

Psychická reakce na ztrátu očekávaného dítěte

Zuzana Zarembová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zuzana Zarembová**
Osobní číslo: **H12720**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Psychická reakce na ztrátu očekávaného dítěte**

Zásady pro vypracování:

Přípravná fáze bakalářské práce, vyhledávání a studium odborné literatury a zdrojů.
Stanovení a formulace cílů bakalářské práce.
Volba výzkumné metody a výběr vhodné skupiny respondentů.
Vypracování teoretické části bakalářské práce.
Realizace výzkumného šetření.
Zpracování získaných dat a jejich interpretace.
Kritické zhodnocení výsledků a jejich praktická aplikace.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KOHNER, Nancy a Alix HENLEY. Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence. Praha: Triton, 2013. 349 s. ISBN 978-807-3876-432.

KOTRLÝ, Tomáš. K pohřbívání mrtvorozených. Zdravotnické noviny, 2012, roč. 61, č. 8, s. 20-23. ISSN 1805-2355.

PAZOUREK, Josef. Příčiny smrti u mrtvě narozených a novorozených. Česká gynekologie, 2012, roč. 77, č. 4, s. 382-387. ISSN 1210-7832.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, Jiří BERAN a Lucie KAŠOVÁ. Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. Praktický lékař, 2012, roč. 92, č. 9, s. 505-508. ISSN 0032-6739.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby^{1/};
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3^{2/};
- podle § 60^{3/} odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60^{3/} odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 19.2.2015

Štumberg

^{1/} zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

⁽¹⁾ Vyniká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejmeně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k naházení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisk, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Plátci, šs odevzdáním práce autor zveřejní své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výtisk obhajoby.*

2) *sákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, uděje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *sákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení obyčejného projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněným zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výtěku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výtě výtěku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením s užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Psychická reakce na ztrátu očekávaného dítěte je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou shrnuty základní poznatky o perinatální ztrátě, jako je etiologie, symptomatologie, diagnostické a terapeutické postupy. Dále je zde popsána problematika truchlení a posttraumatické reakce.

V praktické části bakalářské práce jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření. Kdy hlavním cílem bylo zjistit, jak prožívají těhotné ženy smrt očekávaného dítěte.

Klíčová slova: perinatální ztráta, porod, potrat, truchlení, posttraumatické reakce

ABSTRACT

The bachelor's thesis on Psychological Effects of Miscarriage is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part summarises elementary knowledge of perinatal loss such as etiology of perinatal loss, symptomatology, diagnostical and therapeutical procedures. There is also described the problems with mourning and post-traumatic reaction.

The practical part presents the results of a questionnaire survey. The main objective is to determine how pregnant women perceive death of expected child.

Keywords: perinatal loss, labour, abortion, mourning, post-traumatic reaction

PODĚKOVÁNÍ:

Chtěla bych velmi poděkovat panu doc. PhDr. Josefu Konečnému, CSc., za odborné vedení bakalářské práce, za jeho cenné rady a připomínky, které mi v průběhu vedení práce poskytl. Zároveň bych chtěla poděkovat všem ženám, které si prošly perinatální ztrátou, za jejich čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

„Největší bolestí na světě je vidět umírat své dítě.“

Euripidés

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
1 PSYCHOLOGICKÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ	12
1.1 PRVNÍ TRIMESTR	12
1.2 DRUHÝ TRIMESTR.....	13
1.3 TŘETÍ TRIMESTR	13
2 ZTRÁTA DÍTĚTE	14
2.1 POTRAT MRTVÉHO PLODU	14
2.2 SYNDROM MRTVÉHO PLODU.....	15
2.2.1 Příčiny úmrtí plodu	15
2.3 DIAGNOSTIKA MRTVÉHO PLODU.....	16
2.4 ZDRAVOTNÍ RIZIKA V SOUVISLOSTI NITRODĚLOŽNÍM ÚMRTÍM PLODU	17
2.4.1 Poruchy koagulace	17
2.4.2 Další rizika pro ženu	17
2.5 ÚMRTÍ JEDNOHO PLODU U VÍCEČETNÉHO TĚHOTENSTVÍ.....	17
2.6 POROD MRTVÉHO PLODU	18
2.7 ROZLOUČENÍ S DÍTĚTEM.....	18
2.8 PITVA MRTVOROZENÉHO DÍTĚTE	19
3 PSYCHOLOGICKÉ REAKCE	20
3.1 TRUCHLENÍ	21
3.1.1 Truchlení otce dítěte.....	21
3.1.2 Truchlení sourozence	22
3.2 POSTTRAUMATICKÉ REAKCE	22
3.2.1 Stres.....	22
3.2.2 Akutní reakce na stres (ARS).....	23
3.2.3 Posttraumatická stresová porucha (PTSP)	23
3.2.4 Copingové techniky	24
3.3 KRIZE.....	24
3.3.1 Krizová intervence	25
3.4 VYHLEDÁNÍ ODBORNÉ POMOCI	25
3.5 OBČANSKO-PRÁVNÍ NÁLEŽITOSTI PO PORODU MRTVOROZENÉHO PLODU	26
3.6 NOVÉ TĚHOTENSTVÍ	27
I PRAKTICKÁ ČÁST	28
4 METODIKA VÝZKUMU	29
4.1 CÍLE VÝZKUMU	29
4.2 VÝZKUMNÁ METODA	29
4.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	30
4.4 SBĚR A ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	30
5 ANALÝZA VÝZKUMU	31
6 DISKUZE	59
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63

SEZNAM POUŽITÝCH ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ.....	65
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	66
SEZNAM TABULEK.....	67
SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Smrtí končí život každého z nás. Přichází dřív nebo později. Nikoho však nemine. Vždy přináší velkou bolest, obzvláště pokud se jedná o smrt dítěte. S pokroky medicíny se mění vlastní pohled na smrt. V minulosti společnost přicházela do kontaktu se smrtí mnohem častěji než nyní. Lidé umírali v rodinném kruhu a po smrti nebyli odvázeni pohřební službou do márnice, nýbrž byli uloženi doma, kde byli obklopeni rodinou až do pohřbu. Porody se odváděly v domácnosti, což přinášelo řadu rizik jak pro rodičku, tak pro dítě. Některé domácnosti si dokonce volaly k porodu faráře, pro případ rychlého křtu před úmrtím novorozence.

V současné společnosti jsme rituál narození a smrti svěřili do rukou profesionálů. Paliativní péči jsme odsunuli do nemocničních zařízení nebo hospiců. Témata zabývající se smrtí jsou tabuizována. Otevřeně o ní mluvit je společensky nepřijatelné. Se smrtí nenarozeného dítěte se v současnost setkáváme minimálně, díky pokročilým zobrazovacím metodám v porodnictví. Zároveň rodíme méně dětí, než tomu bylo v minulosti. Tyto fakta způsobují, že ženy prožívají těhotenství mnohem intenzivněji, než tomu bylo dříve. Smrt dítěte si nepřipouští. O to je to větší tragédie, pokud taková situace nastane.

Řada autorů věnuje rituálu truchlení velkou pozornost. Bohužel jen v souvislosti se stářím. Na ženy, které porodily mrtvé dítě, se v tomto směru zapomíná. Quienley uvádí, že míra duševní bolesti po porodu mrtvorozeného dítěte není dosud zcela prozkoumána (2014, s. 44).

S porodem mrtvorozeného plodu jsem se setkala jak v rámci odborné praxe na porodním sále, tak v rodinném kruhu, kdy žena porodila dítě ve 23 týdnu těhotenství. Přesná příčina úmrtí se nikdy neprokázala. Uvedená žena své dítě nikdy neviděla. Po porodu ji nikdo možnost rozloučení s dítětem nenabídl. Jedinou vzpomínkou na dítě je fotografie z ultrazvuku. I když od úmrtí dítěte uplynulo několik let, pořád lituje toho, že si nepochovala své vlastní dítě.

Bakalářská práce je dělená na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol. V první kapitole se zabýváme psychologickými změnami v těhotenství. V následujících kapitolách jsou shrnuty poznatky zabývající se perinatální ztrátou a rituálem truchlení. V praktické části bakalářské práce se zabýváme tím, jak ženy prožívají úmrtí očekávaného dítěte.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOLOGICKÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství, gravidita nebo lidově „jiný stav“ začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a končí porodem. Porod dítěte by měl nastat mezi 38 – 40 týdnem gravidity. Pokud se dítě narodí před 38 týdnem gravidity, jedná se o porod předčasný.

V těhotenství dochází v organismu ženy nejen k somatickým, ale i k psychickým změnám. Vývoj psychických změn je velkou mírou podmíněn osobností ženy, věkem, postojem k těhotenství a rodinným zázemím. (Ratislavová, 2008, s. 16)

Mnoho žen vnímá těhotenství jako zázrak, obzvlášť pokud byla gravidita vytoužená. Trendem posledních let je, že rodíme čím dál méně dětí. Těhotenství odkládáme na pozdější věk, kdy budeme mít na dítě čas a budeme finančně zajištěné. Vnímání těhotenství se rovněž mění s rozvíjející zobrazovací technikou. Žena je schopna nahlédnout do tajů vývoje plodu mnohem dříve než tomu bylo v minulosti. Zároveň na pultech knihkupectví je v současnosti lehce sehnatelná literatura o vývoji dítěte. Tyto okolnosti pomáhají k hlubšímu vnímání těhotenství, ale i k větší intenzitě prožívání perinatální ztráty. (Borůvková, 2012, s. 17)

Těhotenství můžeme rovněž zařadit k vývojovým krizím v životě ženy. Zejména u první gravidity se žena nachází na rozcestí mezi tím, čím byla, a tím, čím se má stát. Strach z nové životní role postihuje všechny ženy včetně těch, u kterých byla gravidita chtěná, případně vytoužená. Často se objevují pocity zmatku, úzkosti a nostalgie po starém způsobu života. Žena s postupující graviditou ztrácí status ekonomické soběstačnosti, tím roste závislost na partnerovi, což může u řady žen vyvolat pocit oběti. Tak jako ze somatického hlediska dělíme graviditu do tří trimestrů, stejné rozdělení můžeme využít i u psychologických změn v těhotenství. (Ratislavová, 2008, s. 16)

1.1 První trimestr

V průběhu prvního trimestru dochází zpravidla k potvrzení gravidity. První známkou těhotenství je pro ženu vynechání pravidelné menstruace a tak vyhledá svého obvodního gynekologa. Pomocí ultrazvukového vyšetření, lze těhotenství diagnostikovat již okolo 6 týdne gravidity. Pokud se těhotenství potvrdí, dochází ke smíření s faktem, že v ženě roste plod, který změní dosavadní chod celé rodiny mnohem dříve, než tomu bylo v minulosti. (Roztočil, 2008, s. 103)

Z počátku se u žen objevuje pocit vzrušení, že v sobě nosí zázrak, o kterém nikdo neví. Později však převládá strach ze ztráty dítěte spontánním potratem, či obavy z vývojových poruch dítěte. Žena je citlivá na reakce okolí a hlavně partnera. Mnohdy vyhledává kontakt s vlastní matkou. Sleduje své tělo a hledá viditelné známky těhotenství. Objevují se těhotenské obtíže. Mnohé ženy ztrácí chuť k sexu. Svobodné ženy často řeší otázku sňatku. (Ratislavová, 2008, s. 26)

1.2 Druhý trimestr

Ve druhém trimestru výrazně přibývá objem břicha. Žena je schopna sama pozorovat plod na ultrazvuku a zároveň začíná vnímat jeho pohyby. Ambivalentní pocity z těhotenství se mění v pozitivní. Žena si plně uvědomuje existenci plodu, komunikuje s ním, podporuje zdárný průběh těhotenství zdravým životním stylem. Je přirozené, že si budoucí matky představují podobu svého nenarozeného dítěte. Svě dítě označují jménem. Mohou se objevovat sny o nenarozeném dítěti. Pokud žena nemá zdravotní problémy, navštěvuje předporodní kurzy, ve kterých navazuje přátelství se stejnou skupinou žen. (Roztočil, 2008, s. 103)

1.3 Třetí trimestr

Závěrečné období těhotenství nejlépe charakterizuje pojem stavění hnízda. Žena přizpůsobuje prostředí domu pro miminko, kupuje dětskou vybavičku. Přípravuje se na porod. S partnerem vybírá porodnici, sepisuje porodní plán a domlouvá se na jeho přítomnosti u porodu. Závěrečné období těhotenství je rovněž emočně náročné. Objevuje se strach z porodu, zároveň se těhotenství stává nepohodlným a žena se těší, až skončí. Dostávají se pocity zranitelnosti, strach z porodních komplikací. Žena se bojí vlastního selhání v péči o novorozeně. (Roztočil, 2008, s. 104)

2 ZTRÁTA DÍTĚTE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ztráty dítěte ve druhé a třetím trimestru. V tomto období má žena již vybudován citový vztah k dítěti. Smrt dítěte si v žádném případě nepřipouští. Záměrně zde nejsou zmíněné potraty v prvním trimestru, kdy spontánní potrat není raritní záležitostí a společnost tuto ztrátu v podvědomí akceptuje.

2.1 Potrat mrtvého plodu

Dle Pařízka k potratu mrtvého plodu dochází tehdy, pokud plod po vypuzení z těla matky neprojevuje žádnou známku života a jeho hmotnost je pod 500 gramů (2011, s. 38). Pokud je plod potracen nemůže být oficiálně pojmenován ani pohřben, což mohou některé ženy vnímat jako snížení společenské významnosti ztráty dítěte. Ostatky plodu po potratu se běžně spalují v nemocniční spalovně spolu s anatomicko-patologickým odpadem. (Kotrly, 2012, s. 20)

V České republice je možné ukončit těhotenství ze závažných zdravotních důvodů do 24 týdne gravidity, pak nastává hranice životaschopnosti plodu a potrat tak není možný. Hranici životaschopnosti (viability) plodu schvaluje odborná neonatologická společnost, která vychází z doporučení WHO. (Pařízek, 2011, s. 38)

Trendem posledních let jsou screeningová vyšetření plodu v prvním a ve druhém trimestru. Tato vyšetření mohou odhalit závažnou vývojovou anomálii plodu. Mezi nejčastější vývojové vady patří Downův, Edwardsův a Patauův syndrom, rozštěpy neurální trubice a srdeční vady. Pokud se diagnóza vrozené vývojové vady potvrdí, lékař ženě navrhne ukončení těhotenství z důvodu závažné genetické anomálie plodu. (Roztočil, 2008, s. 69)

Výsledky screeningů přicházejí v době, kdy žena vnímá plod jako dítě a má k němu vytvořený citový vztah. Žena stojí před náročnou životní situací, kdy musí rozhodnout o osudu dítěte. Potrat pro ni znamená odstranění chtěného plodu, na kterém se aktivně podílí svým rozhodnutím. Rodiče po sdělení diagnózy chtějí znát názor lékaře, etiologii postižení a prognózu. Postoj lékaře je pro ně v danou chvíli více než důležitý, ale rozhodující slovo mají pouze oni. (Ratislavová, 2008, s. 36)

Většina párů se při prokázaném genetickém postižení plodu rozhodne pro jeho potrat. Tato cesta je lékařem doporučována. Žena zpravidla trpí pocitem viny a studu, že nedokázala donosit zdravé dítě. Žena se s takovou situací vyrovnává velmi obtížně, protože často nemá uchovanou hmatatelnou vzpomínku na dítě. Tento fakt mnohdy způsobuje, že popírá to,

co se ve skutečnosti stalo. A tak znemožňuje průběh ozdravného truchlení nad ztrátou. (Ratislavová, 2008, s. 37)

Během potratu plodu je důležitý profesionální přístup personálu. Děložní kontrakce jsou vyvolávány pomocí prostaglandinů a oxytocinu. Plod zmírá v děloze. Důležitá je profylaxe ženy širokospektrými ATB. (Procházka, Měchurová, 2014, s. 3)

Doporučuje se spolupráce gynekologa, anesteziologa, pediatra a psychologa. Rovněž důležité je i prostředí, kde k potratu plodu dochází. Je traumatizující, pokud je žena umístěná mezi ostatní těhotné na porodním sále. Žena potřebuje neustálou péči porodní asistentky. Je nutné respektovat její přání. Žena potřebuje znát, jak bude potrat probíhat a co se s potraceným plodem bude dít dál. Pokud si to rodiče přejí, měli by mít možnost plod vidět a rozloučit se s ním. Je vhodné pečovat o porodní bolest ženy. Epidurální analgezie je v takových případech správnou volbou tlumení bolesti. Dále můžeme využít spasmolytika či opiáty. (Ratislavová, 2008, s. 37)

V ojedinělých případech se může stát, že se rodiče rozhodnou dítě donosit, i přesto, že dítě po porodu zemře. Takové rozhodnutí musí ošetřující personál zcela akceptovat a zprostředkovat potřebnou podporu a odbornou pomoc. Často se stává, že žena porodí předčasně nebo plod odumře v děloze. V takových případech žena pocítuje menší pocit viny ze ztráty dítěte, protože respektovala jeho nenarozený život. (Ratislavová, 2008, s. 37)

2.2 Syndrom mrtvého plodu

K porodu mrtvého plodu dochází tehdy, pokud narozený plod neprojevuje žádnou známku života a jeho hmotnost přesahuje 500 gramů. Pokud nelze porodní hmotnost určit, musí být plod narozený po ukončeném 22 týdnu těhotenství a jeho délka od temene k patě je alespoň 25 cm. (Pařízek, 2011, s. 38)

2.2.1 Příčiny úmrtí plodu

Příčina nitroděložního úmrtí plodu nelze objasnit u 20-50 % případů. Riziko úmrtí plodu se mění s gestačním věkem plodu. Okolo 26 týdne těhotenství je riziko 1/150, pak tato hodnota klesá. V termínu porodu je riziko úmrtí plodu 1/475. Po stanoveném termínu porodu však tato hodnota opět narůstá. V současné době se čím dál méně setkáváme s úmrtím plodu během porodu (úmrtí intrapartum), díky pokročilé monitorovací technice. Mrtvorozenost se v České republice pohybuje mezi 2-3 promile. Tato hodnota je řadu let stabilní.

Autor Hájek dělí příčiny úmrtí plodu následovně (2004, s. 373):

Příčiny ze strany matky - zahrnují preeklampsii, eklampsii, HELLP syndrom, nefropatie, diabetes mellitus, kardiovaskulární choroby, abúzus drog a alkoholu, šokové stavy ženy a krvácení.

