

# Krizová intervence při prenatální ztrátě

Mgr. Markéta Školoudová

---

Rigorózní práce  
2018

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2017/2018

**ZADÁNÍ RIGORÓZNÍ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mgr. Markéta Školoudová**  
Osobní číslo: **H170481**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **distanční**

Téma práce: **Krizová intervence při prenatalní ztrátě**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k problematice krizové intervence a prenatalní ztráty.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat kvantitativního výzkumu, zpracování a vyhodnocení získaných dat z krizových intervencí, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi – vytvoření výukového materiálu pro sociální pedagogy, sociálně – zdravotnické pracovníky, porodní asistentky, lékaře a pracovníky v pomáhajících profesích.

Rozsah rigorózní práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DAVIS, Deborah. Empty Cradle, Broken Heart. Fulcrum Publishing, 1996.  
CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1369-4.  
KÜBLER-ROSS, ELISABETH. O smrti a umírání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.  
MATOUŠEK O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.  
MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.  
SHAPIRO, Constance Hoenk. Infertility and Pregnancy Loss. John Wiley & Sons, 1988.  
ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. Prázdná kolébka. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0942-3.  
ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krizová intervence pro praxi. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2624-3.  
VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. Sociální psychologie / Sociálna psychológia. Praha: ISV – nakladatelství, 1997. ISBN 80-85866-20-X.

Garant studijního oboru: **doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, PhD.**  
Ústav pedagogických věd  
Datum zadání rigorózní práce: **6. prosince 2017**  
Termín odevzdání rigorózní práce: **1. listopadu 2018**

Ve Zlině dne 6. prosince 2017



doc. Ing. Arnežka Lengálová, Ph.D.  
*děkanka*

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA RIGORÓZNÍ PRÁCE

Berú na vědomí, že

- odevzdáním rigorózní 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<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že rigorózní práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji rigorózní 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<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> 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<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – rigorózní 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 rigorózní práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky rigorózní práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 29. 10. 2018

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

2) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje závěrečné, 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) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejností 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 výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) 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, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-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) 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, § 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). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího 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 oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

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

## **ABSTRAKT**

Tématem této předkládané rigorózní práce je Krizová intervence při prenatální ztrátě. Teoretická východiska této práce jsou pojata komplexně a v kontextu s proměnami současné české rodiny poukazují na smutný fakt, kolik tisíc žen každoročně zažije prenatální ztrátu a s tím souvisejí náročnou životní situaci. Část teoretická se zabývá aktuálností tématu prenatální ztráty ve vztahu k sociální pedagogice, dále vymezuje obecné zásady krizové intervence, vymezuje specifické zásady vedení krizové intervence při prenatální ztrátě a objasňuje její význam. V empirické části prostřednictvím provedeného výzkumu mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky zkoumáme, jak zdravotničtí a sociální pracovníci hodnotí své zkušenosti, znalosti a dovednosti s vedením krizové intervence, jaké jsou jejich názory na poskytování krizové intervence, a zda vnímají potřebu dalšího vzdělávání ve specifické problematice pomoci při prenatální ztrátě. Kvantitativní výzkum doplňujeme výzkumem kvalitativním – rozhovory s ženami, které prošly prenatální ztrátou. Cílem bylo hlouběji prozkoumat kvalitu poskytnuté krizové intervence po prenatální ztrátě z pohledu ženy, které měla být tato služba poskytnuta. Výsledky výzkumu nám pak napomohli k vytvoření stručného manuálu pro pomáhající pracovníky tak, aby byla tato problematika lépe uchopitelná v praxi.

Klíčová slova: krizová intervence, prenatální ztráta, potrat, krize, truchlení, rituál rozloučení, psychosociální pomoc a podpora

## **ABSTRACT**

The subject of this dissertation is Crisis Intervention in Prenatal Loss. The theoretical foundations of this dissertation are conceived in a comprehensive way and in the context of the changes in the current Czech family they point to the sad fact that each year thousands of women experience prenatal loss and the associated difficult life situation. The theoretical part addresses the topicality of prenatal loss in relation to social pedagogy, determines the general principles of crisis intervention, defines the specific principles of management of crisis intervention in prenatal loss and clarifies its importance. In the empirical part, through research conducted between health professionals and social workers, we examine how health professionals and social workers assess their experiences, knowledge and skills with crisis management, their views on crisis intervention, and how they perceive the need for further education in specific issues of support in prenatal loss. Quantitative research is

complemented by qualitative research - interviews with women who have been through prenatal loss. The aim was to explore more deeply the quality of crisis intervention after prenatal loss from the perspective of a woman to whom the crisis intervention should be provided to. The research results have helped us to create a brief manual for support workers so that these issues are better understood in practice.

Key words: crisis intervention, prenatal loss, abortion, crisis, mourning, rite of passage, psychosocial help and support

## Poděkování

Děkuji všem, kteří pomáhají ženám při prenatální ztrátě a vykonávají tuto náročnou profesi. Děkuji respondentům a především své rodině a kolegům za podporu při studiu a sepsování této práce, za jejich cenné rady a připomínky.

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

Motto:

*„Člověk má právo dívat se na jiného člověka shora jen v jediném případě.  
Když mu pomáhá postavit se na nohy“*

Gabriel Garcia Márquez



# OBSAH

ÚVOD.....	14
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>17</b>
<b>1 PROMĚNA SOUČASNÉ RODINY - PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ A PRENATÁLNÍ ZTRÁTA V RODINĚ .....</b>	<b>18</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	19
1.2 AKTUÁLNOST TÉMATU PROMĚNY SOUČASNÉ RODINY A VZTAH TÉMATU K SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE .....	21
1.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ POKLES PORODNOSTI .....	22
1.3.1 Pokles porodnosti a pokles plodnosti po roce 1989 .....	23
1.3.2 Stoupající věk žen - prvorodiček.....	24
1.3.3 Asistovaná reprodukce .....	26
1.3.4 Sňatečnost a rozvodovost.....	29
1.3.5 Vzdělanost žen .....	30
1.3.6 Další faktory ovlivňující porodnost .....	31
1.3.7 Shrnutí .....	32
<b>2 PRENATÁLNÍ ZTRÁTA.....</b>	<b>34</b>
2.1.1 Vymezení pojmů souvisejících s prenatální ztrátou.....	36
2.1.2 Etické aspekty umělého přerušení těhotenství .....	38
2.1.3 Aktuálnost tématu prenatální ztráty k sociální pedagogice.....	40
<b>3 KRIZOVÁ INTERVENCE, KRIZOVÁ INTERVENCE PŘI PRENATÁLNÍ ZTRÁTĚ .....</b>	<b>42</b>
3.1 KRIZOVÁ INTERVENCE – ÚVOD DO OBECNÉ PROBLEMATIKY KRIZOVÉ INTERVENCE .....	42
3.1.1 Aktuálnost tématu krizové intervence při prenatální ztrátě k sociální pedagogice.....	43
3.1.2 Historické ohlédnutí na krizová centra v Evropě .....	43
3.1.3 Americké studie a zařízení krizových center .....	44
3.1.4 Krizová centra v České republice .....	45
3.1.5 Definice krizové intervence .....	46
3.1.6 Vymezení krizové intervence a psychoterapie.....	47
3.1.7 Znaky krizové intervence .....	48
3.1.8 Krize, průběh krize.....	49
3.1.9 Obecné metody, postupy a principy krizové intervence .....	55
3.1.10 Krizový intervent, pracovník krizové intervence .....	56
3.1.11 Syndrom vyhoření krizového intervenanta .....	59
3.1.12 Cíl krizové intervence .....	60
3.2 KRIZOVÁ INTERVENCE PŘI PRENATÁLNÍ ZTRÁTĚ .....	60
3.2.1 Krize z prenatální ztráty .....	61
3.2.2 Krizová intervence při prenatální ztrátě .....	61
3.2.3 Doporučení pro konkrétní praktické postupy v případě prenatální ztráty.....	64
3.2.4 Uplatnění sociální pedagoga v praxi v souvislosti s poskytováním krizové intervence při prenatální ztrátě.....	77
<b>4 STAV ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY.....</b>	<b>79</b>

4.1	VYMEZENÍ POJMŮ SOUVISEJÍCÍCH S OBLASTÍ ZDRAVOTNICTVÍ VE VZTAHU KE KRIZOVÉ INTERVENCI .....	80
4.2	VYMEZENÍ POJMŮ SOUVISEJÍCÍCH S OBLASTÍ SOCIÁLNÍ VE VZTAHU KE KRIZOVÉ INTERVENCI .....	83
4.3	LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ KRIZOVÉ INTERVENCE V RÁMCI RESORTU MINISTERSTVA PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.....	85
4.4	KVALITA SOCIÁLNÍ PRÁCE V ČESKÉ REPUBLICE .....	86
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>88</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIE KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU .....</b>	<b>89</b>
5.1	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	90
5.2	VOLBA VÝZKUMNÉ STRATEGIE A TECHNIKY SBĚRU DAT .....	92
5.2.1	Pilotní ověření dotazníku .....	93
5.3	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	94
5.4	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A INTERPRETACE DAT.....	95
5.4.1	Charakteristika výzkumného vzorku.....	95
5.5	DĚLKA PRAXE V OBORU .....	98
5.6	TEORETICKÉ ZNALOSTI O VEDENÍ KRIZOVÉ INTERVENCE ZDRAVOTNICKÝCH A SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ .....	100
5.7	PRAKTICKÉ DOVEDNOSTI V KRIZOVÉ INTERVENCI ZDRAVOTNICKÝCH A SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ .....	111
5.8	POSKYTOVÁNÍ KRIZOVÉ INTERVENCE PŘI PRENATÁLNÍ ZTRÁTĚ ZDRAVOTNICKÝMI A SOCIÁLNÍMI PRACOVNÍCI .....	121
5.9	ZNALOSTI O PROBLEMATICE PRENATÁLNÍ ZTRÁTY ZDRAVOTNICKÝCH A SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ .....	128
5.10	HODNOCENÍ DOSTUPNOST KRIZOVÉ INTERVENCE A NÁSLEDNÉ PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORY PRO ŽENU PO PRENATÁLNÍ ZTRÁTĚ ZDRAVOTNICKÝMI A SOCIÁLNÍMI PRACOVNÍKY .....	132
5.11	ZPRACOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	141
5.12	VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT SE ZAMĚŘENÍM NA DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	143
<b>6</b>	<b>METODOLOGIE KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU .....</b>	<b>148</b>
6.1	PŘÍPRAVNÁ FÁZE VÝZKUMU .....	148
6.1.1	Cíl výzkumu a výzkumný problém .....	149
6.1.2	Výzkumné otázky.....	149
6.1.3	Volba výzkumné strategie, metod a technik .....	150
6.1.4	Výběr výzkumného vzorku, jeho charakteristika.....	151
6.2	REALIZACE VÝZKUMU .....	152
6.2.1	Průběh jednotlivých polostrukturovaných interview .....	153
6.3	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT .....	154
<b>7</b>	<b>ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE .....</b>	<b>156</b>

7.1	INTERPRETACE KATEGORIÍ .....	156
7.1.1	Hodnocení sdělení závažné diagnózy .....	158
7.1.2	Hodnocení chování a podpory zdravotnického personálu během hospitalizace .....	160
7.1.3	Hodnocení doporučení na následnou psychosociální podporu při propuštění z nemocnice .....	163
7.1.4	Hodnocení období po propuštění z nemocnice a hledání odborné psychosociální pomoci a podpory .....	166
7.1.5	Hodnocení dostupnosti psychosociální podpory .....	169
7.1.6	Hodnocení poskytnuté psychosociální podpory po potratu nebo porodu mrtvého miminka .....	171
7.1.7	Hodnocení délky návratu zpět do normálního života .....	174
7.2	PARADIGMATICKÝ MODEL A JEHO INTERPRETACE .....	175
7.3	VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT SE ZAMĚŘENÍM NA DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	177
<b>8</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>181</b>
<b>9</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>185</b>
<b>10</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>186</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>188</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>199</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>200</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>201</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>203</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>205</b>

## ÚVOD

Zamlklé těhotenství se týká každé páté ženy. Mrtvorozenost se v České republice pohybuje kolem 3,8 - 4 promile, tzn., že ročně asi 500 žen porodí mrtvé dítě v termínu porodu. Jsou také ale ženy, které se rozhodnou v souladu s platnou legislativou pro ukončení těhotenství na základě zjištěné závažné vrozené vývojové nebo chromozomální vady plodu. A to je pádný důvod k tomu, i když je to téma velmi citlivé, se tomuto problému dostatečně věnovat. Často se setkáváme s názorem, že neúspěšné těhotenství, potrat diagnostikovaný ve zdravotnickém zařízení, je problematika medicínská, a proto by pomoc a podporu měli poskytovat především lékaři a další zdravotničtí pracovníci. Opomíjí se skutečnost, že vyrovnávání se s bolestí z prenatalní ztráty trvá několik dnů, měsíců, kdy už je žena v domácím prostředí, měla by se vrátit k běžným denním povinnostem. A právě toto období bývá pro ni velmi náročné. Je konfrontována s tím, že přišla o miminko, myslí na něho, doma na ni čekají vystavené fotky z ultrazvuku. Může pociťovat vinu za to, že nedonosila dítě. Často je žena vystavena nepřímým dotazům na těhotenství, které bohužel skončilo potratem, potkává na ulici ženy s miminkem v kočárku. Záleží na mnoha okolnostech, jak se s touto bolavou ztrátou vyrovná, a právě v těchto chvílích potřebuje nejvíce opory a podpory. Pravděpodobně by ztráta nenarozeného dítěte přebolela rychleji, kdyby v naší společnosti nebylo toto téma stále tabuizované, a vzhledem ke ztrátě těhotenství v samém začátku podceňované a bagatelizované. Jenže zamlklé těhotenství nebo spontánní potrat podle statistických údajů nejsou neobvyklé, proto není důvod o nich nemluvit.

Tak jako narození, tak i smrt je přirozenou součástí koloběhu života, všechno má svůj začátek i konec. O narození mluvíme bez zábran, radujeme se z každého nového života a oslavujeme ho, ale o smrti již mluvit nechceme. Smrt bývá nejvíce vytěsněnou částí našeho bytí. Podobně jako krize, bolest, neúspěch, porážka, stáří. A samozřejmě také potrat. Možná i to je důvod, proč jsou smrt a potrat stále tabuizovaná témata v naší společnosti. Bojíme se, máme strach hovořit o smrti. Mylně se domníváme, že když o smrti nebudeme hovořit, tak se nás to netýká, vyhne se nám. I když to zní zvláště, téma smrti, rituál rozloučení, je spojené i s těhotenstvím a s porodem. Nelze srovnat nebo porovnat lidskou bolest. Nelze slovy vyjádřit, jak velká je bolest, kterou zažívají rodiče, kteří přišli o své ještě nenarozené dítě. Někteří z nich mají možnost znovu počít, a může se jim narodit další dítě, mnohdy se to však již nepodaří a nikdy se jim nesplní sen být rodičem.

Tématem této rigorózní práce je Krizová intervence pro rodiny při prenatalní ztrátě. Prenatalní ztráta se netýká jen ženy, která byla těhotná, bolestivě zasáhne i otce nenarozeného dítěte, a

velmi často i sourozence a prarodiče, širší rodinu, kamarády. Velká většina rodičů se od prvních okamžiků potvrzení těhotenství těší na narození miminka, mají spoustu krásných představ a plánů do budoucna, sní o tom, jaké to bude, až se dítě narodí. A svoji radost a plány sdílí se svou rodinou, přes sociální sítě s kamarády. Ve většině případů si uvědomují, jak se jim změní celý rodinný život po narození jejich miminka. Jenže počítají s tím, že se narodí zdravé živé dítě, a nejsou, a nikdy nebudou připraveni na to, že se jim narodí dítě mrtvé, nebo že žena potratí během gravidity. Reakce ženy, partnera, rodičů na prenatalní smrt, způsob, jak se s danou situací vyrovnají, jak ji přijmou, záleží na mnoha okolnostech. S prenatalní ztrátou se nelze vyrovnat během jednoho dvou dnů při pobytu v zdravotnickém zařízení, proto je velmi nutné, aby této problematice rozuměli pracovníci v pomáhajících profesích natolik, aby byli schopni poskytnout následnou odbornou pomoc po propuštění z nemocnice. Je důležité umět ženě či jejímu partnerovi pomoci při návratu domů, kde na ně čeká prázdná postýlka, kde na ně všechno doléhá, plně si začínají uvědomovat, co se stalo, ale nechtějí nebo neví, jak o tom komunikovat s okolím, co říci dětem, v zaměstnání, bojí se, stydí se, zlobí se, nechápou, proč zrovna oni, hledají viníka této obrovské ztráty, a často je pro ně velmi náročný návrat do běžného života.

Náplní sociální pedagogiky je také životní pomoc. A jsou to také ženy, které tuto pomoc velmi potřebují. Ženy, které se po prenatalní ztrátě ocitají v náročné životní situaci, ať již bezprostředně po této události, anebo s odstupem let, kdy mohou prožívat krizi související s jinou náročnou životní situací, opouští je partner, stárnou, onemocní, odcházejí ze zaměstnání, umírají jim rodiče. Tato žena se může začít trápit nad ztrátou nenarozeného dítěte, protože najednou pociťuje velkou osamělost. Neustále tak vzrůstá potřeba připravit pracovníky pomáhajících profesí na situace, ve kterých se mohou setkat s klientem v krizi z prenatalní ztráty.

Toto téma bylo zvoleno proto, že problematice spontánního potratu či porodu mrtvého plodu není v České republice věnována taková pozornost jako v jiných zemích světa. Cílem této práce je podrobněji prozkoumat kvalitu poskytnuté péče ženě po prenatalní ztrátě nejen zdravotnickými, ale i sociálními pracovníky. Prenatalní ztráta je v této práci pojata komplexně, proto se teoretická východiska této práce zaměřují také na proměny současné české rodiny, a s tím související změny v koncepci rodinné politiky, protože právě změny v reprodukčních strategiích, změny životního stylu, velmi úzce souvisí s prenatalní ztrátou. Část teoretická dále vymezuje problematiku prenatalní ztráty - objasňuje možné příčiny potratu, a dokladuje podrobné statistické údaje. A to proto, aby jasně tato práce poukázala na smutný fakt, kolik tisíc žen každoročně zažije prenatalní ztrátu a s tím souvisejí náročnou životní situaci. Zabývá se

aktuálností tématu prenatální ztráty ve vztahu k sociální pedagogice. Část teoretická se dále stručně věnuje historickému pohledu na vznik krizové intervence ve světě a u nás, vymezuje obecné zásady krizové intervence a objasňuje její význam. Podrobně vymezuje specifické zásady vedení krizové intervence při prenatální ztrátě. Běžně se můžeme setkávat s mylným názorem, že jakýkoli člověk pracující v pomáhající profesi (lékař, psycholog) rozumí práci s krizí, protože dříve se lidé v krizových situacích obraceli pouze na lékaře, případně psychology v nemocničních zařízeních. Dnes, díky vzniku velkého množství státních i nestátních zařízení, nabízejících služby poskytnutí krizové intervence, je tato specifická pomoc poskytována především pracovníky pomáhajících profesí, a to pracovníky sociálními.

Hlavní těžiště rigorózní práce je však v části empirické. Jejím obsahem je kvantitativní výzkum, provedený mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky. Z teoretické části této práce je zřejmé, že úroveň profesionální krizové intervence, a následné vyrovnání se s prenatální ztrátou, je závislé i na kvalitě poskytnuté péče zdravotnickými a sociálními pracovníky. Tento výzkum, provedený mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky, měl za cíl prozkoumat sebezposouzení kvality péče zdravotnických a sociálních pracovníků. Zjišťoval, jak hodnotí své zkušenosti, teoretické znalosti a praktické dovednosti s vedením krizové intervence, jaké jsou jejich názory na poskytování krizové intervence, a zda vnímají potřebu dalšího vzdělávání ve specifické problematice pomoci při prenatální ztrátě. Kvantitativní výzkum doplňuje výzkum kvalitativní – rozhovory s ženami, které prošly prenatální ztrátou. Cílem bylo hlouběji prozkoumat kvalitu poskytnuté krizové intervence po prenatální ztrátě z pohledu ženy, které měla být tato služba poskytnuta. Na základě zpracovaných a vyhodnocených výsledků výzkumu kvantitativního a kvalitativního, a na základě mnoholetých zkušeností s ženami, a rodinami, které prošly prenatální ztrátou, je vytvoření stručného edukačního materiálu zejména pro pracovníky ve zdravotnictví a pro sociální pracovníky. Jedná se o praktický stručný manuál, který popisuje doporučený postup při vedení krizové intervence při prenatální ztrátě, a na konkrétních případech přibližuje více tuto specifickou problematiku tak, aby se stala snáze uchopitelnou a lépe aplikovatelnou v praxi.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PROMĚNA SOUČASNÉ RODINY - PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ A PRENATÁLNÍ ZTRÁTA V RODINĚ

Proměna současné rodiny. Za současnost v této rigorózní práci považujeme období po listopadu 1989, kdy tento historický okamžik, který změnil socialistický systém v systém demokratický, s sebou přinesl řadu změn, ať již pozitivních, či negativních, a dotkl se všech oblastí našeho života. Výsledkem těchto změn jsou také změny v současné rodině - zvyšující se trend počtu narozených dětí mimo manželský svazek, nízká stabilita české rodiny ve srovnání s Evropou, větší tolerance společnosti vůči rozvodům, dlouhodobě klesající porodnost, odsouvání rodičovství na pozdější období, a tím snižující se šance na přirozené otěhotnění a porod zdravého dítěte, růst významu antikoncepce a možnost dle platné legislativy ukončení gravidity, důraz na materiální hodnoty a také vysoká zaměstnanost a vzdělanost českých žen. To vše souvisí se změnou životního stylu<sup>1</sup> a změnou systému hodnot<sup>2</sup>. Jistě si většina z nás přeje, aby platilo, že rodina by měla existovat především proto, aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti, aby rodina propojovala generace, vytvářela mezi nimi kontinuitu a pouta solidarity (Matoušek, 1997, s. 8). Aby tomu tak mohlo být, aby měl kdo pečovat a propojovat generace, měly by se rodit děti. Více dětí než je tomu, dle platných statistik ÚZIS<sup>3</sup>, nyní. Smutným faktem je, že čím dál více žen zažívá prenatální ztrátu, nezaviněně, bez zjištěné příčiny, a nepodaří se jim nikdy ani přes veškeré lékařské vědecké pokroky otěhotnět. Stárnutí populace je výsledkem zlepšení kvality života po stránce sociální, zdravotní, ale vzhledem ke klesající porodnosti se tak mění rozložení počtu obyvatel dle věku, a tím se mění i celková struktura českých rodin. Tato kapitola se bude také na základě dostupných dat věnovat analýze ve změnách reprodukční strategií rodin.

---

<sup>1</sup> Životní styl – typický způsob uspořádání činností, jednání lidí, vztahů, vědomí hodnot, norem a věcného prostředí ve společnosti, která je integrací životních způsobů jedinců. Na převládajícím životním stylu závisí prestiž vzdělání, postoj veřejnosti ke škole aj. (Průcha, Walterová, Mareš, 1995, s. 288)

<sup>2</sup> Hodnotový systém – hierarchicky uspořádaný systém hodnot, který odráží reálné pořadí (důležitost) hodnot sdílených určitou skupinou populace v určitém období. Je zjišťován speciálními výzkumy, které objasňují např. rozdíly v hodnotových systémech mladé generace a dospělých. Hodnotový systém české mládeže není soustavně popsán, lze pouze předpokládat, že vlivem nových politických a ekonomických podmínek odlišuje od dřívějšího systému (Průcha, Walterová, Mareš, 1995, s. 77)

<sup>3</sup> ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví a je správcem Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) v platném znění (dále jen „zákon o zdravotních službách“) NZIS je jednotný celostátní informační systém veřejné správy, v němž jsou shromažďovány a zpracovány osobní a další údaje ze základních registrů orgánů veřejné správy, ministerstev, od poskytovatelů zdravotních služeb, případně dalších osob předávajících údaje do NZIS (dostupné z: <http://www.uzis.cz/>)



## 1.1 Vymezení pojmů

Pro správné pochopení problematiky prenatalní ztráty a následné efektivní pomoci ženě a rodinám, kterých se to týká, je velmi důležité vymezení pojmů, jejich rozbor v souvislosti se sociální pedagogikou a zároveň i se sociální psychologií. Přestože v samotném názvu rigorózní práce jsou pojmy prenatalní ztráta a krizová intervence, pro správné uchopení této problematiky je také nesmírně podstatné přiblížení problematiky zaměřené na proměny současné rodiny. Proto cílem této části je na základě prostudované literatury vybrat a definovat terminologii související s rodinou, a nalézt souvislost s tématem rigorózní práce. Prenatalní ztrátou se podrobně budeme zabývat v kapitole druhé.

Na základě prostudování a citování níže uvedených definic rodiny se pokusíme najít společného ukazatele vztahujícího se k tématu této rigorózní práce napříč obory sociální pedagogiky, psychologie, sociální psychologie a sociologie. Za velmi důležité pro tuto rigorózní práci považujeme najít v tomto vymezení pojmů společného ukazatele – a sice to, že rodina by měla plnit především funkci reprodukční.

Z hlediska sociální pedagogiky Bakošová (2011, s. 80) definuje „rodinu – je právní, legislativní a partnerský vztah mezi manželi a mezi rodiči a dětmi. Rodina je malá sociální skupina, která plní důležité funkce: **biologicko-reprodukční**, která zabezpečuje pokračování potomků, funkci ekonomickou, jejímž cílem je ekonomické zabezpečení členů rodiny, funkci socializačně-výchovnou, která pomáhá dětem při začleňování se do společnosti, utváří návyky, postoje, zručnosti a dává základy výchovy pro život. Rodina zároveň utváří prostor, kde člověk uspokojuje svoje potřeby: jistotu, bezpečí, lásku a seberealizaci“.

Definice rodiny sociálních psychologů Výrost, Slaměník, (1998, s. 304 z Langmaier, Kňourková, 1984, s. 62) zní: „rodina je institucionalizovaná bio-sociální skupina, vytvořená přinejmenším ze dvou členů odlišného pohlaví, mezi nimiž neexistují pokrevní pouta, a z jejich dětí“.

Trpišovská (2000, s. 31) rodinu definuje „jako základní společenskou jednotku, jejíž **primární funkcí je zachování lidstva**“.

Matoušek (2003) považuje rodinu za „skupinu lidí spojenou pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků“.

Rodina je klíčovým tématem také aplikované sociální psychologie (Výrost, Slaměník, 1998, s. 303).

Velký sociologický slovník (Maříková, Petrušek, Vodáková, 1996) vymezuje rodinu jako „obecně původní a nejdůležitější společenskou skupinu a instituci, která je základním článkem

*sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou a jejímiž hlavními funkcemi je reprodukce trvání lidského biologického druhu a výchova, respektive socializace potomstva, ale i přenos kulturních vzorů a zachování kontinuity kulturního vývoje“*

Podle Možného (2002, s. 28 – 33) je rodina jako „*pro sociologii příkladem morfostatické<sup>4</sup> instituce. Rodina představuje sociální zařízení, jehož prvotním úkolem je vytvářet soukromý prostor. Má za úkol chránit své členy a zachovávat svůj tvar a změny v okolí rodiny vstřebávat a přijímat“*

Z hlediska čistě psychologického můžeme definovat rodinu podle Sobotkové (2007, s. 11), kde „*rodina primárním kontextem lidské zkušenosti od kolébky až po hrob“*.

Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2015, s. 512) definuje rodinu jako „*společenskou skupinu spojenou manželstvím, pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí“*.

Podle Baštecké (2015, s. 460) je „*uspořádaný systém, jehož smyslem, účelem, i náplní je utvářet poměrně bezpečný a stálý prostor a prostředí pro sdílení, reprodukci a produkci života lidí.“*

V souvislosti s vypracováním rigorózní práce za zmínku stojí úvaha, kterou publikovala Sobotková (2007, s. 14). Také tato její úvaha byla impulzem k vypracování této rigorózní práce. Tuto její myšlenku lze aplikovat na jakékoli téma, to znamená i na problematiku krizové intervence při prenatální ztrátě, a sice že nelze oddělovat teorii a praxi:

*„dá se říci, že psychologie rodiny přináší svým aplikačním oblastem nezbytné zakotvení v nosných teoretických koncepcích a doplňuje praktickou psychologickou činnost s rodinami zájmem o výzkum. Bylo by pošetilé uměle oddělovat teorii a praxi – každý teoretik a výzkumník v oblasti psychologie rodiny nutně musí mít i praktickou zkušenost s rodinami a naopak, kompetentní rodinný terapeut či poradce by měli mít dobré teoretické znalosti a neměli by podceňovat metodologické a výzkumné otázky“.*

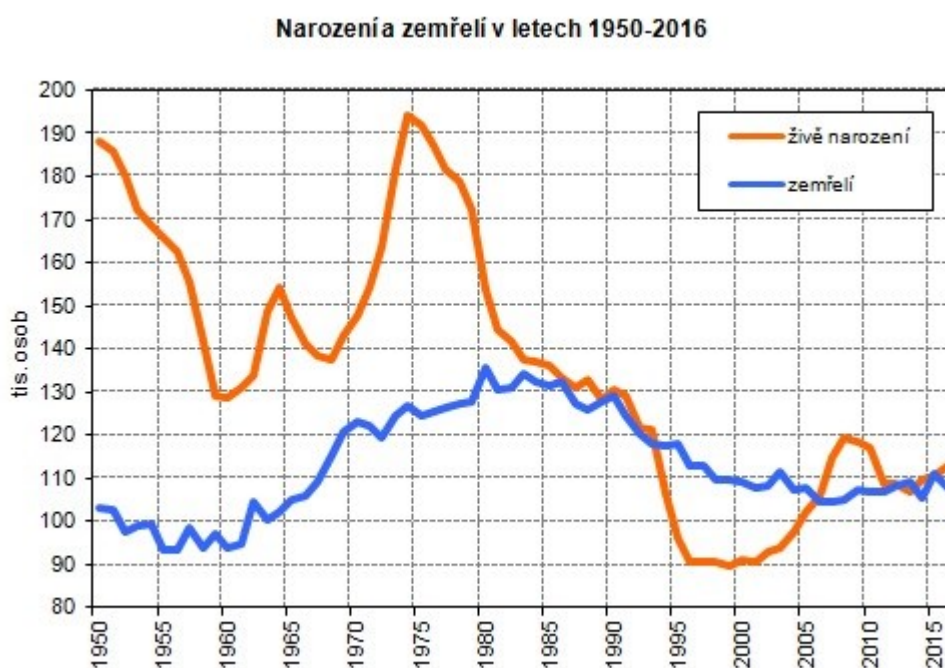
Definicí rodiny se zabývá řada vědních oborů, proto na ni můžeme pohlížet z různých oblastí a aspektů. Přesto napříč obory nalézáme společnou charakteristickou funkci rodiny, a to **reprodukcí<sup>5</sup>**. Podle Krause (2008, s. 81) má biologicko-reprodukční funkce rodiny význam jak pro společnost jako celek, tak také pro jedince, kteří rodinu tvoří. Pro svůj zdárný rozvoj potřebuje společnost stabilní reprodukční základnu. Proto je také v zájmu společnosti, aby se rodil takový počet dětí, který by naplnil společenské perspektivy.

---

<sup>4</sup> Morfostatické - stabilní

<sup>5</sup> Reprodukce – rozmnožování. V demografii označení neustálé obnovy jedinců v populaci (Hartl, Hartlová, 2015, s. 507)

Následující *graf 1* Českého statistického úřadu (ČSÚ, ©2017) ukazuje na počet narozených dětí v České republice a počet zemřelých. Z tohoto grafu vyplývá, že počet nově narozených dětí není vyšší než počet zemřelých. Dokonce je z tohoto grafu patrné, že mezi lety 1994 až 2006 byla porodnost<sup>6</sup> na tak nízké úrovni, že úmrtnost<sup>7</sup> převyšovala porodnost. Tento prudký pokles porodnosti vedl téměř k zastavení přírůstku obyvatelstva. Pravděpodobná souvislost bude se vznikem samostatné České republiky dne 1. ledna 1993 a s tím souvisejí realizace přechodu na tržní ekonomiku, která s sebou přinesla sociální diferenciaci a nárůst nejistoty v podobě nezaměstnanosti. Mladí lidé začali klást větší důraz na vzdělání a profesní kariéru, a s tím souvisí, že se snížila intenzita plodnosti a vzrostl podíl dětí narozených mimo manželství (Rychtaříková, 2011, s. 2 - 4).



*Graf 1* - počet narozených dětí v České republice a počet zemřelých

**Zdroj:** Český statistický úřad, 2017

## 1.2 Aktuálnost tématu proměny současné rodiny a vztah tématu k sociální pedagogice

Rodina byla, je a bude institucí, která se významně podílí na výchově, utváření osobnosti. Podle Bakošové (2011, s. 68-84) by snažení ve výchově mělo směřovat k dobré přípravě pro

<sup>6</sup> Porodnost – natalita, počet dětí narozených za rok na tisíc obyvatel (Hartl, Hartlová, 2015, s. 422)

<sup>7</sup> Úmrtnost – mortalita, četnost úmrtí v určité lokalitě, v daném čase (Hartl, Hartlová, 2015, s. 327)

život. Měla by zahrnovat výchovu k potřebným návykům (kdy už Komenský tvrdil, že pokud se návyky nevytvoří v raném dětství, tak v pozdějším věku je obtížné je utvářet), k výchově k lidským hodnotám, k respektování právních norem a pravidel, k úctě k lidem, k vztahu k práci, a také k schopnosti zvládat překážky, a *především by výchova měla směřovat k manželství, mateřství a k rodičovství*. Ztotožňuji se s názorem, že *výchova k manželství a rodičovství by měla být široce koncipovaná tak, aby se na ni orientovali vzdělávací cíle v oblasti rodinné a školní*. Vliv na proměny současné rodiny má životní styl<sup>8</sup>. Životní styl z pedagogického hlediska chápeme jako uspořádání životních podmínek, které utvářejí soulad mezi individuálními a společenskými potřebami, soulad mezi rodinným, pracovním a společenským životem (Bakošová, 2011, s. 74). Např. preference materiálních hodnot, prestiže, úspěchu před výchovou a péčí o děti. A právě tyto preference souvisejí s odkládáním těhotenství do pozdějšího věku, a mají za následek nejen pokles porodnosti, ale i zvyšující se zdravotní rizika, jak budeme uvádět v následujících kapitolách.

### 1.3 Faktory ovlivňující pokles porodnosti

Struktura a fungování rodiny přímo souvisí s tím, jak je strukturována a jak funguje společnost. Pro současnou postmoderní společnost – podporující individualismus a orientaci na pracovní úspěch – je typická rodina malá a proměnlivá. Péče o rodinu a zaměstnání se stávají konkurenčními životními sférami jak pro ženy, tak i pro muže (Matoušek, Pazlarová, 2014, s. 17). Bohužel, v dnešní době důraz kladený právě na pracovní úspěch a individualismus<sup>9</sup>, s sebou nese odkládání těhotenství do pozdějšího věku, jak jednoznačně potvrzují statistická šetření prováděná pravidelně Českým statistickým úřadem. Mnohé zaměstnáním vytížené ženy si neuvědomují, že dávno překračují svůj biologický věk<sup>10</sup> vhodný pro početí a těhotenství, a s vyšším věkem při snaze o početí podstupují vyšší riziko pravděpodobnosti vzniku patologického či neúspěšného těhotenství. Mnohé ženy a muži také pro svoji pracovní zaneprázdněnost nemají příležitost navázat pevný partnerský, a posléze manželský vztah, ze kterého by se narodily děti. Pokud se pro dítě rozhodnou, jsou již ve věku, kdy z hlediska zdravotního mají pouze jedno dítě. Moderní společnost tak stojí před problémem, kdy sílí volání po

---

<sup>8</sup> Životní styl – typický způsob uspořádání činností, jednání, vztahů, vědomostí, hodnot, norem prostředí ve společnosti, který je integrací životních způsobů jedince (Bakošová, 2011, s. 74)

<sup>9</sup> Individuální – vztahující se k jednotlivci (Hartl, Hartlová, 2015, s. 228)

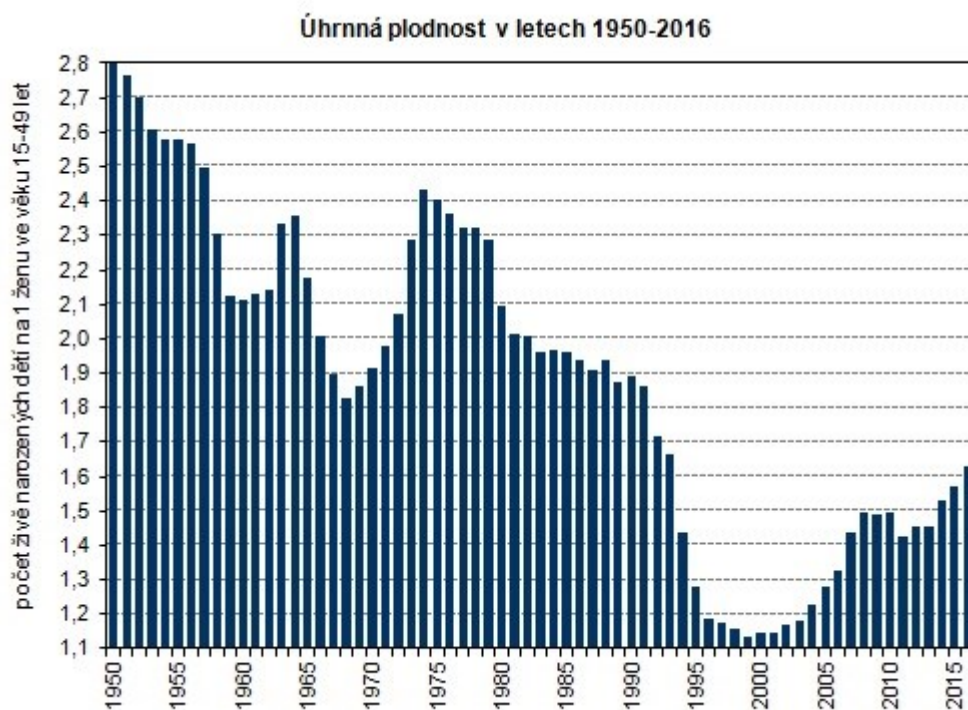
<sup>10</sup> Biologický věk – biologický stupeň vyspělosti, je porovnávám s tělesným stavem průměrného člověka a stejného chronologického věku, nemusí být ve shodě s věkem kalendářním ani mentálním (Hartl, Hartlová, 2015, s. 667)

zvětšení prostoru pro individuální volbu (Keller, 1997, s. 21-22), a i to je jedním z faktorů ovlivňující nízkou míru porodnosti a také stojí před problémem, aby byla schopna, jak uvádí Kraus (2008, s. 81) pro svůj zdárný rozvoj vytvořit stabilní reprodukční základnu.

### 1.3.1 Pokles porodnosti a pokles plodnosti po roce 1989

Hašková (2009, s. 23-31) uvádí, že k poklesu porodnosti<sup>11</sup> pod hladinu prosté reprodukce<sup>12</sup> (tzn. pod úroveň 2,1 dítěte na jednotlivce), nárůstu bezdětnosti a růstu věku žen prvorodiček, došlo ve střední a východní Evropě v průběhu 90. let 20. století, zatímco v ostatních částech Evropy byly obdobné, i když pomalejší a zpravidla méně výrazné proměny reprodukčního chování sledovány historicky dříve. Tento fakt je vysvětlován odlišnými životními podmínkami v někdejší západoevropském a východoevropském bloku.

**Pokles porodnosti** znázornil *graf 1*. Česká republika vykazuje také **velmi nízkou plodnost**<sup>13</sup> - *graf 2* (ČSÚ, ©2017), která se podle dostupných informací Českého statistického úřadu pohybuje posledních deseti letech na úrovni 1,3 – 1,5 dětí na ženu.



*Graf 2* - úhrnná plodnost v České republice v letech 1950 – 2016

<sup>11</sup> Porodnost (natality) - počet dětí narozených za rok na tisíc obyvatel, v Evropě a v USA klesá ke stavu, kdy počet narozených je menší než počet zemřelých (Hartl, Hartlová, 2015, s. 507)

<sup>12</sup> Reprodukce (reproduction) – rozmnožování (Hartl, Hartlová, 2015, s. 422)

<sup>13</sup> Plodnost (fertility) - demografický ukazatel vyjadřující průměrný počet potomků na jednu ženu

**Zdroj:** Český statistický úřad, 2017

### 1.3.2 Stoupající věk žen - prvorodiček

Dalším významným faktorem ovlivňující porodnost v posledních desetiletích je **výrazný posun věku ženy – prvorodičky**<sup>14</sup>. Jak je patrné z údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ, ©2017), v roce 1990 byl průměrný věk prvorodičky 22,5 let, zatímco v roce 2015 byl průměrný věk prvorodičky 30 let. Vyšší věk ženy, která poprvé rodí, anebo rodí ve vyšším věku, s sebou nese nejen větší riziko zdravotní, ale také vyšší riziko vzniku vad chromozomálních a vyšší pravděpodobnost spontánního potratu – *tabulka 1* (Hájek et. al., 2014, s. 238). Hovoříme o tzv. rizikovém faktoru odpovídajícím za zvýšenou pravděpodobnost vzniku patologického těhotenství (Hájek et. al., 2014, s. 238) Právě v souvislosti s odkládáním těhotenství do pozdějšího věku je důležité upozornit na skutečnost, kterou si ženy oddalující založení rodiny pravděpodobně nepřipouštějí, a sice, že čím starší žena je, tím je u ní vyšší riziko jak spontánního potratu, tak vzniku chromozomální vady, kterou současná medicína vyléčit nedokáže. Právě zde vnímáme velmi důležitou roli působení sociálních pedagogů nejen na mladé ženy, ale i muže<sup>15</sup> tak, aby byli informováni o těchto rizicích a bezdůvodně neodkládaly zakládání rodin do pozdějšího věku.

Z dále uvedených (z tabulky 1 a z tabulky 2) jednoznačně vyplývá, že vyšší věk těhotné ženy s sebou nese také vyšší riziko prenatální ztráty.

*Tabulka 1* - pravděpodobnost spontánního potratu v souvislosti s věkem těhotné ženy

Věk matky	Potraty
< 20 let	0 – 1 %
20 – 24 let	1,60%
25 – 29 let	2,10%
30 – 34 let	2,50%
35 – 39 let	2,60%
> 40 let	13,30%

**Zdroj:** Hájek et al., 2014

<sup>14</sup> Prvorodička (latinsky primipara), označení ženy, která poprvé v životě rodí

<sup>15</sup> Často se uvádějí rozporuplné údaje týkající se vlivu jednotlivých příčin neplodnosti na těhotenství a porod. Popisují se signifikantní rozdíly na reprodukci u mužské fertility.

Počet starších primipar, tzn. žen, které jsou těhotné poprvé, přes 35 let, je signifikantně vyšší ve všech rozvinutých zemích. Např. v USA se ženy starší 35 let podílejí na více jak 13% všech porodů (Hájek, 2004, s. 235).

*Tabulka 2* poukazuje na riziko výskytu – resp. odhad výskytu Downova syndromu<sup>16</sup> na základě pouhého věku těhotné ženy. Při analýze z ní jasně vyplývá, že čím je vyšší věk těhotné ženy, tím je vyšší riziko vzniku Downova syndromu u plodu (Nicolaidis, 2004, s. 22). Např. pro ženu, které je 25 let, je riziko vzniku Downova syndromu 1:946, zatímco u ženy, která je o deset let starší, tedy má 35 let, je riziko vzniku tohoto syndromu 1:249. V souvislosti s platnou legislativou se ženy v 80 % rozhodnou těhotenství s prokázaným Downovým syndromem ukončit (ÚZIS, ©2017).

*Tabulka 2* - odhad výskytu Downova syndromu v závislosti na věku těhotné ženy

<b>Věk matky (ro- dičky)</b>	<b>Odhad rizika vý- skytu Downova sy</b>
20	1068
25	946
30	626
31	543
32	461
33	383
34	312
35	249
36	196
37	152
38	117
39	89
40	68
41	51
42	38

<sup>16</sup> Downův syndrom, nebo-li trizomie chromozomu 21, nejčastější chromozomální anomálie. Incidence je 1: 800, tzn. že z 800 narozených dětí je 1 dítě s Downovým syndromem (DownSyndrom, ©2018). Takto postižení jedinci mají typický vzhled – široké oční štěrby, a kožní řasy, malý nos, široká ústa, lehká až střední mentální retardace (Patterson, Costa, 2005, s. 137 – 147).

**Zdroj:** Nicolaides, 2004

Na rozdíl od žen, jejichž pokles fertility v závislosti na věku je věc známá, a dobře dokumentovaná, není horní hranice plodnosti mužů omezená. Přesto provedené studie dokazují u stárnoucích mužů nejen pokles jejich plodnosti, ale i nezanedbatelná rizika spojená s reprodukcí v pokročilejším věku<sup>17</sup>. Proto reprodukční věk (nejen ženy, ale i otce) patří mezi zásadní faktory, které by páry měly zohlednit při plánování rodiny (Marděšiš, 2013, s. 16 – 18).

Kosibová et al. (2011, s. 135 – 136) porovnává potratovost v Česku na Slovensku v letech 1997 až 2009, a uvádí, že v tomto období klesá počet umělých přerušení těhotenství, ale počet spontánních potratů má mírně stoupající tendenci. V Česku na 100 narozených dětí připadlo 12,33 potratů, na Slovensku 12,37. Je patrné, že celkově je v obou státech v tomto období podobný trend, ovšem co do absolutního počtu potratů je v Česku tento trend trojnásobný – je to dáno, jak bylo uvedeno výše, tím, že se rodičovství odkládá do vyššího věku a s tím souvisí vysoké riziko spontánního potratu.

### 1.3.3 Asistovaná reprodukce

Prudké životní změny životního stylu v rozvinutých zemích vytvářejí nové problémy v reprodukčním cyklu. Jde především o signifikantně pozdější věk páru při zakládání rodiny, a s tím spojený jednak pokles fertility páru, a tím nutné léčby tohoto problému.

Po třicátém roku věku se mnoho žen dostává také do situace, kdy jejich touha po dítěti a biologické hodiny natolik tikají, že právě ta nadměrná touha po miminku vytváří nevysvětlitelné psychické bloky, které pak brání v přirozeném početí. Problémy s otěhotněním mají totiž i partnerské páry, které jsou naprosto zdravé. V roce 1978 se narodilo první dítě „ze zkumavky“ – Luisa Brownová (Hájek, 2004, s. 233). Od té doby se metody asistované reprodukce nepředstavitelně zdokonalily, a staly se snadno dostupné všem neplodným párům. I díky hřmotné medializaci vznikla nová iluze: *lékařsky asistovaná reprodukce* by mohla (může, umí, a dokáže?) vyřešit otázky neplodnosti párů. Lékařsky asistovanou reprodukci (IVF)<sup>18</sup> dnes podstupuje mnohem více párů<sup>19</sup>, a stále v mladším věku přesto, že neschopnost počíst nemusí mít vždy příčinu ve špatné reprodukční funkci. Někdy se neplodné páry právě z toho,

---

<sup>17</sup> Již v roce 1955 Pendrose (1955, s. 312-314) dokumentoval, že statisticky významná souvislost mezi věkem rodičů a vznikem vrozené vývojové vady je závislá především na věku otce, nikoli na věku matky či pořadí porodu.

<sup>18</sup> IVF – in vitro fertilizace – česky umělé oplodnění

<sup>19</sup> Umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročí 49 let, a to na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří tuto zdravotní službu hodlají podstoupit společně (In: § 6 zákona č. 373/2011 Sb.)



že se nepodaří ihned otěhotnět, dostávají pod psychický tlak a považují to za své vlastní selhání. V první řadě ženy berou odpovědnost za neúspěch na sebe a jsou neustále nuceny čelit tlaku dotazů na nepřicházející těhotenství. Co se týká plodnosti mužů, toto téma bývá naprosto tabu. Výzkumy však poukazují na to, že i mužská plodnost podléhá změnám a klesá s přibývajícím věkem schopnost jejich reprodukce, až se nakonec může radikálně zastavit. Kvalita spermií se zhoršuje, což má za následek sníženou anebo úplnou neplodnost. V současné době gynekologové a porodníci upozorňují také na přirozený pokles mužské plodnosti a partneři, toužící po miminku, se tak ocitají ještě pod větším tlakem. Ženám nad třicet let je jasně dáváno na srozuměnou, že by neměly ztrácet již ani minutu, a že je nutné, pokud se nedaří přirozeně počít, neodkladně zahájit veškeré možné dostupné vyšetření a následnou léčbu. Naše společnost špatně snáší čekání, v dnešní době si lze vzít půjčku, úvěr, není potřeba si dlouhodobě šetřit na věc, po které toužíme, i když právě nemáme celou finanční hotovost, a stejně tak to většina mladých lidí vnímá i s těhotenstvím. A tak je stanoven plán, nespočet vyšetření a návštěv u specialistů v Centrech asistované reprodukce, aby tento plán mohl být v co možném nejkratším termínu splněn. Partnerské páry jsou schopné ve své touze po dítěti podstupovat značné oběti i rizika, pokud je jim dána naděje, že jejich touha po dítěti bude splněna. Neplodnost je totiž stále více vnímána jako velmi bolestné stigma (Janekovský, 2018, s. 131 - 132). Partnerské páry se půl roku, rok, po neúspěšném snažení o těhotenství zcela běžně obracejí o pomoc do center asistované reprodukce (Desjardins-Simon, Debras, 2015, s. 16 – 17). Počet center asistované reprodukce se prudce zvýšil, nyní je v České republice 42 těchto pracovišť (NRAR, ©2015)<sup>20</sup>. Z hlediska ekonomického se z umělého oplodnění začíná stávat dobrý byznys, protože čeští pacienti jsou ochotni vynakládat nemalé finanční prostředky na léčbu neplodnosti. I když je z části hrazena ze zdravotního pojištění, průměrné doplatky se pohybují okolo 30 tisíc na jeden cyklus. Data, která graf č. 3 uvádí, se týkají pouze české populace, k nim je třeba přičíst minimálně jednou tolik zahraničních klientů (NRAR, ©2015)

Jak je patrné z *grafu 3* (ÚZIS, ©2015) proběhlo v roce 2014 přes 35 tisíc cyklů asistované reprodukce, zatímco v roce 2007 jich bylo přes 16 tisíc, tzn., že se počet za sedmileté období více než zdvojnásobil. Úspěšnost IVF cyklů se neustále zvyšuje, což dokládají konkrétní počty narozených novorozenců: v roce 2014 se v Česku po IVF narodilo 2 607 dětí, z toho 1 638 matkám do 34 let věku, 857 matkám ve věku 35 – 39 let a 112 dětí matkám starším – tzn., že

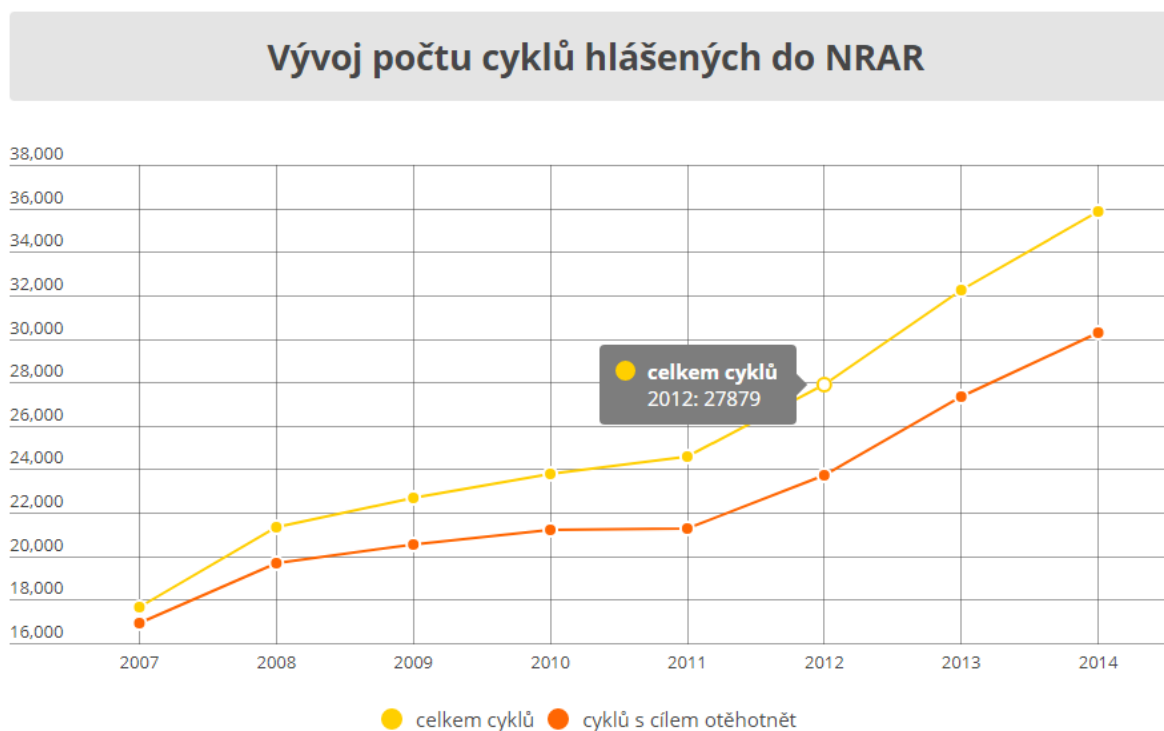
---

<sup>20</sup> NRAR – Národní registr asistované reprodukce

každý desátý cyklus byl úspěšný. Je to hodně nebo málo? Lékaři z IVF center jsou přesvědčeni, že výsledky léčby asistovanou reprodukcí jsou v České republice na vysoké úrovni. V některých hospodářsky rozvinutých zemích (a s příznivou legislativou) se rodí 5 – 6 % dětí po mimotělním oplodnění (Mardešič, 2013, s 11).

V souvislosti s výše uvedeným se lze zamýšlet nad počtem žen, které podstoupily umělé oplodnění v naději na těhotenství, a kolik žen usiluje o to mít dítě, na straně druhé kolik žen zažije zklamání nad neúspěchem, když se umělé těhotenství nezdaří.

V souvislosti s prenatální ztrátou je nutné dát do souvislosti asistovanou reprodukci a prenatální ztrátu. Jak uvádí Konečná (2009, s. 100), počet těhotenských ztrát po umělém oplodnění je kolem 30% ze všech cyklů asistované reprodukce. A obzvláště ženy, které bojují se svou plodností, takto nezdařené těhotenství vnímají jako obrovskou ztrátu, prohru a jejich emocionální prožitek odpovídá prožívání žen po potratu spontánním.



Graf 3 - počet cyklů zaslaných do NRAR tříděno podle Zamýšleného cíle cyklu

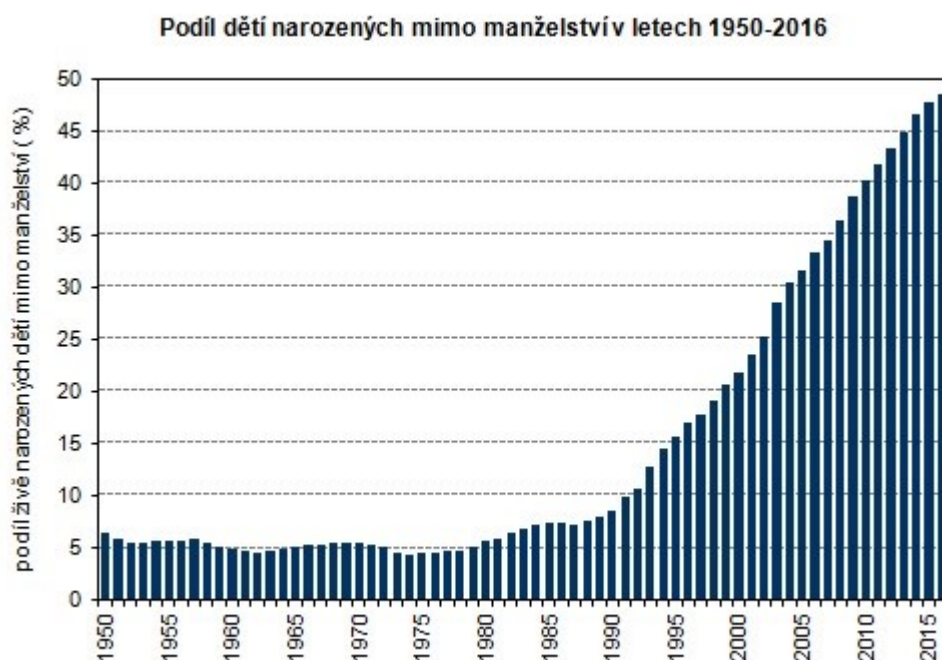
**Zdroj:** ÚZIS, NRAR, Asistovaná reprodukce v ČR 2014

Asistovaná reprodukce je vlastně léčbou neplodnosti v situaci, kdy selhaly jiné metody. Metod asistované reprodukce je celá řada, a stále se vyvíjejí nové a efektivnější. Lze si např. i vybrat jedno nejkvalitnější embryo pro přenos do dělohy. Zákonem 96/2001 Sb. (Česko, 2001) je v tomto případě zakázána pouze volba pohlaví dítěte.

### 1.3.4 Sňatečnost a rozvodovost

Pokud se budeme komplexně zamýšlet nad změnou struktury rodin v současné české společnosti, je nutno také zmínit trend *nízké sňatečnosti* a s tím související *vyšující se počet dětí narozených mimo manželství*, trend *vysoké rozvodovosti*, uzákoněnou možnost od roku 2006 uzavřít registrované partnerství – a to vše s sebou přineslo celkovou změnu ve struktuře české rodiny a domácnosti. Tento trend zcela úzce s prenatální ztrátou nesouvisí, nicméně ho uvádíme pro komplexní úvahu nad proměnou současné rodiny.

Počet dětí narozených mimo manželství názorně ukazuje *graf 4* (ČSÚ, ©2016). Z tohoto grafu je jasně patrné, jak malý význam má pro zakládání rodiny manželství.

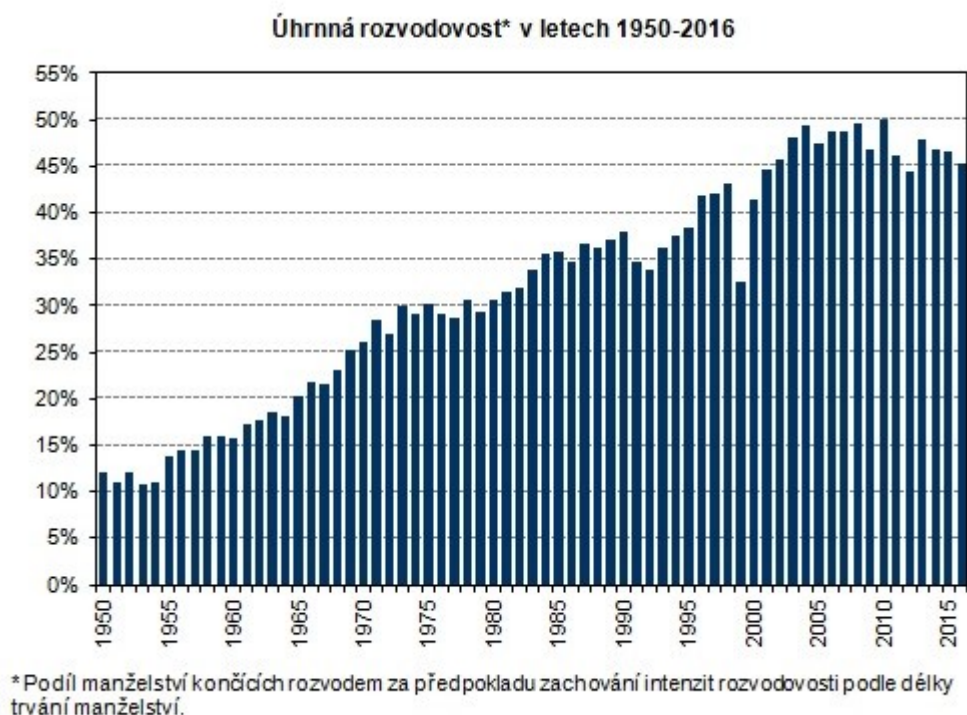


*Graf 4* - Podíl dětí narozených mimo manželství v letech 1959 – 2015

**Zdroj:** Český statistický úřad, 2016

Počet sňatků se dle dostupných statistických údajů Českého statistického úřadu výrazně snížil v první polovině devadesátých let 20. století. V souvislosti s těhotenstvím je zajímavý údaj, že zatímco v roce 1990 byl průměrný věk při uzavření prvního sňatku u mužů 24 let, u žen 22 let, v roce 2014 to bylo 32 let u mužů a 30 let u žen. Z těchto údajů tedy vyplývá, že velká část populace žije buď v nesezdaném soužití, anebo tzv. single (samostatně bez stálého partnera). Dalším negativním trendem ovlivňujícím změny ve struktuře rodin je vysoká rozvodovost. Od roku 2002 se rozvodovost pohybuje mezi 45 – 50% - *graf 5* (ČSÚ, ©2016).

Proč dávat do souvislosti sňatečnost, rozvodovost s prenatalní ztrátou? Jsme přesvědčeni o tom, že pokud žijí partneři v manželství, mají větší možnost být součástí širší rodiny jak ze strany ženy i muže. A právě sociální podpora, podpora okolí, významně ovlivňuje to, jak se žena s prenatalní ztrátou vyrovná.



*Graf 5 - rozvodovost v letech 1950 – 2016*

**Zdroj:** Český statistický úřad

### 1.3.5 Vzdělanost žen

Na odkládání rodičovství má velký vliv i to, že dnešní mladé ženy jsou velmi kvalifikované a jejich **vzdělanost stoupá**. Podle statistické ročenky České republiky za rok 2015 (ČSR, ©2015) více jak polovina dívek pokračovala po maturitě v dalším studiu. V roce 2014 z celkového počtu všech absolventů vysokých škol bylo 60% žen, zatímco v roce 2001 to bylo 51%. Jak uvádí Hašková (2014), snížení profesního rozvoje při dlouhodobém přerušení kariéry z důvodu rodičovství se často projevuje nespokojeností žen s jejich životní dráhou. U matek dvou dětí je počet celkem – bez ohledu na to, zda se mezi porody vrátila do práce nebo ne – strávený doma s dětmi relativně velký. Po ukončení rodičovské dovolené začínají ženy často s budováním kariéry znovu, od úplného začátku, a k tomu navíc čelí obtížím se sladováním rodinného a pracovního života, a především diskriminací spojené s očekáváním jejich role primárního rodiče.

### 1.3.6 Další faktory ovlivňující porodnost

Pro úplnost uvádíme další identifikovatelné faktory ovlivňující reprodukční chování, preference a plány, k nimž patří *(ne)dostupnost bydlení, výdaje na bydlení, negativní dopady rozvodů, náboženské vyznání, trh práce* a s tím související zaměstnanost a nezaměstnanost žen.

V současné tržní ekonomice zakládání rodiny ztěžuje mladým lidem finanční nedostupnost kvalitního bydlení. Pro každou rodinu je bydlení nenahraditelným statkem a nemožnost bydlení představuje bariéru pro zakládání rodiny. Podle uveřejněné Koncepce rodinné politiky z 22. prosince 2016 (Koncepce rodinné politiky, ©2016) mezi hlavní problémy v oblasti bydlení v ČR patří nedostatek dostupného kvalitního nájemního bydlení. To je způsobeno zejména nízkým podílem nájemního bydlení obecně, malou velikostí bytů a zároveň vysokými výdaji za bydlení, které se pohybují v průměru od 30 % až do 50 % příjmů rodin.

Vzhledem k vysokému počtu nevěřících v České republice lze předpokládat, že vyšší porodnost budou mít ženy hlásící se k určitému náboženskému vyznání pro odmítavý postoj církve k užívání antikoncepce<sup>21</sup>. Nývlt a Šalamounová (2005) podrobněji zkoumali pokles bezdětnosti s rostoucí délkou trvání manželství u katolíček a žen bez vyznání, ale pokles bezdětnosti byl prakticky u obou skupin totožný. Jen v prvním roce manželství byla u žen katolíček bezdětnost mírně vyšší, což souvisí i s menším počtem předmanželských koncepcí v této skupině. Podle údajů zveřejněných v Koncepci rodinné politiky (Koncepce rodinné politiky, ©2016) se v zaměstnanosti žen v ČR nadprůměrně silně projevuje vliv mateřství. Zatímco míra zaměstnanosti žen s dětmi nad 11 let věku je v ČR vůbec nejvyšší, v EU je míra ekonomické aktivity žen s malými dětmi jedna z nejnižších a v posledních dvou desetiletích se dále snižovala.

V případě matek ve věku 20–44 let s dětmi do čtyř let věku klesla mezi roky 1993–2007 ze 48 % na 28 %. Rozdíl mezi mírou zaměstnanosti žen bez dětí a žen s dětmi do šesti let je tak dnes v ČR vůbec nejvyšší v Evropě, dosahuje 35,7 %. Míra nezaměstnanosti žen s malými dětmi je více než dvojnásobná v porovnání s bezdětnými ženami, navíc přes 60 % nezaměstnaných žen s dítětem do šesti let se stává nezaměstnanými bezprostředně po ukončení rodičovské dovolené. Důvodem nízké zaměstnanosti žen s malými dětmi a osob s pečovatelským závazkem je také nedostatečná nabídka kvalitních flexibilních úvazků, po kterých je právě v

---

<sup>21</sup> Dnes není nikdo nucen mít dítě, ať už proto, že je situace z řady důvodů nevhodná, nebo proto, že je odmítá. Nemusí se proto vzdávat sexuálního života. Používání hormonální antikoncepce má výrazný vzestup. V roce 1990 bylo 454 609 žen českých občanek, které měly hormonální nebo nitroděložní antikoncepci, v roce 2004 jich bylo již 1 273 397 (Bahounek et al, 2007, s. 53)

období zvýšeného nároku na sladování největší poptávka. V roce 2014 pracovalo v ČR pouze 10,4 % pracujících žen na zkrácený úvazek, zatímco průměr EU je 32,8 %.

### 1.3.7 Shrnutí

V této kapitole jsme se stručně a přehledně, i za pomoci grafů a tabulek, snažili objasnit nejvýznamnější faktory ovlivňující pokles porodnosti po roce 1989. Právě proto, že k tomuto poklesu došlo, o to cennější je každé těhotenství. Hašková (2009, s. 27) uvádí čtyři hlavní sociodemografické trendy změn v reprodukčním, rodinném a partnerském chování ve společnosti:

- a) odklon od „zlatého věku manželství“ k éře nesezdaného soužití,
- b) posun od éry modernity, v níž bylo „králem rodiny“ – středobodem života páru – dítě k rodinám a partnerstvím, v nichž je „králem“ pár sám,
- c) přechodem k antikoncepci, která umožňuje volbu, zda a kdy mít dítě,
- d) vývojem k pluralitě rodinných forem a domácností.

Rabušic (2001, s. 206-233) hodnotí sociodemografické změny jako proměny v charakteru českého demografického chování, především však v oblasti reprodukce, a jsou výsledkem moderní kulturní změny, jejíž nositelkou je současná mladá česká populace.

Změny struktury rodin a domácností jsou podmíněny mimo jiné proměnami hodnotových orientací. Podle výzkumů veřejného mínění zaměřených na tyto otázky si rodina jako hodnota uchovává prvenství, avšak mění se její obsah (Kyzlinková, Šťastná, ©2016). Svatba v současné společnosti nepatří mezi priority, 57 % lidí si myslí, že je v pořádku, když spolu lidé žijí, aniž by plánovali sňatek (Postoje českých občanů k manželství a k rodině, ©2016). Před narozením dítěte naopak naprostá většina nastávajících rodičů řeší spíše společné bydlení, jistotu stabilního zaměstnání či dostatek financí. Model současné rodiny bývá stále častěji dvoukariérový. Je to důsledek emancipace – růstu vzdělanosti, kvalifikovanosti a tedy i zaměstnanosti žen (Kraus, 2008. s. 85). Potěšující dle našeho názoru je, že v rámci výzkumných šetření jak z roku 2011, tak z roku 2014 zaujímají rodinné hodnoty v hodnotovém žebříčku první místa. Nejdůležitější je „mít děti a stálého životního partnera“ a „žít ve spokojené rodině“, na dalších místech je pak „věnovat se svým zálibám“ a „dosáhnout úspěchu v zaměstnání“, nebo „mít přátele, se kterými si dobře rozumíte“ (Postoje českých občanů k manželství a k rodině, ©2016).

Matějček v r. 1994, který OSN vyhlásila jako Mezinárodní rok rodiny, napsal: *„můžeme se na krize rodin dívat s určitým optimismem. Působí tu vnitřní síly, které pracují v pozitivním směru. Náš optimismus však nesmí být přepjatý, nýbrž realistický. Nutno počítat s individuálními*

---

*rozdíly v uvedené sebe-opravné schopnosti. Někteří potřebují méně pomoci, někteří více. K tomu slouží právě ty systémy kolem rodiny, aby pomáhaly tam, kde sebe-opravné síly rodiny už nestačí. A na ně musí společnost jako celek pamatovat. Ve vládě, v parlamentu, na úřadech, ve sdělovacích prostředcích, v umění, ve výzkumu, ve vědě – a neposlední řadě i v zamyšleních, jako jsou ty naše“ (Matějček, 1994, s. 49).*

## 2 PRENATÁLNÍ ZTRÁTA

Plánování rodičovství v souvislosti s těhotenstvím, ať již chtěným či náhodně počatým, a následná ztráta tohoto těhotenství, budou také klíčovými tématy této kapitoly. Objasnění prenatální ztráty je velmi podstatné nejen proto, aby byla tato problematika správně ukotvena v kontextu rigorózní práce, ale také proto, aby byla vysvětlena odborná medicínská terminologie podstatná pro tuto problematiku, a současně má za cíl poukázat na závažný fakt – a sice, jak velké množství žen každoročně zažije prenatální ztrátu.

Podle statistických údajů 10 – 15 % klinicky diagnostikovaných gravidit končí spontánním potratem<sup>22</sup> (Hájek, Čech, Maršál, 2004, s. 240). Dále jsou to gravidity, které byly ukončeny pro vrozenou vývojovou vadu plodu. Vzhledem k vyšší efektivitě prenatální diagnostiky<sup>23</sup> lze na základě hlášení vrozených vývojových vad porovnat tento trend a konstatovat, že v roce 1992 byla incidence<sup>24</sup> prenatálně diagnostikovaných a ukončených případů 27,40 na 10 000 živě narozených, zatímco v roce 2008 pak 73,26 na 10 000 živě narozených (Gregor, Šípek, ©2012). Dále jsou to taková těhotenství žen, které se rozhodly pro redukcii vícečetné gravidity i s rizikem ztráty všech plodů jako následek invazivního výkonu. Velmi malé procento ukončených gravidit tvoří indikace ze zdravotních důvodů těhotné ženy (choroby plic, srdce, ledvin, zhoubný nádor, duševní onemocnění). Seznam nemocí, syndromů a stavů, které jsou zdravotními důvody k umělému ukončení těhotenství, je uveden v zákoně č. 75/1986 Sb. (Česko, 1986). Do celkové statistiky potratů spadají také gravidity ukončené do 12. týdne těhotenství na přání ženy v souladu s platnou legislativou, kterou je zákon č. 66/1986 Sb. (Česko, 1986). Česká republika se v problematice umělého přerušení gravidity řadí do nejliberalnější kategorie mezi vyspělými evropskými státy. Dobrou zprávou je, že v Česku dle Českého statistického úřadu ubývá ročně počet umělých přerušení těhotenství, přesto v roce 2006 bylo 20 300 potratů (ČSÚ, ©2017). Na druhou stranu přibývá počet potratů spontánních, jak dokladují roční statistické ročenky. Podle České zdravotnické ročenky 2012 (ČSÚ, ©2012) se množství samovolných potratů od roku 2003 zvyšuje. Do roku 2003 bylo hlášeno průměrně 10 tisíc samovolných potratů ročně. V následujících letech se podle dostupných statistických

---

<sup>22</sup> Potratem se rozumí plod, který po úplném vypuzení či vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní hmotnost je nižší než 500 gramů, anebo pokud hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů (Hájek, Čech, Maršál, 2004, s. 240).

<sup>23</sup> Prenatální diagnostika je soubor vyšetřovacích metod, které umožňují v průběhu těhotenství rozpoznat případnou patologii plodu – vývojovou nebo geneticky podmíněnou vadu

<sup>24</sup> Incidence – výskyt. Počet výskytu nových onemocnění v populaci za určitý časový úsek (Hartl, Hartlová, 2015, s. 227)



údajů spontánní potratovost pohybuje kolem 14-ti tisíc potratů ročně (povinnému hlášení podléhají všechny druhy potratů -samovolné, miniinterrupce, jiná legální přerušování těhotenství, ostatní potraty a případy ukončení mimoděložního těhotenství provedené ve zdravotnických zařízeních České republiky). Žádosti o umělé přerušování těhotenství, které nebyly realizovány, nepodléhají hlášení (Potraty 2012, 2013. s. 7).

Pokud tedy sečteme spontánní potraty, ukončené těhotenství na žádost ženy ať již do 12. týdne těhotenství, anebo do 24. týdne na základě indikace genetika pro vrozenou vývojovou vadu plodu, mimoděložní těhotenství, mrtvorozenost, můžeme hovořit o tom, že **problematika prenatalní ztráty se ročně týká každé páté těhotné ženy**, což je jistě z hlediska porodnosti velmi závažná statistika! Spontánní potrat těhotná žena neovlivní. Za rozhodnutí o ukončení gravidity je ale odpovědná.

Z našich mnohaletých zkušeností jsme však přesvědčeni, že rozhodně nelze v souvislosti s ukončením těhotenství na žádost ženy hovořit o snadném, jednoduchém, a dostupném řešení nezodpovědného sexuálního chování. Jsou to většinou ženy, které se ocitly v těžké sociální nebo ekonomické situaci – svobodné, opuštěné, sociálně izolované ženy, kterým schází konkrétní pomoc anebo podpora partnera v případě potvrzení těhotenství. Žena, která nechtěně otěhotní, stojí před nelehkým úkolem rozhodnout se, pokud je ještě čas, zda si těhotenství ponechá anebo jej ukončí. V tomto případě by měl ošetřující gynekolog, nebo porodní asistentka, spolupracovat se sociální pracovníci, která dokáže poskytnout individuální pomoc. Jedním z mnoha řešení této problematiky mohou být podpůrné programy pro těhotné ženy i mateřská centra, která nabízejí bezpečné zázemí budoucím matkám, dětem anebo i rodičům ke sdílení, vzájemné podpoře a spolupráci. Základním posláním mateřských center je primární prevence patologických jevů v rodině a ve společnosti. Matky mají možnost osvojit si řadu sociálních dovedností, sdělovat si zkušenosti, získat praktické dovednosti ve vzájemné spolupráci (Ratislavová, 2008, s. 30 – 32). Ze zkušenosti však víme, že pokud žena vysloví přání graviditu ukončit, je její přání plně respektováno a není jí nabídnuta možnost kontaktovat sociální pracovníci a probrat s ní konkrétní pomoc v případě, že by si těhotenství ponechala.

Tato kapitola se nebude a nemůže dotýkat pouze objasnění pojmů, statistik souvisejících s prenatalní ztrátou. Za velmi podstatné v ní považujeme také zamyšlení nad etickými otázkami – úctou k životu, ochranou nenarozeného života, a z toho plynoucí celou řadou etických otázek a problémů, které se dotýkají mnoha oblastí jak společenského života, tak i života jednotlivců.

### 2.1.1 Vymezení pojmů souvisejících s prenatální ztrátou

Za velmi podstatné považujeme objasnění pojmů souvisejících s prenatální ztrátou.

Ke klíčovým slovům této práce patří slovní výraz *prenatální*. Za období prenatální je považováno období od početí až po narození, tzn. vztahující se k celému období před narozením. V souvislosti s tématem krizové intervence při prenatální ztrátě hovoříme o všech těhotenstvích, která vznikla, byla diagnostikována, ale nenarodilo se z nich živé dítě.

V odborné literatuře zabývající se ztrátou těhotenství a následně psychologickou podporou se častěji můžeme setkat s výrazem *perinatální*<sup>25</sup>. Za perinatální období je považováno období viability<sup>26</sup> plodu, tzn. období, kdy je plod již schopen přežít, samozřejmě za podmínek zahájení okamžité intenzivní lékařské péče, období stanoveného termínu porodu a období ukončených šesti týdnů po porodu. V České republice je za hranici viability považována hranice 24. týdne těhotenství. Česká republika se dlouhodobě řadí mezi vyspělými zeměmi na první místa s nejnižší perinatální úmrtností, která je ukazatelem vynikající kvality zdravotní péče, a sice na 4,3 ‰ (Hájek, 2004, s. 415). Každá země má stanovenou hranici viability, tzn. období, kdy se zahajuje intenzivní péče o novorozence. Jen pro zajímavost uvádím, jak mají hranice viability stanoveny jiné vyspělé země, např. v Japonsku je to hranice 22. týdne těhotenství, Velká Británie, Irsko, Německo, severní Švédsko a Česká republika mají stanovenou hranici na 24. týden těhotenství a v Holandsku, jižním Švédsku, Dánsku a ve Francii je to 25. týden těhotenství (Zlatohlávková, ©2012). Hranici viability zde v souvislosti s prenatální ztrátou zmiňují z jednoho podstatného důvodu, a sice že pro rodiče, kterým se narodí dítě na hranici viability, se jedná o snad nejtěžší rozhodnutí v jejich životě – zda dítěti poskytnout a zahájit intenzivní péči anebo zda poskytnout pouze péči bazální. Výsledky na této hranici jsou velmi nejisté<sup>27</sup>, stejně tak jako matematizace prognózy v intencích medicíny (Zlatohlávková, ©2012). V současné době v perinatologických centrech v ČR převládá Strategie bezpodmínečného respektu k rozhodnutí rodičů (Zlatohlávková, ©2011).

Ve své mnohaleté praxi porodní asistentky jsem se často ze strany lékařů setkávala, a stále setkávám při komunikaci s těhotnou ženou s tím, že pokud diagnostikovali chybějící akci srdeční u mladší gravidity, domnívali se a domnívají, že když matka ještě necítí pohyby miminka, a je teprve v začátku těhotenství, tak pro ni prožívání ztráty není tak bolestné, jako když se jedná o období těsně před termínem porodu. I to byl jeden z důvodů, proč se věnuji ženám

<sup>25</sup> Např. autoři Takács, Sobotková, Šulová, Ratislavová

<sup>26</sup> Viabilita = životaschopnost

<sup>27</sup> In: Tannert et al. 2007. *Objektivní medicínská nejistota – Koncept etiky nejistoty*.

s prenatalní ztrátou, tzn. i ženám v začátku gravidity. Tyto negativní zkušenosti potvrzuje i Friedmanová a Cohenová (1982, s. 173): „*Spontánní potrat v prvním trimestru často není vnímán zdravotnickou komunitou jako významný*“. Bohužel musíme konstatovat, se během několikátí desetiletí praxe ve zdravotnických zařízeních, resp. vnímání a přístup k problematice spontánního potratu lékaři, příliš nezměnila.

V oblasti krizové intervence při prenatalní ztrátě je jakékoli neúspěšné těhotenství zásadní problematikou – buď vytužené těhotenství nepřichází, anebo nastalo těhotenství nechtěné, hrozí, že nastane spontánní potrat. Proto také za velmi podstatné k tomu tématu považují stručné přiblížení pojmu *potrat*. Potratem se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní hmotnost je nižší než 500g, nebo hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22. týdnů (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 240).

Přibližně ke třem čtvrtinám spontánních potratů dochází před 16. týdnem gravidity. Jak jsme již jednou v této práci zmínili, podle zahraničních studií téměř 20% klinicky diagnostikovaných gravidit končí spontánním potratem (Tierney et al., 1995, s. 536).

Podle mezinárodní klasifikace nemocí je rozdělení potratů následující:

- Potrat samovolný, spontánní
- Potrat indukovaný, legální, terapeutický:
  - umělé ukončení těhotenství na žádost ženy<sup>28</sup>
  - zdravotní indikace ze strany ženy<sup>29</sup>
  - zdravotní indikace ze strany plodu<sup>30</sup>

Od 1. ledna 2016 dosud, podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky, je hlavní změnou snížení druhů potratů z pěti na čtyři. Rozlišujeme potrat samovolný<sup>31</sup>, mimoděložní<sup>32</sup>, umělý<sup>33</sup> a ostatní<sup>34</sup> potraty. Sledování množství potratů je možné díky povinnosti hlásit všechny jeho druhy.

---

<sup>28</sup> Lze provést dle §12 zákona č.66/1983 (Česko, 1983), o umělém přerušení těhotenství, na vlastní žádost a bez udání důvodu

<sup>29</sup> Seznam nemocí, syndromů a stavů, které jsou zdravotními důvody, jsou uvedeny v zákoně 467/1992 Sb.

<sup>30</sup> Lze podle zákona o umělém přerušení těhotenství provést na základě indikace genetika do 24. týdne těhotenství.

<sup>31</sup> Potrat samovolný, neboli spontánní je potrat, který vzniká jako následek různých nepříznivých faktorů (vývojové vady, infekce, aj.), (Roztočil, Bartoš, 2011, s 204)

<sup>32</sup> Těhotenství uhnížděné mimo dělohu (např. ve vejcovodu) je vždy indikací k okamžitému ukončení těhotenství pro život ohrožující stav matky (Pařízek, 2012)

<sup>33</sup> Jde o indukovaný potrat (interrupce) neboli potrat vyvolaný cíleně, ať již na přání těhotné, či ze zdravotních důvodů (ze strany plodu či ze strany matky) Obecně je to zákrok zabraňující dalšímu vývoji plodového vejce.

Pro kompletní doplnění názvosloví je nutné zmínit *syndrom mrtvého plodu*. O syndromu hovoříme proto, že při zjištění mrtvého plodu a následně jeho porodu mohou nastat komplikace, které závažně ohrožují zdravotní stav i život matky. Pod tento syndrom zařazujeme podle novely zákona všechna úmrtí plodu v těhotenství, a za porodu, kdy se narodí plod s hmotností vyšší než 500g bez známek života. Mrtvorozenost je v České republice několik let stabilní<sup>35</sup> a pohybuje se kolem 3 – 4 ‰ (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s 434).

### 2.1.2 Etické aspekty umělého přerušení těhotenství

V této práci se chceme také zamyslet nad etickými otázkami – úctou k životu, ochranou nenarozeného života, a z toho plynoucí celou řadou etických otázek a problémů, které se dotýkají mnoha oblastí jak společenského života, tak i života jednotlivců. Na jedné straně jsou ženy, které absolvují opakovaně pokusy o umělé oplodnění ve snaze a obrovské touze po dítěti, na straně druhé jsou ženy, kterým současná platná legislativa umožňuje bez udání důvodu těhotenství ukončit. Na straně jedné se můžeme v ordinaci setkat se ženou, která odchází v pláči nad neúspěšným těhotenstvím, a po ní přichází žena s vitální graviditou, ale s žádostí o ukončení tohoto těhotenství.

Na konferenci Etika a komunikace v medicíně v roce 2011 bylo diskutováno postavení plodu v současné právní legislativě. Dosud není plodu přiznán ontologický status osoby, který by znamenal jeho začlenění do lidské společnosti se všemi právy, plod má pouze potenciál stát se lidskou bytostí. Lékaři a právníci se zamýšleli nad otázkou „Pouze potenciál – může tedy mít samotný potenciál přiznána lidská práva?“ Práva slouží k ochraně lidské svobody, plod zatím svobodu nemá, nedisponuje mentální kapacitou k jejímu vykonávání. Proto morální hodnotu plodu určuje lidská morální společnost. V oblasti reprodukčních práv existují po celém světě dvě protichůdná hnutí: „hnutí pro life“ – tedy hnutí za právo na život<sup>36</sup> a „hnutí pro choice“ – tedy hnutí prosazující myšlenku, že žena a její lékař mohou rozhodnout o ukončení života

---

Umělé přerušení těhotenství se dále člení podle stáří gravidity, a to na miniinterrupce do 8. týdne těhotenství a UPT do 12. týdne těhotenství, lékařsky indikované přerušení těhotenství do 24. týdne těhotenství (v ČR pouze ze zdravotních důvodů) a jiné legální UPT (mimoděložní a ektopické těhotenství), (Zákon č 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství).

<sup>34</sup> Zamlklý potrat označuje stav, kdy plod či embryo odumírá v děloze a plod není vypuzen. Odumřelé plodové vejce nevyvolává děložní kontrakce a zůstává v děloze (Roztočil, Bartoš, 2011, s 205 – 209).

<sup>35</sup> ŠTEMBERA, Zdeněk. *Vývoj frekvence porodnických operací a perinatální úmrtnost v České republice ve srovnání s ostatními zeměmi*. 1995. In: Česká gynekologie 60, s. 131 – 138.

<sup>36</sup> Hnutí pro life – hnutí za právo na život (right to life movement) či hnutí pro život (pro life movement) je souhrnné označení pro stoupence na ochranu lidského života od jeho početí až po přirozenou smrt. Největší světovou organizací pro life je InternationRight to Life Federation a Human Life Internation, a v české republice je to Hnutí pro život ČR (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 108 – 109).

ještě nenarozeného dítěte (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 108 – 109). V novodobých dějinách první zemí, která legalizovala potraty, byl v roce 1920 Svaz sovětských socialistických republik. V roce 1933 schválil Adolf Hitler zákon Progeny (zákon o prevenci dědičných chorob, který mj. umožňoval i potrat plodů, které „nebyly rasově cenné“). Po druhé světové válce v roce 1948 byla legalizace potratů schválena v Japonsku, z evropských zemí následovalo v roce 1967 Spojené království Velké Británie. V České republice jsou potraty schváleny a povoleny zákonem od roku 1961 dosud. Od roku 1973 jsou potraty legální v celých Spojených státech amerických (Ptáček, Bartůněk a kol., 201, s. 108 – 109).

Neporušitelné právo na život každé lidské bytosti a práva rodiny i manželství jsou základní mravní hodnoty. Za základní práva v této souvislosti je třeba připomenout právo na život, právo rodiny a manželství, kam patří také právo dítěte na početí, zrození a život v manželské rodině s otcem a s matkou, a dále na výchovu ze strany obou rodičů, tedy otce i matky. Povinností veřejné moci je postupovat tak, aby občanský zákon byl usměrňován základními předpisy morálního zákona, pokud jde o lidská práva, lidský život a rodinu (Bahounek et al., 2007, s. 100 – 102).

Nedílnou součástí jak zdravotníků, tak i sociálních pracovníků, je dodržování etických norem a předpisů, které jsou závazné pro výkon této profese. To mimo jiné znamená, že právní předpisy (zákon, vyhlášky) představují jakési morální minimum, ať psané či nepsané, a etické, neboli morální normy upravují mnohem širší oblast společenských vztahů (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 19). Sociální, sociálně zdravotní pracovník, je vázán profesní povinností dodržovat normy a zákonná ustanovení, což do jisté míry ztěžuje jeho vztah ke klientům (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s 86).

Vzhledem k tomu, že dilematické situace jak zdravotní, tak i sociální, stále při poskytování péče přibývají, úměrně s tím vznikají nové kodexy a doporučení. V České republice byl v roce 1995 vydán Etický kodex sociálních pracovníků a jeho poslední revize proběhla v roce 2006 (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s 81 – 85).

Lékaři se řídí Přísahou Hippokratovou, Etickým kodexem České lékařské komory (s účinností dne 22. července 2007), z roku 1998 je v platnosti Etický kodex Českomoravské společnosti psychologické a sestry jsou povinny řídit se Etickým kodexem sester, který byl vypracovaný Mezinárodní radou sester a je platný od 29. března 2003 (Jankovský, 2018, s. 224 – 256).

Ve všech pomáhajících profesích je nutné správně skloubit znalosti odborné s lidským přístupem ke klientovi. Vše se musí odehrávat v součinnosti s platnými právními normami a etickými principy. Právě etika jednání jak zdravotního pracovníka, tak sociálního pracovníka, hraje

významnou roli v komunikačním procesu s klientem a tím velmi ovlivňuje následnou péči a pomoc, ale současně i ovlivňuje pocit důvěry klienta v pomáhajícího pracovníka.

### 2.1.3 Aktuálnost tématu prenatální ztráty k sociální pedagogice

Jedním ze *základních posláních sociální pedagogiky je výchova k zdravému životnímu stylu*.

Podle WHO je zdraví stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody. Podle Bakošové (2011, s. 70 – 75) zdraví ovlivňují osobnostní faktory (biologické, psychologické, sociální a duchovní), faktory životního stylu, životní prostředí a sociální faktory. Z pedagogického hlediska životní styl lze chápat jako uspořádání životních podmínek, které tvoří soulad mezi individuálními a společenskými potřebami, soulad mezi rodinným, pracovním a společenským životem. Kraus (20085, s 49) vidí pedagogický aspekt výchovy k zdravému životnímu stylu jako vštípení návyků tělesné a duševní hygieny, s důrazem na programy zaměřené na prevenci.

V souvislosti s těhotenstvím je nutné zmínit, že mezi nejrozšířenější společensky tolerovanou drogou patří alkohol<sup>37</sup>. Svými zdravotními a sociálními důsledky je pro společnost mnohem nebezpečnější než užívání tzv. nelegálních drog. Působí toxicky především na játra, a v těhotenství prochází alkohol volně placentární bariérou a působí toxicky na plod. Více než dvacet studií spojuje potrat se zvýšenou mírou užívání drog a alkoholu. Což může být v důsledku spojeno s násilnickým chováním, rozvodem, ztrátou zaměstnání, příp. jinými negativními důsledky (Haasová, 2014, s. 23). Kouření je jednoznačně nejrozšířenější závislostí u českých těhotných žen. Přesná čísla nejsou k dispozici, ale odhaduje se, že až jedna pětina žen kouří v průběhu těhotenství. Negativní vliv na těhotnou a její plod má i pasivní kouření (Hájek, 2004, s. 229). V souvislosti s pasivním kouřením je velkým přínosem pro společnost přijetí zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek<sup>38</sup>, který nabyl účinnosti 31. 5. 2017. Mezi faktory ovlivňující závislost, drogovou, ale i na alkoholu, či nikotinu, patří prostředí fetující party, rozvrácené rodiny, nedostatek rodičovské péče, osamělost, kriminální subkultura. Bylo prokázáno, že člověk reaguje na známé prostředí, spojené s aplikací drogy<sup>39</sup>, excitací mozkových center, jako je tomu při aplikaci drogy samotné, a to i tehdy, kdy mu v době testu nebyl žádná droga aplikována. Prostředí v tomto případě působí jako podmíněný

---

<sup>37</sup> BLUM, NOBLE, SHERIDAN. 1990. *Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism*. In: American Med. Association 263, s. 2055 – 2060.

<sup>38</sup> Zákon č. 65/2017 Sb. Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek

<sup>39</sup> American Academy of Pediatrics, Committee of drugs. *Neonatal drug, with drawal*. 1998. In: Pediatrics 101, s. 1079-1087.

externí posilovač závislosti (external reinforcement)<sup>40</sup>. Pro psychickou závislost má prostředí pro závislého stejný význam jak droga sama. Těhotenství představuje pro závislou narkomanku závažnou životní komplikaci. Těhotenství ale nepředstavuje pro většinu z nich dostatečný podnět ke změně stereotypů jejich chování. Malnutrice těhotných narkomanek a karence řady vitamínů jsou dalšími rizikovými faktory ovlivňující průběh těhotenství<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> KILLIAM, OLDS, SINCLAIR. 1957. *Further studies on the effects on centrally acting drugs on the results of self-stimulations*. In: J. Pharmacol, Exp. Ther. 119, s. 157 – 163.

<sup>41</sup> VAVŘINOVÁ, BINDER, ŽIVNÝ, ZAPADLO, DOKOUPILOVÁ. 2001. *Vliv malnutrice drogově závislých žen na porodní hmotnost jejich novorozenců*. In: Česká gynekologie 66. s. 32 - 37

### 3 KRIZOVÁ INTERVENCE, KRIZOVÁ INTERVENCE PŘI PRENATÁLNÍ ZTRÁTĚ

Tato kapitola by měla ukotvit nosné téma rigorózní práce, vymezit klíčové pojmy a přiblížit význam poskytování krizové intervence ženám při prenatální ztrátě. Téma krizové intervence při prenatální ztrátě se úzce vztahuje k oblasti výzkumu, který je hlavním smyslem této rigorózní práce. Při hledání zdrojů k sepsání této práce souhlasíme s názorem Čepického a Líbalové (2007, s. 101), že lze najít mnoho příspěvků, publikací ať již pro laickou či odbornou veřejnost na reakci těhotných žen na ztrátu perinatální, ale spontánní potrat a prožívání ženy po spontánním potratu – tedy po ztrátě prenatální není dosud významně popsáno. Vysvětluje se tím, že není k dispozici dostatečně velký soubor, na kterém by bylo možné tuto studii provést a také tím, že spontánní potrat je především ze strany zdravotnického personálu bagatelizován. Práce Haasové (2014), která provedla narativní interview s šesti ženami po spontánním potratu, a závěr jejího výzkumné sondy dokázal, že většina participantek prožívala potrat velmi bolestivě, chybělo jim partnerovo sdílení ztráty. Dokázaly jasně oddělit partnerovu podporu – té se jim dostalo vždy, ale sdílením měly na mysli viditelný partnerův zármutek. Polovina participantek si prošla intenzivním procesem truchlení a popsaly jeho intenzitu a důležitost, druhá polovina neměla prostor pro proces truchlení a určitě by truchlení ocenily. Čtyři z šesti participantek měly zájem si procesem truchlení projít a popisují ho jako podpůrný a očišťující. Velmi alarmující je, že participantky uvedly nešetrná sdílení okolí, ve zdravotnickém prostředí nedostatek empatie a z něho vycházející přístup ze strany lékařů, kdy *„je sice postaráno o fyzickou stránku, psychická zůstává neošetřena. Samy ženy tomu často přispívají svou „odpojenou“ reakcí, která mimo jiné odpovídá i prvnímu stádiu prožívání ztráty, kterou je fáze šoku a otupělosti. Ta může být lékaři vykládána jako dobré zvládnutí ztráty.“* Z výsledků výzkumné sondy Haasové (2014, s. 75) vyplynulo, že existují dva zásadní vnější vlivy, a to emocionální sdílení s partnerem a přijetí a respektování této ztráty společností v takovém rozsahu, aby vznikl prostor, který by ženám umožnil a podpořil svobodné truchlení.

#### 3.1 Krizová intervence – úvod do obecné problematiky krizové intervence

Pro pomoc v psychické krizi se vžil název krizová intervence, který zdomácněl i mimo psychiatrii a klinickou psychologii. Jde o komplexní přístup, přizpůsobený zvláštnostem člověka ve stavu psychické krize (Klimpl, 1998, s. 65).



### 3.1.1 Aktuálnost tématu krizové intervence při prenatalní ztrátě k sociální pedagogice

Významní sociální pedagogové, Kraus (2008, s. 133 – 172), Bakošová (2001, s. 22 – 24) vnímají *sociální pedagogiku jako životní pomoc*. Podle Krause (2008, S. 135) v dnešní době, která přinesla výrazné změny a je označovaná jako postmoderní, vzrůstá význam pomoci a význam pomáhajících profesí. Tato pomoc může mít různé podoby, v souvislosti s krizovou intervencí při prenatalní ztrátě to je pomoc:

- zdravotní
- poradenská
- výchovná
- vzdělávací.

Bakošová (2005) vnímá sociální pedagogiku jako pedagogiku pozitivní, jejímž cílem je poskytovat pomoc. Fenomén pomoci vycházející z lidského altruismu se uplatňuje v nejrůznějších situacích, v nichž člověk potřebuje pomoc – v případě prenatalní ztráty se jedná o situaci specifickou, tzv. náročnou či krizovou.

Podle Krause (2005, s. 136 – 137) pomoc poskytnutá pracovníkem pomáhající profese může mít charakter:

- poskytování opory (ochota naslouchat, neodsuzovat, empatický postoj, snaha o stabilizaci, navázání důvěry),
- výchovně – vzdělávacího působení (vysvětlování příčin, souvislostí, hledání řešení dané situace, přinášení nových aktuálních informací souvisejících s daným problémem),
- poradenský (společné hledání možných konkrétních postupů řešení, kontaktování dalších institucí a organizací, které by mohly přispět k řešení problému).

Matoušek (2003) zmiňuje nezbytnost přípravy pracovníků pomáhajících profesí na situace, v nichž se mohou setkat s klientem v krizi.

Sociální pedagogika má transdisciplinární a výrazně integrující charakter (Kraus, 2005, s. 52 – 58). Má blízko mj. k vědním disciplínám jako je psychologie, medicína, sociologie, sociální a kulturní antropologie, filozofie, právo, pedagogika, teologie, sociální práce. Sociální práce má v současnosti k sociální pedagogice nejbližší.

### 3.1.2 Historické ohlédnutí na krizová centra v Evropě

Historie krizové intervence, vývoj její teorie a techniky nejsou dlouhé. Evropským modelem v péči o osoby v krizi se v současnosti stala krizová centra. Krizová centra začala vznikat po první světové válce a navázala na hnutí mentální hygieny. Ve Vídni byla v letech před druhou

světovou válkou zřízená dobrovolná záchranářská společnost, která měla sloužit osobám ohroženým sebevraždou. V jejím rámci začalo pracovat poradenské centrum pod vedením Wilhelma Börnera. V tomto poradenském centru pracovali lékaři, právníci, a další odborníci, mezi nimi i Viktor Emil Frankl<sup>42</sup>. Zařízení, které bylo v provozu téměř deset (1928 – 1938), poskytl pomoc více než sedmi tisícům lidí (Vodáčková, 2012, s. 197). Rychlý rozvoj krizových služeb nastal po druhé světové válce, protože velký význam měly zkušenosti psychiatrů získané za druhé světové války, stejně tak jako nové praktické dovednosti spojené s péčí o válečné veterány a další osoby, které hrůzy války přežily. Ve Vídni bylo roku 1948 založeno první ambulantní krizové centrum v rámci sociálních aktivit arcidiecéze. V Paříži bylo první krizové centrum zřízeno roku 1967 z příjímacího oddělení psychiatrické nemocnice. V Evropě v posledních čtyřiceti letech vznikala centra krizové intervence, mezi která patří krizová telefonická pomoc, ambulantní a mobilní služby a lůžková zařízení. Jsou zvláště v posledních letech preferovanými zařízeními z pohledu zdravotních pojišťoven, což je pro klienty vyžadující krizovou pomoc velmi podstatné – krizová intervence je podle druhu zařízení bezplatnou službou – v ČR je v nemocničních zařízeních hrazena z veřejného zdravotního pojištění<sup>43</sup> a v zařízeních poskytujících sociální služby je také pro klienty vyžadující tuto okamžitou krizovou pomoc neplacenou, a tím pádem všem dostupnou službou.

### 3.1.3 Americké studie a zařízení krizových center

V souvislosti s náhlou ztrátou, truchlením lze zmínit americkou studii Erika Lindemanna<sup>44</sup>, která se zabývala adaptivním a neadaptivním zvládnutím psychického traumatu. Autor popsal reakce pozůstalých<sup>45</sup> po obětech katastrofálního požáru v bostonském nočním klubu, kde v roce 1942 přišlo o život nebo bylo těžce zraněno mnoho mladých lidí slavicích fotbalové vítězství.

---

<sup>42</sup> Vídeňský profesor neurologie a psychiatrie (1905-1997) patří mezi nejvýznamnější osobnosti moderního uvažování o člověku, jeho lékařská analýza daleko přesáhla rámec medicíny a vstoupila na pole filozofie, vypracoval samostatný psychoanalytický systém, který nazval logoterapie (Viktor E. Frankl, 1994, s. 7).

<sup>43</sup> Odpovědnost za zdraví občanů na sebe do jisté míry přebírá stát, přístup je nazýván etatismem – lidé se mohou spolehnout, že stát převezme záruky za jejich práva a rovnost, stát zde znamená solidaritu všech občanů na úkor některých svobod jednotlivců, zdravotní politiku vykonává stát mj. prostřednictvím veřejného zdravotnictví, jež představuje komplexní interdisciplinární obor, zaměřený na široce chápanou problematiku zdraví, péče o zdraví a zdravotnictví (Baštecká, Mach, 2015, s. 226 – 227)

<sup>44</sup> In: Lindemann, E. 1944. *Symptomatology and Management of Acute Grief*. Am. J. Psychiat, 101, s. 141-148.

<sup>45</sup> Studie uvádí celkem 101 lidí

V roce 1948 vybudoval Lindenmann a Caplan na předměstí vyšší střední vrstvy ve Wellesey<sup>46</sup> netradiční instituci duševního zdraví Human Relation Servis. Jejím smyslem bylo pomoc duševně normálním jedincům v překonání krizí a vytvoření adaptivních vzorců chování pro překonání dalších krizí. Jako poradci tam pracovali lékaři, právníci, duchovní, policisté a zainteresovaní laici. V druhé polovině dvacátého století vznikala na obdobném principu další zařízení<sup>47</sup>, kde již ovšem pracovali zdravotničtí pracovníci. Rozvoj sítě krizových center nebyl ani v USA bezproblémový. Ze studie National Institute of Mental Health (1976) vyplývá, že v mimopracovní době většina center přístupná nebyla, dále že byla vyhledávána osobami sociálně deprivovanými nebo klienty, kteří přicházeli s problematikou netýkající se krizové intervence (Vodáčková, 2012, s. 197).

### 3.1.4 Krizová centra v České republice

První krizové centrum v České republice zahájilo svůj provoz několik dnů po listopadové revoluci dne 5. prosince 1989 v Brně – Bohunicích jako Krizové centrum Psychiatrické kliniky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity. Poskytuje ambulantní i telefonickou krizovou intervenci, disponuje i deseti lůžky a tím umožňuje krátkodobou hospitalizaci. V České republice od roku 1992 poskytuje výjezdovou službu pražský RIAPS (Vodáčková, 2012, s. 198).

Krizová centra v České republice poskytují pomoc prezenční<sup>48</sup> a distanční<sup>49</sup>. Kromě toho, že krizové centrum plní funkci diagnostickou a terapeutickou, může pro klienta v krizi znamenat i důležitý systém sociální opory, pokud přirozené zdroje sociální opory nefungují anebo zcela absentují.

Kromě výše uvedených základních úkolů může krizové centrum:

- spolupracovat s jinými pomáhajícími institucemi,
- pomáhat při organizování podpůrných a svépomocných skupin,
- rozšiřovat a popularizovat poznatky na téma krize a její zvládnání,
- iniciovat vznik specializovaných institucí zaměřených na řešení problémů vyskytujících se v určitých sociálních skupinách,

---

<sup>46</sup> Boston, stát Massachusetts

<sup>47</sup> Od roku 1958 v Bronxu, Precipitating Stress Project (v rámci Langley Porter Neuropsychiatric Institute)

<sup>48</sup> Prezenční pomoc je založena na osobní přítomnosti jednotlivých aktérů krizové intervence a zahrnuje ambulantní, terénní a pobytové služby.

<sup>49</sup> Distanční forma pomoci zahrnuje pomoc telefonickou a internetovou

- informovat o své existenci a možnosti pomoci klientů v krizi pomocí masmédií (Badura-Madej, W., 1999, s. 76).

V krizovém centru působí multidisciplinární tým, jehož členy jsou zpravidla psychologové, sociální pracovníci, lékaři, zdravotníci (zdravotní sestry). Velmi úzce mohou s tímto týmem spolupracovat také další odborníci (právník, duchovní), ale i dobrovolníci a školení laici (Špatenková, 2011, s. 22).

Zmapovat současnou situaci krizových služeb v regionech je značně složité. Mnoho služeb, které vznikly s úmyslem poskytnout krizovou intervenci, se musely během doby nějak přeměnit, a to nejčastěji z finančních důvodů. Ve většině regionů krizová centra existují, bohužel v menším rozsahu než je tomu v Praze a v Brně, ale fungují v menším a omezenějším rozsahu. Právě proto za velmi podstatné považujeme, aby každá žena, která odchází z nemocnice po prenatální ztrátě, dostala konkrétní kontakt na případnou pomoc v krizi v místě jejího bydliště. Tento kontakt může, ale nemusí využít, ale často by tím takové ženě dodal pocit jistoty a bezpečí, kam a na koho se v případě nutnosti může s důvěrou obrátit.

### 3.1.5 Definice krizové intervence

V úvodu kapitoly budeme definovat pojem krizová intervence. Podle Vodáčkové (2012, s. 60) je „**krizová intervence** odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek“.

Podle Špatenkové (2017, s. 14) „**krizová intervence** představuje časově omezený, ale intenzivní zásah v krizi. Kromě časového omezení je limitovaná také v dosahu. Cílem není vyřešit situaci jedince, ale stabilizovat ho, podpořit jeho kompetence krizi řešit a případně ho nasměrovat k dalším účinným zdrojům pomoci. Krizová intervence sama o sobě tedy krizi (ne)vyřeší, ale může pozitivně ovlivnit její průběh a dopad. Jejím smyslem není například zlepšení mezilidských vztahů daného jedince, k tomu ovšem může následně dojít. Primárním posláním není také modifikace chování jedince, pokud taková změna chování není přímo prostředkem ke zvládnutí řešení krize. Možnosti krizové intervence se mohou jevit jako limitované, ale zaměření na aktuální problém je ve svém důsledku velmi efektivní. Je-li to nutné nebo vhodné, mo-

hou se na ni navazovat další formy pomoci (např. poradenství nebo terapie), které mají širší dopad než samotná krizová intervence“.

Klimpl (1998, s. 65) definuje krizovou intervenci jako „komplexní přístup, přizpůsobený zvláštností člověka ve stavu psychické krize“. Podle Klimpla definice krizové intervence jako metody zdůrazňují:

1. vztah k teorii krize a psychoterapii,
2. uplatnění krizové intervence v rámci organizačních struktur zdravotnictví,
3. zásady neodkladnosti, snadné místní dosažitelnosti, týmové práce a časově limitované délky terapie (Klimpl, 1998, s. 65)

Podle Vodáčkové (2012, s. 60) krizová intervence s sebou obvykle přináší účinek změny – nejde však o psychotherapeutický záměr, který tuto změnu vyvolává, spíše klientovu schopnost svůj prožitek z vyřešené krize integrovat do dalšího života – uchopit smysl a příležitost krize.

Ze všech výše uvedených definic vyplývá, že krizová intervence je odborná metoda zaměřená na pomoc lidem v psychické krizi, napomáhá dosažení nové psychosociální rovnováhy u zdravých lidí, kteří se ocitnou v extrémně obtížné situaci – tedy jako pomoc u reakce na výjimečnou zátěž, což potrat nebo smrt nenarozeného dítěte bezesporu je.

### 3.1.6 Vymezení krizové intervence a psychoterapie

Krizová intervence znamená zásah, zákrok, respektive zakročení v krizi. Je to specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi, tedy v situaci, která způsobuje změnu v jejich navykším způsobu života a vyvolává stav nerovnováhy, ohrožení a stresu (Matoušek, 2003, s. 120). V mnoha publikacích o krizových stavech a krizové intervenci není úplně jasná hranice mezi krizovou intervencí<sup>50</sup> a psychoterapií<sup>51</sup>. Pojem krizová intervence bývá často spojován s teoriemi a technikami krátkodobé psychoterapie<sup>52</sup>. Jak krizová intervence, tak krátkodobá psychoterapie, získávají v posledních desetiletích celosvětově stále větší význam, protože jde

---

<sup>50</sup> Crisis intervention – zaměření na akutní potíže, cílem zeslabení intenzity krize a zklidnění (Hartl, Harlová, 2015, s. 239).

<sup>51</sup>např. **dynamická psychoterapie** (vychází z předpokladu existence psychických sil ovlivňujících duševní pohyby jedince (proces, pud, vývoj, konflikt, vědomé a nevědomé duševní pohyby jedince, považuje za zdroj symptomatického chování existenci traumat a konfliktů), **rodinná terapie** (přístup k rodině jako samostatné vztahové struktuře), **systemická terapie** (forma rodinné terapie vycházející z předpokladu, že léčebnou jednotkou je problémem utvářený systém), **Ericksonovská psychoterapie** (důraz kladen na individualitu, flexibilitu, tvořivost a svobodu), **Rogersovská psychoterapie** (empatická psychoterapie, psychoterapie rozhovorem a vedená klientem).

<sup>52</sup> V období po druhé světové válce řada psychotherapeutů prosazovala metody krátkodobé terapie, na něž se nahlíželo v lepším případě jako na oportunistickou, v horším případě jako na druhořadou formu terapie, krátkodobých intervencí se užívalo od samých začátků psychoanalýzy.

o rozšířenou metodu, která je dostupná širokým vrstvám obyvatel. Prvky užívané v krizové intervenci bývají součástí komunikačních výcviků lékařů, sester, sociálních pracovníků, psychologů nebo duchovních, a stávají se tak součástí běžných dovedností při jednání s nemocnými, nebo s lidmi, kteří potřebují pomoc a útěchu (Klimpl, 1998, s. 89 – 90). Krizová intervence má jiné cíle než psychoterapie (zeslabení intenzity krize, redukovat pocit nebezpečí, ohrožení), jiný odlišný časový rámec (trvá po dobu klientova krizového stavu), jiný záběr z hlediska hloubky pohledu na problém (soustředí se na problém tady a teď, pracuje s tím, co je v tuto danou chvíli akutní, nejzřetelnější, nejpotřebnější). Harlt s Harlovou (2015, s. 488) psychoterapii vymezují jako „*lечение душевних chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí, je jedním z účinných způsobů psychické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky*“.

Krizová intervence nabízí jen dočasnou stabilizaci do doby, kdy lze poskytnout dlouhodobější pomoc. Můžeme jí chápat jako stabilizační zásah, který však v řadě případů může být plně postačující, a není nezbytné, aby na krizovou intervenci dále navazovala dlouhodobější, např. psychotherapeutická pomoc.

### 3.1.7 Znaky krizové intervence

Krizová intervence – či krizová pomoc – zahrnuje různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí. Krizová intervence pak představuje komplexní, intenzivní a eklektickou pomoc. Jedná se především o pomoc:

- praktickou,
- psychologickou (časově omezený terapeutický kontakt zaměřený na problém, který krizi vyvolal),
- zdravotnickou, resp. lékařskou (ošetření, stabilizace zdravotního stavu, v nezbytně nutném případě medikace psychofarmaky, hospitalizace),
- sociální (zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění),
- právní (ta může být v omezeném rozsahu poskytnuta také sociálním pracovníkem), (Špatenková, 2017, s. 43 – 44).

Baštecká (2005, s. 195) v souvislosti s krizovou intervencí hovoří o pomoci psychosociální, psychologické, duchovní, materiální a finanční.

Krizová intervence je prakticky zaměřená činnost. Má své specifické znaky<sup>53</sup>:

- okamžitá pomoc
- redukce ohrožení
- koncentrace na problém „tady a teď“
- časové ohraničení
- intenzivní kontakt klienta s krizovým interventem
- strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní přístup krizového intervenanta
- individuální přístup (Špatenková, 2017, s. 42 – 46).

Tradiční model krizové intervence je založený na poskytnutí emocionální podpory a pocitu bezpečí. Na pomoci s konkrétními záležitostmi a na redukci úzkosti a strachu. Na podpoře, pomoci a péči osobě v krizi, kdy není schopná vlastního rozhodování a jednání. Krizová intervence nemůže vyřešit všechny problémy jedince, ale jedním z prioritních cílů krizové intervence je podpořit využití vlastních zdrojů pomoci, případně zajistit dostupnost zdrojů vnějších.

### 3.1.8 Krize, průběh krize

Je také podstatné objasnit, co to vlastně *krize* je. Pro objasnění pojmu krize a teorie krizové intervence je důležité zmapovat myšlenkové zdroje, rozvoj krizových služeb ve světě.

Teorie krize vycházejí z různých myšlenkových zdrojů a popisují krizi z různých hledisek – od sociologických (E. Durkheim), přes psychologické a psychoanalytické (S. Freud, H. Henseler), až po medicínské a přírodovědné (K. Thorm, C. K. von Weiszäcker) (Lorenc, ©2003).

Caplan (1964, s. 18), který bývá označován jako zakladatel krizové intervence, popisuje krizi „jako překážku, která je momentálně nepřekonatelná za použití obvyklých způsobů řešení problémů“. Caplan se věnoval především reakcím u různých typů vývojových krizí a jako první psychiatr použil pojem homeostázy v krizové intervenci a v popisu fází krize. Podle Caplana dochází v krizi k narušení emoční rovnováhy. Podle intenzity ohrožení krizí klasifikoval čtyři stádia běžné reakce na krizi, které se vyznačují různými adaptačními mechanismy (Caplan, 1964). J. S. Tyhurst studoval přechodné stavy u lidí, kteří prošli náhlými změnami. Definoval tři překrývající se fáze krize, a vypracoval fázově specifické intervence. Došel k závěru, že by lidé v přechodných krizích neměli být vytrhováni z jejich životní situace a ze

---

<sup>53</sup> Specifické znaky krizové intervence shodně popisují např. Knoppová (1997), Klimpl (1998), Matoušek (2013).

sítě sociálních vztahů. Lydia Rapoport<sup>54</sup> popsala jako první spouštěcí události krize, vypracovala úvodní fázi krizové intervence a položila důraz na časování a dostupnost pomoci v krizi (Rapoport, 1967, s. 31 – 43). Naomi Golan zdůraznila význam motivace klienta v krizovém stavu (Lorenc, ©2003). Roberts vypracoval techniku intervence zaměřenou na aktuální problematiku a emocionální kontakty při minimálním počtu kontaktů intervenanta s klientem, tzv. sedmistupňový model krizové intervence (Roberts, 2000).

Thom (1992, s. 25) tvrdí, že „v krizi dochází k oslabení regulativních mechanismů a subjekt pak takový stav vnímá jako ohrožení vlastní existence“. Thom (1972) ve své teorii katastrof zmiňuje skutečnost, kdy se naše uvažování soustřeďuje především na to, co lze předpovědět. Co je spojené s jistým pokračováním dosavadního vývoje. To, co je náhlým vývojovým zlomením, diskontinuitou představující prudký kvalitativní skok, je víceméně chápáno jako něco neočekávaného, nežádoucího. Špatenková (2017, s. 11) tvrdí, že „ke krizi dochází tehdy, pokud člověk čelí problému, který neumí, nemůže, nebo nedokáže vyřešit“. Nemusí to být pouze jedinec, do krize se ze stejného důvodu může dostat pár, rodina, komunita, a dokonce i celá společnost. Vodáčková (2012, s. 43) uvádí, že „krize se často týká celého rodinného systému“.

Podle Špatenkové (2017, s. 11) definice krize obvykle postihují **tři základní složky krize**:

1. nastane určitá spouštěcí událost,
2. jedinec ji vnímá jako ohrožující, nebezpečnou,
3. obvyklé způsoby jejího zvládnutí selhávají, pokud se situaci nepodaří zvládnout, nastane krize.

Za spouštěcí události, tzv. **kritické životní události**,<sup>55</sup> jsou v odborné literatuře<sup>56</sup> považovány:

- události emočně významné, důležité, události vybočující z každodenní reality (např. narození dítěte, smrt blízkého člověka),
- události, které vyžadují změnu v dosavadním fungování jedince v rodině, ve společnosti, v jeho vztahu ke světu, či ve vztahu vlastního já (např. ztráta zaměstnání),

---

<sup>54</sup> Lydia Rapoport (1923 -1971) byla sociální pracovnice, profesorka, caseworker a obhájkyně sociálních změn. Její přínos ke krizi změnil současnou léčbu. Studovala s E. Lindermannem (autorita o důsledcích krize a traumatu). Její práce sou nedílnou součástí současné krizové intervence, a krizové krátké terapie. Určila cíle krizového zásahu. Na Harvardu studovala také krizovou reakci rodičů předčasně narozených dětí s G. Caplanem a věnovala se výzkumu a případové práci s rodinami předčasně narozených dětí.

<sup>55</sup> Životní událost (life event) – skutečnost, která se může vyskytnout v životě člověka nezávisle na jeho vůli a závažně a dlouhodobě ovlivnit jeho navykklé činnosti či celý styl života. Jde o události, které se týkají rodiny, sociálního okolí, interpersonálních vztahů, živelných či jiných katastrof, klade nároky na adaptační mechanismy a míru odolnosti a tolerance, která se liší od jedince k jedinci (Hartl, Hartlová, 2015, s. 653)

<sup>56</sup> Holmes a Rahe (1967), Myers, Lindenthal a Pepper (1974), Antonovsky (1974), Brown (1974)



- události, které mohou mít současně pozitivní i negativní emoční kontext.

Vymezení životních událostí a jejich klasifikace od různých autorů liší. Live events bývá často v odborných pojednáních řazena spíše do osobnostních dispozic či do procesů zvládnání stresu (Výrost, Slaměník, 2001, s. 25). Předmětem této práce však není rozbor těchto životních událostí, proto jim tato práce věnuje jen okrajovou pozornost (podrobněji se tato práce vzhledem k zaměření na krizovou intervenci při prenatalní ztrátě bude věnovat v následující kapitole rozboru neočekávané životní události a z ní vzniklé krizi situační, respektive traumatické). Jako příklad životních událostí uvádíme například úmrtí blízkého člověka, vážné zdravotní problémy, svatbu, rozvod, finanční problémy. Za extrémní zátěžovou životní událost se všeobecně považuje smrt blízkého člověka anebo jeho odloučení (Minter, Kimball, 1978).

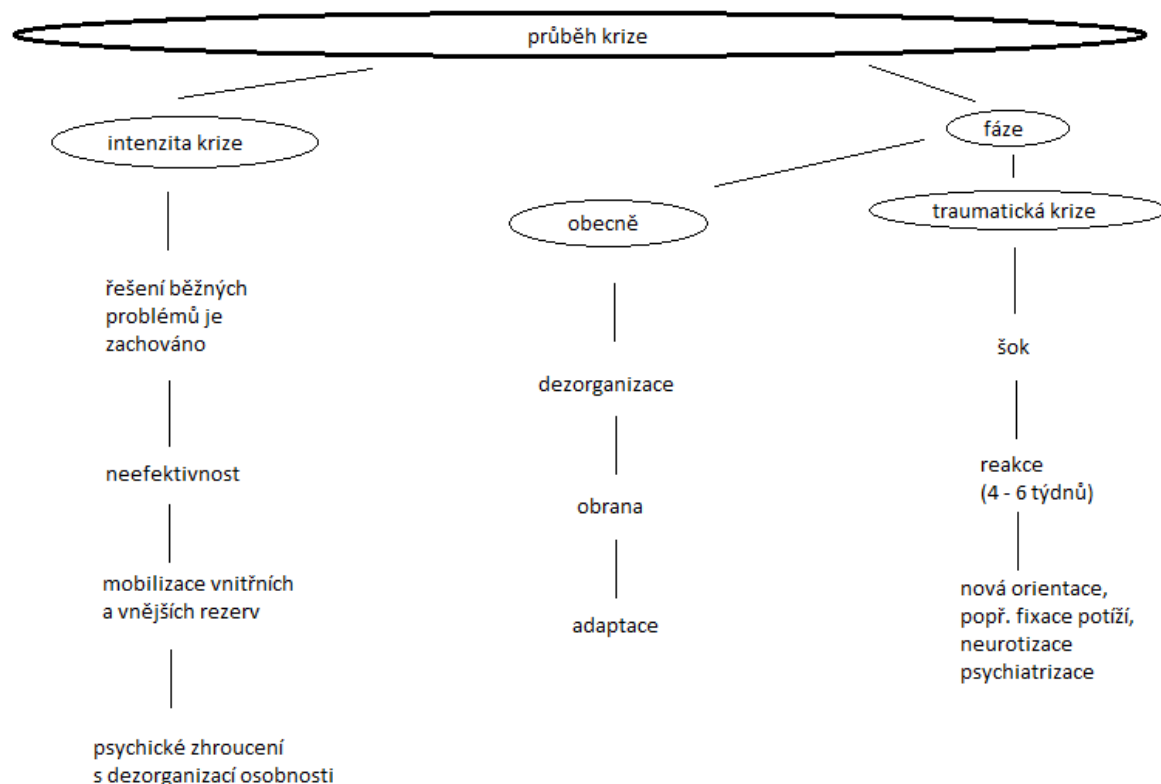
Dopad náročné životní situace na jedince závisí nejen na aktuální situaci, ve které se nachází (zdravotní stav, stupeň únavy), ale především na sociálním kontextu události (tzn. do jaké míry dokáže sociální okolí akceptovat člověka v krizi, podpořit ho, pomoci mu) (Špatenková, 2017. S. 19).

Krize má většinou typický průběh, jak je názorně ukázáno na schématu - *obrázek č. 1* (Klimpl, 1998. S. 33), kdy počínající fází je fáze šoku (postižený se pokouší udržet od traumatické události odstup, jen povrchně zastírající vnitřní chaos).

Následuje reakce, trvající dny, týdny, či měsíce. V té době dochází k mobilizaci obranných mechanismů. Často jsou pozorovány regrese se sebedestruktivním požíváním alkoholu, nebo dalších psychotropních látek, neobvyklá není ani suicidální aktivita, proto by se toto období nemělo podceňovat a bagatelizovat, a měla by být poskytnuta včasná odborná pomoc.

Ve fázi zpracování dochází k přeorientování a novému orientování na osoby a aktivity v okolí a ke znovunalezení rovnováhy společně s vytvářením reálnějšího sebeobrazu. Fáze zpracování trvá podle závažnosti krize od několika týdnů po zhruba šest až dvanáct měsíců.

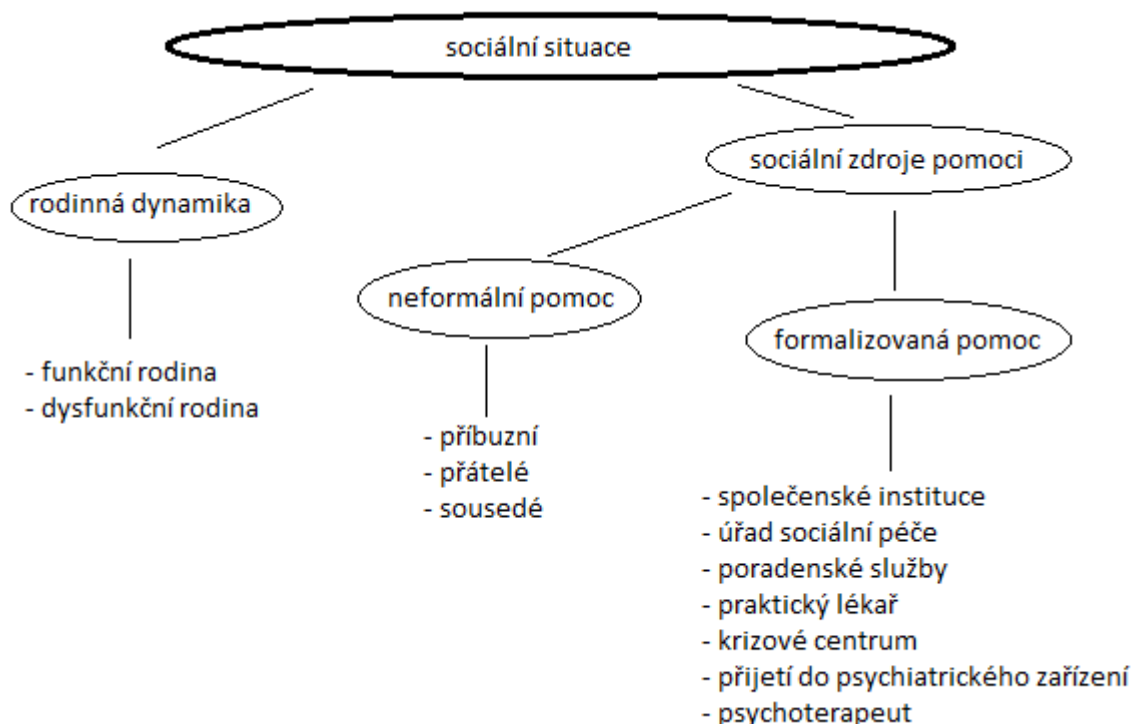
Toto názorné schéma zde uvádíme proto, že většina žen při prenatalní ztrátě má tento typický průběh prožívání krize – ve zdravotnickém zařízení je po sdělení závažné události v šoku, kdy se snaží udržet odstup a působí na zdravotnický personál „jako že tuto ztrátu akceptuje“, navíc bývá často pod vlivem léků ovlivňujících psychiku, přičemž reakce, která následuje, bývá většinou po propuštění z nemocnice v domácím prostředí, a právě v tomto období žena potřebuje nejvíce podpory, a případně i formalizovanou pomoc, aby se předešlo psychickému zhroucení.



Obrázek 1 - průběh krize (volně podle Cullberga, 1978 in Klimpl, 1998, s. 33)

**Zdroj:** Klimpl, 1998, s. 33

Na schématu *průběhu krize* – obrázek č. 2 - Klimpl (1998, s. 34) názorně ukazuje, že příznivý či nepříznivý průběh krize do značné míry závisí na sociální situaci a že krize probíhá jinak na pozadí funkční nebo dysfunkční rodiny. Průběh krize do značné míry ovlivňuje poskytnutá krizová intervence. Krizovou intervencí lze chápat jako stabilizační zásah, který však v řadě případů může být plně postačující, a není nezbytné, aby na krizovou intervenci dále navazovala dlouhodobější, např. psychoterapeutická pomoc. Jak je vidět na schématu, v případě příznivé sociální situace, tzn. že jedinec má funkční rodinu, je obklopen přáteli, sousedy, lze po stabilizačním zásahu dále využívat tuto neformální pomoc. Jestliže však selhávají sociální zdroje pomoci, anebo je krize traumatizující natolik, že neformální pomoc je nedostačující, pak je nutná pomoc formalizovaná – a to na úřadech sociální péče, v krizovém centru, v poradenských centrech, anebo je nutné přijetí do psychiatrického zařízení.



Obrázek 2 - zdroje pomoci při psychické krizi

**Zdroj:** Klimpl, 1998

Co ovšem považujeme za velmi podstatné pro empirickou část této práce, že Klimpl (1998. S. 34) konstatoval, že „úroveň profesionální krizové intervence je závislá na kvalitě zdravotnických a sociálních institucí, vytíženosti pracovníků, jejich odborné kompetence a lidské zralosti“.

Špatenková (2017, s. 15) vymezuje **krizi** jako „zlomový obrat, ve kterém se rozhoduje, jestli nastane změna k lepšímu nebo horšímu“. Označuje ji jako přechodný stav, jako moment zřetelné nerovnováhy, bývá označována jako významná emoční událost nebo radikální změna navyklého způsobu života, jako okamžik, kdy nastává rozhodnutí, zda v dané záležitosti, aktivitě, bude člověk pokračovat anebo naopak tuto záležitost ukončí, případně jaké pocity ohrožení a strachu doprovázejí tyto okolnosti.

Pro přiblížení problematiky podstatné pro tuto práci, tzn., kdy nastává krize při prenatalní ztrátě, uvádíme v odborné literatuře popisované příklady a v závorce z naší praxe nejčastější konkrétní situace, do které se dostává žena při prenatalní ztrátě a co jí v daný moment proletí hlavou.

S největší pravděpodobností lze konstatovat, že se o krizi jedná, když:

- nastává intenzivní kritická událost (je sdělena závažná diagnóza nebo prognóza plodu – vrozená vývojová vada, zástava akce srdeční)

- jde o dlouhotrvající stres (podezření na vrozenou vývojovou vadu, dlouhé čekání na výsledky vyšetření, stanovení diagnózy, prognózy)
- událost prožívána jako náhlá, nečekaná (žena s otěhotněním očekává narození zdravého miminka, při vyšetření je jí sděleno, že tomu tak není, že nastal potrat)
- událost ohrožující, událost zraňující (je ohrožena její role matky, hroutí se plány do budoucna, bojí se, jak bude vše probíhat)
- situace prožívána jako ztráta (obrovská, bolestná ztráta nenarozeného dítěte, které od potvrzení těhotenství milovala, ztráta role rodiče, ztráta představ budoucnosti s dítětem)
- nastává prožívání intenzivních negativních emocí a zážitků (nastává šok, úzkost, panika, zlost, vztek, pocity viny)
- objevuje se pocit nejistoty a obavy z budoucnosti (obava z toho, jak probíhá potrat, jak a jestli vůbec zvládne porod mrtvého dítěte, jak se se ztrátou vyrovná ona sama, manžel, rodiče, co řekne okolí, jestli ještě bude mít dítě, jestli vůbec otěhotní)
- dochází ke ztrátě (sebe)kontroly (kritická intenzivní událost může zasáhnout tak silně, že dojde ke ztrátě sebekontroly – hlasitý nářek, povalení na kolena, hlasité obviňování, křik, řev)
- jsou narušeny obvyklé způsoby denního fungování a chování, denního rytmu (ženu tak pohltí tato událost, že není schopna fungovat, vstát z postele, obléct se, postarat se o domácnost)
- stav emočního napětí trvá určitou dobu (nejčastěji) dva až šest týdnů (je to způsobeno i obrovskou hormonální bouří, naroušenou rovnováhou vnitřního prostředí organismu ženy, tzv. homeostázy)
- objevuje se nutnost změny a přizpůsobení se nové skutečnosti (ukončuje proces truchlení, akceptuje ztrátu).

Podle Caplana (Špatenková, 2017, s. 16-18) probíhá krizová reakce ve čtyřech fázích, které názorně ukazuje text:

**hrozba → emoční rovnováha → intervence, stabilizace**

1. fáze → krátkodobé zvýšení napětí → automatické vyřešení problému
2. fáze → plně uvědomované napětí → vědomé řešení pokus – omyl
3. fáze → další zvýšení napětí, úzkost a nepohoda → hledání nových řešení
4. fáze → další zvýšení napětí, dezorganizace, krize → intervence zvenčí

**Zdroj:** Špatenková, 2017 (str. 17)

Výše uvedené modely krize podle Cullberga i podle Caplana dokládají, že někteří lidé sami, bez pomoci druhých, dospějí k určitému zpracování krize, a jejich dezorganizace relativně rychle odezní. Pro jiné však může mít krize dalekosáhlé a nepředvídatelné důsledky. O nepříznivém, dlouhotrvajícím stresu na zdraví člověka, na vznik stresově podmíněných somatických onemocnění, anebo psychiatrických onemocnění<sup>57</sup>, se jak v zahraničí, tak v České republice (dříve Československé)<sup>58</sup>, zabývalo mnoho studií a byly publikovány četné odborné práce. Nejrůznější klinická šetření<sup>59</sup> zaměřená na to, jak se lidé vyrovnávají s nepříznivou životní situací, ukazují, že se někteří lidé nedokážou vyrovnat nikdy a může dojít rozvoji tzv. posttraumatické stresové poruchy<sup>60</sup> a k epizodám znovuprožívání krize.

### 3.1.9 Obecné metody, postupy a principy krizové intervence

Jak již bylo zmíněno, krizová intervence je metodou umožňující rychlou, ale přitom efektivní pomoc u krizových stavů. V rámci krizové intervence existují více či méně vymezené metody. Pregnantně vymezeným modelem je sedmistupňový model krizové intervence dle Robertse (1995):

1. plánování a vedení zásahu,
2. navázání psychologického kontaktu a rychlé vytvoření vztahu,
3. určení závažnosti problému a jeho definování,
4. podpora vyjádření pocitů a podpora ventilace emocí,
5. explorační minulých vyrovnávacích strategií a pokusů,
6. obnova kognitivních funkcí vytvořením akčního plánu,
7. vytvoření plánu návazné péče (Lorenc, ©2003).

Vodáčková (2012) ve své Krizové intervenci rozvíjí podobný scénář, avšak méně instrumentální, a klade větší důraz na efektivní komunikaci při práci s klientem v krizi. Současně klade

---

<sup>57</sup> TURNER, LLOYD (1995, 360-376) - vliv traumatických životních zkušeností na vznik psychiatrických onemocnění

<sup>58</sup> CHARVÁT (1970) - specifika duševního stresu a mechanismy psychosomatických onemocnění, stresová podmíněnost organických poruch, jako jsou například kardiovaskulární onemocnění či poruchy gastrointestinálního systému

MIKŠÍK (1969) - stres a vliv zátěže na výkon člověka

BŘICHÁČEK, VOJTÍK (1985, 45 - 51) - problematika etiologie duševních poruch se zaměřením na prožitou svízelnou situaci

BAŠTECKÝ, ŠAVLÍK a ŠIMEK (1993) – Psychosomatická medicína

KEBZA (2005) - Psychosociální determinanty zdraví

HNÍZDIL (2011) – Mým marodům – Jak vyrobit pacienta

<sup>59</sup> MOHAPL 1992 – studie shrnuje a třídí hlavní poznatky o psychologii nemoci a zdraví

<sup>60</sup> Znovuprožívání traumatických prožitků – Lindemann na základě pozorování a zkušeností z rozhovorů (1942) zformuloval specifický syndrom ztráty, který se rozvíjí bezprostředně po smrti blízké osoby.

důraz na vytvoření bezpečí pro klienta, na respekt k jeho vlastním možnostem a jeho potenciálu pro zvládnutí krize. Vodáčková (2012) také podrobně rozpracovává techniky telefonické krizové intervence, se všemi jejími komunikačními specifiky. V rámci vedení krizové intervence se podrobně věnuje technikám s emocemi.

Krizová intervence se řídí principy:

1. principem dostupnosti,
2. principem bezodkladnosti,
3. principem bezprahovosti,
4. principem individuality krize,
5. principem komplexnosti,
6. principem vnitřní bezbariérovosti,
7. principem návaznosti.

Krizová intervence vychází z individuálního charakteru krize, jejího časového omezení, zaměřuje se na řešení problému a na posilování klientovy kompetence. Tzn., že každá krize je zauzlením tělesného vývoje, individuálního životního příběhu a jeho rodinného, sociálního, kulturního a duchovního kontextu.

### **3.1.10 Krizový intervent, pracovník krizové intervence**

V souvislosti s krizovou intervencí, a především v souvislosti s empirickou částí této práce, je nezbytné se zmínit o vymezení krizového interventa neboli pracovníka krizové intervence. Stejně tak jako o požadavcích kladených na tuto profesi. V zákoně č. 108 /2006 Sb. (Česko, 2006) jsou definovány personální standardy pracovníka v sociálních službách, tedy i krizového pracovníka. V praxi se běžně setkáváme s krizovými pracovníky, kteří pocházejí z mnoha oblastí psychosociálních a zdravotnických oborů (lékař, psycholog, speciální pedagog, středněškolsky nebo vysokoškolsky vzdělaný sociální pracovník, středně zdravotnický pracovník, duchovní). Pokud budeme uvažovat o odborných profesích v oblasti krizové intervence, každý zmíněný obor s sebou přináší řadu dovedností a vědomostí, které mohou práci v oblasti krizové intervence usnadňovat. Krizový intervent, aby mohl svoji roli vykonávat kompetentně, by měl splňovat určité nároky, a k tomu by měl být dobře teoreticky i prakticky připraven, a mít také potřebné osobnostní předpoklady. Nároky na krizové intervence jsou tedy bez diskuse vysoké. Jaký by tedy krizový intervent měl být? Jaký by měl být, aby pomohl vyvést člověka z krize? Špatenková (2017, s. 119 – 123) a Vodáčková (2012, s. 162 – 169) od krizových interventů shodně očekávají:

- dovednost navazovat s klientem kontakt ve velmi obtížných podmínkách, které vytváří sama krizová intervence a psychický stav osoby,
- udržet tento kontakt tak dlouho, dokud je potřeba,
- schopnost učinit první odhad situace a její posouzení, i když jsou podmínky nepříznivé, a provést analýzu všech jejích aspektů (aktivní shromažďování informací, vytváření hypotéz, odlišení zásadních informací od méně závažných),
- schopnost rozhodovat se pod časovým tlakem a vzít na sebe odpovědnost na své rozhodnutí,
- schopnost rychlého vyhodnocení ohrožení,
- rozeznání a určení pozitivních vlastností osoby v krizi, pozorování změny chování,
- nastavení si a ohlídání si hranic a limitů,
- samostatná práce na straně jedné a týmová práce na straně druhé,
- spolupráce s ostatními institucemi,
- pomáhající musí být odolný vůči pochybnosti a nevěře v možnosti (vlastní) pomoci,
- musí být schopen motivovat sám sebe i osoby v krizi k dalšímu řešení ukončení krize,
- vstřícný přístup – na jedné straně empatický, ale aktivní, někdy i direktivní přístup
- nadprůměrná odolnost vůči pracovnímu stresu,
- představivost, kreativita, pružnost myšlení a chování,
- znalost o existujících službách psychosociální pomoci.

Názory na to, zda se tomu lze naučit či nikoliv, se různí. V odborné literatuře<sup>61</sup> se většinou uvádí, že praktické kompetence si osvojit lze, a lze je dále rozvíjet řešením rozmanitých modelových situací. Hodně ovšem záleží na osobnosti interventa, především jeho schopnostech, teoretických znalostech, zkušenostech a motivaci ke zdokonalování.

Osobnostní kompetence krizového pracovníka jsou stejně významnou složkou jako znalosti teoretické a praktické dovednosti. Obecný seznam vlastností vhodných pro pracovníky v pomáhajících profesích nalezneme např. v pracích Matouška (2003) či Kopřivy (1997). Mezi osobnostní kompetence patří: empatie, vřelost, sebejistota (nikoli povýšenost), přiměřenost, upřímnost, autentičnost, kreativita, spontánnost, flexibilita, citlivost vůči potřebám druhých, schopnost navodit a udržet důvěru, respektování své osobní i profesní hranice, schopnost mít úctu ke klientovi, být zaměřen na klienta, být doživotně orientovaný, mít smysl pro humor, být etický.

---

<sup>61</sup> Kopřiva (1997), Matoušek (2003), Drapela (2011), Špatenková (2013)

Na základě uvedených požadavků kladených na krizového intervenanta je patrné, že stěžejní složkou průpravy krizového pracovníka je především výcvik<sup>62</sup> v krizové intervenci. Odborníkům přináší důležitou korekci a doladění k specifikům krizové práce, laikům otevírá další cestu jejich odborné průpravy. S potěšením lze konstatovat, že vzrůstá počet odborníků i laiků, kteří mají specializované vzdělání v oblasti krizové intervence (Vodáčková, 2012, s. 166). Výcvik v krizové intervenci je akreditovaný u Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky<sup>63</sup>, anebo u Ministerstva práce a sociálních věcí<sup>64</sup>. Úspěšní absolventi obdrží po absolvování závěrečného testu a praktické zkoušky Osvědčení o výcviku v krizové intervenci, který je platný podle znění Vyhlášky č. 324/1992 Sb.

Zdravotnický i sociální pracovník v rámci dalšího profesního vzdělávání může absolvovat např. e-learningový kurs Péče o rodiče po perinatální ztrátě. Výhodou je e-learningová forma, na kterou navazují dvě společná setkání účastníků s organizátory a tutorů kurzu a také tematika cíleně zaměřená mj. na problematiku perinatální ztráty, podporu rodičů a odbornou a laickou pomoc rodičům po propuštění z nemocnice (Prázdna kolébka, ©2018).

V rámci profese krizového intervenanta považují za nutné zmínit etiku<sup>65</sup> krizového intervenanta, protože zaujímá, stejně tak jako i v jiných pomáhajících profesích, významné místo. Krizový intervenant je často konfrontován se situacemi, které mohou být z etického hlediska sporné, problematické. Na straně jedné je limitován dodržováním etických pravidel krizové intervence, je povinen dodržovat právní předpisy<sup>66</sup>, současně dodržovat své morální hodnoty<sup>67</sup>, a jednat na základě svého nejlepšího vědomí a svědomí<sup>68</sup>. Mezi nejzákladnější etické principy<sup>69</sup> v krizové intervenci patří princip autonomie (respektování klienta jako samostatné, soběstačné a nezávislé osobnosti), princip důvěrnosti (nezneužití klientovy důvěry), princip kompetent-

---

<sup>62</sup> Za prozatímní závěr výzkumů sledující efekt výcviku lze považovat často uváděnou formulaci, že výcvik může být – stejně jako kterýkoli vynález, lék či nástroj – velmi užitečný, je-li ho užito v „přiměřené době“, a užívá – li ho člověk, který ho ovládá (Komárková, Slaměník, Výrost, 2001, s. 16)

<sup>63</sup> Remedium Praha

<sup>64</sup> Moravští lektoři – Komplexní výcvik Krizové intervence v pomáhajících profesích

<sup>65</sup> Profesní etika jsou pravidla pro chování příslušníka určité profese, zahrnující jeho práva a povinnosti, pravidla pro vztah ke klientovi a jeho rodině, a vztah ke kolegům pracovníka (Hartl, Hartlová, 2015, s. 144)

<sup>66</sup> Listina základních práva svobod, čl 10, ods. 3, zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, zákon č. 89/2012 SB, občanský zákoník §81, zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník § 180, pro pracovníky v sociálních službách je mlčenlivost upravena v speciálních právních předpisech v zákoně č. 108/2006 Sb o sociálních službách.

<sup>67</sup> Baštecká (2011) v kontextu pomáhání akcentuje hodnoty: lidská důstojnost, partnerství, spolupráce, uznání, angažovanost pro druhé, úcta k řádu, otevřenost k víře.

<sup>68</sup> Svědomí je jedním z nejdůležitějších regulátorů chování člověka (Agafonová, 2006 In: Špatenková, 2017, s 129).

<sup>69</sup> Etické principy pro krizové intervence formulovali např. Šrobárová (2016), Novotná (2010), Kadlubeková (2016).



nosti (krizový intervent intervnuje pouze v rozsahu svých kompetencí), princip neškodění (nepoškodit svým jednáním klienta), princip prospěšnosti (prospěšnost pro klienta), princip profesního rozvoje (neustálé prohlubování a zvyšování kompetencí, další vzdělávání), princip spravedlnosti ke klientům bez ohledu na věk, původ, sociálně – ekonomické postavení, sexuální orientaci.

### 3.1.11 Syndrom vyhoření krizového interventa

Jak bylo popsáno výše, profesní nároky kladené na krizového interventa jsou vysoké. Stejně tak je velmi náročné časté setkávání se s utrpením druhých, být součástí jejich emočních projevů doprovázející krizi. Od pracovníků v krizové intervenci se očekává neustálá připravenost k pomoci, vstřícnost k potřebám klientů, častou jsou vystaveni časovému tlaku, nepředvídatelnosti reakcí, nepředvídatelnosti úkolů, předpokládá se spolupráce s různými institucemi, osobní odpovědnost pracovníků v krizové intervenci vzrůstá. Proto nelze bagatelizovat, že i pracovníci krizových center jsou ohroženi syndromem vyhoření<sup>70</sup>. Na téma syndromu vyhoření bylo napsáno mnoho odborných prací<sup>71</sup>, a jejich zkoumání není předmětem této práce. Syndrom vyhoření zde stručně zmiňuji jen v rámci komplexního a uceleného profilu práce krizového interventa, protože mnozí krizoví interventi, případně jejich zaměstnavatelé toto nebezpečí často podceňují, často bohužel i z neznalosti specifika této služby. Syndrom vyhoření se projevuje odosobněním pracovníka ve smyslu dehumanizujícího postoje při práci s klienty, vyhořelý pracovník ztrácí smysl pro své povolání, což se projevuje značnou nechutí k jeho práci a vede jej zcela přirozeně až k celkovému vyčerpání.

Někteří autoři<sup>72</sup> rozlišují mezi syndromem vyhoření (*burn – out syndrom*) a vyčerpáním. Ačkoli jsou si oba jevy podobné, rozdíl spočívá v rozličných příčinách. Příčinou vyčerpání může být vleklá zátěž (fyzická, emocionální a psychická), zatímco syndrom vyhoření se projevuje fyzickým, emocionálním a mentálním vyčerpáním a vše je v zásadě důsledkem chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi (Jankovský, 2018, s. 172).

---

<sup>70</sup> Termín vyhoření (burnout) byl podle B. A. Potterové (*Beating Job Burnout*) původně užíván jako slangové označení narkomana, který se ocitl na samém dně. Na přelomu 70. a 80. let minulého století přešel ve Spojených Státech Amerických do užívání v oblasti pracovní, a stal se vyjádřením rezignace, letargie a vyčerpání v zaměstnání. – upravit řádky

<sup>71</sup> Křivohlavý, J. (1995) – *Vyhoření*, Libigerová (1999) - *Syndrom profesionálního vyhoření*, Kebza, Šolcová (2008) – *Hlavní koncepce psychické odolnosti*

<sup>72</sup> , např. E. Aronson (1993), M. Pinesová (1991)

Stejně tak, jak jsou popsány symptomy syndromy vyhoření, tak nanejvýš aktuální záležitostí je prevence syndromu vyhoření<sup>73</sup>.

Za nejdůležitější považujeme uvědomění si, že nemůžeme odstranit všechnu bolest světa, stanovit si hranice vlastní odpovědnosti za klienta, důležité je žít zdravě, nepodceňovat svoje síly, pečovat o sebe, hledat podporu, neodmítat pomoc, rozvíjet své koníčky, prohlubovat své profesní znalosti, vytyčit si realistické cíle, znát svůj vlastní psychický i zdravotní stav, kompenzovat stres z přímého kontaktu s klientem, udržovat rovnováhu mezi pracovním a osobním životem, pravidelně probírat na týmových setkáních obtížné situace a příběhy.

### 3.1.12 Cíl krizové intervence

Cíl krizové intervence je stručný a jasný: cílem krizové intervence není pouhá *stabilizace klienta*, ale také *naplánování dalších kroků pro zvládnutí krize*. Na krizovou intervenci by měla optimálně vždy navazovat tzv. další péče, např. poradenství psychologické, psychoterapeutické, sociální, event. psychiatrická léčba.

## 3.2 Krizová intervence při prenatální ztrátě

V této kapitole budeme definovat předmět krizové intervence při prenatální ztrátě, vyjmenujeme její základní principy a dotkneme se důležitých charakteristik krizové intervence při prenatální ztrátě ve vztahu k její šíři záběru, časovému rámci, vztahovým fenoménům a na konkrétních příkladech poukážeme na vhodný způsob práce krizového pracovníka a na vhodný způsob následného nasměrování klienta k dalším účinným zdrojům pomoci.

Jak vyplývá z definice krizové intervence Špatenkové (2017, s. 14) možnosti krizové intervence se mohou jevit jako limitované, ale pokud je zaměřená na aktuální problém, je krizová intervence ve svém důsledku velmi efektivní. Je-li to nutné nebo vhodné, mohou se na ni navazovat další formy pomoci (např. poradenství nebo terapie), které mají širší dopad než samotná krizová intervence. Práce a pomoc krizového intervent hraje v problematice prenatální ztráty podstatnou roli – a může efektivně napomoci ženě vyrovnat se se ztrátou těhotenství.

Jak bylo zmíněno v o kapitole předcházející, obecně se při vedení krizové intervence vždy vychází z jejího individuálního charakteru.

---

<sup>73</sup> Hennig, Keller (1996) – *Antistresový program pro učitele*, Křivohlavý (1998) - *Jak neztratit nadšení*, Badura-Madej (1999) – *Vybrané problémy intervence krizové*.

### 3.2.1 Krize z prenatální ztráty

Ztráty jsou od dětství běžnou součástí života každého u nás, ale málokdo ji očekává v souvislosti s narozením dítěte. Sdělením nepříznivé diagnózy, jakou prenatální smrt je, těhotná, a její partner, utrpí v momentě sdělení *mnohočetnou ztrátu*:

- utrpí ztrátu okamžitou (zhroutila se jim představa, že budou mít dítě), ztrátu očekávání (situace a realita je jiná, než plánovali, očekávali narození živého dítěte, vybírali pro dítě jméno, zařizovali dětský pokoj)
- utrpí ztrátu přesahující daleko do budoucna (ztratili představu normálního běžného života s dítětem – např. běžná školní docházka, volnočasové aktivity),
- utrpí ztrátu vztahovou (definitivní ztráta vztahu k nenarozenému dítěti – už nikdy ho nebude cítit, nikdy si ho nepochová, nikdy ho neobejme, nikdy ho nepolíbí),
- utrpí intrapsychickou ztrátu (může ztratit naději mít ještě dítě, vzdá se plánů do budoucna)
- utrpí anticipační ztrátu (dopad stresové a zátěžové situace ze ztráty blízkého člověka, v tomto případě nenarozeného miminka),
- utrpí ztrátu rolou (ztratila roli rodiče, roli matky, roli otce),
- a někdy se může objevit ztráta důvěry v partnera/partnerku, v lékaře.

Bez nadsázky lze konstatovat, že dochází k devastaci sebevědomí, a ke krizi jak osobní, tak rodičovské identity (Školoudová, 2017, s. 139 – 144).

### 3.2.2 Krizová intervence při prenatální ztrátě

Sdělení informace o smrti nenarozeného dítěte lze považovat za nejnáročnější moment. Jak napsala jedna klientka po prenatální ztrátě: „...*před měsícem jste byla u sdělování jedné z nejhorších, vlastně té nejhorší, zprávy v mém životě*“. Sdělení závažné diagnózy znamená pro rodiče hluboký otřes (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 69). Na sdělení nepříznivé diagnózy je těhotná žena obzvláště citlivá, proto je třeba při sdělení závažné diagnózy zvolit individuální přístup, laskavý, empatický, ale přitom profesionální, který vyžaduje více času, trpělivosti, umění naslouchat i vysvětlovat. Sdělení diagnózy a následná odborná pomoc by se měli přiblížit i etnickému a kulturnímu zázemí rodiny, zohlednit tzv. family belief system<sup>74</sup>.

Ztráta blízké osoby spouští široké spektrum reakcí. Většina lidí je schopna se se svým zármutkem vypořádat a adaptovat se na novou jinou situaci, ale někteří lidé prožívají tak hluboký

---

<sup>74</sup> Systém přesvědčení rodiny, její světový názor

stres, že je zapotřebí vyhledat pomoc. Vždy je třeba počítat s velkou individuální variabilitou, přesto reakce těhotné ženy, rodiny, na prenatální ztrátu, mívají svůj typický průběh, jsou do jisté míry univerzální a podobné reakci na závažnou nemoc nebo úmrtí člena rodiny tak, jak ji již v roce 1969 popsala Elisabeth Kübler-Rossová (2015, s. 51 – 153), která na základě výzkumu založeném na rozhovorech s 500 pacienty popsala následné fáze jako typický průběh reakce sdělení nepříznivé zprávy:

1. **fáze šoku** – žena, partner zažívají pocity deralizace a zmatku, v této fázi mohou reagovat neadekvátně, myslet iracionálně,
2. **fáze převahy obranných mechanismů - popírání a izolace, víra v zázrak** – popírání reality funguje jako nárazník, který tlumí účinky nenadálé a šokující zprávy, dovozuje ženě, aby se vzchopila a postupem času v sobě zmobilizovala jiné obranné strategie (typické jsou: *„to nemůže být pravda“*, *„vy jste se spletl“*, *„ne, to není pravda“*, *„určitě někdo zaměnil moje výsledky z vyšetření“*, *„zavolejte jiného staršího lékaře, vy tomu nerozumíte, neumíte to, jste mladý“*, *„nechte mě o samotě“*, *„běžte pryč“*, *„nic mi už neříkejte“*, *„ne, mě se to nemůže stát“*, *„jak je to možné, včera jsem byla na kontrole a bylo všechno v pořádku, nevěřím vám, tomu co říkáte, pletete se“*)
3. **zlost** – je fází, kdy už realita dolehne v plné tíži, a nastupují pocity zlosti, vzteku, závislosti (typické *„proč zrovna já?“*, *„kdejaká fetka má dítě, a je jí to jedno, já ho nemám“*, *„tolik let jsme se snažili, kde jaká cikánka má deset dětí“*, *„co jsem komu udělala“*, *„proč ostatní můžou mít dítě, a já ne“*)
4. **smlouvání** – je stadium méně známé, ale pro ženu stejně užitečné, i když jen na chvíli. Jestliže v předcházejících fázích žena nedokáže čelit faktu prenatální ztráty, v dalším stadiu se zlobí na nás, na Boha, na všechny kolem sebe, třeba se teď podaří docílit jakési dohody, jež by nevyhnutelně pomohla situaci alespoň oddálit. V této fázi si už žena uvědomuje, co se stalo, ale smlouvání je pokusem o odklad, touží po tom, aby ještě jednou pocítila pohyby miminka, aby byla o pár dní déle těhotná, aby se změnil zdravotní stav dítěte (těhotná lékařka po sdělení diagnózy chybějící obě horní končetiny: *„jsem přece teprve v 16. týdnu těhotenství, ty ručičky určitě dorostou“*, 45-ti letá žena, která byla poprvé těhotná, a přesto, že ve 20. týdnu těhotenství začala potrácet, řekla, že je *„vděčná za to, že alespoň mohla být pár týdnů těhotná, zažít, jaké to je být těhotná“*)
5. **deprese** – když těhotná nemůže dále popírat intrauterinní smrt plodu, musí podstoupit hospitalizaci, její ochromení, stoicismus, zlost, hněv, vystřídá pocit velké ztráty. Tato

ztráta může mít mnoho podob, může reagovat šokem, zděšením, nejhlubší depresí, ale to je pouze jedna z mnoha ztrát, které musí unést, může se zesilovat její smutek, pocity viny. Kübler-Rossová (2015, s. 102-103) zmiňuje dva druhy depresí – jednu jako reaktivní depresi (kdy příčinou je konkrétní pocit např. pocit viny, studu, strachu z operace) a depresi přípravou (kdy k tomuto typu nedochází následkem deprese minulé, ale naopak v důsledku ztrát hrozících). Např. paní lituje umělého přerušení těhotenství v mládí, trápí se svým selháním donosit dítě, nesoulad mezi ženou a okolím – nejbližší rodina si neuvědomuje, co vlastně žena nejvíc potřebuje.

6. **akceptace** – pokud měla žena dostatek času, a dostalo se jí určité pomoci při překonávání předcházejících stadií, dostane se do stavu, kdy v ní její „osud“ neprobouzí ani depresi, ani hněv. V čase, který má za sebou, směla dát průchod všemu, co cítila – vyjádřit svou závist ostatním ženám, co mají dítě, prožít svůj hluboký žal nad těhotenskou ztrátou, není již rezignovaná a plná beznaděje, akceptace by neměla být považovaná za šťastné stadium – jde o dobu, kdy je žena zbavená všech pocitů, jako by bolest odešla.

V odborné zahraniční literatuře<sup>75</sup> panuje nejednost v názoru, kolik těchto fází vlastně je. Někteří čeští autoři (např. Matějček, Matoušek) popisují tři fáze reakce na nepříznivou diagnózu:

1. fáze – **otřes a šok**, kdy rodiče prožívají pocity derealizace a zmatku, mohou reagovat neadekvátně, myslet iracionálně,
2. fáze – **výrazné emoční reakce** jako obrana proti úzkosti,
3. fáze – **smíření a vyrovnání**.

Většinou každá žena, která otěhotnění, od tohoto okamžiku bezmezně miluje své dítě a těší se jeho příchodu na svět. Potrat a smrt očekávaného nenarozeného dítěte patří, jak již bylo v této práci mnohokrát zmíněno, k nejtěžším ztrátám, které mohou ženu postihnout. Je normální, že taková žena prožívá hluboký otřes, zármutek, cítí se opuštěně, zoufale, bezmocně. Může mít pocit, že se její život zhroutil, že její život ztratil smysl. Prožívá krizi. Krizi, nikoli nemoc. Ačkoli, jak uvádí Špatenková (2017, s. 164 – 166), může truchlení za nenarozené dítě připomínat nemoc, není truchlení nemocí, ale přirozeným zpracováváním ztráty. Také Freud (1971) poukazuje na rozdíl mezi normálním truchlením a depresí (v jeho podání melancholií) jako patologickým stavem. Truchlení se sice projevuje podobně jako deprese pláčem, poru-

---

<sup>75</sup> Parkes popisuje 4 fáze, Bowlby 5 fází (Špatenková, 2017, s 165)

chami spánku, nezájmem o okolí, stažením se do ústraní, základní rozdíl tkví v tom, že při truchlení nemá žena pocit ztráty sebedůvěry a sebeúcty.

Verena Kast (2015, s. 49-66) na základě svojí praxe popisuje 4 fáze truchlení:

1. první fázi nazývá jako fázi, kdy žena nechce uvěřit, **fázi popírání** – po zprávě o smrti charakterizuje jako ztrátu vnímavosti,
2. druhou fázi nazývá **fázi otevřených emocí**, fázi propukání chaotických emocí – vztek, smutek, zármutek, žal, bolest, typický je psychomotorický neklid, poruchy spánku,
3. třetí fázi nazývá **fázi hledání zemřelého, nacházení a odpoutávání se od něj** – žena na nenarozené dítě stále myslí, zaobírá se jím ve svých fantaziích, zdají se jí o něm sny, chodí na místa, která mohou dítě připomínat, přemýšlí, co pro ni nenarozené dítě znamenalo, co jí po něm zůstalo,
4. čtvrtá fáze je **fáze nového vztahu k sobě a ke světu** – v této fázi dochází k přijetí ztráty, teprve po přijetí ztráty přestává pociťovat bolest, teprve po té je schopna vstoupovat do nového vztahu (znovu být těhotná, přemýšlet o dalším dítěti, přijmout další dítě), často však prožívá napětí, protože na straně jedné touží po dalším dítěti, ale na straně druhé má strach a obavy, že by mohla být znovu vystavena bolesti ze ztráty).

Špatenková (2017, s. 166) upozorňuje na skutečnost, že členění procesu truchlení na fáze reflektuje všeobecně rozšířenu představu o tom, že truchlení má svůj začátek a konec. Opak může být pravdou – truchlené rodičů nad ztrátou nenarozeného milovaného dítěte může být celoživotní, proto je vhodnější popis truchlení popisovat jako proces opětovného přizpůsobování se nové realitě. Kagan Klein (Klein, 1998) tvrdí, že neexistuje žádné skutečné odloučení od vlastních dětí, živých nebo mrtvých.

### 3.2.3 Doporučení pro konkrétní praktické postupy v případě prenatalní ztráty

Primárním cílem je pomoci ženě, jejímu partnerovi realisticky přijmout prenatalní ztrátu a efektivně pomoci a provázet při vyrovnávání se s touto ztrátou. Chování a přístup zdravotníků a krizového intervenanta (pokud je přítomen ve zdravotnickém zařízení) je v zahájení procesu truchlení velmi významným momentem, protože rodiče se zdravotníky vstupují do kontaktu v akutní fázi prenatalní ztráty. V následujícím textu popíšeme doporučený postup při vedení krizové intervence při prenatalní ztrátě. V závorce jsou uvedené konkrétní výpovědi žen, které prošly touto ztrátou a slouží k lepšímu názornějšímu uchopení doporučených postupů.

James Tulsky, americký expert pečující o nevléčitelně nemocné, řekl na konferenci v Praze Spolu až do konce dne 24. dubna 2018: „ V ideálním případě je to právě ošetřující lékař, kdo pacientovi špatnou zprávu řekne. On je specialista a zná další medicínské postupy, a většinou

má i s pacientem delší vztah. Často se ale ocitáme v situaci, kdy lékař zprávu sdělil, či si to alespoň myslí, ale pacient to nedokázal zpracovat, protože byl v šoku anebo ta komunikace nebyla moc dobrá. Slyšel to, ale nepochopil. Za prvé – **zpráva musí být sdělena jasně a přímo**, odborníky vždy učíme – jaký je titulek? Není třeba říct pacientovi všechno<sup>76</sup>, titulek je to, co řekne doma rodině. Poté, co titulek sdělíte, musíte sklapnout a nic neříkat. Lidé potřebují právu vstřebat“.

Používejte přitom pevně a jistě slova „smrt“, „úmrtí“, „zemřel“ a snažte se vyhnout eufemismům, jako např. „usnulo“, „odešlo“ (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 149). Je zapotřebí mluvit, odpovídat pravdivě na otázky, zásadně nelhat (Kuzníková, 2011, s. 148).

Po sdělení závažné informace o prenatální smrti je důležité **vytvořit** pro ženu, jejího partnera **prostor pro bezpečnou ventilaci emocí**. Poté, co si rodiče vyslechli špatnou zprávu, bude jejich reakce emotivní. Je nemožné, aby nebyla. Je nutné nechat ženu vyplakat, nechat ji naříkat, nadávat (s odstupem času po prenatální ztrátě: *„přesně před měsícem jste byla u sdělování jedné z nejhorších, vlastně té nejhorší zprávy v mém životě. Pan docent mi řekl, že našemu chlapečkovi přestalo tlouct srdíčko. Vaše podpora v tom hrozném okamžiku byla k nezaplacení, jen jste seděla a čekala, až to nějak vstřebám a přijmu“*). Emoce mohou být zaměřeny i na ostatní, např. zdravotnický personál (*„proč jste mu nepomohli?“*, *„proč jste ho nezachránili?“*).

Co to vlastně je ten prostor pro bezpečnou ventilaci emocí? Je to prostor, kde se rodiče nemusí stydět za projev jakékoli reakce na danou situaci, nemusí mít strach, že je někdo uvidí, uslyší, jak reagovali. Jestliže je např. žena učitelka, která vždy dbá na své vystupování a chování na veřejnosti, aby byla správným vzorem pro okolí, tak si v této chvíli musí být jistá, že ať řekne cokoli, třeba použije i vulgární výraz, tak to nevádí, musí si být jista, že cokoli řekne a udělá, zůstane v místnosti, kde se právě nachází.

Jak podpořit ženu, partnery ve ventilaci emocí? Někteří lidé ve fázi sdělení, ve fázi šoku „zamrznou“, nejsou schopni plakat. Je pro ně potřebné, aby pustili emoce, které vevnitř prožívají ven. Aby je dokázali vyventilovat. Proto je třeba je v tom nejrůznějšími technikami podpořit. Je vhodné navázat s nimi kontakt, nespěchat, a po chvíli např. říct, že jakákoli reakce je normální na tuto nenormální situaci, do které se dostali. Ženy většinou reagují pláčem, muži se snaží emoce potlačit, někdy stačí po této větě přiblížit a nabídnout krabičku s kapesníky, a

---

<sup>76</sup> Podle ústního sdělení českých fyzioterapeutů pracujících dlouhodobě v USA v Kalifornii, je nyní trend tabuizovat přesnou diagnózu. Např. i o nejtěžším kombinovaném postižení dítěte, tzn. postižení tělesném i mentálním, se s rodiči hovoří jako o *learning difficulties* či *developmental delay* (Špatenková, 2017, s. 166).

znovu je ujistit, že pláč je v této situaci zcela normální reakcí. Většinou pak pláč doprovází nejrůznější slovní sdělení pocitů a všeho, co jim právě honí hlavou. Velmi vhodné je také nabídnout vodu, tekutiny. Pokud se napijí, částečně tím zklidní dech, musí se narovnat, aby se mohli napít a spolknout vodu.

Velmi často žena přichází na vyšetření sama. V tom případě je o to víc vhodné poskytnout jí pocit bezpečí, protože je sama, je v cizím nemocničním prostředí. Je žádoucí vytvořit pro ni bezpečný prostor, navázat s ní kontakt, ujistit ji, že jste tady proto, abyste jí pomohli a poskytli potřebnou podporu („*vy ste boli pre mňa skutočným anjelom tu na Zemi, nebyť Vás, neviem si predstavit, jako by som tú obrovskú bolesť zvládla*“), případně pomohli informaci telefonicky sdělit partnerovi, protože ženy mnohdy nejsou schopné mluvit („*volala jste mému partnerovi, já jsem nebyla schopná ze sebe vydat hlásku, pořád se mi dokola honilo hlavou, že naše miminko je mrtvé, jak se to mohlo stát, vždyť jsem ho ráno cítila, jak kope*“). Je vhodné vyčkat se ženou do doby, dokud pro ni nepřijde její partner anebo blízká osoba, která ji pomůže doprovodit na porodní sál. Pokud je sama, je vhodné, aby ji doprovázel někdo ze zdravotnického personálu, nenechat ji odejít samotnou, i když se může zdát, že je v pořádku – není, a po sdělení tak závažné informace nemůže být („*byla jsem jak v mrákotách, řekli mi, ať jdu na porodní sál, že tam vyvolají porod, ale já tam nikdy nebyla, nevěděla jsem, kde ho najít, strašně jsem se bála, podlamovaly se mi kolena neštěstím, hrůzou, strachem co bude dál, co moje miminko...*“).

Práce všech dalších odborníků musí být koordinovaná, **poskytované informace musí být adekvátní situaci**. Nejvhodnější prostor pro poskytování informací bývá až po odeznění šoku. Některé důležité informace je třeba opakovat. Zejména v počátku, pod vlivem masivní úzkosti, vnímají ženy sdělované informace nepřesně a neúplně. Proto se na některé informace doptávají opakovaně, protože si je nemohou pamatovat. Personál by měl být trpělivý, a v klidu sdělovat a odpovídat na vše, na co žena ptá.

**Uznat a respektovat význam ztráty dítěte.** Ženy velmi negativně reagují na odosobněný postoj (emoční odstup zdravotníků), někteří autoři<sup>77</sup> popisují i takové strategie zdravotníků jako je co možná nejrychlejší vyřízení potratu či porodu mrtvého plodu, bagatelizace zármutku s akcentem na další těhotenství a omezení lékařského rozhovoru na medicínské souvislosti, což bohužel musím ze své mnohaleté praxe potvrdit i já („*jste ještě mladá, můžete ihned znovu otěhotnět*“, „*máte ještě celý život před sebou, to bude dobré*“, „*nebrečte, v začátku těho-*

---

<sup>77</sup> Ratislavová (2008), Dohnalová a Pavlíková (2011), Lucká (2002)



*tenství se to běžně stává““ bylo to strašné, ten zamklý potrat je hrozný, protože nic necítíte, šla jsem na ultrazvuk, těšila jsem se, že dostanu fotku miminka a místo toho jsem byla za pět minut venku z ordinace s žádankou na kyretáž““).*

Podpořit při obavách, které jsou způsobeny nejistotou, strachem, co ženu čeká – porod mrtvého dítěte („*co teď bude?*“, „*jak to probíhá?*“, „*bolí to?*“, „*nezvládnou to, nechci na porodní sál, bojím se, nechci slyšet narozené miminka*“)

Mnohé ženy hledají viníka, trpí silným **pocitem viny**, že něco zanedbala, že mohla způsobit prenatalní smrt, anebo viní partnera, zdravotnický personál, zde je vhodné tyto pocity pevně rozptýlit: „*ne, není to vaše vina*“, „*ne, nezavinila jste to*“, „*nemohla jste chozením do práce způsobit spontánní potrat*“ („*pořád přemýšlím, cítila jsem se dobře, a tak jsme chodili na výlety, kdybych byla doma, třeba by se to nestalo*“, „*kdyby mě doktor objednal na kontrolu dřív, určitě by ho zachránil*“, „*jak je možné, že to nepoznal?*“)

Doporučujeme **umírněnost v dávkování léků ovlivňující psychiku** a prožívání. Smutek a žal není nemoc, a proto není vhodné léky potlačovat prožívání emocí. Jsou to právě léky, které sice ovlivní psychiku ženy během hospitalizace, a tím ulehčí i práci zdravotníků, ale současně mohou zabránit zdárnému průběhu procesu truchlení. V případě, že žena trpí nespavostí, je vhodné tyto léky podat, protože je důležité, aby si odpočinula během spánku, nabrala energii na zpracování náročné životní situace, ve které se nachází. Vždy je vhodnější vysvětlit, že žádné léky situaci nezmění, je vhodné tuto bolavou situaci prožít, odžít, léky ovlivňující psychiku by ji jen potlačili, a oddálili zpracování a vyrovnání se se ztrátou těhotenství.

Po sdělení závažné zprávy se podle týdne těhotenství rozhoduje o způsobu vybavení mrtvého plodu. Do 13. týdne těhotenství žena podstupuje v celkové narkóze evakuaci plodu, nad 14. týden se provádí tzv. indukce, tedy vyvolání spontánního vypuzení, porodu mrtvého plodu. Samozřejmě že vzhledem k okolnosti, že se neočekává narození zdravého dítěte, může být medikace taková, aby celý proces urychlila, v dnešní době je zcela běžné tlumení bolesti epidurální analgezií. Většinou se ale ve zdravotnických zařízeních podávají i léky na ovlivnění psychiky, takže taková žena působí jako vyrovnaná s touto situací. Ošetřující lékaři a sestry mají pocit, že paní žádnou krizovou intervenci nepotřebuje, proto velmi často krizového intervanta nebo psychologa nevolají. Také někdy spád od diagnózy k porodu mrtvého plodu je velmi rychlý, takže žena nemá ani možnost projít si všemi fázemi, jak bylo zmíněno v kapitole 3.2.2. Měl by se v těchto případech vždy umožnit doprovod osoby blízké, nejčastěji to bývá partner, maminka, blízká kamarádka, aby žena v této náročné situaci nebyla sama. Pokud to ve zdravotnickém zařízení prostorové vybavení dovoluje, taková žena bývá vždy

hospitalizovaná v izolovaném pokoji a oddělena od ostatních žen, které rodí živé miminko. Její rozhodnutí o rituálu rozloučení se s miminkem, pojmenování miminka, rozhodnutí o pohřbu bývá často pod časovým tlakem, což napáchá velké škody na jejím procesu truchlení a následném vyrovnávání se s prenatální ztrátou. Je vždy velmi důležité přistupovat ke každé ženě citlivě a individuálně. Významné české psycholožky<sup>78</sup> se ze své praxe shodují na tom, že každá žena od začátku těhotenství hovoří o dítěti, nikoli u plodu, přesto pro většinu lékařů je nenarozené dítě plodem. S prenatální ztrátou se setkávají poměrně často, a pro ně tato situace není vyjímána, ale zapomínají na podstatný fakt, že pro těhotnou ženu, které právě sdělili prenatální smrt, je tato informace šokující, neočekávaná a nejhorší v jejich životě, zpráva, na kterou se nelze předem připravit. Proto by bylo vhodné, kdyby i zdravotníci respektovali a hovořili s ženou v případě ztráty těhotenství o ztrátě, smrti miminka, nikoli potratu plodu. Dále je nezbytné, aby si zdravotnický personál pečující o ženu při prenatální ztrátě – lékař, porodní asistentka, zdravotní sestra – uvědomili, že jejich chování a přístup v zahájení procesu truchlení je velmi významným momentem, protože vstupují do kontaktu s rodiči, jak bylo řečeno výše, v akutní fázi prožívání prenatální ztráty. Ve zdravotnickém zařízení by se neměl podceňovat rituál rozloučení. Pokud je těhotenství v menším týdnu, je ve většině případů pochopitelné, že žena nebude chtít miminko vidět (v prvním trimestru to ani nelze), a proto je vhodné podpořit ji v rozloučení se s miminkem ve fázi myšlenek, v myšlenkové vizualizaci očekávaného dítěte. Pokud znala pohlaví a měla pro miminko jméno, může zdravotnický personál s ženou hovořit o miminku jménem. Takové ženě a jejímu partnerovi je vhodné ponechat prostor pro své intimní rozloučení v oblasti duchovní, spirituální. Novelizace zákona o pohřbnictví č. 193/2017 (Česko, ©2017) však umožňuje rodičům pohřeb dítěte v kterémkoli týdnu těhotenství, proto pokud si to rodiče přejí, je vhodné je citlivě a správně informovat, a v žádném případě se nad jejich přání neudívat, a nevádět tím rodiče do nepříjemné situace (setkala jsem se s vietnamskými manželi, pro které a jejich rodinu ve Vietnamu bylo důležité, aby bylo jejich mrtvé miminko zpopelněno a pochováno v jejich rodné zemi. Paní přišla o dítě v 18. týdnu těhotenství). Pokud se jedná o porod mrtvého dítěte po 24. týdnu těhotenství, taková žena je již informována a musí se rozhodnout a podepsat, zda si bude přát pohřeb dítěte či ne. Není vhodné jim sdělit mnoho informací najednou, mnohem lepší je informovat průběžně. Není vhodné čekat, jestli si rodiče sami řeknou o možnost své mrtvé dítě vidět, pochovat si ho, rozloučit se s ním. Většina maminek se obává pohledu na své mrtvé dítě, ale je

---

<sup>78</sup> Špaňhelová (2015), Lebrušková (2014), Ratislavová (2016)

vhodné podpořit ji, jak je to jen možné v tom, aby své dítě viděla, pochovala si ho. Dítě lze zabalit do pleny, dát mu čepičku tak, aby ho rodiče mohli mít v náruči. Podpoří se tím proces truchlení. Rodiče začnou plakat, ale později se na své dítě dívají zamilovaně, mohou mu říci vše, co jim leží na srdci („*hrozně jsem se bála vidět Vašíčka, ale vy jste mi dodala tolik síly, že jsme pak byli s manželem hrozně šťastní, když jsme ho drželi v náruči, on byl tak krásný*“, „*bylo toto nejlepší, co jste nám doporučila, my jsme vám věřili a teď, dva měsíce po všem jsme vděční za to, že jsme ji políbili, dala jsem jí svůj náramek, a vím, že je to andílek s náramkem z modrých kamínků*“, „*smíruji se s faktem, že mi Petříka nic a nikdo nevrátí, proteklo mnoho slz, už jsou jiné, ale pořád plné bolesti, ale aspoň vím, jak Petřík vypadal. Bála jsem se, ale on byl jako andílek, který jenom usnul*“). V případě, že dítě má viditelnou vadu, lze tuto vadu zakrýt oblečením. Udělejte vše proto, aby rodiče viděli své dítě jako krásné a zavinité se stejnou něhou, kterou se dostává živě narozeným dětem („*on byl tak krásný, nekrásnější chlapeček ze všech*“ – odstupem hovořila maminka o svém synovi, který měl velmi závažné tělesné postižení, matka však měla syna v oblečení, v čepičce a peřince, takže tělíčko neviděla). Psycholožka Michaela Mrowetz (2011, s. 13 – 29), která se mj. věnuje ženám s posttraumatem po porodu, ve své knize o bondingu píše: „*dítě patří k matce - zdravé či nemocné – živé či mrtvé – dítě patří k rodičům, všechno je tak prosté, vidět bývá obtížné*“. Proto je vhodné citlivě a opakovaně nabízet rodičům, aby měli **možnost vidět své dítě**. Na druhou stranu respektujte rodiče, kteří své dítě vidět odmítnou, případně si chtějí rozmyslet svůj kontakt s dítětem. Tady je vhodné popsat, jak miminko vypadá, aby měli možnost si to představit – bude malinký a bude vypadat, jako kdyby spinkal. Je vždy nutné rodiče informovat o tom, co se bude s dítětem dít a kam bude přemístěno. Je vhodné pořídit otisk ručičky, nožičky, fotografii pro případ, že by v budoucnosti pocítili potřebu a nutnost vrátit se k okamžiku porodu mrtvého miminka (tento postup je v souladu se zákonem 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů). Otisk, fotografie se ponechává ve zdravotnické dokumentaci ženy a v případě, že si to žena bude s odstupem přát, lze jí tyto otisky, příp. fotografie, předat. Velkou chybou je, jak uvádí Takács, Sobotková a Šulová (2015, s. 147), taková strategie zdravotníků chtít co nejrychleji tuto záležitost vyřídit – po potratu, po porodu mrtvého plodu zmizet i s dítětem, a předstírat, že se nic neodehrálo, bagatelizovat zármutek a omezovat lékařský rozhovor jen na medicínské souvislosti („*jen jedna věc ve mně hlodá a to pohřeb. Na porodním sále jsem popdepsala, že si pohřeb nepřejeme, bylo to ve spěchu, pod nátlakem všech hrozných emocí. Nepřáli jsme si ani urničku, na hřbitovy moc nechodíme, na blízké vzpomínáme doma. Nicméně jsem změnila názor, vím, že to nezměním, to je mi jasné, ale chtěla jsem se zeptat, zda je hro-*

*madný hrobeček miminek veřejný? Zda existuje místo, kde bych mu mohla být nejbližší, kde bych si s ním mohla povídat, kde je uložený jeho popel? Mám doma keramického andělíčka, každý den mu zapaluji svíčku, a v duchu s ním mluvím, často, ať jsem, kde jsem, ale to fyzické místo mi moc chybí“).* Nepodceňujte **rituál rozloučení**, někteří rodiče své dítě vidět nechtějí, mají strach, anebo učiní rozhodnutí, které se ale již bohužel nedá vrátit. Proto je také vhodnější spíše rodiče informovat o tom, jaké možnosti, než se jich ptát – většina rodičů na otázky kladené v souvislosti s mrtvým miminkem reaguje záporně („*nechci ho vidět“*, „*nechci pohřeb“*) - snaží se od mrtvého odosobnit, přitom v budoucnu svého rozhodnutí většinou litují. Rozhodně k plnému prožitku patří podpořit rodinu, aby uspořádala pohřeb. Ať se nám to líbí nebo ne, rituály nás obklopují a patří k našemu životu. Odmítnutí rituálu rozloučení je nezvratné, již nikdy nelze nahradit (Kuzníková, 2011, s. 148). V anglicky mluvících zemích a zemích západní Evropy je běžné, že rodiče své mrtvě narozené dítě umývají, oblékají a mohou se s ním v klidném prostředí rozloučit po dobu, která není omezená (Ratislavová, 2016, s. 33). Rituál rozloučení je velmi důležitý pro truchlící rodiče – pomáhá zmírnit utrpení po potratu či porodu mrtvého dítěte v procesu truchlení, napomůže najít místo pro milované zemřelé či potracené dítě a tím umožní jít rodičům dál životem a vytvářet nové vztahy. Cílem rituálu je umožnění pozvolného rozloučení, vzpomínání, ale také omluva a vyjasnění, zkrátka uvolnění emocí v takové míře, kterou daný člověk potřebuje proto, aby se mohl se ztrátou vědomě smířit (Haasová, 2014, s. 43).

Co je velmi důležité, tak je **ocenit matku** za to, že dokázala porodit dítě, **případně i partnera** za to, že byl s ženou, že jí byl oporou. Ženu po porodu zdravého dítěte čeká velká odměna – má své zdravé dítě, žena, která rodí mrtvé dítě, má stejné porodní bolesti, ale z porodnice si odnáší bolest v srdci.

Pokud to provozní podmínky jen trochu umožní, poskytněte takové ženě **maximum soukromí**, nabídněte rodičům možnost pozvat si prarodiče, příbuzné. Buďte citlivý a buďte v místnosti tak dlouho, dokud budete mít pocit, že vás tam potřebují, že jejich napětí ještě neopadlo. Sociální opora je v tuto chvíli velmi důležitá a potřebná, společné sdílení ztráty a bolesti napomáhá urychlení procesu truchlení. Jak uvádí Haasová (2014, s. 13), podle dlouhodobých společenských tradic v české republice se k potracenému plodu přistupuje jako k biologickému materiálu a není umožněn oficiální postup, jako při úmrtí dítěte. Tím je možnost odtruchlení takového úmrtí zkomplikována, rodiče, respektující společenské normy, byli nuceni přijmout fakt, že jejich nenarozené dítě bylo nezralým plodem a tím pádem se nevydali cestou „oficiálního“ truchlení se vším, co k němu patří, jako je pohřeb, smutek po tak dlouhou

dobu, jak je třeba a další, s tím spojené úlevy. To mohlo být jedním ze závažných důvodů psychické újmy nejen ženy, ale i obou rodičů.

Rodiče by také měli být informováni o možnosti **pojmenovat své dítě**. Většina maminek, rodičů má pro své miminko během těhotenství vybrané jméno, ale někteří rodiče mohou po narození mrtvého dítěte s jeho pojmenováním váhat. Je vhodné citlivě rodiče podpořit v pojmenování jejich mrtvého dítěte, snadněji se o takovém dítěti v budoucnu hovoří. Pojmenováním dítěte ho „zhmotní“. (Žena na odpověď, jak by se jmenovala její holčička: *„na něco takového se mě nikdy nikdo neptal, jako by ostatní předpokládali, že jsme ji nestačili pojmenovat, nebo snad pro ně bylo snazší se neptat, nevědět, neuvažovat o ní jako o skutečné bytosti....“*). Dále by rodiče měli být citlivě informováni možnosti pohřbu a nutnosti rozhodnout o něm do 96 hodin od vydání Listu o prohlídce zemřelého. Rodiče by měli být informováni o matrice, úmrtním listu, o všech dalších zákonných formalitách souvisejících s úmrtím dítěte.

Ve zdravotnickém zařízení je vhodné citlivě ženu poučit o tom, jak bude probíhat šestinedělí, protože období šesti týdnů od potratu i porodu mrtvého se týká všech žen, vždy nastávají prudké hormonální změny v organismu, děloha se musí „vyčistit“, ženy krvácejí (*„nejhorší pro mě bylo jít na záchod měnit vložku, pokaždé když jsem viděla tu krev, ty kousky na vložce, všechno mi připomnělo moje dítě, a znovu a znovu se to vybavilo, zoufale jsem se ptala, proč já, co jsem komu udělala? Chtěla jsem ho zpět, zpět své dítě“*) Žena po potratu či porodu mrtvého plodu zůstává ve zdravotnickém zařízení jen po nezbytně nutnou dobu a bývá rychle propuštěna do domácího ošetření. Je třeba si mít na paměti, že žena bývá často pod vlivem léků ovlivňující její psychiku, myslí již jen na to, aby byla co nejdříve z nemocnice pryč, ale přesto je nutné, aby byla poučena o průběhu reakce jejího organismu na potrat, porod, a připravena na období tzv. šestinedělí a na to, jak budou pravděpodobně probíhat fáze truchlení (*„samozřejmě že jsem se dožadovala odpovědi na otázku, kdy mohu jít domů, vše tam na mě padalo, a chtěla jsem být doma ve své posteli, pod svou dekou, schovaná před všemi. Přítel dorazil kolem desáté hodiny, ve dvanáct jsem dostala oběd, nikdo vyjma paní matrikářky za mnou nebyl. Po obědě přišla zase jiná paní doktorka, ujistila se, že chci domů, zeptala se, kolik jsem měla od rána vložek a odešla. Následně mi bylo sděleno, že mohu jít domů. Paní doktorka, která mě propouštěla, mi řekla, ať se chovám jako ve standardním šestinedělí, a že si mám stahovat prsa. Já ale netuším, jak probíhá standardní šestinedělí, ovšem mé reakce byly otupělé a než jsem stihla otázku doříct, ptala se, jestli chci něco na uklidnění. Řekla jsem, že pro jistotu ano a předeepsala mi Neuro. A tím to skončilo, Byla jsem ráda, že jdu domů“*).

**Před propuštěním připravte** pro rodiče **informace o krizových centrech, odborné pomoci, svépomocných sdruženích, spolicích** – nejlépe v tištěné podobě. Tyto informace dávejte ženě, rodičům zvláště, mimo zdravotnickou zprávu, aby se nestalo, že by mohli tento letáček odevzdat ošetřujícímu lékaři s propouštěcí zprávou. Zdůrazněte jim vhodnost následné podpory. Většinou při propouštění pomoc odmítají, přesto ale zdůrazněte, že doma mohou pocítit potřebu vyhledat odbornou pomoc. Rodiče, kteří se nacházejí v období po prenatální ztrátě, potřebují ve většině případů konkrétní pomoc, ale bohužel jsou často odkázáni sami na sebe (*„když jsem přišla domů, zbytek dne mám jako v mlze, leželi jsme na gauči v objetí, televize běžela, aniž bychom ji vnímali, v ložnici bylo prázdno, v mém břiše taky, a ve mně samotné taky. Nemohla jsem usnout, tak jsem si vzala svůj první a poslední Neurol. Stav po něm se mi nelíbil, bolest se neotupila, připadala jsem si jak po kocovině. Takže jsem pochopila, že tudy cesta nevede. Začala jsem se pít o informacích o šestinedělí. Začala jsem hledat, kdo by mi pomohl, s kým bych mohla mluvit, přítel chodil do práce a na mě všechno padalo, nenašla jsem nikoho, za kým bych mohla zajít, na koho se obrátit. Nakonec jsem si našla server eMimino. Takových maminek andílků, ani se mi nechce věřit, kolika rodinám se stala tahle tragédie“*)

Krizový intervent by podle Špatenkové (2017, s. 167) měl znát průběh procesu truchlení a být schopen rozlišit normální<sup>79</sup> a komplikované<sup>80</sup> truchlení. Proto by následná **psychosociální pomoc po prenatálně ztrátě** měla být individuální, a nejčastěji se dotýkat provázení při procesu truchlení, který může být různě dlouhý. Během tohoto procesu se pocity a prožívání mění, mohou ho provázet zvláštní stavy, objevit se zcela nové, dříve nepoznané. Mohou se objevit pocity viny, mohou se stále vracet myšlenky na to, co se stalo. Mohou se objevit také somatické potíže – nechut k jídlu, anebo naopak neutišený hlad, poruchy spánku, divné pocity v různých částech těla, fyzická bolest, únava. Protože je proces truchlení dlouhá cesta, obvykle probíhá ve vlnách. V některých životních obdobích mohou nastat krizová období – např. v den, kdy byl plánovaný termín porodu, den, kdy se žena vrací do práce.

Proto je vhodné, aby měla žena, oba dva rodiče konkrétní kontakt na pracoviště, pracovníka, který pomůže při překonávání prenatální ztráty a napomůže navrácení zpět do normálního společenského života. Velmi zde zdůrazňujeme oba dva rodiče, protože partner se také většinou ocitá v této náročné životní situaci poprvé (*„vůbec nevím, co mám dělat, zažil jsem nej-*

<sup>79</sup> Normální smutek je synonymem pro nekomplikované truchlení

<sup>80</sup> Komplikované truchlení bývá označováno jako abnormální zármutek, patologický, nezvládnutý, chronický žal – uvízli v procesu truchlení a nemůžou dál.

*horší okamžik v mém životě, ještě nikdy mi nebylo tak zle. Jak mám podpořit ženu, jak s ní o tom mluvit? To mě nikdy nikdo neučil...“, „chce se mi hrozně brečet, ale nechci, aby mě žena viděla, tata i mi od mala říkal, vzmuž se, jsi přece chlap a ti nebrečí“, „nechci se vrátit do svého zaměstnání, jsem sice kuchař, ale celá hospoda to se mnou prožívala, nechci jim nic vysvětlovat, musím si najít jinou práci, někde jinde, daleko...“)*

Proces truchlení u rodičovského páru probíhá různě, a to co do intenzity, tak i způsobu a délky truchlení. Je to dané rozdílnými osobnostními charakteristikami, rodinnými podmínkami, výchovou. Od mužů se obecně předpokládá, že budou silní, a ne příliš emocionální, zatímco u žen je předpoklad větší emocionální lability, i ve spojitosti s výraznými hormonálními změnami (Davis, 1996 cit. Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 145 – 146). Smrt nenarozeného dítěte může také významně ovlivnit vztahy mezi partnery. V současné době je standardem, že rodičovské páry absolvují společně vyšetření u gynekologa, od začátku těhotenství sledují společně vývoj plodu na ultrazvukovém vyšetření, navštěvují společně kurzy předporodní přípravy. Společně se intenzivně připravují na příchod dítěte. Proto některé páry tato smutná událost ještě více sblíží, prožívají společně svůj žal, vzájemně si poskytují oporu, prohlubuje se jejich vzájemná důvěra, jiné páry někdy tato tragedie rozdělí, uchylují se k vzájemnému obviňování a neadekvátnímu hněvu (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 146) (*„co se týče našeho vztahu, partner už šel dál, uzavřel to v sobě, nechce se o Amálce bavit, prý ho to bolí a stejně to nám ji nevrátí. První týden kolem mě skákal, staral se, vařil, postupně ale začal být na mě hrubější, přestal brát ohledy. Na jednu stranu ho chápu, na druhou stranu bych ještě chtěla podporu v tom mém zármutku a truchlení.... Ale on nechce, abych plakala, a byla sama v pokoji. Samozřejmě že už jsme se stihli pohádat, ale pak jsme se rychle udobřili. Oba jsme si vzpomněli, jak ten druhý fungoval, jak jsme se podpořili a celý ten strašný den zvládli. Jelikož jsem od přírody dost výbušná a rýpavá, pokaždé když to ve mně vře, a začnu startovat, zastavím se, nadechnu se a vzpomenu si, jaký byl, jak tam byl se mnou celou dobu, jak moc plakal, jak moc mě objímal a uvědomím si, že to jsou právě ty chvíle, kdy zjistíme, koho máme po boku. A stejně jako já jsem v jeho očích silná, on je pro mě oporou“).*

Je také vhodné, pokud rodiče již mají doma dítě, aby tomuto sourozenci sdělili, co se stalo, umožnili mu truchlit a podpořili ho v tomto procesu. Starší děti bývají v situaci prenatální ztráty opomíjené a nedostává se jim psychosociální podpory, bývají často oddělovány od svých rodičů, zejména od matky, ačkoli ji právě nyní nejvíce potřebují. Nechtěné odložení od rodičů v krizové situaci může být pro děti traumatizujícím zážitkem na celý život (Worden, 2009, cit. Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 145) (*telefonovala učitelka z mateřské školky,*

*že od holčičky ví, že maminka měla v bříšku miminko, ale že bylo nemocné, a muselo do nebe, ale maminka pořád pláče, zavírá se v pokoji, a holčička má strach, že už ji maminka nemá ráda).*

Ženy také očekávají podporu od své matky, a pokud v této těžké životní situaci podpora nepřichází, prožívají to jako odmítnutí a může to mít pro vztah k matce doživotní následky, zejména pokud jim tato situace evokuje nějaký zraňující zážitek z minulosti.

Někdy bývá problémem i to, že rodina či přátelé nevědí, jak hovořit o ztrátě a mívají tendenci k prohlášením typu „*jste ještě mladí, budete mít další dítě*“, což truchlící matka může vnímat jako zlehčování či znevažování, neboť po smrti dítěte nechce žádné další dítě, chce právě to dítě, které zemřelo (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 146). Ženy citlivě vnímají názory od svých blízkých, a při náznacích nepochopení se cítí velmi zraněné. Druhou skupinu tvoří ženy, které se mohou stydět hovořit o tom, že o dítě přišly anebo nechťejí ostatní svou ztrátou zatěžovat. Mohou u nich převažovat pocity sociální izolace ve společnosti, která zdůrazňuje mateřství, a to může řešení jejich zármutku ztěžovat. Podle výzkumů Hazzarda a kol. (1992, cit. Ratislavová, 2016, s. 110 – 111) rodiče, kteří obdrželi dostatek sociální podpory, zažívali méně intenzivní zármutek než ti, kteří podpory měli málo.

Další z krizových momentů může být kontrolní vyšetření ženy u ošetřujícího gynekologa po šestinedělí. Některé ženy viní svého gynekologa z prenatalní ztráty, a často si hledají gynekologa jiného. Jak uvádí Ratislavová (2016, s. 115 – 117), studie matek po perinatální ztrátě reflektuje, že ženy mají často špatné, až zmatené informace o okolnosti smrti, až 40% nedostalo žádné informace vztahující k možnosti dalšího těhotenství, nemají k dispozici žádná vyšetření a výsledky. Zdravotníci by měli kromě somatického stavu provést také kontrolu stavu psychického.

Verana Kast, (2000, s. 76 - 77) významná švýcarská psycholožka a psychoterapeutka, ze své mnohaleté praxe práce s klienty v krizi tvrdí, že se lidé v krizi dostávají do terapeutické praxe převážně zprostředkovaně – přes ošetřujícího lékaře, duchovního. Krizová intervence při krizích ze zármutku probíhá v terapeutické praxi zřídka bezprostředně po ztrátě – ale většinou po delším čase, nejednou v souvislosti se skrytou krizí, když si klient ztěžuje na psychosomatické potíže. Jedná se o jedince, kteří krizi ze ztráty prožívají především na úrovni tělesné. Při akutní krizi ze ztráty, která způsobí labilitu, je krizová intervence poskytována bezprostředně po této ztrátě. Krizová intervence končí tehdy, když truchlící člověk získá v průběhu krize pocit, že našel spolehlivého průvodce, s jehož pomocí je schopen čelit krizi v celém jejím rozsahu. Proto by každá žena po prenatalní ztrátě měla mít kontakt při odchodu ze zdra-



votnického zařízení na následnou odbornou psychologickou podporu a pomoc, na kterou by se mohla včas v případě potřeby obrátit dříve, než se u ní rozvinou psychosomatické potíže.

Stručné shrnutí:

1. Pojmenovat diagnózu a nešetřit rodiče
2. Vytvořit bezpečný prostor pro ventilaci emocí
3. Ujišťovat rodiče, že jste tady proto, abyste jim poskytli potřebnou podporu
4. Nejdůležitější je být s nimi, neopustit je, podpořit je
5. Včasná intervence – rodiče potřebují někoho, kdo jim pomůže
6. Uznání a respektování významu ztráty
7. Nebagatelizovat žádnou prenatální ztrátu
8. Rozptýlit pocity viny
9. Psychofarmaka ne
10. Rozloučení – podpořit rituál rozloučení, nepodcenit ho
11. Nepodcenit a umožnit proces truchlení
12. Doporučení na konkrétní následnou psychosociální pomoc

Donedávna nebyla odborná péče vyžadována u tzv. normálního, nekomplikovaného truchlení, ke kterým patří např. nekomplikovaný smutek, psychopatologické aspekty právních a pracovních problémů, přičemž ovlivnění širokého spektra rozdílných jevů prostřednictvím sociální intervence, psychoterapeutické intervence představuje další faktické rozšíření společenských kompetencí zdravotnictví. Vyhledání odborné pomoci je na jedné straně závislé na prožívání a reaktivitě subjektu a převládajících postojích etnika k tranzitorním duševním poruchám, na druhé straně je závislé na existenci, dostupnosti a kompetentnosti příslušných specializovaných služeb. Kvalifikované odhady prevalence závažných krizových stavů v běžné populaci hovoří o 5 až 8 % výskytu! Psychoreaktivně podmíněná krize se manifestuje bezprostředně nebo v období zhruba šesti měsíců po zátěžové události symptomy úzkosti, strachu, deprese, těžkými případy nebo různou mírou dezintegrace psychiky (Klimpl, 1998, s. 35). A to je již pádným důvodem pro kvalifikovanou odbornou následnou psychosociální pomoc a podporu po prenatální ztrátě.

Za vhodné v této rigorózní práci považujeme zmínit také tzv. Post Abortivní Syndrom (PAS) (Hoffmann, 2016, cit. Váňa, 2017, s. 26). V medicínské odborné literatuře PAS zahrnuje pouze spontánní potrat, zatímco u žen, které podstoupily umělé přerušování těhotenství, se tento syndrom vymezuje jako Post Interrupční Syndrom (PIS). Tento syndrom je specifickou formou širší diagnózy, známé jako posttraumatické stresové poruchy. Nástup této poruchy, toho-

to onemocnění, může nastat kdykoli od okamžiku traumatu, tedy v tomto konkrétním případě od okamžiku zákroku, až do několika let poté. Čím je tento syndrom způsoben? Především je to tím, že žena nebyla schopná, nemohla pod tlakem sociálních okolností, vyjadřovat své pocity, které se vázaly k jejímu těhotenství, k potratu a tím k možnosti vyrovnat se s těmito negativními pocity. Taková žena odsunuje své emoce a vytváří si jiné obranné mechanismy ke zvládnání každodenního života. Avšak potíže mohou nastat a časem se stupňovat, a narušit tak běžné fungování ve vztazích, v rodině, v zaměstnání. Past abortivní syndrom však nemusí postihnout jen ženy, které prodělaly umělý či spontánní potrat, v některých případech se uvádí, že se mohou objevit i u jejich partnerů (Váňa, 2017, s. 26). Klimp (1998, s. 67) popisuje symptomy posttraumatické krize jako symptomy tělesného napětí, kdy intenzivní prožitek tělesného napětí postižení označují jako duševní bolest, mívají gastrointestinální potíže, silný pocit odcizení, emočně se distancují od ostatních a intenzivně se zabírají představou o mrtvém, objevuje se ztráta srdečnosti ve vztahu k jiným lidem, dráždivost a hněv, nejsou vzácné pocity viny, výčitky svědomí. V některých případech je nutná krizová intervence s odstupem času, a to bývá v případech, kdy se po neúspěšném těhotenství nedaří ženě znovu otěhotnět, a v důsledku toho se dostává do krize. Ratislavová (2016, s. 20) popisuje u rodičů, kteří se rozhodnou pro ukončení těhotenství pocity těžké ztráty, přítomny bývají pocity viny, studu, zármutku, vzteku, úzkosti, vlastní nedostatečnosti a selhání. Zmiňuje Korenrompovu studii z roku 2005, kdy 17,3 % žen vykazovalo po ukončení těhotenství pro těžkou vrozenou vývojovou vadu známky posttraumatického stresu ještě několik let po ztrátě, 8 % žen vykazovalo pocit lítosti a 10% pocity pochybnosti spojené s rozhodnutím těhotenství ukončit. V dlouhodobém horizontu ženy prožívají zkušenost s touto perinatální ztrátou více jako trauma než ztrátu.

Právě vzhledem ke všem výše uvedeným skutečnostem je tedy tak důležité doporučení na následnou psychosociální pomoc a podporu. Již Lindemannovy zkušenosti z roku 1942, kdy specifikoval syndrom ztráty, ukázaly, že je možné truchlení a s ní spojenou psychickou bolest zvládnout během osmi až deseti terapeutických rozhovorů, uskutečněných v průběhu čtyř až šesti týdnů. Na Lindemannovu průkopnickou práci navázaly další jednotlivé práce a studie, později také empirické studie (Klimp, 1998, s. 67 – 68), které jednoznačně dokázaly smysl psychosociální podpory po prožité ztrátě.

Z našich mnohaletých zkušeností jsme přesvědčeni, že žena, která potratí při svém prvním těhotenství, má obavy, jestli vůbec někdy bude mít dítě a také ji mohou pronásledovat pocity sebeobviňování, kterým by bylo třeba se věnovat. Reakce lékařů bývá v případě prenatální

ztrátu v začátku gravidity bohužel jednosměrná – snaží se podávat pozitivní informace na téma dalšího otěhotnění, podložené statistikou, pravděpodobností, zdravotním stavem a závislostí na věku, ale zapomínají na fakt, že žena právě utrpěla významnou ztrátu a bylo by zdravější se této ztrátě věnovat a ne jí minimalizovat zaměřováním se na možnosti dalšího otěhotnění. Vzhledem k bagatelizaci psychického prožívání potratů v prvním trimestru těhotenství se často stává, že ženy svému smutnění nedají anebo nevědomě dát nechtějí tolik prostoru a spíše se snaží zahnat smutek radostnými událostmi, jako je dovolená, zařizování nového bydlení, koupě domácího mazlíčka, změna zaměstnání, a jiné. V takovém případě se může stát, že takto „neodtruchlené dítě“ zabírá v psychice ženy prostor pro příchod nového dítěte a žena se vydává na cestu boje s neplodností. Opačným extrémem je dlouhé smutnění, které po čase může narušit psychickou rovnováhu ženy, blízké vztahy, celé zázemí a fungování.

### **3.2.4 Uplatnění sociální pedagoga v praxi v souvislosti s poskytováním krizové intervence při prenatální ztrátě**

Vycházíme z toho, že každý, kdo chce pracovat v pomáhající profesi, chce tuto profesi vykonávat na základě svých osobnostních předpokladů a je vnitřně motivovaný k pomoci druhým lidem a k dalšímu celoživotnímu vzdělávání.

Sociální pedagog může nalézt uplatnění jak v resortu zdravotnictví, tak v resortu sociálním. Ve zdravotnictví může pracovat (a pracuje) podle zákona O nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. (Česko, ©2004). Tento zákon stanoví přesné podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Co to v praxi znamená? Ve většině nemocnic jsou dnes zřízena samostatná oddělení sociální, kde rozvíjí a praktikují odbornou, samostatnou činnost sociální pracovníci, a tato činnost je nedílnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. Předlohou pro ostatní nemocnice byla koncepce vypracovaná ve FN Motol v letech 2005 – 2011 Mgr. Markovou (FN Motol©2018), která dokázala velmi dobře metodicky uchopit a vypracovat směrnice upravující postupy pro výkon sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení. Na oddělení sociálním zabezpečují sociální péči potřebným pacientům vysoce školení a odborně erudovaní sociální pracovníci, odborně způsobilí k výkonu povolání podle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. To, zda se sociální pracovník začlení do odborného interdisciplinárního týmu a získá tam pevnou pozici, závisí z velké části na jeho osobnosti a schopnostech. Nedílnou součástí rozvoje sociálních pracovníků je nejen vystudování bakalářského či následně magisterského studijního oboru, ale především celoživotní vzdělávání, mezi které můžeme zařadit absolvování akreditovaných

výcviků, např. v krizové intervenci, kurzů a workshopů zaměřených na problematiku perinatální ztráty.

Tato práce je zaměřená na podporu ženy při prenatální ztrátě a nabízí jednu z možností uplatnění sociálního pedagoga při následné pomoci a podpoře ženě. Sociální pedagog může např. pomáhat vést svépomocnou podpůrnou skupinu pro ženy po prenatální ztrátě, zapojit se do práce v týmu v poradně neziskových společností, zabývající se psychosomatickou podporou léčby neplodnosti, odborně vést diskuse týkající se rodičovství, poskytovat emoční oporu, vzdělávat a napomáhat hledat nové sociální cíle. Případně pokud žena, její partner preferují neformální pomoc v domácím prostředí, a mají zájem o sdílení a příběhy jiných žen, je vhodné znát, případně doporučit publikace s touto tematikou (Příloha P VI).

#### 4 STAV ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY

Pro empirickou část je velmi důležité přesné vymezení pojmů zdravotnický pracovník, zdravotnické služby, sociální pracovník, sociální služby, včetně legislativního vymezení.

Proto se v této kapitole budeme zabývat vymezením těchto pojmů.

Rok 1989 nepřinesl jen změny společenské, ekonomické, ale přinesl také změny v systému sociálního zabezpečení, změny v systému sociální pomoci. V souvislosti s těmito změnami se v návrhu zákona o sociální pomoci objevuje termín sociální práce, který je definován jako metoda sociální pomoci. V české společnosti tak v 90. letech minulého století vzniká a formuje se řada institucí pro řešení sociálních problémů, zejména pro rozvoj sociální politiky, sociálního zabezpečení, sociálního pojištění, sociálních služeb, dále pro vznik nových zdravotních a vzdělávacích programů, zdravotního pojištění a zařízení sociální péče. V dnešní společnosti je systém tzv. sociální opory stále nesmírně důležitý (Kuzníková, 2011, s. 13), do popředí se dostávají snahy o zdokonalení a profesionalizaci systému vzdělávání sociálních pracovníků, sociálně – zdravotnických pracovníků, a jejich vysokoškolské vzdělání se dnes stává již běžným standardem.

Na Konferenci o profesním profilu sociální práce, konané v roce 1996 v České republice, byla vymezena pozice sociálního pracovníka jako profesionála, který řeší sociální problémy, zprostředkovává pomoc při řešení těchto problémů a snaží se zabránit jejich vzniku nebo vyhrocení. Sociální pracovník sociální práci pojímá jako službu klientům (jedincům, rodinám, skupinám nebo komunitám), kterou je možno charakterizovat pojmy pomoc, podpora, provázení (Kuzníková, 2011, s. 18).

Proces rozvoje profese sociální práce v rezortu zdravotnictví je ovlivňován legislativními normami: zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (v pozdějším znění), a je podporován snahami organizací sdružujících sociální pracovníky a zdravotně sociální pracovníky: Společnost sociálních pracovníků ČR, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Rada pro rozvoj sociální práce, Česká asociace sester – sekce zdravotně sociální (Kuzníková, 2011, s. 18).

Problematika sociální a zdravotní péče je velmi těsně propojena a dotýká se všech pomáhajících profesí. Sociální péči v širším kontextu vymezujeme jako pomoc, podporu a poradenství, a měla by být nedílnou součástí léčebného procesu. V první kapitole jsme popisovali, jak se mění struktura společnosti, rodiny a s tím se mění a přibývají i problémy v sociální oblasti, jejichž řešení vyžaduje vyšší úroveň vzdělání sociálních pracovníků, využívání nových přístupů v sociální práci, a to vyžaduje zejména vyšší počet sociálních pracovníků v praxi. Jenže

– v současné době nemocnice bojují o každou „korunu“, jejich financování a tím pádem chod jsou závislé na zřizovateli – ministerstvu zdravotnictví, anebo na obci, v případě soukromých zařízení jsou odkázány pouze na platby za výkon od zdravotní pojišťovny anebo na přímou platbu od pacientů. V České republice jsou sociální a zdravotně sociální pracovníci v nemocnicích zaměstnáváni přímo nemocnicemi. Zdravotní služby včetně nemocniční péče jsou financovány prostřednictvím systému zdravotního pojištění (každý zdravotní výkon má své bodové ohodnocení, a na základě vykázané péče příslušné zdravotní pojišťovně, u které je pacient pojištěný, následně zdravotní pojišťovna tento výkon zdravotnickému zařízení proplácí). Zaměstnávání zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích je zcela v rukou managementu, protože zdravotní pojišťovny práci sociálních pracovníků neproplácejí – jinými slovy, jejich práce je hodnocena zaměstnavatelem. Proto v zdravotnických zařízeních management sám rozhoduje, zda bude z rozpočtu nemocnice poskytovat sociální služby nebo nikoli. Přesto že všeobecně panuje shoda v názoru, že práce sociálních pracovníků v nemocničních zařízeních je velmi potřebná a užitečná. Proto se míra spolupráce sociálních pracovníků/pracovnic v nemocnicích odvíjí od systému práce a vymezené náplně práce v dané organizaci.

#### 4.1 Vymezení pojmů souvisejících s oblastí zdravotnictví ve vztahu ke krizové intervenci

Poskytování *zdravotní služby* poměrně jasně definuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v druhém a třetím odstavci § 2 (Česko, ©2011), kde je uvedeno, že zdravotními službami se rozumí poskytování zdravotní péče dle platné legislativy zdravotnickými pracovníky, případně jinými odbornými pracovníky, kteří svou činnost konají v přímé souvislosti se zdravotní péčí. Dále k nim patří činnost záchranné služby, zdravotnická dopravní služba, zdravotnické poradenství 16 a další, včetně služeb specifických, jako je například problematika transplantací či umělého přerušování těhotenství. Stejně jako zdravotní služby je v tomto zákoně o zdravotních službách zákonně určen obsah *zdravotní péče*, a to jako soubor činností a opatření konaných ke zjištění úrovně zdraví, prevenci a léčbě nemocí a vad, ke zlepšení a udržení zdravotního stavu a k zmírnění utrpení, včetně pomoci při reprodukci a porodu, prováděných zdravotnickými pracovníky.

V nemocničních zařízeních tedy zdravotní služby a zdravotní péči poskytují lékaři, porodní asistentky a všeobecné sestry. Vzdělávání a kompetence *lékařů* jsou stanoveny zákonem č. 95/2004 Sb., který byl novelizován k 31. 1. 2017 (Česko, ©2017), a upravuje podmínky získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnické-

ho povolání lékaře, a přímo zakotvuje základní obory specializačního vzdělávání a délky vzdělávání v těchto oborech. Například upřesňuje výkon odborného dozoru a odborného dohledu nad neatestovanými lékaři, a definuje požadavky na garanta a školitele. Rovněž vymezuje v právním řádu kompetence lékaře, definuje rozsah činností. Lékaři jsou povinni řídit se Stavovským předpisem České lékařské komory č. 16 o celoživotním vzdělávání lékařů, který slouží k prohlubování odborné způsobilosti lékaře pro výkon povolání (MZČR, ©2018).

**Porodní asistentka** dle české právní legislativy § 5 ods. 3 zákona č. 96/2004 Sb. (Česko, ©2004) o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytnutím zdravotní péče. Za podstatné v souvislosti s tématem rigorózní práce považujeme zmínit kompetence porodní asistentky vymezené tímto zákonem, a to nejen z hlediska zdravotní a ošetrovatelské péče o ženu během těhotenství, porodu a v šestinedělí, ale porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství, a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu, přípravu k rodičovství, může být rozšířena do oblasti zdraví žen, sexuálního a reprodukčního zdraví. V současné době lze získat odbornou způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky pouze studiem nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek.

Výkon povolání **zdravotní sestry**, její kompetence jsou rovněž stanoveny zákonem č. 96/2004 Sb. (Česko, ©2004). Současná legislativa dále stanovuje kritéria, jejichž splnění je pro výkon profese všeobecné sestry, i porodní asistentky, nezbytné; jsou jimi odborná způsobilost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost.

Kromě právních předpisů upravují poskytování zdravotní péče lékaři a zdravotními sestrami rovněž etické kodexy. Lékaři by se měli řídit Příisahou Hippokratovou, a Stavovským předpisem č. 10 České lékařské komory (Etický kodex České lékařské komory), zdravotní sestry a porodní asistentky by měli dodržovat Etický kodex sester vypracovaný mezinárodní radou sester (Jankovský, 2018, s. 244 -256). Kodexem rozumíme souhrn obecných pravidel pro určitou činnost; ve zdravotnické praxi má svůj velký význam, neboť poukazuje na to, co je správné. Přestože etické kodexy se v právních normách v mnohém odrážejí, právně závaznými zpravidla nejsou. Pokud při poskytování péče dojde ke vzniku právního sporu, nebudou rozhodujícím kritériem kodexy, ale platné právní předpisy (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 9 – 23).

Ve zdravotnickém zařízení má svoji nezastupitelnou roli také **klinický psycholog**. Klinickým psychologem se v České republice může stát psycholog, který ukončil jednooborové magis-

terské studium na katedře psychologie filozofické fakulty<sup>81</sup> a nejdříve po pěti letech práce ve zdravotnictví složil specializační zkoušky<sup>82</sup> (Baštecká, Mach, 2015, s. 48). Klinický psycholog v rámci systému zdravotní péče o duševní zdraví provádí mj. tyto činnosti zdravotnického pracovníka: neodkladnou péči v případě akutních krizí a traumat, rehabilitaci, reedukaci a resocializaci psychických funkcí, školení zdravotnických pracovníků v oblasti psychologie zdraví a nemoci, poradenskou činnost (Baštecká, Mach, 2015, s. 49 – 50). Psychologové mají rovněž svůj Etický kodex, a to Etický kodex Českomoravské psychologické společnosti z roku 1998 (Jankovský, 2018, s. 252 – 254).

V resortu zdravotnickém se také můžeme v rámci poskytování krizové intervence, poradenství můžeme setkat se *sociálním pracovníky*, anebo se *sociálně – zdravotnickými pracovníky*. Na pozici sociálního pracovníka může pracovat i sociální pedagog, protože splňuje podmínku stanovenou zákonem č. 96/2004 Sb., a to na bakalářské či magisterské vzdělání pro výkon nelékařského zdravotnického pracovníka. Mohou zajišťovat sociální péči potřebným pacientům, vést odbornou praxi studentů a spolupracovat se školami a vzdělávacími institucemi. V České republice však stále dochází k narůstající potřebě kvalifikovaných sociálních pracovníků v různých rezortech. Na speciální zaměření sociálních pracovníků je kladen velký důraz a například ze závěrů analýzy a vyhodnocení činnosti sociálních pracovníků z hlediska kvantity jejich potřeby a z hlediska jejich pracovní náplně z r. 2005, kterou vypracovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí, vyplývá naléhavá potřeba obnovení vzdělávání v sociální práci na vysokoškolské úrovni a profesionalizace sociální práce. Potřeba sociálních pracovníků v České republice vzrůstá a ve většině rezortů je udáván jejich nedostatečný počet (Kuzníková, 2011, s. 28). Sociální pracovníci, sociálně - zdravotničtí pracovníci by měli dodržovat etické normy, které jim stanovuje Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR z roku 2006 (Jankovský, 2018, s. 261 – 265).

Za jednu z nejdůležitějších činností sociálního pracovníka v resortu zdravotnictví považujeme zajištění návaznosti sociální péče na péči zdravotní. Ke komplexnosti léčby patří i pomoc při řešení problémů klientky, která se ocitla po prenatální ztrátě v nepříznivé životní situaci. Sociální pracovník by měl v rámci svých kompetencí provádět krizovou pomoc a sociální poradenství.

---

<sup>81</sup> Univerzity Karlovy v Praze, Univerzity Palackého v Olomouci a Masarykovy univerzity v Brně

<sup>82</sup> Specializační vzdělávání nelékařských povolání probíhá podle zákona 96/2004 sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, v oborech stanovených nařízením vlády č. 463/2004 Sb. (Česko, 2004).



## 4.2 Vymezení pojmů souvisejících s oblastí sociální ve vztahu ke krizové intervenci

V kapitole předcházející jsme uvedli, že sociální pracovník odborně způsobilý k výkonu povolání podle zákona č. 96/2004 Sb., může být zaměstnaný ve státním či nestátním zdravotnickém zařízení.

Sociální pracovníci pracují více v resortu sociálním, vzhledem k tématu naší práce budeme vymezovat sociální pracovníky, kteří se mohou v rámci své profese setkat s ženou, případně jejím partnerem v důsledku perinatální ztráty.

Někteří rodiče odmítají odbornou pomoc, psychologickou podporu, zdůrazňují zkušenost „svoji vlastní ztráty“. Vyhledávají spíše pomoc a podporu toho, kdo podobnou zkušeností, ztrátou prošel v minulosti (Ratislavová, 2016, s. 99). Takovou pomoc nalézají především ve svépomocných skupinách. V roce 2005 vznikl v České republice spolek Dlouhá cesta, který poskytuje podporu formou svépomoci rodičům při úmrtí dítěte. Pro ženy po perinatální ztrátě byl realizován v rámci sdružení Dlouhá cesta projekt Prázdná kolébka, a to až v roce 2007 (Ratislavová, 2016, s. 100).

Ratislavová (2015) uvádí, že laickou podporu (svépomocné skupiny nebo internetové diskuse na diskusních fórech) preferovalo v České republice 48% žen po perinatální ztrátě. Ve svépomocné skupině má žena, její partner možnost sdílet svůj příběh, spolupracovat s ostatními truchlícími, spoluprožívat s druhými lidmi své trápení a překonávat tím osamělost, izolaci, a především získat pocit, že není „jiná, jiný“ než ostatní, mají možnost přes internet navázat kontakt ve chvíli, kdy to právě potřebují. Mohou zůstat v anonymitě, mají k dispozici příběhy ostatních, pokud chtějí a cítí potřebu, mohou sdělit svůj příběh. Základním principem svépomoci je nezávislost, autenticita, naděje a solidarita (Ratislavová, 2016, s. 100).

Je třeba zmínit výhodu organizované svépomocné skupiny na rozdíl od spontánně vzniklého internetového diskusního fóra např. portál eMimino a sice, že organizované svépomocné skupiny jsou supervidované odborníky a laické poradkyně procházejí odborným školením.

Další formu pomoci ženám po perinatální ztrátě nabízejí **linky důvěry**. V zákoně o sociálních službách č.108/2006 Sb. (Česko, 2006), o sociálních službách, je linka důvěry definovaná jako „*Služba telefonické krizové pomoci neboli terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života či v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami*“. Tato služba obsahuje telefonickou krizovou pomoc, tzn. znamená jednorázový či opakovaný telefonní kontakt osoby, která využívá krizovou práci s pracovišti krizové telefonické intervence. Po roce 1989 nastal rozvoj

krizových služeb i linek důvěry, jejichž zřizovateli se stala především sociální a školská zařízení, ale též subjekty neziskového a nestátního sektoru, například církve, nadace a občanská sdružení. V současné době pracuje v České republice téměř 40 linek důvěry. Poskytují nejen telefonickou krizovou intervenci, ale v posledních letech také různé formy kontaktu prostřednictvím internetu. Některá pracoviště fungují v nepřetržitém režimu a nabízejí širokou psychosociální pomoc (Vodáčková, 2012, s. 210 – 214). V roce 1994 vznikla Česká asociace pracovníků linek důvěry, aby zajišťovala a garantovala záštitu a jednotnou pracovní filozofii. Garantuje kvalitu služeb, poskytování supervize, podporu vzdělávání, technické zázemí, diskusní a odborná fóra, chrání zájmy pracovníků, spolupracuje s navazujícími organizacemi, podněcuje a iniciuje zřizování těchto služeb v místech, kde chybějí, informuje veřejnost prostřednictvím propagačních akcí a spravuje celorepublikovou informační databázi zdravotních a psychosociálních služeb (Vodáčková, 2012, s. 212 – 213). Jedním z požadavků na pracovníka Linky důvěry je mimo absolvování vysokoškolského vzdělání podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách také absolvování akreditovaného výcviku v krizové intervenci a orientace v problematice sociálních služeb, v základech psychopatologie, a v sociálně právním poradenství. Pracovníci Linky důvěry by měli dodržovat profesní etiku Etického kodexu pracovníků Linek důvěry a pracovišť Linek důvěry, přijatého v roce 1998, a doplněného v roce 2002 (Vodáčková, 2012, s. 190).

Některé ženy využijí raději psychosociální pomoc a podporu „face to face“. Mohou se obrátit na **psychologa, sociálního pracovníka**, který může v rámci svých kompetencí a vzdělání poskytnout tuto pomoc. Nabídka a dostupnost služeb je v dnešní době pestrá. Problémem je v náročné životní situaci, ve které se žena po prenatální ztrátě nachází, často její zranitelnost, izolace, deprese, chybějící síla vyhledat tuto konkrétní pomoc. Proto je velmi důležité, jak jsme již opakovaně zmiňovali v předcházejících kapitolách, aby žena, která odchází z nemocničního zařízení do domácího prostředí, byla kromě edukace o šestinedělí informována o kontaktech na konkrétní psychologickou pomoc ať již odbornou nebo laickou.

Odbornou pomoc může žena, její partner, nalézt Centrech sociálních služeb (v Poradně pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, Informačním a poradenském centru, v Intervenčním centru, v krizovém centru, v Centru pro rodinu, v Centru provázení) jejichž kontakt a zaměření je snadno dostupné na internetových stránkách. Tyto služby podle zákona o sociálních službách podle zákona č. 108/2006 Sb. (Česko, 2006) zahrnují **odborné poradenství** jednotlivcům, párům, rodinám v závažných životních situacích. Poskytují odborné sociální poradenství, psychologické poradenství, zprostředkovávají kontakty na další odborníky. Podstatné je

také to, že tyto služby jsou podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. (Česko, ©2006) bezplatné, k návštěvě není třeba doporučení (jako je tomu třeba ve zdravotnickém zařízení, protože se jedná o vyžádanou péči – bez doporučení k ambulantnímu vyšetření od obvodního lékaře anebo gynekologa by nebyla možná úhrada od zdravotní pojišťovny), v případě, že si to žena přeje, může vystupovat zcela anonymně, není rozhodující místo jejího bydliště (může přijít odkudkoli), má právo svobodné volby konzultanta, konzultantky.

V neposlední řadě, kde se sociální pracovníci mohou setkat s ženou, která potřebuje pomoc a podporu po prenatální ztrátě, je hospic. Mnoho žen na sklonku svého života bilancuje svůj život, a v právě ve chvíli, kdy se připravuje na odchod z tohoto světa, přemýšlí nad nenarozeným dítětem. Hospicová péče je specializovaná integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, která je poskytována nemocným všech věkových skupin, u nichž se na základě lékařského posouzení předpokládá prognóza délky života kratší než šest měsíců (Asociace hospiců, ©2017). Důraz je kladen především na sociální, psychologický a duchovní rozměr péče. Tuto péči zajišťují zdravotní sestry, praktický ošetřující lékař, sociální pracovník, pracovník v sociálních službách a kněz, anebo kaplan. Podle legislativy se tato péče řídí zákonem č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a provozující hospicovou péči dle Zákona č. 48/1997, v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. a zároveň poskytuje registrované služby dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách (Asociace hospiců, ©2017).

### 4.3 Legislativní vymezení krizové intervence v rámci resortu Ministerstva práce a sociálních věcí

V této kapitole vyjasníme v širším významu krizovou pomoc v rámci poskytování sociálních služeb. **Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.**, který vešel v platnost rokem 2007, a jeho **vyhláška č. 505/2006 Sb.**, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, **klade** z pohledu naší práce **důraz na poradenství**. Pro potřeby psychosociální krizové pomoci a spolupráce po neštěstích je stejně důležité a nezbytné odborné sociální poradenství (Baštecká, 2013, s. 135).

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb, v § 60 (Česko, 2006) vymezuje krizovou pomoc jako terénní, ambulantní anebo pobytovou službu na přechodnou dobu, poskytovanou osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami.

Baštecká (2013, s. 135) vymezuje krizová pomoc jako cílenou, přímou pomoc člověku bez ohledu na jeho rodinu, sousedství, komunitu. Můžeme z ní proto použít jen něco. Můžeme

z ní proto použít jen něco – je přínosem, pokud má pracovník dovednosti pro pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů člověka, neboť jde o průnik obou typů pomoci (krizové pomoci a psychosociální krizové pomoci) a o jeden ze základních pilířů psychosociální krizové pomoci a spolupráce. Právě zde se uplatní umění a znalost sociálního poradenství, kde se ve vymezení zákona spojuje pracovníkova znalost s dovedností angažovat se pro klienta.

Baštecká (2013, s. 135) vymezuje poradenství jako proces podpory, vedení a spolupráce při orientaci v (nepříznivé) životní situaci, při rozhodování o ni nebo při jejím řešení, případně jejím přijetí, včetně přijetí odpovědnosti za důsledky rozhodnutí.

Zákon o sociálních službách do jisté míry zvýšil úroveň sociální práce u nás, anebo alespoň dbá na její standardní provádění, ovšem ani tento zákon nezajistí kvalitní a efektivní úroveň intervencí. Potřebujeme profesionály, kteří umějí podpořit klienty v nepříznivé životní situaci, tak aby negativní dopad na jejich osobní život a společnost byl co nejmenší.

#### 4.4 Kvalita sociální práce v České republice

Kvalitu nelze zcela exaktně definovat, tento pojem je užíván různým způsobem, a vztahuje se k různým fenoménům. Podléhá také neustálému vývoji a společenským změnám, politickým změnám, nárokům. Je zcela logické, že různé skupiny subjektů mají a budou mít rozdílné představy o kvalitě a nárocích na sociální službu. U sociální práce lze označit za nejdůležitější aspekt etické a normativní zaměření kvality. Nejde jen o to, jak efektivně služba funguje, ale také o to, jak se klient při poskytování služby cítil, zda mu tato služba pomohla, povzbudila ho. Další významnou roli při chápání kvality sociálních služeb sociální práce má zaměření na kvalitu života (Malík Holasová, 2014, s. 22). V České republice po roce 1989 začaly vznikat nové organizace a nové způsoby poskytování pomoci, rozvíjely se nové aktivity sociální práce. Logicky s tím začaly postupně vznikat nové standardy kvality sociálních služeb. Transformace služeb byla orientována právě na změnu vyšší ochrany uživatele sociálních služeb. Několikrát v této práci zmiňovaný zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb, se dotýká jen části organizací, resp. typů služeb, vykonávajících sociální práci, jež jsou v tomto zákoně přesně definovány. Sociální práce ve zdravotnictví – v nemocnicích, v hospicích nespadá do zákona o sociálních službách, ale je vymezena zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. V kapitole předcházející jsme zmínili legislativní požadavky na vzdělání zdravotnických a sociálních pracovníků. Zákon o sociálních službách dále vymezuje povinné standardy kvality sociálních služeb v těchto oblastech: procedurální (definování cíle a poslání poskytované služby, zpracování postupu pro ochranu práv klientů, pravidla pro jednání se zájemcem o službu), personální (struktura pracovních míst, pracovní profily, profesní rozvoj zaměstnan-

ců, postupy pro hodnocení zaměstnanců, vzdělávání zaměstnanců) a provozní (místní a časová dostupnost služby, postup při havarijních situacích, postupy při zvyšování kvality sociální služby). Nástrojem zajištění kvality je registrace poskytovatelů sociálních služeb, o které rozhoduje krajský úřad, a dále institut inspekce kvality (Kuzníková, 2011, s. 160 – 161). Zdravotnické služby vycházejí z původních předpisů zákona č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu (Česko, ©1966), který byl zrušen v roce 2012 a nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb., a ze zákona č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nezávodnických zařízeních, který byl také nahrazen zákonem 372/2011 Sb. V České republice se zvyšuje význam kontroly zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních. Zdravotnická zařízení jsou povinna dodržovat Národní akreditační standardy pro nemocnice. V těchto standardech jsou zahrnuty oblasti z ošetrovatelského procesu, dodržování práv pacientů, provozu zdravotnického zařízení, nutriční péče, oblast hygienicko – epidemiologická, kontinuita poskytované péče a edukace pacientů. Tyto standardy musejí dodržovat všichni pracovníci zdravotnického zařízení. Kritéria kvality v rámci standardů zdravotní péče jsou stanovena velmi obecně, na rozdíl od úpravy sociálních služeb (Kuzníková, 2011, s. 163). Kvalita musí být sociálními pracovníky samostatně rozvíjena, musí být měřitelně vyjádřena v konkrétních službách, musí být konkretizovaná v oblastech praxe, musí být neustále rozvíjena. Podstatnými aspekty kvality sociální práce jsou vzdělání, techniky práce a etika. Z tohoto pohledu je kvalita sociální práce něco, čemu se člověk může, resp. musí naučit (DBSH, Německé profesionální sdružení pro sociální práci©2011). V neposlední řadě nelze opomenout významný element hodnocení kvality práce, jako jisté kontroly profesionálů v sociální práci, a sice supervize. Může být poskytována zevnitř, od členů profesionálního společenství, klíčovou roli má poradenství od kolegů, intervize a supervize. Hlavní funkce supervize je vzdělávací (rozvoj dovedností, rozebírání práce), podpůrná (uvědomění si emoční zátěže při práci s klientem) a řídicí (funkce kontroly kvality) (Malík Holasová, 2014, s. 105).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODOLOGIE KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

V části teoretické jsme se věnovali problematice prenatalní ztráty. Popisovali jsme fáze truchlení a cestu provázení žalem po prenatalní ztrátě, která není snadná. To, jak se žena, její partner vyrovnají s prenatalní ztrátou, záleží nejen na jejich osobnosti, na jejich dosavadních životních zkušenostech, ale především na efektivitě podpory ze strany okolí, ať již rodiny, ale také ze strany zdravotnických a sociálních pracovníků, kteří byli se ženou, a jejím partnerem, v kontaktu v průběhu provázení náročnou životní situací, kterou prenatalní ztráta je, a měli ženě poskytnout poradenství, případně doporučit další odbornou psychologickou pomoc. Např. Baštecká (2015) se domnívá, že truchlení již v dnešní době ztratilo svoji přirozenost a pozůstali potřebují často poradenství – praktickou pomoc, vyslechnutí, v některých případech dlouhodobou oporu, poradit, jak náročnou životní situaci zvládat, mít možnost v bezpečném prostředí zpracovat emoce, získat na situaci náhled, a stabilizovat svůj psychický stav.

Ratislavová (2016, s 99) uvádí, že některé ženy využívají pomoc psychologa ještě v nemocnici, nebo v porodnici, pokud jim tato pomoc byla nabídnuta. Ve výzkumu provedeném v České republice vyhledalo odbornou psychologickou pomoc 31 % respondentek, a 9% žen absolvovalo návštěvu u psychiatra. Co z tohoto výzkumu také vyplynulo je, že některé ženy dokonce zpětně litovaly, že jim taková pomoc nebyla poskytnuta. Domnívaly se, že by mnohem lépe porozuměly procesu truchlení a mohly by tím předejít těžkým následkům – uváděly psychické potíže, komplikované truchlení a rozpad partnerství. Prozatím nebyly ve světě provedeny žádné randomizované studie, které by jednoznačně potvrdily efekt poskytování zvláštní podpory pro rodiče po prenatalní ztrátě, protože z hlediska metodologie je to velmi náročné téma, nicméně např. Cockburnová (Ratislavová, 2016, s. 99) uvádí, že existují rizikové skupiny žen, které mají problém vyrovnat se s prenatalní ztrátou – jsou to především ženy, u kterých dochází k opakovaným potratům, ženy infertilní, ženy po umělém přerušeni těhotenství. Velmi zranitelné jsou také ženy, které prožily ztrátu v blízké minulosti (rozvod, rozchod s partnerem, onemocnění člena rodiny, ztráta zaměstnání). Krize, a to především krize hluboká a rozvinutá, si žádá pomoc odborníka a jeho kvalifikovaný, odborný zasvěcený přístup. Matoušek (2003) uvádí, že se stále setkáváme s mylným názorem, že lékař rozumí práci s krizí. Krizová intervence je speciální dovednost, a k jejímu osvojení je nutné absolvovat výcvik, který zahrnuje přípravu teoretickou a praktickou. Dříve se lidé v krizi obraceli na lékaře, anebo psychology ve zdravotnickém zařízení, dnes především díky vzniku velkého množství státních i nestátních zařízení, které nabízejí služby krizové intervence, lidé využívají více právě tyto služby. Proto je nezbytné kvalitně a odborně připravovat pracovníky pomáha-

jících profesí (sociální pracovníky, sociálně-zdravotnické pracovníky, sociální pedagogy) na situace, ve kterých se mohou setkat s klientem v krizi.

Za velmi podstatné pro empirickou část této práce považujeme konstatování Klimpla (1998, S. 34), že *„úroveň profesionální krizové intervence je závislá na kvalitě zdravotnických a sociálních institucí, vytíženosti pracovníků, jejich odborné kompetence a lidské zralosti“*.

Také úvaha Sobotkové (2007, s. 14) nás přiměla k vypracování této rigorózní práce, protože jsme se snažili teoretické znalosti a praktické zkušenosti doplnit výzkumem, který je hlavním cílem této práce. I když nosným tématem je krizová intervence při prenatální ztrátě, právě její úvaha se dá přenést na jakékoli téma: nelze oddělovat teorii a praxi:

*„dá se říci, že psychologie rodiny přináší svým aplikačním oblastem nezbytné zakotvení v nosných teoretických koncepcích a doplňuje praktickou psychologickou činnost s rodinami zájmem o výzkum. Bylo by pošetilé uměle oddělovat teorii a praxi – každý teoretik a výzkumník v oblasti psychologie rodiny nutně musí mít i praktickou zkušenost s rodinami a naopak, kompetentní rodinný terapeut či poradce by měli mít dobré teoretické znalosti a neměli by podceňovat metodologické a výzkumné otázky“*.

Právě proto nás zajímalo, jak zdravotníci a sociální pracovníci hodnotí své teoretické a praktické zkušenosti s vedením krizové intervence u ženy při prenatální ztrátě.

## 5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak hodnotí své praktické zkušenosti a dovednosti s vedením krizové intervence u ženy při prenatální ztrátě zdravotničtí a sociální pracovníci. Jedná se o výzkumný problém popisný i vztahový. Popisný výzkumný problém podle Gavory (2001, s. 56) zjišťuje a zobrazuje popis situace, jevu či reality. Při takovém výzkumu lze využít jako výzkumnou metodu pozorování, škálování, dotazník nebo interview.

Na začátku empirického výzkumu si musíme stanovit výzkumný problém. Postupujeme podle Chrásky (2007, s. 17), který uvádí, že výzkumný problém by měl být formulován zcela konkrétně, jednoznačně a ve formě otázky.

K dosažení výzkumného cíle byla tedy stanovena **hlavní výzkumná otázka**:

**Existují rozdíly v praktických zkušenostech s vedením krizové intervence u ženy při prenatální ztrátě zdravotnických pracovníků a sociálních pracovníků?**

Dílní výzkumné otázky:

- Jak hodnotí své teoretické znalosti o vedení krizové intervence zdravotničtí a sociální pracovníci? (položky v dotazníku č. 3 – 8)



- Jak hodnotí své praktické dovednosti v krizové intervenci zdravotničtí a sociální pracovníci? (položky č. 9 – 12 v dotazníku)
- Jak hodnotí své znalosti o problematice prenatální ztráty zdravotničtí a sociální pracovníci? (položky č. 14, 15 v dotazníku)
- Jak často, kdy, komu a jak poskytují krizovou intervenci při prenatální ztrátě zdravotničtí a sociální pracovníci? (položky č. 13 a č. 16, 17, 18 v dotazníku)
- Jak hodnotí dostupnost krizové intervence a následné psychosociální podpory pro ženu po prenatální ztrátě zdravotničtí a sociální pracovníci? (položky č. 19 – 23 v dotazníku)
- Jaký je názor na nezbytnost poskytnutí krizové intervence při prenatální ztrátě zdravotničtí a sociální pracovníci? (položka 24v dotazníku)

Kromě dílčích výzkumných otázek byly stanoveny také tři hypotézy. Dle Chrásky (2016, s. 14) musí hypotéza „vyjadřovat vztah mezi dvěma proměnnými, a proto musí být vždy formulována jako tvrzení o rozdílech, vztazích nebo následcích.“ Hypotézy byly formulovány na základě teoretické části této práce, a na základě mnohaletých zkušeností, a jejich úkolem bylo odpovědět prostřednictvím testu nezávislost chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku na hlavní aspekty, a sice, jaké mají znalosti a praktické zkušenosti zdravotničtí a sociální pracovníci s vedením krizové intervence při prenatální ztrátě.

První hypotézou si chceme ověřit skutečnost, že se zdravotničtí pracovníci setkávají častěji s potřebou vedení krizové intervence než sociální pracovníci, protože je většina neúspěšných těhotenství (potrat, porod mrtvého plodu) diagnostikována ve zdravotnickém zařízení.

### **Hypotéza č. 1**

**Zdravotničtí pracovníci se častěji setkávají s potřebou vedení krizové intervence pro ženy při prenatální ztrátě než sociální pracovníci.**

H<sub>0</sub>: Potřeba vedení krizové intervence při prenatální ztrátě je stejná u obou skupin pracovníků.

H<sub>A</sub>: Potřeba vedení krizové intervence při prenatální ztrátě je u obou skupin rozdílná.

Krizová intervence je speciální dovednost, a k jejímu osvojení je nutné absolvovat výcvik, který zahrnuje přípravu teoretickou a praktickou. Zdravotničtí pracovníci se v rámci přípravy na své povolání učí se komunikačním dovednostem, prvky užívané v krizové intervence bývají součástí této přípravy, připravují se na situace, ve kterých se mohou setkat s člověkem v krizi, nicméně toto vzdělání je jen okrajovou součástí profesní přípravy. Proto je pro nás důležité ověřit, jak hodnotí své znalosti a zkušenosti s vedením krizové intervence zdravotnič-

tí a sociální pracovníci. Teorii a praxi v tomto případě nelze oddělit, proto formulujeme druhou a třetí hypotézu.

### **Hypotéza č. 2**

**Zdravotničtí pracovníci hodnotí své teoretické znalosti o vedení krizové intervence jako menší než sociální pracovníci.**

H<sub>0</sub>: Teoretické znalosti o vedení krizové intervence jsou stejné u obou skupin pracovníků.

H<sub>A</sub>: Teoretické znalosti o vedení krizové intervence jsou u obou skupin rozdílné.

### **Hypotéza č. 3**

**Zdravotničtí pracovníci hodnotí své praktické dovednosti o vedení krizové intervence jako větší než sociální pracovníci.**

H<sub>0</sub>: Praktické dovednosti o vedení krizové intervence jsou stejné u obou skupin pracovníků.

H<sub>A</sub>: Praktické dovednosti o vedení krizové intervence jsou u obou skupin rozdílné.

## **5.2 Volba výzkumné strategie a techniky sběru dat**

K realizaci výzkumu byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie, a to na základě formulace výzkumného problému (předmět výzkumu).

Kvantitativní výzkum byl realizován za využití dotazníkové metody sběru dat, která je nejfrekventovanější technikou zjišťování údajů. Byl vytvořen jeden typ dotazníku (příloha P1). Dotazník byl vytvořen speciálně pro potřeby tohoto výzkumu. V jeho úvodu byl respondentům sdělen účel prováděného výzkumu a také pokyny pro vyplnění dotazníku. Zdůraznili jsme anonymitu dotazníku, a to mj. proto, výzkumník se osobně znal s některými respondenty ze zdravotnických i sociálních pracovníků, a skrytá identita tedy dopomohla k získání upřímných odpovědí. Ze stejného důvodu se pro výzkum nejvíce hodila metoda dotazníkového šetření.

Dotazník má 24 otázek a je složen z otázek uzavřených a jedné otázky otevřené. Uzavřené otázky v našem dotazníku dávaly respondentům možnost výběru z předem připravených odpovědí.

Při vypracování teoretické části této práce jsme se snažili vyhledat studie, šetření, zaměřené na kvalitu poskytované péče krizovými intervencemi, ale žádný takový výzkum jsme nenalezli. Existují výzkumy, diplomové práce zaměřené na Pocity krizového pracovníka spojené s krizovou intervencí (Smolíková, ©2010), Krizovou intervencí poskytovanou dětem a mladist-

vým (Procházková, ©2015), Problematiku péče rodičům při porodu mrtvého plodu (Janíková, ©2016), Prožívání a vnímání spontánního potratu v prvním trimestru (Haasová, ©2014), a mnohé další zaměřené na správné vedení krizové intervence v nejrůznějších specifických oblastech. Zpráva výzkumu Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví (Takács, Seidlerová, 2012) zase hodnotila kvalitu perinatální péče očima rodiček a byla zaměřena celorepublikový průzkum spokojenosti žen v našich porodnicích, ovšem po fyziologickém porodu. Proto jsme se snažili získat nová, primární data, zaměřená na vlastní hodnocení poskytování krizové intervence těmi, kteří tuto intervenci poskytují a jejichž vyhodnocení by mělo být přínosem pro praxi, i když jsme si vědomi toho, že ne všichni respondenti odpovídali zcela pravdivě. Jejich odpovědi jsme se přesto snažili ověřit otázkami kontrolními zahrnutými do dotazníku.

### 5.2.1 Pilotní ověření dotazníku

Před samotným výzkumným šetřením bylo provedeno pilotní ověření zkonstruovaného dotazníku. Cílem pilotáže je dle Chásky (2016, s. 23) získání předběžných informací o dané problematice. Vhodně provedená pilotáž často umožňuje zpřesnit formulaci problému i hypotézy, a může přinést cenné informace o verifikovatelnosti jednotlivých hypotéz. Proto před samotným výzkumným šetřením bylo opakovaně prováděno pilotní ověřování zkonstruovaného dotazníku. Opakovaně jsme se snažili prověřit, zda otázka v dotazníku souvisí s cílem výzkumu a je nezbytná. Dále jsme diskutovali a přemýšleli, zda je formulace otázky taková, aby se skutečně ptala na to, co chceme ověřit, zjistit. Otázky jsme se snažili formulovat krátce, jasně a srozumitelně, přiměřeně ke znalostem a vědomostem respondentů. Dále jsme se snažili otázky formulovat tak, aby byla jistota, že se otázka neptá současně na více věcí, a její zodpovězení nevyžaduje příliš velké úsilí – tzn., že na otázku lze odpovědět bez vyhledávání informací z různých odborných zdrojů. Také bylo pro nás podstatné, aby otázky nebyly navádějící a emocionálně zbarvené. Proto byli osloveni odborníci z obou stran zkoumaných skupin. Ze strany zdravotníků byli osloveni dva lékaři – pan profesor z centra fetální medicíny 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a pan profesor – vedoucí lékař porodnické části gynekologicko – porodnické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Dále byla oslovena klinická psychologka z porodnické kliniky v Praze, dvě porodní asistentky a dvě sociální pracovnice z pražských klinik. Velmi cenná byla pro náš výzkum jejich zpětná vazba, a to především, zda rozuměli otázkám v dotazníku, zda jsou otázky jasně, srozumitelně a vhodně formulované, případně jestli jim některá otázka připadá nevhodná, či zcela nesmyslná. Byli požádáni, aby si předložený dotazník přečetli, a vyplnili. Na základě této pilotáže byly po-

změněny formulace některých výzkumných otázek. Současně byli se stejným cílem osloveni odborníci ze skupiny sociálních pracovníků, a to krizový intervent z Pražské linky důvěry, sociální pracovnice z pražské poradny pro rodinu a mezilidské vztahy, pedagožka z Univerzity Karlovy v Praze oboru sociální pedagogika, psychologka z Centra sociálních služeb v Praze a arteterapeutka z neziskové organizace zabývající se psychosomatickými vlivy na neplodnost po prožitém potratu. Velmi cenné byly jejich rady a připomínky, zda takto zkonstruovaný dotazník skutečně odpovídá výzkumnému cíli a zda otázky v něm položené jsou srozumitelné a přehledné. Tím bylo ověřeno, zda otázkám dobře rozumí a zda jsou otázky jasně a srozumitelně formulované. Také se ukázalo, že vyplnění dotazníku netrvalo déle než 15 – 20 minut. Vzhledem k tomu, že některé otázky v rámci pilotáže byly pozměněny a postupně upravovány, vyplněné dotazníky v konečné podobě po ověření nebyly zahrnuty do samotného výzkumu.

### 5.3 Výběr výzkumného vzorku

Základním souborem ve výzkumu jsou dvě skupiny - zdravotníci a sociální pracovníci. Abychom postihli jen tu část, která nás zajímá z důvodu vymezení výzkumného problému, musel být vybrán výzkumný vzorek, který se stává výběrovým souborem pro realizovaný výzkum. Jedná se o záměrný kvótní výběr, protože výzkumný vzorek byl stanoven na základě předem určených kritérií. Muselo se jednat o zdravotnické a sociální pracovníky, kteří se v rámci své profese setkávají s ženou, s jejím partnerem při prenatální ztrátě a kteří jim poskytují, anebo by měli poskytovat, krizovou intervenci.

Celkem bylo pro účel tohoto výzkumu rozdáno 110 dotazníků zdravotníkům a 110 dotazníků sociálním pracovníkům a to následující formou: předem byli telefonicky tyto pracovníci osloveni a byli stručně obeznámeni s tímto výzkumem. Po jejich odsouhlasení a ochotě pomoci vyplnit dotazník jsem je navštívila osobně, kdy mi sdělili, jaký je počet pracovníků na daném pracovišti, kteří splňují kritéria výzkumu a mohli by dotazník vyplnit. Výběr výzkumného vzorku zdravotnických pracovníků byl snazší vzhledem k většímu počtu pracovníků na jednom pracovišti. Byly osloveny celkem 4 pražské pracoviště, jedno pracoviště z Pardubic, Ostravy, ze Zlína, z Brna, z Havlíčkova Brodu, z Jihlavy a z Hradce Králové. Bylo předáno celkem 110 dotazníků, návratnost byla 102, což je 93 %.

Dotazníky pro skupinu sociálních pracovníků byly rozdány v Centru sociálních služeb, v nejmenovaných krizových centrech, v pracovištích Lince důvěry a psychologické pomoci ve třech krajských městech, v centrech pro lidi v krizové situaci, v Anonymní telefonické Lince pomoci v krizi, v Intervenčních centrech ve třech krajských městech, v Kontaktním

centru jednoho krajského města, a dále jednotlivým psychologům, psycholožkám z poraden a neziskových společností vyhledaných přes internet. V neposlední řadě ochotným spolužákům a spolužačkám z oboru sociální pedagogika pracujících v sociálních službách. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků s návratností 100, což je 90%.

## 5.4 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A INTERPRETACE

### DAT

Získaná data z dotazníků byla zpracována a utříděna dle Chrásky (2016, s. 34) pomocí tzv. „čárkovací metody“ a vložena do tabulky v programu Microsoft Excel. Hodnoty dosažené při měření byly uspořádány do tabulky četností a následně bylo sestaveno grafické znázornění. Pro grafické znázornění byly vybrány různé typy grafů, které byly doplněny o interpretaci výsledků.

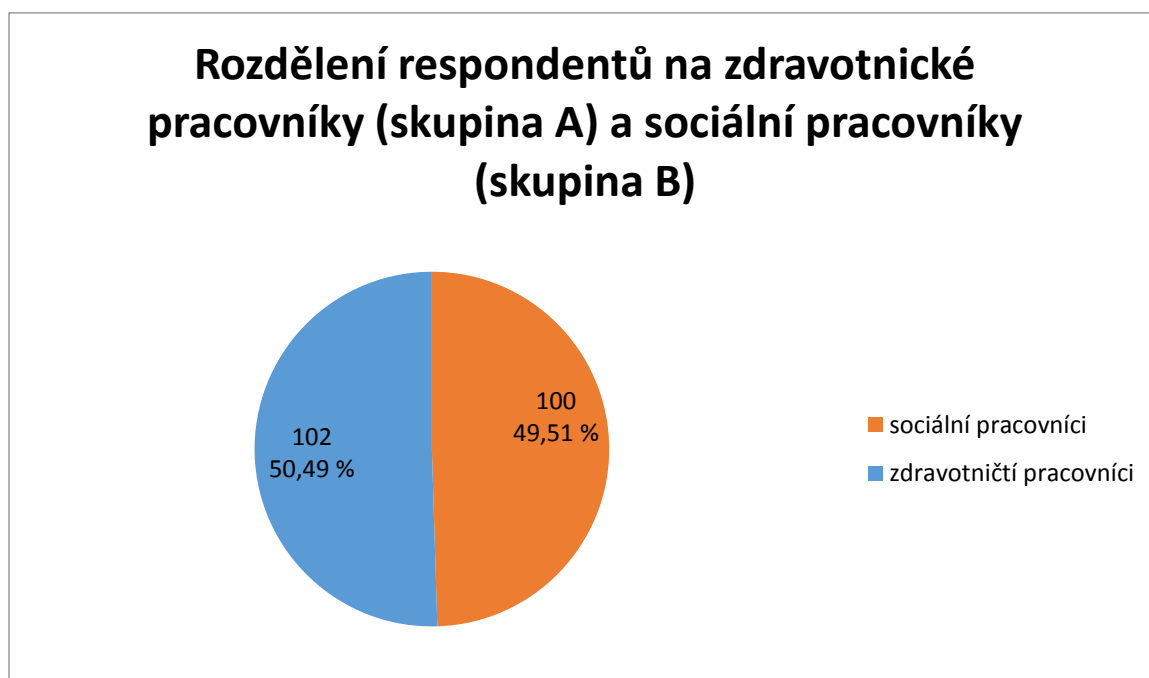
Absolutní četnost je vyjádřena zkratkou a. č., relativní četnost je označena %.

#### 5.4.1 Charakteristika výzkumného vzorku

V kapitole 4 části teoretické jsme přesně dle platné legislativy vymezily resort zdravotnictví a resort sociální, a především pracovníky, jejich pracovní pozice a kompetence v daném resortu. Prostřednictvím otázky číslo jedna „V jaké resortu, na jaké pracovní pozici pracujete?“ došlo k základnímu roztřídění respondentů na dvě skupiny.

Celkový počet respondentů, kteří dle zadaných kritérií vyplnili dotazníky, bylo 202 pracovníků, z toho zdravotnických pracovníků 102 (50,49 % z celkového počtu respondentů) a sociálních pracovníků bylo 100 (49,51% z celkového počtu respondentů). Počty zdravotnických i počty sociálních pracovníků jsou velmi těsné (jak názorně ukazuje výsečový diagram), proto výsledky výzkumu vycházejí z téměř totožného počtu respondentů v obou skupinách.

Pro snadnější přehlednost v tabulkách jsme skupinu zdravotnických pracovníků označili jako skupinu A a skupinu sociálních pracovníků jako skupinu B.



*Graf 6* - Rozdělení respondentů na zdravotnické a sociální pracovníky

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Na základě odpovědi na otázku č. 1 v našem dotazníku (V jakém resortu pracujete?), jsme rozdělili respondenty do dvou skupin - skupinu zdravotnických pracovníků a skupinu sociálních pracovníků (*graf 6*).

Tabulka č. 3 přehledně znázorňuje zastoupení respondentů ze skupiny zdravotnických a sociálních pracovníků za pomoci čárkovací metody: 8 zdravotními sestrami, což je 7,84%, 26 porodními asistentkami, což je 25,49%, 29 lékaři, což je 28,43%, 14 respondentů pracovalo na pozici klinického psychologa ve zdravotnictví, což je 13,73%, 13 respondentů pracovalo jako sociálně zdravotnický pracovník, což je 12,75% a 12 respondentů bylo na pozici sociálního pracovníka ve zdravotnictví, což je 11,76%.

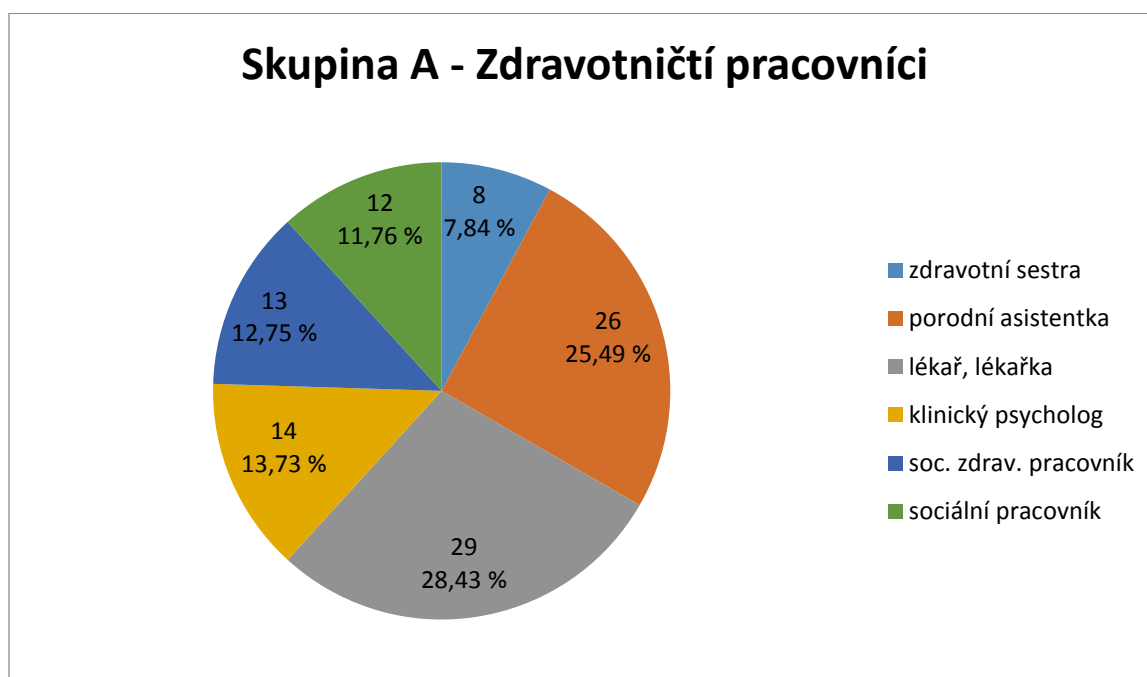
Respondenti ze skupiny sociálních pracovníků byli zastoupeni v následujícím složení: 24 psychologů, což je 24%, 47 sociálních pracovníků, což je 47%, 11 pracovníků v Krizovém centru na pozici pracovníka linky krizové pomoci, což je 11%, 15 poradenských pracovníků, což je 15% a 4 psychoterapeuti a arteterapeuti, což jsou 4%.

Tabulka 3 - respondentů na zdravotnické a sociální pracovníky

	SKUPINA A			SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%		a.č.	%	a.č.	%
zdravotní sestra	8	7,84	psycholog	24	24		
porodní asistentka	26	25,49	sociální pracovník	46	46		
lékař, lékařka	29	28,43	krizový intervent	11	11		
klinický psycholog	14	13,73	poradenský pracovník	15	15		
soc. zdrav. pracovník	13	12,75	psychoterapeut	4	4		
sociální pracovník	12	11,76					
celkem	102	100		100	100	202	100

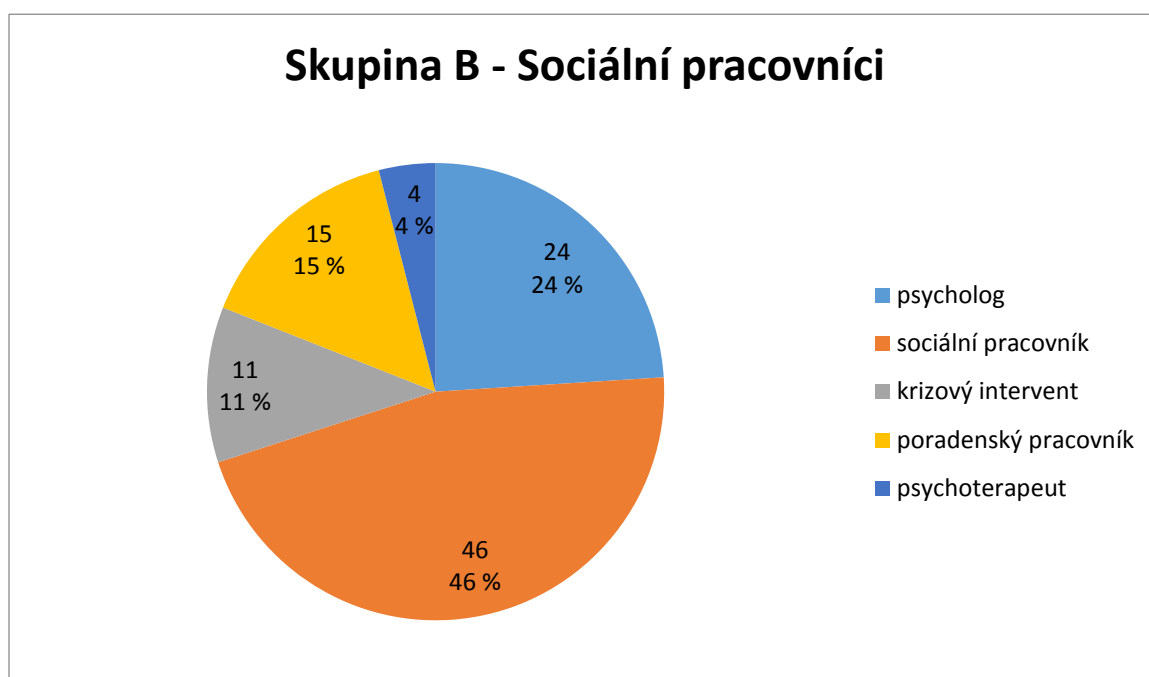
**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Pro lepší přehlednost jsme použili výsečový diagram (graf 7), který nám názorně zobrazí strukturu složení výběrového souboru ze skupiny A – tedy zdravotnických pracovníků a výsečový diagram (graf 8), který nám názorně zobrazí strukturu složení výběrového souboru ze skupiny B – tedy sociálních pracovníků.



Graf 7 - rozdělení zdravotnických pracovníků dle pracovní pozice

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018



*Graf 8 - rozdělení sociálních pracovníků dle pracovní pozice*

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Odpovědi na otázku číslo 1 došlo tedy k přesnému vymezení dvou skupin respondentů. Odpovědi na další otázky jsme již mohli přesně zaznamenávat, vyhodnocovat a přidělit do dané skupiny respondentů.

## 5.5 Délka praxe v oboru

Druhá otázka našeho dotazníku Jaké je délka praxe ve Vašem oboru měla odpovědět na to, jak dlouho pracují respondenti na své pracovní pozici. Z hlediska kvality poskytování krizové intervence je délka praxe důležitá, čím je praxe delší, tím jsou větší zkušenosti s vedením krizové intervence, a tím by měly být znalosti a praktické zkušenosti lepší, protože se pracovníci měli možnost během své praxe možnost setkat s více různými případy a jejich řešení. Čím více a častěji je poskytována, tím jsou větší zkušenosti a z toho pramenící jistota v poskytování krizové intervence, tím méně je předpoklad, že nastanou situace, které intervenanta překvapí. Nicméně je velmi důležité také odborné vzdělání, na které by měla navazovat praxe. Jak bylo zmíněno v části teoretické této práce – praxi a teorii nelze oddělovat, praxe je velmi důležitá pro správnou odbornou pomoc. Důležitá je také tzv. lidská zralost, která je závislá na věku, a životních zkušenostech.

Na základě odpovědí respondentů konstatujeme, že v našem výzkumném vzorku bylo nejméně respondentů s délkou praxe do 1 roku, což je pro náš výzkum příznivé (tabulka 4).

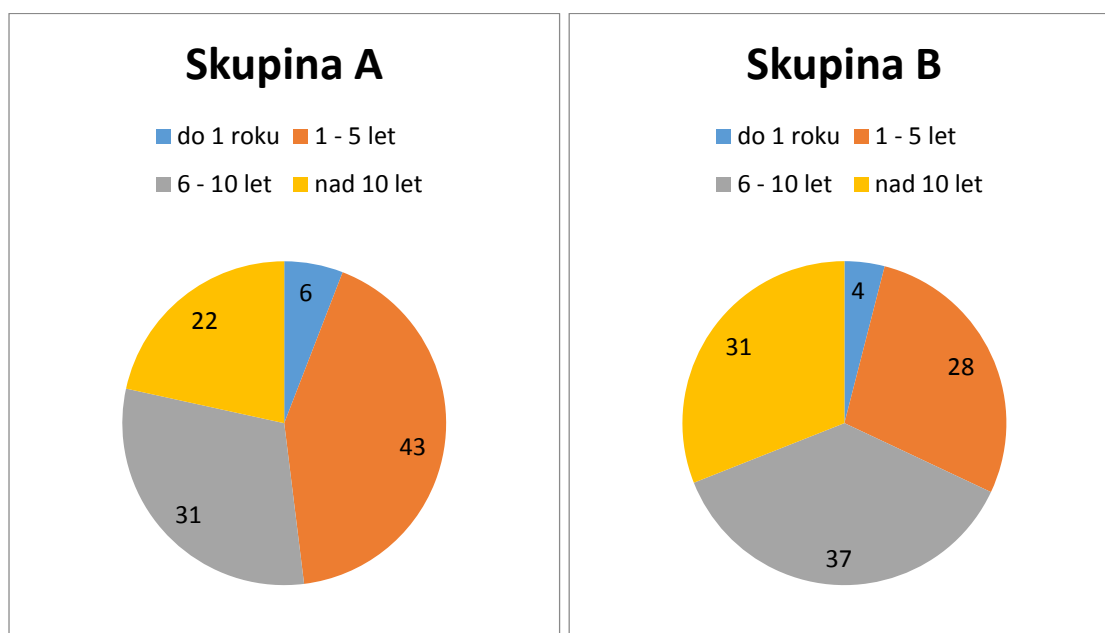


Tabulka 4 - rozdělení respondentů dle délky jejich praxe

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
do 1 roku	6	5,89	4	4	10	4,95
1 - 5 let	43	42,16	28	28	71	35,15
6 - 10 let	31	30,39	37	37	68	33,66
nad 10 let	22	21,56	31	31	53	26,24
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Pro lepší přehlednost používáme výsečový diagram, na kterém názorně vidíme, že ve skupině A (graf 9) – tedy ve skupině zdravotnických pracovníků, je nejvíce respondentů s délkou praxe 1 – 5 let (což je 42,16%), třetinu tvoří respondenti s délkou praxe 6 – 10 let (30,39%), nad 10 let je v praxi 22 respondentů (21,56%) a pouze 6 respondentů (5,89%) pracuje ve zdravotnictví méně než 1 rok. U respondentů ze skupiny B (graf 10) – tedy ze skupiny sociálních pracovníků – na základě vyhodnocených odpovědí konstatujeme, že nejvíce respondentů má délku praxe 6 – 10 let (37%), nad 10 let 31 respondentů (31%), 28 respondentů (28%) pracuje v oboru 1 – 5 let a pouze 4 respondenti (4%) uvedli délku praxe méně než 1 rok.



Graf 9

Graf 10

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Délka praxe v oboru našich respondentů je pro náš výzkum důležitá proto, že čím delší je praxe v daném oboru, tím lze předpokládat, že se respondent vícekrát setkal s nutností poskytnout krizovou intervenci a měl by lépe odpovědět na další otázky v našem dotazníku, resp. měl by objektivně ohodnotit své znalosti, schopnosti a dovednosti. Předpokládáme, že čím jsou zkušenosti větší, tím lépe dokáže posoudit kvalitu své poskytované péče, své znalosti a praktické dovednosti.

## 5.6 Teoretické znalosti o vedení krizové intervence zdravotnických a sociálních pracovníků

Otázkami v této části bylo zkoumáno, jak hodnotí své teoretické znalosti z krizové intervence zdravotničtí a sociální pracovníci.

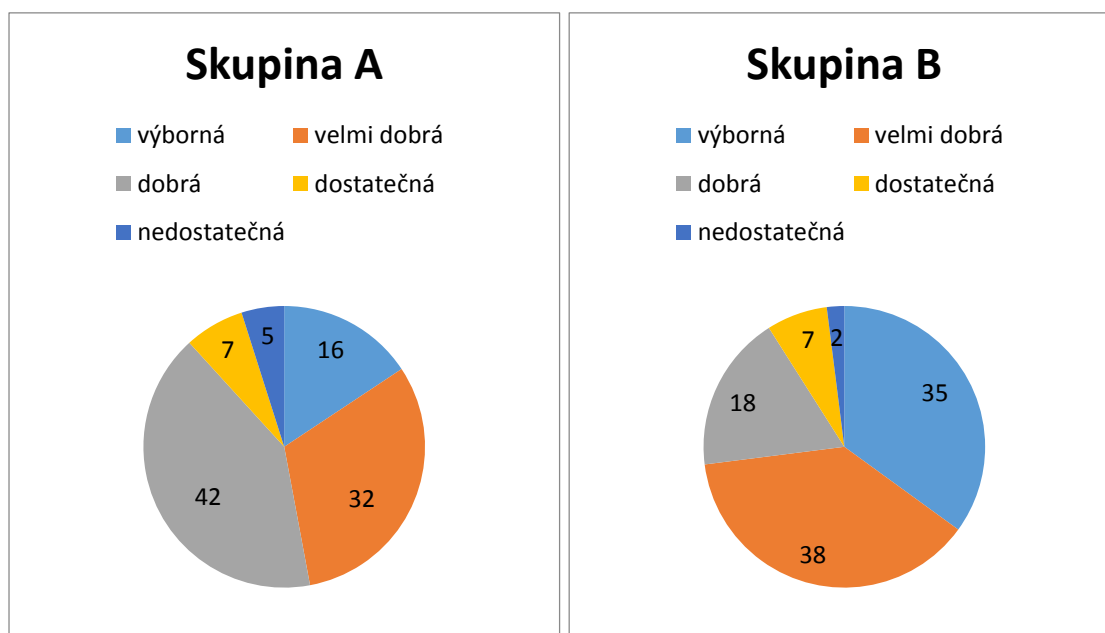
Tabulka 5 - hodnocení úrovně svých teoretických znalostí o vedení krizové intervence

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
výborná	16	15,69	35	35	51	25,25
velmi dobrá	32	31,37	38	38	70	34,65
dobrá	42	41,17	18	18	60	29,70
dostatečná	7	6,87	7	7	14	6,93
nedostatečná	5	4,90	2	2	7	3,47
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Výšečový diagram (graf 11) znázorňuje odpovědi respondentů ze skupiny A na otázku Jak hodnotí úroveň svých teoretických znalostí o vedení krizové intervence.

Výšečový diagram (graf 12) znázorňuje odpovědi respondentů ze skupiny B na otázku Jak hodnotí úroveň svých teoretických znalostí o vedení krizové intervence.

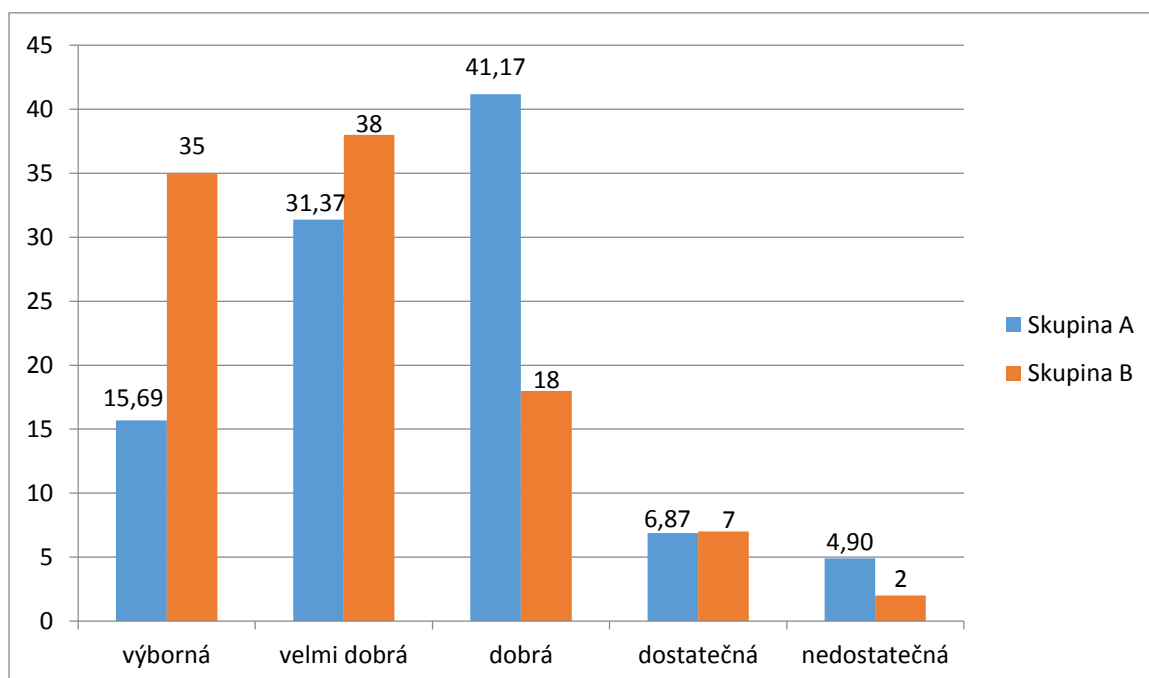


Graf 11

Graf 12

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Z vyhodnocení odpovědí respondentů obou skupin vyplývá, že svoje teoretické znalosti o vedení krizové intervence jako výborné hodnotí 15% zdravotnických pracovníků a 38% sociálních pracovníků. Jako velmi dobré své teoretické znalosti hodnotí 31% zdravotnických pracovníků a 38% sociálních pracovníků, za své znalosti dobré se ohodnotilo 41% zdravotnických pracovníků a 18% sociálních pracovníků, znalosti dostačené ohodnotily obě skupiny stejně, a to 6,87% a 7% a co je velmi cenné zjištění, jako své znalosti nedostatečné vnímá 4,9% pracovníků zdravotnických a 2% sociálních pracovníků. Z vyhodnocení těchto odpovědí vyplývá, že mnohem lépe hodnotí své znalosti na úrovni výborné a velmi dobré pracovníci sociální, což názorně ukazuje graf č. 13. Předpokládáme, že jako své nedostatečné znalosti o vedení krizové intervence označili respondenti s délkou praxe menší než jeden rok.



Graf 13 - hodnocení úrovně svých teoretických znalostí o vedení krizové intervence zdravotnickými a sociálními pracovníky

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

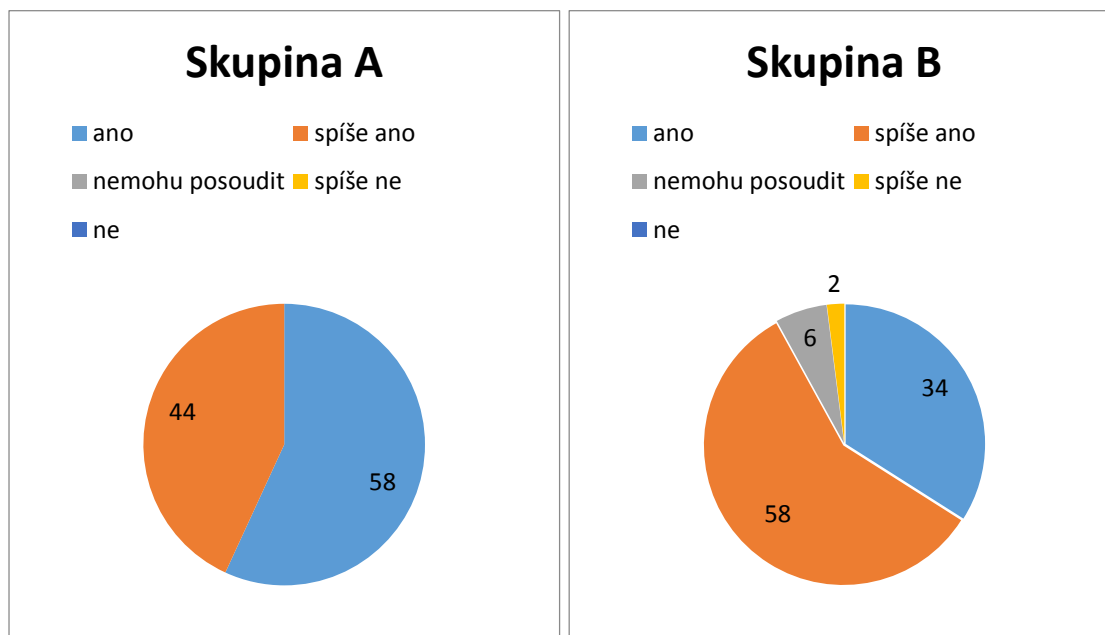
Z další otázky, která se zaměřila na to, zda zdravotníci a sociální pracovníci považují za důležité mít teoretickou znalost o postupech vedení krizové intervence při perinatální ztrátě, vyplynula jejich potřeba této znalosti. Tabulka 6 znázorňuje jejich odpovědi na tuto otázku.

Tabulka 6 - hodnocení důležitosti teoretických znalostí o postupech vedení krizové intervence při perinatální ztrátě v profesi zdravotnických a sociálních pracovníků

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
ano	58	56,86	34	34	92	45,54
spíše ano	44	43,14	58	58	102	50,49
nemohu posoudit	0	0	6	6	6	2,98
spíše ne	0	0	2	2	2	0,99
ne	0	0,00	0	0	0	0
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Opět jsme pro lepší přehlednost odpovědí rozdělili do výsečového diagramu odpovědi skupiny A a skupiny B, které znázorňují grafy 14 a 15.

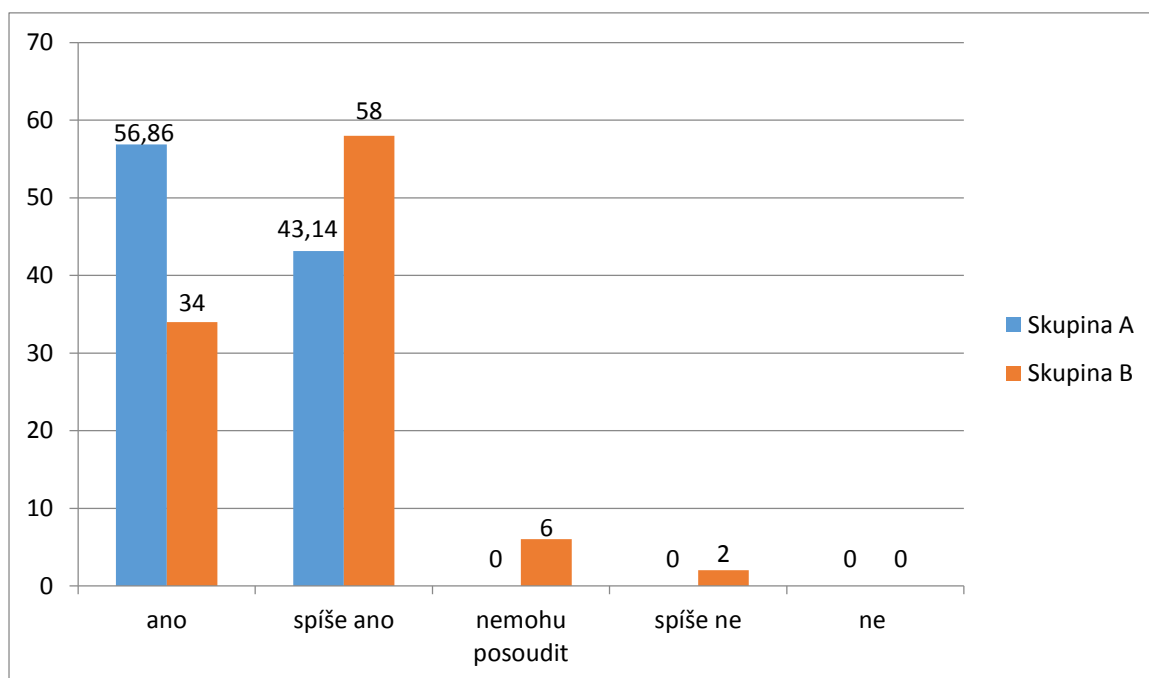


Graf 14

Graf 15

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Jak lze názorně posoudit na grafu 16 ze skupiny zdravotnických pracovníků nadpoloviční většina (56,86%) jednoznačně považuje pro svoji profesi mít teoretické znalosti o postupech vedení krizové intervence při prenatální ztrátě, ze skupiny sociálních pracovníků je to třetina (34%). Ze skupiny zdravotnických pracovníků 43% považuje spíše za důležitou teoretickou znalost o postupech vedení krizové intervence při prenatální ztrátě, zatímco u skupiny sociálních pracovníků to bylo 58%. Posoudit důležitost této znalosti nedokázalo 6% respondentů ze skupiny sociálních pracovníků a 2% se domnívali, že tuto znalost za důležitou spíše nepovažují. Nikdo z obou skupin respondentů se nedomnívá, že tato znalost není důležitá.



*Graf 16* - hodnocení důležitosti teoretických znalostí o postupech vedení krizové intervence při prenatální ztrátě v profesi zdravotnických a sociálních pracovníků

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Na oblast získávání teoretických znalostí o krizové intervenci byla zaměřena otázka č. 5. Respondenti zde měli možnost označit více odpovědí. V tabulce 7 názorně vidíme jejich odpovědi. Zajímalo nás, jaké odborné vzdělání v oblasti krizové intervence mají zdravotničtí a sociální pracovníci a jak toto vzdělání získávají. Ztotožňujeme se s názorem Matouška (2003), že se stále v praxi setkáváme s názorem, že lékař rozumí práci s krizí přesto, že tuto pomoc by měl poskytovat kvalifikovaný odborník. Proto jsme další otázku zaměřili na zjištění získávání vzdělání našich respondentů poskytujících krizovou intervenci při prenatální ztrátě.

Tabulka 7 - způsob získávání teoretických znalostí o krizové intervenci u zdravotnických a sociálních pracovníků

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
samostudium odborné literatury	82	80,39	100	100	182	90,09
pouze samostudium	7	6,86	0	0	7	3,46
vyhledávání informací na internetu	102	100	100	100	202	100
zkušenosti od kolegů v rámci profese	45	44,11	62	62	107	52,97
vzdělávací akce v rámci profese	38	37,25	72	72	110	54,45
povinné vzdělávací akce v rámci profese	25	24,50	32	32	57	28,21
absolvování výcviku krizové intervence	16	15,68	48	48	64	31,68
v rámci profesní přípravy na povolání	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

V obou skupinách se respondenti jednoznačně shodli na vyhledávání informací na internetu a na získání teoretických znalostí v rámci své profesní přípravy na své povolání. Ze skupiny zdravotnických pracovníků 80,39 % získalo informace samostudiem odborné literatury, 44,11 % získalo znalosti od zkušenějších kolegů, čtvrtina zdravotnických pracovníků (24,50%) účastí na vzdělávacích akcích. 15,68 % zdravotnických pracovníků má absolvovaný výcvik v krizové intervenci a 6,86 % přiznalo získání svých teoretických znalostí pouze samostudiem odborné literatury. 100 % respondentů ze skupiny A získalo teoretické znalosti vyhledáváním informací z internetu a v rámci profesní přípravy na své povolání. Skupina sociálních pracovníků má výsledky mnohem lepší, 48% má absolvovaný výcvik v krizové intervenci, 100% respondentů ze skupiny A získává k tomu informace samostudiem, vyhledáváním informací přes internet a v rámci profesní přípravy na své povolání. 72 % sociálních pracovníků se vzdělává na vzdělávacích akcích v rámci své profese, 32 % absolvuje povinné vzdělávací akce v rámci své profese, 62% získává informace od starších zkušenějších kolegů, Z hlediska tohoto výzkumu, resp. z tohoto výsledku vyplývá, že v oblasti sociální je kladen větší důraz na znalost krizové intervence a můžeme pozorovat zásadní rozdíl v hodnocení teoretických znalostí z oblasti krizové intervence. Rovněž z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že se sociální pracovníci v mnohem větší míře účastní vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku krizové intervence.

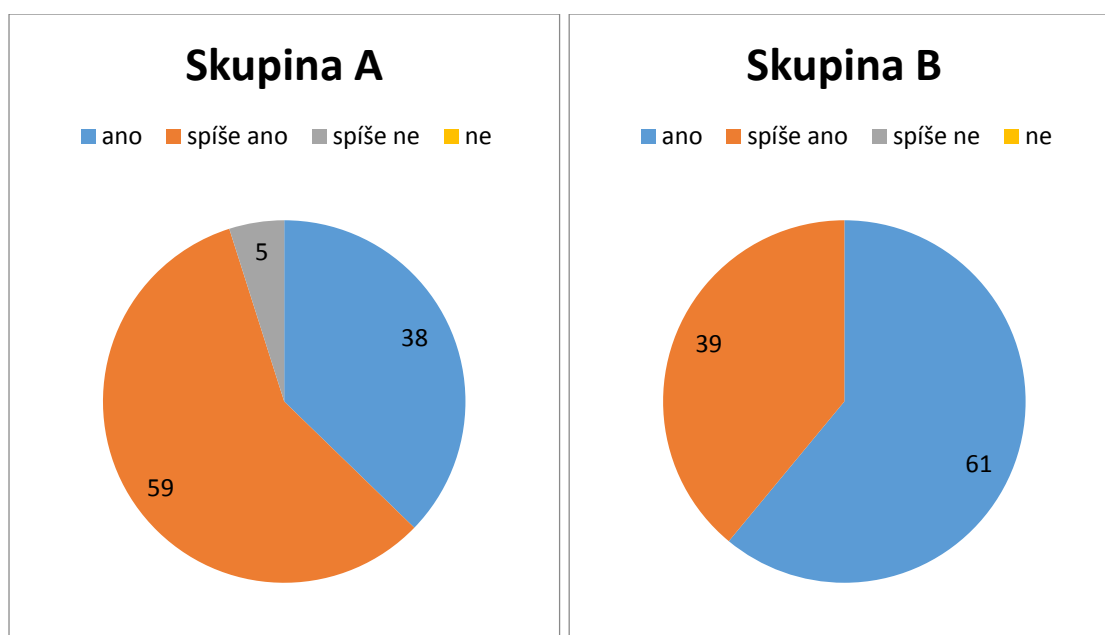
Další otázka byla věnována zájmu o odbornou literaturu s tematikou krizové intervence u zdravotnických a sociálních pracovníků. Z následující tabulky vyplývá, že odpovědi skupiny A a skupiny B korespondují s výsledky odpovědí na předcházející otázku.

Tabulka 8 - zájem o odbornou literaturu s tematikou krizové intervence

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
ano	38	37,25	61	61	99	49,01
spíše ano	59	57,84	39	39	98	48,51
spíše ne	5	4,91	0	0	5	2,48
ne	0	0	0	0	0	0
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Pro lepší přehlednost jsme odpovědi na tuto otázku zpracovali do výšečového diagramu (graf 17 a graf 18)



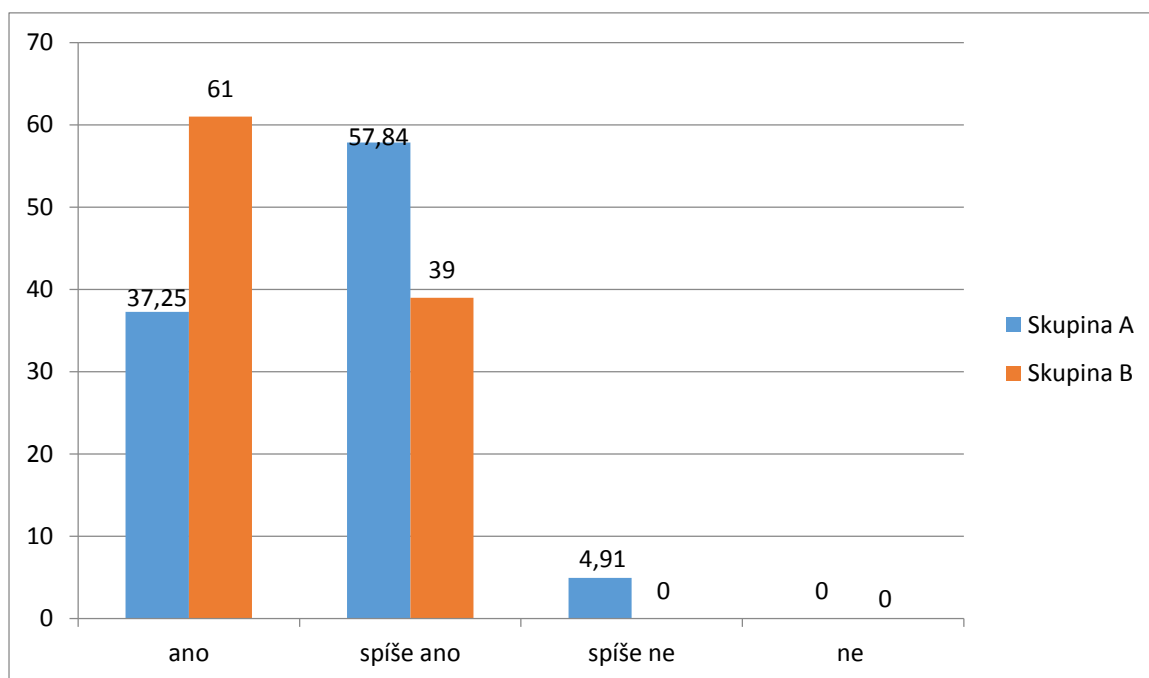
Graf 16

Graf 17

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Graf 19 názorně porovnává odpovědi na otázku mezi skupinou A a skupinou B, tedy zda mají zdravotníci a sociální pracovníci zájem o odbornou literaturu s tematikou krizové intervence.





Graf 18 - zájem o odbornou literaturu s tematikou krizové intervence u zdravotnických a sociálních pracovníků

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Odpovědi na tuto otázku ověřili, že zájem o odbornou literaturu je u obou skupin, ale u sociálních pracovníků jednoznačný zájem je o čtvrtinu větší. 61% sociálních pracovníků odpovědělo ano, 37,25 % zdravotnických pracovníků odpovědělo ano. Na otázku spíše ano odpovědělo 39% sociálních pracovníků a 57,84 % zdravotnických pracovníků. 5% respondentů ze skupiny zdravotnických pracovníků o odbornou literaturu zájem spíše nejeví, což koresponduje s výsledky na předcházející odpovědi.

Další otázka našeho dotazníku byla pro respondenty, kteří v otázce předcházející projevili zájem o odbornou literaturu s tematikou krizové intervence, a měla za cíl zjistit, jaký druh odborné literatury zaměřené na poskytování krizové intervence při perinatální ztrátě by nejvíce vyhovoval.

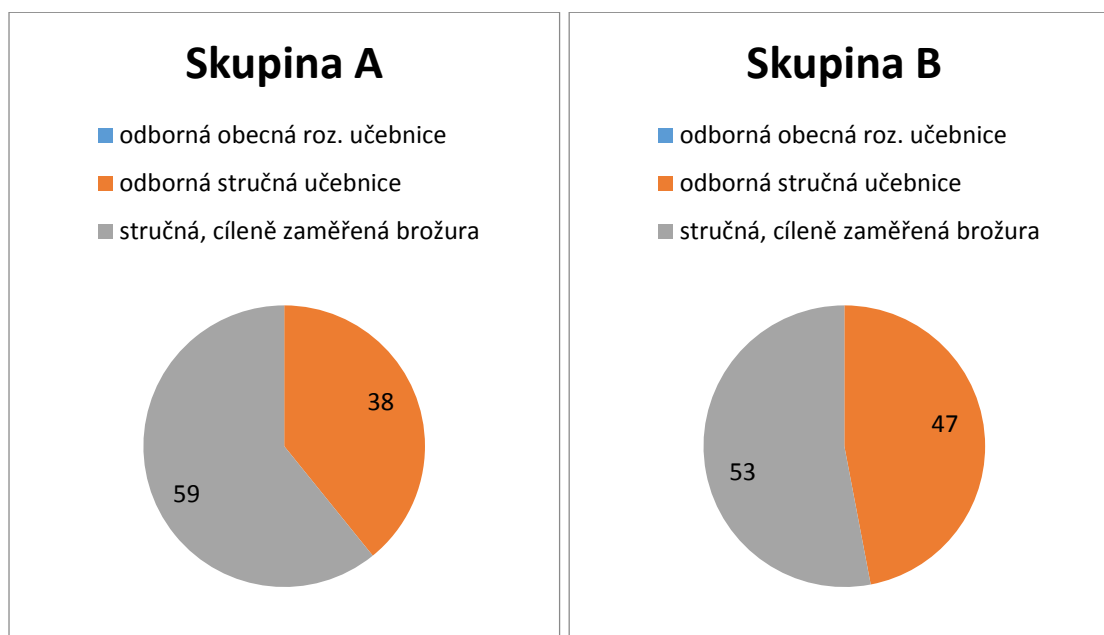
Tabulka 9 – zájem o druh odborné literatury

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
odborná obecná roz. učebnice	0	0	0	0	0	0
odborná stručná učebnice	38	39,18	47	47	85	43,15
stručná, cíleně zaměřená brožura	59	60,82	53	53	112	56,85
celkem	97	100	100	100	197	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

5 respondentů ze skupiny A na předcházející otázku odpovědělo spíše ne, proto se těchto pěti respondentů otázka na to, jaký druh odborné literatury z oblasti krizové intervence nejvíce vyhovoval jejich profesi, netýkala.

Opět jsme pro lepší přehlednost rozdělili odpovědi do výšečové diagramu odpovědi respondentů skupiny A a skupiny B (graf 20 a graf 21).



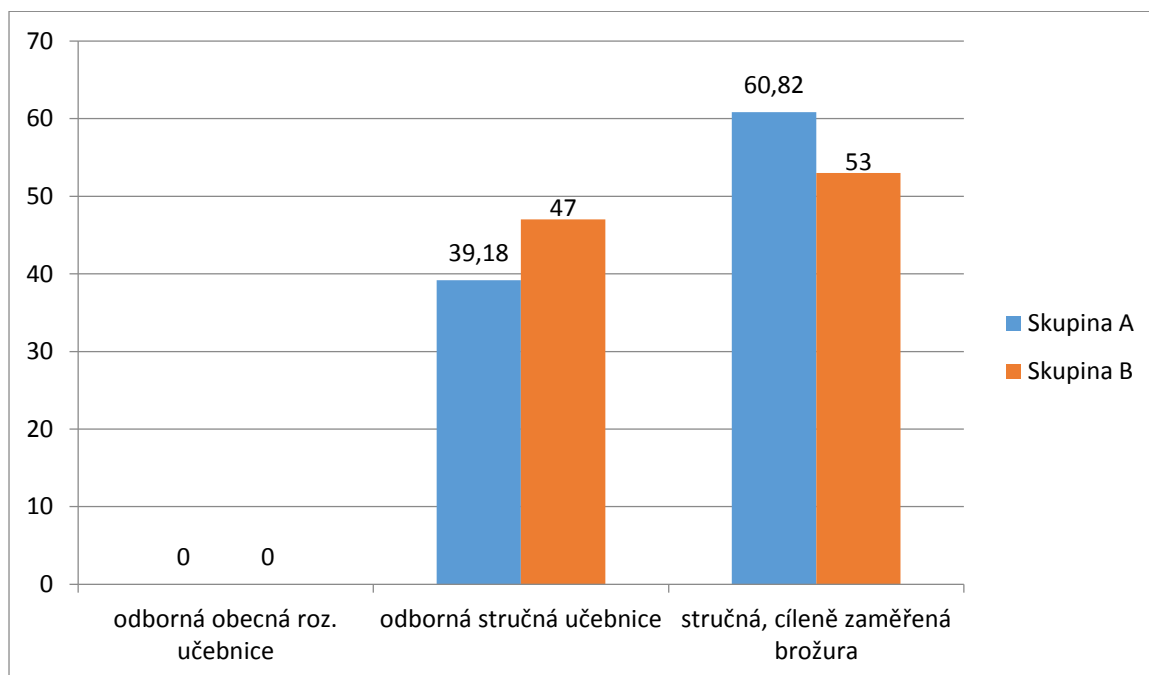
Graf 19

Graf 20

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Odpovědi respondentů obou skupin jsme pro lepší přehlednost spojili do následujícího grafu č. 22, na kterém názorně vidíme, že 60,82% zdravotnických pracovníků a 53% sociálních pracovníků by nejvíce vyhovovala stručná, cíleně zaměřená brožura, 39,18% zdravotnických

pracovníků a 47% sociálních pracovníků by preferovalo odbornou stručnou učebnici. Žádný z respondentů skupiny A a skupiny B nemá zájem o odbornou obecnou rozsáhlou učebnici.



*Graf 21* - druh odborné literatury vyhovující pro profesi zdravotnických a sociálních pracovníků

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

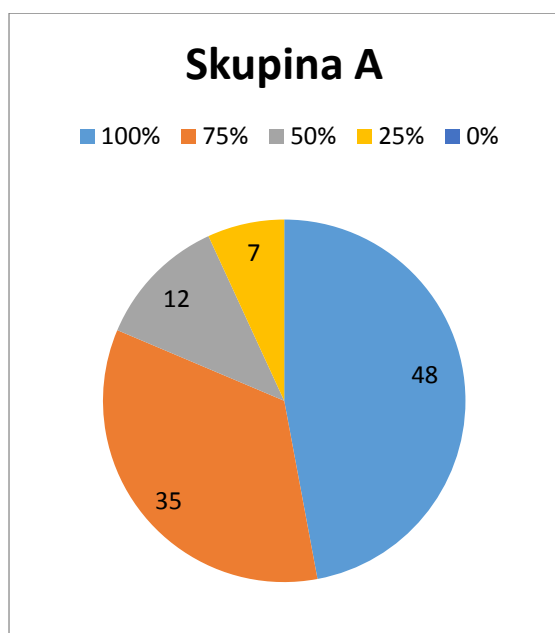
V části teoretické, jsme uváděli, jak důležitá je pomoc a podpora zdravotnického či sociálního pracovníka v procesu vyrovnávání se s prenatální ztrátou. Proto nás zajímalo, jestli se obě skupiny respondentů domnívají, že jejich teoretické znalosti jsou důležité pro správné vedení krizové intervence. Tato otázka zároveň částečně ověřuje odpovědi na otázku předcházející, a sice, jaký je případný zájem o odbornou literaturu zabývající se krizovou intervencí při prenatální ztrátě.

Tabulka 10 - míra důležitosti teoretických znalostí pro správné vedení krizové intervence zdravotnických a sociálních pracovníků

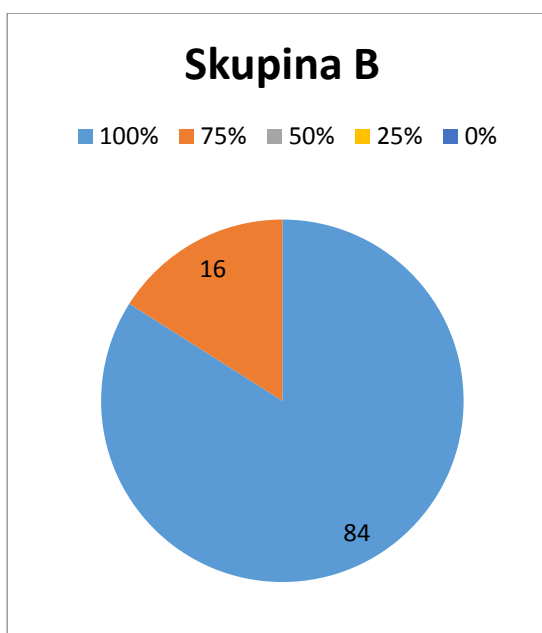
	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
100%	48	47,1	84	84	132	65,35
75%	35	34,31	16	16	51	25,25
50%	12	11,77	0	0	12	5,94
25%	7	6,86	0	0	7	3,46
0%	0	0	0	0	0	0,00
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Opět jsme pro lepší přehlednost rozdělili odpovědi skupiny zdravotnických a sociálních pracovníků do dvou výsečových diagramů (graf 23 a graf 24). Jak je vidět, 84% pracovníků skupiny B je jednoznačně, tedy 100% přesvědčeno, že jsou teoretické znalosti důležité pro správné vedení krizové intervence, zatímco na stejnou otázku odpovědělo kladně 47,1 % respondentů ze skupiny A.

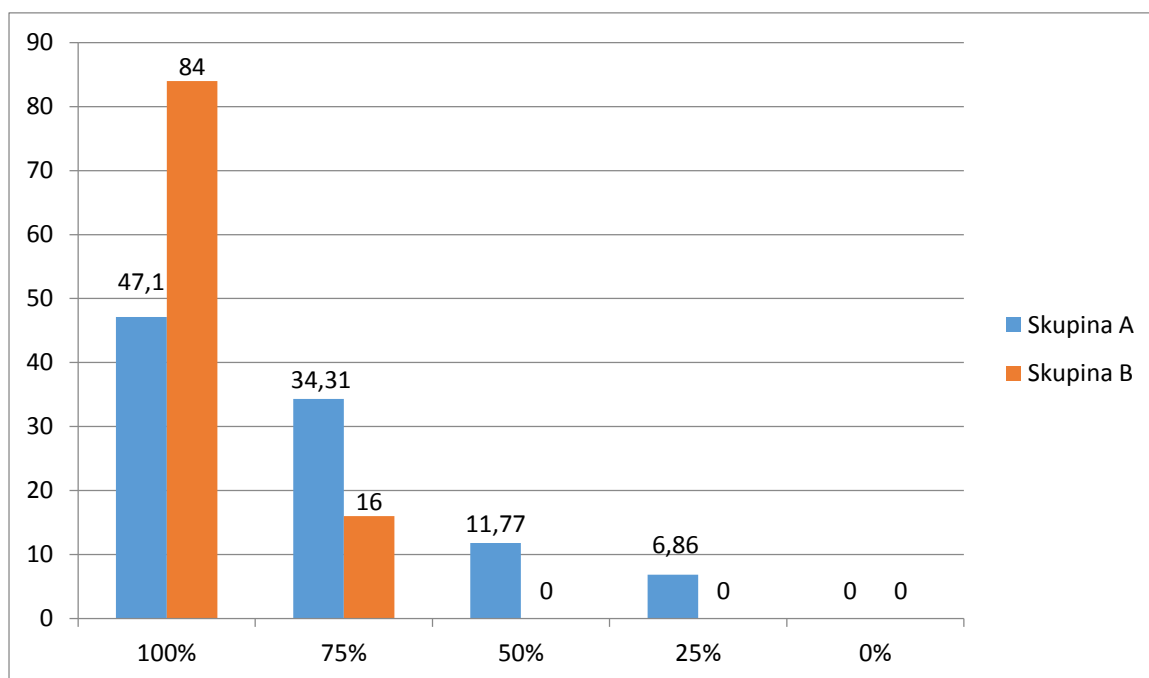


Graf 22



Graf 23

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018



Graf 24 - míra důležitosti teoretických znalostí pro správné vedení krizové intervence zdravotnických a sociálních pracovníků

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Z výsledků vyplývá, že se obě skupiny, jak zdravotnických, tak i sociálních pracovníků, domnívají, že jsou teoretické znalosti důležité pro správné vedení KI. Skupina pracovníků sociálních se však ve větší míře domnívá, že jsou teoretické znalosti důležité pro správné vedení krizové intervence.

## 5.7 Praktické dovednosti v krizové intervenci zdravotnických a sociálních pracovníků

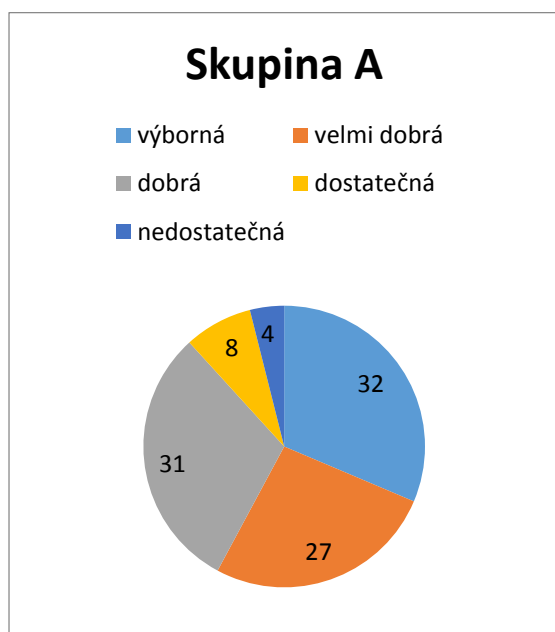
V této oblasti otázek byl výzkum zaměřen na zjištění, jak hodnotí úroveň svých praktických dovedností zdravotničtí a sociální pracovníci. Jak již bylo zmíněno v části teoretické, nelze oddělit teorii a praxi, a proto následující skupina otázek byla zaměřena na vlastní posouzení praktických dovedností vedení krizové intervence zdravotnických a sociálních pracovníků.

Tabulka 11 - hodnocení úrovně svých praktických dovedností zdravotnických a sociálních pracovníků

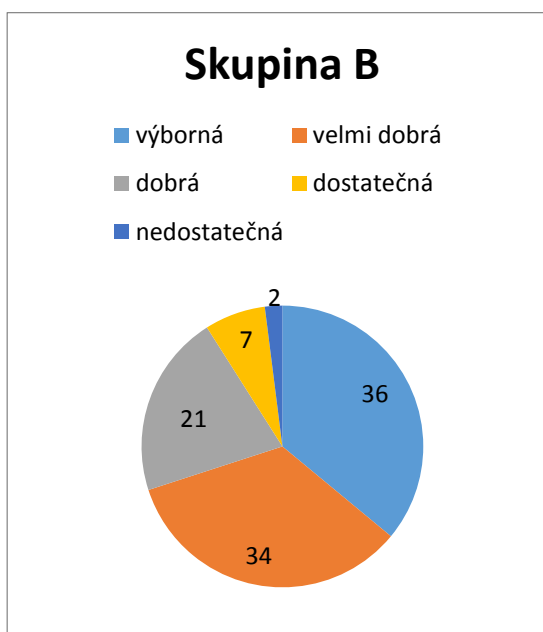
	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
výborná	32	31,4	36	36	68	33,66
velmi dobrá	27	26,48	34	34	61	30,2
dobrá	31	30,39	21	21	52	25,74
dostatečná	8	7,84	7	7	15	7,43
nedostatečná	4	3,92	2	2	6	2,97
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Pro lepší názornost jsme odpovědi respondentů na tuto otázku zpracovali do výšečového diagramu (graf 26 a graf 27)



Graf 25

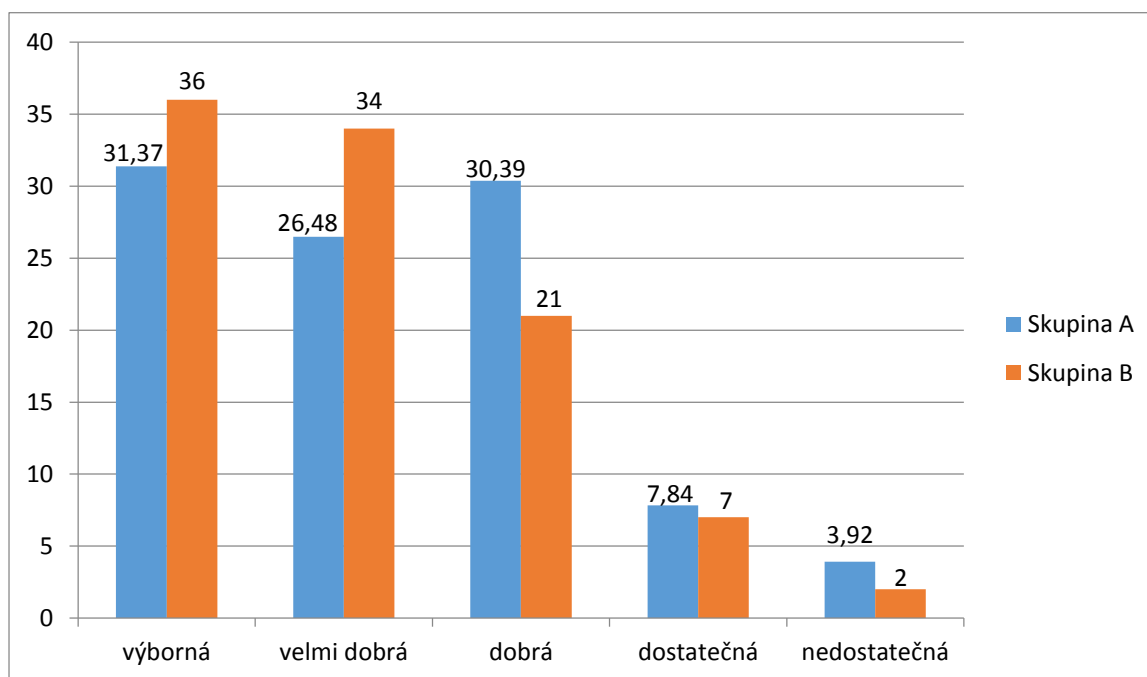


Graf 26

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Na základě podrobného zkoumání odpovědí respondentů obou skupin lze konstatovat, že nejsou výrazné rozdíly v hodnocení praktických znalostí o vedení krizové intervence na úrovni výborná, velmi dobrá a dobrá mezi oběma skupinami. Úroveň svých praktických dovedností

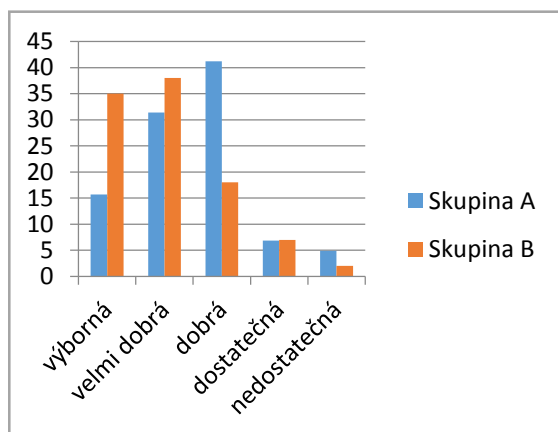
dostatečně hodnotí rovněž obě skupiny stejně. Je zajímavé, že v obou skupinách 4, resp. 2 respondenti přiznali nedostatečnou úroveň svých praktických dovedností.



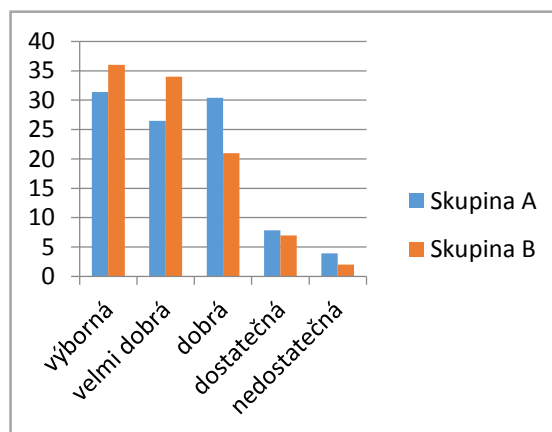
Graf 27 - hodnocení úrovně svých praktických dovedností zdravotnických a sociálních pracovníků

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Zde se jeví jako zajímavé porovnání hodnocení svých znalostí teoretických a praktických dovedností obou skupin respondentů – tzn. porovnání odpovědí na otázku č. 3 a otázku č. 9 našeho dotazníku. Porovnáváme hodnocení, jak respondenti obou skupin hodnotí úroveň svých teoretických znalostí o vedení krizové intervence (graf 13) a jak hodnotí úroveň svých praktických dovedností (graf 27). Jak lze názorně vidět na obou grafech, pracovníci sociální hodnotili své teoretické znalosti a praktické dovednosti podobně, tzn. že se odpovědi na obě otázky shodovaly, protože krizovou intervencí nejspíš pojímají komplexně (stejný důraz je kladen na teoretické znalosti a praktické dovednosti s vedením krizové intervence). Zdravotničtí pracovníci hodnotili lépe své dovednosti praktické než znalosti teoretické. Můžeme se domnívat, že hodnocení zdravotnických pracovníků je spíše subjektivní a založené na tom, že se častěji setkávají s ženou při prenatální ztrátě, a proto považují své praktické dovednosti za výborné či velmi dobré.



Graf 13



Graf 27

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Následující otázka měla za cíl zjistit, do jaké míry se respondenti domnívají, že jsou důležité praktické dovednosti pro správné vedení krizové intervence. Odpovědi na tuto otázku jsme zaznamenali do tabulky 12.

*Tabulka 12* - hodnocení důležitosti praktických dovedností krizové intervence pro správné vedení krizové intervence

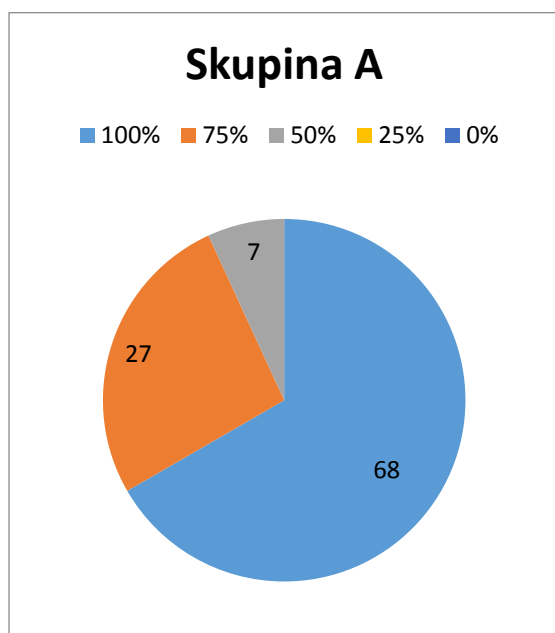
	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
100%	68	66,7	86	86	154	76,24
75%	27	26,47	14	14	41	20,30
50%	7	6,87	0	0	7	3,46
25%	0	0	0	0	0	0
0%	0	0	0	0	0	0,00
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

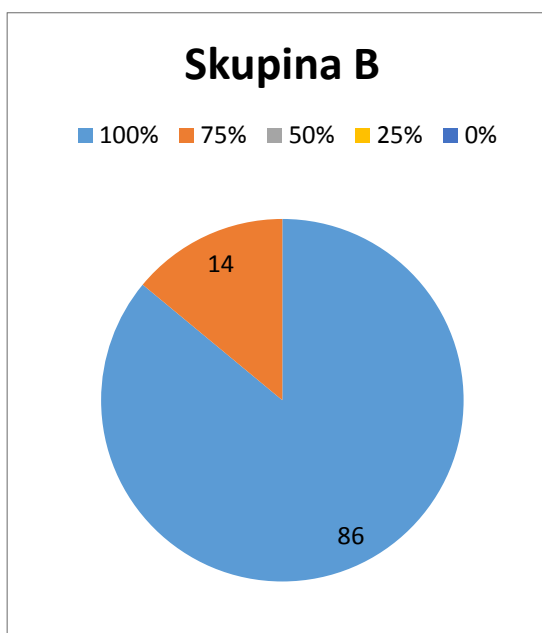
Pro lepší přehlednost jsme do výšečového diagramu zpracovali odpovědi respondentů obou skupin (graf 28 a graf 29), a z tohoto grafického zpracování vyplývá, že pracovníci skupiny B jsou v 86% přesvědčeni o tom, že pro správné vedení krizové intervence je 100% důležitá



praktická dovednost, 66,66% respondentů skupiny A má stejný názor. Z toho vyplývá, že většina sociálních pracovníků považuje za důležité pro správné vedení krizové intervence mít praktickou dovednost, i když rozdíl mezi skupinou A a skupinou B není příliš významný.

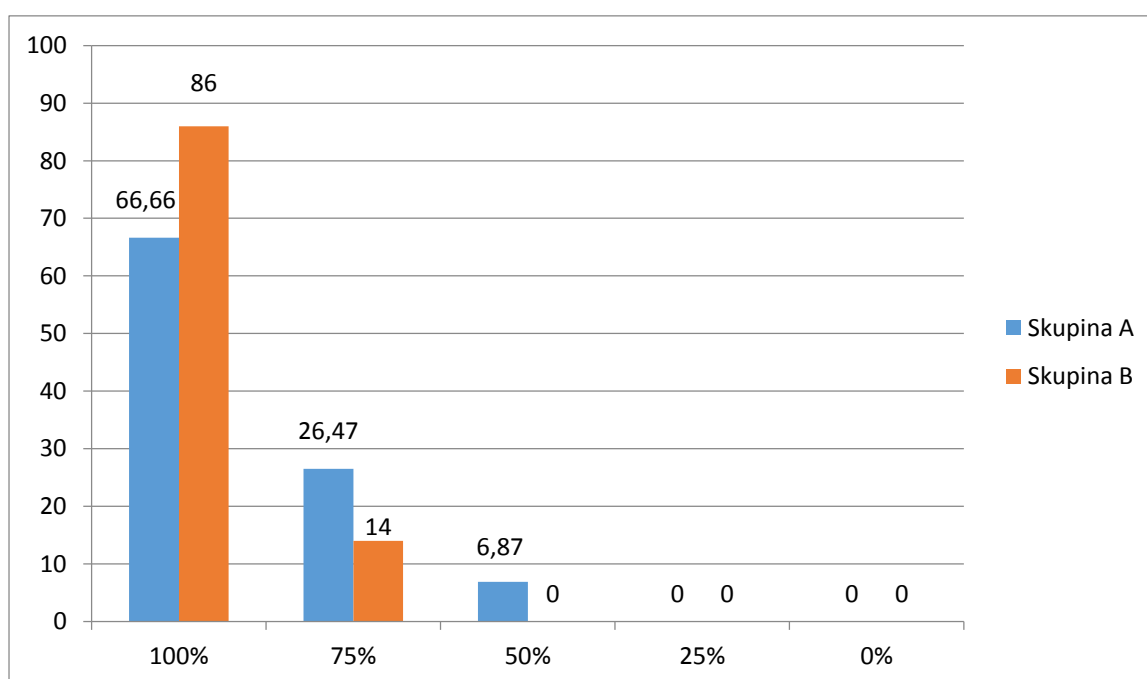


Graf 27



Graf 28

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

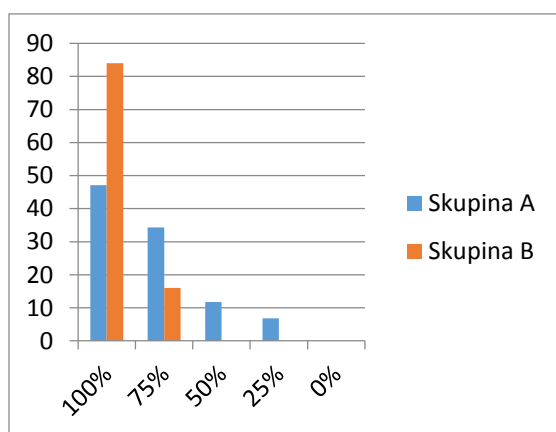


*Graf 29-* hodnocení důležitosti praktických dovedností krizové intervence pro správné vedení krizové intervence

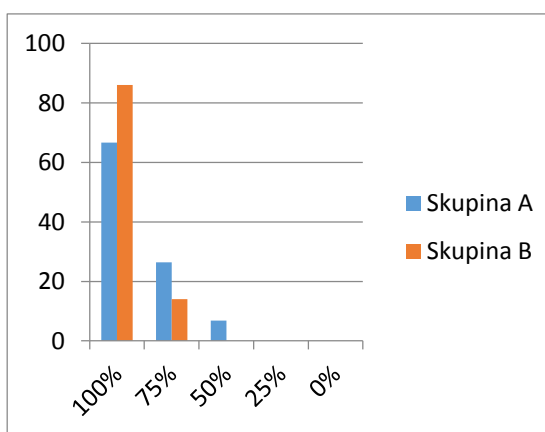
**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Opět jsme provedli porovnání názorů na to, zda je důležitá znalost teoretických vědomostí a praktických dovedností pro správné vedení krizové intervence a z tohoto porovnání vyplynulo, že se sociální pracovníci domnívají ve stejné míře o důležitosti teoretických znalostí a praktických dovedností, zatímco u skupiny zdravotnických pracovníků převažuje u většího počtu respondentů názor, že praktické dovednosti jsou více důležité než znalosti teoretické.

Na grafu 16 - hodnocení důležitosti teoretických znalostí o postupech vedení krizové intervence při prenatální ztrátě v profesi zdravotnických a sociálních pracovníků a grafu 30 - hodnocení důležitosti praktických dovedností krizové intervence pro správné vedení krizové intervence můžeme názorně porovnat odpovědi respondentů na důležitost teoretických znalostí a praktických dovedností pro správné vedení krizové intervence.



Graf 16



Graf 30

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

K praktickým dovednostem při vedení krizové intervence patří také komunikační dovednost. Podle Hartla, Hartlové (2015, s. 265) je komunikace dorozumívání, sdělování, přičemž dochází k přenosu myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby k druhé. Komunikace sociální je již specifická forma sociálních styků, která nespočívá v pouhém přenosu informací, ale předpokládá porozumění. Podle Trpišové (2000, s. 68 – 69) komunikační proces je tvořen jednotlivými komunikačními akty, které mohou být do značné míry ovlivněny i společenským kontextem – v případě vedení krizové intervence při prenatální ztrátě je společenským kontextem míněn kontext sociální situace, ve které komunikace probíhá, očekávání účastníků

komunikace, vztahy mezi účastníky komunikace, jejich sociální role, jejich výkon a jejich respektování.

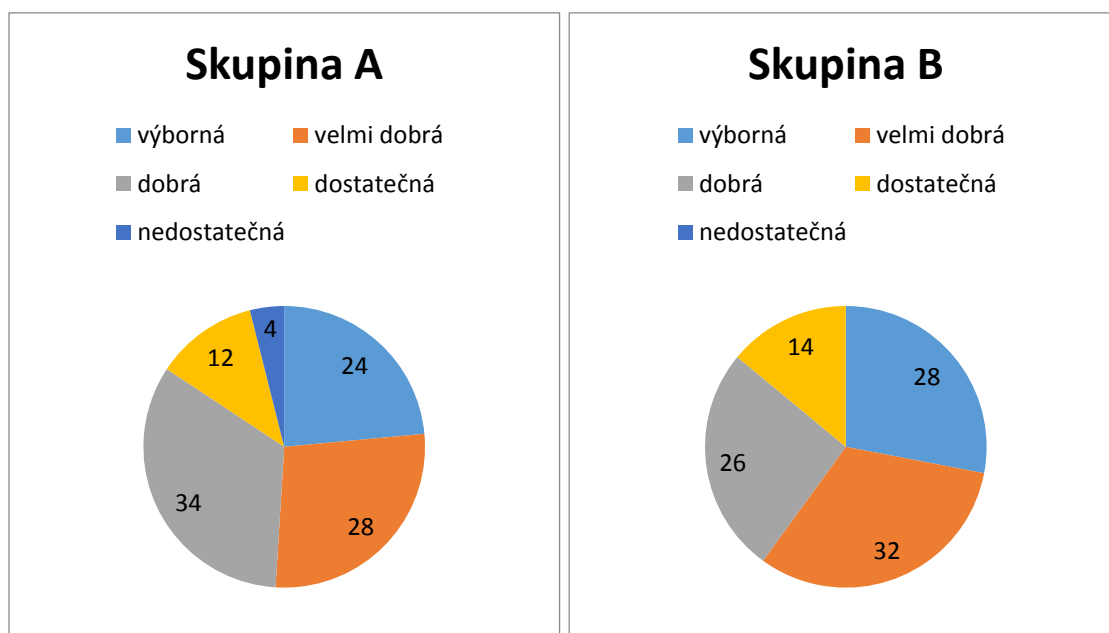
Proto se domníváme, že jsou komunikační dovednosti podstatné pro poskytování krizové intervence a řadíme je k praktickým dovednostem. Odpovědi respondentů na hodnocení vlastních komunikačních dovedností v rámci poskytování krizové intervence jsou zaznamenány v tabulce 13. Jak ze zpracovaných odpovědí vyplynulo, v obou skupinách není podstatný rozdíl v hodnocení svých komunikačních dovedností. Nadpoloviční většina obou skupin hodnotí své komunikační dovednosti jako výborné či velmi dobré, jak nedostatečné pouze 3,92% respondentů ze skupiny A, z čehož se domníváme, že se jedná o respondenty s délkou praxe do 1 roku a proto ještě nemají dostatečnou praxi při komunikaci v tak náročné situaci, jakou je poskytování krizové intervence.

*Tabulka 13* - hodnocení úrovně svých komunikačních dovedností při poskytování krizové intervence

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
výborná	24	23,5	28	28	52	25,74
velmi dobrá	28	27,45	32	32	60	29,70
dobrá	34	33,33	26	26	60	29,70
dostatečná	12	11,77	14	14	26	12,88
nedostatečná	4	3,92	0	0	4	1,98
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Pro lepší přehlednost porovnáváme odpovědi obou skupin výšečovým diagramem, kde názorně vidíme na vyhodnocení odpovědí respondentů obou skupin na otázku č. 11, Ze skupiny zdravotnických pracovníků nejvíce hodnotí své komunikační dovednosti jako dobré (33,33%), nejvíce pracovníků skupiny sociálních pracovníků hodnotí své komunikační dovednosti jako velmi dobré (32%). V odpovědích obou skupin nenalzáme žádné významné rozdíly.

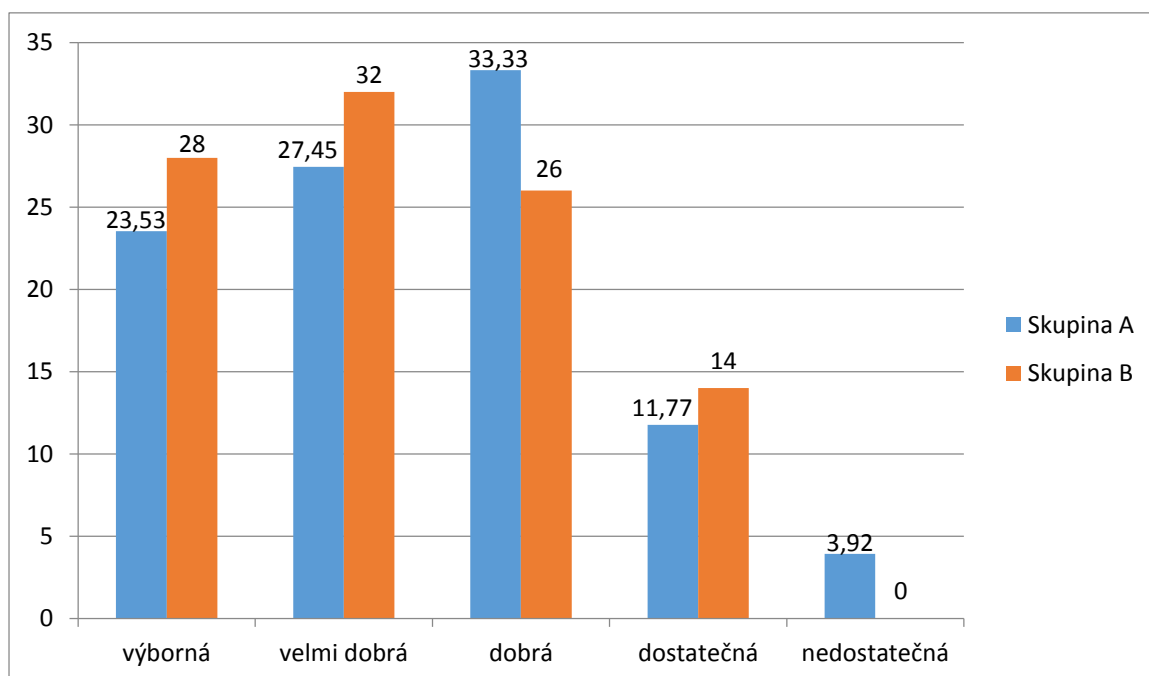


Graf 30

Graf 31

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

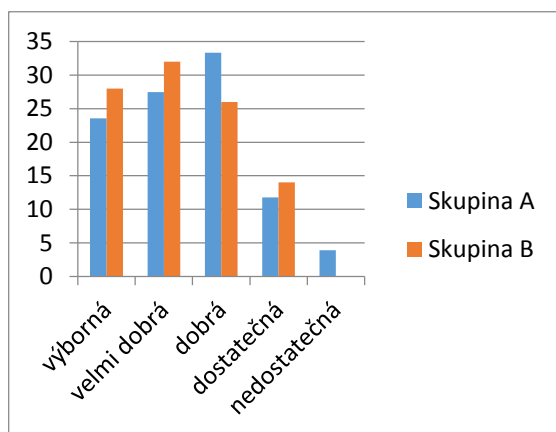
Graf 34 názorně poukazuje na vyhodnocení odpovědí respondentů obou skupin respondentů společně.



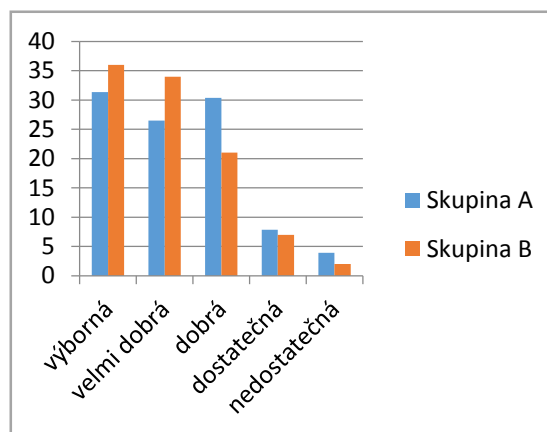
*Graf 32* - hodnocení úrovně svých komunikačních dovedností při poskytování krizové intervence

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Jelikož komunikační dovednost patří k praktickým dovednostem, bylo zajímavé porovnat výsledky odpovědí respondentů na hodnocení úrovně své komunikační dovednosti a hodnocení úrovně svých praktických dovedností (porovnávané graf 34 - hodnocení úrovně svých komunikačních dovedností při poskytování krizové intervence porovnávané a graf 27 - hodnocení úrovně svých praktických dovedností zdravotnických a sociálních pracovníků).



Graf 34



Graf 27

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Je zajímavé, že respondenti obou skupin hodnotili své komunikační dovednosti jako menší. 23,5% respondentů skupiny A hodnotilo své komunikační dovednosti jako výborné, 27,45% jako velmi dobré a 33,33% jako dobré. Sociální pracovníci hodnotili své komunikační dovednosti v 28% jako výborné, ve 32% jako velmi dobré a ve 26% jako dobré. V porovnání s praktickými dovednostmi, kde zdravotničtí pracovníci ve 31,4% se hodnotili jako výborné, ve 26,48% velmi dobré a ve 30,39% jako dobré, sociální pracovníci se hodnotili v 36% výborně, 34% jako velmi dobře a v 21% dobře.

Na otázku, zda je pro povolání, které vykonávají zdravotničtí a sociální pracovníci, důležitá dovednost vedení krizové intervence, respondenti ze skupiny zdravotnických pracovníků odpověděli shodně ano – 62,78% velmi a 37,25% spíše ano, u skupiny sociálních pracovníků byla diference větší, 47,52% se domnívá, že velmi, 41,58% spíše ano, 4,95% nedokázalo posoudit a 5,95% se domnívá, že spíše ne.

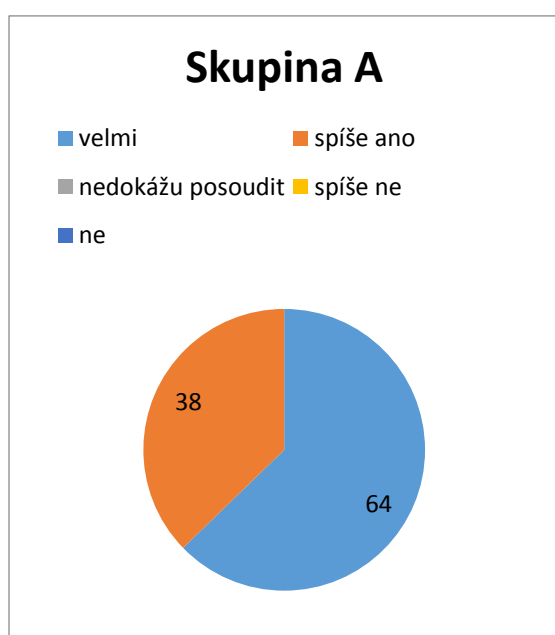
Tabulka 14 - důležitost dovednosti vedení krizové intervence při prenatalní ztrátě pro povolání zdravotnických a sociálních pracovníků

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
velmi	64	62,80	32	32	96	47,52
spíše ano	38	37,25	46	46	84	41,58
nedokážu posoudit	0	0	10	10	10	4,95
spíše ne	0	0	12	12	12	5,95
ne	0	0	0	0	0	0,00
celkem	102	100	100	100	202	100

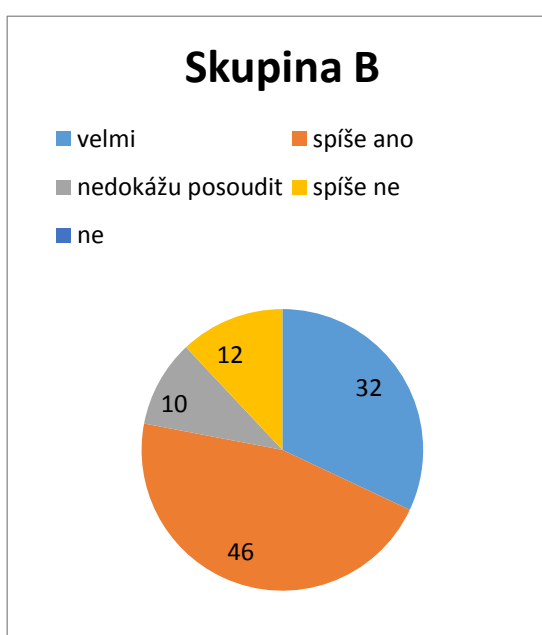
**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Jak můžeme z odpovědi našich respondentů vidět, pro skupinu A je tato dovednost velmi důležitá, protože se v průběhu výkonu svého povolání častěji setkávají s potřebou vedení krizové intervence při prenatalní ztrátě. Z odpovědi respondentů skupiny B pouze 12% uvedlo, že pro ne tato dovednost spíše důležitá není, 10% nedokázalo posoudit a pro 78% respondentů skupiny B tato dovednost důležitá je, z čehož se domníváme, že 78% respondentů ze skupiny sociálních pracovníků se při výkonu svého povolání setkává s ženou, které poskytují krizovou intervenci při prenatalní ztrátě.

Opět pro lepší vizualizaci vyhodnocení této otázky jsme zpracovali odpovědi do výsečového diagramu (graf 33 a graf 34).

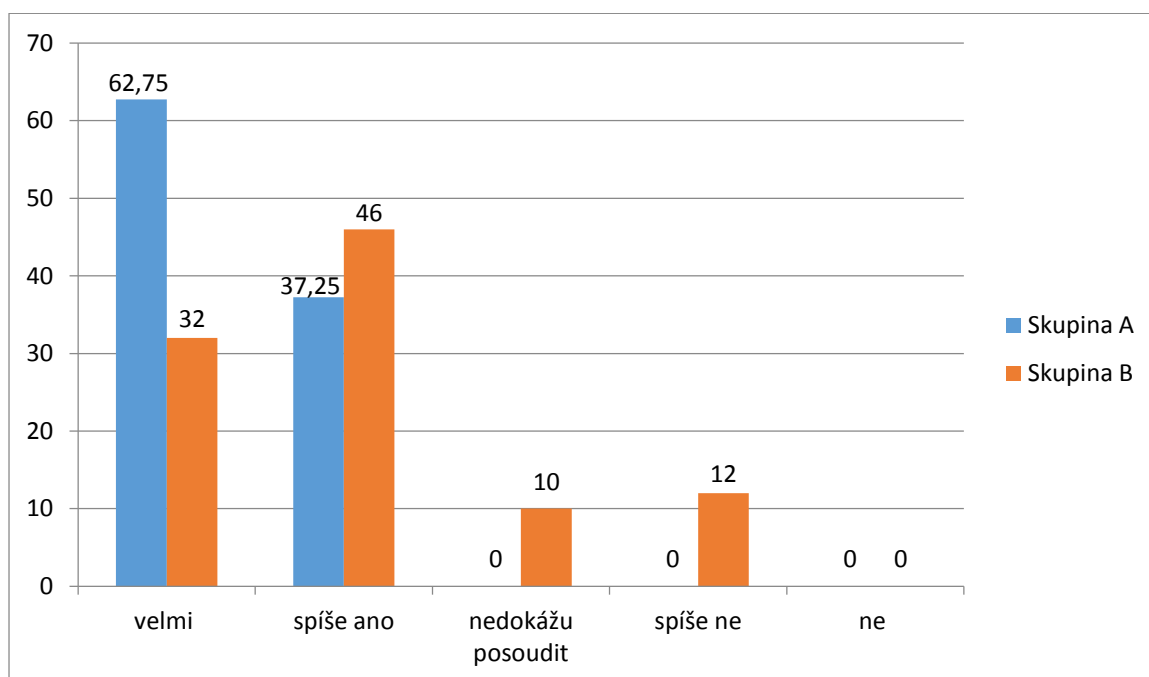


Graf 33



Graf 34

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018



*Graf 35 - důležitost dovednosti vedení krizové intervence při prenatální ztrátě pro povolání zdravotnických a sociálních pracovníků*

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

## 5.8 Poskytování krizové intervence při prenatální ztrátě zdravotnickými a sociálními pracovníci

Tento okruh otázek je zaměřen na získání informací o tom, jak často, kdy, a komu zdravotničtí a sociální pracovníci poskytují krizovou intervenci při prenatální ztrátě, a také, jakou formu krizové intervence poskytují. Odpovědi na tyto otázky jsou pro nás cenné z toho důvodu, že nám reflektují blíže tuto problematiku z praxe.

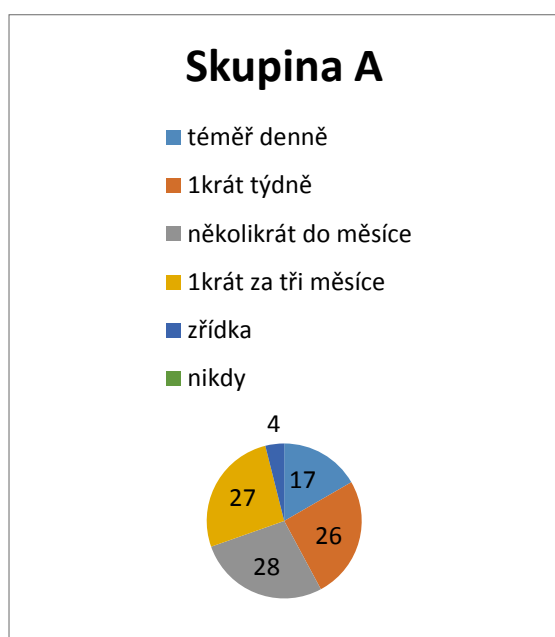
Otázka č. 13 zkoumala, jak často v rámci své profese poskytují krizovou intervenci při prenatální ztrátě zdravotničtí a sociální pracovníci. Odpovědi na tuto otázku našich respondentů jsou zpracovány v tabulce 15.

Tabulka 15 - četnost poskytování krizové intervence při prenatální ztrátě

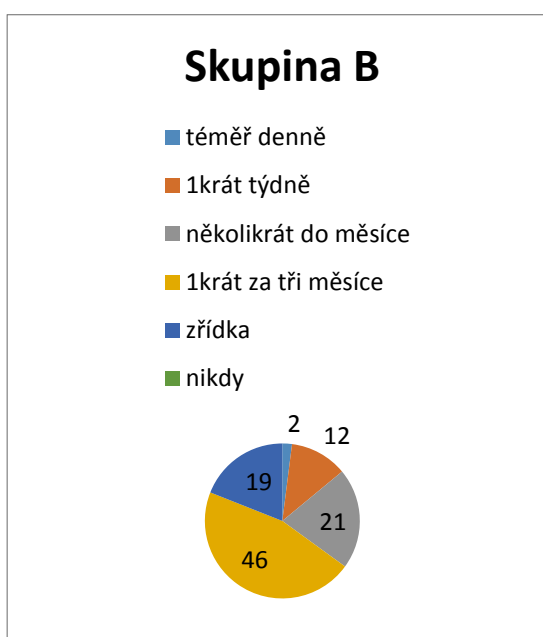
	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
téměř denně	17	16,66	2	2	19	9,41
1krát týdně	26	25,49	12	12	38	18,81
několikrát do měsíce	28	27,46	21	21	49	24,26
1krát za tři měsíce	27	26,47	46	46	73	36,14
zřídka	4	3,92	19	19	23	11,38
nikdy	0	0	0	0	0	0,00
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Opět pro lepší přehlednost rozdělujeme do výšečového diagramu odpovědi respondentů obou skupin (graf 35 a graf 36).



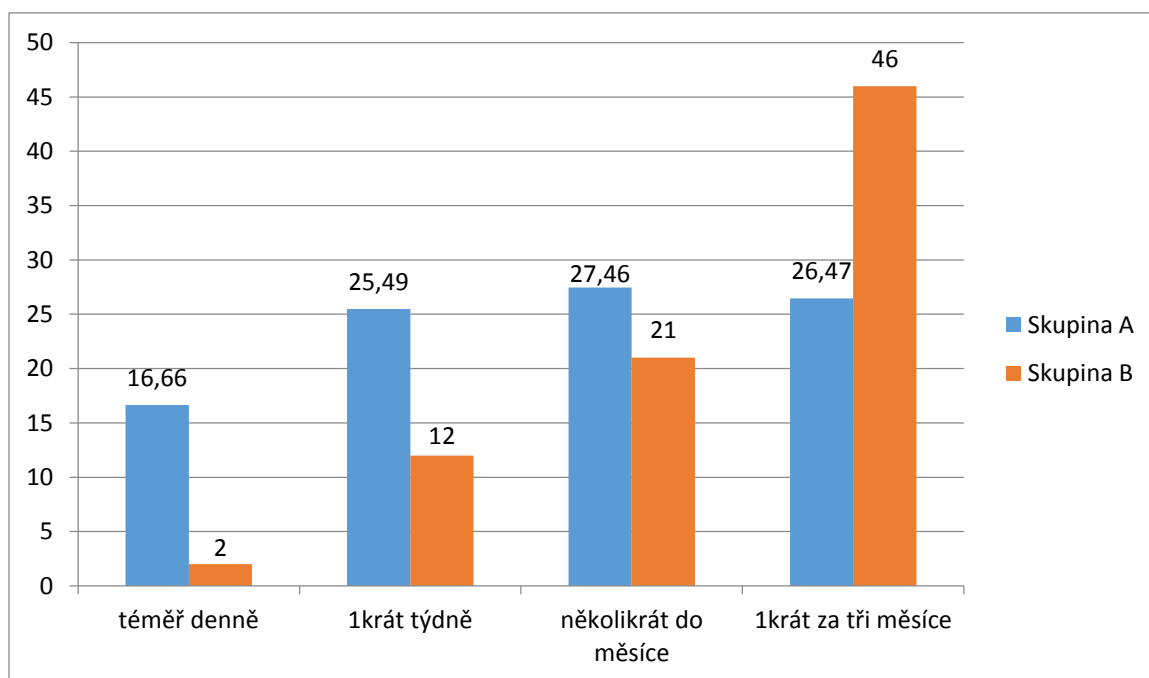
Graf 36



Graf.37

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018





Graf 38 - četnost poskytování krizové intervence při prenatální ztrátě

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Jak můžeme názorně vidět na grafu 40, jednoznačně častěji se v rámci své profese setkávají respondenti skupiny A s tím, že vedou krizovou intervenci při prenatální ztrátě. Téměř denně je to 16,66%, 1x týdně čtvrtina respondentů skupiny A (25,49%), čtvrtina respondentů skupiny A několikrát do měsíce (27,46%). Ze skupiny B vidíme, že nejvíce ve své profesi poskytují krizovou intervenci při prenatální ztrátě jedenkrát za tři měsíce (46%) a 21% respondentů skupiny B několikrát do měsíce.

Za velmi důležité pro význam této práce považujeme fakt, že každý z respondentů ve své praxi poskytoval krizovou intervenci při prenatální ztrátě. Z odpovědí na tuto otázku však vyplývá, že mnohem častěji krizovou intervenci poskytují zdravotničtí pracovníci.

Druhá otázka z tohoto okruhu, otázka č. 16 našeho dotazníku, je zaměřena na to, kdy byla poskytována krizová intervence při prenatální ztrátě. Cílem této otázky bylo zjistit, zda krizová intervence při prenatální ztrátě je poskytována pouze ve zdravotnickém zařízení, anebo i posléze po propuštění z nemocnice.

Tabulka 16 - časový odstup poskytování krizové intervence v souvislosti s prenatální ztrátou

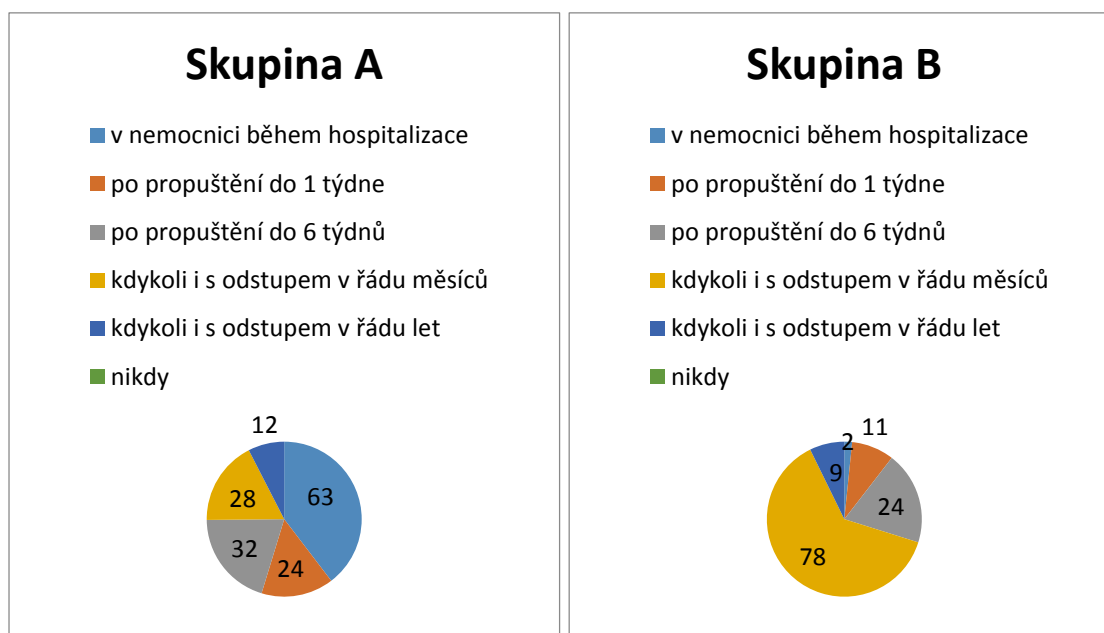
	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
v nemocnici během hospitalizace	63	61,77	2	2	65	32,18
po propuštění do 1 týdne	24	23,53	11	11	35	17,33
po propuštění do 6 týdnů	32	31,37	24	24	66	32,67
kdykoli i s odstupem v řádu měsíců	28	27,45	78	78	106	52,48
kdykoli i s odstupem v řádu let	12	11,76	9	9	21	10,40
nikdy	0	0	0	0	0	0

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Cílem této otázky nebylo zjišťování a podrobné hodnocení respondentů, kdo konkrétně z této skupiny poskytuje krizovou intervenci, ale kdy a s jakým časovým odstupem ji poskytují. Z odpovědí respondentů skupiny A, tedy zdravotnických pracovníků se domníváme, že 61,77 % respondentů poskytuje krizovou intervenci bezprostředně při prenatální ztrátě. 23,53 % respondentů poskytuje krizovou intervenci do 1 týdne, 31,37 % po propuštění z nemocnice do 6 týdnů. Z těchto odpovědí se domníváme, že se jedná většinou o klinického psychologa nebo lékaře. Krizová intervence v řádu měsíců je dle našeho názoru a zkušeností poskytována ženám při opakované prenatální ztrátě anebo na pracovišti Centra asistované reprodukce po neúspěšných cyklech IVF.

Hodnocení odpovědí respondentů skupiny B přineslo zajímavé výsledky – nejvíce respondentů (78 %) poskytuje krizovou intervenci s odstupem v řádu měsíců, 24% po propuštění z nemocnice, z čehož se domníváme, že ve většině případů ženy vyhledaly odbornou následnou pomoc a podporu.

Pro náš výzkum je však podstatné, že respondenti skupiny A i skupiny B poskytují krizovou intervenci po prenatální ztrátě jak bezprostředně po této události, tak i v delších časových úse- cích, a každý z respondentů poskytoval krizovou intervenci ať již bezprostředně anebo s časovým odstupem.



Graf 39

Graf 40

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Odpovědi na tuto otázku potvrdili, že zdravotníci i sociální pracovníci poskytovali krizovou intervenci v souvislosti s prenatální ztrátou.

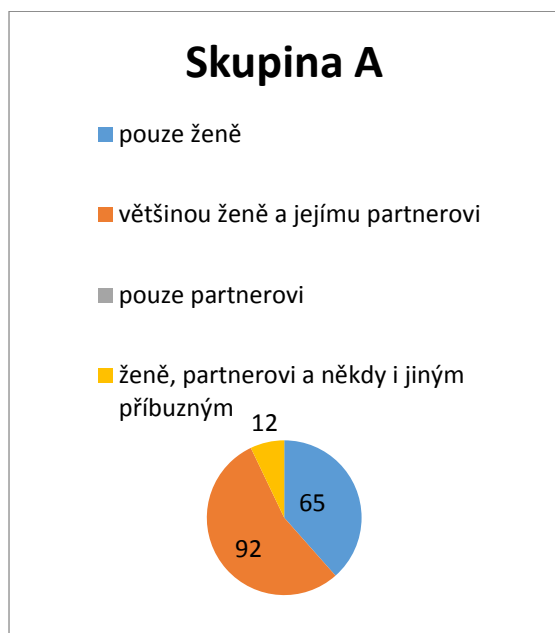
Cílem další otázky v našem dotazníku, otázky č. 17, bylo zjistit, komu zdravotníci a sociální pracovníci poskytovali krizovou intervenci v souvislosti s prenatální ztrátou. Velmi často se setkáváme s názorem, že prenatální ztráta se týká pouze ženy, proto jsme si chtěli v rámci našeho výzkumu ověřit, komu pracovníci poskytující krizovou intervenci v souvislosti s prenatální ztrátou, tuto službu poskytují. Odpovědi na tuto otázku měly cílovou skupinu při poskytování krizové intervence při prenatální ztrátě.

*Tabulka 17 - klient, kterému je poskytována krizová intervence*

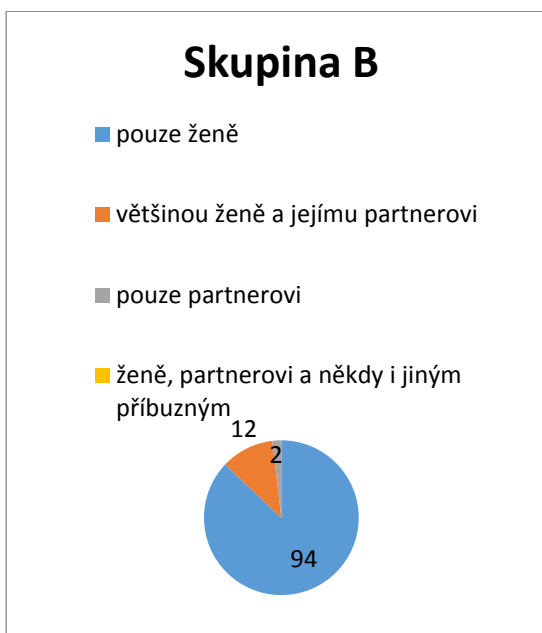
	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
pouze ženě	65	63,73	94	94	159	78,71
většinou ženě a jejímu partnerovi	92	90,19	12	12	104	50,49
pouze partnerovi	0	0	2	2	2	0,99
ženě, partnerovi a někdy i jiným příbuzným	12	11,76	0	0	12	5,94

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Opět pro lepší přehlednost jsme odpovědi respondentů obou skupin nejprve rozdělili do výše-  
čového diagramu (graf 40 a graf 41).

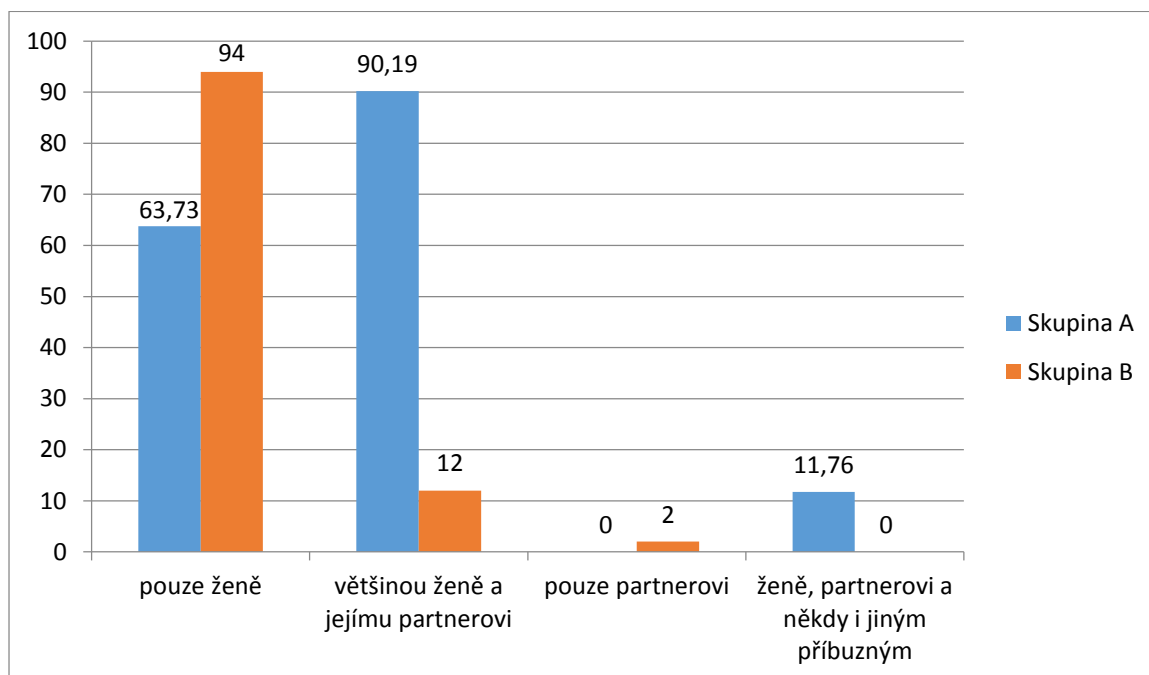


Graf 41



Graf 42

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018



Graf 43 - klient, kterému je poskytována krizová intervence

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Jak můžeme vidět na odpovědích respondentů našich obou skupin, tak zdravotničtí pracovníci poskytovali v 63, 73% krizovou intervenci pouze ženě, v 90,19% většinou ženě a jejímu partnerovi, čemuž odpovídá dnešní trend prenatální péče – oba dva rodiče navštěvují společně prohlídky u lékaře, 11,76% respondentů skupiny A poskytovalo krizovou intervenci v souvislosti s prenatální ztrátou nejen ženě, jejímu partnerovi, ale i jiným příbuzným, z čehož se domníváme, že se pravděpodobně jednalo o doprovod příbuzných ženy při vyšetření anebo příchozí rodinné příslušníky do nemocnice (na porodní sál). Žádný z respondentů skupiny A neposkytoval krizovou intervenci pouze partnerovi.

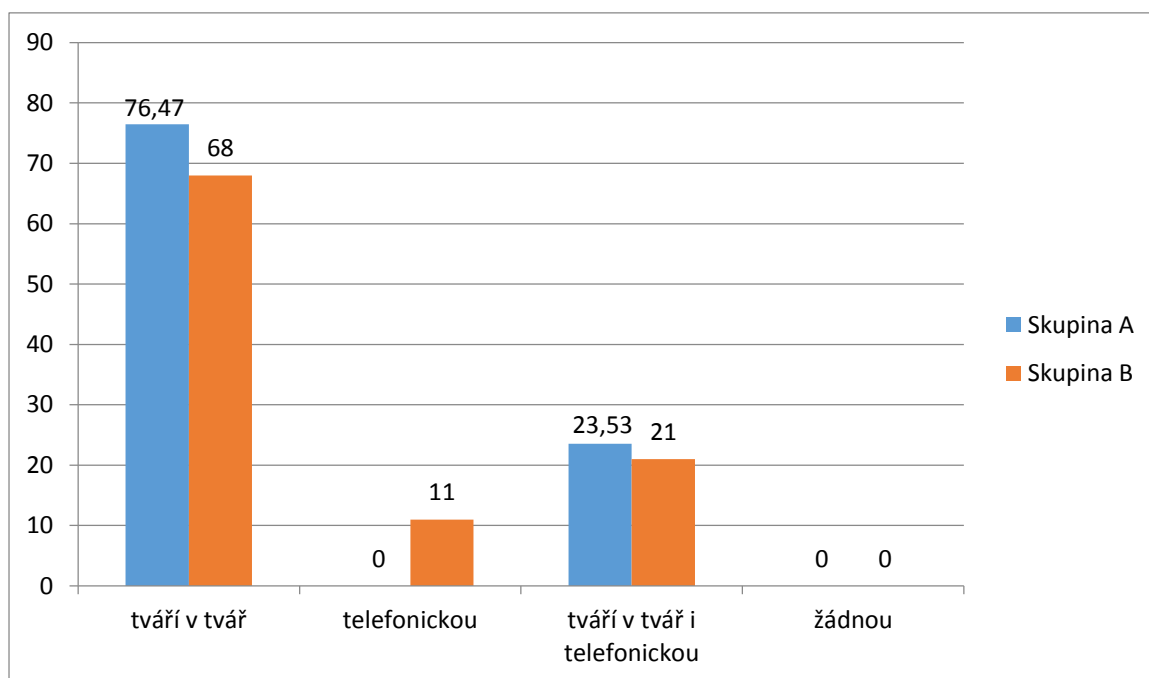
Ze skupiny B 94 % respondentů poskytovalo krizovou intervenci pouze ženě, 12 % ženě i jejímu partnerovi a 2% pouze partnerovi, nikdo z respondentů skupiny B neposkytoval krizovou intervenci příbuzným.

Další otázka v našem dotazníku, otázka číslo 19, byla zaměřená na formu krizové intervence, opět potvrdila, že jak zdravotničtí, tak sociální pracovníci, poskytovali v průběhu svého povolání krizovou intervenci, zdravotničtí i sociální pracovníci nejvíce tváří v tvář, žádný zdravotnický pracovník neposkytoval pouze telefonickou krizovou intervenci, sociální pracovníci poskytovali všechny formy krizové intervence.

*Tabulka 18 - forma poskytování krizové intervence*

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
tváří v tvář	78	76,47	68	68	146	72,28
telefonickou	0	0	11	11	11	5,45
tváří v tvář i telefonickou	24	23,53	21	21	45	22,27
žádnou	0	0	0	0	0	0
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018



Graf 44 - forma poskytování krizové intervence

Zdroj: vlastní výzkum 2018

## 5.9 Znalosti o problematice prenatalní ztráty zdravotnických a sociálních pracovníků

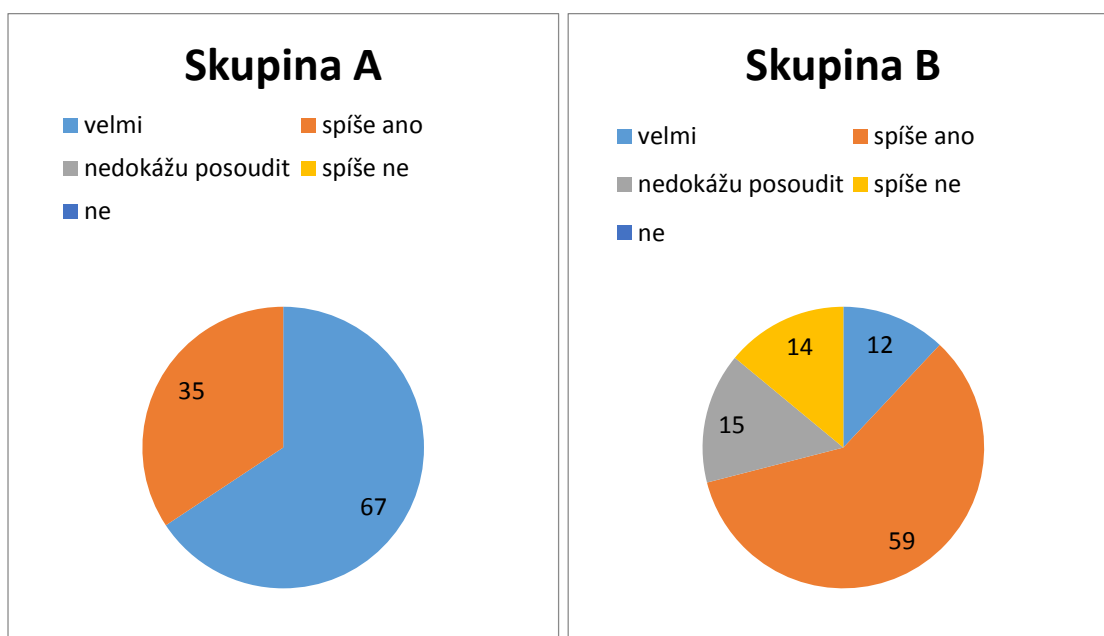
Tento okruh otázek měl za cíl zjistit, jaký mají zdravotničtí a sociální pracovníci názor na nezbytnost znalostí týkajících se problematiky prenatalní ztráty. Cílem bylo zjistit, zda se domnívají, že jsou tyto znalosti důležité nebo ne, zda stačí obecná znalost vedení krizové intervence, anebo zda se domnívají, že je důležitá rovněž základní znalost problematiky související s prenatalní ztrátou (např. terminologie, příčiny potratu, statistická data). Rovněž se tento okruh zajímal o to, jak hodnotí své teoretické znalosti související s prenatalní ztrátou.

Tabulka 19 - hodnocení nezbytnosti znalostí z oblasti problematiky prenatalní ztráty

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
velmi	67	65,69	12	12	79	39,11
spíše ano	35	34,31	59	59	94	46,53
nedokážu posoudit	0	0	15	15	15	7,43
spíše ne	0	0	14	14	14	6,93
ne	0	0	0	0	0	0,00
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Na základě odpovědí respondentů konstatujeme, že pro skupinu A, tedy pro zdravotnické pracovníky je pro správné vedení krizové intervence důležitá znalost problematiky prenatální ztráty. 65,69 % respondentů z této skupiny, se domnívá, že velmi a 34, 31% se domnívá, že spíše ano (graf 47). 12 % ze skupiny B našich respondentů se domnívá, že je tato znalost velmi důležitá, 59 % se domnívá, že je spíše důležitá, 15 % nedokázalo posoudit a 14% se domnívá, že spíše není důležitá (graf 48)

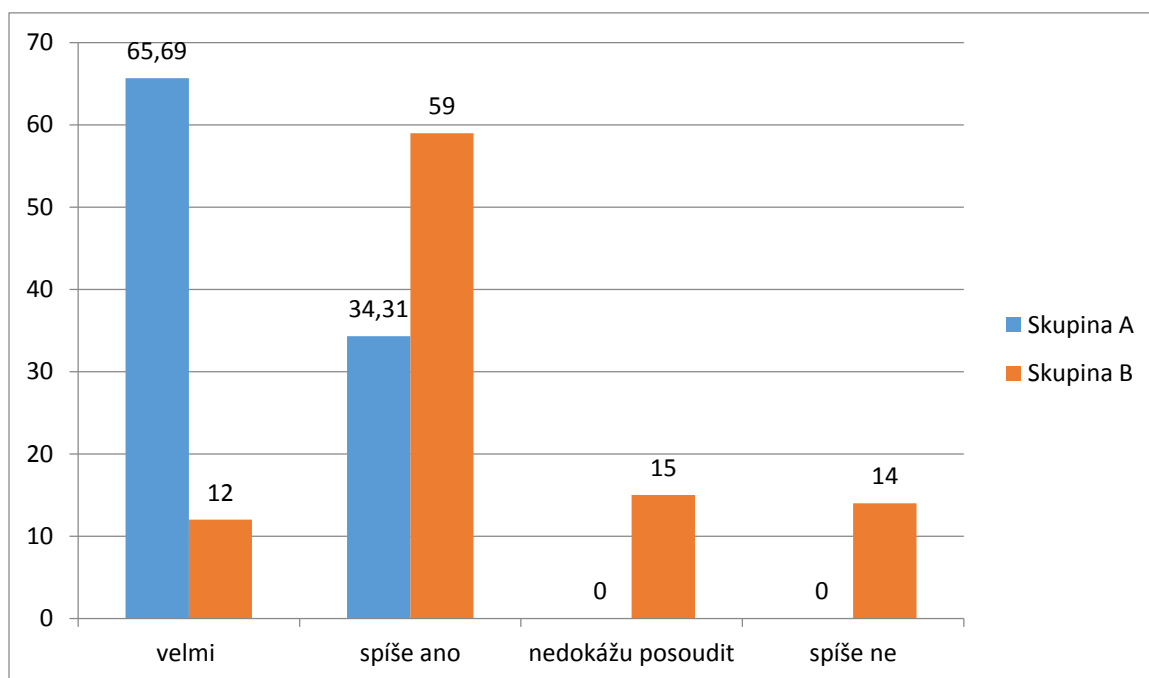


Graf 45

Graf 46

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Z odpovědí respondentů vyplývá, že znalost problematiky prenatální ztráty považují pro správné vedení krizové intervence za důležitou. Ani jeden z respondentů se nedomnívá, že tato znalost není důležitá.



Graf 47 - hodnocení nezbytnosti znalostí z oblasti problematiky perinatální ztráty

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Následující otázka měla za cíl prozkoumat, jak hodnotí naši respondenti úroveň svých teoretických znalostí z oblasti perinatální ztráty. V otázce předcházející na základě jejich odpovědí konstatujeme, že se domnívají, že jsou pro vedení nezbytné znalosti týkající se perinatální ztráty důležité, a proto otázka následující měla zjistit, jak hodnotí své teoretické znalosti z této problematiky.

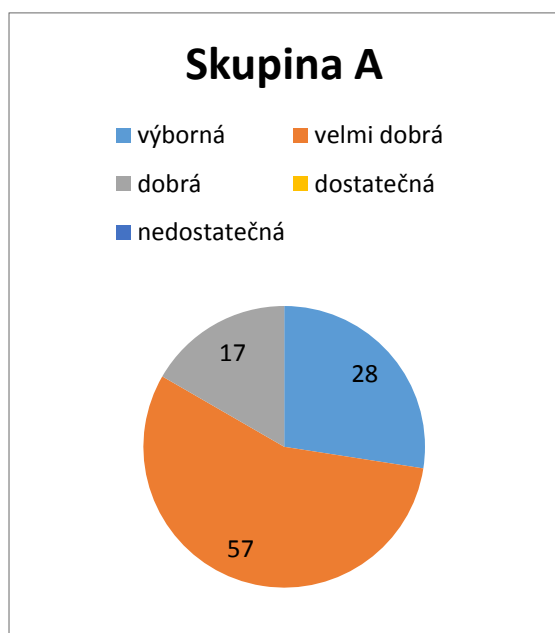
Tabulka 20 - vlastní hodnocení úrovně svých znalostí souvisejících s perinatální ztrátou

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
výborná	28	27,5	0	0	28	13,86
velmi dobrá	57	55,89	0	0	57	28,22
dobrá	17	16,66	33	33	50	24,75
dostatečná	0	0	26	26	26	12,87
nedostatečná	0	0	41	41	41	20,30
celkem	102	100	100	100	202	100

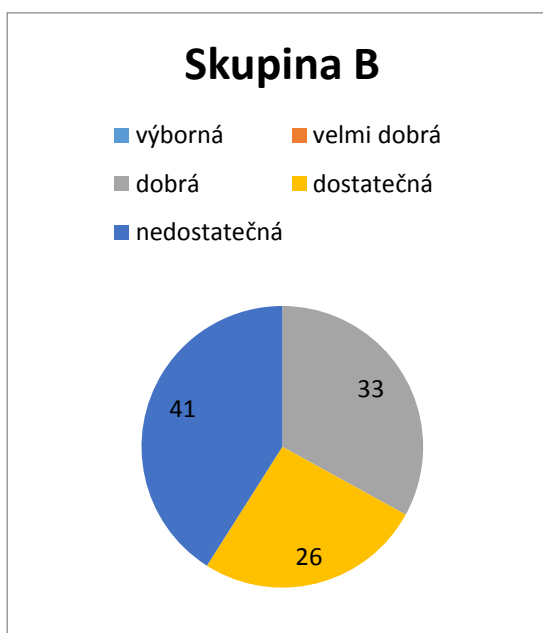
**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Opět pro lepší přehlednost jsme odpovědi na otázky našich respondentů nejprve zpracovali do výšečového diagramu (graf 50 a graf 51)



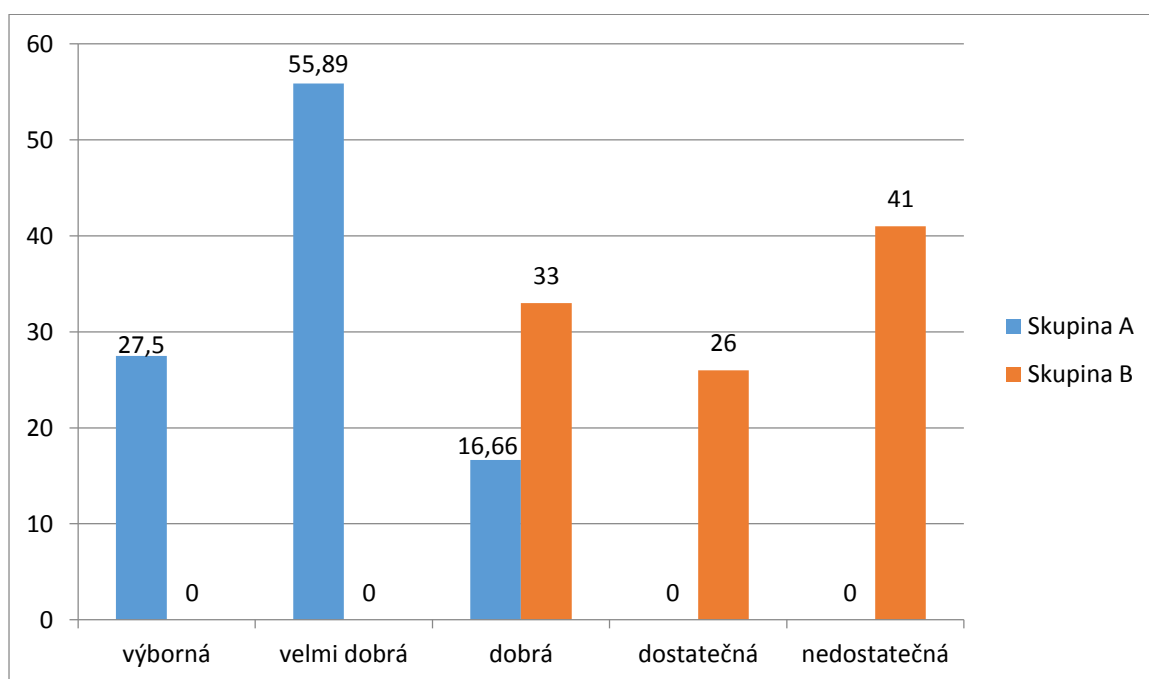


Graf č. 48



Graf č. 49

Zdroj: vlastní výzkum 2018

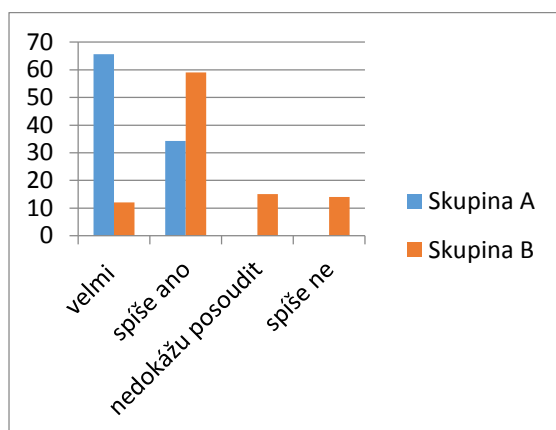


Graf č. 50 - vlastní hodnocení úrovně svých znalostí souvisejících s prenatální ztrátou

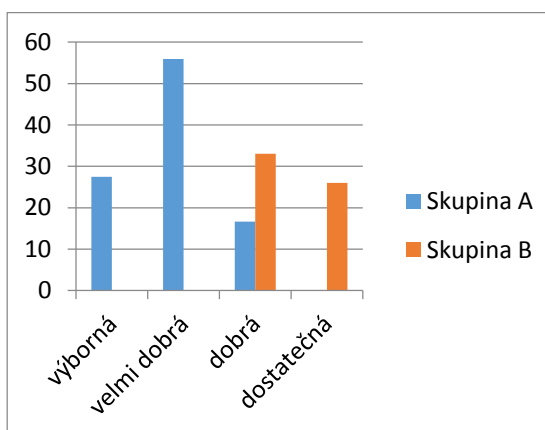
Zdroj: vlastní výzkum 2018

Na základě odpovědí našich respondentů konstatujeme, že na otázku, jak hodnotí své teoretické znalosti související s prenatální ztrátou, více jak polovina zdravotnických pracovníků

odpověděla jako velmi dobrou (55,89%), zatímco skoro polovina sociálních pracovníků ohodnotila své teoretické znalosti jako nedostatečné (41 %). Zajímavé je porovnání s předcházející otázkou, protože se více jak 80% sociálních pracovníků domnívá, že jsou teoretické znalosti týkající se prenatalní ztráty pro správné vedení krizové intervence nezbytné. Jistě by stálo za úvahu zamyslet se nad možností předání teoretických znalostí ze strany zdravotníků sociálním pracovníkům, např. formou krátkého vzdělávacího jednodenního workshopu.



Graf 13



Graf 52

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

### 5.10 Hodnocení dostupnost krizové intervence a následné psychosociální podpory pro ženu po prenatalní ztrátě zdravotnickými a sociálními pracovníky

Tento okruh otázek byl zaměřen na hodnocení znalostí respondentů o následném poradenství pro rodiče po prenatalní ztrátě.

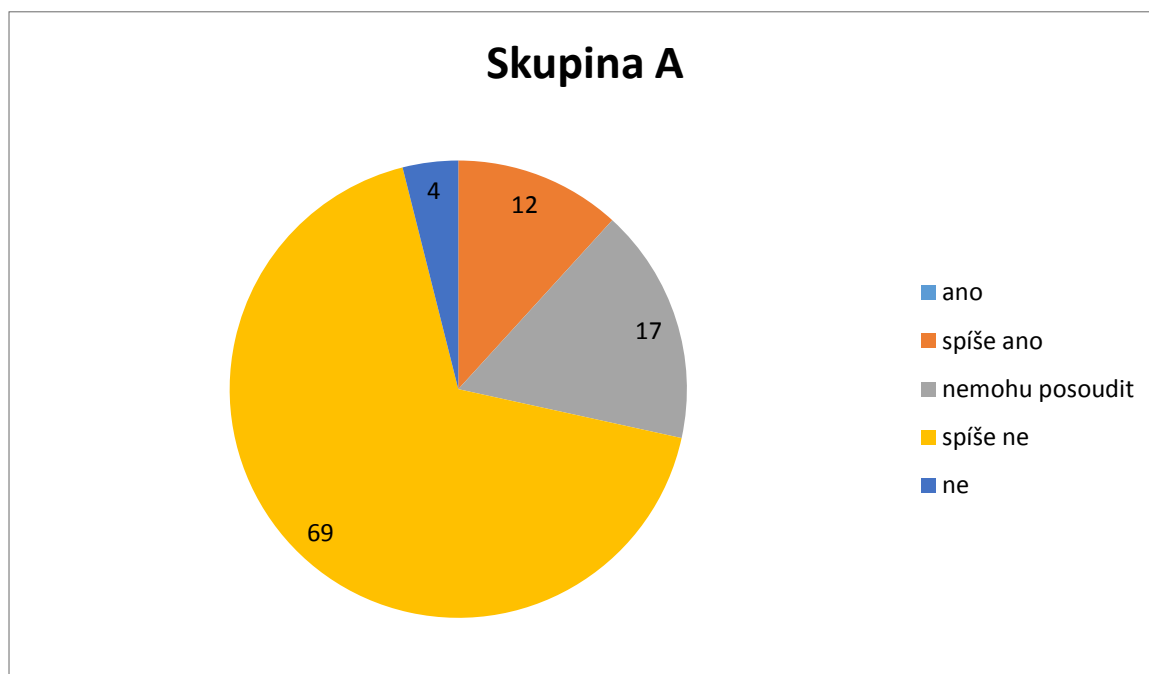
Otázka č. 19 byla pouze pro zdravotnické pracovníky, tedy pro respondenty skupiny A.

Z odpovědí na tuto otázku jsme se snažili získat vhled do znalostí zdravotnických pracovníků, resp. jejich znalost odborného doporučeného postupu České gynekologicko-porodnické společnosti (jenž by měl být pro zdravotníky závazný) na komplexní psychologickou podporu páru po porodu mrtvého plodu, resp. jeho dodržování v praxi.

Tabulka 21 - hodnocení dodržování doporučeného postupu ČGPS JEP z března 2014

	SKUPINA A	
	a.č.	%
ano	0	0
spíše ano	12	11,76
nemohu posoudit	17	16,67
spíše ne	69	67,65
ne	4	3,92
celkem	102	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018



Graf 51 - hodnocení dodržování doporučeného postupu ČGPS JEP z března 2014

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Z odpovědí (bohužel) vyplývá, že nikdo ze zdravotnických pracovníků neodpověděl na otázku ano. 11,76% zdravotnických pracovníků odpovědělo spíše ano (je zajímavé, že tento dotazník vyplňovalo 29 lékařů). Na otázku nemohu posoudit odpovědělo 16,67% respondentů, většina zdravotnických pracovníků (67,65%) odpovědělo spíše ne, 3,92% respondentů skupiny A odpovědělo ne.

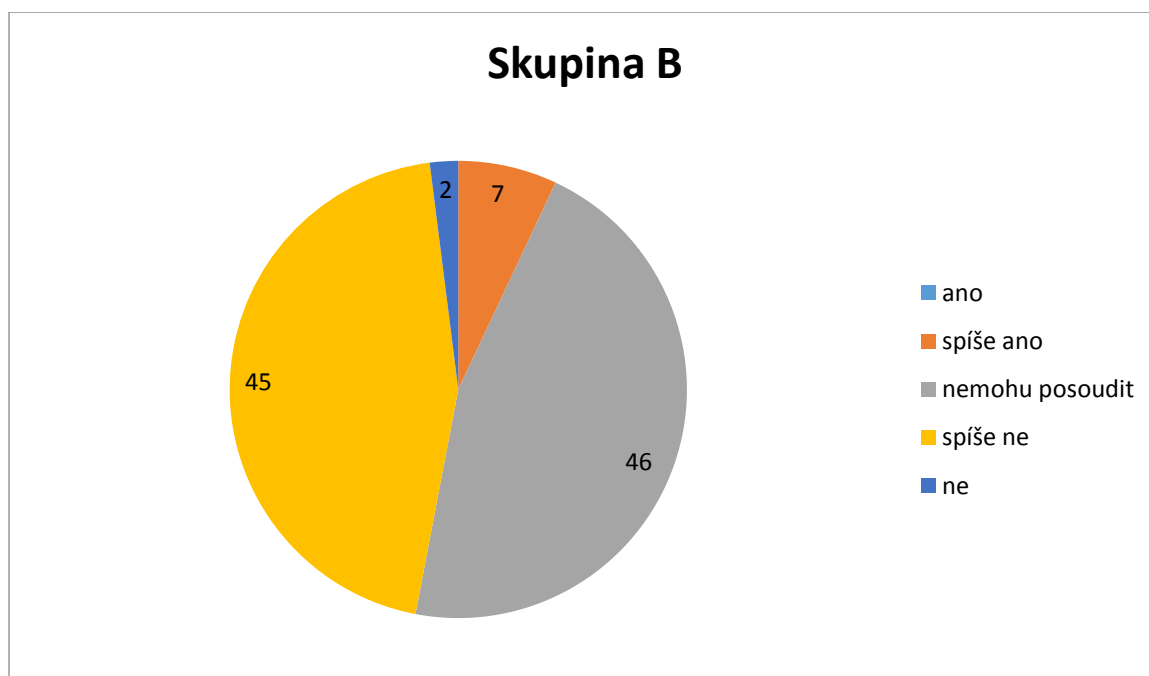
Následující otázka č. 20 byla určena pro respondenty skupiny B, tedy pro sociální pracovníky.

Tabulka 22 - zkušenost respondentů s doporučením na psychosociální podporu a pomoc po perinatální ztrátě

	SKUPINA B	
	a.č.	%
ano	0	0
spíše ano	7	7
nemohu posoudit	46	46
spíše ne	45	45
ne	2	2
celkem	100	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Odpovědi sociálních pracovníků bohužel potvrdily odpovědi zdravotníků. Ani jeden sociální pracovník se neseťkal s tím, že by jednoznačně žena dostala kontakt na psychosociální podporu a pomoc ze zdravotnického zařízení. 45% sociálních pracovníků odpovědělo spíše ne, 2% odpověděli ne, 46% respondentů skupiny B odpovědělo, že nemohou posoudit a pouze 7% odpovědělo spíše ano.



Graf 52 - zkušenost respondentů s doporučením na psychosociální podporu a pomoc po perinatální ztrátě

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

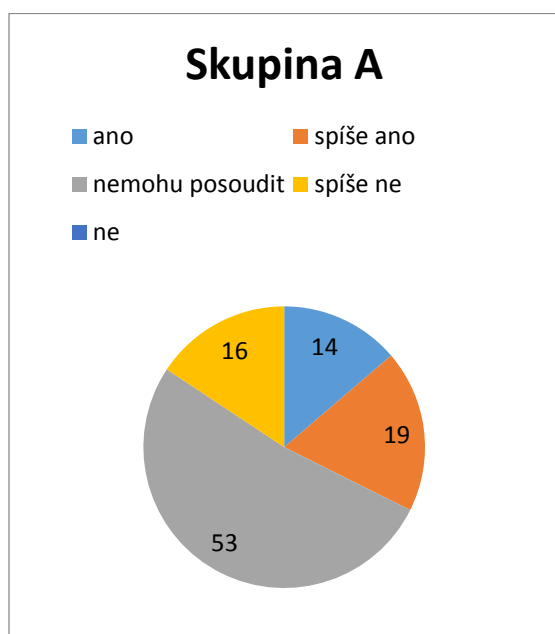
Otázka 21 byla zaměřená na názor zdravotnických a sociálních pracovníků na dostupnost psychosociální pomoci zaměřené na vyrovnání se s prenatalní ztrátou.

*Tabulka 23* - názor na dostupnost odborné psychosociální podpory a pomoci po prenatalní ztrátě

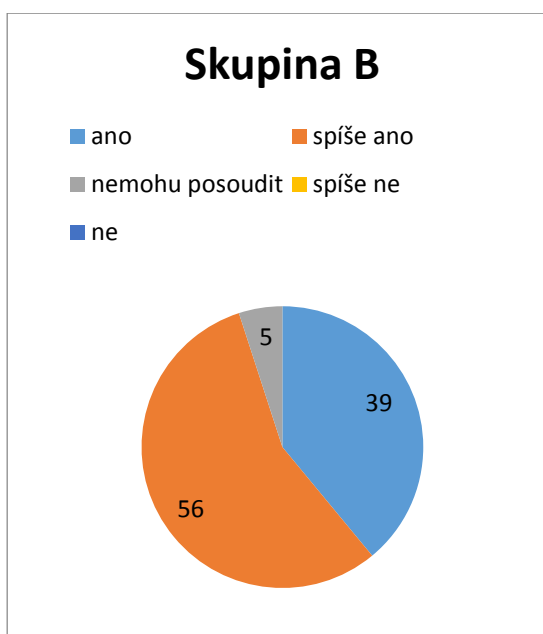
	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
ano	14	13,7	39	39	53	26,24
spíše ano	19	18,63	56	56	75	37,12
nemohu posoudit	53	51,96	5	5	58	28,72
spíše ne	16	15,68	0	0	16	7,92
ne	0	0	0	0	0	0,00
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Opět pro lepší názornost jsme nejprve rozdělili odpovědi respondentů z obou skupin do výše-  
čových diagramů (graf 51 a graf 52)



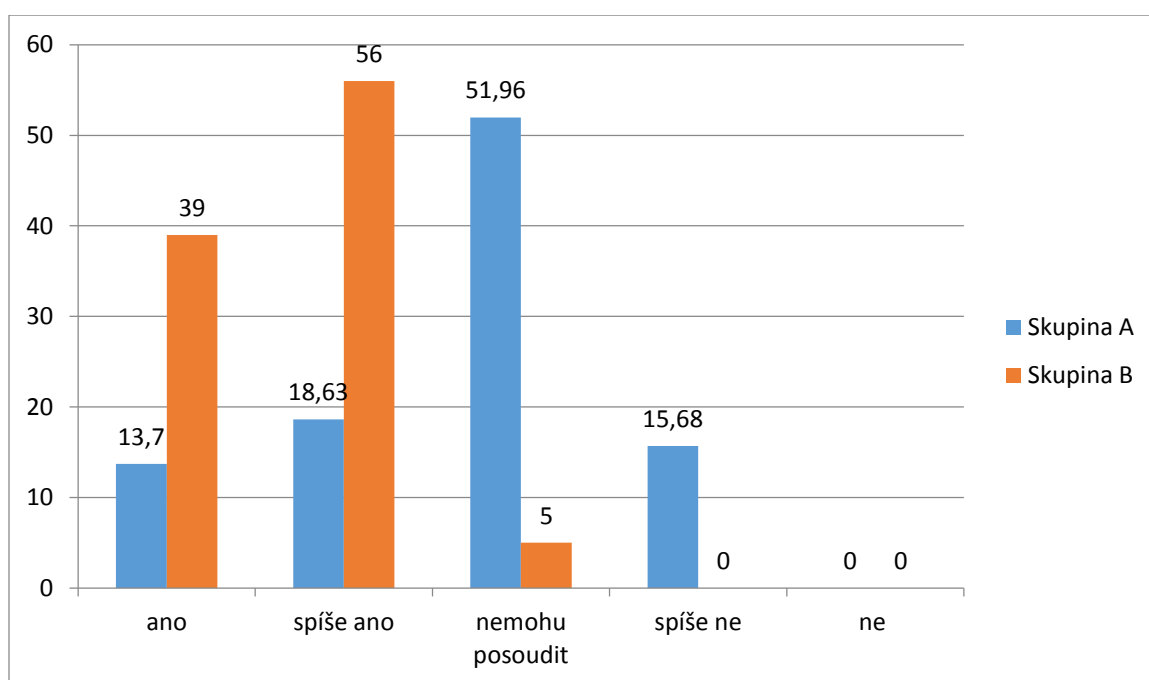
*Graf 53*



*Graf 54*

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Odpovědi zdravotnických pracovníků na tuto otázku jsou pro nás překvapující, nadpoloviční většina odpověděla, že nemohou posoudit (51,96%). Můžeme se domnívat, že jejich odpověď pramení buď z neznalosti (v lepším případě dle našeho názoru), anebo (v horším případě) z nezájmu o tuto problematiku. Odpovědi zdravotnických pracovníků jsou ve velkém kontrastu s odpověďmi sociálních pracovníků, kde jasná většina se domnívá, že odborná psychosociální pomoc zaměřená na vyrovnání se s prenatální ztrátou je dostupná! To, že sociální pracovníci odpověděli v naprosté většině kladně o možné dostupnosti psychosociální pomoci zaměřené na vyrovnání se s prenatální ztrátou, hovoří o jejich znalosti a orientaci ve vyhledávání a nabídce různých forem této pomoci a podpory.



Graf 55- názor na dostupnost odborné psychosociální podpory a pomoci po prenatální ztrátě

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

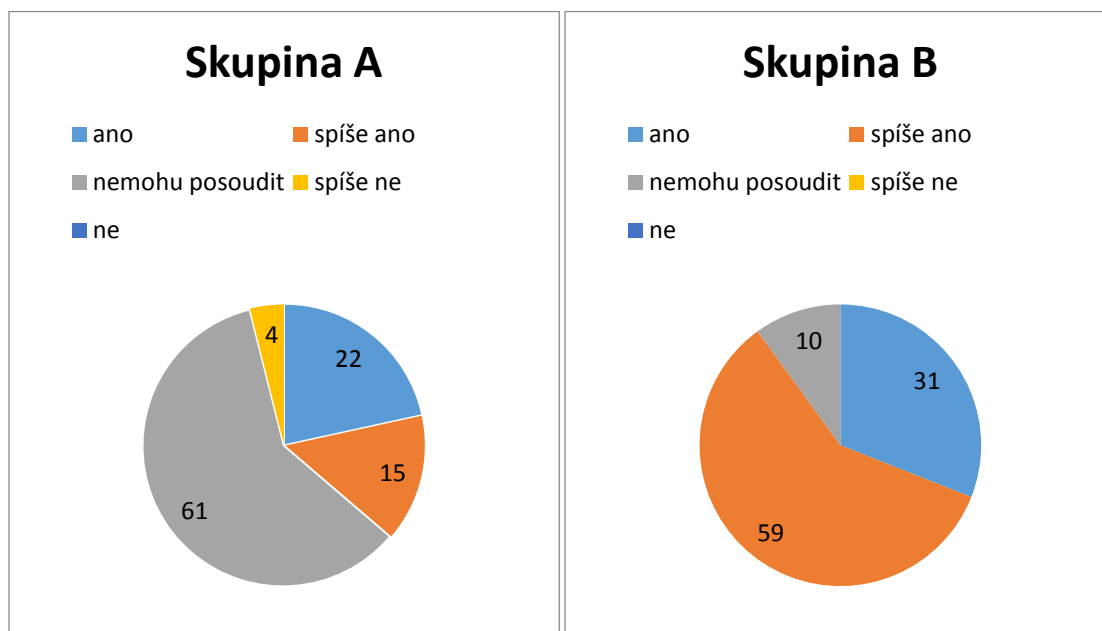
Odpovědi na následující otázku č. 22 (bohužel) kopírují odpovědi na otázku předcházející. Zjišťovali jsme, zda by respondenti dokázali poradit ženě, případně jejímu partnerovi pracovníka (krizového intervenanta, psychologa, terapeuta), na kterého by se mohli obrátit pro pomoc a podporu po prenatální ztrátě.

Tabulka 25 – konkrétní znalost pracovníka v okolí

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
ano	22	21,57	31	31	53	26,24
spíše ano	15	14,7	59	59	74	36,63
nemohu posoudit	61	59,8	10	10	71	35,15
spíše ne	4	3,93	0	0	4	1,98
ne	0	0	0	0	0	0,00
celkem	102	100	100	100	202	100

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

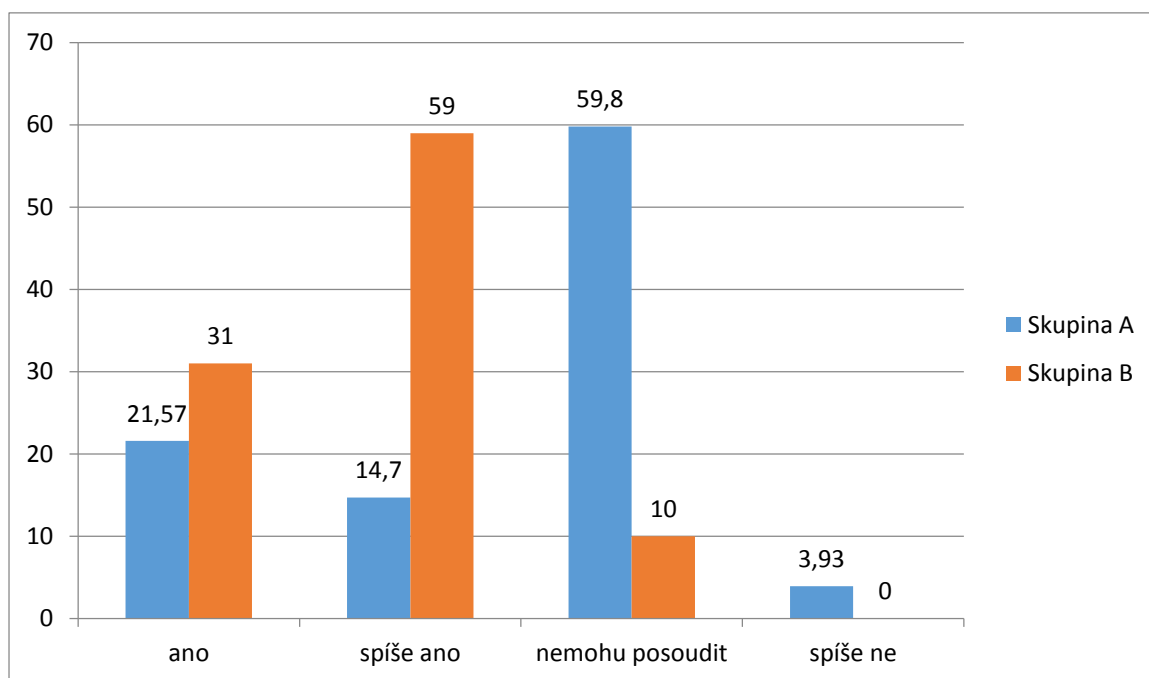
Opět jsme pro lepší přehlednost nejprve odpovědi respondentů obou skupin zpracovali do výšečového diagramu (graf 54 a graf 55) a konstatujeme, že respondenti skupiny B, tedy sociální pracovníci jednoznačně kladně odpověděli na tuto otázku a opět prokázali znalost a orientaci v této problematice. Většina odpovědí respondentů skupiny A, tedy zdravotnických pracovníků, byla neutrální – nemohu posoudit (59,8%), z čehož se domníváme, že se neorientují v této oblasti. Domníváme se, že pokud by si byli jisti odpovědí, odpověděli by na tuto otázku ano nebo spíše ano.



Graf 56

Graf 57

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018



Graf 58 - konkrétní znalost pracovníka v okolí

Zdroj: vlastní výzkum 2018

Otázka č 23 zkoumala blíže znalost organizace, spolku, neziskové organizace zaměřené na pomoc ženě, rodičům vyrovnat se prenatální ztrátou.

Tabulka 24 - znalost organizace, spolku, neziskové organizace zaměřené na pomoc ženě, rodičům vyrovnat se prenatální ztrátou

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
ano	46	45,09	100	100	146	72,27
nevybavuji si název	56	54,91	0	0	56	27,73
nevím, že by existoval	0	0	0	0	0	0,00
celkem	102	100	100	100	202	100

Jak je názorně vidět na grafu 61, i tato odpověď prokázala menší znalost respondentů skupiny A, tedy zdravotnických pracovníků. Nadpoloviční většina odpověděla, že o nich slyšela, ale nevybavují si jejich název.

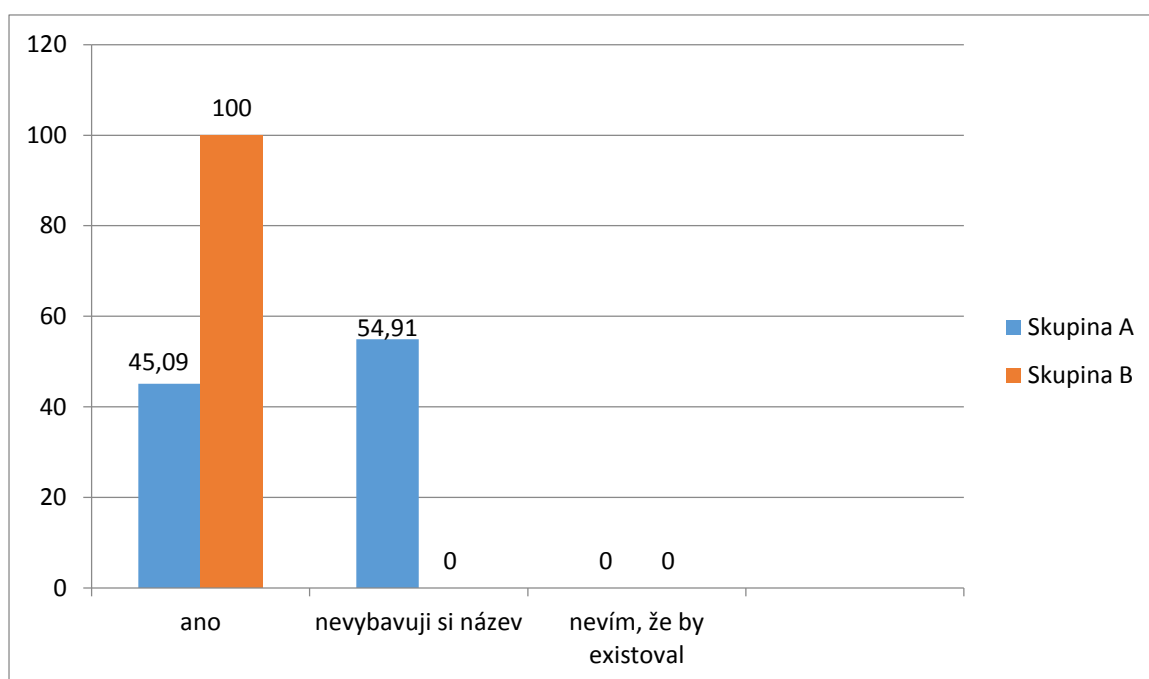
Respondenti skupiny B, sociální pracovníci dokázali odpovědí – konkrétním názvem, že se v dané problematice orientují mnohem lépe než respondenti skupiny A.



Respondenti skupiny A nejvíce jmenovali Prázdnou kolébku (32), Dlouhou cestu (21), Tobit (6), Plzeňsku zastávku (1), Centrum provázení (4), Intervenční centrum (8), Linku bezpečí (7), RIAPS (4). Rovněž uváděli neutrální název – klinický psycholog v nemocnici (16), psychiatr v místě bydliště (8), ale tyto odpovědi neodpovídaly zadanému kritériu otázky.

Respondenti skupiny B ve svých odpovědích jmenovali Prázdnou kolébku (42), Dlouhou cestu (51), Plzeňsku zastávku (3), Tobit (14), RIAPS (14), Intervenční centrum (2), Linku krizové pomoci (11), Linku bezpečí (22), Centrum provázení (8), Centrum pro poradenství a partnerské vztahy (5).

Pozn. velmi jsme zvažovali, jestli vzít název Prázdná kolébka jako kladnou odpověď, protože Prázdná kolébka je projekt, který vznikl pod hlavičkou spolku Dlouhá cesta. Nicméně jsme nakonec tuto odpověď počítali jako kladnou, protože v případě zadání do vyhledávače Prázdná kolébka jste vyhledávačem ihned napojeni na spolek Dlouhá cesta. Z našeho pohledu je velmi důležitá znalost, podvědomí o tomto názvu, o tomto spolku.



Graf 59 - znalost organizace, spolku, neziskové organizace zaměřené na pomoc ženě, rodičům vyrovnat se prenatální ztrátou

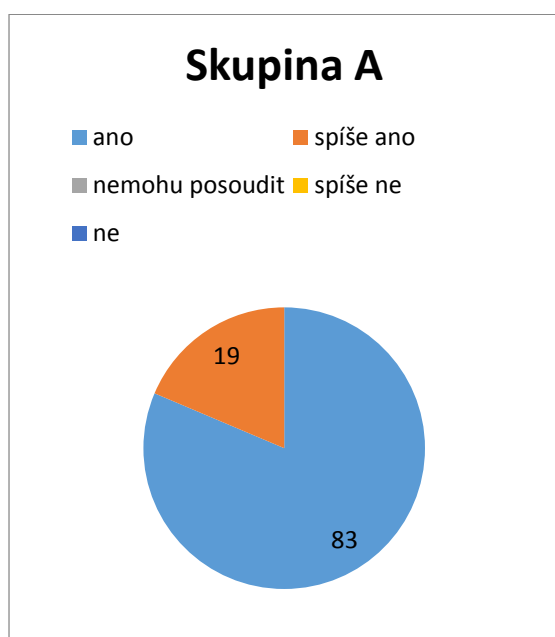
**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Poslední otázkou jsme chtěli zjistit názor našich respondentů, kteří se setkávají s ženou při prenatální ztrátě, na nezbytnost poskytování krizové intervence. Respondenti se ve svých od-

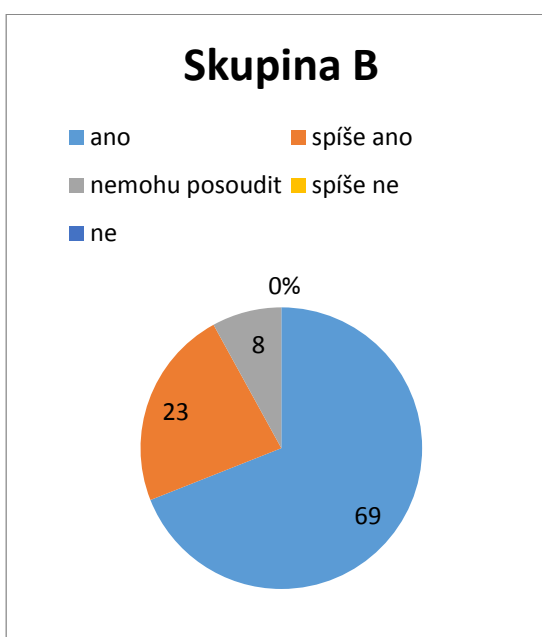
povědích jednoznačně shodli, že poskytování krizové intervence v souvislosti s prenatalní ztrátou ženě, jejímu partnerovi, případně dalším rodinným příslušníkům za nezbytné.

*Tabulka 25 - názor na nezbytnost poskytnutí krizové intervence v souvislosti s prenatalní ztrátou*

	SKUPINA A		SKUPINA B		SKUPINA A + B	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
ano	83	81,37	69	69	152	75,25
spíše ano	19	18,63	23	23	42	20,79
nemohu posoudit	0	0	8	8	8	3,96
spíše ne	0	0	0	0	0	0,00
ne	0	0	0	0	0	0,00
celkem	102	100	100	100	202	100

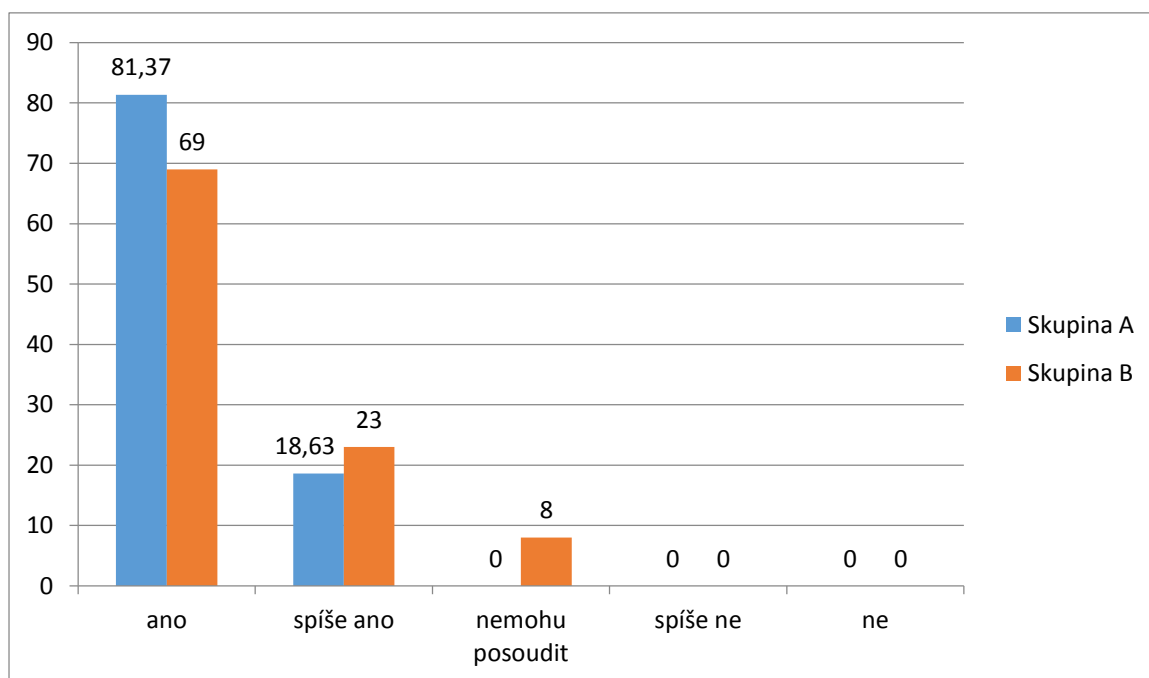


*Graf 60*



*Graf 61*

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018



Graf 62- názor na nezbytnost poskytnutí krizové intervence v souvislosti s prenatální ztrátou

Zdroj: vlastní výzkum 2018

## 5.11 Zpracování hypotéz

V našem výzkumném vztahovém problému bylo zjišťováno, zda existuje vztah mezi zkoumanými jevy a jak je tento vztah těsný. Pro odpověď na první hypotézu byla do vztahu dáována otázka číslo 1 našeho dotazníku s otázkou číslo 13. Pro odpověď na druhou hypotézu byla použita data z otázky číslo 1 našeho dotazníku, která byla dána do vztahu s otázkou číslo 3 našeho dotazníku. Pro odpověď na hypotézu třetí byla do vztahu dána data z otázky číslo 1 našeho dotazníku s otázkou číslo 9.

Pro zpracování první hypotézy bylo přistoupeno ke sloučení odpovědí „téměř denně“ a „jednoukrát týdně“ jako odpovědí kladných a sloučení záporných odpovědí „zřídka“ a „nikdy“. Pro zpracování hypotézy druhé a třetí bylo přistoupeno ke sloučení odpovědí kladných „výborná“ a „velmi dobrá“ a sloučení odpovědí záporných „dostatečná“ a „nedostatečná“. Pro snadnou orientaci jsme odpovědi kladné označili „+“ (plus) a záporné odpovědi „-“ (mínus).

### Hypotéza č. 1

**Zdravotničtí pracovníci se častěji setkávají s potřebou vedení krizové intervence pro ženy při prenatální ztrátě než sociální pracovníci.**

H<sub>0</sub>: Potřeba vedení krizové intervence při prenatální ztrátě je stejná u obou skupin pracovníků.

$H_A$ : Potřeba vedení krizové intervence při prenatalní ztrátě je u obou skupin rozdílná.

Tabulka 26 - Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí kvadrát (hypotéza 1)

	+	-	$\Sigma$
SKUPINA A	43	14	57
SKUPINA B	4	19	23
$\Sigma$	47	33	80

$$\chi^2 = n \times \frac{(ad-bc)^2}{(a+b)x(a+c)x(b+d)x(c+d)}$$

$$\chi^2 = 80 \times \frac{(43 \times 19 - 14 \times 4)^2}{(43+14)x(43+4)x(14+19)x(4+19)} = 22,785$$

Výpočtem jsme zjistili, že vypočítaná hodnota  $\chi^2 = 22,785$  je větší než hodnota kritická  $\chi^2_{0,01(1)} = 6,635$ , a proto odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní s pravděpodobností chyby 1%.

## Hypotéza č. 2

**Zdravotničtí pracovníci hodnotí své teoretické znalosti o vedení krizové intervence jako menší než sociální pracovníci.**

$H_0$ : Teoretické znalosti o vedení krizové intervence jsou stejné u obou skupin pracovníků.

$H_A$ : Teoretické znalosti o vedení krizové intervence jsou u obou skupin rozdílné.

Tabulka 27 - Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí kvadrát (hypotéza 2)

	+	-	$\Sigma$
SKUPINA A	48	12	60
SKUPINA B	73	9	82
$\Sigma$	121	21	142

$$\chi^2 = n \times \frac{(ad-bc)^2}{(a+b)x(a+c)x(b+d)x(c+d)}$$

$$\chi^2 = 142 \times \frac{(48 \times 9 - 12 \times 73)^2}{(48+12)x(48+73)x(12+9)x(73+9)} = 2,239$$

Výpočtem jsme zjistili, že vypočítaná hodnota  $\chi^2 = 2,239$  je menší než hodnota kritická  $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$ , a proto přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní s pravděpodobností chyby 1%.

### Hypotéza č. 3

**Zdravotničtí pracovníci hodnotí své praktické dovednosti o vedení krizové intervence jako větší než sociální pracovníci.**

$H_0$ : Praktické dovednosti o vedení krizové intervence jsou stejné u obou skupin pracovníků.

$H_A$ : Praktické dovednosti o vedení krizové intervence jsou u obou skupin rozdílné.

Tabulka 28 - Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí kvadrát (hypotéza 3)

	ANO	NE	$\Sigma$
SKUPINA A	59	12	71
SKUPINA B	70	9	79
$\Sigma$	129	21	150

$$\chi^2 = n \times \frac{(ad-bc)^2}{(a+b)x(a+c)x(b+d)x(c+d)}$$

$$\chi^2 = 150 \times \frac{(59 \times 9 - 12 \times 70)^2}{(59+12)x(59+70)x(12+9)x(70+9)} = 0,943$$

Výpočtem jsme zjistili, že vypočítaná hodnota  $\chi^2 = 0,943$  je menší než hodnota kritická  $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$ , a proto přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní s pravděpodobností chyby 1%.

## 5.12 Vyhodnocení získaných dat se zaměřením na dílčí výzkumné otázky

Cílem výzkumu kvantitativního bylo zjistit, zda existují rozdíly v praktických zkušenostech s vedením krizové intervence při prenatální ztrátě zdravotnických pracovníků a sociálních

pracovníků. Aby byl cíl dosažen, stanovili jsme dílčí výzkumné otázky, pod které jsme zařadili konkrétní otázky v našem dotazníku, který obsahoval celkem 23 otázek.

Našeho výzkumu se účastnilo 202 respondentů, 102 respondentů bylo zdravotnických pracovníků a 100 respondentů sociálních pracovníků.

Cílem první dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jak hodnotí své teoretické znalosti o vedení krizové intervence zdravotničtí a sociální pracovníci. Nejvíce zdravotnických pracovníků ohodnotilo své znalosti jako dobré, nejvíce respondentů ze skupiny sociálních pracovníků jako výborné. Jak zdravotničtí tak sociální pracovníci byli ve shodě s tím, že považují za důležité mít pro výkon své profese teoretické znalosti o postupech vedení krizové intervence při prenatální ztrátě. Zajímavé bylo pro nás zjištění ohledně získávání teoretických znalostí o krizové intervenci, protože jsme se domnívali, že zdravotničtí pracovníci budou mít vzhledem ke své profesi ve větší míře získanou odbornou profesní přípravu v oblasti krizové intervence, nicméně na základě jejich odpovědí bylo zjištěno, že teoretické znalosti získávají především vyhledáváním informací na internetu, samostudiem odborné literatury, a teoretické znalosti získali v rámci profesní přípravy na své povolání. Zatímco ve skupině sociálních pracovníků měla skoro polovina absolvovaný výcvik v krizové intervenci, samozřejmě mimo další vzdělávání. Obě skupiny respondentů se shodly na tom, že mají zájem o odbornou literaturu s tematikou krizové intervence, a nejvíce by jim vyhovovala stručná, cíleně zaměřená brožura anebo odborná, ale stručná učebnice, z čehož se domníváme, že skutečný zájem o danou specifickou problematiku mají. Respondenti ze skupiny B, tedy sociální pracovníci se v podstatně větší míře domnívají, že teoretické znalosti jsou důležité pro správné vedení krizové intervence než respondenti skupiny A, tedy zdravotničtí pracovníci. Náš předpoklad, že zdravotničtí pracovníci hodnotí své teoretické znalosti o vedení krizové intervence jako menší než sociální pracovníci, se nepotvrdil, naopak z výzkumu vyplynulo, že teoretické znalosti jsou u obou skupin respondentů stejné. Celkově by se dalo k problematice vlastního hodnocení teoretických znalostí zdravotnických a sociálních pracovníků říci, že otázkou zůstává právě hodnocení hloubky a kvality znalostí, to, co považují za znalost obecnou, základní a pro ně v tuto chvíli dostačující anebo co lze považovat za znalost odbornou. Tento okruh otázek nezkoumal kvalitu a hloubku znalostí našich respondentů, ale jejich vlastní hodnocení svých vědomostí.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na zjištění, jak hodnotí své praktické dovednosti v krizové intervenci zdravotničtí a sociální pracovníci. Zde jasně vyplynulo, že jak zdravotničtí pracovníci, tak sociální pracovníci, hodnotí úroveň svých praktických dovedností při

vedení krizové intervence jako výbornou či velmi dobrou. Z toho se dá usuzovat na fakt, že přesto, že většina zdravotnických pracovníků nemá specializovaný výcvik na krizovou intervenci, a je přesvědčena o svých výborných či velmi dobrých dovednostech, jejich vlastní hodnocení je pravděpodobně nadhodnocené a velmi bude pro nás zajímavé porovnání s výsledky kvalitativního rozhovoru s ženami, které prošly prenatalní ztrátou, jak právě tyto ženy hodnotily poskytnutou krizovou intervenci. Ze skupiny sociálních pracovníků vzhledem k tomu, že polovina absolvovala výcvik na krizovou intervenci, můžeme jejich hodnocení považovat za více objektivní. Obě skupiny respondentů se dále shodly na tom, že praktické dovednosti jsou pro správné vedení krizové intervence důležité. Za zajímavé zjištění považujeme hodnocení úrovně vlastních komunikačních dovedností při poskytování krizové intervence. Zde bylo vlastní hodnocení mírně horší než hodnocení čistě praktických dovedností, ale rozdíl nebyl nijak statisticky významný, většina respondentů zdravotnických pracovníků hodnotila své komunikační dovednosti jako dobré, většina sociálních pracovníků jak velmi dobré. Náš předpoklad, že zdravotničtí pracovníci hodnotí své praktické dovednosti o vedení krizové intervence jako větší než sociální pracovníci, se nepotvrdil.

Třetí dílčí otázkou bylo zjišťováno, jak hodnotí své znalosti o problematice prenatalní ztráty zdravotničtí a sociální pracovníci. Cílem bylo zmapovat teoretické znalosti této problematiky a zjistit názor obou skupin respondentů na to, zda se domnívají, že jsou tyto teoretické vědomosti podstatné pro správné vedení krizové intervence při prenatalní ztrátě. Obě skupiny respondentů byly v podstatě ve shodě, nejvíce respondentů ze skupiny zdravotnických pracovníků se domnívá, že tyto teoretické znalosti jsou velmi důležité, ze skupiny respondentů sociálních pracovníků nejvíce odpovědělo, že tyto znalosti jsou spíše důležité. Přesto, že se obě skupiny respondentů shodly na tom, že specifická minimální znalost problematiky prenatalní ztráty je důležitá, odpovědi na otázku další, tedy jak hodnotí úroveň svých teoretických znalostí souvisejících s prenatalní ztrátou, překvapující nejsou. Většina respondentů skupiny zdravotnických pracovníků hodnotí své znalosti jako velmi dobré, zatímco respondenti skupiny sociálních pracovníků jako nedostatečné, což je pochopitelné vzhledem k tomu, že nemají zdravotnické vzdělání.

Čtvrtou dílčí otázkou jsme zjišťovali, jak často, komu a kdy poskytují krizovou intervenci zdravotničtí a sociální pracovníci v souvislosti s prenatalní ztrátou. Tato otázka se nám zdála natolik zásadní, že byla použita pro zpracování hypotézy číslo 1. Z odpovědí respondentů obou skupin vyplynulo, že poskytují krizovou intervenci při prenatalní ztrátě, respondenti ze skupiny zdravotnických pracovníků téměř ve shodném počtu několikrát do měsíce, jeden krát

týdně, jedenkrát za tři měsíce a téměř denně. Ze skupiny sociálních pracovníků nejvíce respondentů poskytuje krizovou intervenci v souvislosti s perinatální ztrátou jedenkrát za tři měsíce, několikrát do měsíce, jeden krát týdně a zřídka. Respondenti ze skupiny zdravotnických pracovníků ji nejvíce poskytují v nemocnici, a po propuštění z nemocnice do šesti týdnů, respondenti ze skupiny sociálních pracovníků ji nejvíce poskytují kdykoli bylo potřeba, i s časovým odstupem v řádu let a kdykoli bylo potřeba, i s časovým odstupem v řádu měsíců. Respondenti ze skupiny zdravotnických pracovníků krizovou intervenci v souvislosti s perinatální ztrátou poskytují nejčastěji ženě a jejímu partnerovi, protože byli spolu, respondenti ze skupiny sociálních pracovníků krizovou intervenci nejčastěji poskytují pouze ženě. Nejčastější forma krizové intervence je u obou skupin respondentů stejná, a to tváří v tvář. Naše hypotéza, že zdravotničtí pracovníci se častěji setkávají s potřebou vedení krizové intervence pro ženy při perinatální ztrátě než sociální pracovníci, se potvrdila.

Rovněž nás zajímalo, jak hodnotí naši respondenti dostupnost krizové intervence a následné psychosociální podpory při perinatální ztrátě. Velmi nás zajímalo, zda respondenti skupiny zdravotnických pracovníků mají vědomost a zda se domnívají, že je v praxi dodržován doporučený postup České gynekologicko porodnické společnosti Jana Evangelisty Purkyněho na následné poradenství po perinatální ztrátě. Smutným zjištěním byly odpovědi většiny respondentů, že se domnívají, že tento postup spíše dodržován není. Odpovědi respondentů skupiny A potvrdily v další otázce odpovědi většiny respondentů skupiny sociálních pracovníků, kteří na dotaz, zda se ve své praxi setkávají s ženou, která prošla perinatální ztrátou, a zda měla konkrétní doporučení na psychosociální pomoc a podporu, odpovídali spíše ne. Co nás ovšem v odpovědi respondentů skupiny zdravotnických pracovníků na otázku dostupnosti odborné následné psychosociální pomoci překvapilo, bylo, že ve větší míře nemohou tuto dostupnost posoudit, zatímco většina respondentů skupiny sociálních pracovníků odpověděla, že je tato pomoc spíše dostupná. Na otázku, zda by dokázali poradit kontakt na konkrétního krizového pracovníka ve svém okolí, respondenti ze skupiny zdravotnických pracovníků opět nejvíce odpovídali, že nemohou posoudit, zatímco respondenti skupiny sociálních pracovníků nejvíce odpovídali, že spíše ano. Stejně tomu bylo i v otázce další, kdy jsme chtěli v odpovědi na otázku napsat konkrétní název nějaké neziskové organizace, spolku, či sdružení, které pomáhá rodičům vyrovnat se s perinatální ztrátou. Respondenti ze skupiny zdravotnických pracovníků v těsné nadpoloviční většině odpověděli, že o nich slyšeli, ale právě si nevybavují jejich jméno, název, zatímco všichni respondenti ze skupiny sociálních pracovníků uvedli alespoň jeden



konkrétní název, z čehož jednoznačně vyplývá mnohem lepší znalost organizací, spolků a sdružení nabízejících pomoc rodičům po prenatální ztrátě.

Na poslední dílčí výzkumnou otázku u obou skupin respondentů byla naprostá shoda, a sice že je nezbytné poskytovat krizovou intervenci v souvislosti s prenatální ztrátou ženě, případně jejímu partnerovi a dalším rodinným příslušníkům.

Ze získaných odpovědí respondentů a z jejich následného vyhodnocení jsme učinili závěr, že se zdravotničtí pracovníci častěji setkávají s potřebou vedení krizové intervence pro ženy při prenatální ztrátě než sociální pracovníci. Zdravotničtí pracovníci hodnotí své teoretické znalosti a praktické dovednosti stejně jako pracovníci sociální, ale bližším zkoumáním bylo zjištěno, že ze skupiny zdravotnických pracovníků pouze 15% absolvovalo výcvik v krizové intervenci, zatímco u sociálních pracovníků 48%. Dále jsme zjistili, že v praxi není dodržováno doporučení na následnou psychosociální pomoc a podporu při perinatální ztrátě a že většina respondentů ze skupiny zdravotnických pracovníků by nedokázala konkrétně ženě doporučit následné odborné pracoviště či pracovníka mimo nemocniční zařízení. Proto se zamýšlíme nad tím, jak bylo uváděno v části teoretické, že zdravotničtí pracovníci prenatální ztrátu stále bagatelizují a podceňují, přesto že se obě skupiny ve svých odpovědích shodují na tom, že by mělo být nezbytné poskytování krizové intervence ženě, případně jejímu partnerovi po prenatální ztrátě. Dále se domníváme, že většina zdravotnických pracovníků je přesvědčena, že jejich krizová intervence během hospitalizace ženy je dostačující, že žena další péči nepotřebuje a že je případně si pomoc a podporu vyhledat a zajistit sama. V tuto chvíli jiné vysvětlení na to, proč zdravotničtí pracovníci další konkrétní pomoc a podporu nenabízejí, nemáme. Proto provádíme další výzkum, a to kvalitativní, rozhovor se třemi ženami, které zažily prenatální ztrátu a byly ochotné nám v rámci tohoto výzkumu zhodnotit, jak vnímaly kvalitu péče zdravotnických a sociálních pracovníků.

## 6 METODOLOGIE KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

V části teoretické této rigorózní práce jsme vymezili východiska, která nám umožnila hlouběji nahlédnout do problematiky prenatalní ztráty, a to především v kapitole Doporučení pro konkrétní praktické postupy v případě prenatalní ztráty (kapitola 3.2.3.). V této kapitole byly v závorce uvedeny autentické výpovědi z rozhovorů při krizové intervenci, na kterých bylo názorně dokladováno, co ženy, její partner v dané fázi prožívali. Výzkum kvantitativní formou dotazníkové šetření u pracovníků poskytující krizovou intervenci – tedy v našem případě sebehodnocení poskytování krizové intervence při prenatalní ztrátě zdravotních a sociálních pracovníků, jejichž odborná pomoc a vedení bývá pro ženu a jejího partnera velmi zásadní, doplňujeme výzkumem kvalitativním – rozhovorem se třemi ženami po prenatalní ztrátě, který byly schopné a ochotné s odstupem času otevřeně hovořit o tom, co jim v daném okamžiku ze strany zdravotníků a sociálních pracovníků nejvíce pomohlo, a naopak – co je nejvíce zranilo. Tedy, jak ženy hodnotily psychosociální pomoc a podporu při prenatalní ztrátě. Na tom, jak žena, její partner, zvládli cestu procházení žalem po prenatalní ztrátě, záviselo nejen na její (jeho) osobnosti, ale také efektivitě podpůrných sil, které tyto jedince obklopovali. Právě tento kvalitativní výzkum měl za cíl také zmapovat tyto podpůrné síly.

### 6.1 Přípravná fáze výzkumu

Přípravná, neempirická fáze výzkumu, byla zahájena na jaře roku 2018, kdy jsme byli definitivně rozhodnutí o tématu rigorózní práce. Jak uvádí Miovský – na počátku každé výzkumné studie stojí ideový plán či záměr, který je „základním náčrtem toho, co se autor domnívá, že je třeba zkoumat a z jakého důvodu považuje formulovaný výzkumný problém za významný“ (Miovský, 2006, s 87). Aby byla tato práce co nejvíce přínosná, jako cílovou skupinu v tomto výzkumu jsme zvolili ženy po prenatalní ztrátě. Vedla nás k tomu skutečnost, že chceme tímto výzkumem doplnit výzkum kvantitativní, kdy zdravotníci a sociální pracovníci sebehodnotili vlastní teoretické a praktické zkušenosti s vedením krizové intervence při prenatalní ztrátě a chceme ověřit, zda krizová intervence, která byla ženám poskytnuta a její návazná péče byla z jejich pohledu dostačující, a jak tato kvalita péče ovlivnila jejich další život.

Jak již bylo mnohokrát zmíněno v teoretické části této práce, problematika prenatalní ztráty se ročně týká asi 20% všech těhotných žen. Základním zdrojem informací bylo studium odborné literatury. Krizová intervence je v České republice pojatá komplexně, prenatalní ztrátě se v odborných učenicích této problematice jen pár stran, protože je to problematika specifická. Jsou vynikající publikace, jako např. Prázdna kolébka od Ilony Špaňhelové, Perinatální palia-

tivní péče od Kateřiny Ratislavové, Psychologie v perinatální péči od Takács, Sobotkové a Šulové, ovšem tyto práce se více zabývají ztrátou perinatální, tedy ztrátou většího miminka či smrtí malého miminka v době po porodu. Jsou to publikace určené jak odborníkům, tak i ženám samotným. Náš výzkum je zaměřený na posouzení kvality poskytnuté péče právě ženami, které prenatální ztrátu podstoupili a měli osobní zkušenost s tím, jaká péče jim byla poskytnuta, a jak se s prenatální ztrátou vyrovnávali. Z mnohaletých zkušeností s ženami víme, že ztrátu miminka vnímají velmi intenzivně, i když se jedná teprve o počínající těhotenství.

### 6.1.1 Cíl výzkumu a výzkumný problém

Prostřednictvím výzkumného záměru jsme se snažili získat autentický vhled do problematiky prožívání prenatální ztráty a následného období, kdy se žena s touto ztrátou vyrovnávala. Tento výzkum měl za cíl zjistit, jak ženy hodnotili podporu ze strany zdravotníků, a následnou pomoc a podporu ze strany sociálních pracovníků. Výzkumný cíl jsme se snažili definovat tak, aby využití získaných dat bylo v praxi co nejširší.

**Hlavním výzkumným cílem** bylo zjistit, jak hodnotí kvalitu poskytnuté péče ženy, které prošly prenatální ztrátou.

**Dílčími výzkumnými cíly** bylo zjistit, jestli více vnímali kvalitu poskytování zdravotní péče, nebo jestli byla pro ně důležitá psychosociální podpora ze strany zdravotníků a sociálních pracovníků, jestli jim byla při propuštění z nemocnice nabídnuta návazná péče, jak se vyrovnávali s prenatální ztrátou po návratu z nemocnice, jaký druh sociální služby využili a v jaké oblasti by uvítali více podpory, a jak kvalita poskytnuté péče ovlivnila jejich další život.

Dalším nezbytným krokem byla **formulace výzkumného problému**. Tedy pojmenování toho, čemu se budeme ve svém výzkumu věnovat. Někdy bývá formulace výzkumného problému označována jako *téma* výzkumu a má gramaticky podobu věty oznamovací (Šedřová, 2007, s. 65). Výzkumným problémem tohoto kvalitativního výzkumu je zjistit názory ženy na kvalitu poskytnuté krizové intervence zdravotnickými a sociálními pracovníky po prenatální ztrátě.

### 6.1.2 Výzkumné otázky

Z formulace výzkumného problému následně vychází výzkumné otázky (Miovský, 2006, s. 88). Výzkumné otázky vedou k prozkoumání určité situace (Strauss, Corbinová, 1999, s. 25), a po stránce gramatické mají podobu věty tázací.

Naše **hlavní výzkumná otázka** zní: Jak hodnotíte kvalitu poskytnuté péče zdravotnickými pracovníky a kvalitu návazné psychosociální podpory po prenatální ztrátě?

Následně jsme stanovili **dílčí výzkumné otázky**:

Jak hodnotíte podporu ze strany zdravotnického personálu po dobu hospitalizace?

Jaká Vám byla nabídnuta a poskytnuta návazná psychosociální pomoc a podpora?

Jaký druh pomoci jste využila po návratu z nemocnice?

Jak kvalita poskytnuté péče ovlivnila Váš život?

### 6.1.3 Volba výzkumné strategie, metod a technik

S ohledem na výzkumný cíl, výzkumný problém a jeho specifickou povahu jsme pro náš doplňující výzkum zvolili metodu kvantitativního výzkumu. Hendl (2005, s. 50) specifikuje kvalitativní výzkum jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního problému, kdy výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje se o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“. Pro náš výzkum jsme zvolili metodu hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru s ženou po prenatální ztrátě, protože cílem bylo, jak uvádí Švaříček a Šedřová (2007, s. 13) „*získání detailní a komplexní informace o studovaném jevu*“. Zkoumaný problém vychází z osobní zkušenosti, z prožitku informantky po prenatální ztrátě. Proto se nám metoda polostrukturovaného rozhovoru jevila jako nejvíce vhodná pro náš výzkum. Z polostrukturovaného rozhovoru čerpáme data, následně pak provádíme analýzu rozhovorů metodou kódování. Miovský (2006, s. 159 – 160) uvádí, že polostrukturovaný rozhovor je metodou, která umožňuje eliminovat nevýhody strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Pomocí schématu, který jsme vytvořili, specifikujeme okruhy otázek, jejichž pořadí můžeme v průběhu rozhovoru účelově měnit, a tím z rozhovoru vytěžit maximální množství informací. Dále pak můžeme pomocí doplňujících otázek provádět zpětnou vazbu, tzn., že si můžeme upřesňovat, jestli je daná problematika chápána správně. U polostrukturovaného rozhovoru je nutné mít definované jádro – to je minimum otázek, které chce v průběhu rozhovoru s respondentem položit, probrat, a na toto jádro pak navazujeme dalšími doplňujícími otázkami. Následně pak při analýze tyto otázky buď můžeme ponechat stranou, anebo s nimi dále pracovat.

Stanovili jsme si a v průběhu rozhovorů využili následující okruhy otázek:

Okruh otázek č. 1:

- Jaký máte názor na podporu ze strany zdravotnického personálu? (Obecná otázka)
- Jak Vám byla sdělena smutná diagnóza? Jak se k Vám choval zdravotnický personál (lékaři, porodní asistentky, zdravotní sestry) během hospitalizace? Jak, anebo jestli nějak proběhl rituál rozloučení s miminkem? Jaké bylo vaše poučení o následném průběhu šestinedělí při

propuštění z nemocnice a jaké bylo doporučení na následnou podporu a péči při vyrovnání se s prenatální ztrátou? (Specifické otázky)

Okruh otázek č. 2:

- Jaký máte názor na podporu ze strany sociálních pracovníků? (Obecná otázka)
- Jaký druh pomoci jste využila po návratu domů? Jakou sociální službu pomoci jste využila? (Specifické otázky)

Okruh otázek č. 3:

- Jaké faktory podle vás ovlivnily proces při vyrovnání se s prenatální ztrátou? (Obecná otázka)
- Co jste dělala po návratu z nemocnice domů? Jak dlouho jste se vyrovnávala s prenatální ztrátou? Jak se se ztrátou vyrovnával partner? Kdy jste byla schopná vrátit se do normálního fungování? Jak vás podpořilo okolí? (Specifické otázky)

Okruh otázek č. 4:

- V jaké oblasti byste uvítali více podpory? (Obecná otázka)
- Co by vám nejvíce pomohlo? Co Vám nejvíce ublížilo? Co vám chybělo? (Specifické otázky)

#### **6.1.4 Výběr výzkumného vzorku, jeho charakteristika**

Výzkumný vzorek byl pro svou specifčnost vybrán záměrně. Náš výzkumný vzorek, se kterým bude realizován tento výzkum, tvoří tři ženy, které prošly prenatální ztrátou. Oslovili jsme ženy, které docházely na terapie<sup>83</sup> po prenatální ztrátě, proces truchlení měly ukončený s tím, že je to pro ně uzavřená životní etapa. Byly již schopné fungování v běžném životě a měli plány do blízké budoucnosti. Pro přehlednost uvedeme v tabulce smyšlená křestní jména žen, které jsme si označili pro náš výzkum jako Anna, Eva, Jana. Skutečným pravdivým údajem je jejich věk v době prenatální ztráty, týden těhotenství, ve kterém prošly prenatální ztrátou, měsíc a kalendářní rok, kdy nastala prenatální ztráta, kolikáté to bylo těhotenství, rodinný stav a vzdělání.

---

<sup>83</sup> Psychoterapie byly vedené zkušenou psycholožkou v soukromém zařízení, se kterým spolupracujeme, a terapie byly úspěšně ukončeny. Jedná se o ženy, které mají zpracovaný a ukončený proces truchlení.

Tabulka 29- popis informantek, charakteristika

	Věk	Týden	Měsíc/rok	Počet těhotenství	Stav	Vzdělání
Anna	42 let	9. týden	I/2016	Třetí, dvě děti	vdaná	VŠ
Eva	45 let	22. týden	VI/2015	Druhé, bezdětná	svobodná	VŠ
Jana	32 let	36. týden	III/2016	První	svobodná	vyučená

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Bližší charakteristika informantek:

**Anna** – v době ztráty těhotenství měla 42 let, těhotenství plánované nebylo, ale po jeho potvrzení byla celá rodina velmi šťastná, paní má s manželem dvě děti studující střední školu. Zamklé těhotenství potvrzeno v 9. týdnu těhotenství. Nyní v domácnosti, vdaná.

**Eva** – v době ztráty těhotenství 45 let. Těhotenství bylo ukončeno ve 22. týdnu pro chromozomální vadu Morbus Down a závažnou srdeční vadu. Paní v době studia vysoké školy podstoupila interrupci, v době ztráty těhotenství žila 10 let s partnerem, mnohokrát neúspěšně absolvovali pokus o umělé oplodnění. Smiřovali se s myšlenkou, že zůstanou bezdětní. Toto těhotenství bylo nečekané a samovolně vzniklé, o to víc vítané. Od 16. týdne těhotenství postupovali mnoho vyšetření – odběr plodové vody, vyšetření srdce plodu, genetické konzultace. Definitivní závažná diagnóza a prognóza stanovena kolem 20. týdne těhotenství, týden se rozhodovala o pokračování nebo ukončení těhotenství. Pracovala jako hlavní manažerka v mezinárodní společnosti, svobodná, s partnerem se rozešla, do původního zaměstnání se nevrátila.

**Jana** – v době prenatalní ztráty měla 32 let, jednalo se o první těhotenství plánované, chtěné. Při běžné kontrole gynekolog nezachytil ozvy, paní poslal do nemocnice k vyšetření, neměla tušení, že dítě je mrtvé. S partnerem v době ztráty spolu žili dva roky, stále spolu žijí s partnerem ve společné domácnosti. Vyučená prodavačka, pracovala v obchodě s textilem.

## 6.2 Realizace výzkumu

V přípravné, neempirické části, jsme si pečlivě a dlouhodobě formulovali veškeré potřebné náležitosti. Mnohokrát jsme po konzultaci s lékařem z Centra fetální medicíny, s vedoucím lékařem porodních sálů, staniční sestrou porodního sálu, sociální pracovnící gynekologicko-porodnické kliniky a psychologkou z Intervenčního centra koncipovali okruh otázek pro polostrukturovaný rozhovor. První etapa sběru dat proběhla během měsíce března 2018, kdy in-

formantky poskytly údaje uvedené v předešlé kapitole. Dále jsme informantkám nastínili plánovaný průběh polostrukturovaného interview. První etapu považujeme přínosnou i z hlediska možnosti osobního setkání, vysvětlení významu výzkumu a možnosti domluvit se na požadavcích, kde a kdy rozhovor poskytnout, aby bylo dosaženo nejen příznivé atmosféry, ale také aby byly eliminovány rušivé vlivy. Informantky byly seznámeny s důvodem a následným způsobem dotazování.

### 6.2.1 Průběh jednotlivých polostrukturovaných interview

Rozhovor s každou informantkou proběhl po vzájemné dohodě, vždy jsme respektovali požadavek informantek na výběr místa a času interview. Všechny rozhovory proběhly v pracovně psychoterapeutky v měsíci dubnu 2018, protože ženy se tam cítily bezpečně, místo znaly, bylo nám umožněno naprosté soukromí. Informantky byly ujištěny o naprosté anonymitě, byly požádány o přečtení a podepsání informovaného souhlasu (příloha PIII). Byly také informovány o možnosti neodpovídat na otázku, pokud by jim otázka připadala necitlivá, vyvolávala negativní emoce. Byly informovány o možnosti rozhovor kdykoli ukončit. Také jim byla vysvětlena nutnost rozhovor nahrát na diktafon, ale zároveň byly informantky ujištěny, že tato nahrávka nebude nikdy veřejně prezentována, že slouží pouze k možnosti doslovného přepisu rozhovoru. Stejně tak byly ujištěny, že budou změněna jejich křestní jména, případně další jména zmíněná v rozhovoru. Souhlas informantek je také součástí každé nahrávky. Otevřené otázky jsme se snažili formulovat tak, aby byly srozumitelné. Do odpovědí informantek jsme nezasahovali, jen v ojedinělých případech, kdy odpověď byla stručná, jsme se snažili získat více informací doplňujícím dotazováním.

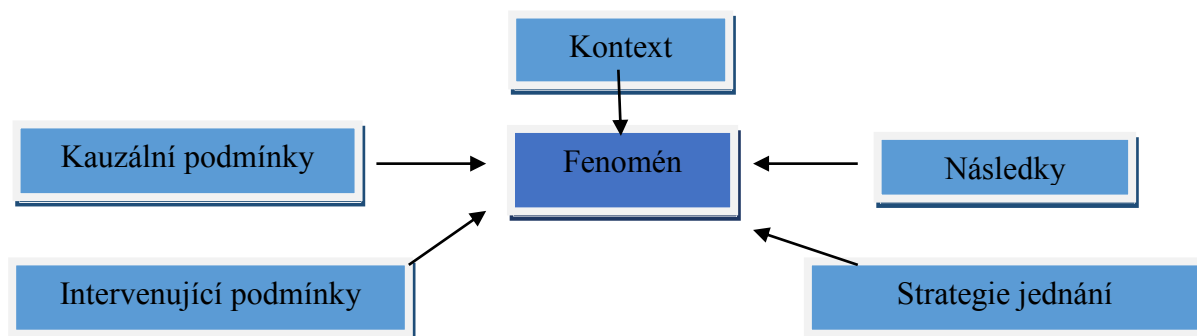
Všechny polostukturované rozhovory proběhly v měsíci dubnu 2018. Současně s rozhovory běžel sběr dat pro kvantitativní výzkum mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky. Musíme konstatovat, že vlastní výzkum byl velmi časově náročný nejen pečlivou přípravou otázek, ale také samotnou realizací. Rozhovory pro empirickou část byly doslovně přepsány, včetně vulgárnějších výrazů. Informantky byly během rozhovorů vstřícné, otevřené, hovořily i o drobných osobních detailech, prožívaných emocích. Jelikož se jednalo o tři rozhovory, byly zhruba stejně časově stejné, trvaly v průměru kolem jedné a půl hodiny. Naším předem stanoveným cílem bylo do rozhovorů příliš nezasahovat, nechat volný průběh odpovědím, emocím. Ženy byl ve svých odpovědích sdílné, otevřené, navázaly pevný oční kontakt. Celkově hodnotíme průběh interview pozitivně, nebyly identifikovány žádné obtíže či komplikace.

### 6.3 Způsob zpracování dat

Pro zpracování polostrukturovaných interview jsme zvolili podle Hendla (2005, s. 243 – 244) metodu zakotvené teorie, jejímž cílem je návrh teorie pro fenomény v dané situaci, na kterou se zaměřuje pozornost výzkumníka. Vzniklá teorie je zakotvená v datech. Takto vzniklá teorie by měla splňovat všechny požadavky, které jsou kladeny dle Strausse a Corbinové (1999, s. 17) na vědeckou metodu: a to je **validita, soulad mezi teorií a pozorováním, zobecnitelnost, reprodukovatelnost, přesnost, kritičnost a ověřitelnost**. Tvorba zakotvené teorie je poměrně složitý a zdlouhavý proces, proto postup analýzy popíšeme podrobněji. Ze záměrů zakotvené teorie vychází zpracování získaných dat. Do písemné podoby převedeme interview, které máme zaznamenané na diktafonu. Jakmile máme k dispozici přeepsané rozhovory, podrobíme je analýze pomocí tří typů kódování: otevřeného, axiálního a selektivního (Strauss, Corbinová, 1999, s. 40). Při otevřeném kódování přeepsaný text rozbijeme na jednotky, k těmto jednotkám přiřadíme jména a budeme dále pracovat s takto označenými fragmenty (Švaříček, Šed'ová, 207, s. 211 – 212). Na jednotky pak rozdělíme analyzovaný text – jednotkou může být slovo, sekvence slov, věta či odstavec. K takto vzniklé jednotce přiřadíme kód – jméno, označení. Dle potřeby se můžeme během analýzy ke kódům vracet, opravovat je, přejmenovávat. Řádky textu, který budeme analyzovat, si pro lepší přehlednost a snadnější orientaci očíslováme. Poté přistoupíme k systematické kategorizaci, tzn., že kódy, které vzešly z otevřeného kódování, seskupíme podle podobnosti nebo jiné nalezené vnitřní souvislosti (Švaříček, Šed'ová, 207, s. 211 – 212). Posléze se v rámci tohoto kódování zaměříme na rozvíjení vlastností a dimenzí kategorií, které jsou základem pro vytváření vztahů mezi hlavními kategoriemi, kategoriemi, subkategoriemi (Strauss, Corbinová, 1999, s. 48 - 50). Jakmile vytvoříme vztahy mezi hlavní kategorií, kategoriemi a subkategoriemi, provedeme axiální kódování – údaje po otevřeném kódování uspořádáme znovu novým způsobem, prostřednictvím vytváření spojení mezi kategoriemi. Tzn., že údaje, které vzešly z otevřeného kódování, budou znovu skládány dohromady vytvářením spojení mezi kategorií jejími subkategoriemi. Jedná se tedy o rozvíjení kategorie, která přesahuje vlastnosti a dimenze (Strauss, Corbinová, 1999, s. 70). V této práci se budeme držet v rámci analýzy následujícího paradigmatického modelu podle Hendla (2005, s. 250):



Základ axiálního kódování:



Obrázek 3

Zdroj: Hendl (2005, s. 250)

## 7 ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE

Tato kapitola je jádrem kvalitativního výzkumu, kdy jsme se prostřednictvím rozhovorů a jejich analýzou snažili vnést autentický vhled do hodnocení kvality poskytnuté péče ženami, kterým zdravotníci a sociální pracovníci poskytovali psychosociální pomoc. Rozhovory s ženami, které prošly prenatální ztrátou, chceme vnést autentický vhled do hodnocení kvality poskytnuté péče ženami, kterým jak zdravotníci, tak sociální pracovníci poskytovali psychosociální pomoc. V této kapitole budeme analyzovat a interpretovat získaná data – tzn. doslovně přepsané rozhovory, které přineseme k obhajobě rigorózní práce (vzhledem k rozsahu práce v příloze PII přikládáme rozhovor pouze s jednou s jednou informátorkou). V následujících podkapitolách budeme postupně a v souladu s výše popsányými pravidly tvorby zakotvené teorie, rozkrývat aspekty týkající se hodnocení kvality poskytnuté péče ženě zdravotnickými a sociálními pracovníky po prenatální ztrátě.

### 7.1 Interpretace kategorií

První, základní úroveň analýzy dat spočívá v otevřeném kódování. Výstupem kódování tohoto typu jsou kategorie, kódy kategorizované do vyššího řádu (Strauss, Corbinová, 1999, s. 47). V rámci této kapitoly se budeme podrobněji věnovat interpretaci kategorií, protože právě od kategorií se odvíjí další úroveň analýzy. Text následně doplníme o nejuvýstižnější výroky informantek. Tyto výroky nejuvýstižněji reprezentují pojednávané téma.

Jednotlivé významové jednotky, stejně tak jako kategorie a subkategorie, se kterými během analýzy pracujeme, jsme si pro lepší přehlednost označili barevně, a z tohoto barevného označení jsme vycházeli také při kategorizaci jednotlivých kódů (Příloha PIV).

Jednotlivé významové jednotky jsme si barevně označili následovně:

- Významové jednotky a kategorie související se sdělením závažné diagnózy
- Významové jednotky a kategorie související s podporou zdravotnického personálu během hospitalizace
- Významové jednotky a kategorie související s doporučením na následnou psychosociální podporu a pomoc při propuštění z nemocnice
- Významové jednotky a kategorie dotýkající se období po propuštění z nemocnice, a související s hledáním odborné psychosociální pomoci a podpory
- Významové jednotky a kategorie související s dostupností psychosociální péče a podpory ze strany sociálních pracovníků

- Významové jednotky a kategorie související s hodnocením psychosociální podpory ze strany sociálních pracovníků
- Významové jednotky a kategorie týkající se procesu návratu začlenění a fungování zpět v rodinném a společenském životě po prenatální ztrátě

Autoři výroků budou v rámci analýzy a interpretace dat označeni následujícím způsobem: **A** – Anna, **E** – Eva, **J** – Jana.

Při interpretaci dat se budeme řídit způsobem, který zde uvedeme názorně. Příkladem je náhodně vybraný fragment, včetně označení informantky, která vyslovila tento názor:

*„a napsala mi Neurol“<sup>84</sup> (J457)*

Na základě tohoto vzorku konstatujeme, že autorkou výroku je Jana, tento výrok souvisí s hodnocením podávání léků v kategorii Hodnocení na doporučení na následnou psychosociální pomoc a podporu při propuštění z nemocnice (označení žlutou barvou). Tento výrok lze nalézt na řádce číslo 457 datové transkripce.

Po uvedení názorného příkladu, jak byla jednotlivá data zpracována a analyzována, se již zaměříme na konkrétní výsledky otevřeného kódování. Na základě opakovaného čtení, a neustálého hodnocení transkribovaných dat, jejich postupného řazení, vyhledávání spojitostí mezi identifikovatelnými kódy, nám vzniklo celkem sedm kategorií, jejichž podstatu budeme v dalších kapitolách postupně podrobně rozkrývat. Kategorie jsou významově propojené, z hlediska obsahu se někdy mohou překrývat, protože mezi nimi existují významné vazby. Jedná se o tyto následující kategorie:

1. **Sdělení** (hodnocení sdělení závažné diagnózy)
2. **Zdravotnický personál** (hodnocení chování a podpory zdravotnického personálu během hospitalizace)
3. **Propuštění** (hodnocení doporučení na následnou psychosociální podporu při propuštění z nemocnice)
4. **Doma** (hodnocení období po propuštění z nemocnice, a hledání odborné psychosociální pomoci a podpory)
5. **Dostupnost** (hodnocení dostupnosti psychosociální podpory)
6. **Pomoc** (hodnocení poskytnuté psychosociální podpory po potratu nebo porodu mrtvého miminka)

---

<sup>84</sup> Datové fragmenty uvádíme v původním znění, tzn. že u všech výroků zachováváme jejich naprostou autentičnost a neprovádíme žádné změny ani po stránce stylistické, ani gramatické.

7. **Návrat** (hodnocení délky návratu zpět do normálního života)**7.1.1 Hodnocení sdělení závažné diagnózy**

Tato první kategorie, označená světle modrou barvou, zjišťuje, jak ženy hodnotili způsob sdělení a komunikaci se zdravotnickým personálem (tato kategorie nehodnotí reakce ženy na závažné sdělení). Tato kategorie je nasycena následujícími kódy, uvedenými v tabulce č. 30:

Tabulka 30- Hodnocení sdělení závažné diagnózy

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
mlčení	HODNOCENÍ SDĚLENÍ ZÁVAŽNÉ DIAGNÓZY	trvání	Krátkodobé-dlouhodobé
strohé formulace		přínos	Kladný - záporný
mluvení na sestru		vnímání	Kladné - záporné
zlehčování		intenzita	Malá - velká
hodnocení		vnímání	kladné záporné
rychlost		přínos	Kladný - záporný
necitlivé sdělení		intenzita	Malá - velká
bez projevu emoce		intenzita	Malá - velká
údiv nad přáním		vnímání	Kladné - záporné
strach říct diagnózu		vnímání	kladné - záporné
informace		přínos	Kladný - záporný

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

**Shrnutí kategorie Hodnocení sdělení závažné diagnózy**

Na základě hodnocení informantek konstatujeme, že sdělování závažné diagnózy hodnotily informantek negativně. Informantky se shodovaly v tom, že absolutně nepředpokládaly takovou diagnózu. Z výpovědí našich informantek vyplynulo, že negativně vnímaly mlčení lékaře při vyšetření. Prvním kódem je tedy **mlčení**: „on nic neříkal“ (A 19), „vyšetřoval, nic neříkal“ (E 230), „pan doktor vyšetřoval, nemluvil“ (E 293). Jedna informantka uvedla, že se domnívá, že se její lékař bál sdělit závažnou diagnózu a tak ji poslal do nemocnice, aby jí to řekl jiný

lékař, proto jsme vytvořili kód **strach sdělit diagnózu**: „*bál se mi to říct, tak mě poslal do nemocnice*“ (J 423). Všechny informantky hodnotily poskytování informací jako velmi strohé, proto máme v této kategorii kód **strohé formulace**: „*jen řekl, že zamlkly ozvy, že se to stává, že už mám dost věk*“ (A 21), „*bavili se strašně stroze*“ (E 268), „*řekla mi, že to respektuje*“ (E 322). Informantky také negativně hodnotily, když lékař hovořil na sestru, uděloval jí příkazy, co má udělat. Informantky by spíše uvítali, kdyby lékař s nimi první probral, co bude následovat, a až po té dal instrukce sestře. Tato hodnocení jsme zahrnuli do kódu **mluvení na sestru**: „*sestřičce řekl, ať ty krve neposílá, zruší objednávku na screening, ať tam zbytečně nezabírám místo ať mi napíše žádanku do nemocnice na kyretáž*“ (A 23), „*řekl sestřičce, ať jdu na recepci, objedná mě na genetickou konzultaci, kde mi všechno vysvětlí*“ (E 235,236). Informantka také hodnotila některá vyjádření lékaře jako zlehčování její situace, proto jsme vytvořili kód **zlehčování**: „*takových jako já je moc, ať si to tak neberu, že to bylo v začátku*“ (A37), „*že se pak klidně můžeme pokusit o další dítě, jestli budeme chtít, že rodí i starší než jsem já*“ (A 69, 70). Negativně informantky také vnímaly sled vyšetření, hodnotily negativně rychlost řešení jejich situace, proto jsme hodnocení tohoto postupu nazvali jako **rychlost**: „*zeptal se, kdy jsem jedla a pila naposledy...řekl, že to je dobře, že můžu jít ještě ten den na kyretáž. Bylo to tak rychlé...a večer v břichu prázdné*“ (A 39-45), „*hned mi nabízeli odběr plovkové vody*“ (E 226), „*dal nám najevo, že už nám nemá co říct*“ (E 236, 237), „*udělali odběr, byla to fakt rychlovka*“ (E 278, 280), „*zase jak na běžícím páse*“ (E 331, 332), „*ať jdu hned na porodní sál*“ (J 428). První informantka také hodnotila sdělování závažné diagnózy a léčebného postupu jako necitlivé, proto jsme vytvořili kód **necitlivé sdělení**: „*myslela jsem, že větší hulvát než můj doktor není, ale spletla jsem se*“ (A 47), druhé informantce chybělo více empatie při sdělování, proto jsme vytvořili kód **bez emocí**: „*řekl mi to bez emocí*“ (E 230), „*vůbec ani trocha soucitu, empatie*“ (E 237, 238), „*ostatní řešili všechno, jak to říct, technicky*“, „*nikoho nezajímalo, co se u mě ve vnitř děje*“ (E 238, 239). Dále jsme vytvořili kód **údiv**. Tento kód hodnotí reakci lékaře, když si paní, které sdělil závažnou diagnózu, požádala o fotografii miminka: „*se zeptal, jestli ji opravdu chci*“ (E235). Kód, který jsme nazvali informace, zahrnuje jednak hodnocení druhé informantky na žádost o osobní vysvětlení lékařského postupu „*tak tady to máte napsané, pak si to přečtěte*“ (E 271, 272) a také nutnost hledat vysvětlující informace na internetu „*doma jsem si začala číst všechny ty zprávy a hledat na internetu*“ (E 315, 316). Poslední kód této kategorie jsme nazvali **hodnocení**, jedná se hodnocení informantek na svého ošetřujícího lékaře, a v jednom případě i hodnocení sestřičky. První informantka hodnotila chování a slovní podporu sestřičky „*sestřička byla hodná*“ (A 24), lé-

kaře však hodnotila jako hulváta „*myslela jsem si, že větší hulvát než můj doktor není*“ (A47). Druhá informantka jednu lékařku hodnotila *jak „doktorka byla nepříjemná“ (E 3629), specialistu na vyšetření srdíčka naopak hodnotila „snad jen ten doktor v Motole byl fajn“ (E 337), třetí informantka po porodu mrtvého plodu změnila lékaře, protože v něj ztratila důvěru „hned ráno jsem jela k nové gynekoložce, k tomu původnímu jsem ztratila důvěru“ (J 476, 477).*

Tato kapitola měla za cíl analyzovat hodnocení informantek na sdělování závažné diagnózy lékařem. Bohužel musíme konstatovat, že informantky negativně vnímali mlčení během vyšetření, a následně hodnotili podávání informací jako strohé, necitlivé a bez projevené emoce. Jedna informantka negativně hodnotila zlehčování její situace. Návaznost léčebných postupů a vyšetření hodnotily jako rychlé, vadilo jim také, že léčebný postup, následná vyšetření měl lékař první sdělit a prokonzultovat s informantkou a ne instruovat sestru v tom, jaké vyšetření má objednat a tím zároveň tuto informaci podával informantce. Jeden lékař, aby se vyhnul závažnému sdělení, nechal toto na kolegovi v nemocnici, a ztratil tím důvěru informantky natolik, že změnila lékaře. Celkové hodnocení lékařů informantkami při sdělování závažné diagnózy bylo spíše negativní.

### 7.1.2 Hodnocení chování a podpory zdravotnického personálu během hospitalizace

Kategorii hodnocení podpory zdravotnického personálu budou charakterizovat kódy, které jsme vytvořili na základě analýzy rozhovorů. V této kategorii je zajímavá souvislost, a sice že dvě informantky řešily svoji situaci rychle po sdělení diagnózy a shodovali se v tom, že byly ještě v šoku. Kódy v této kategorii jsme označili barvou červenou a vytvořili následující kódy:

Tabulka 31 – Hodnocení chování a podpory zdravotnického personálu během hospitalizace

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Sestra	HODNOCENÍ	Přínos	Kladný - záporný
Porodní asistentka	CHOVÁNÍ A	Přínos	Kladný - záporný
Lékař	PODPORY	Přínos	Kladný - záporný
Postup	ZDRAVOTNICKÉHO	Vnímání	Kladné - záporné
Průběh	PERSONÁLU	Vnímání	Kladné - záporné
Rituál rozloučení	BĚHEM HOSPITALIZACE	Vnímání	Kladné - záporné

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Jak bylo uvedeno v kapitole teoretické, na gynekologicko-porodnickém oddělení pracují jak všeobecné zdravotní sestry, tak i porodní asistentky. Na porodním sále mohou pracovat jen porodní asistentky, v ambulanci a na oddělení pracují jak porodní asistentky, tak i zdravotní sestry.

První kód, který jsme vytvořili, je kód **sestra**. Pod tímto kódem je zahrnuto hodnocení informantek chování a podpory zdravotních sester v nemocnici. „*Sestra se starala bez úsměvu, ostatní mám jak v mlze*“ (A43, 44), „*i chování sester bylo zvláštní – chladné, neřvaly se do obličeje, ale jen na kanylu v ruce, bez projevu soucitu*“ (A52, 53), „*ale sestřička na mě zůstala hledět a řekla, že půjdu na porodní sál, že musím to miminko porodit*“ (E 333, 334), „*na gynekologii sestry ale moc fajn nebyly. