

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Tamara Šourková

Posttraumatická stresová porucha jako následek porodu

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Nováková

Olomouc 2026

Prohlášení

Já, Tamara Šourková, prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedených bibliografických a elektronických zdrojů.

Olomouc dne 29. 4. 2026

Tamara Šourková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Veronice Novákové, vedoucí mé práce, za odborné vedení a věcné připomínky. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům, kteří mě při tvorbě práce podporovali a vytvořili mi vhodné podmínky pro tvorbu práce.

Anotace

Typ práce: Bakalářská práce

Téma práce: Psychika ženy po porodu

Název práce v ČJ: Posttraumatická stresová porucha jako následek porodu

Název práce v AJ: Posttraumatic stress disorder as a result of birth

Datum zadání: 25. 11. 2025

Datum odevzdání: 29. 4. 2026

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Tamara Šourková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Nováková

Oponent práce: Mgr. et Bc. Daniela Javornická

Abstrakt v ČJ: Posttraumatická stresová porucha je psychiatrická diagnóza, která výrazně ovlivňuje život jedince, který jí trpí. Může postihnout kohokoliv, kdo je vystaven přímému i nepřímému ohrožení života. Výjimkou nejsou ani ženy po porodu, pro které je vyvolávacím faktorem právě zážitek z porodu. Tato přehledová bakalářská práce se zabývá identifikací rizikových faktorů u žen po porodu, vlivem poruchy na život ženy a následně se snaží definovat roli porodní asistentky v procesu péče o ženu a diagnostice onemocnění. Z dostupných informací vyplývá, že mezi nejčastější rizikové faktory patří akutní sekce, poporodní deprese a vztah mezi zdravotnickým personálem a ženou. Co se vlivu na život ženy týče nejvíce se porucha projevuje při navazování vztahu s dítětem. Role porodní asistentky je v kontextu této poruchy preventivní a je u ní kladen důraz na kontinuitu péče.

Abstrakt v AJ: Post-traumatic stress disorder is a psychiatric diagnosis that greatly affects the life of an individual who suffers from it. It can affect anyone who is exposed to direct and indirect danger to life. Nor are postpartum women, for whom the experience of childbirth is the inducing factor. This review bachelor thesis looks at the identification of risk factors in women after childbirth, the effect of the disorder on a woman's life and subsequently seeks to define the role of a midwife in the process of caring for a woman and diagnosing the disease. Available information indicates that the most common risk factors include emergency c-sections, postpartum depression and the relationship between medical staff and a woman. As far as the effect on a woman's life is concerned, the disorder manifests itself in the establishment of a relationship with the child. The role of midwife has been identified as preventive and there is an emphasis on continuity of care.

Klíčová slova v ČJ: Posttraumatická stresová porucha, PTSD, porod, traumatický porod, šestinedělí, rizikové faktory, role porodní asistentky

Klíčová slova v AJ: Posttraumatic stress disorder, PTSD, birth, trumatic birth, postpartum, risk factor, the role of midwife

Rozsah práce: 44 stran

Obsah

Úvod.....	7
Popis řešeršní činnosti	9
1 Posttraumatická stresová porucha a porod	12
1.1 Vaginální porod a posttraumatická stresová porucha.....	14
1.2 Císařský řez a posttraumatická stresová porucha	16
2 Vliv PTSD na život ženy	19
2.1 Navazování vztahu s dítětem.....	19
2.2 Vztah s partnerem.....	21
3 Role porodní asistentky	24
3.1 Předporodní příprava	26
3.2 Screeningová vyšetření.....	27
3.3 Podpůrné organizace.....	31
4 Význam a limitace dohledaných poznatků.....	33
Závěr	34
Zdroje.....	35
Seznam použitých zkratk	44

Úvod

Období šestinedělí je plné fyzických a psychických změn. Z ženy se stává matka a musí se naučit svoji novou roli přijmout. U většiny žen se v prvních hodinách po porodu objevuje pocit nadšení a euforie. Tato euforická nálada je následně vystřídána obdobím úzkostí, kdy je žena více obezřetná vůči svému okolí. Zároveň je běžné, že právě v tomto období dochází u žen k reflexi toho, jak probíhalo jejich těhotenství a porod. Každá žena si totiž toto období určitým způsobem představuje a nyní nastává první příležitost srovnání jejích představ a reality. Pokud dojde ke střetu těchto dvou skutečností a představy ženy nebyly naplněny, může u ženy dojít k rozvoji psychických obtíží. Mezi nejčastější patří poporodní blues, stav, kdy je žena neklidná, zmatená, náladová a plačtivá. Tento stav nastává až u 80 % žen po porodu a častěji u prvorodiček. Je to stav dočasný a většinou sám spontánně odezní do deseti dnů po porodu. Pokud tento stav přetrvává, může dojít k rozvinutí závažnějších onemocnění jako je poporodní deprese nebo psychóza. Jednou z opomíjených diagnóz v tomto období může být posttraumatická stresová porucha (Hendrych Lorencová et al., 2021). Právě posttraumatické stresové poruše se tato práce věnuje.

Ačkoliv je tato diagnóza poměrně vzácná – celosvětová prevalence poporodní posttraumatické stresové poruchy je zhruba 3 až 6 % – její přítomnost výrazně ovlivňuje život ženy a jejího dítěte (Khsim et al., 2022). U dětí byly například prokázány problémy s kojením, spánkem a příjmem potravy (Zitoun et al., 2025).

U žen byly v důsledku této poruchy zaznamenány projevy typické pro posttraumatickou stresovou poruchu, ale zároveň i příznaky vázané přímo k těhotenství nebo porodu. Mezi tyto příznaky patří například neochota starat se o dítě nebo snížená touha po dalším dítěti (Gregory & Maddern, 2023; Vega-Sanz et al., 2024).

Výjimku tvoří ani partneři žen, kteří byli přítomni u porodu, u nichž se může také vyskytovat posttraumatická stresová porucha (Delicate et al., 2022).

Hlavním cílem této práce je sumarizace dostupných informací a poznatků o posttraumatické stresové poruše u žen po vaginálním a operačním porodu.

Dále byly stanoveny tři dílčí cíle:

Cíl 1. Dohledat a určit spojitost mezi rizikovými faktory a vznikem posttraumatické stresové poruchy.

Cíl 2. Sumarizovat vliv posttraumatické stresové poruchy na život ženy ve vztahu k dítěti a partnerovi.

Cíl 3. Definovat roli porodní asistentky v procesu péče o ženu a v rámci diagnostiky posttraumatické stresové poruchy.

Jako vstupní literatura byly použity tyto zdroje:

1. Devita, S., Deforges, C., Bickle-Graz, M., Tolsa, J.-F., Sandoz, V., & Horsch, A. (2025). Maternal childbirth-related posttraumatic stress symptoms, bonding, and infant development: a prospective study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 43(3), 718–732. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2261057>

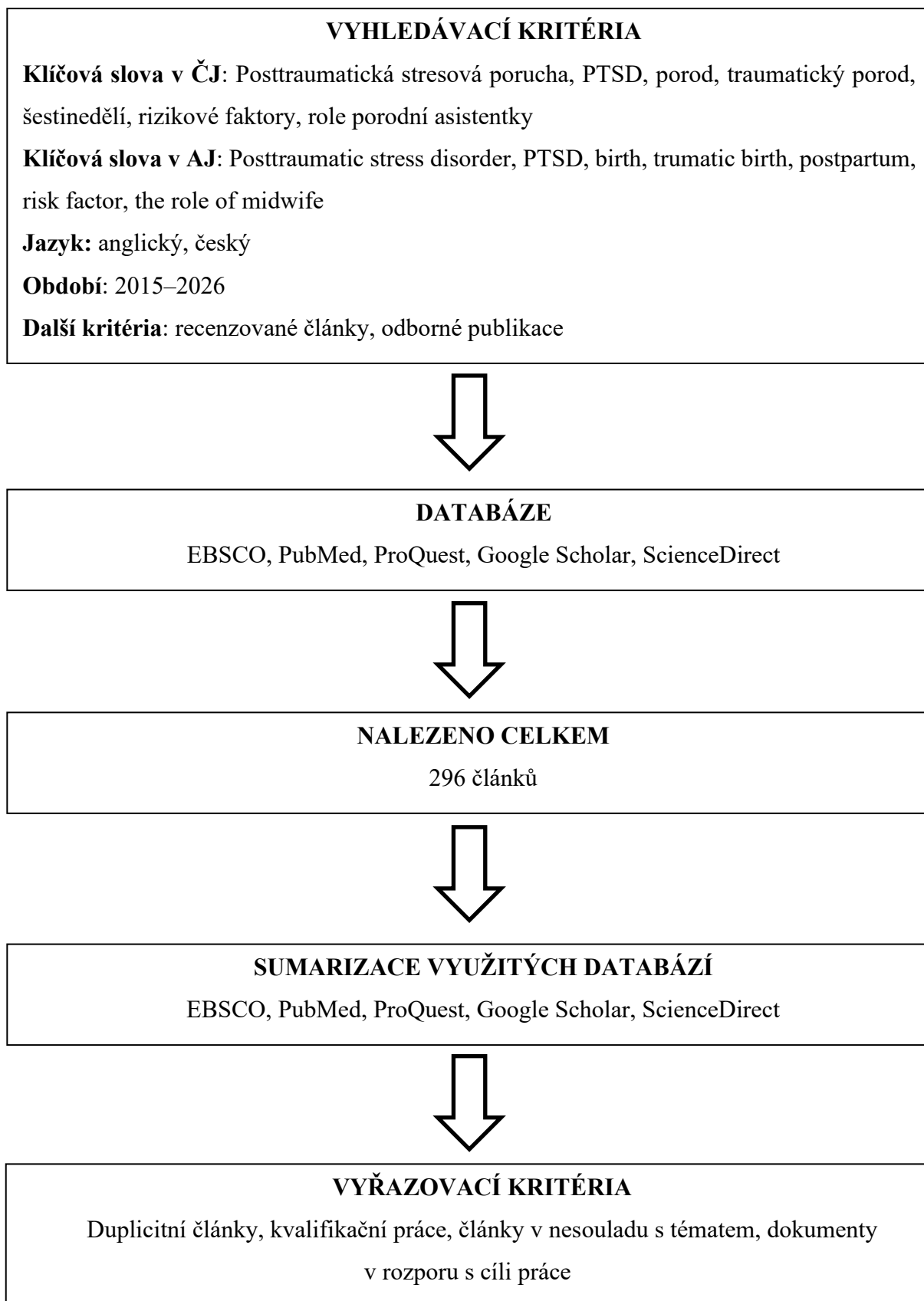
2. Hüner, B., Friedl, T., Schütze, S., Polasik, A., Janni, W., & Reister, F. (2024). Post-traumatic stress syndromes following childbirth influenced by birth mode-is an emergency cesarean section worst? *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(6), 2439–2446. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07114-5>

3. Kyrou, M. (2023). Mode of delivery and traumatic birth experience - the role of the midwife. A qualitative pilot study. *Eleutho*, 22(2), 1–10. <https://doi.org/10.18332/eleutho/166617>

4. Szymanská, T. (2015). Posttraumatická stresová porucha. In *Psychiatrie a pedopsychiatrie* (p. 262). Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.

