Československá psychologie 2022 / ročník LXVI / číslo 4
DOI: 10.51561/cspsych.66.4.365

RIZIKOVÉ FAKTORY PRE VZNIK POSTTRAUMATICKEJ STRESOVEJ PORUCHY PO PÔRODE: PREHĽADOVÝ ČLÁNOK

MIROSLAVA KOTRÍKOVÁ RAŠMANOVÁ[1,2], NATÁLIA KAŠČÁKOVÁ[1,2], JOZEF HAŠTO[1,2], PETER TAVEL[1]

[1] *Institut sociálního zdraví, Univerzita Palackého v Olomouci*
[2] *Pro mente sana, s. r. o., Bratislava*

ABSTRACT

Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder: A Review Article

Objectives. The aim of this article is to describe objective obstetric and population factors for the development of post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth, the ways in which they interact with subjective factors, in order to identify those women who are at an increased risk of developing PTSD symptoms after delivery.
Methods. The Web of Science database was used to search the literature. The keywords "posttraumatic stress disorder", "PTSD", "childbirth", "trauma" and "risk factors" were entered. Out of 79 resulting articles in English, 48 articles dealing with the topic of postpartum PTSD were selected, of which 29 directly dealt with the identification and description of risk factors for the development of postpartum PTSD. Additional relevant literature has been obtained through the study of these articles.
Results. The incidence of PTSD at 4-6 weeks after childbirth is estimated at 5.77% in the total population of postpartum women, and in the at-risk subpopulation, the estimate is 12.64%. Obstetric factors appear to be largely mediated by the emotional support of birthing woman from medical staff as well as by the presence and support of the accompanying person. Subjective perception of childbirth by the women giving birth, and the degree of control they feel during the birth process are among strongest factors which influence the risk of developing PTSD after childbirth. Early intervention in the form of providing comprehensive information and emotional support during childbirth, as well as in the postpartum period, and various forms of social support reduce the risk of developing a chronic form of PTSD.
Study limitations. Due to the specifics of childbirth systems across geographies, the incidence rate of PTSD and the representation of risk factors in the Czech and Slovak environments can differ from the incidence and representation of those countries included in the resources for this review article.

key words:

posttraumatic stress disorder,
PTSD,
childbirth,
trauma,
risk factors

kľúčové slová:

posttraumatická stresová porucha,
PTSP,
pôrod,
trauma,
rizikové faktory

ÚVOD

Všeobecne prevládajúce predstavy o traumatických udalostiach sa mnohokrát obmedzujú na oblasti, ktoré sa spájajú s prírodnými katastrofami, závažnými nehodami alebo priamym ohrozením života. Životná udalosť, akou je narodenie dieťaťa a samotný pôrod sa na prvý pohľad takýmto predstavám vymyká a všeobecne nie je vnímaná ako potenciálne traumatická udalosť. Za poslednú dekádu pribudlo množstvo vedeckých prác, ktoré mapujú a opisujú prežívanie pôrodu ženami a následný rozvoj posttrau-

Došlo: 22. 10. 2021; M. K. R., Olomouc University Social Health Institute, Palacky University Olomouc, Univerzitní 22, 771 11 Olomouc; e-mail: miroslava.rasmanova@oushi.upol.cz

Chceme poďakovať recenzentovi za cenné pripomienky a návrhy na doplnenie, ktoré viedli k sprehľadneniu a skvalitneniu príspevku.

matickej stresovej poruchy (PTSP) u žien, ktoré zažili traumatický pôrod. Výsledky ukazujú, že výskyt PTSP po pôrode nie je zanedbateľný. Napriek tomu nie sú v súčasnosti na Slovensku v rámci systému poskytovania zdravotnej starostlivosti tehotným a rodiacim ženám zahrnuté cielené skríningové, preventívne ani terapeutické intervencie, ktoré by sa zaoberali psychickým zdravím tehotných žien a matiek. Zvýšenie povedomia o rizikových faktoroch, ktoré prispievajú k rozvoju PTSP po pôrode, môže výrazne pomôcť pri prevencii, včasnom záchyte a cielených terapeutických intervenciách v rizikovej populácii žien. Upriamenie pozornosti na to, akú záťaž predstavujú symptómy PTSP pre ženy, ale aj celé rodiny, by malo viesť tvorcov politík k tomu, aby bola starostlivosť o duševné zdravie tehotných žien a matiek zaradená do systému zdravotnej starostlivosti. Tento prehľadový článok si kladie za cieľ zmapovať a systematizovať doposiaľ známe faktory, ktoré môžu predznamenať zvýšené riziko rozvoja PTSP po pôrode, ako sú opísané v dostupnej odbornej literatúre.

METÓDA

Na prehľadávanie odbornej literatúry bola použitá databáza Web of Science. Boli zadané kľúčové slová „posttraumatická stresová porucha“, „PTSP“, „pôrod“, „trauma“ a „rizikové faktory“. Zo 79 článkov v anglickom jazyku bolo následne vybraných 48 článkov, ktoré sa zaoberali témou PTSP po pôrode. Z nich sa 29 článkov venovalo priamo rizikovým faktorom pre vznik PTSP po pôrode. Ďalšia relevantná literatúra bola získaná zo zdrojov, ktoré boli uvedené vo vybraných odborných článkoch.

VÝSLEDKY

Prevalencia PTSP po pôrode

Pôrod ako potenciálny stresor je oproti typickým traumatickým udalostiam špecifický. Kultúrne je vnímaný ako pozitívna udalosť, úzko spojená s narodením dieťaťa. Aj keď existujú okolnosti, ako napríklad narodenie mŕtveho dieťaťa, predčasný pôrod alebo závažné pôrodnícke komplikácie ohrozujúce život matky alebo dieťaťa, keď je pôrod objektívne možné označiť ako traumatickú udalosť, narastajúci počet výskumov ukazuje, že symptómy PTSP sa môžu po pôrode rozvinúť aj v prípadoch, keď počas pôrodu nedošlo k priamemu ohrozeniu života ženy alebo dieťaťa (Ayers et al., 2016; Ford a Ayers, 2011; Halperin et al., 2015), pričom jedným z najsilnejších prediktorov je negatívny zážitok z pôrodu (Dekel et al., 2017).

Výskyt PTSP po pôrode je dobre zdokumentovaný, no miera výskytu je podľa jednotlivých štúdií veľmi rôznorodá. Je to spôsobené viacerými faktormi, najmä v závislosti od definície PTSP, metód merania, času, ktorý ubehol od pôrodu, ale aj kultúrneho kontextu, v ktorom sa pôrod odohráva (Adewuya et al., 2006; Bingol a Demirgoz, 2020; Garthus-Niegel et al., 2014; Modarres et al., 2012; Mokhtari, 2018; Zambaldi et al., 2011). Metodológia niektorých štúdií neumožňuje v dostatočnej miere zohľadniť rizikové faktory, ako napríklad výskyt PTSP už v období pred pôrodom. Rozlišovanie medzi PTSP prítomnou už pred pôrodom a traumatizáciou počas pôrodu s následným rozvojom PTSP je tak najmä v staršie datovaných štúdiách nedostatočné (Alcorn et al., 2010).

Najnovšie publikované systematické prehľady odhadujú výskyt akútnej formy PTSP (obdobie 4 až 6 týždňov po pôrode) u 5,77 % žien po pôrode v bežnej populácii (Dikmen-Yildiz et al., 2017) a výskyt čiastkových (teda subsyndromálnych) symptómov PTSP u 16,8 % žien po pôrode v bežnej populácii (Dekel et al., 2017). V rizikovej populácii žien je výskyt PTSP výrazne vyšší ako v bežnej populácii, pričom akútna forma PTSP (4 až 6 týždňov po pôrode) je v rizikovej subpopulácii na úrovni 12,64 % (Dikmen-Yildiz et al., 2017). Rizikové faktory tvoria najmä anamnéza depresie, PTSP alebo

iných psychiatrických ochorení v tehotenstve, sexuálne zneužívanie v detstve, emočné a fyzické partnerské násilie, akútny cisársky rez a predčasný pôrod. V rizikových populáciách, ktoré zahrňujú ženy po predčasnom pôrode, sa PTSP rozvinie u 15 až 19 % rizikových žien (Dikmen-Yildiz et al., 2017; Grekin a O'Hara, 2014). V prípade úmrtia dieťaťa pri pôrode sa PTSP vyskytuje až u 39 % rizikových žien (Christiansen, 2017).

Štúdia, ktorá sa zameriavala na zmeny prevalencie PTSP v čase (Dikmen-Yildiz et al., 2018), sledovala výskumný súbor 226 žien, ktorých pôrod bol traumatický podľa definície traumatickej udalosti v súlade s kritériami DSM-IV. Štúdia dospela k zisteniu, že veľká časť žien z výskumného súboru je napriek traumatickému zážitku odolná. Symptómy PTSP sa nerozvinuli u 61,9 % žien z výskumného súboru. U časti žien boli symptómy PTSP prítomné v období 4 až 6 týždňov po pôrode, avšak spontánne do 6 mesiacov od pôrodu odzneli (a to u 18,5 % žien z výskumného súboru). U 5,8 % žien, ktorých zážitok z pôrodu bol traumatický, mala PTSP oneskorenú manifestáciu a symptómy PTSP sa rozvinuli až 6 mesiacov po pôrode. Chronická forma PTSP, pri ktorej symptómy PTSP zaznamenané 4 až 6 týždňov po pôrode pretrvávali ešte 6 mesiacov po pôrode, bola v tejto štúdii zistená u 13,7 % žien z výskumného súboru. Niektoré štúdie poukazujú na súvislosti medzi chronickými symptómami posttraumatického stresu po pôrode, spánkovou depriváciou u žien v dôsledku starostlivosti o novorodencov a tiež súčasne sa vyskytujúcou popôrodnou depresiou (Garthus-Niegel et al., 2015; Haagen et al., 2015).

Napriek tomu, že približne až polovica žien identifikuje minimálne jeden zážitok z pôrodu ako traumatický (Alcorn et al., 2010; Ford a Ayers, 2011) a až tretina žien subjektívne hodnotí pôrod ako traumatický zážitok (Dekel et al., 2017), symptómy PTSP sa nerozvinú u všetkých z nich. To naznačuje, že v rozvoji symptómov PTSP po pôrode zohráva úlohu aj reziliencia v kombinácii s inými pridruženými faktormi, ktoré pomáhajú predchádzať rozvoju symptómov, ako napríklad miera a kvalita sociálnej podpory, ktorú žena dostáva od svojho blízkeho okolia (Dikmen-Yildiz et al., 2018; Garthus-Niegel et al., 2014), či spôsob a kvalita komunikácie zdravotníckeho personálu so ženou počas pôrodu (Haagen et al., 2015).

Definícia a nástroje používané vo výskume PTSP po pôrode

Ako referenčný bod sú pri výskume PTSP po pôrode využívané často diagnostické kritériá Americkej psychiatrickej spoločnosti DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), resp. DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Symptómy PTSP sa rozvinú ako reakcia na prežitie traumatickej udalosti. Na to, aby bola diagnostikovaná PTSP, nestačí teda iba prítomnosť symptómov. Musí byť prítomný stresor v podobe traumatickej udalosti, na ktorú sú symptómy reakciou. Diagnostické kritériá DSM-IV definovali traumatickú udalosť (kritérium A) takto: „(1) udalosť, počas ktorej osoba zažíva, je svedkom alebo je konfrontovaná so skutočnou alebo domnelou hrozbou smrti alebo závažného zranenia, je ohrozená jej telesná integrita alebo telesná integrita iných osôb a zároveň (2) počas tejto udalosti zažíva intenzívny strach, pocit bezmocnosti alebo hrôzy" (American Psychiatric Association, 2000).

DSM-IV zahŕňali pri opise traumatickej udalosti (kritérium A) tzv. objektívne (A1) a subjektívne kritériá (A2), ktoré museli byť splnené súčasne (North et al., 2009). V roku 2013 sa menili diagnostické kritériá DSM-IV na verziu DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), čo sa odrazilo na zmenách definície kritérií PTSP aj vo výskume.

Definícia PTSP prešla v novej verzii DSM-5 viacerými zmenami tak v oblasti kritéria A (definovanie traumatickej udalosti), ako aj symptómov PTSP (kritériá B-E) (Pai et al., 2017).

Kritériá (A2) v definícii DSM-IV sa týkali subjektívneho prežívania traumatickej udalosti a percepcie tejto udalosti osobou, ktorá ju zažíva, alebo je svedkom takejto udalosti. Z DSM-5 bola subjektívna zložka v podobe kritéria A2 úplne vypustená. Vypustenie subjektívnej zložky bolo zdôvodnené tým, že nie všetky osoby, ktoré zažili traumatickú udalosť a u ktorých sú prítomné symptómy traumy, nevyhnutne reagujú na traumatickú udalosť intenzívnym strachom, pocitmi bezmocnosti alebo hrôzy (North et al., 2009). V definícii traumatickej udalosti v DSM-5 pribudlo sexuálne násilie ako jeden z možných traumatizujúcich stresorov.

Okrem splnenia kritéria A je v súlade s DSM-5 potrebné, aby bol prítomný minimálne jeden zo symptómov, ktoré súvisia so znovuprežívaním traumatickej udalosti (kritérium B): *„opakujúce sa, nechcené a vtieravé spomienky na traumatickú udalosť; opakujúce sa stresujúce sny, ktorých obsah a/alebo dopad súvisí s traumatickou udalosťou; disociatívne reakcie (napríklad flashbacky) pri ktorých sa jedinec cíti alebo koná, akoby sa traumatická udalosť opakovala; intenzívna alebo pretrvávajúca duševná nepohoda pri vystavení vnútorným alebo vonkajším podnetom, ktoré symbolizujú alebo pripomínajú nejaký aspekt traumatickej udalosti; výrazné fyziologické reakcie na vnútorné alebo vonkajšie podnety, ktoré symbolizujú alebo pripomínajú nejaký aspekt traumatickej udalosti"* (Americká psychiatrická asociácia, 2018, s. 146).

Ďalšie kritériá zahŕňajú dlhotrvajúce symptómy ako vyhýbanie sa podnetom, ktoré sú pripomienkou na traumatickú udalosť (kritérium C); negatívne zmeny v kognícii a v nálade (kritérium D) a zvýšenú vzrušivosť (arousal) a reaktivitu, ktoré súvisia s traumatickou udalosťou (kritérium E). Tieto symptómy musia pretrvávať po dobu dlhšiu ako jeden mesiac (kritérium F) a zároveň vážnym spôsobom narúšajú každodenný život a sociálne fungovanie jedinca, ktorý nimi trpí (kritérium G). Musí byť pritom vylúčené, že symptómy sú prejavom užívania návykových látok či liekov alebo dôsledkom iného somatického ochorenia (kritérium H) (Americká psychiatrická asociácia, 2018).

Na Slovensku a v Českej republike sa v klinickej praxi na diagnostické účely PTSP využíva Medzinárodná klasifikácia chorôb MKCH-10, resp. MKCH-11 (World Health Organization, 2019). Diagnostické kritériá MKCH-11 pri diagnóze PTSP vyžadujú, aby v reakcii na traumatickú udalosť osoba, ktorá bola udalosti účastná alebo bola jej svedkom, po dobu niekoľkých týždňov zažívala ako reakciu na túto udalosť symptómy, ktoré spadajú do nasledovných troch oblastí: (1) prítomné opakované znovuprežívanie traumatickej udalosti, počas ktorého je udalosť znovuprežívaná „tu a teraz" (napríklad v podobe rušivých „flashbackov", živých, vtieravých spomienok či opakujúcich sa snov, alebo prežívanie úzkosti pri expozícii okolnostiam, ktoré sú spojené so stresorom alebo pripomínajú stresor); (2) vyhýbavé správanie namierené voči okolnostiam, ktoré sú spojené so stresorom alebo ho pripomínajú; (3) pretrvávajúce pocity ohrozenia a stavu zvýšenej ostražitosti. Ďalej musia byť prítomné niektoré z nasledovných symptómov: neschopnosť vybaviť si či už čiastočne alebo kompletne niektoré dôležité momenty z obdobia traumatického zážitku; problémy so zaspávaním alebo spánkom; podráždenosť či návaly hnevu; problémy s koncentráciou; hypervigilita; prehnané úľakové reakcie. Tieto symptómy sa zároveň nevyskytovali pred traumatickou udalosťou, môžu sa rozvinúť v akomkoľvek časovom horizonte po traumatickej udalosti (typicky do 3 mesiacov, ale niekedy aj po rokoch) a predstavujú pre danú osobu značnú záťaž v osobnej, rodinnej, sociálnej sfére alebo iných životných oblastiach, ktoré sú dôležité pre každodenné fungovanie (World Health Organization, 2019).

MKCH-11 rozlišuje medzi PTSP (6B40) a komplexnou PTSP (6B41), ktorá je následkom extrémne traumatických udalostí (akými sú napríklad genocída, mučenie, dlhotrvajúce domáce násilie, opakované sexuálne alebo fyzické násilie a zneužívanie

v detstve a podobne). Pre komplexnú PTSP platia rovnaké kritériá ako pre diagnózu PTSP, no navyše je charakterizovaná silnými a pretrvávajúcimi (1) problémami s regulovaním emócií; (2) negatívnymi postojmi voči sebe samému a pretrvávajúcimi pocitmi slabosti, rezignácie a menejcennosti, ktoré sú sprevádzané pocitmi hanby, viny alebo zlyhania a zároveň sa viažu k traumatickej udalosti; (3) problémami s udržiavaním vzťahov a pocitu blízkosti voči druhým ľuďom (World Health Organization, 2019).

Medzi priekopníkov preventívnych programov, ktoré sa zameriavali na diagnostiku a skorý záchyt rizikových faktorov, ktoré sa podieľajú na rozvoji psychických ťažkostí po pôrode patrí doktor Fedor Freybergh, ktorý už v 70. rokoch vo Švédsku inicioval preventívny program, ktorého cieľom bolo v prvom trimestri gravidity identifikovať rizikovú skupinu žien a poskytnúť im včasnú intervenciu v podobe poradenstva, prípadne psychoterapie. K identifikácii žien so zvýšeným rizikom slúžila sebaposudzovacia škála, ktorá na základe 70 otázok zachytávala mieru stresu, úzkosti, depresie, regresie, pocitov viny, frustrácie a agresivity (Freybergh, 2013).

Postupne vznikali ďalšie diagnostické nástroje v podobe dotazníkov, primárne určené na identifikáciu prítomnosti symptómov PTSP už v tehotenstve alebo po pôrode. Traumatic Event Scale (TES) v kombinácii s dotazníkom Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) bol prvý komplexnejší diagnostický nástroj vyvinutý a testovaný vo Švédsku (Wijma et al., 1997). W-DEQ pozostával z dvoch častí, z ktorých sa jedna zameriavala na očakávania žien spojené s pôrodom ešte počas tehotenstva a druhá časť tohto dotazníka, ktorú ženy vypĺňali až po pôrode, bola zameraná na ich pôrodnú skúsenosť.

Špeciálne pre ženy s vysokým rizikom PTSP bol vyvinutý dotazník Perinatal PTSD Questionnaire (PPQ; Quinnell, Hynan, 1999). Zameriava sa na zisťovanie symptómov PTSP u matiek, ktorých deti pri pôrode zomreli alebo boli hospitalizované na jednotke intenzívnej starostlivosti. PPQ vychádza z diagnostických kritérií DSM-IV.

V roku 2018 bola vytvorená anglická verzia dotazníka, ktorý je určený špeciálne na komplexné zisťovanie PTSP po pôrode – City Birth Trauma Scale (CBTS) a zahŕňa kritériá podľa DSM-5 (Ayers et al., 2018). Dotazník obsahuje 29 otázok, ktoré sa zameriavajú na dve skupiny symptómov: 1) na zistenie všeobecných symptómov PTSP a 2) na zistenie symptómov PTSP súvisiacich priamo s pôrodom; zároveň sa zisťuje aj ich manifestácia v rôznom časovom horizonte vo vzťahu k pôrodu. Dotazník CBTS tak umožňuje presnejšie určiť, či k manifestácii symptómov PTSP prišlo už pred otehotnením, alebo sa prvýkrát objavili až po pôrode. Prvá verzia CBTS dotazníka obsahovala aj dve otázky, ktoré sa týkajú subjektívneho prežívania pôrodu ženami a ktoré vychádzajú z definície DSM-IV. Kritérium A2 (subjektívne prežívanie traumatickej udalosti) autori zaradili do dotazníka z dôvodu, že v porovnaní s inými typickými stresormi považujú zážitok z pôrodu za špecifický. Pri testovaní CBTS dotazníka zistili, že zaradenie kritéria A2, ktoré pochádza z diagnostických kritérií DSM-IV, neovplyvňuje významným spôsobom výskyt PTSP po pôrode. Z toho dôvodu nevidia ako nutné, aby bolo kritérium A2 zahrnuté v CBTS v prípade jeho ďalšieho využitia vo výskume (Ayers et al., 2018). V súčasnosti prebieha validácia slovenskej verzie CBTS dotazníka v rámci projektu INTERSECT – International Survey of Childbirth-Related Trauma (n.d.).

Výskum PTSP po pôrode sa stretáva so špecifickými výzvami. Ukazuje sa, že pri výskume vplyvov PTSP na životy žien po pôrode, ale aj pre nastavenie preventívnych opatrení s cieľom znížiť riziko, je veľmi dôležité popísať osobitne faktory, ktoré sa podieľajú na rozvoji symptómov PTSP špecificky v súvislosti s pôrodom. Na identifikovanie týchto špecifických faktorov, ktoré sa podieľajú na rozvoji PTSP spôsobe-

nej traumatickými udalosťami pri pôrode bol úspešne testovaný Ehlersovej a Clarkov kognitívny model (King et al., 2017). Ehlersovej a Clarkov kognitívny model opisuje kognitívno-behaviorálne mechanizmy, ktoré sa podieľajú na vzniku PTSP (Ehlers a Clark, 2000). Tento model vo všeobecnosti vychádza z predpokladu, že PTSP sa rozvinie v prípade, ak jedinec spracuje stresujúcu udalosť spôsobom, že u neho vyvolá pocit hroziaceho nebezpečia. Zároveň sa s udalosťou spájajú natoľko silné negatívne kognície, že vzniknutý stres naruší alebo úplne zablokuje mentálne spracovanie udalosti a výrazne sťažuje alebo až znemožní vyrovnanie sa s ňou (Ehlers a Clark, 2000).

Z výskumného súboru žien, ktoré sa zúčastnili na testovaní Ehlersovej a Clarkovho modelu v štúdii zameranej na PTSP po pôrode, splnilo všetky DSM-IV kritériá pre diagnostikovanie PTSP 5,7 % žien. V modeli boli prostredníctvom rozsiahleho zisťovania dotazníkovou formou zachytené a zohľadnené rizikové faktory, ktoré boli identifikované už predchádzajúcimi výskumami ako významné (demografické, pôrodnícke a klinické rizikové faktory), ako aj známe kognitívno-behaviorálne faktory, ktoré zohrávajú úlohu pri vzniku všeobecných symptómov PTSP (napríklad negatívne vnímanie udalosti, disociácia, vyhýbavé správanie). Konečný model, ktorý obsahoval demografické, pôrodnícke a klinické rizikové faktory, ako aj kognitívno-behaviorálne faktory, vysvetľoval variabilitu symptómov v 73,7 %. Špecifické kognitívno-behaviorálne faktory súvisiace s pôrodom tvorili 37,1 % podiel na vysvetlení vzniku symptómov PSTP po pôrode (King et al., 2017).

Po zohľadnení demografických, pôrodníckych, klinických a kognitívno-behaviorálnych rizikových faktorov pre vznik PTSP sa ako významné a pre pôrod špecifické prediktory v testovaní ukázali: nízka miera pocitu bezpečia počas pôrodu; nízka miera podpory partnera počas pôrodu a nízka miera sociálnej podpory. Najsilnejším prediktorom PTSP špecificky v súvislosti s pôrodom bola nízka úroveň prežívaného bezpečia počas pôrodu. Tento prediktor zostal prítomný aj vo výslednom regresnom modeli (King et al., 2017).

Rizikové faktory a ich systematizovanie

Doposiaľ skúmané rizikové faktory sa zameriavali na niekoľko kvalitatívne rozdielnych oblastí. Opísané boli objektívne a subjektívne populačné a pôrodnícke faktory, okolnosti pred pôrodom, počas pôrodu, ako aj po pôrode (Ayers et al., 2016). Výsledky vykonaných štúdií nie sú vždy konzistentné a naznačujú, že jednotlivé faktory sa vzájomne ovplyvňujú a môžu sa umocňovať (Dekel et al., 2017). Iné faktory je naopak možné minimalizovať s potenciálom znížiť riziko rozvoja PTSP po pôrode aj v prípade, že bol prítomný niektorý zo stresorov v podobe pôrodníckych komplikácií (Ford a Ayers, 2011).

Metaanalýza, ktorá systematizovala výsledky 50 štúdií venovaných rizikovým faktorom rozvoja PTSP v súvislosti s pôrodom a do záverečnej analýzy zahrnula iba tie faktory, ktoré pochádzali zo štúdií dobrej kvality, identifikovala niekoľko štatisticky významných faktorov podieľajúcich sa na rozvoji PTSP po pôrode (Ayers et al., 2016). Signifikantné rizikové faktory boli v metaanalýze rozdelené do časových úsekov pred pôrodom, počas pôrodu a po pôrode (tab.1).

Medzi populačné a pôrodnícke faktory, ktoré pôsobia ešte pred pôrodom, sa zaraďuje anamnéza depresie v tehotenstve, tokofóbia (strach z pôrodu), komplikácie počas tehotenstva, anamnéza PTSP (Ford a Ayers, 2011), sexuálne zneužívanie v detstve, emočné a fyzické partnerské násilie počas tehotenstva (Oliveira et al., 2017) a výskyt psychiatrických ochorení pred tehotenstvom alebo počas tehotenstva (Andersen et al., 2012).

Počas samotného pôrodu sa ako najsilnejší faktor ukázali slabá podpora zo strany zdravotníckeho personálu (Ford a Ayers, 2011) alebo sprevádzajúcej osoby (Lemola et al., 2007), operačné ukončenie pôrodu, prežívanie negatívnych emócií, disociácia počas pôrodu (Harris a Ayers, 2012), pocit nedostatočnej kontroly a silná bolesť (Garthus-Niegel et al., 2014).

Takéto členenie je nápomocné pre vytvorenie komplexnejšieho obrazu o rizikových faktoroch a stresoroch, ktoré sa spolupodieľajú na rozvoji PTSP po pôrode a ktoré takmer nikdy nepôsobia izolovane (Dikmen-Yildiz et al., 2018). Umožňuje tiež zamerať sa v prevencii na tie stresory, ktorým možno priamo predchádzať ich elimináciou, alebo identifikovať faktory, ktorých výskyt je síce ťažko ovplyvniteľný, ale zvolením vhodných intervencií je možné ich vplyv zmierniť.

Tab. 1 Rizikové faktory vzniku PTSP po pôrode (Ayers et al., 2016)

Rizikové faktory vzniku PTSP po pôrode podľa meta-analýzy Ayersovej a kol. (2016)	Pred pôrodom	Počas pôrodu	Po pôrode
Depresia v tehotenstve	●		
Strach z pôrodu (tokofóbia)	●		
Komplikácie počas tehotenstva	●		
Anamnéza PTSP	●		
Anamnéza emočného a fyzického násilia	●		
Anamnéza sexuálneho zneužívania	●		
Subjektívne negatívne prežívanie pôrodu		●	
Operačné ukončenie pôrodu		●	
Slabá podpora počas pôrodu zo strany personálu		●	
Negatívne emócie počas pôrodu		●	
Disociácia počas pôrodu		●	
Pocit nedostatočnej kontroly nad priebehom pôrodu		●	
Silná bolesť počas pôrodu		●	
Popôrodná depresia			●
Slabá podpora okolia	●		●
Oslabené zvládacie mechanizmy a vysoká miera stresu			●

Pôrodnícke faktory

Medzi pôrodnícke faktory, ktoré významne zvyšujú riziko rozvinutia PTSP po pôrode, patrí ohrozenie života ženy alebo dieťaťa počas pôrodu, predčasný pôrod a akútny cisársky rez (Orovou et al., 2020), inštrumentálny pôrod (Hernández-Martínez et al., 2020) a vysoké krvné straty (Furuta et al., 2014). Riziko závažných pôrodníckych komplikácií a využitie invazívnych zásahov do pôrodu sa zvyšuje spolu s výskytom závažnej materskej morbidity v tehotenstve. Aj závažná materská morbidita (napríklad pre-eklampsia) sa ukazuje ako jeden z faktorov, ktorý môže zvyšovať riziko PTSP (Furuta et al., 2012; Furuta et al., 2014). Traumatizácia v anamnéze a materská morbidita sa javia ako vzájomne prepojené faktory. Ženy, ktoré zažili traumatické udalosti, trpeli počas tehotenstva vo vyššej miere zdravotnými problémami klasifikujúcimi graviditu ako rizikovú (Lev-Wiesel et al., 2009). Traumatizácia v anamnéze je zároveň jedným z faktorov, ktorý ženy radí do rizikovej subpopulácie z hľadiska rozvoja PTSP po pôrode. V tejto skupine žien je výskyt PTSP po pôrode významne vyšší, a to na úrovni 12,64 % (4 až 6 týždňov po pôrode) oproti 5,77 % v bežnej populácii žien v rovnakom časovom období (Dikmen-Yildiz et al., 2017).

Popri objektívnych pôrodníckych rizikách pôsobí na vznik traumy aj viacero subjektívnych faktorov, ako napríklad prežívanie bolesti a stresu (Goutaudier et al., 2012) a tokofóbia (Ayers et al., 2016). Potvrdzuje sa, že pôrodnícke faktory sú do veľkej miery mediované podporou zdravotníckeho personálu (Ford a Ayers, 2009) aj prítomnosťou a podporou sprevádzajúcej osoby (Cigoli et al., 2006) aj subjektívnym vnímaním pôrodu rodiacimi ženami, mierou kontroly, ktorú pociťujú počas pôrodného procesu (Garthus-Niegel et al., 2013; Garthus-Niegel et al., 2014; Goutaudier et al., 2012). Faktory, ktoré vplývajú na rozvoj symptómov PTSP po pôrode, by sa tak dali kvalitatívne pomenovať aj ako vonkajšie (objektívne) a vnútorné (subjektívne) vo vzťahu k rodiacej žene.

Sociálne interakcie a slabá podpora žien počas pôrodu ako rizikové faktory

Sociálne interakcie ženy so zdravotníckym personálom, ako aj sprevádzajúcou osobou pri pôrode (Cigoli et al., 2006; Lemola et al., 2007) tvoria zvláštnu skupinu faktorov ovplyvňujúcich rozvoj PTSP po pôrode. Dôležitá je aj miera podpory od bezprostredného sociálneho okolia ženy v popôrodnom období (Cigoli et al., 2006). Kvalitu a mieru sociálnych interakcií so ženou môže zdravotnícky personál ovplyvňovať a cielene sa tak zamerať na zníženie rizika vzniku PTSP po pôrode. Slabá podpora zo strany zdravotníckeho personálu pri pôrode je tiež faktor, ktorý sa spája s chronickou formou a oneskoreným rozvinutím PTSP po pôrode (Dikmen-Yildiz et al., 2018). Miera a kvalita sociálnej podpory v období 4 až 6 týždňov po pôrode a silný strach z pôrodu sú podľa autorov ďalšími pridruženými faktormi, na ktorých základe je možné predikovať výskyt chronickej formy PTSP a výskyt oneskorenej manifestácie PTSP po pôrode (Dikmen-Yildiz et al., 2018).

Bol zaznamenaný aj vzťah medzi slabou podporou zo strany zdravotníckeho personálu a oneskorenou manifestáciou PTSP po pôrode u žien, u ktorých boli prítomné ďalšie rizikové faktory, ako napríklad závažné pôrodnícke komplikácie (Ford a Ayers, 2011). Dobrá podpora a empatická komunikácia zo strany zdravotníckeho personálu, dostatok informácií, ktoré sú ženám počas pôrodu podávané zrozumiteľnou formou, pozitívne ovplyvňujú emocionálne reakcie a prežívanie rodiacich žien, ich hodnotiace úsudky o priebehu pôrodu, a to najmä v prípade, že dochádza ku komplikáciám (Ford a Ayers, 2009). Zdravotnícky personál má tak možnosť prostredníctvom interakcií s rodiacimi ženami ovplyvniť, ako ženy subjektívne vnímajú pôrod, a to aj v prípade, že počas pôrodu sa vyskytnú pôrodnícke komplikácie.

Význam podpory zo strany zdravotníckeho personálu počas pôrodu v prevencii vzniku PTSP po pôrode

Subjektívne prežívanie, strach z pôrodu, bolesť a miera kontroly, ktorú ženy počas pôrodu pociťujú, sa veľkou mierou podieľajú na tom, ako dokážu integrovať objektívne, potenciálne traumatizujúce udalosti (Garthus-Niegel et al., 2013). Taktiež napríklad spojitosť medzi strachom z pôrodu a posttraumatickými stresovými symptómami je umocnená v prípade, že sa vyskytnú objektívne pôrodnícke komplikácie. Navyše strach z pôrodu a negatívne prežívanie ešte zvyšujú mieru výskytu objektívnych pôrodníckych komplikácií, ktoré pôsobia pri vzniku posttraumatických stresových symptómov ako samostatný činiteľ (Haagen et al., 2015). Pri porovnávaní vzťahu medzi výskytom posttraumatických stresových symptómov a subjektívnymi a objektívnymi faktormi zvlášť, silnejšie vystupujú do popredia súvislosti so subjektívnymi faktormi (Garthus-Niegel et al., 2013).

Prístupy na znižovanie rizika vzniku PTSP v súvislosti s pôrodom tak môžu byť zamerané na znižovanie výskytu objektívnych rizikových faktorov (ako napríklad na

znižovanie výskytu pôrodníckych komplikácií a zásahov), ale mali by vždy brať na zreteľ subjektívne vnímanie pôrodu ženami ako dôležitý faktor, ktorý je navyše možné cielene ovplyvňovať vhodnými interakciami medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami (Ford a Ayers, 2009; Haagen et. al., 2015). Existujú dva hlavné prístupy k znižovaniu rizika traumatizácie pri pôrode a každý z nich má svoje opodstatnenie. Prvý je viac zameraný na zachytávanie populačných a pôrodníckych rizikových faktorov, ktoré zvyšujú riziko vzniku PTSP po pôrode. Tento prístup umožňuje porozumieť tomu, aké ženy a v akých situáciách sú ohrozené vo zvýšenej miere. Druhý prístup sa viac zameriava na okolnosti vzniku traumy a teda na prostredie, v ktorom je rodiacim ženám poskytovaná zdravotná starostlivosť. Tento prístup je smerovaný na politiky, opatrenia a konkrétne intervencie s cieľom predchádzať situáciám, v ktorých sú ženy počas pôrodu vystavené riziku traumatizácie. Podpora zo strany zdravotníckeho personálu je dôležitou súčasťou preventívnych opatrení, ktoré sa zameriavajú práve na aktívne utváranie podmienok, v ktorých ženy rodia.

Na základe výsledkov rozsiahlych metaanalýz, ktoré sa zameriavajú predovšetkým na rizikové faktory vzniku PTSP je možné identifikovať, ktoré ženy majú významne zvýšené riziko, že sa u nich po pôrode rozvinú symptómy PTSP. Popri anamnéze predchádzajúcich traumatických skúseností, akými sú napríklad emočné a fyzické násilie alebo sexuálne zneužívanie (Ford a Ayers, 2011), sa medzi rizikové faktory zaraďujú aj interpersonálne násilie počas tehotenstva, psychiatrické ochorenia pred otehotnením alebo počas tehotenstva a tokofóbia. Tieto tvoria silné prediktory pre vznik posttraumatických stresových symptómov po pôrode a ženy s takouto anamnézou predstavujú z hľadiska možnej retraumatizácie obzvlášť zraniteľnú skupinu (Dikmen-Yildiz et al., 2017; Grekin a O'Hara, 2014; Grekin et al., 2020; Oliveira et al., 2017). Domnievame sa, že tieto ženy by mohli mať výrazný osoh z cieleného psychologického poradenstva už počas tehotenstva. Keďže tieto zraniteľné ženy môžu mať oslabené zvládacie mechanizmy a majú zvýšenú tendenciu disociovať počas pôrodu, predstavuje to pre nich zvýšené riziko rozvinutia symptómov PTSP po pôrode (Haagen et al., 2015). Zároveň predstavujú skupinu, ktorá vo väčšej miere potrebuje podporu zdravotníckeho personálu, a takáto podpora sa skutočne ukazuje ako účinná v prevencii traumatizácie z pôrodu (Ford a Ayers, 2011; Reed et al., 2017).

Z výskumov, ktoré sa zamerali na povahu komunikácie medzi zdravotníckym personálom so ženami vyplýva, že dostatočné informovanie žien o priebehu pôrodu, medicínskych intervenciách ako aj vykonávaných procedúrach je ešte dôležitejšie než iba samotná emocionálna podpora (Haagen et al., 2015). Hoci emocionálna podpora zostáva dôležitou zložkou poskytovanej starostlivosti, informácie faktického charakteru poskytované ženám počas pôrodu sú ako prevencia traumatizácie nenahraditeľné, a to najmä ak sa vyskytnú komplikácie. Dostatočný tok informácií od zdravotníckeho personálu smerom k pacientom a pacientkam v slovenskej legislatíve vyžaduje aj Zákon o zdravotnej starostlivosti č. 576/2004, ktorý ukladá, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vyžaduje informovaný súhlas. Je dôležité, aby informovaný súhlas nemal iba formálny charakter. Informácie poskytované ženám počas pôrodu musia byť podávané zrozumiteľnou formou a v dostatočnej miere, aby pomáhali znížiť negatívne emocionálne reakcie žien počas pôrodu (Haagen et al., 2015). Interakcie a vplyv rizikových faktorov na vznik PTSP po pôrode sú zobrazené v Schéme 1.

Kvalitatívny výskum traumy z pôrodu

Výsledky kvalitatívnych výskumov konzistentne zaraďujú podporu a komunikáciu zo strany zdravotníckeho personálu medzi dôležité faktory, ktoré majú vplyv na rozvoj symptómov PTSP po pôrode (Ayers et al., 2016; Reed et al., 2017). Správanie sa zdra-

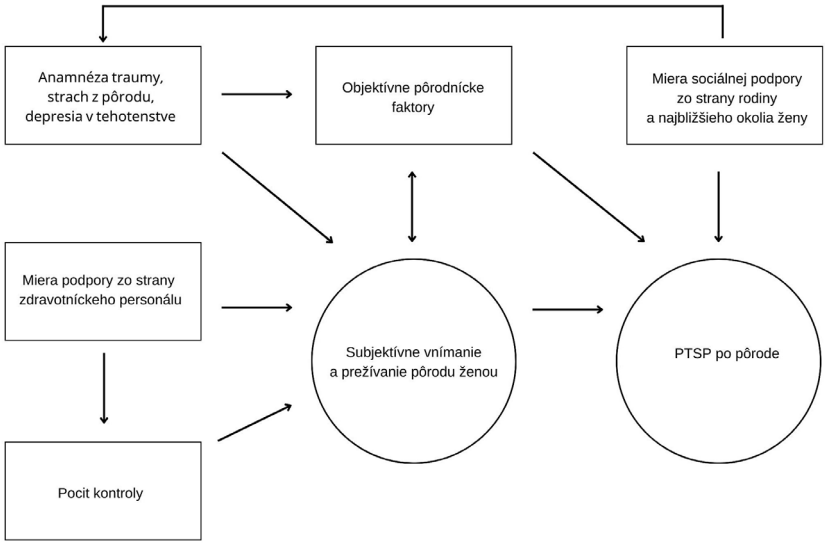

Schéma 1 Interakcie a vplyv rizikových faktorov na vznik PTSP po pôrode

votníckeho personálu k rodiacej žene pôsobí na jednej strane ako mediátor v prípade výskytu objektívnych pôrodníckych komplikácií, ale pôsobí aj ako samostatný činiteľ priamo vplývajúci na subjektívne vnímanie a prežívanie pôrodu ženami (Reed et al., 2017).

Reedová a kol. (2017) preskúmali interakcie medzi zdravotníckym personálom prítomným pri pôrode a rodiacimi ženami v rozsiahlom kvantitatívno-kvalitatívnom výskume, na ktorom sa zúčastnilo 748 žien z anglicky hovoriacich rozvinutých krajín. Tretina žien, ktoré označili pôrod za traumatický zážitok, ho pripisovala čisto objektívnym pôrodníckym faktorom, ako napríklad silné krvácanie či ohrozenie života dieťaťa. Až 66,7 % žien sa vo svojom rozprávaní sústredilo na interakcie so zdravotníckym personálom a ako traumatické označilo zážitky, ktoré sa týkali komunikácie zdravotníckeho personálu a ich konania voči ženám. Výskum identifikoval štyri základné témy, ktoré v naratívoch prinášali samotné ženy: uprednostňovanie potrieb zdravotníckeho personálu pred potrebami žien; ignorovanie poznania žien o vlastnom tele; klamanie a zastrašovanie a násilie (Reed et al., 2017). Organizácia práce, pri ktorej boli uprednostňované potreby zdravotníckeho personálu pred potrebami rodiacich žien často viedla k rutinnému vykonávaniu intervencií, ktoré neboli z hľadiska zdravotnej starostlivosti nevyhnutné, no primárne viedli k naplneniu potrieb zdravotníckeho personálu (napríklad urýchľovanie pôrodu z dôvodu časového manažmentu). Ženy vnímali ako zraňujúce, ak ich vlastné poznanie o procesoch, ktoré sa spájajú s ich telom, bolo zdravotníckym personálom označené za nepodstatné a potreby z toho vyplývajúce boli ignorované (napríklad bolesť, intenzita kontrakcií). Ženy opisovali, že zavádzujúce informácie a zastrašovanie boli používané často ako metódy, ktorými ich zdravotnícky personál manipuloval do rozhodnutí, ktoré ony odmietali, no zdravotnícky personál ich považoval za žiaduce. Obzvlášť citlivo ženy vnímali, ak bolo zo strany zdravotníckeho personálu použité zastrašovanie poškodením zdravia alebo zabitím dieťaťa. Niektoré ženy sa až spätne zo zdravotných záznamov dozvedeli, že hrozba poškodenia zdravia alebo smrti dieťaťa nebola reálna. V takomto prípade môžeme hovoriť o iatrogénnom pôsobení zdravotníkov – zdravotnícky personál umelo vytvoril traumatickú udalosť v situácii, keď nebolo ohrozenie zdravia alebo života

dieťaťa či ženy objektívne prítomné. Vyskytli sa tiež prípady zastrašovania sociálnou službou a odobratím dieťaťa v prípade, ak žena nebude súhlasiť napríklad s cisárskym rezom. Ženy opisovali aj situácie, ktoré vykazovali známky násilia, a v niektorých vyvolali spomienky na sexuálne násilie, ktoré zažili v minulosti (Reed et al., 2017).

Kvalitatívna štúdia Ayersovej (2007) identifikovala z pohľadu rozvoja symptómov PTSP po pôrode ako rizikové nadmerné pocity strachu počas pôrodu, pocity paniky, hnevu, frustrácie a disociácie. Tie boli zväčša reakciou na situácie domnelého alebo reálneho ohrozenia, v ktorých rodiace ženy nemali dostatok informácií o priebehu pôrodu a zo strany zdravotníckeho personálu sa im nedostávala účinná podpora. Nedostatočné informovanie rodiacich žien o úkonoch a reálnych rizikách počas pôrodu upevňuje stav informačnej asymetrie medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami. Môže to mať za následok, že ženy prežívajú vo zvýšenej miere obavy a vnímajú riziká, ktoré nemusia byť v danej chvíli reálne. Ayersová (2007) navrhuje sústrediť pozornosť zdravotníckeho personálu na prežívanie žien obzvlášť v situáciách, ktoré naznačujú, že žena zažíva akútny stres a obavy o svoje zdravie alebo o zdravie dieťaťa. Je žiaduce, aby v takýchto situáciách personál ponúkol ženám väčšiu podporu, dostatok informácií o priebehu pôrodu a prinavrátil tak ženám pocit kontroly. Ženám, ktorých prežívanie pôrodu bolo vo väčšej miere sprevádzané negatívnymi pocitmi, prípadne sa vyskytli stavy disociácie, by mala byť ponúknutá možnosť psychologického poradenstva v popôrodnom období (Ayers, 2007).

Podobné zistenia priniesla kvalitatívna štúdia s 23 iránskymi ženami, ktoré opisovali psychickú traumu z pôrodu (Taghizadeh et al., 2014). Boli to najmä pocity strachu, ohrozenia, úzkosti a bezmocnosti, ktoré ženy veľmi silne zažívali počas pôrodu, a pri ktorých zmiernení by mohla byť nápomocná účinná podpora zo strany zdravotníckeho personálu.

Vplyv PTSP po pôrode na vzťahovú väzbu a partnerské vzťahy

Koncept vzťahovej väzby zahŕňa emočné interakcie medzi matkou a dieťaťom, spôsob, akým matka reaguje a napĺňa potreby dieťaťa. Je pomerne dobre preskúmané, že na kvalitu vzťahovej väzby majú priamy vplyv psychické ťažkosti matky po pôrode, najmä popôrodná depresia (Kasamatsu et al., 2020; Nonnenmacher et al., 2016). Výsledky výskumov, ktoré sa zameriavajú na vplyv PTSP po pôrode na vzťahovú väzbu matky s dieťaťom, nie sú vždy jednotné. Nejednotnosť je z veľkej časti spôsobená metodologickými odlišnosťami. Štúdie, ktoré sa zaoberajú vplyvmi PTSP v popôrodnom období, nie vždy rozlišujú medzi všeobecnými symptómami PTSP a symptómami, ktoré sa viažu priamo k pôrodu. Takúto kategorizáciu symptómov umožnilo až rozšírené používanie dotazníka CBTS vo výskume PTSP po pôrode, ktorý bol prvýkrát dostupný v anglickej verzii až v roku 2018.

Štúdia Garthus-Niegelovej a kol. (2016) sa zameriavala na psychický vývoj detí matiek s PTSP po pôrode do veku dvoch rokov detí. Identifikovala ako dôležité faktory tri symptómy PTSP, a to emocionálne otupenie; intrúzie a vyhýbavé správanie. Všetky tieto symptómy môžu mať za následok, že matka bude emocionálne neprítomná pre dieťa v situáciách, keď by potrebovalo jej sústredenú pozornosť a interakcie. Štúdia tiež identifikovala, že náročnosť vytvorenia bezpečnej vzťahovej väzby bola priamo spojená s temperamentom dieťaťa a vo väčšej miere vystupovala u chlapcov.

Podobný vplyv PTSP po pôrode na vytváranie vzťahovej väzby zaznamenala štúdia Dekel a kol. (2018), v ktorej boli skúmané vplyvy PTSP spôsobenej priamo pôrodom na kvalitu vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom. Podľa zistení bola u žien, ktoré počas prvých mesiacov po pôrode zažívali symptómy PTSP, menej prítomná bezpečná väzba s dieťaťom v porovnaní so ženami, ktorých symptómy PTSP

neboli s pôrodom priamo spojené. Samotnú traumu z pôrodu identifikovali ako faktor, ktorý vplýva na kvalitu vzťahovej väzby nezávisle od preexistujúcich psychických ťažkostí a PTSP spôsobenej inými udalosťami. Výskyt objektívnych pôrodníckych komplikácií počas pôrodu nemal priamo vplyv na kvalitu vzťahovej väzby. Avšak čím vyššiu mieru subjektívneho stresu, ktorá vyústila do PTSP po pôrode, počas pôrodu ženy v štúdii zažívali, tým významnejší bol negatívny vplyv na kvalitu vzťahovej väzby. Výsledky naznačujú, že je to práve stresová reakcia žien, skôr než výskyt objektívnych pôrodných stresorov, ktorá môže potenciálne narušať vytvorenie bezpečnej vzťahovej väzby s dieťaťom po pôrode (Dekel et al., 2018).

Handelzalts s kolektívom (2021) sa zamerali na skúmanie vplyvu izolovaných skupín symptómov PTSP po pôrode (Handelzalts et al., 2021). Symptómy rozdelili do dvoch skupín podľa dotazníka CBTS na všeobecné (napríklad negatívne pocity nesúvisiace s pôrodom, zvýšená podráždenosť) a na symptómy, ktoré sa viažu priamo k pôrodu (napríklad pocit viny za priebeh pôrodu, silné negatívne emócie spojené s pôrodom, opakujúce sa neželané spomienky na pôrod, zlé sny a pod.). U žien, u ktorých prevládali všeobecné symptómy PTSP po pôrode, bola zaznamenaná vo väčšej miere vyhýbavá a úzkostná vzťahová väzba s deťmi. Naopak u žien, u ktorých sa symptómy PTSP viazali priamo k traumatickým zážitkom z pôrodu, sa nepotvrdil negatívny efekt symptómov PTSP na kvalitu vzťahovej väzby šesť mesiacov po pôrode (Handelzalts et al., 2021). K podobným výsledkom dospela aj ďalšia štúdia, ktorá na kategorizáciu symptómov použila tiež dotazník CBTS (Nakić et al., 2020). Vzhľadom na rozporuplné výsledky a rôznu metodológiu štúdií, ktorá je sčasti spôsobená aj novými nástrojmi používanými vo výskume, si problematika vyžaduje hlbšie systematické skúmanie. To umožní lepšie porozumenie mechanizmom, akými rozdielne skupiny symptómov PTSP po pôrode vplývajú na kvalitu vzťahovej väzby.

Niektoré výskumy naznačujú, že ženy s PTSP po pôrode zažívajú vo väčšej miere partnerské problémy (Nicholls et al., 2007; Oliveira et al., 2017), pričom niektoré vinia partnera z toho, že ich neochránil počas pôrodu pred traumatizujúcimi zásahmi (Nicholls a Ayers, 2007). Zaznamenané sú aj problémy v sexuálnom živote, a to najmä v prípadoch, keď je sexualita vnímaná ženami ako pripomienka traumatických udalostí. PTSP po pôrode tiež vplýva na rozhodovanie sa žien o tom, či budú mať ďalšie dieťa, prípadne ako dlho po prvom pôrode sa rozhodnú znova otehotnieť (Gottvall a Waldenstro, 2002).

DISKUSIA

Primárnym cieľom tohto prehľadového článku bola sumarizácia doposiaľ známych rizikových faktorov, ktoré zohrávajú významnú úlohu pri vzniku PTSP po pôrode a ich vzájomných interakcií. Zo spracovaných odborných zdrojov vyplynulo, že opísané rizikové faktory môžu mať charakter objektívnych populačných, pôrodníckych faktorov a komplikácií (počas ktorých ženy zažívajú strach o zdravie a život seba či dieťaťa), no výrazný rizikový faktor predstavuje negatívne vnímanie pôrodu samotnými ženami (Ayers et al., 2016; Garthus-Niegel et al., 2013). Populačné rizikové faktory, ako napríklad anamnéza psychiatrických ochorení v tehotenstve, môžu slúžiť ako prediktory, na základe ktorých môžeme vopred predpokladať, u ktorých žien bude zvýšené riziko rozvinutia posttraumatických symptómov v prípade výskytu objektívnych pôrodníckych komplikácií. Výskyt pôrodníckych komplikácií pri pôrode nie je možné úplne odstrániť, no aj v tomto prípade má prítomný zdravotnícky personál možnosti poskytnúť žene emocionálnu podporu, dostatok informácií o priebehu pôrodu a znížiť tak riziko, že sa z pocitu ohrozenia stane traumatický zážitok (Ford a Ayers, 2011; Haagen et al., 2015; Reed et al., 2017).

Aj z toho dôvodu je potrebné vyhnúť sa zúženému chápaniu negatívneho či pozitívneho vnímania pôrodu ženami ako subjektívneho, izolovaného faktoru, na ktorý nemajú vplyv vonkajšie okolnosti a ďalšie osoby, ktoré sú pri pôrode prítomné (Garthus-Niegel et al., 2013; Haagen et al. 2015). Negatívne prežívanie pôrodu je často umocnené stratou kontroly počas pôrodného procesu, nedostatočnou emocionálnou podporou a nedostatočnou informovanosťou žien o priebehu pôrodu zo strany zdravotníckeho personálu.

Pozitívna pôrodná skúsenosť môže znížiť riziko PTSP a táto skutočnosť predstavuje jedinečnú príležitosť prevencie (Garthus-Niegel et al., 2013; Haagen et al., 2015). Význam pozitívnej pôrodnej skúsenosti pre zdravie matiek, detí a celých rodín sa v čoraz väčšej miere zdôrazňuje aj v rámci odborného diskurzu. Na súvislosti medzi pozitívnou pôrodnou skúsenosťou a lepším zdravím žien a detí postupne viac poukazujú aj odborné spoločnosti, ktoré si kladú za cieľ prospievanie tehotných žien a novorodencov. Napríklad Medzinárodná federácia pre gynekológiu a pôrodníctvo (FIGO) je jedným z iniciátorov medzinárodnej iniciatívy k pôrodom s názvom *12 krokov k bezpečnej a rešpektujúcej starostlivosti o matky, deti a rodiny* (Lalonde et al., 2019). V rámcovom dokumente FIGO zdôrazňuje potrebu vytvoriť podmienky na bezpečné pôrody a pozitívnu pôrodnú skúsenosť žien, ktorá má priaznivé vplyvy na ich ďalšie životy: *„Tehotenstvo, pôrod a starostlivosť v šestonedelí majú vplyv na matky, ich deti a celé rodiny vo fyzickej aj psychologickej rovine. Dôvera žien v zdravý priebeh tehotenstva, pôrodu, dojčenia a vo vlastnú schopnosť poskytovať starostlivosť svojim novorodeným deťom sú výraznou mierou ovplyvnené prostredím, v ktorom ženy rodia, a môžu byť pozitívne, alebo negatívne ovplyvnené každým členom zdravotníckeho personálu, ktorý so ženou príde do kontaktu"* (Lalonde et al., 2019, s. 3). Svetová zdravotnícka organizácia vydala v roku 2018 odporúčania určené zdravotníckemu personálu s názvom *Intrapartum care for a positive childbirth experience* (World Health Organization, 2018). Predstavuje v nich základné kroky a postupy podpory pozitívnej pôrodnej skúsenosti. Podpora pozitívnej pôrodnej skúsenosti si podľa Svetovej zdravotníckej organizácie vyžaduje, aby sa pri organizácii pôrodnej starostlivosti žena a jej prežívanie pôrodu dostali do centra záujmu poskytovanej starostlivosti. Účinnými nástrojmi v tomto procese sú podľa Svetovej zdravotníckej organizácie časté interakcie zdravotníckeho personálu s rodiacou ženou v podobe aktívneho zisťovanie jej potrieb, pocitov, dostatočná miera informovania o priebehu pôrodu, vykonávanie invazívnych úkonov so získaním súhlasu a emocionálna podpora rodiacej ženy (World Health Organization, 2018).

