocneni-odbornici-z-celeho-sveta-vyzyvaji-k-ucinne-destigmatizaci>
- NÚDZ. (2023, březen 7). *Porodní trauma není jedinou příčinou duševní nepohody rodiček. Nový výzkum poukázal na opomíjené vlivy*. NUDZ.cz. <https://www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/porodni-trauma-neni->

jedinou-pricinou-dusevni-nepohody-rodicek-novy-vyzkum-poukazal-na-opomijene-vlivy

- Odent, M. (2000). *Znovuzrozený porod*. Argo.
- Odent, M. (2003). *Matka země*. Rodiče s.r.o.
- Olde, E., Van Der Hart, O., Kleber, R. J., Van Son, M. J. M., Wijnen, H. A. A., & Pop, V. J. M. (2005). Peritraumatic Dissociation and Emotions as Predictors of PTSD Symptoms Following Childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 125–142. https://doi.org/10.1300/J229v06n03_06
- Ostacoli, L., Cosma, S., Bevilacqua, F., Berchiolla, P., Bovetti, M., Carosso, A. R., Malandrone, F., Carletto, S., & Benedetto, C. (2020). Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 703. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03399-5>
- Patterson, J., Hollins Martin, Caroline, & Karatzias, T. (2019). PTSD post-childbirth: A systematic review of women's and midwives' subjective experiences of care provider interaction. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(1), 56–83. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504285>
- Pop-Jordanova, N. (2022). Childbirth-Related Psychological Trauma. *Prilozi (Makedonska Akademija Na Naukite I Umetnostite. Oddelenie Za Medicinski Nauki)*, 43(1), 17–27. <https://doi.org/10.2478/prilozi-2022-0002>
- Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2005). Posttraumatické stresové poruchy - I. díl: Klinický obraz a etiologie. *Psychiatrie pro Praxi*, 2(4), 157–160.
- PSI. (2025). *Screening Recommendations*. Postpartum Support International (PSI). <https://www.postpartum.net/professionals/screening/>
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2014). *Etické problémy medicíny na prahu 21. Století*. Grada.
- Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví: [Psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky*. Reklamní atelier Area.
- Richter-Levin, G., & Sandi, C. (2021). Title: "Labels Matter: Is it stress or is it Trauma?". *Translational Psychiatry*, 11(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01514-4>
- Roztočil, A. (2017). *Moderní porodnictví*. Grada.
- Shiffman, N., Gluska, H., Margalit, S., Mayer, Y., Daher, R., Elyasyan, L., Elia, N., Sharon Weiner, M., Miremberg, H., Kovo, M., Biron-Shental, T., Gabbay-Benziv, R., & Helpman, L. (2023). Postpartum post-traumatic stress symptoms during the COVID-19 period: Exposure and fear as mediating factors. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2228151. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2228151>
- Schellong, J., Eppele, F., & Weidner, K. (Ed.). (2021). *Psychotraumatologie* (S. Hoskovcová, Přel.). Triton.

- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 29(3), 203–207.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>
- Špatenková, N. (2004). *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Grada.
- Takács, L., Smolík, F., Mlíková Seidlerová, J., Čepický, P., & Hoskovcová, S. (2016). *Poporodní blues – česká adaptace dotazníku „Maternity Blues... pro Lékaře.cz*.
<https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2016-5-8/poporodni-blues-ceska-adaptace-dotazniku-maternity-blues-questionnaire-59649>
- Takács, L., Sobotková, D., Šulová, L., & kol. (2015). *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Grada.
- Terr, L. C. (2003). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *Focus*, 1(3), 322–334. <https://doi.org/10.1176/foc.1.3.322>
- Thomson, G., & Downe, S. (2016). Emotions and support needs following a distressing birth: Scoping study with pregnant multigravida women in North-West England. *Midwifery*, 40, 32–39.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.010>
- ÚZIS ČR. (2011). *MKN-10 klasifikace*. [mkn10.cz](https://mkn10.uzis.cz/). <https://mkn10.uzis.cz/>
- van der Kolk, B. A. (2005). *Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*. 35(5), 401–408.
- van der Kolk, B. A. (2021). *Tělo sčítá rány. Jak trauma dopadá na naši mysl i zdraví a jak se z něj léčit* (vydání první). Jan Melvil Publishing.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399.
<https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Vanysacker, Z. (2021). *Posttraumatický růst po porodu* [Bakalářská práce, Ostravská univerzita, Filozofická fakulta]. <https://theses.cz/id/0bld5g/>.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.
- Watson, K., White, C., Hall, H., & Hewitt, A. (2021). Women's experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth*, 34(5), 417–424.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.016>
- Weidner, K., & Junge-Hoffmeister, J. (2021). Traumatizované ženy v kontextu těhotenství a prordu. In J. Schellong & F. Epple (Ed.), *Psychotraumatologie* (s. 205–215). Triton.
- Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: Review and recommendations. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 41–60. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0475-y>
- Wilhelmová, R., Kašová, L., Sedlická, N., Doubek, R., Hruban, L., Janků, P., Hendrych Lorenzová, E., Kameníková, M., & Hanušová, Z. (2021). *Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II* | Lékařská fakulta Masarykovy univerzity.
https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/05_01_definice_porodu.html

- Wolynn, M. (2017). *Trauma - nechtěné dědictví: Jak nás formuje zděděné rodinné trauma a jak je překonat* (Vydání první). Stanislav Juhaňák - Triton.
- World Health Organisation. (2017). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK487819/>
- World Health Organisation. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. WORLD HEALTH ORGANIZATION.
- World Health Organization (Ed.). (1981). *International code of marketing of breast-milk substitutes*. World Health Organization ; Obtainable from WHO Publications Centre.
- World Health Organization. (2017). *The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: Frequently Asked Questions (2017 Update)*. WORLD HEALTH ORGANIZATION. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254911/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?utm_source=nationaltribune&utm_medium=nationaltribune&utm_campaign=news
- World Health Organization. (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2025). *Breastfeeding* [Www.who.int]. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 208*, 634–645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>
- Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., & Schetter, C. D. (2015). Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annual review of clinical psychology, 11*, 99–137. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426>
- Zemánková, K. (2022, prosinec 25). *Odborný komentář: Porodnické násilí a trauma*. UNIPA - Unie porodních asistentek. <https://www.unipa.cz/odborny-komentar-porodnicke-nasili-a-trauma/>
- Zimmerman, E., & Thompson, K. (2015). Clarifying nipple confusion. *Journal of Perinatology, 35*(11), Article 11. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.83>

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá poporodním traumatem a faktory, které přispívají k jeho vzniku. Hlavním cílem bylo prozkoumat tento fenomén u žen, které takovou zkušenost prožily, identifikovat klíčové faktory vedoucí k traumatizaci a analyzovat životní historii těchto žen se zaměřením na předchozí traumatické události. Kvalitativní výzkum byl realizován formou vícenásobné případové studie se sedmi ženami, které prožily traumatický porod. Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů a analyzována reflexivní tematickou analýzou. Výsledky odhalily osm hlavních témat: ztrátu kontroly a autonomie při porodu, nedůstojné zacházení a komunikaci, narušený vztah k dítěti a sobě, psychické důsledky traumatu, předchozí traumata jako prediktory, vztahové a sociální dopady, systémové a institucionální faktory a cesty k zotavení. Významným zjištěním byla absence psychosociální anamnézy v prenatální péči a problematické praktiky v českém porodnictví. Práce přináší konkrétní doporučení pro klinickou praxi, vzdělávání zdravotníků a další výzkum s cílem zlepšit porodní péči a snížit prevalenci porodního traumatu.

Klíčová slova: trauma po porodu, poporodní trauma, posttraumatická stresová porucha po porodu, náročná životní situace, reflexivní tematická analýza, porodnická péče

ABSTRACT

This thesis examines postpartum trauma and the factors that contribute to its development. The main objective was to explore this phenomenon in women who have experienced it, to identify key factors leading to traumatization, and to analyse the life history of these women with a focus on previous traumatic events. Qualitative research was conducted as a multiple case study with seven women who experienced traumatic childbirth. Data were collected through semi-structured

interviews and analysed using reflexive thematic analysis. The results revealed eight main themes: loss of control and autonomy during childbirth, undignified treatment and communication, disrupted relationship with the child and self, psychological consequences of trauma, previous traumas as predictors, relational and social impacts, systemic and institutional factors, and paths to recovery. A significant finding was the absence of psychosocial case history taking in prenatal care and problematic practices in Czech obstetrics. The thesis provides specific recommendations for clinical practice, healthcare professional education, and further research with the aim of improving childbirth care and reducing the prevalence of birth trauma.

Keywords: birth trauma, postpartum trauma, postpartum post-traumatic stress disorder, challenging life situation, reflexive thematic analysis, obstetric care

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Diagnostická kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu podle DSM-5

Tabulka 2: Rizikové faktory, které vedou k rozvoji poporodní PTSD

Tabulka 3: Participantky

Tabulka 4: Vysvětlivky k transkripci rozhovorů a prezentaci citací

Tabulka 5: Tabulka výsledných témat (srovnání)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Manuál transkripce videonahrávek do textové podoby

Příloha 2: Prvotní přepis – ukázka (přepis z videa)

Příloha 3: Přepis připravený pro kvalitativní tematickou analýzu

Příloha 4: Ukázka tematické analýzy v Excelu

Příloha 5: Tematická analýza rozhovoru 03 – Hedvika (ukázka tematické analýzy jednoho rozhovoru)

PŘÍLOHY

Příloha 1: Manuál transkripce videonahrávek do textové podoby

Označení mluvčích

P = participantka

P1_Vanda

P2_Greta apod.

V = výzkumník (v tomto případě Zuzana Neusarová)

Charakteristiky přepisu

- [[.....]] např. nesrozumitelná část či jiné problémy- **označení barevně**
- (...) vynechaný materiál – netýká se samotného přepisu, tam se přepisuje naprosto vše – ale týká se potom až diplomové práce, kde část úryvku (citace) není použita.
- Neverbální aktivita – příklad [Velmi hlasitý smích]
- Komentář přepisovatele/ky [[Zvuk na nahrávce vynechává]]. Tzn. cokoliv nese jiný význam než obsahový pro pozdější analýzu, ale je přesto podstatné to tam zaznačit. Později se bude rozhodovat, co se bude dělat s následujícími úseky.
- Opravení gramatických chyb
- Při příkyvování a naslouchání výzkumníka to občas zmínit v [závorce] během odstavce odpovědi respondenta
- Přímoou řeč psát do uvozovek
- Intonace: **KAPITÁLKY** označují zvýšení hlasu, či jiné zdůraznění
- Prodloužené hlásky: ááá dlouhé prodloužení (dával bych pouze tam, kde to má význam)

Pauzy

- [5] cca pětisekundová pauza. Občas pauza má nějaký význam – např. dotazované participantce zazvoní pošťák a ona musí jít pro poštu. Pak tento důvod pauzy v rozhovoru zaznamenáme.
- Pokud delší pauza tak např. [10] = 10 sekund – dá se zhruba odhadnout. Nemá žádný význam, zda je pauza ve skutečnosti 12 nebo 13 sekund (pouze je dobré vědět, že nějaká pauza je opravdu delší – to význam mít může a člověka nemusí hned při přepisovaní rozhovoru napadnout a může ho napadnout až při analýze dat).

Další vlastnosti hlasu např.