5. Tomsis, Y., Perez, E., Sharabi, L., Shaked, M., Haze, S., & Hadid, S. (2021). Postpartum Post-Traumatic Stress Symptoms Following Cesarean Section-the Mediating Effect of Sense of Control. *The Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1839–1853. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09949-0>

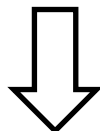
Popis rešeršní činnosti



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

American Journal of Obstetrics and Gynecology – 2
Archives of Gynecology and Obstetrics – 1
Archives of Women's Mental Health – 1
Birth – 3
BMC Pregnancy & Childbirth – 7
BMC Psychiatry – 1
BMC Psychology – 1
British Journal of Midwifery - 1
British Journal of Psychiatry – 1
Diagnostics – 1
Early Child Development and Care – 1
Eleftho – 1
European Journal of Psychotraumatology – 1
Frontiers in psychology – 3
Gulhane Medical Journal – 1
Healthcare – 1
Journal of Affective disorders – 1
Journal of Anxiety Disorders – 1
Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology – 2
Journal of Reproductive and Infant Psychology – 6
Journal of Traumatic Stress – 1
Knižní publikace – 4
Kvalifikační standard – 1
Legislativní dokumenty – 2
Maedica – a Journal of Clinical Medicine – 1
Národní ústav duševní zdraví – 1
Nursing Research – 1
Salem Press Encyclopedia – 1
Salem Press Encyclopedia of Health – 1
Scientific Reports – 2
Pakistan Journal of Medical Sciences – 1
PloS One – 1

Psychiatrics Quarterly – 2
Psychological Medicine – 1
Psychological Trauma: Theory, Research, Practitce and Policy – 1
Psychology, health & medicine – 1
The British Journal of Clinical Psychology – 1
Webové stránky 4
World Health Organization – 1



Pro tvorbu teoretického základu bylo použito 52 odborných článků, 4 webové stránky, 2 legislativní dokumenty, 1 kvalifikační standard, 4 knižní publikace, 1 publikace World Health Organization a 1 článek Národního ústavu duševního zdraví.

1 Posttraumatická stresová porucha a porod

Porod lze považovat za vyvrcholení celého procesu těhotenství, na jehož konci vzniká nová rodina. Dle World Health Organization (2017) fyziologický porod začíná spontánně mezi 37. a 42. týdnem těhotenství a na jeho počátku je identifikováno pouze malé množství potenciálních rizik. Stejně podmínky, tedy minimální výskyt rizik, platí i pro porod samotný. Další podmínkou fyziologického porodu je podélná poloha záhlavím a zachování fyziologických vitálních funkcí dítěte během porodu a u matky bezprostředně po porodu. Takto probíhající porod umožňuje vytvoření klidné atmosféry a ideálních podmínek pro tvorbu vztahu mezi rodičem a dítětem.

Průběh porodu je pro každou ženu zcela individuální stejně jako to, jak bude porod prožívat. Ačkoliv se porod všeobecně považuje za šťastný okamžik v životě ženy, ne vždy tomu tak musí být. Až 40 % žen svůj porod považuje za traumatický (Delicate et al., 2022).

Beck (2004) definovala psychologické porodní trauma jako situaci, ke které dochází během porodu a zahrnuje přímé nebo hrozící poškození či smrt matky anebo plodu. Tato situace následně vede k intenzivním pocitům strachu, tísně, bezmoci a ztráty kontroly u žen. Greenfield et al. (2016) na základě konceptuální analýzy psychologické porodní trauma definovali jako způsob narození dítěte, které obsahuje události nebo péči vyvolávající hluboké utrpení a psychické narušení a vede k přetrvávající psychické tísní. Poslední definice vznikla na základě diskusní studie, která psychologické porodní trauma definuje jako prožitek ženy, který zahrnuje interakce anebo události související přímo s porodem, jež následně vedly ke krátkodobým či dlouhodobým negativním dopadům na celkové zdraví a pohodu ženy (Leinweber et al., 2022).

Psychologické porodní trauma je založeno na čtyřech hlavních znacích, a to konkrétně na subjektivních pocitech ženy, bolestivých emocionálních prožitcích (například strach, úzkost, bezmoc, ztráta důstojnosti), porodu samotném a přetrvávání pocitů v období šestinedělí (Sun et al., 2023).

Bylo prokázáno, že psychologické porodní trauma je významně spojeno se vznikem poporodní posttraumatické stresové poruchy. Na základě provedeného výzkumu byla určena prevalence poporodní posttraumatické stresové poruchy 5 % u žen 3. den po porodu a 2 % u žen 42 dní po porodu (Qin et al., 2025)

Posttraumatická stresová porucha, také známá pod zkratkou PTSD (z anglického posttraumatic stress disorder), je souhrn příznaků, které vznikají v následku prožitého traumatu, a to buď bezprostředně po traumatu anebo, jak tomu bývá častěji, v následujících dnech či měsících. (Szymanská, 2015).

Traumatem vedoucím ke vzniku posttraumatické stresové poruchy je nejčastěji stav, při kterém byl jedinec vystaven buď přímému nebo i nepřímému nebezpečí v podobě smrti, vážného zranění nebo sexuálního či emočního násilí. Často se tato porucha manifestuje po přežití přírodních katastrof, jako je například tsunami nebo zemětřesení, války, znásilnění, ale i po lékařských zákrocích. Postižení často popisují pocit viny za to, že právě oni tuto situaci přežili na úkor ostatních. V důsledku tohoto pocitu se proto raději vyhýbají situacím, které jim připomínají prožité trauma. Tato skutečnost může vést k narušení vztahu s blízkými osobami a v některých případech například i k rozpadu manželství či ztrátě pracovní pozice (Piotrowski & Range, 2025).

Dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V), který obsahuje základní kritéria pro diagnostiku psychiatrických onemocnění, se u jedinců postižených PTSD musí vyskytovat alespoň jeden z následujících příznaků: opakující se vzpomínky na prožitou událost, opakující se sny s tematikou traumatické události, disociativní reakce, při které se jedinec chová jako kdyby traumatická událost nastala znovu, duševní tíseň při prožitku podobající se určitému aspektu traumatické události a závažná fyziologická reakce na podnět připomínající traumatickou událost. Dále je také typické vyhýbání se situacím, které způsobují u jedince obdobné pocity jako při traumatu či vyvolávají nepříjemné vzpomínky na prožité trauma. U těchto jedinců bývají běžné změny v kognici, a to primárně neschopnost vybavení si určitého aspektu traumatu, obviňování sebe sama jako viníka traumatu, přítomnost negativních názorů buď o sobě samém nebo o svém okolí, pocit odloučení a neschopnost vyjádřit pozitivní emoce. Typické jsou taky projevy podrážděnosti, zvýšená ostražitost, výraznější úleková reakce i při běžném podnětu, poruchy spánku a v některých případech i zvýšené sebedestruktivní chování. Všechny tyto příznaky musí trvat minimálně po dobu 1 měsíce, aby mohla být posttraumatická stresová porucha diagnostikována (Mohr et al., 2023).

V posledních letech se posttraumatická stresová porucha po porodu stala stále častěji zkoumaným jevem. Její prevalence je celosvětově mezi 3,1 až 6,3 %. Je ovšem důležité zdůraznit, že zde není zahrnuto velké procento žen, které sice trpí určitými projevy posttraumatické stresové poruchy, ale tato porucha jim není diagnostikována. První příznaky se nejčastěji objevují během čtyř až šesti týdnů po porodu. Mezi tyto příznaky patří jmenovitě stále přítomné myšlenky a vzpomínky na porod, snížený zájem o dítě, pocity hněvu ať už vůči sobě, či členům rodiny nebo zdravotníkům, negativně přijaté mateřství a opakované vyjadřování se k průběhu porodu (Khsim et al., 2022).

Mnoho studií se zaměřovalo na identifikaci rizikových faktorů pro vznik posttraumatické stresové poruchy po porodu. Mezi sociální rizikové faktory se řadí malá podpora ženy ať už v průběhu těhotenství nebo při porodu. Hlavní psychologické rizikové faktory jsou diagnóza úzkosti nebo deprese během těhotenství společně s poruchami spánku. Ovšem za nejdůležitější rizikový faktor je považován způsob porodu a jeho průběh. V rámci porodu se také zaměřuje na to, co konkrétně během porodu mělo největší vliv na vznik onemocnění. Nejčastěji se jedná o jakýkoliv druh porodnického násilí (např. Kristellerova exprese) či zásah do porodu (např. akutní císařský řez). Dále se jedná například i o nedostatečný bonding, nedostatečná motivace ke kojení a předčasný porod (Khsim et al, 2022).

1.1 Vaginální porod a posttraumatická stresová porucha

Porod začíná kontrakční činností a v některých případech spontánním odtokem plodové vody. Děložní činnost následně vede k rozvinutí dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Dilatace děložního hrdla a branky probíhá jinak u prvorodiček a vícero-diček. U prvorodiček dochází nejdříve ke zkracování děložního čípku, splynutí vnitřní a vnější branky a následné dilataci. U vícero-diček dochází k fázi zkracování děložního čípku a dilataci branky zároveň. Tuto fázi nazýváme jako I. dobu porodní (Srp, 2014). Rozdílný mechanismus otevírání porodních cest má za následek rozdíl v trvání I. doby porodní, kdy u prvorodiček trvá průměrně 6 až 7 hodin a u vícero-diček 3 až 4 hodiny. Po otevření porodních cest (zániku branky) nastává II. doba porodní, kde rozlišujeme mechanismus porodu hlavičky a ramének. Délka II. doby porodní je individuální, u prvorodiček trvá zhruba 15 až 20 minut a u vícero-diček 5 až 10 minut. Poslední porodní dobou je III. doba porodní, kdy dochází k porodu placenty v důsledku opětovných kontrakcí dělohy. III. doba porodní obvykle trvá 5 až 10 minut (Srp, 2014).

Dle studií je vaginální porod zatížen menším procentem výskytu posttraumatické stresové poruchy v porovnání s ostatními způsoby porodu (Baldini et al., 2025, Hüner et al., 2024, Nakič Radoš et al., 2026.).

Studie ze Srí Lanky se zaměřovala na prevalenci PTSD a jejímu vztahu k rizikovým faktorům. Bylo odhaleno, že například pozitivní rodinná anamnéza pro psychiatrická onemocnění nemá prakticky žádný vliv na vznik posttraumatické stresové poruchy u ženy po porodu. Také bylo zjištěno, že ani samotné těhotenství nemělo zásadní vliv na vznik onemocnění. Studie identifikovala pouze dva závažnější rizikové faktory, které výrazně zvyšovaly výskyt PTSD, a to slovní napadání ženy v průběhu porodu a následně výskyt

poporodní deprese. Celkově studie odhalila, že ze zapojených žen trpělo 6 měsíců po porodu PTSD 10,4 % (Gankanda et al., 2021).