Symptómy traumy spôsobujú značnú mieru utrpenia a negatívne ovplyvňujú kvalitu života zasiahnutých ľudí a celých rodín na viacerých úrovniach. Prevencia rozvoja PTSP pri pôrode je preto dôležitá nielen z dôvodu zachovania psychickej a duševnej pohody, ktoré majú v rámci zdravia svoje dôležité miesto, ale môže nepriamo pozitívne vplývať aj na kvalitu vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom (Dekel et al., 2018; Garthus-Niegel et al., 2016), na sexuálny život žien a ich partnerské vzťahy (Nicholls a Ayers, 2007). Pôrod je sprevádzaný a koordinovaný komplexnými hormonálnymi procesmi, ktoré môžu byť vážne narušené stresovými reakciami. Významu endogénneho oxytocínu pre prirodzený vaginálny pôrod a vytváraní spojenia medzi matkou a dieťaťom bezprostredne po pôrode sa tiež venovali Kaščáková a Hašto (2018). Podporná úloha zdravotníckeho personálu sa ukazuje ako efektívny nástroj, prostredníctvom ktorého je možné priamo znižovať mieru, v akej ženy vnímajú pôrod ako traumatický zážitok. Opatrenia, ktorých cieľom je počas pôrodu prinavrátiť ženám pocit zvládania, bezpečia a kontroly, môžu významnou mierou ovplyvniť to, ako budú ženy vyhodnocovať zážitok po pôrode a či bude toto vyhodnotenie pozitívne (Garthus-Niegel a von Soest, 2013; Reed et al., 2017).

V prípade tehotných žien, ktoré v minulosti zažili emočné, fyzické týranie či sexuálne zneužívanie a násilie, je vhodné pristúpiť k prevencii už pred samotným pôrodom (Oliveira et al., 2017). Starostlivosť o duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode je žiadúce zaradiť aj do systémov poskytovania prenatálnej a popôrodnej zdravotnej starostlivosti, aby zdravotnícky personál včasne dokázal identifikovať rizikové situácie a faktory. V prípade zvýšeného rizika rozvoja PTSP je dôležité ženám poskytnúť včasnú intervenciu a možnosť následnej terapie. Vzhľadom na špecifickú populáciu si môže organizácia takýchto služieb vyžadovať osobitný prístup, aby boli skutočne dostupné pre ženy, ktoré zároveň poskytujú starostlivosť deťom v dojčenskom veku.

Limity

Hlavný zdroj informácií pre tento prehľadový článok tvorili databázy, ktoré obsahujú odborné články v anglickom jazyku, prevažne z európskeho regiónu. V zozname vyhľadanej odbornej literatúry sa nevyskytovali štúdie, ktoré pochádzajú z českého či slovenského prostredia. Vzhľadom na to, že systémy pôrodnej starostlivosti sú v jednotlivých krajinách rozdielne, je potrebné mať na pamäti, že aj výskyt PTSP alebo jej príčiny v podobe zastúpenia rizikových faktorov môžu mať v českom a slovenskom prostredí svoje špecifiká. Napríklad aj pri nízkorizikových fyziologických pôrodoch je na Slovensku starostlivosť poskytovaná najmä lekármi – pôrodníkmi a pôrodníčkami, a nie pôrodnými asistentkami, ako je to v krajinách, z ktorých pochádzajú viaceré vyššie citované výskumy. Lekári majú vysokú odbornosť v oblasti riešenia komplikácií pôrodu a patológií. V prípade pôrodnej asistencie sa kladie väčší dôraz na prelínanie odbornosti s podpornou úlohou, keďže je pôrodná asistencia priamo zameraná na podporu fyziologických pôrodných procesov. Systémy pôrodnej starostlivosti v niektorých európskych krajinách (napríklad škandinávske krajiny, Veľká Británia, Holandsko) kladú dôraz na model, v ktorom sa jedna pôrodná asistentka stará vždy o jednu ženu (Page, 2003). Nedostatok zdravotníckeho personálu, pracovné preťaženie v systémoch, v ktorých jedna pôrodná asistentka alebo jeden lekár či lekárka poskytuje starostlivosť viacerým ženám zároveň, môžu predstavovať ďalšie bariéry pri poskytovaní dostatočnej informovanosti a efektívnej emocionálnej podpory rodiacim ženám, ktoré sa ukazujú pri prevencii PTSP súvisiacou s pôrodom ako kľúčové. Pri interpretácii a aplikácii zistení tohto prehľadového článku na slovenské prostredie treba mať na zreteli opísané skutočnosti.

ZÁVER

Narodenie dieťaťa je pre mnohé ženy intenzívna životná skúsenosť, ktorá so sebou za určitých okolností nesie riziko traumatizácie. Pôrod nie je možné chápať čisto ako technickú – biomedicínsku záležitosť. Pre ženu je tranzitnou životnou fázou, v rámci ktorej sa stáva matkou a preberá tak na seba novú spoločenskú rolu. V popôrodnom období je pre ženy dôležitá podpora od partnerov, rodiny a zo strany blízkych ľudí. V prípade, že je podpora v tehotenstve a pri pôrode nedostatočná, táto skutočnosť robí ženu zraniteľnejšou (spolu s inými negatívnymi okolnosťami) aj voči potenciálnej traumatizácii spojenej s pôrodom (Celušáková, 2022).

Už v populácii tehotných žien je možné identifikovať rizikové podskupiny, v rámci ktorých sú ženy vo zvýšenej miere náchylné na rozvoj PTSP po pôrode v prípade, že sa počas pôrodu vyskytnú komplikácie alebo sa žena stretne s necitlivým zaobchádzaním. Faktory, ktoré zvyšujú riziko rozvoja PTSP po pôrode, nepôsobia izolovane, ale vzájomne sa umocňujú. Výsledky doterajších výskumov naznačujú, že takzvané objektívne faktory v podobe pôrodníckych komplikácií a reálneho ohrozenia života či

zdravia tvoria iba časť rizika pre rozvoj PTSP po pôrode. Subjektívna negatívna skúsenosť s pôrodom pôsobí ako samostatne stojaci činiteľ, ktorý zvyšuje riziko vzniku posttraumatických symptómov, no zároveň pôsobí aj ako mediátor vo vzťahu k objektívnym pôrodníckym faktorom. Všetky interakcie, ktoré nesú známky zastrašovania, manipulácie, nerešpektujúceho a hrubého zaobchádzania, majú napriek absencii objektívneho ohrozenia potenciál spôsobiť, že subjektívne prežívanie pôrodu ženou bude vykazovať známky traumatickej udalosti (Reed et al., 2017).

Dôležitým zistením je, že subjektívne faktory môžu byť pozitívne ovplyvňované empatickým a podporným prístupom zo strany zdravotníckeho personálu nielen priamo počas pôrodu, ale už v tehotenstve. Intervencie zamerané na zníženie strachu žien z pôrodu a vytvorenie pozitívnej pôrodnej skúsenosti sú v čoraz väčšej miere rozpoznávané a zdôrazňované odbornými spoločnosťami ako jeden z dôležitých komponentov pôrodnej starostlivosti. Zdravotné systémy, ktoré si osvoja prístup zohľadňujúci subjektívne prežívanie pôrodu ženami a snažia sa naň pozitívne vplývať, vytvárajú nielen bezpečné prostredie na podporu fyziologického pôrodu so všetkými jeho zdravotnými prínosmi, ale pôsobia aj ako prevencia pred negatívnymi vplyvmi pôrodu na duševné zdravie (v podobe symptómov PTSP, vplyvu na vzťahovú väzbu medzi matkou a dieťaťom a pod.) a pravdepodobne majú vplyv aj na výskyt pôrodníckych komplikácií.

LITERATÚRA

Adewuya, A. O., Ologun, Y. A., & Ibigbami, O. S. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: Prevalence and risk factors. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *113*(3), 284-288. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00861.x

Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, *40*(11), 1849-1859. https://doi.org/10.1017/S0033291709992224

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Americká psychiatrická asociácia (2018). Príručka k diagnostickým kritériám DSM-5. Vydavateľstvo F, Pro mente sana.

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 Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *91*(11), 1261-1272. https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x

Ayers, S. (2007). Thoughts and emotions during traumatic birth: A qualitative study. *Birth*, *34*(3), 253-263. https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00178.x

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., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale. *Frontiers in Psychiatry*, *9*(SEP), 1-8. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00409

Bayri Bingol, F., & Demirgoz Bal, M. (2020). The risk factors for postpartum posttraumatic stress disorder and depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, *56*(4), 851-857. https://doi.org/10.1111/ppc.12501

Celušáková, H. (2022). Psychologické aspekty perinatálnej starostlivosti. In: J. Záhumenský, Pôrodníctvo. Amedi.

Christiansen, Dorte, M. (2017). Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: A systematic review. *Clinical Psychology Review,* (February), 60-74. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.007

Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27*(June), 91-97. https://doi.org/10.1080/01674820600714566

Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in Psychology*, *8*(APR), 1-10. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560

Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G., & Ashenfarb, A. L. (2018). Is childbirth-induced PTSD associ-

ated with low maternal attachment? *Archives of Women's Mental Health,* 21(May). https://doi.org/10.1007/s00737-018-0853-y

Dikmen-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*(October 2016), 634-645. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009

Dikmen-Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2018). Longitudinal trajectories of posttraumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of Affective Disorders*, *229,* 377-385. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.074

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive Model of Posttraumatic Stres Disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0

Ford, E., & Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders, 23,* 260-268. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.07.009

Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology and Health*, *26*(12), 1553-1570. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770

Freybergh, F. (2013). *Prenatálne dieťa. Psychosomatické charaktersitiky prenatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa*. Vydavateľstvo F, Pro mente sana.

Furuta, M., Sandall, J., & Bick, D. (2012). A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress disorder. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *12*. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-125

Furuta, M., Sandall, J., Cooper, D., & Bick, D. (2014). The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: A prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-133

Garthus-Niegel, S., Soest, T. Von., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health, 16,* 1-10. https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3

Garthus-Niegel, S., Knoph, C., von Soest, T., Nielsen, Ch. S., & Eberhard-Gran, M. (2014). The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: A longitudinal cohort study. *Birth, 41*(1), 108-115. https://doi: 10.1111/birt.12093

Garthus-Niegel, S., Ayers, S., von Soest, T., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2015). Maintaining factors of posttraumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, two-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders, 172,* 146-152. https://doi: 10.1016/j.jad.2014.10.003

Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., & von Soest, T. (2016). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine,* 1-10. https://doi.org/10.1017/S003329171600235X

Gottvall, K., & Waldenstro, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *109,* 254-260. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x

Goutaudier, N., Séjourné, N., Rousset, C., & Lami, C. (2012). Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms. *Journal of Reproductive and Infant, 4*(1), 37-41. https://doi.org/10.1080/02646838.2012.738415

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

Grekin, R., O'Hara, M. W., & Brock, R. L. (2020). A model of risk for perinatal posttraumatic stress symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, (April), *24*(2), 259-270. https://doi.org/10.1007/s00737-020-01068-2

Haagen, J. F. G., Moerbeek, M., Olde, E., Van Der Hart, O., & Kleber, R. J. (2015). PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of Affective Disorders, 185,* 135-143.

Halperin, O., Sarid, O., & Cwikel, J. (2015). The influence of childbirth experiences on women's postpartum traumatic stress symptoms: A comparison between Israeli Jewish and Arab women. *Midwifery*, *31*(6), 625-632. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.011

Harris R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots'. *Psychology and Health, 27*(10), 1166-1177. https://doi.org/10.1080/08870446.2011.649755

Handelzalts, J. E., Ph, D., Levy, S., Ph, D., Molmen-lichter, M. A. M., Ayers, S., Ph, D., Krissi, H., Wiznitzer, A., & Peled, Y. (2021). The association of attachment style, postpar-

tum PTSD and depression with bonding. A longitudinal path analysis model, from childbirth to six months. *Journal of Affective Disorders, 280,* 17-25. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.068

Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal factors related to posttraumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth. *Women and Birth*, *33*(2), e129-e135. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008

INTERSECT – *International Survey of Childbirth-Related Trauma* (n.d.). International Collaborators. https://blogs.city.ac.uk/intersect/international-collaborators/

Kaščáková, N., & Hašto, J. (2018). Význam endogénneho oxytocínu pri prirodzenom vaginálnom pôrode a bondingu. *Slovenská gynekológia a pôrodníctvo*, *25*(4), 197-203.

Kasamatsu, H., Tsuchida, A., Matsumura, K., & Shimao, M. (2020). Understanding the relationship between postpartum depression one month and six months after delivery and mother-infant bonding failure one-year after birth: results from the Japan environment and Children's study *(JECS)*. *Psychological Medicine, 50*(1), 161-169. https://doi.org/10.1017/S0033291719002101

King, L., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2017). Testing a cognitive model to predict posttraumatic stress disorder following childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1), 32. https://doi.org/10.1186/s12884-016-1194-3

Lalonde, A., Herschderfer, K., Pascali-Bonaro, D., Hanson, C., Fuchtner, C., & Visser, G. H. A. (2019). The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby–Family maternity care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *146*(1), 65-73. https://doi.org/10.1002/ijgo.12844

Lemola, S., Stadlmayr, W., & Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *25*(3), 190-202. https://doi.org/10.1080/02646830701467231

Lev-Wiesel, R., Chen, R., Daphna-Tekoah, S., & Hod, M. (2009). Past traumatic events: Are they a risk factor for high-risk pregnancy, delivery complications, and postpartum posttraumatic symptoms? *Journal of Women's Health, 18*(1), 119-125. https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0774

Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *12*, 88. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-88

Mokhtari, F. (2018). Post-traumatic stress disorder following childbirth: a study of prevalence and related factors in Iranian women. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, *9*(2). https://doi.org/10.4328/jcam.5464

Nakić, R., Matijaš, M., Anđelinović, M., Čartolovni, A., Ayers, S. (2020). The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *Journal of Affective Disorders*, *268*(1), 134-140. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.006

Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, *12*(4), 491-509. https://doi.org/10.1348/135910706X120627

Nonnenmacher, N., Noe, D., Ehrenthal, J. C., & Reck, C. (2016). Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style. *Archives of Women's Mental Health*, *19*(5), 927-935. https://doi.org/10.1007/s00737-016-0648-y

North, C. S., Suris, A. M., Davis, M., & Smith, R. P. (2009). Toward validation of the diagnosis of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *166*(1), 34-41. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050644

Oliveira, A. G. e. S. de, Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., Howard, L. M., & Lobato, G. (2017). Childhood sexual abuse, intimate partner violence during pregnancy, and posttraumatic stress symptoms following childbirth: a path analysis. *Archives of Women's Mental Health*, *20*(2), 297-309. https://doi.org/10.1007/s00737-016-0705-6

Orovou, E., Dagla, M., Iatrakis, G., Lykeridou, A., Tzavara, C., & Antoniou, E. (2020). Correlation between kind of cesarean section and posttraumatic stress disorder in Greek women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), 1592. https://doi.org/10.3390/ijerph17051592

Pai, A., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences*, *7*(1), 7. https://doi.org/10.3390/bs7010007

Page, L. (2003). One-to-one midwifery: Restoring the "with woman" relationship in midwifery. *Journal of Midwifery and Women's Health*, *48*(2), 119-125. https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00425-7

Quinnell, F. A., Hynan M. T. (1999). Convergent and discriminant validity of the perinatal PTSD questionnaire (PPQ): a preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, *12*(1), 193-199. https://doi.org/10.1023/A:1024714903950.

Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0

Taghizadeh, Z., Irajpour, A., Nedjat, S., Arbabi, M., & Lopez, V. (2014). Iranian mothers' perception of the psychological birth trauma: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry*, *9*(1), 31-36.

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2011). Bio-socio-demographic factors associated with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women. *Archives of Women's Mental Health*, *14*(5), 435-439. https://doi.org/10.1007/s00737-011-0224-4

WHO Recommendations (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/

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

World Health Organization (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). https://icd.who.int/dev11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f2070699808

SÚHRN

Zhrnutie. Cieľom tohto prehľadového článku je popísať objektívne pôrodnícke a populačné faktory, ktoré sa podieľajú na vzniku posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) po pôrode, a tiež spôsoby, akými sa vzájomne ovplyvňujú so subjektívnymi faktormi, s cieľom identifikovať ženy, u ktorých je zvýšené riziko rozvoja symptómov PTSP po pôrode.

Výsledky. Výskyt PTSP 4 až 6 týždňov po pôrode sa odhaduje na 5,77 % v celkovej populácii žien po pôrode a na 12,64 % v rizikovej subpopulácii. Pôrodnícke faktory sa javia byť do značnej miery mediované emocionálnou podporou rodiacej ženy zo strany zdravotníckeho personálu, ako aj prítomnosťou a podporou sprevádzajúcej osoby. Subjektívne vnímanie pôrodu rodiacimi ženami a miera kontroly, ktorú počas pôrodu pociťujú, patria medzi najsilnejšie faktory, ktoré ovplyvňujú riziko vzniku PTSP po pôrode. Včasná intervencia v podobe poskytovania dostatočných informácií a emocionálnej podpory počas pôrodu, ako aj v období po pôrode a rôzne formy sociálnej podpory znižujú riziko vzniku chronickej formy PTSP.

Limity. Vzhľadom na špecifiká pôrodných systémov sa môže miera výskytu PTSP a zastúpenie rizikových faktorov v českom a slovenskom prostredí líšiť od výskytu a zastúpenia v krajinách, z ktorých pochádzajú zdroje zahrnuté v tomto prehľadovom článku.