- [smích]
- [šeptání]
- [pláč]
- [kňourání]
- plus přidat cokoliv dalšího, co je významného, nese nějaký smysl nebo by to mohlo mít smysl, ač nás to nenapadá.

Další úpravy přepisu (transkriptu)

- Tam kde poklesne hlas a je očividná tečka, tak se dá tečka a naváže se **Velkým písmenem**. Tak se učiní i v případě, že řečník velmi spěchá – ale stejně je z kontextu jasné, že věta končí a jen rychle bez pauzy navazuje další.
- V prepisech **často chybí ehm**, jo, povzdechy – kdy druhý řečník reaguje na to, co říká první řečník. Automatické přepisování toto často vynechává. Pokud to nemá žádný význam, toto vynecháváme. Pokud ale tím řečník dává najevo např. souhlas s tím, co říká druhý řečník, tak to dopíšeme – a je to zároveň změna řečníka – **přidáme tam i časový kód** (pokud tam není – co nejpřesněji – sekunda rozdíl nevadí, ale větší rozdíl by neměl být)
- **Přidává se jméno respondenta** (anonymizované – tj. druhé jméno v názvu souboru). Např. P6_Laura. **Přidává se také V = to značí výzkumníka**. Vždy za časový kód (pokud tam není časový kód, tak se připiše). Mezi čas. kódem a označením participanta je jedna mezera.
Čili např. takto: **01:12 P6_Laura**
- Při **úpravách transkriptu je velmi efektivní** mít velký monitor externí – nejen notebook – vše pak ale dělat pouze na jedné externí obrazovce – ne na dvou – to pak zabírá moc času přeskakovat mezi obrazovkami. Ale i pokud není externí monitor, dá se dát do jedné obrazovky okno s prepisem (v Google doc), druhé okno na stejné obrazovce bude nahrávka (ta se dá zastavovat mezerníkem a šipkami dopředu a dozadu se posunuje o 10 sec – to velmi šetří čas – člověk musí při úpravě transkriptu některé části poslouchat vícekrát – a posunem o šipku – tj 10 sec se to dělá nejlépe – při posunování myši po časové ose hrozí, že se člověk v prepisu ztratí).
- **Přepis upravujeme pomocí videonahrávky** – ne audio. Sice se nedíváme moc na nahrávku, spíše posloucháme, ale občas se objeví nějaký významný úsměv, oddálení se od monitoru apod. Zapisujeme pouze ty změny, co předpokládáme, že mohou mít nějaký význam nebo ty, kde to sice netušíme, ale přesto jde o významnější změnu v neverbální komunikaci, citoslovcích, vzdeších apod.
- Malé číslovky do **10 přepisujeme slovy**. Čili „2 děti“ přepíšeme „dvě děti“. Pokud někde zůstane číslo, nevadí. poupraví se později. Velká čísla nad 10 necháváme číslo.
- Pokud u neverbální komunikace není něco na první pohled jasné, popíšeme to a dáme za to otazník. Např. „Jo asi spíš, no to bylo takový spouštěč [úsměv – mírně stydlivý, snižující náročnost tématu?].“
- **Do textu transkriptu nedáváme tučné písmo nebo podtržené písmo**. Tyto styly písma mají tendenci se ztratit při exportech nebo, když uděláme tzv. „plain text“ z části textu (např. v aplikaci Notepad – poznámkový blok ve Windows). Používáme pouze KAPITÁLKY (viz výše – ty se nemění).

Ukázka, jak by měl vypadat přepis (červeně pro zvýraznění je text, co byl přidán při úpravě přepisu)

Příloha 2: Prvotní přepis: ukázka přepisu nahrávky

00:02:18 V

A kdy byly?

00:02:18 P6_Laura

É [1] 2020 a 2023.

00:02:25 V

Čili docela nedávno. Ehm. Tak jo. Říkám si, že začnu rovnou, já budu koukat do nějakých poznámek, já mám nějaké poznámky, tak jenom, jako že to možná bude vypadat blbě, že se nedívám na tebe přímo

00:02:41 P6_Laura

V pohodě.

00:02:42 V

A říkám si, kdy jste si vlastně jako poprvé, nebo takhle, který ten porod vnímáš jako ten traumatický vlastně.

00:02:51 P6_Laura

Ten první.

00:02:52 V

Ten první. Takže se budeme bavit o tom prvním.

00:02:55 P6_Laura

Jo asi spíš, no to bylo takový spouštěč [úsměv - mírně stydlivý, snižující náročnost tématu?].

Příloha 3

Přepis připravený pro kvalitativní tematickou analýzu

	A	B	C	D	E
	L_Laura	1 / 2	Řádek	a,b,c	[[Přepis 06 Zvukový soubor 1. část rozhovoru - audio1041208385.m4a - 06_přepis_Laura přepis doladila K.C.]]
1					
150	L	1			00:16:34 P6_Laura
	L	1	75	a	Takže jsem... takže jsem jako netlačila a to, ale to hrozně bolelo, tak jsem se... ve dvě ráno jsem říkala, že bych ten epidural si nechala dát. Načež přišla anestezioložka úplně naštvaná, že. Asi, protože prostě spala někde. Tak mi to tam třikrát-čtyřikrát mi to tam se snažila zavést. A vždycky, říkala: "nehýbejte se!" [ironický tón]. A jakože mě tam ještě úplně to. Adam říkal, že myslí, že už jí pošle někam, jenomže on samozřejmě nikam neposlal [smích jako projev diskomfortu?]. Tak nakonec mi to jako napíchla a trochu to polevilo.
151	L	1	75	b	No a pak bylo... já nevím. Šest ráno a už se to fakt jakože... jako zhoršilo. Ještě přišel jako primář a že píchnou vodu, jestli to bude lepší. Tak jako dobré, tak vytekla jakože taková ta zakalená voda, úplně černá. Tak Adam měl zas jako oči na vrch hlavy [smích]. No a pak, pak zase že špatně jako narotovanéj - narotované dítě. Tak mě tak nějak polohovali. Já jsem nechtěla jako v žádném případě na zádech ležet. Že prostě mi to bylo nepříjemné a že prostě nechcu. A vnitřní vyšetření a tos mi říkala: "no, to já ale nebudu vědět, jak to toto." [ironický tón] Tak jsem se nechala nějak zmanipulovat do toho. No a pak už jsem prostě jakože rodila. Asi teda. Ale ona říkala, že to nějak jako nejde. Prostě ještě tam Adamovi instruovala z které strany mi má jako tlačit na břicho, aby se trochu pootočilo jako to dítě. A já jsem říkala jakože nechcu prostě [říká s důrazem]. Že nechci ležet na zádech, že to jako nejde. Že se chcu to a ona jakože: "nenene". Takže mě prostě zmanipulovali do toho, že jsem ležela na zádech. Nebo pak jsem šla jako do polosedu, což je ještě horší, protože prostě jsem říkala, že to prostě nejde, nejde [s důrazem]. A pak jsem říkala Adamovi, ještě než jsme šli do té porodnice. Jsem říkala: "ty máš jeden jediný úkol!" [řečeno rázně]. Nesmíš mě nastříhnout prostě. Musíš prostě dávat bacha a to. A on: "jojo, jasně, jasně". No a potom oni: "no já budu muset nastříhnout." A já úplně "NE! JÁ NECHCI!" [lehký úsměv, důraz]. Já chci prostě měnit polohu. A Adam: "no ale toto, to musíš." No takže mě tam prostě jak kdyby, tak jako do toho navezli. No, ehm. A jo! A ještě si pamatuju, že říkala ta porodní asistentka, že bylo devět nebo nějak tak a říká: "no, do oběda to bude hotové!" [řečeno s důrazem]. A malej se narodil v 11:56, že.
152					
153	L	1			00:19:05 V
154	L	1	76		No, do oběda [úsměv].
155	L	1			00:19:06 P6_Laura
	L	1	77		No, bylo to dopoledne [smích]. Takže... ehm. Takže to no. Pak si pamatuju, že mě tak jako vzali... asi tak jako, tak nějak úplně divně. No a pak co? No vlastně vzali to, že ho musí tak jako... já jsem měla jako porodní přání připravené. Že nechcu žádné jakoby, aby ho odnášeli někde a všechno dělají u mě a tak. A stejně ho dali tam někde na lůžko vedle [zamračí se a mávne rukou]. Jako ho otřít a takové ty věci. No a pff [vydechne]. Že vlastně jako úplně, že by to respektovali, jako úplně moc ne. A oni říkali: "no ale my všechno děláme, co to tu máte a co chcete". Ale [smích], ale vlastně potom to no. No tak nějak to bylo no a pak mě vlastně převezli na ten... no to jsem vlastně jeli spolu na pokoj. Tam jsme byly dvě. A tam mě taky teda některé ty sestry... nechápu, že tam dělají ještě, na takových... na tom šestinedělí. Že třeba tam byla se mnou holka, ta měla jako 22 let, první dítě a nešlo jí kojit. Takže jí dávali jako na odstříkání... půjčili jí ten... jak se to...
156					
157	L	1			00:20:25 V
158	L	1	78		Odsávačku.
159	L	1			00:20:26 P6_Laura
	L	1	79		Odsávačku. A ona potom se balila už domů a přišlo tam na ní sestra jako jestli jim vrátila odsávačku jo a takové ty kloboučky. A ona jako já jsem si myslela, že se to jako nevrací, že to je jednorázové. A ona ji jako sprdla ta, jako: "JAK JAKO"

Příloha 4

Ukázka tematické analýzy v Excelu

H	1	00:03:20 P3_Hedvika	
H	1	16	<p>Hm já myslím, že to bylo docela jako rychlé, že to bylo třeba řádově nějaké týdny. Protože já jsem takovej docela odolný jako jedinec. Je teda pravda, že Nikolka, ta ten porod druhý, o kterým se bavím tak holčička se narodila do ne úplně šťastného stavu, já jsem si nevybrala úplně ideálního partnera a on byl opravdu jako psychopat, teď jako myslím terminologicky správně, tak jak to říkám ale to je všechno jako v pořádku. Já to mám jako zpracovaný, nicméně samozřejmě to tomu taky nepřispělo, možná to i urychlilo to, že jsem si uvědomila, že mě ten porod zasáhl víc, než jsem si jako myslela. A bylo to, bylo to já si myslím, že když trochu víc, jestli to mohlo být měsíc nebo dva ale řádově to prostě bylo pár týdnů. Potom jako bezprostředně po tom porodu už jsem věděla, že jako něco není úplně ok ale to jsem dávala na vrub jakoby fyzickému stavu, ve kterým jsem byla. Ale to už tam určité jako běželo nějaký takový jako vyložené jako trauma jako trauma velký.</p>
H	1		rozpoznání traumatu - rychlé (během týdnů); partner psychopat (špatná volba); vztah má zpracovaný; i přes zpracovanost měl vztah vliv (urychlení); jiné vysvětlení z počátku - nejde o trauma ale myslela si, že šlo o fyz. stav; velké trauma
H	1	00:04:24 V	

Příloha 5

Tematická analýza rozhovoru 03 – Hedvika a ukázka z analýzy

Tabulka témat a podtémat		
Hlavní témata	Podtémata	Výskyt v rozhovoru (řádky)
1. Projevy a uvědomění si porodního traumatu	Rychlé rozpoznání traumatu	16, 18
	Emocionální zranitelnost a křehkost	18, 20, 22
	Fyzické projevy traumatu	18, 20, 39, 41
2. Zdravotní komplikace při porodu	Těsně před porodem	27
	Problematické podání spinální anestezie	31, 33, 35
	Extrémní bolest a její důsledky	31, 39, 41, 43
	Závažná anémie	20, 22
3. Selhání v poskytnutí adekvátní péče	Nedostatečná analgetická léčba	39, 43, 45
	Absence psychologické podpory	45, 47, 49
	Nevhodný přístup personálu	37, 39, 43
4. Vztah mezi fyzickou a psychickou stránkou traumatu	Fyzické vyčerpání prohlubující trauma	20, 22, 39
	Protrahované bolesti po porodu	39, 41, 43
	Propojení tělesného a duševního utrpení	18, 20, 22
5. Předchozí traumatické zkušenosti jako rizikové faktory	Dětská traumata (tonutí)	63
	Prožitek ztráty blízké osoby	63, 74, 78
	Problémy v prvním manželství	78, 82
	Domácí násilí v druhém manželství	86, 88, 90
6. Dynamika moci a bezmoci během porodu	Absence kontroly nad situací	29, 31
	Nepřítomnost podpory partnera	31, 37
	Pocit izolace a osamocení	22, 51, 53
7. Ambivalentní vztah k oddělení od dítěte	Odloučení jako úleva i bolest	51, 53
	Potřeba vlastního zotavení vs. touha být s dítětem	51, 53
	Respektování volby matky	51, 53
8. Mechanismy vyrovnávání se s traumatem	Silná osobnostní výbava	16, 18, 45, 98, 102, 104
	Význam sebepoznání a sebezpřijetí	98, 100, 104
	Spirituální rozměr a nalezení smyslu	104
9. Posttraumatický růst a integrování zkušenosti	Nalezení nové životní síly	35, 98, 100, 104
	Pomoc ostatním jako zdroj smyslu	98, 100, 104
	Přijetí traumatu jako součásti životní cesty	98, 100, 104

1. Projevy a uvědomění si porodního traumatu

Rychlé rozpoznání traumatu:

„Hm já myslím, že to bylo docela jako rychlé, že to bylo třeba řádově nějaké týdny. Protože já jsem takovej docela odolný jako jedinec.“ [03/16]

„Potom jako bezprostředně po tom porodu už jsem věděla, že jako něco není úplně OK ale to jsem dávala na vrub jakoby fyzickému stavu, ve kterým jsem byla. Ale to už tam určitě jako běželo nějaký takový jako vyloženě jako trauma jako trauma velký.“ [03/16]

„Já jsem byla v takové jakoby nepohodě a protože taky jakoby jsem z oboru tak jsem vnímala, že jako to nejsou poporodní deprese ale že je to jakoby jiný. Já jsem byla taková to se strašně špatně popisuje, jestli mám, přiznám to byl takový koktejl jako špatných emocí.“ [03/18]

Emocionální zranitelnost a křehkost:

„Já jsem byla taková to se strašně špatně popisuje, jestli mám, přiznám to byl takový koktejl jako špatných emocí. Já to z toho zkusím vytáhnout. Já jsem se cítila hrozně jako křehká, strašně oslabená ale jako hrozně a na to já úplně nejsem zvyklá, i když žena samozřejmě potom porodu přirozeně taková je.“ [03/18]

„Ale to bylo fakt takový jako no takhle hrozně taková křehká, zranitelná bolavá přišla jsem si, že když se mě někdo jako kdyby se mě někdo dotknul, že se rozsypu prostě na milion kousků.“ [03/18]

„A spouštěl se mi jako pláč, což taky jako mi přijde dost přirozené po tom porodu, ale bylo to bylo to jako moc, bylo toho jako hodně, takže to si myslím, že byly takové ty jako prvotní věci.“ [03/18]