Příčiny ze strany plodu – zde patří chromosonální aberace, vývojové anomálie, vrozené poruchy metabolismu, imunní a non imunní hydrops.

Placentární a pupečnickové příhody – zahrnují placentu preavia, abrupci placenty, strangulaci pupečníku, kompresi pupečníku, výhřez pupečníku, pravé uzly na pupečníku, teratom placenty, insuficienci placenty s IUGR.

Nesmíme však opomíjet předčasné porody, které nastávají mezi 24 - 37 týdnem těhotenství. Bohužel v posledních letech mají tyto porody vzestupující tendenci, z důvodu vyššího věku rodiček, a rostoucím množstvím in vitro fertilizací, které jsou často spojené s vícečetným těhotenstvím. S počtem předčasných porodů, rostou situace, kdy dítě brzký příchod na svět nepřežije. (Dohnalová, Pavlíková, 2011, s. 21)

2.3 Diagnostika mrtvého plodu

S intauterinním úmrtím se ve většině případů setkáváme bez varování, nelze se na tuto situaci předem připravit. Rodička mnohdy vyhledává zdravotnické zařízení s předtuchou, že něco není v pořádku, například necítí pohyby plodu, krvácí, rozběhnou se kontrakce. Diagnostika mrtvého plodu se provádí za pomoci monitorizace kardiokografem, kdy se porodní asistentka snaží nalézt ozvy plodu. Pokud je toto snažení marné, lékař provede ultrazvukové vyšetření, na kterém lze vidět dilataci srdce a asystolii. Pokud je mrtvý plod v děloze déle, jak týden můžeme spatřit střečovité překrývání lebečních kostí. (Hájek, 2004, s. 374)

Rodička při sdělení diagnózy se v momentě ocitá ve fázi šoku, paniky, bezradnosti. Můžou se dostavit pocity otupělosti. Je běžné, že stanovenou diagnózu odmítá. Doprovází-li rodičku partner, měl by být u sdělení této tragické zprávy rovněž přítomen. Pokud se emoční projevy stupňují, můžeme matce nabídnout tlumící léky. (Ratislavová, 2008, s. 76)

Žena s mrtvým plodem, musí být neprodleně hospitalizována na gynekologicko - porodnickém oddělení. Pozorujeme-li u ženy příznaky, které by mohly naznačovat počínající zdravotní komplikace, je vhodné ji odeslat do nejbližšího perinatologického centra. (Hájek, 2004, s. 374)

2.4 Zdravotní rizika v souvislosti nitroděložním úmrtím plodu

Pokud u ženy diagnostikujeme syndrom mrtvého plodu, je nutná profylaxe širokospektrými antibiotiky. Mezi nejzávažnější zdravotní komplikace řadíme koagulační poruchy a infekci doprovázenou septickým šokem. (Zwinger, 2004, s. 276)

2.4.1 Poruchy koagulace

Mezi nejzávažnější poruchy koagulace řadíme DIC (diseminovaná intravaskulární koagulace). K této patologii dochází při vyplavení tkáňového faktoru do oběhu matky a při aktivaci plazmatického koagulačního systému. Ke koagulačním poruchám může dojít v kterékoliv fázi těhotenství. K vlastnímu vyplavení tkáňového faktoru zřejmě dochází na podkladě zvýšeného intraamniálního tlaku při autolytických procesech a při porušení uteroplacentární bariéry. (Hájek, 2004, s. 374)

2.4.2 Další rizika pro ženu

Intraovulární infekce mohou vést k septickému šoku, který může zapříčinit rozvoj koagulačních poruch. Proto je vždy nutná profylaxe rodičky pomocí širokospektrých ATB. Mezi další zdravotní rizika řadíme všechna onemocnění matky, která způsobila úmrtí plodu. Mezi tyto zdravotní komplikace můžeme zařadit preeklampsii, HELLP syndrom, hepatorenální selhání. (Hájek, 2004, s. 374)

2.5 Úmrtí jednoho plodu u vícečetného těhotenství

Pokud odumře jeden z plodů u vícečetného těhotenství, je vždy následný postup individuální. Pokud jeden z plodů odumře do 16 týdne gravidity, přeživší plod zpravidla nebývá ohrožen na vývoji. S rostoucím stářím gravidity roste i riziko pro přeživší plod. (Hájek, 2004, s. 375)

Pokud dojde k odumření plodu u monozygotních dvojčat je riziko úmrtí druhého dvojčete větší jak 50 procent. Pokud je těhotenství za hranicí viability plodu, přistupujeme k primárnímu císařskému řezu. U dizygotních dvojčat můžeme zvolit konzervativnější postup ošetrovatelské péče. Podmínkou je pečlivé sledování hemokoagulačních faktorů, ultrazvukové sledování plodu a pravidelná monitorizace životních funkcí plodu kardiokografem. Pokud se začnou projevovat známky nitroděložní tísně je nutné těhotenství ukončit akutním císařským řezem. Je překvapivé, že diseminovaná intravaskulární koagulace v těchto případech manifestuje zcela výjimečně. (Hájek, 2004, s. 375)

2.6 Porod mrtvého plodu

Porod mrtvého plodu je náročný jak pro rodiče dítěte, tak pro ošetřující personál. Žena je v šoku z toho, co se stalo. Mnohdy má vztek na mrtvé dítě a chce mít porod co nejdřív za sebou. Porodní asistentka by měla za každých okolností volit citlivý a otevřený přístup. Žena s diagnózou mrtvého plodu, by měla být separována od jiných rodiček po celou dobu hospitalizace. Je vhodné naplánovat způsob a průběh porodu. Ženu v žádném případě k ničemu nenutíme, nabízíme ji alternativy, rozhodnutí necháváme zcela na ní, s tím že je může kdykoliv změnit. (Ratislavová, 2008, s. 76)

Žena, která přijela s mrtvým plodem z domova, snadněji navazuje komunikaci s ošetřujícím personálem, na rozdíl od ženy s intrapartálním úmrtím. Pokud dítě zemře během porodu, žena viní personál z pochybení, dochází k její izolaci a chce co nejdříve opustit nemocnici. V takových případech je vhodné povolat tzv. prostředníka, který by zprostředkoval komunikaci mezi rodiči a ošetřujícím personálem. Nejvhodnější osobou v takových případech je nemocniční psycholog. (Ratislavová, 2008, s. 76)

V případě, že to zdravotní stav ženy dovoluje, upřednostňujeme vaginální vedení porodu a to za pomoci a indukce porodu, pokud se kontrakce nerozběhly samy. Indukci porodu zahajujeme v případech, kdy není ohrožen život ženy a po profylaxi ženy širokospektrými ATB. Profylaxe antibiotiky slouží jako prevence rozvoje infekce. K indukci porodu využíváme prostaglandiny i oxytocin (ten aplikujeme po dirupci vaku blan). Dávkování volíme dle aktuálního porodnického nálezu. Jakmile se rodiče rozběhnou první kontrakce, je vhodné aplikovat epidurální analgezii, dále můžeme aplikovat spasmolytika a menší množství opiátů. K tlumení porodních bolestí můžeme dále využít alternativní metody, mezi nejznámější způsoby patří aromaterapie a hydroterapie. Závěr porodu vedeme bez episiotomie, obzvláště je-li klenba lební zborcená. Veškeré zmenšovací operace plodu nemají v moderním porodnictví místo a jejich provedení nedostatečně erudovaným porodníkem mohou pro matku skončit fatálně. (Čech, 2006, s. 357).

Císařský řez volíme v případech, které ohrožují rodičku bezprostředně na životě a u stavů znemožňující vaginální porod. (Procházka, Měchurová, 2014 s. 3)

2.7 Rozloučení s dítětem

Rodiče velmi často pociťují potřebu se s mrtvorozeným potomkem rozloučit, protože jej milovali a zůstane jejich dítětem navždy. Je prokázáno, že představy rodičů, kteří neviděli

své mrtvorozené dítě, jsou horší, než jaká byla realita. Hůře se vyrovnávají s jeho smrtí. Před ukázáním je vhodné dítě umýt a zabalit do peřinky. (Kasparková, Bužgová, 2010, s. 388)

V zahraničí je běžným trendem vytvářet pamětní balíčky, ve kterých rodiče můžou najít fotografii dítěte, otisk patičky, nemocniční náramek dítěte apod. Hmatatelný důkaz o existenci děťátka usnadňuje uzavření celé události a umožňuje zahájit proces truchlení. V České republice neexistuje zákon, který by přisuzoval rodičům nárok na tělo mrtvorozeného dítěte. A tak záleží pouze na nemocnici, zda umožní rodičům se s dítětem rozloučit v soukromí. (Kohner, 2013, s. 74)

2.8 Pitva mrtvorozeného dítěte

U porodu mrtvého plodu by měl být vždy přítomen pediatr, který prvotně ohledá tělo mrtvého plodu. Již prvotní ohledání porozeného plodu může nastínit možnou příčinu smrti dítěte. Většina rodičů potřebuje znát informace o příčině smrti jejich dítěte. Tyto informace jim pomáhají celou vzniklou situaci pochopit a smířit se s ní. Pokud rodiče neobdrží žádné informace, které by vysvětlovaly příčinu smrti dítěte, nemohou smrt dítěte akceptovat. (Kohner, 2013, s. 74)

K objasnění příčiny úmrtí dítěte slouží patologicko-anatomická pitva, kam odesíláme plod i s placentou. Zákon č. 372/2011 Sb. v § 88, odst. 2 nařizuje povinnost patologicko-anatomické pitvy u mrtvorozených dětí a u dětí mladších 18 let. O výsledcích pitvy by měl vždy informovat rodiče pediatr, který měl dítě ve své péči.

Pokud si rodiče patologicko-anatomickou pitvu dítěte výslovně nepřejí, lékař provádějící prohlídku těla může rozhodnout o neprovedení patologicko-anatomické pitvy dle zákona č. 372/2011 Sb. v § 89, odst. 3. A to tehdy pokud je příčina úmrtí zřejmá a rodiče vyslovili prokazatelný nesouhlas s patologicko-anatomickou pitvou. Prokazatelný nesouhlas s pitvou mrtvorozeného dítěte musí být umístěn v dokumentaci matky.

3 PSYCHOLOGICKÉ REAKCE

Smrtí končí život každého z nás. Přichází dříve nebo později, ale nikoho nemine. Smrt v nás probouzí strach z neznáma, proto se přirozeně vyhýbáme jakékoliv konverzaci na toto téma. Smrt je vždy tragickou událostí, která zasáhne dosavadní chod celé rodiny, obzvláště pokud se jedná o smrt dítěte. (Šilarová, 2012, s. 8)

Špatenková uvádí, že smrt blízkého člověka nevyvolává pouze silné emoční prožitky, ale nabourává také identitu a integritu pozůstalých. I když žena prožila období těhotenství a dítě porodila, nestala se oficiálně matkou. (2013, s. 11)

Žena po porodu mrtvého dítěte se může cítit osaměle. Protože jen ona byla s dítětem v těsném spojení během těhotenství a představa prázdné náruče je pro ni zdrcující. Objevují se výčitky, žena ztrácí důvěru ve vlastní tělo. Někdy může obviňovat ze smrti dítěte partnera, jindy sebe samotnou. (Dohnalová, Pavlíková, 2011, s. 23)

Smrtí dítěte žena ztrácí představu o své budoucnosti, kterou by jinak sdíleli jako rodina. Rodiče se vyhýbají kontaktu s okolím, je pro ně těžké mluvit o smrti dítěte. Může se stát, že se rozhodnou přestěhovat aby nemuseli čelit tak hluboké emoční bolesti. Někteří rodiče mohou pociťovat nenávist vůči těhotným ženám a malým dětem. (Ratislavová, 2008, s. 76)

Pozůstalí rodiče potřebují v této složité životní situaci pomoc, podporu a úctu. Té se jim však mnohdy nedostává. Ostatní členové rodiny se s vzniklou situací těžko ztotožňují, protože ve většině případů dítě neviděli, nemají na něj žádné vzpomínky. Mnozí příbuzní mohou vnímat smrt dítěte jako odchod někoho, kdo tu fyzicky ještě nebyl. Tyto fakta způsobují bagatelizaci smrti dítěte ze strany příbuzných. (Dohnalová, Pavlíková, 2011, s. 23)

Zároveň příbuzní a sousedé netuší, jak komunikovat s rodiči mrtvorozeného dítěte. Neví, zda mohou mluvit o smrti. Neví, jak dlouho trvá proces akutního zármutku. Často přátelé navazují konverzaci nevhodnými formulacemi například: „*Jste mladí, můžete mít ještě spoustu dětí. Musíš být silná. Už to s tím smutkem přeháníš, je čas jít dál.*“ Tyto věty vznikají ze snahy povzbudit rodiče. Avšak pozůstalí mnohem více ocení, když se budou smět bez ostychu vyplakat na veřejnosti a projevit tím svůj žal. Lebdušková dále v knize uvádí, že ženy očekávají od přátel projev lítosti nad smrtí dítěte. Zraňuje je, když se přátelé tváří, jakoby se nic nestalo. (2014, s. 96-97)

3.1 Truchlení

Po porodu mrtvorozeného potomka, nastupuje proces truchlení. Pojmu truchlení je v dnešní době věnována velká pozornost, bohužel jen v souvislosti se stářím. Na ženy, které porodily mrtvé dítě, se v tomto směru zapomíná. (Kasparková, Bužgová, 2010, s. 387)

Nekomplikované truchlení označujeme jako normální smutek, který nám pomáhá přijmout bolestnou ztrátu. Tento proces zahrnuje široké spektrum psychických prožitků, které jsou typické pro pozůstalé. Zármutek se projevuje na úrovni emociální (akutní forma žalu), kognitivní (zmatenost, dezorientace), na úrovni tělesných projevů (únava, nechutenství) a na úrovni chování (hyperaktivita, pláč, únik k alkoholu). Žena má obvykle potřebu neustále mluvit o mrtvorozeném dítěti. Má strach, že na své dítě později zapomene. Mohou se objevit halucinatorní myšlenky na dítě. (Baštecká, 2009, s. 405)

Proces truchlení může trvat řadu měsíců až let. Řada rodičů však tiše truchlí za svým dítětem celý život. Ratislavová uvádí, že nejtěžší období pro rodiče nastává v den úmrtí dítěte, další krizové období přichází 6 týdnů po porodu, 6 měsíců a rok po porodu. (Ratislavová, 2008, s. 77)

I když je proces smutku vysoce individuální záležitostí, můžeme identifikovat stádia, kterými procházejí všichni, kteří přišli o blízkou osobu. Nekomplikovaný proces zármutku má tyto tři stádia:

- První stádium – krátké období šoku
- Druhé stádium – období intenzivního zármutku
- Třetí stádium – období akceptace ztráty (Špaténková, 2011, s. 57)

Vzhledem k tomu že zármutek je vždy osobní záležitostí každého jedince, má silný izolační charakter. Z toho důvodu nemůžeme plně pochopit, co prožívá člověk, který se rmoutí, dokud si tímto stavem sami neprojdeme. (Kohner, 2013, s 94-95)

3.1.1 Truchlení otce dítěte

Otec dítěte má často roli prostředníka v komunikaci mezi matkou a zdravotnickým personálem. Jeho úkolem je oznámit vzniklou situaci rodině. Zároveň se snaží ženu chránit od situací, které by ji mohly stresovat. (Ratislavová, 2008, s. 77)

Muži se často uzavírají do sebe, nechtějí o smrti dítěte mluvit. Neprojevují příliš emoce. Často se zahrnují prací. Tyto fakta můžou způsobit konflikt mezi mužem a ženou, která má

pocit, že partner skonem dítěte netrpí. Ve skutečnosti se jedná o způsob zvládání žalu. (Dohnalová, Pavlíková, 2011, s. 23)

Je prokázáno, že muži se vyrovnávají s krizovými situacemi lépe než ženy. Což k harmonii ve vztahu s ženou příliš nepřispívá. Rozvíjí se manželské a sexuální problémy, které mohou vyústit až k rozvodu. (Ratislavová, 2008, s. 78)

3.1.2 Truchlení sourozence

I velmi malé děti vnímají, že doma není něco v pořádku. Mohou být zmatené, pokud se jim nedostane přiměřeného vysvětlení. Dětská fantazie je velmi pestrá a tak představy o smrti mohou být mnohdy děsivější, než je realita. (Dohnalová, Pavlíková, 2011, s. 23)

Některé děti se mohou dokonce obviňovat ze smrti sourozence. Mohou se dostavit poruchy chování dítěte (hyperaktivita, emociální problémy, problémy ve škole...). Rodiče by měli poskytnout dítěti pravdivé informace o tom, co se stalo v rozsahu úměrném věku. Dítě by mělo možnost mluvit o smrti kdykoliv, kdy to bude potřebovat. Zároveň potřebují cítit lásku ze strany rodičů. (Ratislavová, 2008, s. 78)

3.2 Posttraumatické reakce

Je důležité ponechat pozůstalým dostatek času během procesu truchlení. Pokud proces truchlení neproběhne správně, může dojít k patologickému procesu truchlení. Mezi nejčastější formy patologického truchlení patří akutní reakce na stres a posttraumatická stresová porucha. (Dohnalová, Pavlíková, 2011, s. 24)

3.2.1 Stres

Daný pojem popisuje nadměrnou zátěž organismu neúnikového charakteru, která vede k trvalé stresové reakci. Aby k takové reakci organismu došlo, je nutná přítomnost podmětu (stresoru), který tento stav vyvolává. Stresory mohou být fyziologického, fyzikálního, psychologického a psychosociálního charakteru. Stresová reakce je celková tělesná odpověď organismu zahrnující kognitivní, behaviorální a fyziologické komponenty. (Baštecká, 2009 s. 383-384)

Příznaky stresu

- Fyziologické – tělesné potíže, bušení srdce, časté močení, vysoký krevní tlak, arytmie, pocení aj.