Vega-Sanz et al. (2025) prozkoumávali nejčastější formy porodnického násilí a jejich vliv na vznik PTSD. Tato studie odhalila 3 hlavní rizikové faktory – pocit vyčlenění a posměšné poznámky ze strany zdravotnického personálu, nedostatečná informovanost ohledně prováděných zákroků jako je například zavedení intravenózního vstupu nebo provedení epiziotomie a pocit selhání ze strany ženy. Zároveň tato studie identifikovala 2 protektivní faktory, a to brzký skin-to-skin kontakt s dítětem a podpora ze strany rodiny a přátel.

Čínská studie, která se zaměřovala na péči duly u vaginálního porodu odhalila, že přítomnost duly se dá považovat za protektivní faktor vzniku posttraumatické stresové poruchy. Tato skutečnost je dána tím, že ženy, které mají u svého porodu dula, vnímají porod jako méně traumatický zážitek než ženy, které ji nemají (Lai et al., 2025).

Podobně jako předchozí čínská studie se studie provedena v Izraeli zaměřovala na vznik posttraumatické stresové poruchy v závislosti na doprovodu u porodu. Studie zkoumala, zda vyšší počet lidí, jakožto doprovodu u porodu, může nějakým způsobem ovlivnit vznik PTSD. Bylo prokázáno, že ženy, které měly u porodu partnera a alespoň jednu další blízkou osobu, měly menší míru výskytu symptomů poporodní PTSD i obecných symptomů PTSD. Přítomnost partnera a další blízké osoby lze tedy považovat za protektivní faktor vzniku PTSD (Handelzalts et al., 2022).

Další čínská studie prováděla porovnání dvou metod, které jsou běžně používané pro diagnostiku poporodní posttraumatické stresové poruchy. První metoda, tzv. logistická regrese, je matematická metoda hojně využívána v psychologii, která dává do souvislosti jednotlivé zkoumané faktory a určuje jejich vzájemný vliv (Nie et al., 2025). Druhou metodou byly tzv. rozhodovací stromy, které jsou užívány k analýze výzkumu nebo plánování strategie. Jejich název je odvozen od jejich tvaru, který připomíná kmen stromu a jeho větve, které představují jednotlivé možnosti (Ungvarsky, 2025). Logistická regrese odhalila, že mezi nejvýznamnější rizikové faktory patří období po porodu, kvalita spánku, podpora ze strany rodiny a pozitivní copingové strategie. Ženy, u kterých bylo zaznamenáno průměrné spánkové skóre nebo dostačující míra spánku, měly statisticky nižší riziko vzniku poporodní posttraumatické stresové poruchy. Jako další rizikový faktor studie uvádí období šesti měsíců po porodu a zvýšenou míru stresu v těhotenství. Rozhodovací stromy uvedly jako nejvýraznější rizikový faktor kvalitu spánku, následovaný stresem v těhotenství a délkou šestinedělí. Nejvíce ohroženy

vznikem poporodní posttraumatické stresové poruchy jsou ženy šest měsíců po porodu s nízkou kvalitou spánku a zvýšenou mírou těhotenského stresu (Nie et al., 2025).

1.2 Císařský řez a posttraumatická stresová porucha

Císařský řez je operační způsob ukončení těhotenství, kdy je plod vybaven z dělohy přes břišní stěnu. Tato břišní operace spočívá v provedení příčné suprapubické laparotomie, známé také jako Phannenstielův řez, kterým se protne kůže, podkoží a fascie. Následně se protne svalová vrstva, peritoneum a plica vesicouterina. Posledním krokem před vybavením plodu je provedení řezu na dolním děložním segmentu a jeho tupé rozšíření pomocí prstů. Pokud je zachován vak blan, dojde k jeho rozrušení a následnému vybavení plodu. Následně dochází k aplikaci uterotonik, manuálnímu vybavení placenty, revizi dutiny děložní a sešití jednotlivých vrstev (Čech, 2014).

Ve spojení posttraumatické stresové poruchy a císařského řezu bylo prokázáno, že právě císařský řez představuje větší riziko pro vznik PTSD než vaginální porod. Následně je také patrný rozdíl, zda se jednalo o sekci plánovanou nebo akutní. Akutní sekce je zatížena větším výskytem posttraumatické stresové poruchy (Xu et al., 2025).

Studie Froeliger et al. (2024) se primárně zaměřovala na prevenci peripartálního, život ohrožujícího krvácení po císařském řezu při podání kyseliny tranexamové. Součástí studie je ale i screening posttraumatické stresové poruchy dva měsíce po provedení operace. Z žen, které se této studie účastnily, se u 9 % potvrdil výskyt symptomů typických pro PTSD, ale jen u 1,7 % žen bylo možné hovořit o předběžné diagnóze PTSD. Zvýšený výskyt posttraumatické stresové poruchy byl zaznamenán u žen, které prodělaly právě již zmiňované peripartální, život ohrožující krvácení. Peripartální, život ohrožující krvácení je dle Pařízek et al. (2025) definováno jako „rychle narůstající krevní ztráta, která je klinicky odhadnuta nad 1500 ml nebo jako jakákoliv krevní ztráta spojená s rozvojem klinických a/nebo laboratorních známek šoku/tkáňové hypoperfuze“.

Dalším rizikovým faktorem je také situace, kdy císařský řez nastal po indukovaném porodu. V tomto případě mohou ženy pociťovat sníženou míru kontroly nad situací, zvýšenou míru bolesti a negativní vzpomínky na porod druhý den po sekci. Jako další rizikový faktor byl identifikován nízký věk rodičky, africký původ a zvýšené BMI. Naopak jako protektivní faktor byl identifikován okamžitý nebo brzký skin-to-skin kontakt matky a dítěte, a to buď již na operačním sále nebo co nejdříve po porodu, ať už na jednotkách intenzivní péče nebo dšpávacím pokoji, a management pooperační bolesti (Froeliger et al, 2024).

Tomsis et al. (2021) se ve své studii zabýval pocitem vnitřní kontroly nad situací u žen, které podstoupily buď akutní nebo plánovanou sekci. Výsledkem bylo, že ženy, které podstoupily akutní sekci, pociťovaly menší míru vnitřní kontroly nad situací, což následně vedlo ke zvýšenému výskytu symptomů typických pro PTSD. Předmětem zkoumání byl i pocit vnější kontroly nad situací, u kterého ale nebyl prokázán výraznější vliv na vznik poruchy.

Studie provedena v Řecku zkoumala vliv akutní a plánované sekce na vznik posttraumatické stresové poruchy. Stejně jako ve většině ostatních studií i zde bylo prokázáno, že akutní sekce je více zatížena vznikem PTSD anebo přítomností symptomů typických pro PTSD. V této studii byl zároveň zaznamenán vyšší procentuální výskyt PTSD – celkově 11 %, u akutní sekce 26 % a u sekce plánované 3 %. Tato studie identifikovala jako rizikové faktory na straně matky absenci nebo sníženou míru kojení, nižší podporu partnera, nebo předchozí psychiatrická onemocnění. Ze strany dítěte se jedná hlavně o nutnost hospitalizace na jednotkách intenzivní péče, diagnózu Downova syndromu nebo přítomnost žloutenky (Orovou et al., 2023).

Pákistánská studie zabývající se prevalencí posttraumatické stresové poruchy ihned po sekci a následně 6 týdnů po porodu lehce vybočuje od ostatních studií. Byla zde totiž zaznamenána menší míra výskytu PTSD než v jiných studiích, a to konkrétně 0,8 % týden po sekci a 3 % šest týdnů po sekci. Autoři tento nálezn odůvodňují malým výskytem akutních sekcí, minimem komplikací a také tím, že většina žen byly multipary a už měly minimálně jednu sekci v anamnéze, která proběhla bez komplikací. Zároveň zde byl evidován menší rozdíl ve výskytu PTSD v případě akutní a plánované sekce – v obou časových intervalech byl výskyt poruchy prakticky totožný. Jako rizikové faktory jsou uvedeny komplikace během sekce, primiparita a pohlaví dítěte (Qureshi et al., 2025).

Hüner et al. (2024) ve své studii porovnávali, který způsob porodu je nejhorší, vzhledem k výskytu PTSD. Akutní císařský řez, plánovaný císařský řez, operativní vaginální porod a spontánní vaginální porod byly 4 způsoby, které byly mezi sebou porovnávány. Nejzajímavější je porovnání mezi akutním císařským řezem a spontánním vaginálním porodem. U žen, které podstoupily akutní císařský řez, byla zaznamenána vyšší míra negativních vzpomínek na porod, vyšší míra pocitů úzkosti při zmínění porodu a celkově negativní nálada a negativní myšlenky. Akutní sekce měla v porovnání s ostatními způsoby porodu celkově vyšší výskyt myšlenek, že během porodu jsou žena či dítě v ohrožení, nebo že mohou zemřít. Dále také studie ukázala, že ženy po akutní sekci častěji žádaly nebo samy vyhledávaly možnost prodiskutování svých zážitků z porodu než ženy, které rodily jiným způsobem.

Studie z Francie zkoumala vliv emoční seberegulace, mateřské spokojenosti a akutní sekce na vznik posttraumatické stresové poruchy a poporodní deprese. Bylo zjištěno, že nízká míra mateřské spokojenosti a emoční potlačování jsou přímo spojeny s vyšším výskytem symptomů typických pro posttraumatickou stresovou poruchu. Mateřská spokojenost byla ovlivněna například časovou prodlevou mezi porodem a prvním kontaktem s dítětem – čím delší tento časový úsek byl, tím nižší byla míra mateřské spokojenosti; nebo přítomností partnera u porodu. Jako protektivní faktor byla identifikována péče porodní asistentky během těhotenství (Deninotti et al., 2020).

Nakič Radoš et al. (2026) se zaměřovali na vznik posttraumatické stresové poruchy a jejich příznaků se zaměřením na možné rizikové faktory, způsob porodu a spokojenost s porodem. Bylo zjištěno, že zvýšený výskyt příznaků posttraumatické stresové poruchy byl u žen, které se staly obětí sexuálního násilí. Dále bylo také zjištěno, že multipary mají celkově menší míru výskytu PTSD, ovšem není výjimkou, že popisují svůj předchozí porod jako traumatický. Proto byl tento faktor také identifikován jako rizikový pro vznik příznaků spojených s PTSD. Podobně jako v ostatních studiích byla akutní sekce spojena s vyšším výskytem PTSD. I přesto byla tato studie schopna potvrdit a diagnostikovat plně rozvinou posttraumatickou stresovou poruchu pouze u 1.8 % žen.

Studie provedena ve třech státech Střední Evropy, konkrétně v Polsku, Litvě a Slovensku, se zaměřovala na odhalování rizikových faktorů spojených s porodem a jejich vlivem na vznik symptomů posttraumatické stresové poruchy. Mezi nejčastější rizikové faktory patří nízký finanční příjem, akutní císařský řez, poporodní deprese a subjektivní pocit, že porod byl traumatický. Celková prevalence posttraumatické stresové poruchy byla určena na 3,4 % pro celkovou populaci zahrnutou ve studii (Murawska et al., 2026).

2 Vliv PTSD na život ženy

Posttraumatická stresová porucha často narušuje každodenní život člověka, který poruchou trpí. Typicky se postižení vyhýbají kontaktu se svým okolím, stahují se do sebe a v některých případech vyhledávají útěchu v návykových látkách (Szymanská, 2015). U žen trpících poporodní posttraumatickou stresovou poruchou je typické, že mají strach z dalšího těhotenství a porodu, jelikož tyto stavy byly vyvolávajícím faktorem PTSD (Ayers et al., 2006). Tuto teorii podporuje studie Gregory & Maddern (2023), kde ženy popisovaly výrazné pocity úzkosti při zjištění, že jsou znovu těhotné.

Ženy, které trpí poporodní posttraumatickou stresovou poruchou, obzvláště pokud se jedná o prvorodičky, se hůře adaptují do role matky a mají problém navázat kvalitní vztah s dítětem (Yurt & Çankaya, 2023).

Některé ženy mohou být náchylnější ke vzniku posttraumatické stresové poruchy z hlediska své povahy. Studie z Velké Británie zkoumala právě tento jev, tedy zda určité charakterové rysy mohou mít vliv na vznik posttraumatické stresové poruchy po porodu. Byly zkoumány tři povahové rysy – perfekcionismus, organizovanost a strach z nejistoty. Perfekcionismus a strach z nejistoty byly častěji spojeny s výskytem symptomů PTSD a negativním prožitkem z porodu, zatímco organizovanost naopak neprojevovala žádný vztah k PTSD nebo negativnímu prožitku. Bylo ovšem prokázáno, že pouze perfekcionismus lze brát jako rizikový faktor pro vznik PTSD (Price et al., 2020).

Vliv na vznik posttraumatické stresové poruchy má i sociální podpora ženy. Ženy, které mají menší podporu svého okolí (rodina, přátelé) první 3 dny po porodu, jsou náchylnější ke vzniku PTSD během období šestinedělí (Chen et al., 2024). Je prokázáno, že sociální podpora blízkého okolí je důležitá i pro úspěšnost léčby PTSD (Szymanská, 2015).

2.1 Navazování vztahu s dítětem

Přítomnost posttraumatické stresové poruchy nebo jejích příznaků může ovlivnit vztah matky k dítěti. PTSD bývá často spojena s agresivní až nepřátelskou formou výchovy dítěte a může způsobovat, že matka své dítě odmítá (Greene et al., 2020). K odmítání dítěte často dochází již první dny po porodu (Ayers et al., 2006). Jedním z důvodů, proč k této situaci dochází je fakt, že dítě může sloužit jako připomínka traumatického porodu, což následně může vést k tomu, že se žena záměrně vyhýbá péči o dítě (Ayers et al., 2016).

Dle turecké studie matky trpící PTSD odmítaly své dítě chovat či se ho dotknout v důsledku myšlenky, že by mohly dítěti ublížit, odmítaly se na dítě dívat nebo jim připadalo, že neví, jak své dítě utěšit, když pláče (Yurt & Çankaya, 2023).

Další faktor, který tento vztah ovlivňuje, je kojení. Bylo prokázáno, že snížená míra kojení či jeho úplná absence je jeden z rizikových faktorů pro vznik PTSD (Khsim et al, 2022; Orovou et al., 2023).

Turecká studie uvedla, že ženy s PTSD necítí vztah k dítěti během kojení anebo jim je kojení nepříjemné. Zároveň studie uvádí, že děti matek s PTSD méně přibírají na váze oproti dětem, jejichž matky PTSD nemají (Yurt & Çankaya, 2023).

Nizozemská studie se zabývala vztahem kojení a psychického zdraví matky po traumatickém porodu. To, zda ženy kojily, bylo hodnoceno 2 týdny a 9 týdnů po porodu. Největší míra výskytu symptomů posttraumatické stresové poruchy byla zaznamenána u žen, které přestaly kojit mezi těmito dvěma časovými úseky. Zároveň tato studie odhalila, že u žen, které buď nekojily vůbec nebo během daného časového období kojit přestaly, je zhoršené navazování vztahu s dítětem než u žen, které své dítě kojily. Tento jev poukazuje na to, že míra kojení je spjatá s úspěšným navazováním vztahu s dítětem (Manshanden et al., 2025).

Studie Cavallé-Abasolo et al. (2025) zkoumala vztah traumatického porodu a kojení. Ženy, které trpí PTSD anebo svůj porod považují za traumatický, mají celkově zhoršenou míru kojení, ať už se jedná o délku kojení, iniciace kojení nebo to, zda žena výhradně kojí či kojení kombinuje s umělým mateřským mlékem. Dále také tyto ženy prokazují sníženou tvorbu mléka v prvních dnech po porodu.

Švýcarská studie se již nezbyvala kojením, ale samotným vztahem matky trpící posttraumatickou stresovou poruchou a dítěte. Zároveň zkoumala kognitivní vývoj dítěte. Do studie byly zahrnuty pouze ženy, které své dítě na svět přivedly pomocí akutního císařského řezu. Přítomnost a závažnost PTSD společně s vztahem mezi matkou a dítětem byly zkoumány nejdříve 6 týdnů a následně 6 měsíců po porodu. Kognitivní vývoj dítěte byl zkoumán pouze 6 měsíců po porodu. Zvýšené skóre PTSD v 6 týdnech bylo spojeno s horším vztahem mezi matkou a dítětem jak v 6 týdnech tak v 6 měsících po porodu. Zároveň studie odhalila, že pokud se u ženy 6 týdnů po porodu vyskytovala vyšší míra symptomů PTSD spojených přímo s porodem, například opětovné prožívání, tak byl u dítěte zaznamenán lepší kognitivní vývoj, než je běžné. Toto je jediná studie, která zaznamenala tento jev (Devita et al., 2025).

Studie provedena v Japonsku zkoumala selhání navázání vztahu matky a dítěte v důsledku posttraumatické stresové poruchy. Tato skutečnost byla opět zkoumána ve dvou časových

intervalech – 1 měsíc a 4 měsíce po porodu. Přítomnost symptomů typických pro PTSD měla zásadní vliv na selhání navázání vztahu pouze 1 měsíc po porodu. Pro druhé měření, tedy 4 měsíce po porodu, byla mnohem významnějším faktorem ovlivňující vztah matky a dítěte přítomnost deprese. Není ovšem vyloučené, že přítomnost symptomů PTSD 1 měsíc po porodu může ovlivnit selhání navázání vztahu ve 4 měsících (Suetsugu et al., 2020).

Španělská studie řešila vliv posttraumatické stresové poruchy na kvalitu vztahu mezi matkou a dítětem v 8 měsících po porodu. Nejdříve se kvalita vztahu měřila ve 2 měsících po porodu a následně v 8 měsících. Bylo prokázáno, že přítomnost příznaků PTSD 2 měsíce po porodu vede ke zhoršenému vztahu matka-dítě v 8 měsících. Tento jev je způsoben tím, že negativní emoce, které žena prožívá, vedou často až k projevům deprese, u které je prokázáný zhoršený vliv na navazování vztahu matka-dítě (Vega-Sanz et al., 2024).

2.2 Vztah s partnerem

Projevy posttraumatické stresové poruchy narušují nejen nově vytvářený vztah s dítětem, ale zároveň i již vztahy existující. Nejčastěji jsou zasaženy vztahy s nejbližším, a to především s partnerem. Studie Ayers et al. (2006) odhalila, že nejčastěji se páry hádají a obviňují navzájem z událostí, které nastaly u porodu. Zároveň jsou běžné sexuální dysfunkce.

Studie provedena ve Velké Británii zkoumala, zda zdravotníci s páry řeší, jestli porod jejich dítěte nebyl traumatický. Předmětem zkoumání byl i vliv traumatického porodu na vztah mezi partnery. Dle této studie nejvíce párů udávalo sníženou míru intimity, následovanou pocitem nepochopení, nedostatečnou komunikací a zvýšenou míru negativních emocí právě v důsledku traumatického porodu. Nejméně párů tvrdilo, že tato zkušenost naopak jejich vztah posílila (Delicate et al., 2022).

Studie Garthus-Niegel et al. (2018) řešila vliv poporodní posttraumatické stresové poruchy a depresivních symptomů na spojenost partnerů se vztahem. Dotazníky s páry byly vyplněny nejdříve v 17. týdnu těhotenství a následně 8 týdnů a 2 roky po porodu. Symptomy typické pro poporodní PTSD byly spojeny s nižší mírou spokojenosti ve vztahu 2 roky po porodu. Zároveň ale bylo prokázáno, že největší vliv na tuto skutečnost měla přítomnost depresivních symptomů, které se často vyskytují současně se symptomy PTSD.

Australská studie se zabývala, co konkrétně u porodu způsobilo, že ho páry vnímaly jako traumatický. Do studie byly zapojeny 4 heterosexuální páry a všechny ženy z těchto párů udávaly trauma z porodu. Součástí studie byl i vliv porodu na partnerský vztah. Všechny páry popisovaly touhu po zlepšení jejich vztahu po traumatickém porodu a 2 páry dokonce

popisovaly, že tato traumatická zkušenost jejich vztah posílila. Nejlepší metodou pro posílení vztahu byla otevřená komunikace mezi partnery (Gregory & Maddern, 2023).

PTSD u partnera

Nejenom žena může trpět posttraumatickou stresovou poruchou v důsledku porodu. I partner, který byl u porodu přítomen, může porod prožít jako traumatickou událost, která následně vede k rozvoji příznaků PTSD (Delicate et al., 2022). Studie Ayers et al. (2007) tvrdí, že 9 týdnů po porodu trpí PTSD až 5 % partnerů.

Dle studie Golubitsky et al. (2024), provedené v Izraeli, nejvíce příznaků PTSD se vyskytuje u partnerů, kteří byli přítomni u plánované sekce než u těch, kteří byli přítomni u akutní sekce či vaginálního porodu. Autoři ovšem toto zjištění dále ve studii sami vyvracejí a tvrdí, že naopak partneři přítomni u akutní sekce projevují nejvíce příznaků PTSD. Zároveň tvrdí, že partneři, kteří byli přítomni u akutní sekce udávali větší strach z porodu. Studie prokázala, že míra strachu z porodu u otců se dá snadno ovlivnit ze strany zdravotníků, pokud budou muže více informovat o dané situaci (Galubitsky et al., 2024).

Studie Delicate et al. (2022) zkoumající, zda zdravotníci s páry řeší, jestli porod jejich dítěte nebyl traumatický. Zhruba polovina zúčastněných zdravotníků tvrdila, že s ženami probírala jejich porod a snažila se zjistit, zda byl porod traumatický nebo ne, ale pouze čtvrtina následně řešila tuto skutečnost s partnery. Nejčastějším symptomem u partnerů, zaznamenaným v 50.9 % případů, bylo vyhýbání se věcem, situacím a lidem vyvolávající vzpomínky na porod. Druhým nejčastějším symptomem byla zvýšená reakce na běžný podnět, zaznamenaná ve 44 % případů. Tato studie také odhalila poměrně častý fenomén v podobě toho, že muži si méně často připustí jakékoliv psychické problémy, protože je považují za slabost v důsledku sociálního stigma.

Studie z Velké Británie zkoumala vliv traumatického porodu na otce dítěte. Do studie bylo zapojeno celkem 8 mužů, kteří byli přítomni u porodu a zpětně tento porod hodnotili jako traumatický. Trauma každý muž definoval jinak, někteří ho spojovali se způsobem porodu (císařský řez nebo instrumentální porod) a jiní s bolestí jejich partnerky. Muži často udávali pocit bezmoci, který při porodu cítili, stejně jako strach nebo vinu. Z dlouhodobého hlediska muži popisovali pocit, že si nemohou říct o pomoc, protože jejich okolí považuje porod za čistě ženskou záležitost, a proto muž nemá nárok vnímat porod traumaticky. Díky tomuto názoru měli pocit, že na jejich pocity není brán ohled, a raději své emoce nedávali najevo. Podobně jako je tomu u žen, i jejich partneři mohou pociťovat strach z dalšího porodu. To může vést k odmítání dalšího potomka. Bylo zaznamenáno, že pokud další porod proběhl pomocí

plánované sekce, míra strachu a úzkosti u partnera se výrazně snížila, protože dovolila partnerovi se dostatečně psychicky na porod připravit. Zároveň pokud další porod proběhl bez komplikací a muži si ho nevyhodnotili jako traumatický, byli více otevřeni myšlence na další děti. Muži dále udávali, že jejich vztah k dítěti se formoval na základě prožitku z porodu. Někteří muži přiznali pocit extrémního strachu o dítě a jeden z nich popisoval, že tento strach u něj následně vyvolává stejný pocit paniky jako u porodu. V některých případech tento strach sloužil jako bariéra pro budování vztahu s dítětem. V kontrastu s negativními efekty je ale fakt, že všichni zúčastnění vyzorovali alespoň jednu pozitivní změnu, která vzešla z této traumatické události. Několik mužů udávalo vyšší míru empatie k ostatním lidem, někteří se naučili více si vážit života a po počátečních problémech popisovali někteří silnější a bližší vztah ke svým partnerkám (Charman et al., 2024).

3 Role porodní asistentky

Porodní asistentka je nelékařský zdravotnický pracovník, s odbornou způsobilostí dle zákona č. 96/2004 Sb., v následujícím znění:

Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči (§ 6, odst. 2).

Od roku 2004 je třeba pro výkon povolání porodní asistentky absolvovat tříleté bakalářské studium v akreditovaném zařízení (Zákon č. 96/2004 Sb., 2004)

Porodní asistentka má své jasné definované činnosti ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. Mezi nejdůležitější činnosti patří edukace v rámci zdravého životního stylu v těhotenství a po porodu, přípravě na porod a péče o novorozence. Pro období šestinedělí, kdy dochází k rozvoji poporodní posttraumatické stresové poruchy, je nejdůležitější činností porodní asistentky provádění návštěv v domácím prostředí, kde kontroluje zdravotní stav ženy (Vyhláška č. 55/2011 Sb., 2011).

Dle Kvalifikačního standardu přípravy na výkon zdravotnického povolání porodní asistentka se kompetence vystudované porodní asistentky dělí do 4 hlavních skupin – autonomní a kooperativní činnosti, činnost ve vědě a výzkumu a podílení se na organizaci a managementu. Nejdůležitější skupinou jsou autonomní kompetence porodní asistentky, které zahrnují úkony, které porodní asistentka provádí samostatně bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Konkrétně se jedná o úkony v oblasti podpory zdraví a prevence nemoci v rodinách a komunitě, jako je například edukace, dohled a motivace. Dále do této kategorie také spadá podílení se na vzdělávání ostatních pracovníků. Ve vztahu k posttraumatické stresové poruše je nejdůležitější podpora a provázení osob v krizových situacích. Zde je hlavním cílem porodní asistentky včas odhalit trápení klientky a zajištění adekvátní podpory (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání porodní asistentka, 2018).

Porodní asistentka hraje zásadní roli v tom, jak žena prožívá svůj porod. Řecká studie z roku 2023 se zabývala právě rolí porodní asistentky u porodu. Studie se zúčastnilo 13 žen, které první dítě přivedly na svět buď pomocí plánované nebo akutní sekce, a druhé dítě porodily vaginálně nebo se o to alespoň pokusily. Pouze tři ženy při jejich prvním porodu (císařský řez)

tvrdily, že se cítily být podporovány ze strany porodní asistentky v období po porodu, hlavně co se kojení týče. Naopak 6 žen popisovalo nulovou podporu ze strany porodní asistentky. Rozdíl mezi těmito skupinami je patrný i v počtu setkání před porodem. Ženy, které se cítily podporovány, se s porodní asistentkou setkaly alespoň třikrát před 36. týdnem těhotenství, zatím co druhá skupina žen se s porodní asistentkou setkala pouze jednou či dvakrát po 36. týdnu těhotenství (Kyrou, 2023).

U druhého porodu měly všechny ženy přítomnou porodní asistentku. Všem 13 zúčastněným ženám porod začal spontánně a 9 z nich porodilo vaginálně, zatím co zbylé 4 císařským řezem. Všechny ženy, i ty které nakonec porodily císařským řezem, se cítily v bezpečí v přítomnosti porodní asistentky a zároveň měly pocit, že porodní asistentce mohou důvěřovat. Co se předporodních setkání týče, všechny ženy se s porodní asistentkou setkaly alespoň třikrát před 37. týdnem těhotenství a následovně každý týden až do porodu. Zároveň byla také zaznamenána vyšší míra úspěšného kojení, které trvalo průměrně o 1 až 6 měsíců déle než u předchozího porodu (Kyrou, 2023).

Iránská studie se zabývala efektem poporodního poradenství vedeného porodní asistentkou po traumatickém porodu na příznaky posttraumatické stresové poruchy, deprese a úzkosti. Studie se účastnilo 90 žen, které byly vytipovány na základě screeningu pro traumatický porod. Ty byly následně rozděleny do 2 skupin po 45 ženách. První skupina měla možnost využít poradenství porodní asistentky 72 hodin a 4 až 6 týdnů po porodu, zatím co druhá skupina tuto možnost neměla a dostalo se jí pouze běžné poporodní péče. Závěrečné hodnocení výsledků proběhlo 3 měsíce po porodu. Výsledkem této studie bylo, že první skupina, tedy ženy, které využily poradenství porodní asistentky, měla výrazně menší výskyt symptomů typických pro PTSD, depresi a úzkost, v časovém úseku mezi 72 hodinami a 4 až 6 týdny po porodu a následně 3 měsíce po porodu. U druhé skupiny došlo ke zmírnění příznaků až 3 měsíce po porodu, nikoli již v prvních dvou časových úsecích. Tento jev je možné odůvodnit tím, že ženy, které poradenství nevyužijí, potřebují pouze více času na to, aby se vrátily zpět do psychické pohody. Studie navrhuje, že právě toto poporodní poradenství zajišťované porodními asistentkami by mohlo sloužit jako účinný nástroj ke zmírnění příznaků PTSD, deprese a úzkosti (Asadzadeh et al., 2020).

3.1 Předporodní příprava

Předporodní přípravu nejčastěji tvoří předporodní kurzy. Účelem těchto kurzů je poskytnout těhotným ženám informace založené na důkazech, tzv. evidence-based information, ohledně porodu a šestinedělí. Jejich cílem je také snížit strach žen z porodu a pomoci jim dělat informovaná rozhodnutí během porodu. Tyto kurzy také potenciálně zvyšují psychologickou odolnost během šestinedělí (Tiske et al., 2026). Součástí předporodní přípravy jsou také porodní plány, jejichž sestavení je často zahrnuto v rámci předporodních kurzů.

Předporodní kurzy

Psychologickou přípravou na porod se poprvé zabýval Fernand Lamaze, francouzský porodník, který v 50. letech 20. století představil model předporodní přípravy známý pod jménem Bezbolestný porod.

Švýcarská studie se zabývala prožitkem z porodu, vznikem posttraumatické stresové poruchy a zdravotním stavem matky a novorozence po porodu na základě toho, zda žena navštěvovala předporodní kurzy či ne. Do studie byly vybrány ženy, kterým bylo více než 18 let a porodily živé a donošené dítě. Celkem se studie zúčastnilo 794 žen, které byly rozděleny do dvou skupin, a to na ženy, které navštěvovaly předporodní kurzy a ženy, které je nenavštěvovaly. První skupina, tudíž ženy, které předporodní kurzy navštěvovaly, následně udávala menší spokojenost s porodem, ale ve vztahu k PTSD byl u nich zaznamenán menší výskyt vtíravých a negativních vzpomínek na porod. Je zajímavé, že faktory, které ovlivňují prožitek z porodu, jako je například indukce porodu, akutní císařský řez nebo použití porodnických kleští, byly u obou skupin prakticky totožné (Avignon et al., 2022).

Řecká studie zabývající se rolí porodní asistentky u traumatického porodu zkoumala i vliv předporodních kurzů na konečný prožitek ženy z porodu. Studie se účastnilo 13 žen, které své první dítě porodily buď plánovanou nebo akutní sekci a u druhého se alespoň pokusily o vaginální porod. Pouze 6 žen se účastnilo předporodních kurzů v prvním těhotenství. Těchto 6 žen tvrdilo, že jim předporodní kurzy velmi pomohly, hlavně co se informací ohledně porodu týče a pomohly jim se lépe na porod připravit. V druhém těhotenství se předporodních kurzů zúčastnilo již 11 ze 13 žen – zbylé 2 ženy se předporodních kurzů zúčastnily již během prvního těhotenství a necítily potřebu se jich účastnit znovu. Ženy udávaly, že jim tyto kurzy pomohly pochopit co přesně bylo špatně při jejich prvním porodu a zároveň, že je pro ně možné porodit vaginálně, i když předtím porodily císařským řezem (Kyrou, 2023).

Porodní plán

Porodní plán, zvaný také někdy jako porodní přání, je užitečný nástroj, pomocí kterého žena může vyjádřit svá přání a očekávání u porodu. Poprvé byl porodní plán představen v roce 1980 za účelem zvýšení informovanosti žen, aby se více mohly zapojit do rozhodování o průběhu svého porodu a k zlepšení komunikace mezi zdravotníky a pacienty (Simkin & Reinke, 1980).

Íránská studie zkoumala vliv porodního plánu na zdravotní stav matky a novorozence po porodu. Studie se zúčastnilo 106 žen, které byly rozděleny do dvou skupin. První skupina byly ženy, které měly své porodní plány a na jejich požadavky byl brán ohled během porodu. Porodní plány zahrnovaly například požadavky na volný pohyb během porodu, volbu polohy při tlačení, možnost jíst a pít, možnosti úlevy od bolesti nebo provedení amniotomie nebo epiziotomie. Druhá skupina žen dostala běžnou nemocniční péči. Ženy byly do studie vybrány mezi 32. a 36. týdnem těhotenství, kde s nimi byla poprvé vyplněna vstupní dokumentace v podobě socio-demografického a porodnického dotazníku, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire a Edinburské škály poporodní deprese. Za porodu a po porodu byly s ženami vyplněny následující dokumenty – dotazník ohledně porodu a stavu novorozence a Delivery Fear Scale. Následně 4 až 6 týdnů po porodu byl s ženami proveden rozhovor na základě několika dotazníků, konkrétně Childbirth Experience Questionnaire 2.0, Support and Control in Birth, Edinburská škály poporodní deprese a PTSD Symptom Scale 1. Studie objevila, že ženy, jejichž porodní plán byl dodržen, měly vyšší skóre u Childbirth Experience Questionnaire 2.0 a Support and Control in Birth, což znamená, že byly spokojeny se svým porodem. Naopak u žen, které dostaly pouze běžnou nemocniční péči, byly zaznamenány vyšší hodnoty na následujících škálách – Delivery Fear Scale, PTSD Symptom Scale 1 a Edinburská škála poporodní deprese. Zvýšené hodnoty na těchto škálách svědčí o traumatickém zážitku z porodu, který může vést ke vzniku PTSD (Ahmadpour et al., 2022).

3.2 Screeningová vyšetření

City Birth Trauma Scale (City BiTS)

City Birth Trauma Scale je dotazník, který byl jako první specificky vytvořen pro účely diagnostikování poporodní posttraumatické stresové poruchy. Je koncipován na základě 5. edice Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V) a skládá se ze 29 otázek. Dotazník se zaměřuje na opakující se prožívání symptomů, vyhýbání se pocitům, které žena prožívala během traumatu, negativní myšlení a náladu, a nakonec projevy podrážděnosti (Ayers, 2024a).

Dotazník je rozvržen do 4 hlavních částí. První část se zaměřuje na pocit ohrožení života ženy anebo dítěte. Žena je dotazována, zda za porodu nebo ihned po porodu pociťovala strach, že buď ona anebo její dítě budou závažně poškozeni nebo zemřou. Možné odpovědi jsou pouze ano nebo ne.

Druhá část se zaměřuje na symptomy typické pro PTSD a četnost jejich výskytu za poslední týden. Mezi zmiňované symptomy patří například opakující se nepříjemné vzpomínky na porod, noční můry o porodu, neschopnost vzpomenout si na nějaký aspekt porodu nebo pociťování negativních emocí, jako je strach nebo vztek, ohledně porodu. V této části ženy odpovídají na základě Likertovy škály od 0 do 3, kde bod 0 znamená, že žena tyto symptomy nepociťuje vůbec, bod 1 pociťování symptomů pouze jednou za týden, bod 2 označuje zaznamenání symptomů dvakrát až čtyřikrát týdně, a bod 3 znamená zaznamenání těchto symptomů pětkrát a či vícekrát týdně.

Třetí část se zaměřuje na to, které symptomy se po porodu buď zhoršily nebo se s porodem začaly vyskytovat. Příkladem zkoumaných symptomů může být ztráta zájmu o oblíbené aktivity, neschopnost cítit pozitivní emoce, jako je radost nebo nadšení, pocit podrážděnosti, problémy s koncentrací nebo nedostatek spánku, který není způsobený péčí o dítě. Odpovědi jsou zde rozloženy stejně jako ve třetí části i se stejnou frekvencí výskytu symptomů.

Poslední, čtvrtá část, je rozdělena na tři oddíly. První oddíl řeší, kdy se tyto symptomy u ženy objevily poprvé. Na výběr je ze čtyř možností – před porodem, do 6 měsíců po porodu, více než 6 měsíců po porodu a symptomy se neobjevily vůbec. Obdobný princip se uplatňuje i v druhém oddílu, který se zaměřuje na dobu trvání symptomů – méně než měsíc, 1 až 3 měsíce, více než 3 měsíce a symptomy se nevyskytují. Poslední oddíl se zaměřuje na to, jak tyto symptomy ovlivňují život ženy. Zjišťuje se, zda symptomy ženám způsobují pocity tísně a zda jim brání dělat běžné každodenní aktivity nebo se socializovat. Poslední otázka celého dotazníku slouží k diferenciální diagnostice, jelikož se ptá, zda některé symptomy nemohly vzniknout v důsledku užívaných léků, alkoholu či drog (Ayers, 2024b).

Dotazník byl přeložen do 30 jazyků a v mnohých z nich byl také validován a shledán jako velmi účinný nástroj pro screening poporodní posttraumatické stresové poruchy.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL)

Posttraumatic Stress Disorder Checklist je nejčastěji užívaný dotazník pro screening PTSD v běžné populaci. Byl sestaven v roce 1990 na základě Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch IV (DSM-IV) a původně se skládal ze 17 otázek odpovídajících

diagnostickým kritériím dle DSM-IV. Následně byl tento dotazník upraven na základě Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch V (DSM-V) a rozšířen o nová diagnostická kritéria, konkrétně o 3 nové pocity spojené s PTSD – obviňování, negativní emoce a neopatrnost až sklony k sebeustrukci. Nová verze dotazníku má nyní 20 otázek a odpovědi jsou zaznamenávány na Likertově škále od 0 do 4, nejnížší skóre je tedy 0 bodů a nejvyšší 80 bodů (Blevins et al., 2015).

Jelikož je tento dotazník převážně využíván pro běžnou populaci a nikoli specificky pro ženy po porodu, byla vytvořena jeho upravená verze, která se svými dotazy zaměřuje na porod jako zdroj traumatu pro vznik PTSD. Stejně jako ostatní zmíněné dotazníky zkoumá výskyt příznaků za určité časové období, konkrétně za poslední měsíc, a jak moc ženu tyto příznaky omezovaly v každodenním životě. Hodnota 0 na Likertově škále značí, že ženu vůbec neomezovaly a hodnota 4 naopak znamená, že jí extrémně narušovaly každodenní život. Dotazník obsahuje například dotazy na spánek ženy, zda má problém usnout nebo ji budí noční můry spojené s porodem, zda žena cítí negativní emoce při zmínce o porodu nebo zda se záměrně vyhýbá věcem, místům a lidem, kteří jí porod připomínají. Dále se také zajímá, zda žena neztratila zájem o aktivity, které před porodem dělala ráda, zda si nepřipadá odstrčená od společnosti a přátel či zda je vůbec schopna pociťovat pozitivní emoce. Dotazník také řeší reakci na běžný podnět, zda se žena snadno vyleká a či je přehnaně obezřetná a extrémně opatrná nebo naopak má sklony k neopatrnosti (Arora et al., 2024).

Upravená verze dotazníku pro poporodní posttraumatickou stresovou poruchu nemá přesně určenou hranici, kdy se dá považovat za pozitivní. Dle americké studie je vhodné skóre buď 28 bodů, které má největší míru specifcity a senzitivity pro většinu žen po traumatickém porodu, nebo 32 bodů, které má sice nižší míru senzitivity, ale vyšší specifcitu, tudíž je schopné odhalit ženy, kterým přítomnost příznaků PTSD více narušuje život (Arora et al., 2024).

Traumatic Event Scale (TES)

Podobně jako předchozí škála byla Traumatic Event Scale vytvořena na základě Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch IV (DSM-IV) (Wijma et al, 1997). Existují dvě verze TES, konkrétně verze A, která se zaměřuje na identifikaci stresových symptomů před blížím se porodem (Varela et al., 2023), a verze B, která naopak řeší včasnou identifikaci PTSD symptomů po porodu (Varela et al., 2025). Škála se skládá dohromady ze 21 otázek, 4 zaměřené na vyvolávající traumatickou událost a zbylých 17 na konkrétní příznaky PTSD, které jsou definované v DSM-IV. Na jednotlivé otázky se odpovídá opět pomocí

Likertovy škály od 1 do 4, kdy 1 znamená nepřítomnost příznaků a 4 časté pociťování konkrétního symptomu. Dotazy na traumatickou událost jsou hodnoceny jako samostatná skupina (A) a lze je považovat za pozitivní, pokud žena odpoví hodnotou 3 nebo 4 na alespoň 1 otázku z otázek č. 1 až č. 3 a zároveň na otázku č. 4. Následujících 17 otázek je rozděleno do 3 podskupin (B, C, D) dle DSM-IV a k pozitivnímu výsledku je třeba odpovědět hodnotou 3 nebo 4 na alespoň 1 otázku ze skupiny B, 3 otázky ze skupiny C a 2 otázky ze skupiny D (Mäkelä et al., 2023).

Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WDE-Q)

Tento dotazník je nejčastěji využívaný pro měření strachu z porodu (verze A), ale dá se využít pro zpětné hodnocení zážitku z porodu (verze B). Dotazník je rozdělen do 7 oddílů mezi které je rozděleno 33 vyjádření a ženy hodnotí, jak moc se s těmito vyjádřeními ztotožňují. Hodnocení probíhá na Likertově škále s hodnotami 0 až 5. Dotazník je vyhodnocen jako pozitivní, pokud je skóre nad 85 bodů z celkově možných 165 bodů. Tato hodnota je považovaná za indikátor toho, že žena má velký strach z porodu (The Pearl Institute for Perinatal Psychology, 2026).

Tento dotazník byl shledán jako nejpřesnější pro určení traumatického porodu, ale svojí délkou a náročností na vyplnění se nedá adekvátně využít v klinické praxi pro účely screeningu (Mäkelä et al., 2023).

Edinburská škála poporodní deprese (EPDS)

Na základě studií je patrné, že vznik poporodní posttraumatické stresové poruchy je spojen s přítomností poporodní deprese (Gankanda et al., 2021, Murawska et al., 2026), proto je důležité zmínit také Edinburskou škálu poporodní deprese jakožto možný screeningový program pro posttraumatickou stresovou poruchu.

Edinburská škála poporodní deprese byla vytvořena v roce 1987 a je založena na 10 otázkách, na které žena odpovídá na základě svých pocitů za posledních 7 dní. Každá odpověď je ohodnocena 0 až 3 body, tudíž maximální možné skóre je 30 bodů a nejnižší skóre je 0 bodů. Dotazník je vyhodnocen jako pozitivní, pokud je finální skóre nad 13 případně 12 bodů (Cox et al., 1987).

První 2 otázky se zaměřují na pocity štěstí v životě ženy. Otázka č. 1 řeší, zda je žena schopna vnímat věci vtipně a je schopna se smát, a otázka č. 2 se zabývá pocitem potěšení z nadcházejících událostí. U obou těchto otázek jsou odpovědi hodnoceny od 0 do 3, kdy 0

představuje situaci, kdy žena tyto emoce pociťuje stejně jako vždy, a 3 znamená, že žena tyto emoce nepociťuje vůbec. Stejným způsobem, tedy od 0 do 3, je hodnocena i otázka číslo 4, která řeší pocity úzkosti bez zjevného důvodu – 0 znamená, že žena nepociťuje úzkost, a 3, že je žena často úzkostná. Ostatních 7 otázek má odpovědi ohodnoceny obráceně, tedy od 3 do 0. Otázka č. 3 zkoumá pocit viny, otázka č. 5 řeší bezdůvodný pocit strachu nebo paniky a otázka č. 6 se zabývá pocitem, že je toho na ženu moc. Otázky 7 až 9 řeší pocity smutku a jak tento pocit ovlivňuje spánek ženy a to, zda žena pláče. Poslední otázka, tedy číslo 10, se ptá, zda žena myslela na to, že si ublíží (Cox et al., 1987).

3.3 Podpůrné organizace

Úsměv mámy

Úsměv mámy je organizace, která vznikla v roce 2014 a zaměřuje na pomoc ženám, které se potýkají s psychickými potížemi v těhotenství, v období šestinedělí, ale i dále v jejich životě. V současné době se jedná o jedinou organizaci v České republice, která se tomuto tématu věnuje dlouhodobě. Organizace je složena z odborníků jako jsou porodní asistentky, psychologové, psychoterapeuti, lékaři, ale zároveň tvoří část i ženy, které si psychickými problémy v perinatálním období samy prošly. Činnost Úsměvu mámy je založena na třech hlavních oblastech. První je přímá podpora ženy, která se skládá z celorepublikové sítě odborníků a konzultantek. Druhá oblast je šíření osvěty ohledně psychických problémů spojených s perinatálním obdobím. Součástí této oblasti je odstranění stigma ohledně této problematiky, které ještě stále hraje velkou roli ve vyhledávání pomoci. Dle průzkumu provedeného přímo Úsměvem mámy 50 % žen trpících psychickými potížemi v raném mateřství nevyhledává odbornou pomoc. Ženy udávají strach z reakce okolí a pocit studu jako důvod proč odbornou pomoc nevyhledaly, stejně jako nedostatek informací o problematice. Poslední oblastí je zlepšení péče o ženy, která je zprostředkovávána sítí kvalitních odborníků. Organizace v současné době aktivně působí v 10 krajích České republiky. Sídlo organizace je v Praze, kde se nachází Centrum Úsměvu mámy, které zajišťuje nejrozsáhlejší podporu (Úsměv mámy, 2020).

Perinatal

Projekt Perinatal vznikl v roce 2021 pod záštitou Centra perinatálního duševního zdraví Národního ústavu duševního zdraví. Jedná se o screeningový program využívaný ve 20 porodnicích a ve vybraných gynekologických ambulancích na území České republiky za

účelem identifikace psychosociálního stresu v perinatálním období. Úzce spolupracuje s organizací Úsměv mámy, která zajišťuje včasnou podporu žen, kterým dotazník vyjde pozitivně. Dotazník ženy vyplňují buď v porodnici druhý den po porodu nebo v gynekologické ambulanci v rámci prenatální poradny. Dotazník se skládá z 10 otázek a jeho vyplnění zabere okolo 5 až 10 minut. Tímto screeningovým programem prošlo již 12 500 žen po porodu a 2500 žen v těhotenství a u 20 % z nich odhalil riziko vzniku psychických problémů (Národní ústav duševního zdraví, 2023). Je důležité zmínit, že tento projekt se primárně zaměřuje na identifikaci depresivních a úzkostných poruch, ve vztahu k posttraumatické stresové poruše nebyla dohledána souvislost.

4 Význam a limitace dohledaných poznatků

Tato práce slouží jako komplexní přehled dohledaných poznatků pro vznik poporodní posttraumatické stresové poruchy, včetně rizikových faktorů, vlivu na život ženy a jejího partnera, formování vztahu s dítětem a role porodní asistentky v rámci diagnostiky poruchy. I přes množství dohledaných zdrojů nelze opomenout určité limitace této práce.

Jednou z limitací je například malé množství studií zaměřených na problematiku partnerů u porodu a všechny, které jsou již provedeny, jsou založeny na malém vzorku populace. Další limitací je fakt, že problematika některých aspektů poporodní posttraumatické stresové poruchy je velmi málo prozkoumána nebo jsou studie staršího data a jejich přínos nemusí být aktuální pro současnou situaci. Problematika poporodní posttraumatické stresové poruchy je relativně novým tématem ve vědě a stále přibývají nové nebo ještě nepublikované studie, které by mohly změnit pohled na tuto problematiku.

I přes tyto limitace se práce dá využít jako základ pro zlepšení poznatků o poporodní posttraumatické stresové poruše. V práci jsou uvedeny nejčastější rizikové faktory pro vznik poporodní PTSD a v rámci edukace zdravotníků se dají některé z nich odstranit a snížit tak výskyt poruchy.

Závěr

Posttraumatická stresová porucha po porodu je závažnou komplikací šestinedělí. I přesto, že v posledních letech stoupá počet studií, které se jí zabývají, jedná se stále o opomíjenou diagnózu. Hlavním cílem této práce bylo dohledání a sumarizace dostupných poznatků o posttraumatické stresové poruše, která nastane jako následek porodu. Tento cíl byl založen na třech dílčích cílech. V rámci prvního dílčího cíle práce se podařilo identifikovat značné množství rizikových faktorů pro vznik poporodní posttraumatické stresové poruchy. Mezi rizikové faktory patří dle dohledaných zdrojů nejčastěji akutní sekce, poporodní deprese a vztah mezi zdravotnickým personálem a ženou. Současně s rizikovými faktory byly identifikovány i faktory protektivní, jako například brzký skin-to-skin kontakt a podpora ze strany rodiny a přátel.

Druhý dílčí cíl práce se zabýval tím, jak tato porucha ovlivňuje život ženy a její vztah k dítěti a partnerovi. Bylo prokázáno, že přítomnost poporodní posttraumatické stresové poruchy značně narušuje vztah, který si matka vytváří se svým dítětem po porodu. Zároveň je zde popsán vliv poporodní PTSD na vztah s partnerem a samostatná podkapitola řeší situaci, kdy trpí posttraumatickou stresovou poruchou i partner a jak tato diagnóza ovlivňuje jeho život a jeho vztah s dítětem.

Poslední dílčí cíl se zabýval rolí porodní asistentky v procesu péče o ženu a diagnostiky poporodní PTSD. Je zde kladen důraz na edukaci žen již před porodem a zároveň na kontinuitu péče porodní asistentky. Součástí kapitoly je i pojednání o vlivu porodního přání, které se ukázalo jako účinný nástroj prevence poporodní PTSD, stejně jako účast na předporodních kurzech. Poslední částí jsou screeningové programy nejčastěji používané v praxi.

Hlavní cíl a dílčí cíle této práce byly splněny na základě dohledaných poznatků o této problematice. Tato práce by mohla sloužit jako podklad pro další studie a práce zabývající se obdobnou problematikou.

Zdroje

Ahmadpour, P., Moosavi, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2022). Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 22(1), Article 777. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05199-5>

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>

Asadzadeh, L., Jafari, E., Kharaghani, R., & Taremian, F. (2020). Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2826-1>

Avignon, V., Baud, D., Gaucher, L., Dupont, C., & Horsch, A. (2022). Childbirth experience, risk of PTSD and obstetric and neonatal outcomes according to antenatal classes attendance. *Scientific Reports*, 12(1), Article 10717. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14508-z>

Ayers, S. (2024a). *About the questionnaire*. City Birth Trauma Scale. <https://www.citybirthtraumascale.com/about>

Ayers, S. (2024b). *Questionnaire for women*. City Birth Trauma Scale. <https://www.citybirthtraumascale.com/womens-version>

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., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389–398. <https://doi.org/10.1080/13548500600708409>

Ayers, S., Wright, D. B., & Wells, N. (2007). Symptoms of post-traumatic stress disorder in couples after birth: Association with the couple's relationship and parent–baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(1), 40–50. <https://doi.org/10.1080/02646830601117175>

Baldini, V., Gnazzo, M., De Ronchi, D., Carotenuto, M., Pera, M. C., & Fiorillo, A. (2025). Traumatic childbirth experiences and their association with postpartum psychiatric disorders: A systematic review. *Psychiatric Quarterly*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11126-025-10180-4>

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>

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>

Cavallé-Abasolo, E., Dikmen-Yildiz, P., Gómez-Gómez, I., Barros-Martins, L., & Motrico, E. (2025). Impact of traumatic childbirth and birth-related posttraumatic stress disorder on breastfeeding outcomes: A systematic review of longitudinal and cohort studies. *Birth*, 52(2), 553–571. <https://doi.org/10.1111/birt.70005>

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Čech, E. (2014). Císařský řez. In A. Roztočil (Ed.), *Porodnictví* (3. vyd., s. 492–497). Grada.

Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2022). Health-care practitioners' assessment and observations of birth trauma in mothers and partners. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 40(1), 34–46. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1788210>

Deninotti, J., Denis, A., & Berdoulat, É. (2020). Emergency C-section, maternal satisfaction and emotion regulation strategies: Effects on PTSD and postpartum depression symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(4), 421–435. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1793308>

Devita, S., Deforges, C., Bickle-Graz, M., Tolsa, J.-F., Sandoz, V., & Horsch, A. (2025). Maternal childbirth-related posttraumatic stress symptoms, bonding, and infant development: A prospective study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 43(3), 718–732. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2261057>

Froeliger, A., Deneux-Tharaux, C., Loussert, L., Madar, H., Sentilhes, L., & Tranexamic Acid for Preventing Postpartum Hemorrhage after Cesarean Delivery (TRAAP2) trial study group. (2024). Posttraumatic stress disorder 2 months after cesarean delivery: A multicenter prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 231(5), 543.e1–543.e36. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.03.011>

Gankanda, W. I., Gunathilake, I. A. G. M. P., Kahawala, N. L., & Ranaweera, A. K. P. (2021). Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) among a cohort of Srilankan post-partum mothers: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 21(1), Article 619. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04058-z>

Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Handtke, E., von Soest, T., Ayers, S., Weidner, K., & Eberhard-Gran, M. (2018). The impact of postpartum posttraumatic stress and depression symptoms on couples' relationship satisfaction: A population-based prospective study. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 1728. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01728>

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>

Gregory, E. M., & Maddern, R. (2023). The psychosocial experience of traumatic birth in couples: An interpretative phenomenological study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2225073>

Golubitsky, A., Weiniger, C., Sela, Y., Mouadeb, D., & Freedman, S. (2024). Childbirth as a traumatic event for attendant fathers. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), Article 2338671. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2338671>

Handelzalts, J. E., Levy, S., Ayers, S., Krissi, H., & Peled, Y. (2022). Two are better than one? The impact of lay birth companions on childbirth experiences and PTSD. *Archives of Women's Mental Health*, 25(4), 797–805. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01243-7>

Hendrych Lorencová, E., Kašová, L., & Wilhelmová, R. (2021). Psychické poporodní změny. In *Vybrané kapitoly porodní asistence* (s. 375–377). MedMuni.

Hüner, B., Friedl, T., Schütze, S., Polasik, A., Janni, W., & Reister, F. (2024). Post-traumatic stress syndromes following childbirth influenced by birth mode-is an emergency cesarean section worst? *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(6), 2439–2446. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07114-5>

Charman, C., Masterson, C., & Russell, A. M. (2024). “Would I risk it again?” The long-term impacts of a traumatic birth, as experienced by fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/02646838.2024.2346893>

Chen, J., Wang, S., Lai, X., Zou, L., Wen, S. W., Krewski, D., & Xie, R. (2024). The association between social support and postpartum post-traumatic stress disorder. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 24(1), Article 7088. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-07088-5>

Khsim, I. E. F., Rodríguez, M. M., Riquelme Gallego, B., Caparros-Gonzalez, R. A., & Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk factors for post-traumatic stress disorder after childbirth: A systematic review. *Diagnostics*, 12(11), Article 2598. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12112598>

Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání porodní asistentka. (2018). In *Věstník 11/2018*, Praha: Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Kyrou, M. (2023). Mode of delivery and traumatic birth experience - the role of the midwife. A qualitative pilot study. *Eleutho*, 22(2), 1–10. <https://doi.org/10.18332/eleutho/166617>

Lai, X., Chen, J., Lu, D., Wang, L., Lu, X., Chen, I., Krewski, D., Wen, S. W., & Xie, R.-H. (2025). The association between doula care and childbirth-related post-traumatic stress disorder symptoms: The mediating role of childbirth experience. *Birth*, 52(2), 243–251. <https://doi.org/10.1111/birt.12874>

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>

Mäkelä, T., Saisto, T., Salmela-Aro, K., & Rouhe, H. (2023). How do different childbirth experience scales predict childbirth-related posttraumatic stress symptoms and disorder? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44(1), Article 2210750. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2210750>

Manshanden, T. M. N., Hendrix, Y. M. G. A., Scheele, F., Velzel, J., & van Pampus, M. G. (2025). Exploring the relationship between breastfeeding and psychological well-being after traumatic childbirth: A secondary analysis of the PERCEIVE study data. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 46(1), Article 2588223. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2025.2588223>

Mohr, P., Libiger, J., & Pavlovský, P. (Eds.). (2023). *Diagnostická kritéria DSM-5-TR: Praktická příručka s kódy MKN-10 a MKN-11*. Hogrefe.

Murawska, N., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Pawlicka, P., Riklikienė, O., Škodová, Z., Michałek-Kwiecień, J., & Kaźmierczak, M. (2026). Prevalence and risk factors of childbirth-

related post-traumatic stress disorder symptoms - comparison study of Central-Eastern European countries: Poland, Slovakia, and Lithuania. *Journal of Affective Disorders*, 392, Article 120102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120102>

Nakić Radoš, S., Brekalo, M., Žutić, M., Matijaš, M., Habek, D., Marton, I., Tikvica Luetić, A., Prka, M., Ujević, B., Štefulj, J., Pačić-Turk, L., Čivljak, M., Bošnjaković, J., Čartolovni, A., & Ayers, S. (2026). Prospective study of individual characteristics and posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: Birth satisfaction as a moderator. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 18(1), 29–38. <https://doi.org/10.1037/tra0001823>

Národní ústav duševního zdraví. (2023). *Již dvacátá porodnice se zapojila do unikátního projektu Perinatal. Pomáhá s duševním zdravím v těhotenství a po porodu.* <https://www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/jiz-dvacata-porodnice-se-zapojila-do-unikatniho-projektu-perinatal-pomaha-s-dusevnim-zdravim-v-tehotenstvi-a-po-porodu>

Nie, X. F., Xu, L. L., Guo, W. P., Li, J. H., Cheng, L., Zhang, T. T., & Li, J.-Y. (2025). Unveiling postpartum PTSD: Predicting risk factors using decision trees and logistic regression in Chinese women. *BMC Psychiatry*, 25(1), Article 798. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07261-w>

Orovou, E., Iliadou, M., Chatzopoulou, M. T., Dagla, M., Eskitzis, P., Rigas, N., & Antoniou, E. (2023). The relation between birth with cesarean section and posttraumatic stress in postpartum women. *Maedica - A Journal of Clinical Medicine*, 18(4), 615–622. <https://doi.org/10.26574/maedica.2023.18.4.615>

Pařízek, A., Černý, V., Blatný, J., Kvasnička, T., & Salaj, P. (2025). Diagnostika a lokalizace zdroje krvácení. *Obstetrics Forum*. https://obstetricsforum.cz/cs/menu_items/102

Piotrowski, N. A., & Range, L. M. (2025). Post-traumatic stress disorder. In *Salem Press Encyclopedia of Health*. Salem Press.

Price, L., Centifanti, L., & Slade, P. (2020). Personality factors and vulnerability to post-traumatic stress responses after childbirth. *The British Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 480–502. <https://doi.org/10.1111/bjc.12262>

Qin, H., Wei, W., Feng, X., & Yang, X. (2025). The current status of psychological birth trauma in women who had a vaginal delivery and associated factors: A questionnaire-based, cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1539305. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1539305>

Qureshi, Q. ul A., Khaskheli, M., Nigar, R., & Khidri, F. F. (2025). Post-traumatic stress disorder in women undergoing caesarean section: A prospective hospital-based study from Sindh, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 41(8), 2169–2177. <https://doi.org/10.12669/pjms.41.8.10475>

Srp, B. (2014). Mechanismus porodu. In A. Roztočil (Ed.), *Porodnictví* (3. vyd., s. 178–188). Grada.

Suetsugu, Y., Haruna, M., & Kamibeppu, K. (2020). A longitudinal study of bonding failure related to aspects of posttraumatic stress symptoms after childbirth among Japanese mothers. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03099-0>

Sun, X., Fan, X., Cong, S., Wang, R., Sha, L., Xie, H., Han, J., Zhu, Z., & Zhang, A. (2023). Psychological birth trauma: A concept analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 1065612. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1065612>

Szymanská, T. (2015). Posttraumatická stresová porucha. In *Psychiatrie a pedopsychiatrie* (s. 262–263). Nakladatelství Karolinum.

The Pearl Institute for Perinatal Psychology. (2026). *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)*. Pearl Perinatal. <https://pearlperinatal.com/library/wijma-delivery-expectancy-experience-questionnaire-w-deq/>

Tiske, P. K., Akduman, A. T., Çetin, S. A., Türkçapar, A. F., & Özdemir, Ö. (2026). The impact of antenatal education on mode of delivery and postpartum depression: A retrospective analysis. *Gulhane Medical Journal*, 68(1), 7–15. <https://doi.org/10.4274/gulhane.galenos.2025.06777>

Tomsis, Y., Perez, E., Sharabi, L., Shaked, M., Haze, S., & Hadid, S. (2021). Postpartum post-traumatic stress symptoms following cesarean section-the mediating effect of sense of control. *Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1839–1853. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09949-0>

Ungvarsky, J. (2025). Decision tree. In *Salem Press Encyclopedia*. Salem Press.

Úsměv mámy. (2020). *O nás*. <https://www.usmevmamy.cz/o-nas/>

Varela, P., Lykeridou, A., Zervas, I., & Deltsidou, A. (2023). Psychometric properties of the Greek version of the Traumatic Event Scale (TES) (Version A) among low-risk pregnant women. *BMC Psychology*, 11(1), Article 152. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01152-z>

Varela, P., Zervas, I., Diamanti, A., Nanou, C., Lykeridou, A., & Deltsidou, A. (2025). Post-traumatic stress symptoms following childbirth: A contribution to the psychometric evaluation of the Greek version of the Traumatic Event Scale (TES) (Version B). *Healthcare*, 13(7), Article 768. <https://doi.org/10.3390/healthcare13070768>

Vega-Sanz, M., Berastegui, A., & Sanchez-Lopez, A. (2024). Perinatal posttraumatic stress disorder as a predictor of mother-child bonding quality 8 months after childbirth: A longitudinal study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 24(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06570-4>

Vega-Sanz, M., Halty, A., Goñi-Dengra, S., Pitillas, C., & Berástegui, A. (2025). Exploring traumatic childbirth: Associations between obstetric violence indicators and perinatal posttraumatic stress. *PLOS ONE*, 20(6), Article e0324461. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324461>

Vyhláška č. 55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (ve znění pozdějších předpisů). (2011). In *Sbírka zákonů*. Praha: Ministerstvo vnitra

Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 587–597. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00041-8](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00041-8)

World Health Organization. (2017). *Normal childbirth: Physiologic labour support and medical procedures*. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/fra-cc-31-01-guideline-2017-eng-normal-childbirth-physiologic-labour-support-and-medical-procedures.pdf>

Xu, B., Chen, Y., & Tang, J. (2025). A prospective cohort study of the association between mode of delivery and postpartum posttraumatic stress disorder. *Scientific Reports*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-88717-7>

Yurt, G., & Çankaya, S. (2023). Effects of post-traumatic stress disorder on maternal adaptation and newborn perception in the postpartum period. *Early Child Development and Care*, 193(3), 388–400. <https://doi.org/10.1080/03004430.2022.2093867>

Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) (ve znění pozdějších předpisů). (2004). In *Sbírka zákonů*. Praha: Ministerstvo vnitra

Zitoun, N. M., Campbell, M. K., Gagnier, J., Kamalabadi, Y. M., & Garcia-Bournissen, F. (2025). Associations between PTSD and pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 25(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07545-9>

Seznam použitých zkratk

BMI	Body mass index
City BiTS	City Birth Trauma Scale
č.	číslo
DSM-IV	Diagnostický a statický manuál duševních poruch 4. edice
DSM V	Diagnostický a statický manuál duševních poruch 5. edice
EPDS	Edinburská škála poporodní deprese
např.	například
PCL	Posttraumatic Stress Disorder Checklist
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
TES	Traumatic Event Scale
tzv.	Tak zvané
WDE-Q	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire
WHO	Světová zdravotnická organizace