- Psychické – nespavost, poruchy soustředění, agresivita, zhoršená paměť aj.
- Změny chování – přejídání, nechutenství, kouření, pití alkoholu aj. (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 57)

Zvládání stresu je ovlivněno řadou faktorů. Tyto faktory můžeme rozdělit na vnější (sociální opora) a vnitřní (osobnost jedince). Stres můžeme regulovat řadou aktivit, především fyzickou aktivitou, autogenním tréninkem, dechovým cvičením. (Baštecká, 2009 s. 383-384)

3.2.2 Akutní reakce na stres (ARS)

Jedná se o závažnou poruchu přechodného charakteru, která se vyvíjí u jedince, jako odpověď na mimořádný duševní stres. Riziko vzniku poruchy je větší, trpí-li osoba fyzickým vyčerpáním (stav po porodu). K obvyklému chování řadíme vztek, pláč, dezorientaci, de-realizaci, paniku. Postižená osoba není schopna zpracovat běžné podmínky. Je ustrnutá až apatická nebo naopak vyhledává neúčelné aktivity. ARS zpravidla odeznívá do několika dní nebo přechází do posttraumatické stresové poruchy. (Dohnalová, Pavlíková, 2011, s. 24)

3.2.3 Posttraumatická stresová porucha (PTSP)

Posttraumatická stresová porucha je jedna z forem patologického truchlení, která vyžaduje pomoc odborníka. Můžeme ji charakterizovat jako opožděnou reakci na stresovou událost nebo na událost katastrofického rázu. (MKN 10, 1992, s. 198-199)

Příznaky PTSP mohou zpočátku vypadat jakou součástí běžného truchlícího procesu. Rozdíl spočívá v tom, že zdravě truchlící matka chce mluvit o své ztrátě, na rozdíl od ženy trpící posttraumatickou stresovou poruchou. Ta se naopak snaží vymazat veškeré vzpomínky na dítě ze svého života. (Kasparková, Bužgová, 2010, s. 388 – 389)

Mezi typické příznaky PTSP řadíme:

- Bezděčné vzpomínky na traumatickou událost
- Intenzivní stavy úzkosti doprovázené vegetativní symptomatologií
- Nadměrnou lekavost
- Šok
- Intenzivní pocit hněvu

- Depresivní stavy
- Sklon k agresivnímu jednání
- Potíže se spánkem
- Zažívací potíže
- Otupělost
- Děsivé sny (Dohnalová, Pavlíková, 2011, s. 24)

PTSP poruchu můžeme diagnostikovat pouze v případě, že se příznaky objevily do 6 měsíců od traumatické události a symptomy trvají déle jak měsíc. Pokud se symptomy vyskytnou později, můžeme poruchu diagnostikovat pouze tehdy, pokud jsou klinické projevy typické pro PTSP a jinou psychickou poruchu nelze určit. (MKN 10, 1992, s. 198)

3.2.4 Copingové techniky

Každý z nás ovládá celou řadu copingových technik. Termín vznikl z anglického slova cope (vyrovnat se s něčím). Jedná se o vrozené formy strategií, které jsou účelně zaměřené na zmírnění či zvládnutí stresové situace. (Baštecká, 2009, s. 55-56)

V literatuře jsou popsány různé strategie zvládnutí stresu. Mezi nejčastější metody patří hledání sociální opory, sebeovládání, distancování od problému, přijetí osobní odpovědnosti, přímá konfrontace se stresorem, hledání řešení problému aj. (Baštecká, 2009, s. 56)

3.3 Krize

V průběhu života se každý z nás setká se situací, která může vyústit v krizovou. Termín krize pochází z řeckého výrazu krinein, jehož význam můžeme volně přeložit jako posuzování či rozhodování. Baštecká tento pojem charakterizuje jako zlomový obrat v životě, který dramaticky mění jeho dosavadní chod ať už k lepšímu nebo k horšímu. Člověk v krizové situaci signalizuje potřebu pomoci a je mnohem přístupnější pro spolupráci s profesionály. (Baštecká, 2009, s. 147)

Existují různé formy krize. Jako příklad můžeme uvést finanční, sociální, situační a traumatické krize. Traumatická krize výrazně ohrožuje identitu a integritu jedince. Narušuje pocit bezpečí. Mezi traumatické krize řadíme smrt blízké osoby. (Baštecká, 2009, s. 147)

3.3.1 Krizová intervence

Během krizové intervence dochází ke specializované pomoci osobám nacházející se v životní krizi. Využívá terapeutické postupy, které mají za úkol vrátit postiženému zpět jeho psychickou rovnováhu. Dle Špaténkové můžeme krizovou intervenci charakterizovat jako metodu neodkladné první pomoci osobám v emociální tísní. Mezi terapeutické postupy řadíme psychologickou formu pomoci, právní a sociální poradenství. Cílem krizové intervence není vyřešit všechny emocionální problémy klienta. Jejím cílem je podpořit využívání vnějších zdrojů pomoci, případně zajistit jejich dostupnost. „*Doba krizové intervence končí tam, kde klient dosáhne schopnosti nahlížet na svou situaci a je schopen hledat řešení a také další pomoc, je-li zapotřebí.*“ (2011, s. 13-16)

Aby byla krizová intervence účinná, musíme ji nabídnout ve chvíli zvýšené otevřenosti jedince v krizi vůči pomoci zvenčí. Jakmile pocít akutní krize odezní, motivace a připravenost k přijetí jakékoliv pomoci se zmenšuje. Z toho plyne, že je nutné aktivně nabízet rodičům psychosociální pomoc ihned po smrti dítěte. V takových případech by mělo být cílem krizové intervence podpora rodičů při vyjadřování emocí. Dále by měla pomoci mobilizovat individuální copingové strategie rodičů. Popřípadě nabídnout odbornou psychologickou pomoc. (Dohnalová, Pavlíková, 2011, s. 26)

Dohnalová a Pavlíková doporučují, aby byl ošetřující personál vyškolen v metodách krizové intervence. Díky tomu by byla splněna podmínka včasné pomoci v akutní krizové situaci a přímé nasměrování rodičů k využití další odborné péče (psychiatrické, psychologické a sociální). (2011, s. 26)

3.4 Vyhledání odborné pomoci

Jak už bylo zmíněno, spousta žen má potřebu vypovídat se ze své ztráty. Potřebují dát volnost svým emocím. Pomoc pozůstalým zahrnuje široké spektrum pomoci jak laickou pomoc, tak i tu profesionální. Profesionální pomoc pozůstalí vyhledávají až tehdy, když ostatní zdroje pomoci selhávají nebo nejsou dostatečně účinné. Například mají pocit, že své přátele svým smutkem obtěžují. Pozůstalí mají zpočátku zábrany k tomu, aby vyhledali odbornou psychologickou pomoc. Bojí se stigmatizace a zároveň se bojí veřejně ukázat svou slabost. (Špaténková, 2013, s. 35)

Vyškolený terapeut má za úkol naslouchat bez předsudků. Jeho úkolem je poskytnout podporu a poradenství, jak zvládnout symptomy žalu. (Ratislavová, 2008, s. 77)

Profesionální poradenství pozůstalých by mělo obsahovat následující formy:

- **Doprovázení** – terapeut pomáhá klientovi přijmout vzniklou situaci.
- **Edukaci a konzultaci** – pozůstalý klient vyhledává pomoc, aby získal informace či vysvětlení. Přeje si potvrdit či vyvrátit své domněnky.
- **Poradenství a terapii** – terapeut pomáhá klientovi nalézt cesty vedoucí k řešení problému. (Špaténková, 2013, s. 36)

Poradenství pro pozůstalé je vhodnou formou pomoci zejména pro smutlivce, kteří prožili ztrátu blízkého člověka a potřebují pomoc s přijetím nastalé situace. Existují různá sdružení, která se zabývají pomocí pozůstalým rodičům. Mezi ty nejznámější můžeme zařadit sdružení Prázdná kolébka, Nedoklubko nebo slovenské sdružení Anjeličky. Tyto organizace se zabývají laickou pomocí rodičům dětí, které se narodily mrtvorozené nebo umřely záhy po porodu. (Dohnalová, Pavlíková, 2011, s. 27)

Pokud sledujeme u pozůstalých rodičů známky patologické reakce, které zmiňují v předchozích kapitolách, je vhodné doporučit lékařského specialistu, který naordinuje vhodnou terapeutickou léčbu, popřípadě předepíše medikamentózní léčbu. (Ratislavová, 2008, s. 77)

3.5 Občansko-právní náležitosti po porodu mrtvorozeného plodu

Po porodu mrtvého plodu nastává 96 hodinová lhůta k zařazení pohřbu ze strany rodičů. Pokud rodiče neprojeví zájem o pohřeb potomka do 96 hodin, nemocnice má právo naložit s ostatky dítěte v souladu se svým provozním řádem. Nemocnice může nechat zpopelnit ostatky dítěte v krematoriu nebo spálit v nemocniční spalovně spolu s anatomicko-biologickým odpadem. (Kotrlý, 2012, s. 21)

Pokud dítě zemřelo krátce po porodu, platí rovněž 96 hodinová lhůta k zajištění pohřbu. Pokud příbuzní nemají o pohřeb dítěte zájem, musí pohřeb zajistit obec dle zákona č. 256/2001 Sb. Pokud však náklady na pohřeb hradí obec, rodiče nemají právo na vydání urny s popelem. Ke zpopelnění dochází v krematoriu, se kterým má nemocnice uzavřenou písemnou smlouvu.

Rodiče, kteří vypraví pohřeb nezaopatřenému dítěti, mají nárok na pohřebné. O tuto jednorázovou sociální dávku mohou žádat do roku od porodu mrtvorozeného dítěte na příslušné OSSZ. Výše sociální dávky činí 5000 Kč.

Žena po porodu mrtvorozeného plodu má nárok na mateřskou dovolenou. Délku trvání mateřské dovolené upravuje zákon č. 262/2006 Sb. §195 odst. 5. Dle tohoto zákona nemůže být mateřská dovolená v souvislosti s porodem kratší jak 14 týdnů a nemůže být přerušena ani ukončena dříve. Pokud tedy matka nastoupila na mateřskou dovolenou 8 týdnů před plánovaným termínem porodu, mateřská dovolená ji končí 6 týdnů po porodu dítěte. Toto ustanovení platí i u porodu mrtvorozeného dítěte. Pokud žena porodila dítě předčasně, má matka mrtvorozeného dítěte nárok na plných 14 týdnů mateřské dovolené.

3.6 Nové těhotenství

Mnozí rodiče po perinatální ztrátě, se s odstupem času vrací k otázce, zda se znovu pokusit o dítě. Uvědomují si, že jim zemřelé dítě nic nenahradí, ale zároveň potřebují naplnit svou prázdnotu náručí. Potřebují se starat o dítě, vychovávat ho, milovat ho. Mnozí rodiče doufají, že jim nové dítě zacelí prázdnotu, která vznikla po předchozím dítěti. Některé rodiny se bojí, že by se mohla bolestná ztráta dítěte zopakovat a tak raději volí adopci dítěte. (Kohner, 2013, s. 150)

Rodiče se často ptají, kdy je vhodné znovu otěhotnět. Z biologického hlediska je vhodné s těhotenstvím počkat nejméně do třetího menstruačního cyklu. Avšak mnozí odborníci se klaní k teorii, aby rodiče počkali minimálně půl roku nejlépe však rok od předchozího porodu. Tento názor sice není podložen závratným množstvím klinických studií. Jeho zastánci se však domnívají, že rodiče, kteří měli dostatek času na proces truchlení, lépe vnímají osobnost nového dítěte. Zároveň pokud by rodiče příliš spěchali na nové těhotenství, dítě by se narodilo okolo prvního výročí zemřelého dítěte. Rodiče by tak nebyli schopni plně prožít radost z narození nového potomka, protože by vnitřně prožívali výročí úmrtí předchozího dítěte. (Kohner, 2013, s. 152)

Je nutné si uvědomit, že pokud matky mrtvorozených dětí znovu otěhotní, je těhotenství řazeno automaticky mezi rizikové. Ženy prožívají nové těhotenství s obavami. Objevují se pocity strachu, úzkosti, nejistoty a ohrožení. Tyto pocity se obvykle projevují v noci, což způsobuje fyzické vyčerpání ženy. Strach z předchozího neúspěchu vede k tomu, že ženy skrývají své těhotenství před okolím. Objevují se silné ambivalentní pocity. S prvními pohyby dítěte narůstá i stres ženy, zda je dítě v pořádku. Žena počítá dny do porodu, kdy s dítětem v náručí přijde i pocit úlevy. (Kasparková, Bužgová, 2013, s. 648)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce je popisován výzkum, který byl realizován pomocí anonymního dotazníkového šetření. V jednotlivých kapitolách se dále zabýváme, cílem výzkumu, výzkumnou metodou a zkoumaným vzorkem. V poslední kapitole jsou vyhodnoceny výsledky průzkumného šetření.

4.1 Cíle výzkumu

1. Ověřit, zda se ženy chtějí rozloučit s mrtvorozeným plodem.
2. Zjistit, jak ženy prožívaly návrat domů z nemocnice po perinatální ztrátě. Jak vnímaly kontakt s lidmi z blízkého okolí.
3. Popsat, jak ženy po porodu mrtvorozeného plodu vnímají otázku nového těhotenství.

4.2 Výzkumná metoda

Vzhledem k povaze sledovaného jevu jsme k získání potřebných dat využili techniku dotazníkového šetření. Tato metoda spadá do forem kvantitativního výzkumu. „*Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři.*“ Jednou z výhod dotazníkových metod je jednoznačná formulace otázek bez emocí respondenta. Naopak nevýhodou metody může být nemožnost zpřesnění znění otázky při jejím neporozumění. (Kutnohorská, 2009, s. 41).

U dotazníkové metody je důležitá srozumitelná a hlavně jednoznačná formulace otázek. Při sestavování otázek k dotazníkovému šetření je nutné dodržet jejich logickou návaznost. Respondentům jsou u většiny dotazníků nabídnuty možnosti odpovědí. Proto tyto otázky nazýváme uzavřené. Kromě uzavřených otázek se v dotazníkovém šetření mohou objevit odpovědi otevřené. Tyto otázky umožňují respondentovi volně odpovídat na danou položku, bez jakéhokoliv návodu. Hodnotící škála se vytváří až dodatečně na základě odpovědí respondentů. (Řezánková, 2007, s. 11)

Kromě správné formulace otázek, je důležitá i grafická úprava dotazníku. Samotný dotazník je vhodné obohatit o průvodní dopis, který charakterizuje účel výzkumu. Zároveň je důležité zvolit vhodnou délku dotazníku, aby respondenty jeho délka neodrazovala. (Řezánková, 2007, s. 11)

4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Cílovou skupinou pro výzkum byly ženy, které přišly o dítě ve druhém a třetím trimestru těhotenství. V daném období je již vytvořen citový vztah mezi ženou a plodem. Žena si ztrátu dítěte již v žádném případě nepřipouští. Proto byl záměrně vynechán první trimestr těhotenství, který je obecně znám jako rizikový a tak ženy vnitřně akceptují možnost odumření plodu.

4.4 Sběr a analýza získaných dat

Vzhledem k citlivosti tématu jsme chtěli zachovat absolutní anonymitu dotazovaných žen. Proto jsme se rozhodli vytvořit dotazník v elektronické podobě, jehož odkaz jsme umístili na internetová fóra, kde se dané ženy sdružují. Dotazníkové šetření probíhalo od začátku března 2015 do poloviny dubna 2015. Výzkumu se zúčastnilo celkem 54 žen. V průvodním textu dotazníkového šetření se kromě informací o výzkumu a poděkování nacházel i kontakt na mou osobu. Tento kontakt zde byl umístěn z důvodu, kdyby některá z žen byla ochotna poskytnout rozhovor k tématu. Stalo se tak v jednom případě. Přepis rozhovoru je umístěn v příloze. Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal elektronický, nelze určit přesnou lokalitu zkoumaného vzorku.

Prostřednictvím počítačového programu Microsoft Excel byla zpracována získána data z dotazníkového šetření. Tyto data byla uspořádána do tabulek četností. Vzniklé tabulky obsahují jak absolutní, tak relativní četnost v procentech. Výsledné hodnoty jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

Na základě vzniklých tabulek četností byla získána data uvedena do grafické podoby. V bakalářské práci je využit výsečový typ grafu.

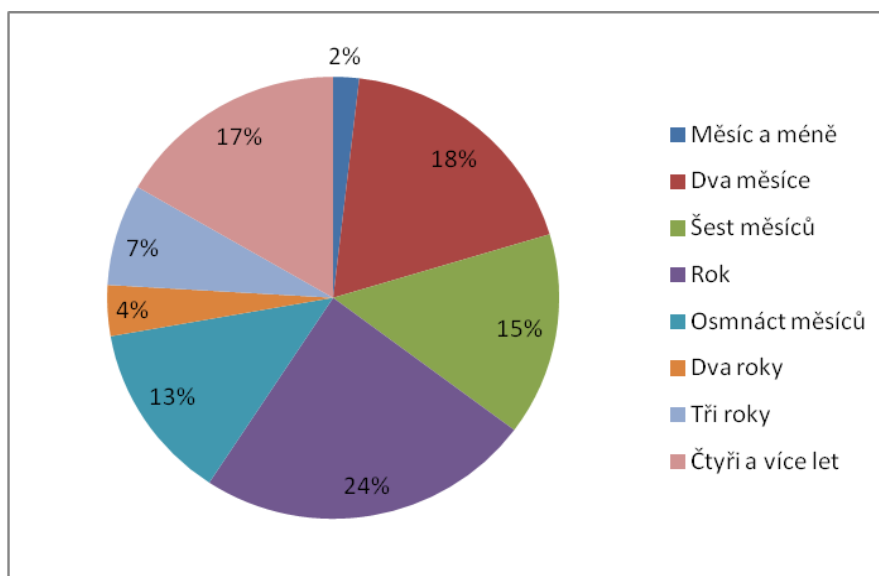
5 ANALÝZA VÝZKUMU

Dotazníková položka č. 1: *Jak je to dlouho od smrti miminka?*

Tabulka č. 1: Délka doby od úmrtí dítěte

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Měsíc a méně	1	1,85 %
Dva měsíce	10	18,52 %
Šest měsíců	8	14,81 %
Rok	13	24,10 %
Osmnáct měsíců	7	12,96 %
Dva roky	2	3,70 %
Tři roky	4	7,41 %
Čtyři a více let	9	16,65 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 1: Délka doby od úmrtí dítěte



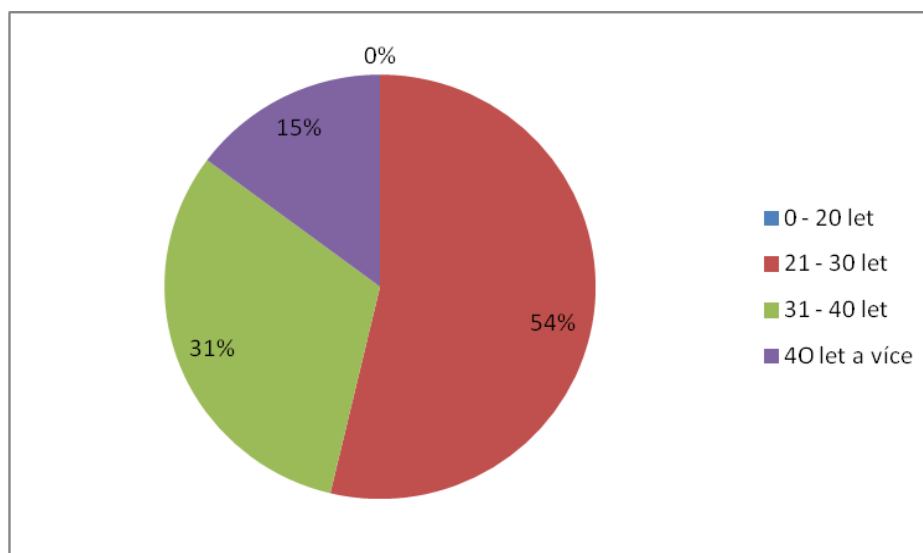
Komentář: Uvedená položka byla určena všem ženám, které se zúčastnily dotazníkového šetření. Tato položka měla přiřazenou otevřenou odpověď, na základě odpovědí byla vytvořena tabulka a následně graf. Cílem položky bylo zjistit délku uplynulé doby od smrti dítěte. Celkem 24,10 % respondentek uvedlo, že o miminko přišly právě před rokem. Druhou nejsilnější skupinou byly ženy, kterým zemřelo dítě před dvěma měsíci. Dalších 14,81 % žen uvedlo, že dítě zemřelo před půl rokem. Velkým překvapením byla účast ženy, která porodila mrtvorozené dítě před necelým měsícem.

Dotazníková položka č. 2: Kolik Vám bylo let v době úmrtí miminka?

Tabulka č. 2: Věk žen v době úmrtí dítěte

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0 - 20 let	0	0,00 %
21 - 30 let	29	53,70 %
31 - 40 let	17	31,48 %
40 let a více	8	14,82 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 2: Věk žen v době úmrtí dítěte



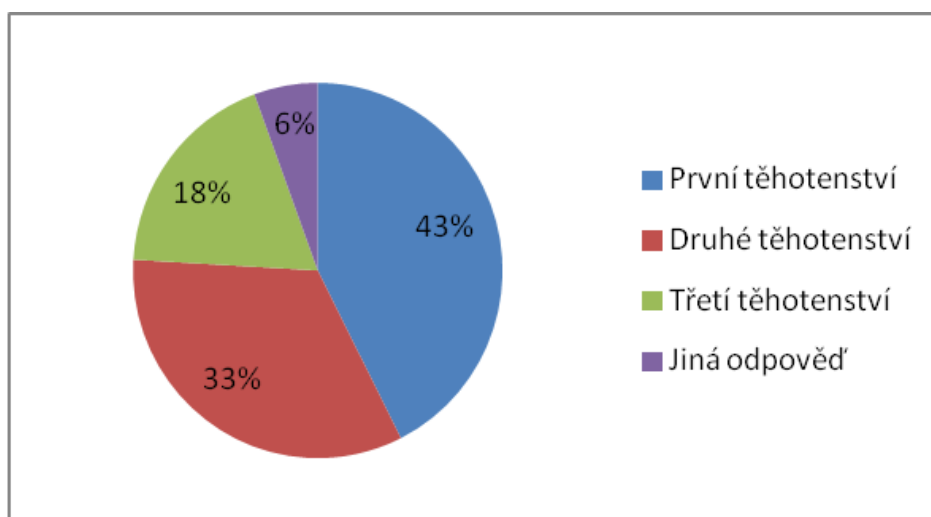
Komentář: Položka číslo 2 byla určena všem ženám, které se zúčastnily výzkumu. Celkem 53,70 % žen bylo v době úmrtí dítěte mladší třiceti let. Pouze 14,82 % žen bylo starší čtyřiceti let.

Dotazníková položka č. 3: Kolikáté to bylo těhotenství?

Tabulka č. 3: Pořadí těhotenství s mrtvorozeným plodem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
První těhotenství	23	42,60 %
Druhé těhotenství	18	33,30 %
Třetí těhotenství	10	18,50 %
Jiná odpověď	3	5,60 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 3: Pořadí těhotenství s mrtvorozeným plodem



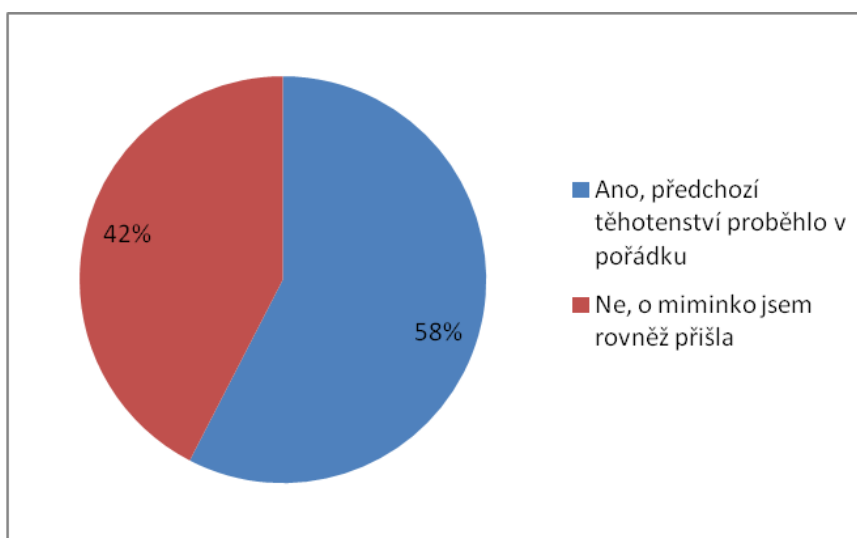
Komentář: Na danou otázku odpovědělo všech 54 dotázaných žen. Cílem položky bylo zjistit, zda se jednalo o první těhotenství či nikoliv. Z výsledků vyplývá, že u 42,60 % žen se jednalo o první graviditu. Druhou nejpočetnější skupinu tvořily ženy u kterých se jednalo o ztrátu dítěte v druhém těhotenství. Tyto ženy tvořily 33,30 % případů. Celkem 5,60 % dotázaných žen uvedlo, že počet gravidit byl vyšší než je naše nabídka.

Dotazníková položka č. 4: *Bylo předchozí těhotenství úspěšné nebo rovněž skončilo ztrátou miminka?*

Tabulka č. 4: Úspěšnost předchozí gravidity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, předchozí těhotenství proběhlo v pořádku	19	57,60 %
Ne, o miminko jsem rovněž přišla	14	42,40 %
Celkem	33	100 %

Graf č. 4: Úspěšnost předchozí gravidity



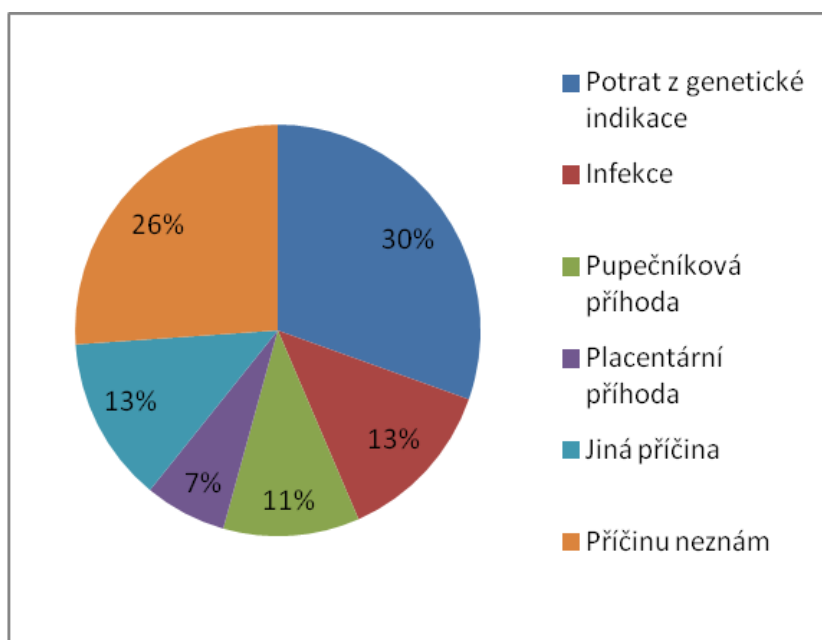
Komentář: Otázka č. 4 byla určena pouze těm ženám, u kterých se nejednalo o první graviditu. Z toho důvodu danou položku zodpovědělo pouze 33 žen. Cílem položky bylo zjistit, zda předchozí gravidita byla úspěšná, nebo zda rovněž zkončila smrtí potomka. Celkem 57,60 % respondentek uvedlo, že předchozí gravidita byla úspěšná. Naopak zbylých 42,40 % respondentek přišlo o dítě opakovaně.

Dotazníková položka č. 5: Jaká byla příčina úmrtí miminka?

Tabulka č. 5. Příčina úmrtí dítěte

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Potrat z genetické indikace	14	30,00 %
Infekce	6	13,00 %
Pupečnicková příhoda	5	11,00 %
Placentární příhoda	3	7,00 %
Jiná příčina	6	13,00 %
Příčinu neznám	12	26,00 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 5: Příčina úmrtí dítěte



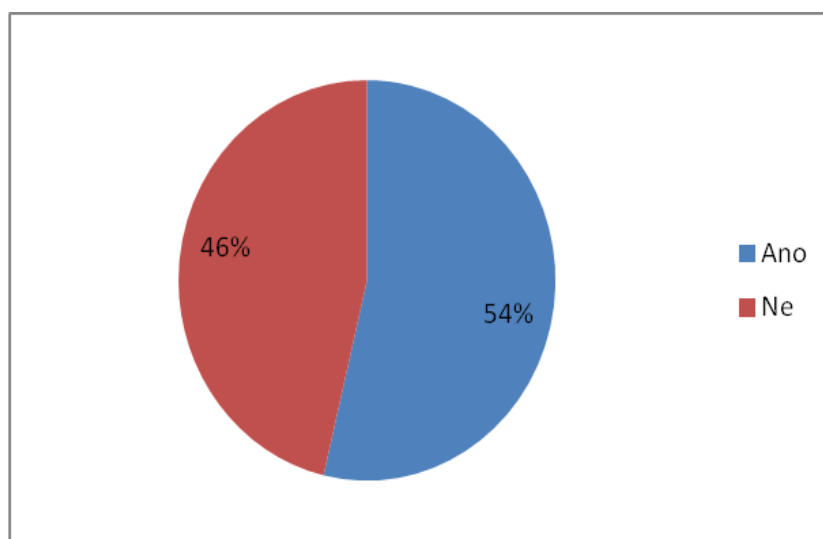
Komentář: Cílem položky bylo zjistit příčinu úmrtí dítěte. Na danou položku odpovědělo všech 54 dotázaných žen. Z výsledků vyplývá, že nejvyšší zastoupení mají genetické potraty a to celkem v 30,00 % případů. Analýzou dat bylo dále zjištěno, že 26,00 % žen nezná příčinu úmrtí dítěte. Nejmenší zastoupení měly placentární příhody .

Dotazníková položka č. 6: *Byl přítomen otec dítěte u porodu (potratu)?*

Tabulka č. 6: Přítomnost otce dítěte u porodu (potratu)

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	29	53,70 %
Ne	25	46,30 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 6: Přítomnost otce u porodu (potratu)



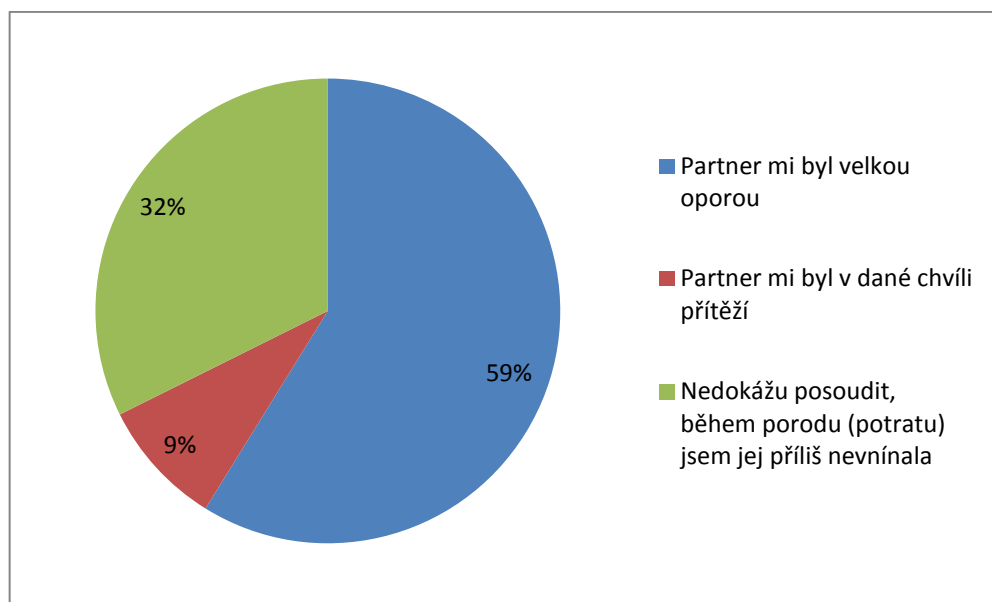
Komentář: Uvedená otázka byla určena všem ženám, které se zúčastnily výzkumu. Analýzou dat bylo zjištěno, že v 53,70 % případů byl přítomen otec dítěte u porodu (potratu). Celkem 46,30 % žen uvedlo, že otec dítěte u porodu (potratu) přítomen nebyl.

Dotazníková položka č. 7: Jak jste vnímala přítomnost partnera u porodu (potratu)?

Tabulka č. 7: Reakce na partnera u porodu (potratu)

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Partner mi byl velkou oporou	20	58,80 %
Partner mi byl v dané chvíli přítěží	3	8,80 %
Nedokážu posoudit, během porodu potratu jsem jej příliš nevnímala	11	32,40 %
Celkem	34	100 %

Graf č. 7: Reakce na partnera u porodu (potratu)



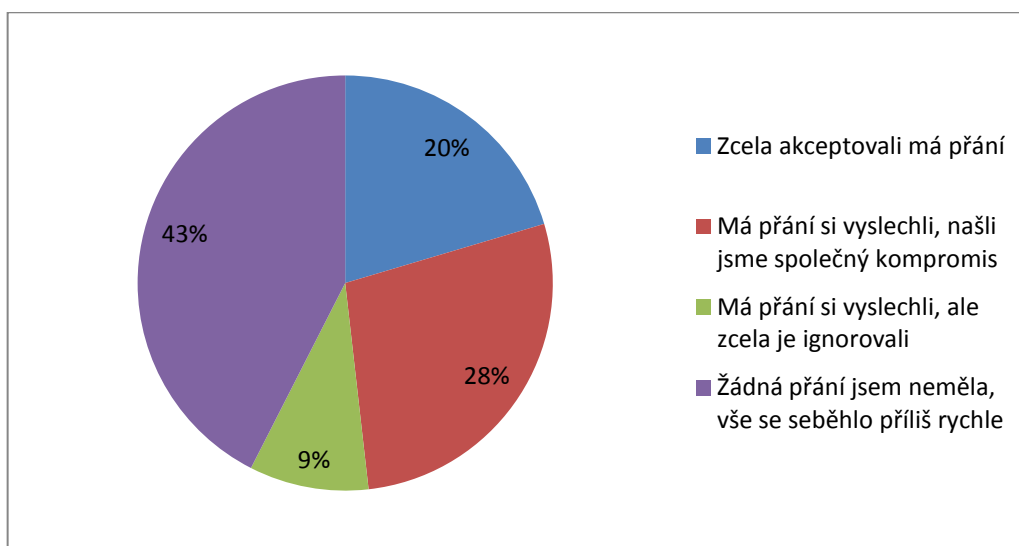
Komentář: Uvedena položka byla určena ženám, které na předchozí otázku odpověděly kladně. Z toho důvodu je celkový počet odpovědí 34. Analýzou dat vyplývá, že 58,80 % respondentek vnímalo přítomnost partnera pozitivně. Celkem 32,40 % respondentek uvedlo, že partnera během porodu (potratu) nevnímalo.

Dotazníková položka č. 8: *Bral ošetřující personál zřetel na Vaše přání během porodu (potratu)?*

Tabulka č. 8: Spolupráce mezi ženou a ošetřujícím personálem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zcela akceptovali má přání	11	20,40 %
Má přání si vyslechli, našli jsme společný kompromis	15	27,80 %
Má přání si vyslechli, ale zcela je ignorovali	5	9,30 %
Žádná přání jsem neměla, vše se seběhlo příliš rychle	23	42,50 %
Cekem	54	100 %

Graf č. 8: Spolupráce mezi ženou a ošetřujícím personálem



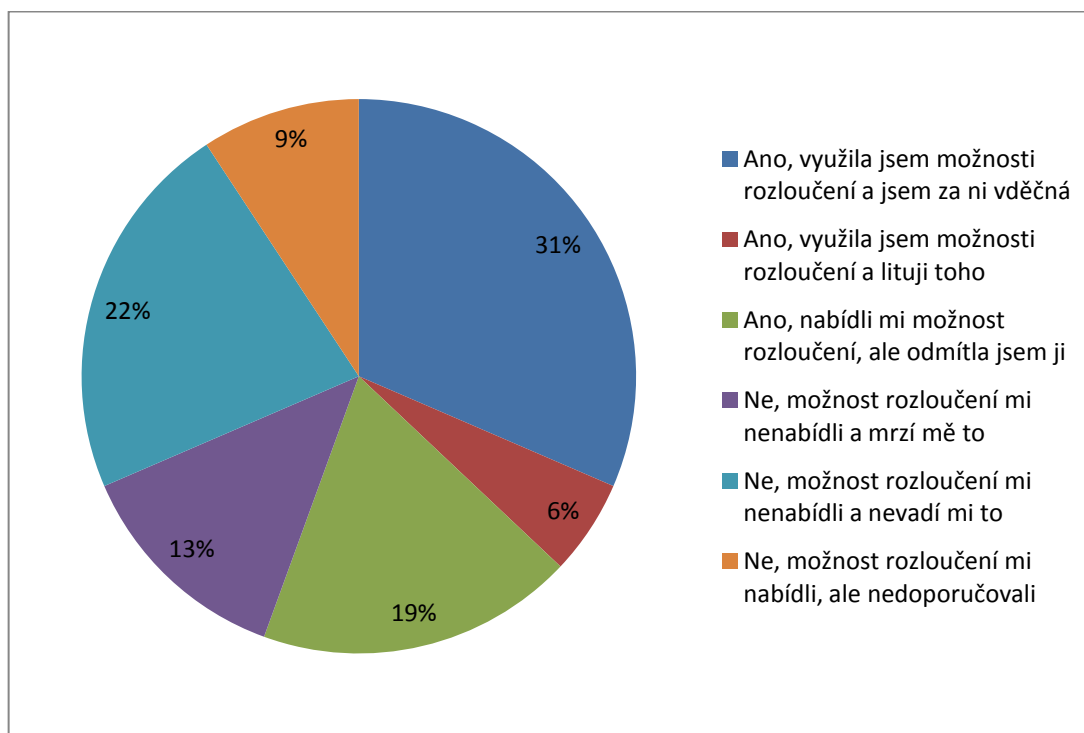
Komentář: V otázce číslo 8 jsme se zabývali spoluprací mezi ženou a ošetřujícím personálem. Zajímalo nás, zda ošetřující personál respektuje požadavky žen v průběhu porodu (potratu). K otázce se vyjádřilo všech 54 dotázaných žen. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy celkem 42,50 %, které uvedly, že se s ošetřujícím personálem na průběhu porodu nedomlouvaly z důvodu rizika z prodlení. Celkem 27,80 % dotázaných uvedlo, že se s ošetřujícím personálem dokázaly navzájem domluvit na průběhu porodu (potratu). Zbýlých 9,30 % žen uvedlo, že ošetřující personál zcela ignoroval jejich požadavky.

Dotazníková položka č. 9: *Nabídla Vám porodní asistentka možnost rozloučit se s miminkem?*

Tabulka č. 9: Možnost rozloučení s mrtvorozeným dítětem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, využila jsem možnosti rozloučení a jsem za ni vděčná	17	31,50 %
Ano, využila jsem možnosti rozloučení a lituji toho	3	5,60 %
Ano, nabídli mi možnost rozloučení, ale odmítla jsem ji	10	18,50 %
Ne, možnost rozloučení mi nenabídli a mrzí mě to	7	13,00 %
Ne, možnost rozloučení mi nenabídli a nevadí mi to	12	22,10 %
Ne, možnost rozloučení mi nabídli, ale nedoporučovali	5	9,30 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 9: Možnost rozloučení s mrtvorozeným dítětem



Komentář: Cílem položky bylo zjistit, zda měly ženy možnost rozloučit se s dítětem po porodu (potratu). K dané problematice se vyjádřilo všech 54 žen. Analýzou výsledků bylo zjištěno, že 31,50 % žen využilo možnost rozloučení s dítětem. Danou zkušenost vnímaly

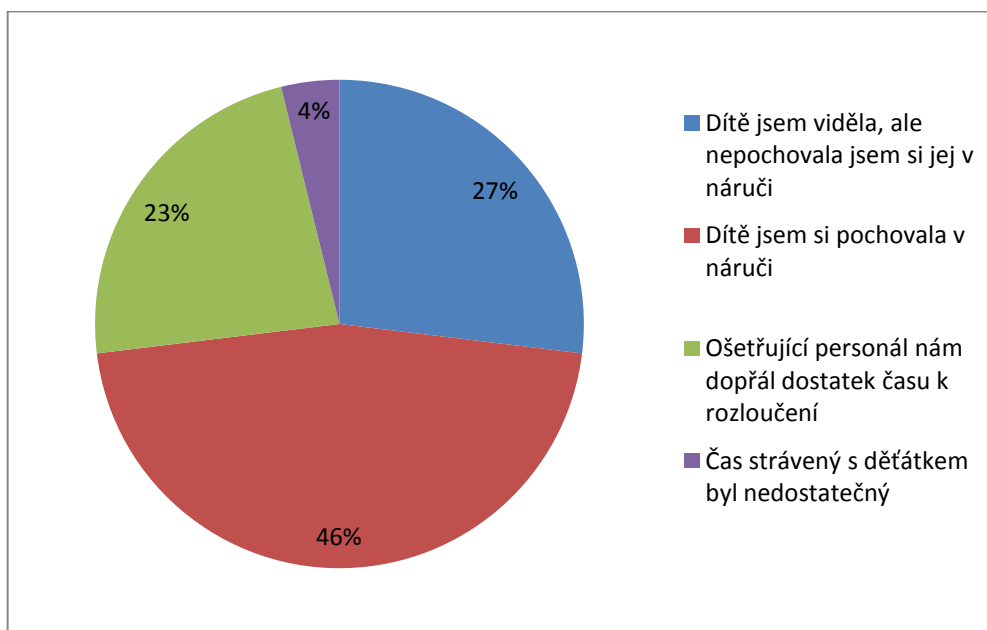
pozitivně. Naopak 5,60 % žen uvedlo, že se s dítětem rozloučily. Rituál rozloučení vnímaly negativně. Respondentky uvedly, že je ošetřující personál neupozornil na vzhled tělíčka dítěte. Celkem 18,50 % žen odmítlo možnost rozloučení s dítětem. Naopak ve 13,00 % případů ženy uvedly, že jim nikdo nenabídl možnost rozloučení s miminkem. Tuto skutečnost vnímaly negativně. Zbýlých 22,10 % respondentek uvedlo, že jim rovněž nebylo nabídnuto rozloučení s dítětem. Tento fakt v ženách nezbuzoval žádné negativní emoce.

Dotazníková položka č. 10: *Jakým způsobem proběhlo rozloučení s dítětem? Vyberte správné možnosti.*

Tabulka č. 10: Rozloučení s dítětem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dítě jsem viděla, nepochovala jsem si jej v náruči	7	26,60 %
Dítě jsem si pochovala v náruči	12	46,10 %
Ošetřující personál nám dopřál dostatek času k rozloučení	6	23,70 %
Čas strávený s děťátkem byl nedostatečný	1	3,60 %
Celkem	26	100 %

Graf č. 10: Rozloučení s dítětem



Komentář: Otázka číslo 10 byla určena pouze těm respondentkám, které v předchozí otázce uvedly, že se rozloučily s dítětem. Cílem otázky bylo zjistit, zda měly ženy dostatek času na to aby si prošly tímto důležitým rituálem. Dále jsme zjišťovali, zda si ženy pochovaly své dítě v náruči či nikoliv. Analýzou dat bylo zjištěno, že dítě si pochovalo v náruči celkem 46,10 % respondentek. Celkem 23,70 % dotazovaných žen uvedlo, že čas strávený s miminkem byl dostatečný.

Dotazníková položka č. 11: *S odstupen času jak vnímáte to, že jste se mohla rozloučit s dítětem? Myslíte si, že Vám to pomohlo do budoucna?*

V položce číslo 11 měly respondentky možnost vyjádřit svůj názor na problematiku rozloučení s dítětem. Tato položka měla přiřazenou volbu otevřené odpovědi. Položka byla určena pouze ženám, které se s dítětem rozloučily. Zajímalo nás, jak rituál rozloučení ovlivnil jejich život do budoucna.

Většina žen uvedla, že toužila alespoň jednou si pochovat vlastní dítě v náručí. Respondentky uváděly, že jim tato zkušenost pomohla uzavřít tuto životní kapitolu.

Ženy, které si dítě nepochovaly v náručí, této skutečnosti později litovaly. Uvedly však, že jsou vděčné za otisk patičky dítěte, ke kterému se mohou zpětně vracet.

Objevovaly se i případy, kdy ženy reagovaly negativně na zkušenost s rozloučením. Většinou cítily hlubokou bezmoc, protože nedokázaly dítěti pomoc. Dokonce jedna žena uvedla, že ji personál neupozornil, že je plod silně macerován. Žena uvedla, že od té doby trpí nespavostí z důvodu, že se jí ve snech vrací podoba plodu.

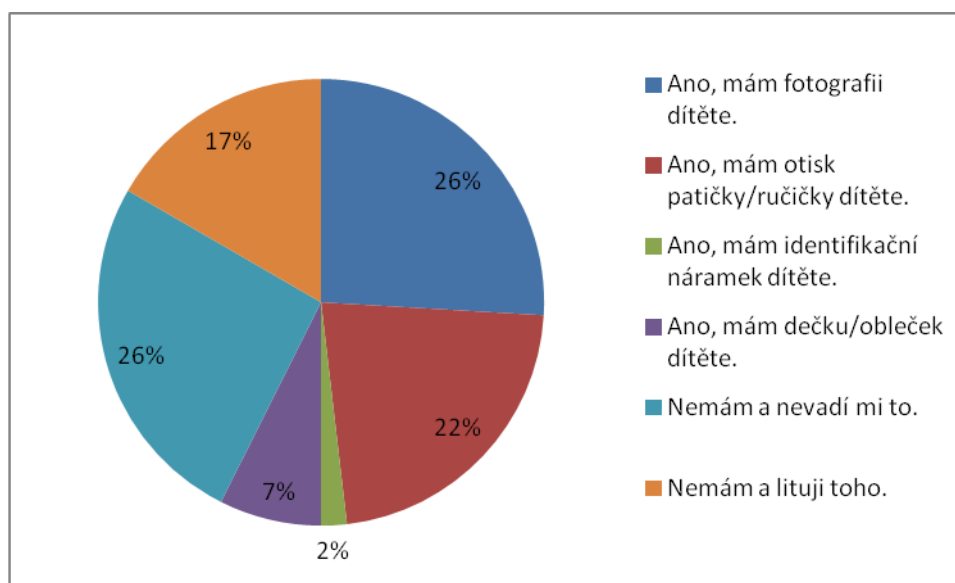
I když otázka byla věnována pouze ženám, které se rozloučily s dítětem, našlo se pár respondentek, které odpověděly na danou položku přesto, že se s dítětem nerozloučily. Tyto respondentky uvedly, že neměly odvahu se podívat na tělíčko dítěte. Svého rozhodnutí později litovaly. Několik žen dokonce uvedlo, že je lepší ponechat si iluzi o mrtvém dítěti než čelit realitě.

Dotazníková položka č. 12: Máte doma uložený upomínkový předmět na dítě?

Tabulka č. 11: Vzpomínkový předmět na mrtvé dítě

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, mám fotografii dítěte	14	25,90 %
Ano, mám otisk patičky/ručičky dítěte	12	22,20 %
Ano, mám identifikační náramek dítěte	1	1,90 %
Ano, mám dečku/obleček dítěte	4	7,40 %
Nemám a nevdí mi to	14	25,90 %
Nemám a lituji toho	9	16,70 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 11: Vzpomínkový předmět na mrtvé dítě



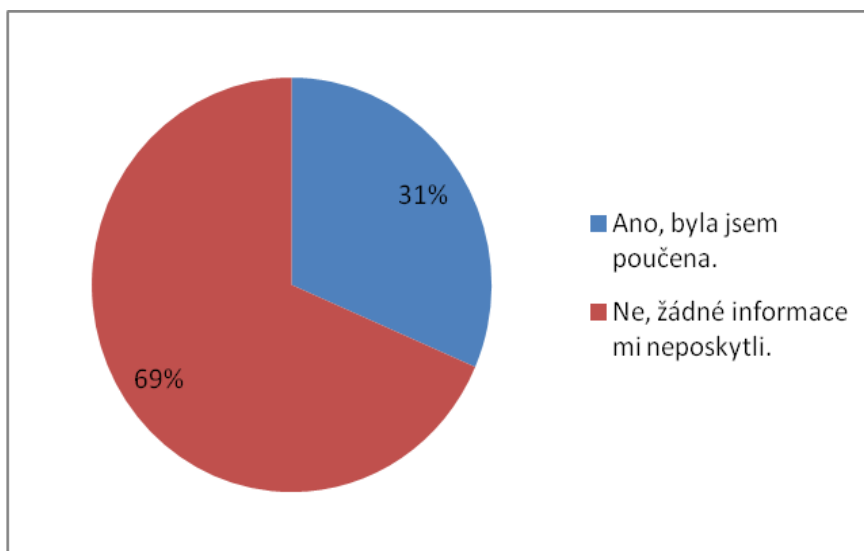
Komentář: V uvedené položce jsme zkoumali, zda mají ženy uložený vzpomínkový předmět na dítě. Z výsledných dat vyplývá, že 25,90 % respondentek má uloženou fotografii dítěte. Naopak stejný počet respondentek tedy 25,90 % uvedlo, že vzpomínkový předmět nemají, daný fakt jim nevdí. Otisk patičky má uložen doma celkem 22,20 % respondentek. Celkem 16,70 % respondentek uvedlo, že žádný vzpomínkový předmět nevlastní, tento fakt nímají negativně.

Dotazníková položka č. 13: *Seznámil Vás lékař s tím, jak obvykle probíhá bezprostřední období po smrti dítěte? Vysvětlil Vám lékař jaké pocity jsou přirozená a kdy je vhodné vyhledat odbornou pomoc?*

Tabulka č. 12: Edukace lékaře

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, byla jsem poučena	17	31,50 %
Ne, žádné informace mi neposkytli	37	68,50 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 12: Edukace lékaře



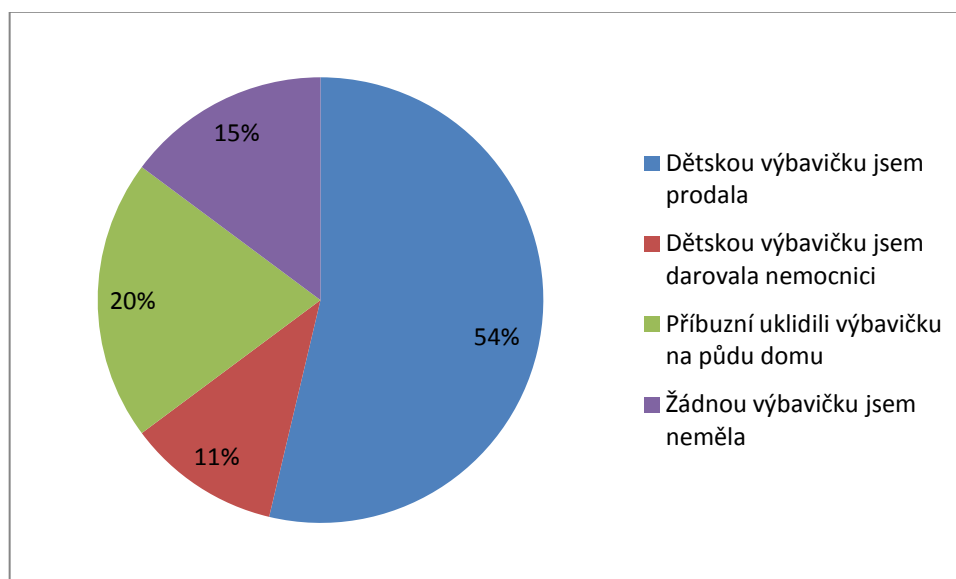
Komentář: Cílem otázky bylo zjistit, zda lékaři informují ženy o tom, jak probíhá nezprostřední období po smrti dítěte. Edukaci od lékaře uvedlo celkem 31,50 % dotázaných žen. Naopak 68,50 % respondentek uvedlo, že v tomto směru žádné informace nedostaly.

Dotazníková položka č. 14: *Jaké byly Vaše pocity po návratu z nemocnice domů? Měla jste doma nachystanou výbavičku pro miminko? Pokud ano, co jste s výbavičkou udělala?*

Tabulka č. 13: Dětská výbavička

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dětskou výbavičku jsem prodala	29	53,70 %
Dětskou výbavičku jsem darovala nemocnici	6	11,10 %
Příbuzní uklidili výbavičku na půdu domu	11	20,40 %
Žádnou výbavičku jsem neměla	8	14,80 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 13: Dětská výbavička



Komentář: Položka číslo 14 byla určena všem ženám, které se zúčastnily výzkumu. K dané otázce byla přirezena volba otevřené odpovědi. Na danou položku odpovědělo všech 54 respondentek. Respondentky se shodují, že návrat domů byl velmi stresující. Až v domácím prostředí si začaly plně uvědomovat, co se stalo. Ženy uváděly, že po návratu domů trpěly úzkostnými stavy. Projevovala se u nich akutní forma žalu. Většina z nich užívala v daném období léky na uklidnění. Dokonce jedna respondentka přemýšlela nad sebevraždou po návratu z nemocnice. O tu se naštěstí nikdy nepokusila. Respondentky také uváděly, že je trápil problém s nalitymi prsy. Nikdo je údajně nepoučil, jako o nality prsa pečovat.

Téměř všechny respondentky uvedly, že měly doma nachystanou výbavičku pro dítě. Zajímalo nás, jak z výbavičkou po návratu domů naložily. Zde se názory respondentek lišily. S ohledem na přehlednost získaných dat, byla vypracována tabulka a graf, který přehledně znázorňuje získané odpovědi.

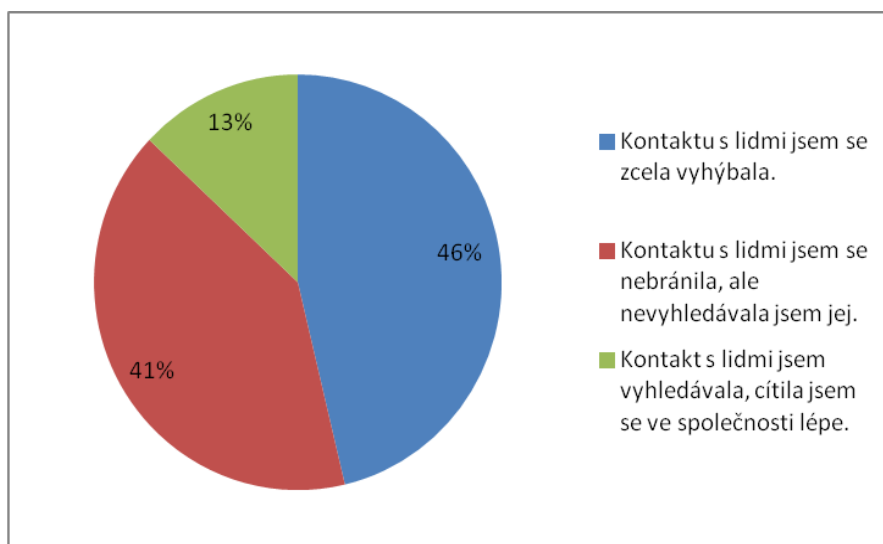
Nepočetnější skupinu tvořily ženy, které nachystanou výbavičku pro dítě prodaly do dětských bazárků. Celkem 11,10 % žen darovalo dětskou výbavičku nemocnici ve které byly hospitalizovány. Zbýlých 14,80 % žen uvedlo, že žádnou dětskou výbavičku doma nachystanou neměly.

Dotazníková položka č. 15: *Jak jste prožívala setkání s lidmi z Vašeho okolí?*

Tabulka č. 14: Kontakt s lidmi po úmrtí dítěte

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Kontaktu s lidmi jsem se zcela vyhýbala	25	46,30 %
Kontaktu s lidmi jsem se nebránila, ale nevyhledávala jsem je	22	40,70 %
Kontakt s lidmi jsem vyhledávala, cítila jsem se ve společnosti lépe	7	13,00 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 14: Kontakt s lidmi po úmrtí dítěte



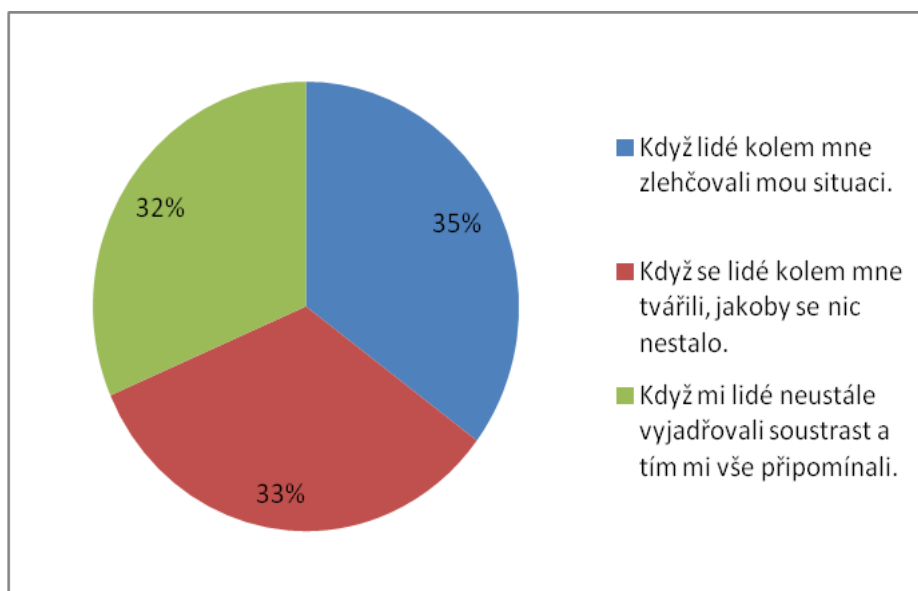
Komentář: Na uvedenou otázku odpovědělo všech 54 dotázaných žen. Cílem otázky bylo zjistit, jak ženy po návratu z nemocnice vnímaly kontakt s lidmi z okolí. Ze získaných dat vyplývá, že 46,30 % respondentek se zcela vyhýbalo kontaktu s lidmi z okolí. Naopak kontakt s lidmi vyhledávalo celkem 13,00 % respondentek.

Dotazníková položka č. 16: *Co Vám nejvíce vadilo při kontaktu s lidmi z okolí?*

Tabulka č. 15: Reakce na okolí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Když lidé kolem mne zlehčovali mou situaci	19	35,20 %
Když se lidé kolem mne tvářili, jakoby se nic nestalo	18	33,30 %
Když mi lidé neustále vyjadřovali soustrast a tím mi vše připomínali.	17	31,50 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 15: Reakce na okolí



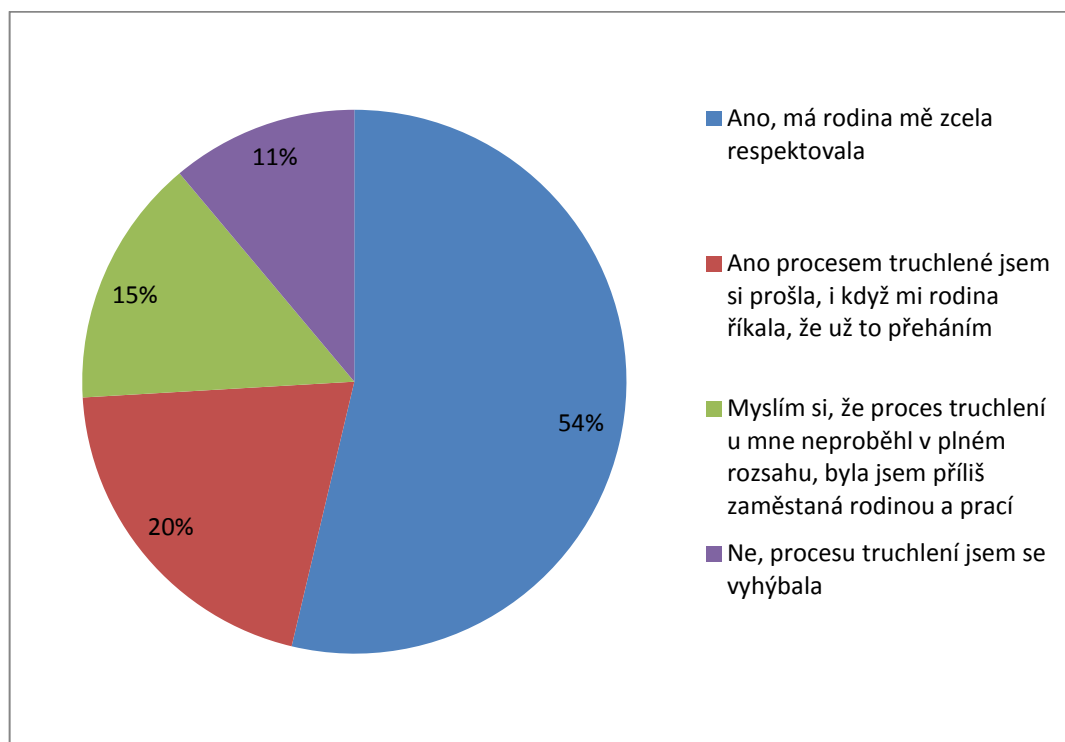
Komentář: Na otázku číslo 16 odpovědělo všech 54 respondentek. Cílem otázky bylo zjistit, jak ženy vnímaly setkání s lidmi v okolí. Celkem 35,20 % žen vadilo, když lidé z okolí zlehčovali úmrtí dítěte. Dalších 31,50 % žen vadilo, když jim lidé z okolí neustále vyjadřovali soustrast a tím jim celou situaci připomínali.

Dotazníková položka č. 17: *Podporovala Vás rodina během rituálu truchlení? Vy sama jste tuto potřebu respektovala nebo jste ji ignorovala?*

Tabulka č. 16: Rituál truchlení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, má rodina mě zcela respektovala	29	53,70 %
Procesem truchlení jsem si prošla, i když mi rodina říkala, že to přeháním	11	20,40 %
Myslím si, že proces truchlení u mne neproběhl v plném rozsahu, byla jsem příliš zaměstnaná rodinou a prací	8	14,80 %
Ne, procesu truchlení jsem se vyhýbala	6	11,10 %
Celkem	54	100 %

Tabulka č. 16: Rituál truchlení



Komentář: Cílem položky číslo 17 bylo zjistit, zda měly respondentky podporu v rodině během rituálu truchlení. Dále nás zajímalo, zda respondentky rituál truchlení respektovaly nebo zda se mu vyhýbaly. Analýzou získaných dat bylo zjištěno, že 53,70 % žen respektovalo rituál truchlení. Jejich rodina je v daném procesu podporovala. Celkem 14,80

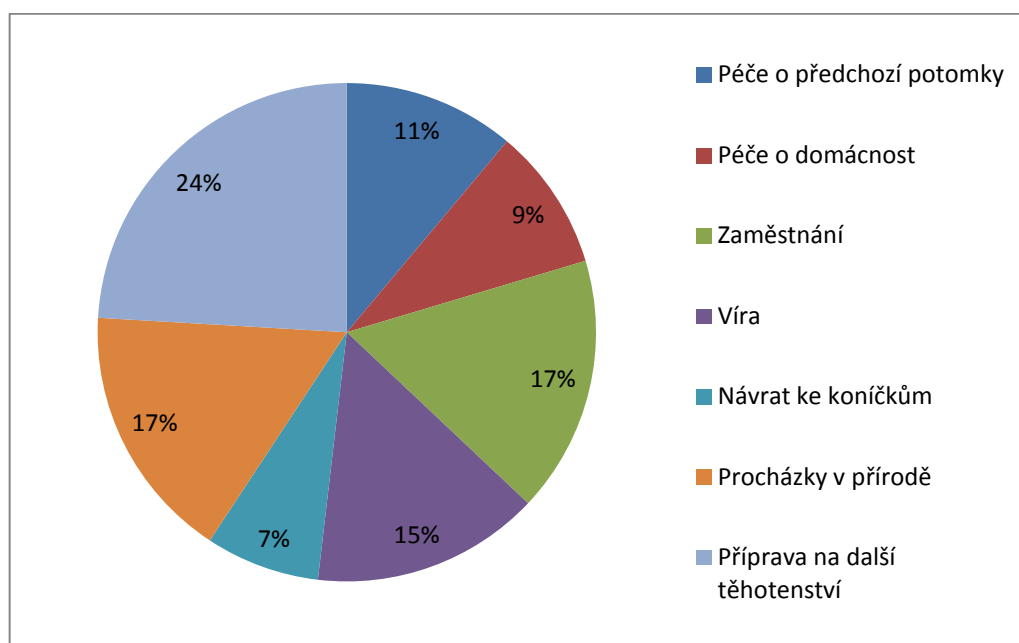
% žen uvedlo, že u nich rituál truchlení neproběhl v plném rozsahu, protože se zeměšťnávaly rodinou a prací.

Dotazníková položka č. 18: *Uveďte, která aktivita Vám nejvíce pomohla vyrovnat se smrtí?*

Tabulka č. 17: Aktivity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Péče o předchozí potomky	6	11,30 %
Péče o domácnost	5	9,20 %
Zaměstnání	9	16,60 %
Víra	8	14,80 %
Návrat ke koníčkům	4	7,40 %
Procházky v přírodě	9	16,60 %
Příprava na další těhotenství	13	24,10 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 17: Aktivity



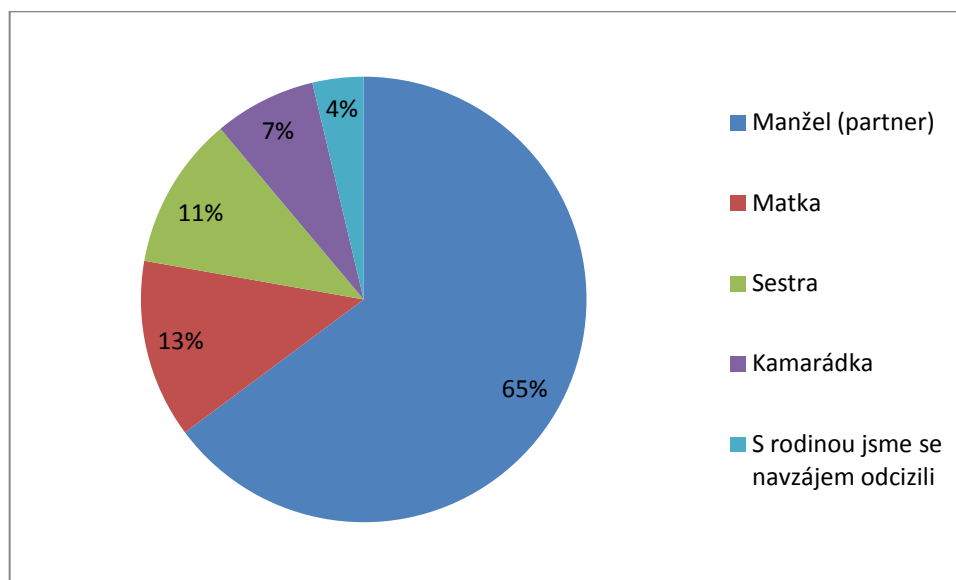
Komentář: Na otázku číslo 18 odpovědělo všech 54 respondentek. V dané položce nás zajímalo, která aktivita nejvíce pomáhala ženám vyrovnat se smrtí dítěte. Největší zastoupení měla položka týkající se přípravy na nové těhotenství a to celkem ve 24,10 % případů. Položku zaměstnání označilo celkem 16,60 % respondentek, stejnou hodnotu tedy 16,60 % můžeme najít u položky týkající se relaxace v přírodě. Celkem 14,80 % žen uvedlo, že jim v tomto bolestném období pomáhala víra.

Dotazníková položka č. 19: *Měla jste možnost si s někým promluvit o Vašich pocitech? Kdo byl pro Vás největší oporou?*

Tabulka č. 18: Psychická podpora v rodině

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Manžel (partner)	35	64,80 %
Matka	7	13,00 %
Sestra	6	11,10 %
Kamarádka	4	7,40 %
S rodinou jsme se navzájem odcizili	2	3,70 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 18: Psychická podpora v rodině



Komentář: Na uvedenou položku odpovědělo všech 54 respondentek. K dané otázce byla přiřazená volba volné odpovědi. Na základě získaných dat byla vytvořena tabulka četností a posléze graf. Většina žen nacházela oporu v manželovi (partnerovi) po návratu z nemocnice. Tato odpověď se objevila celkem v 64,80 % případů. Ženy svou odpověď zdůvodňovaly tím, že se před manželem (partnerem) nemusely stydět projevit své emoce. Tyto ženy vyžadovaly absolutní pozornost od partnera. Proto těžce nesly, když se jejich partner vrátil zpět do pracovního procesu. Většina z nich poté vyhledala odbornou psychologickou pomoc. Celkem 13,00 % respondentek uvedlo, že nacházely psychickou podporu u své matky. Naopak 3,70 % žen uvedlo, že se s rodinou navzájem odcizili. Důvodem bylo to, že

rodina neměla vybudovanou citovou vazbu k dítěti a tak nedokázali pochopit hloubku zármutku rodičů.

Dotazníková položka č. 20: *Využila jste v tomto období odbornou psychologickou pomoc? Pokud ano, ve kterém období jste ji nejvíce potřebovala?*

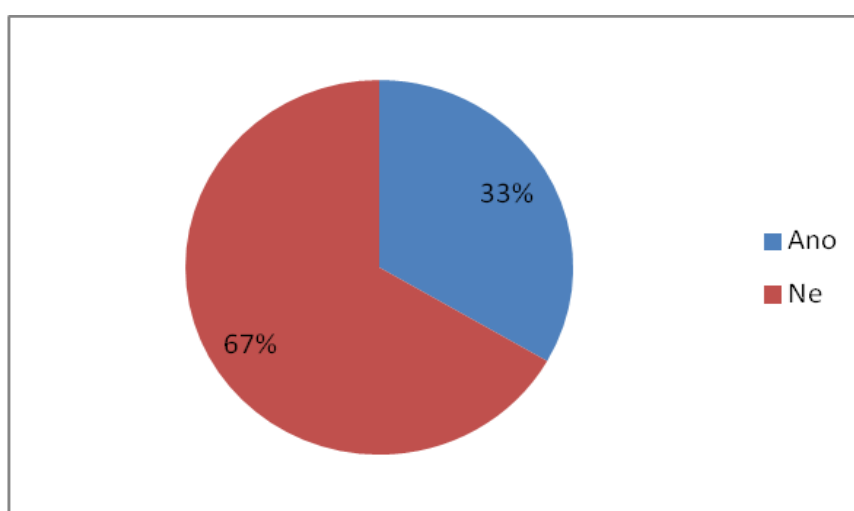
Na uvedenou otázku odpovědělo všech 54 žen. Stanovená položka měla přiřazenou otevřenou volbu odpovědi. Necelá polovina žen využila odbornou psychologickou pomoc v raném období po smrti dítěte. Zbylá polovina žen odbornou psychologickou pomoc nevyhledala. Důvody, proč ženy odbornou pomoc nevyhledaly, jsou různé. Část žen uvedla, že se bála stigmatizace od okolí. Zbylé ženy uvedly, že odbornou psychologickou pomoc nepotřebovaly. Všechny problémy překonaly v rodinném kruhu.

Dotazníková položka č. 21: *Vyhledala jste organizaci zabývající se problematikou úmrtí dítěte?*

Tabulka č. 19: Vyhledání kompetentní organizace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	18	33,30 %
Ne	36	66,70 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 19: Vyhledání kompetentní organizace



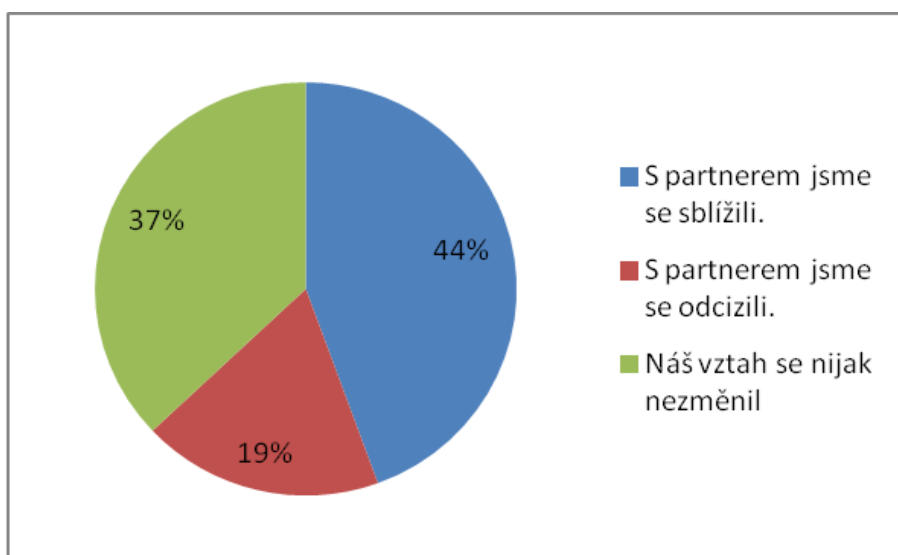
Komentář: Otázku 21 zodpovědělo všech 54 respondentek. Cílem otázky bylo zjistit, zda respondentky vyhledaly po smrti dítěte kompetentní organizaci zabývající se danou problematikou. Z analýzy dat vyplývá, že 66,70 % respondentek nevyhledalo po smrti dítěte žádnou takovou organizaci.

Dotazníková položka č. 22: *Jak se změnil Váš partnerský život po smrti dítěte?*

Tabulka č. 20: Změny v partnerském vztahu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
S partnerem jsme se sblížili	24	44,40 %
S partnerem jsme se odcizili	10	18,50 %
Náš vztah se nijak nezměnil	20	37,10 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 20: Změny v partnerském vztahu



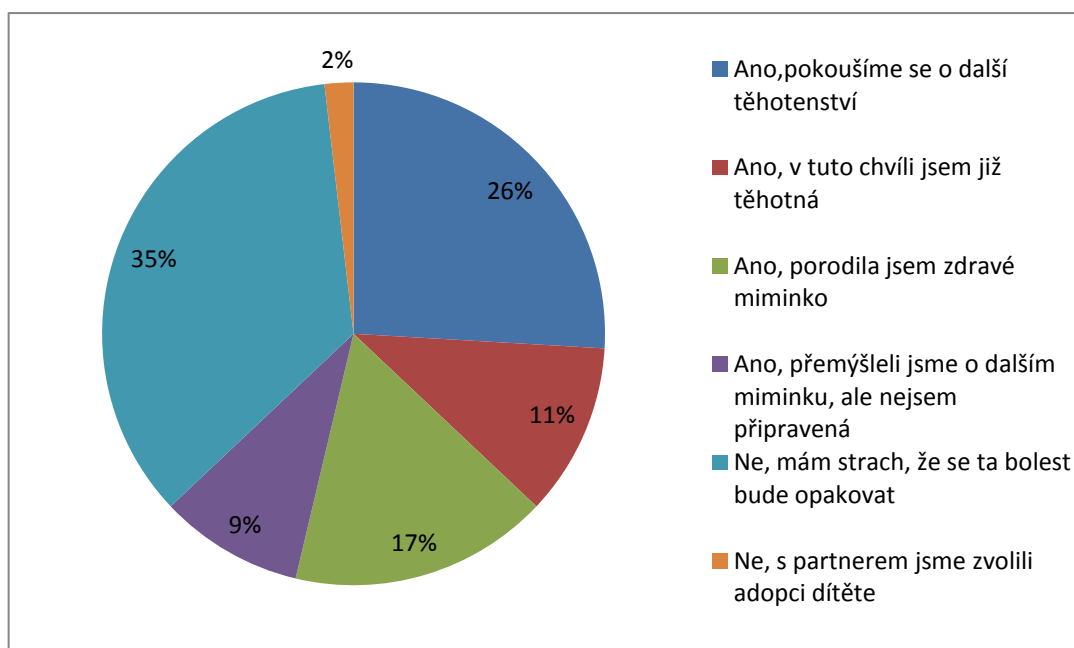
Komentář: Otázka číslo 22 byla opět určena všem respondentkám. Tudiž na otázku odpovědělo všech 54 žen. Cílem položky bylo zjistit, do jaké míry zasáhla smrt dítěte partnerský vztah rodičů. Celkem 44,40 % žen uvedlo, že se s partnerem po smrti dítěte navzájem sblížili. Naopak 18,50 % respondentek uvedlo, že se po smrti dítěte s partnerem navzájem odcizili.

Dotazníková položka č. 23: *Pokoušela jste se znovu otěhotnět po smrti dítěte?*

Tabulka č. 21: Nové těhotenství

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, pokoušíme se o další těhotenství	14	25,90 %
Ano, v tuto chvíli jsem již těhotná	6	11,10 %
Ano, porodila jsem zdravé miminko	9	16,70 %
Ano, přemýšleli jsme o dalším miminku, ale nejsem připravená	5	9,30 %
Ne, mám strach, že se ta bolest bude opakovat	19	35,10 %
Ne, s partnerem jsme zvolili adopci dítěte	1	1,90 %
Celkem	54	100 %

Graf č. 21: Nové těhotenství



Komentář: Daná položka je poslední, která byla určena pro všechny respondentky. Na otázku odpovědělo rovněž všech 54 respondentek. Cílem otázky bylo zjistit, jak ženy vnímají otázku nového těhotenství po smrti dítěte. Celkem 35,10 % žen uvedlo, že se o nové těhotenství zatím nepokouší ze strachu, že by se smrt miminka mohla opakovat. Dále 25,90 % respondentek uvedlo, že se pokouší znovu otěhotnět. Zdravé miminko porodilo již 16,70 % dotazovaných žen. Dokonce jedna respondentka zvolila formu adopce.

Dotazníková položka č. 24: *Jaké emoce u Vás převládaly v souvislosti s novým těhotenstvím?*

Otázka číslo 24 byla určena pouze těm ženám, které v předešlé položce uvedly, buď že jsou těhotné, nebo po smrti předchozího dítěte znovu porodily. Cílem otázky bylo zjistit, jak ženy vnímají (vnímaly) průběh nového těhotenství. Ženy shodně uváděly, že nové těhotenství bylo pro ně stresující. Nedokázaly o své graviditě veřejně mluvit. Nesdílely s druhými ženami radost z těhotenství. Často své těhotenství skrývaly před okolím, ze strachu, kdyby dítě opět zemřelo. Ženy uváděly, že jsou (byly) v těhotenství psychicky nevyrovnané. Převládaly u nich úzkostné stavy. Ženy neměly důvěru ve vlastní tělo, trpěly nespavostí, často byly agresivní vůči zdravotnímu personálu. Mnohé ženy uvedly, že s postupujícím těhotenstvím se stupňovaly návštěvy pohotovosti v nočních hodinách.

6 DISKUZE

Když jsme volili metodu realizace výzkumného šetření, nejprve jsme se přikláněli ke kvalitativním výzkumným metodám. Konkrétně jsme chtěli ke sběru potřebných dat využít metodu polostrukturovaného rozhovoru. Bohužel jsme nedostali kladnou odezvu od oslovených respondentek. Stanovisko oslovených žen je pochopitelné vzhledem k citlivosti tématu. Vzhledem k daným okolnostem jsme k získání potřebných dat využili dotazníkové šetření. K této zvolené metodě byly respondentky vstřícnější. Zřejmě i proto, že zaručovala absolutní anonymitu respondentek. Výzkumu se zúčastnilo celkem 54 žen. Jsme si vědomi toho, že se výzkumný vzorek může zdát na první pohled nedostačující.

Bylo velkým překvapením, když jsme po prostudování výzkumných šetření ostatních autorů zjistili, že tito autoři naopak realizovali svá šetření formou rozhovorů. Tento fakt byl zřejmě způsoben tím, že zmínění autoři realizovali svá šetření v okolí velkých měst, kde se ženy tolik nebály ztráty anonymity. Ti autoři, kteří k získání potřebných dat zvolili cestu dotazníkového šetření, zaměřili svůj výzkum na porodní asistentky. Konkrétně na to, jak porodní asistentky vnímají vedení porodu mrtvého plodu. Nenašli jsme autora, který by zahrnul do dotazníkového šetření takový vzorek žen, které si prošly perinatální ztrátou jako právě my.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit zda se ženy chtějí rozloučit s mrtvorozeným plodem, jak vnímaly návrat domů z nemocnice a jejich postoj k novému těhotenství.

Prvním cílem bylo zjistit, zda se ženy chtějí rozloučit s mrtvorozeným plodem.

Na danou položku se zaměřovaly otázky č. 9, 10, 11. Bylo zjištěno, že 31,50 % respondentek je vděčných za to, že se s dítětem mohly po porodu (potratu) rozloučit. Dále 13,00 % respondentek uvedlo, že jim nikdo nenabídl možnost rozloučení s dítětem, i když by o to stály. Celkem 5,60 % respondentek lituje toho, že se s dítětem rozloučily. Svou odpověď zdůvodnily tím, že je ošetřující personál neupozornil na vzhled tělíčka dítěte. Celkem 18,50 % žen odmítlo možnost rozloučení s dítětem. Zbylým 22,10 % žen nikdo nenabídl možnost rozloučení, daná skutečnost ženám však nevadila.

Ty ženy, které uvedly, že se rozloučily s mrtvorozeným potomkem si ve 46,10 % případů pochovaly dítě v náruči. Celkem 26,60 % žen uvedlo, že dítě pouze viděly. Respondentky uvedly, že toužily po tom si pochovat vlastní dítě v náruči. Zároveň jim to v budoucnu po-

mohlo uzavřít tuto tragickou životní událost. Objevovaly se i negativní pocity, většinou se u žen objevovaly pocity bezmoci, že nedokážou dítěti pomoci.

Respondentky, které se s dítětem nerozloučily z vlastního rozhodnutí, nebo jim to nebylo umožněno, toho později litovaly. Ty ženy, které se nerozloučily s dítětem z vlastní vůle, uvedly, že neměly odvalu podívat se na tělíčko dítěte.

Z analýzy dat tedy vyplývá, že by ošetřující personál měl nabídnout ženě během porodu (potratu) možnost rozloučení s dítětem. Měl by však ženu upozornit na možná rizika s tím související. Je více než nevhodné, pokud se ženě ukáže macerované tělíčko dítěte bez předchozího varování.

První cíl – splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, jak ženy prožívaly návrat domů z nemocnice po perinatální ztrátě. Jak vnímaly kontakt s lidmi z blízkého okolí.

Na tento cíl byly zaměřeny otázky č. 14, 15, 16, 19 a 20. Respondentky se shodly, že návrat domů byl značně stresující. Až v domácím prostředí si začaly plně uvědomovat, co se skutečně stalo. Většina žen trpěla po návratu domů akutní formou žalu. Řada z nich sáhla po lécích na uklidnění. Většina žen nacházela oporu v manželovi po návratu z nemocnice a to v 64,80 % případů. Před manželem nemusely skrývat své emoce, vyžadovaly po něm absolutní pozornost. Proto velmi těžce nesly manželův návrat do pracovního procesu. Dále 13,00 % žen uvedlo, že měli oporu ve své matce. Necelá polovina respondentek využila odbornou psychologickou pomoc v raném období po smrti dítěte. Většinou ji vyhledaly po návratu manžela do pracovního procesu. Celkem 53,70 % respondentek prodalo nachystanou dětskou výbavičku do bazárku pro děti. Dalších 20,40 % žen poprosilo rodinu a úklid dětské výbavičky z dosahu.

Celkem 46,30% žen uvedlo, že se kontaktu s lidmi vyhýbaly. Naopak 13,00% uvedlo, že jim kontakt s lidmi pomáhal. Ženám vadilo při styku s lidmi z okolí to, když zlehčovali jejich situaci. Tato odpověď se objevovala celkem u 35,20 % respondentek. Celkem 33,30% žen vadilo, když se lidé z okolí tvářili, jakoby se nic nestalo. Zbýlých 31,50 % žen uvedlo, že jim vadilo, když jim někdo událost připomínal například vyjádřením soustrasti.

Druhý cíl – splněn.

Třetím cílem bylo popsat, jak ženy po porodu mrtvorozeného plodu vnímají otázku nového těhotenství.

Tímto cílem se zabývaly otázky č. 23 a 24. Celkem 25,90 % žen uvedlo, že se pokouší znovu otěhotnět. Dále 11,10 % žen je v gravidních v době výzkumného šetření. Celkem 16,70 % žen porodilo zdravé dítě po perinatální ztrátě. Naopak 35,10 % žen uvedlo, že se o nové těhotenství zatím nepokouší ze strachu, že by se mohla smrt dítěte opakovat.

Ty ženy, které jsou těhotné nebo již porodily zdravé dítě, uvedly, že nové těhotenství bylo pro ně značně stresující. Respondentky se shodly, že byly psychicky nevyrovnané, byly agresivní vůči zdravotnímu personálu. Objevovaly se u nich úzkostné stavy. Nedokázaly veřejně mluvit o svém těhotenství. Jakékoliv známky těhotenství skrývaly před okolím.

Třetí cíl – splněn.

6.1 Doporučení pro praxi

Smrt s sebou vždy přináší utrpení. Obzvláště pokud se jedná o nečekané úmrtí nebo o smrt dítěte. Žena většinou přichází do nemocnice s tušením, že není něco v pořádku. Většinou ženy uvádí, že necítí pohyby dítěte. Pokud se diagnóza nitroděložního úmrtí plodu potvrdí, je třeba sdělit tuto tragickou zprávu citlivě. Ženy se po sdělení diagnózy dostávají do fáze šoku a zprávu o úmrtí dítěte odmítají. Zároveň chtějí znát, co bude následovat. Jak bude těhotenství ukončeno. Proto je vhodné na veškeré otázky srozumitelně odpovědět. Pokud se nejedná o akutní situaci, je vhodné aktivně zapojit ženu (rodiče) do průběhu porodu. Během porodu je vhodné ženě nabídnout možnost rozloučení se s dítětem. Je vhodné, aby porodní asistentka vysvětlila výhody a nevýhody rituálu rozloučení. Pokud je tělíčko plodu po porodu (potratu) nevzhledné, je nutno na tento fakt rodiče upozornit. V zahraničí je běžným trendem vytvářet upomínkové předměty na dítě. Jedná se v podstatě o jediný hmatatelný důkaz toho, co se stalo. Zároveň je vhodné s rodiči probrat otázku pohřbu dítěte. Z výzkumu vyplývá, že ženy nevědí, jak probíhá bezprostřední období po potratu. Neví, jaké pocity jsou přirozené a kdy je třeba vyhledat odbornou pomoc. Proto by bylo vhodné ženy erudovat o dané problematice před propuštěním z nemocnice a poskytnout kontakt na odbornou psychologickou pomoc či kompetentní organizaci.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou perinatální ztráty. Dané ohraničení jsme si zvolili záměrně, z důvodu vzniklé citové vazby mezi matkou a dítětem. Žena si v pokročilém stádiu těhotenství nepřipouští, že by dítě mohlo zemřít. O to je to větší tragédie, pokud dítě zemře. V současné době najdeme v regálech knihoven spousty publikací, zabývající se pomocí pozůstalým. Bohužel se tyto publikace zaměřují pouze na úmrtí starých lidí nebo na úmrtí z důvodu závažného zdravotního stavu. Na ženy, které porodily mrtvorozený plod se v daném ohledu zcela zapomíná. Je nutné, aby se tento postoj k ženám, které porodily mrtvorozený plod změnil. Protože i jim zemřel někdo blízký, i když fyzicky zde nebyl přítomen.

S perinatální ztrátou jsem se již setkala. A to v rámci odborných semestrálních i prázdninových praxí během studia oboru porodní asistentka v KNTB ve Zlíně. Zároveň má příbuzná porodila mrtvý plod ve 23 týdnu těhotenství. Tyto okolnosti mne vedly k tomu, abych se zamyslela nad tím, jak se ženy v takové situaci cítí a co potřebují. Z analýzy dat vyplývá, že ženy chtějí mít kontrolu nad tím, co se bude dít. Chtějí znát průběh porodu (potratu) a chtějí se na jeho plánování aktivně podílet, pokud to bude možné. Zároveň je vhodné, aby ošetřující personál nabídl ženě (rodičům) možnost rozloučení. V zahraničí jsou trendem posledních let vzpomínkové balíčky na mrtvorozené dítě, ke kterým se můžou ženy s odstupem času vracet.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí a to na teoretickou a praktickou.

Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol. V první kapitole jsme se zabývali psychickými změnami v průběhu těhotenství. Tato kapitola zde byla zařazena pro lepší pochopení toho, jak ženy vnímají graviditu napříč jednotlivými trimestry. Ve druhé kapitole jsme se zabývali etiologií perinatální ztráty, symptomatologií, diagnostikou perinatální ztráty. V poslední kapitole jsme se zabývali psychickými následky perinatální ztráty.

Praktická část se skládá z interpretací výsledků dotazníkového šetření. Dotazník byl šířen elektronickou formou mezi stanovenou cílovou skupinu. Z toho důvodu nelze přesně lokalizovat charakter výzkumného vzorku. Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, zda se ženy chtějí rozloučit s mrtvorozeným plodem, jak vnímaly návrat domů z nemocnice po porodu mrtvého plodu a jejich postoj k novému těhotenství. Uvedené cíle se nám podařilo splnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAŠTECKÁ, Bohumila (ed.), 2009. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3674-700.
- [2] ČECH, Evžen a kol. 2006. *Porodnictví*. Druhé vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1303-8
- [3] DOHNALOVÁ, Zdeňka a Eva PAVLÍKOVÁ, 2011. *Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence*. Florence, roč. 7, č. 1, s. 21-27. ISSN 1801-464X.
- [4] HÁJEK, Zdeněk, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.
- [5] KASPARKOVÁ, Pavla a Radka BUŽGOVÁ, 2010. *Podpora rodičů při perinatálním úmrtí*. Kontakt, roč. 12, č. 4, s. 387-398. ISSN 1212-4117.
- [6] KOHNER, Nancy a Alix HENLEY, 2013. *Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence*. Praha: Triton. ISBN 978-807-3876-432.
- [7] KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. Ročník*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4752-037.
- [8] KOTRLÝ, Tomáš, 2012. *K pohřbívání mrtvorozených*. Zdravotnické noviny, roč. 61, č. 8, s. 20-23. ISSN 1805-2355.
- [9] KUTNOHORSKÁ, Jana a Eva MATĚJKOVÁ, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4727-134.
- [10] LEBDUŠKOVÁ, Lucie, 2014. *Čekala jsem miminko, ale...: Příběhy o ztrátě dítěte v těhotenství*. Praha: Toplil. ISBN 978-80-905261-1-2
- [11] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10 revize*, 1992. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.
- [12] PAŘÍZEK, Antonín, 2011. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. Kamenice: Galén. ISBN 978-807-2628-933

- [13] PROCHÁZKA, Martin a Alena MĚCHUROVÁ, 2014. *Vedení porodu mrtvého plodu – doporučený postup*. Česká gynekologie, roč. 79, Supplementum, s. 3-4. ISSN 1210-7832.
- [14] RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.
- [15] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualiz. dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2624-3.
- [16] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4737-362.
- [17] ZWINGER, Antonín, 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2257-9.

SEZNAM POUŽITÝCH ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

- [1] BORŮVKOVÁ, Klára, 2012. *Psychosociální intervence u žen s perinatální ztrátou*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. [online]. [cit. 2015-03-11]. Dostupné z:
http://www.dlouhacesta.cz/files/uploaded/UserFiles/BORUVKOVA_DP_BEZ_PRILOH_FINAL.pdf
- [2] ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 8. prosince 2001 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [online]. [cit. 2015-03-28]. Dostupné z : <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- [3] ČESKO. Zákoník práce č. 262 ze dne 7. června 2006. [online]. [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z262_2006_6
- [4] KASPARKOVÁ, Pavla a Radka BUŽGOVÁ, 2013. *Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě*. Ošetřovatelství a porodní asistence, roč. 4, č. 4, s 643-656. ISSN 1804-2740. [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z:
http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/201304/1_kasparkova_buzgova.pdf
- [5] QUINLEY, KE, 2014. *Psychological coping in the immediate post-abortion period*. *Journal of Women's Health*. [online]. s. 44 – 50. [cit. 2015-02-10]. DOI: 10.1089/jwh.2013.4416. Dostupné z:
<http://web.b.ebscohost.com.proxy.utb.cz/ethost/pdfviewer?sid=60d68ea0-d797-409b-9535-b8602fcdeebc%40sessionmgr113vid=0hid=105>
- [6] ŠILAROVÁ, Hana, 2012. *Smrt před narozením*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta. [online]. [cit. 2014-12-01]. Dostupné z : https://theses.cz/id/nsztdt/Smrt_pred_narozenim.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	A jiné.
ATB	Antibiotika.
ARS	Akutní reakce na stres.
č.	Číslo
cit.	Citováno
Cm	Centimetr.
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulace.
IUGR	Intrauterinní růstová retardace.
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati.
odst.	Odstavec.
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení.
PTSP	Posttraumatická stresová porucha.
Tab.	Tabulka.
s.	Strana
Sb.	Sbírka.
WHO	Světová zdravotnická organizace.

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1: Délka doby od úmrtí dítěte</i>	32
<i>Tabulka č. 2: Věk žen v době úmrtí dítěte</i>	33
<i>Tabulka č. 3: Pořadí těhotenství s mrtvorozeným plodem</i>	34
<i>Tabulka č. 4: Úspěšnost předchozí gravidity</i>	35
<i>Tabulka č. 5: Příčina úmrtí dítěte</i>	36
<i>Tabulka č. 6: Přítomnost otce dítěte u porodu</i>	37
<i>Tabulka č. 7: Reakce na partnera u porodu (potratu)</i>	38
<i>Tabulka č. 8: Spolupráce mezi ženou a ošetřujícím personálem</i>	39
<i>Tabulka č. 9: Možnost rozloučení s mrtvorozeným dítětem</i>	40
<i>Tabulka č. 10: Rozloučení s dítětem</i>	42
<i>Tabulka č. 11: Vzpomínkový předmět na mrtvé dítě</i>	44
<i>Tabulka č. 12: Edukace lékaře</i>	45
<i>Tabulka č. 13: Dětská vybavička</i>	46
<i>Tabulka č. 14: Kontakt s lidmi po úmrtí dítěte</i>	48
<i>Tabulka č. 15: Reakce na okolí</i>	49
<i>Tabulka č. 16: Rituál truchlení</i>	50
<i>Tabulka č. 17: Aktivity</i>	52
<i>Tabulka č. 18: Psychická podpora v rodině</i>	53
<i>Tabulka č. 19: Vyhledání kompetentní organizace</i>	56
<i>Tabulka č. 20: Změny v partnerském vztahu</i>	57
<i>Tabulka č. 21: Nové těhotenství</i>	58

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Rozhovor s ženou po perinatální ztrátě

P II: Dotazník

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR S ŽENOU PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ

Rozhovor proběhl 25. 4. 2015. Ženě bylo v době potratu 27 let. První dítě potratila v 18 týdnu těhotenství v roce 2010. V roce 2011 tato žena přišla i o druhé dítě ve 24 týdnu těhotenství. V současné době je maminkou zdravé holčičky.

Jaká byla příčina úmrtí miminek? Ve kterém týdnu těhotenství k úmrtí došlo?

„Přišla jsem o dvě miminka. O první miminko jsem přišla v 18 týdnu těhotenství a o druhé ve 24 týdnu těhotenství. V prvním případě mi předčasně odtekla plodová voda. V nemocnici odtok plodové vody potvrdili. Ač bylo miminko ještě živé, nedalo se nic dělat. Neměla jsem žádnou plodovou vodu. Dítě jsem potratila v ten den večer. Pitva neobjasnila příčinu odtoku plodové vody.“

„V druhém případě mi začaly kontrakce. Po příjezdu do nemocnice mi lékař oznámil, že rodím. Manžel čekal na chodbě. Miminko se narodilo živé, ten pláč nikdy nezapomenu. Pitva později odhalila infekci v plicích miminka, způsobenou zřejmě zánětem.“

Jak jste se cítila krátce po sdělení diagnózy? Jaké myšlenky Vás napadaly?

„V prvním případě jsem byla v šoku. Nechápala jsem, co se stalo a co bude následovat. Chování lékaře jsem příliš nevnímala ani další těhotné ženy v čekárně. Chtěla jsem prostě odejít s vírou, že to bude vše v pořádku. Smutek přišel až později, jelikož jsem byla nervózní z toho, co bude dál následovat.“

„V druhém případě jsem přijela do nemocnice večer. Doprovázel mě manžel, maminka a bratr. Jak už mám v povaze, hrála jsem si na hrdinku. Všechny jsem přesvědčovala o tom, že se nic neděje. I když jsem tušila, že je něco špatně. Ty bolesti mi byly tak povědomé. Po promluvě s lékařem, jsem už věděla, co bude následovat. Takže jsem se nebála, ale o to víc jsem plakala a stále doufala, že všechno dopadne dobře, že dítě zachrání.“

Jak probíhal porod miminek? Byl u toho přítomen Váš partner? Kde jste byla uložena během porodu?

„Zdravotní personál byl celkem vstřícný, ale je pár věcí, které bych vytkla. V prvním případě jsem neřešila, že se může s miminkem něco stát a proto jsem byla ve velkém šoku, když mi odtekla plodová voda. Doma jsem si nepřipouštěla, že je něco špatně. V nemocnici mne sestra brala jako hysterku, co ji uniká moč. Doktor mi při ultrazvuku řekl, že množství plodové vody je nulové a s tím se nedá žít. Při následujícím vyšetření řekl, že dítě musí ven. Bližší informace mi neochotně sdělil na požádání. Podotýkám, že během rozhovoru jedl

dort. Dál už byl personál celkem citlivý. Chápu, že si personál nemůže brát tyto smutné případy k tělu, ale často lékaři jednají s lidmi jako s kusem hadru. Navíc je člověk „zblblý“ americkými zdravotními seriály. Člověk si myslí, že mu nabídnou nějakou psychologickou pomoc a pak je překvapen, když po propuštění z nemocnice stojí sám na ulici, s pocity prázdnoty a neví, co má dělat.“

„V druhém případě jsem věděla, co bude následovat a tak jsem nic neočekávala.“

Informoval Vás ošetřující personál o tom, co se bude dít s miminkem po porodu?

„V prvním případě se jednalo o jasný potrat, takže se neřešilo, co se bude dít s tělíčkem miminka. Bylo pro mne velkým překvapením, že plody po potratu a tělíčka miminek jdou na pitvu. Ve druhém případě se taky nic neřešilo.“

Měla jste možnost rozloučit se s miminkem, zhotovil Vám ošetřující personál například otisk patičky dítěte? Myslíte si, že je důležité mít uchovanou vzpomínku na miminko?

„S miminky jsme se neloučili ani v prvním ani ve druhém případě. Nebylo nám to ani v jednom případě nabídnuto. Nemohu říct, zda mi to pomohlo nebo ublížilo, ale asi bych miminko chtěla vidět. Hmatnou vzpomínku žádnou na miminka nemám, jen fotky z ultrazvuku, když byla miminka v pořádku. Je to asi divné, ale měla jsem dlouho schované kalhotky, do kterých jsem potratila první miminko a ponožky od plodové vody z druhého porodu.“

Informoval Vás lékař o tom, jak probíhá bezprostřední období po ztrátě dítěte? Jaké pocity jsou přirozené a kdy je vhodné vyhledat odbornou pomoc. Pokud Vám tyto informace nikdo nepodal, myslíte si, že by se to mělo změnit?

„V nemocnici mou psychiku vůbec neřešili. Lehce se tématu dotkla až má gynekoložka, kterou jsem taky požádala o doporučení psychiatra. Je asi důležité projít si procesem truchlení. Dá se říct, že jsem na truchlení čas měla, ale psychické problémy mám doposud. S posttraumatickým stresovým syndromem jsem se léčila u psychiatra. Celkově se o problematice potratu moc nemluví a nepíše. Některé věci jsou zcela tabu. Vyhledat odbornou pomoc si musí každá žena sama. A to určitě není dobře. Podle mě, by měla dostat žena informace už v nemocnici.“

Jak jste vnímala své okolí po návratu s nemocnice? Co Vám nejvíce vadilo při kontaktu s lidmi?

„Ani v rodině ani mezi přáteli jsme nic neprobírali. Každý se choval, jakoby se nic nestalo. Ale mě to tak vyhovovalo, ještě teď bych to nechtěla rozebírat. Ale bylo mi trochu smutno z toho, že mi nikdo nevyjádřil lítost.“

„Celkově mi vadil kontakt s lidmi, nejradši jsem byla s manželem. S ním jsem se cítila v bezpečí. Bála jsem se, že se o tom bude chtít někdo bavit a já nebudu vědět jak reagovat. Těžký byl pro mne hlavně návrat do zaměstnání. Dost těžká je i myšlenka, že každý ví, co se stalo. Když jsem viděla těhotnou ženu, necítila jsem závist, ale spíš smutek. Hodně jsme se vážali na malého synovce. Změna bydliště nebyla možná.“

Pokoušela jste se již znovu otěhotnět? Za jak dlouho to bylo po posledním porodu? Jak jste vnímala nové těhotenství?

„Po prvním potratu mi bylo doporučeno půl roku počkat s dalším těhotenstvím a to jsme taky dodrželi. Otěhotněla jsme hned po půl roce a celé těhotenství jsem se hodně bála. Po druhém porodu jsme opět čekali půl roku a pak jsem otěhotněla taky brzo. Byla jsem víc hlídána, ale strach menší nebyl spíše větší. Většinou jsem měla obavy až po návratu z kontroly u gynekologa, která dopadla dobře. V těhotenství jsem spíše přežívala, než si jej užívala. Má hlava už nechtěla znovu prožívat tu bolest. Vůbec jsem si těhotenství nepřipouštěla, nedokázala jsem mluvit s miminkem v břiše.“

Příloha P II: DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Zuzana Zarembová a jsem studentkou třetího ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který slouží jako podklad k mé bakalářské práci. V bakalářské práci se zabývám problematikou ztráty očekávaného dítěte a to jak z genetické, tak z nejasné příčiny. Dotazník je zcela anonymní. Veškeré Vaše odpovědi poslouží pouze k účelům bakalářské práce. Prosím ženy, které si prošly touto tragickou ztrátou a byly by ochotné zúčastnit se podrobnějšího anonymního rozhovoru, necht' mne kontaktují na e-mailu zuzanazarembova@seznam.cz. Děkuji za Váš čas strávený při vyplňování mého dotazníku.

1) Jak je to dlouho od smrti miminka?

.....
.....

2) Kolik Vám bylo tehdy let?

- a) 0 – 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 40 let a více

3) Kolikáté to bylo těhotenství? Pokud je jednalo o první těhotenství, pokračujte otázkou číslo 5.

- a) První těhotenství
- b) Druhé těhotenství
- c) Třetí těhotenství
- d) Jiná odpověď

4) Byla předchozí gravidita úspěšná nebo rovněž skončila ztrátou miminka?

- a) Ano, předchozí těhotenství proběhlo v pořádku
- b) Ne, o miminko jsme rovněž přišla

5) Jaká byla příčina úmrtí miminka?

- a) Potrat z genetické indikace
- b) Infekce
- c) Pupečnicková příhoda
- d) Placentární příhoda
- e) Jiná příčina
- f) Příčinu neznám

6) Byl přítomen otec dítěte u porodu (potratu)? Pokud je Vaše odpověď „NE“, pokračujte otázkou číslo 8.

- a) Ano
- b) Ne

7) Jak jste vnímala přítomnost partnera u porodu (potratu)?

- a) Partner mi byl velkou oporou
- b) Partner mi byl v dané chvíli přítěží
- c) Nedokážu posoudit, během porodu (potratu) jsem jej nevnímala

8) Bral ošetřující personál zřetel na Vaše přání během porodu (potratu)?

- a) Zcela akceptovali má přání
- b) Má přání si vyslechli, našli jsme společný kompromis
- c) Má přání si vyslechli, ale zcela ignorovali
- d) Žádná přání jsem neměla, vše se seběhlo příliš rychle

9) Nabídla Vám porodní asistentka možnost rozloučit se s miminkem? Pokud je Vaše odpověď „NE“, pokračujte otázkou číslo 12.

- a) Ano, využila jsem možnosti rozloučení a jsem za ni vděčná
- b) Ano, využila jsme možnosti rozloučení a lituji toho
- c) Ano, nabídli mi možnost rozloučení, ale odmítla jsem ji
- d) Ne, možnost rozloučení mi nenabídli a mrzí mě to
- e) Ne, možnost rozloučení mi nenabídli a nevádí mi to
- f) Ne, možnost rozloučení mi nabídli, ale nedoporučovali

10) Jakým způsobem proběhlo rozloučení s dítětem? Vyberte správné možnosti.

- a) Dítě jsem viděla, nepochovala jsem si jej v náruči
- b) Dítě jsem si pochovala v náruči
- c) Ošetřující personál nám dopřál dostatek času k rozloučení
- d) Čas strávený s dět'átkem byl nedostatečný

11) S odstupen času jak vnímáte to, že jste se mohla rozloučit s dítětem? Myslíte si, že Vám to pomohlo do budoucna?

.....

.....

.....

.....

.....

12) Máte doma uložený upomínkový předmět na dítě?

- a) Ano, mám fotografii dítěte
- b) Ano, mám otisk patičky/ručičky dítěte
- c) Ano, mám identifikační náramek dítěte
- d) Ano, mám dečku/obleček dítěte
- e) Nemám a nevadí mi to
- f) Nemám a lituji toho

13) Seznámil Vás lékař s tím, jak obvykle probýhá bezprostřední období po smrti dítěte? Vysvětlil Vám lékař jaké pocity jsou přirozená a kdy je vhodné vyhledat odbornou pomoc?

- a) Ano byla jsem poučena
- b) Ne, žádné informace mi neposkytli

14) Jaké byly Vaše pocity po návratu z nemocnice domů? Měla jste doma nachystanou výbavičku pro miminko? Pokud ano, co jste s výbavičkou udělala?

.....
.....
.....
.....
.....

15) Jak jste prožívala setkání s lidmi z Vašeho okolí?

- a) Kontakt s lidmi jsem se zcela vyhýbala
- b) Kontakt s lidmi jsem se nebránila, ale nevyhledávala jsem je
- c) Kontakt s lidmi jsem vyhledávala, cítila jsem se ve společnosti lépe

16) Co Vám nejvíce vadilo při kontaktu s lidmi z okolí?

- a) Když lidé kolem mne zlehčovali mou situaci
- b) Když se lidé kolem mne tvářili, jakoby se nic nestalo
- c) Když mi lidé neustále vyjadřovali soustrast s tím mi vše připomínali

17) Podporovala Vás rodina během rituálu truchlení? Vy sama jste tuto potřebu respektovala nebo jste ji ignorovala?

- a) Ano, má rodina mě zcela respektovala
- b) Procesem truchlení jsem si prošla, i když mi rodina říkala, že to přeháním
- c) Myslím si, že proces truchlení u mne neproběhl v plném rozsahu, nyla jsem příliš zaměstnaná prací
- d) Ne, procesu truchlení jsem se vyhýbala

18) Uved'te, která aktivita Vám nejvíce pomohla vyrovnat se smrtí?

- a) Péče o předchozí potomky
- b) Péče o domácnost
- c) Zaměstnání
- d) Víra

- e) Návrat ke koníčkům
- f) Procházky v přírodě
- g) Příprava na další těhotenství

19) Měla jste možnost si s někým promluvit o Vašich pocitech? Kdo byl pro Vás největší oporou?

.....

.....

.....

.....

.....

20) Využila jste v tomto období odbornou psychologickou pomoc? Pokud ano, ve kterém období jste ji nejvíce potřebovala?

.....

.....

.....

.....

.....

21) Vyhledala jste organizaci zabývající se problematikou úmrtí dítěte?

- a) Ano
- b) Ne

22) Jak se změnil Váš partnerský život po smrti dítěte?

- a) S partnerem jsme se sblížili
- b) S partnerem jsme se odcizili
- c) Náš vztah se nijak nezměnil

23) Pokoušela jste se znovu otěhotnět po smrti dítěte? Pokud je Vaše odpověď záporná, dotazník pro Vás končí.

- a) Ano, pokoušíme se o další těhotenství
- b) Ano, v tuto chvíli jsem již těhotná

- c) Ano, porodila jsem zdravé miminko
- d) Ne, mám strach, že se ta bolest bude opakovat
- e) Ne, s partnerem jsme zvolili cestu adopce

24) Jaké emoce u Vás převládaly v souvislosti s novým těhotenstvím?

.....

.....

.....

.....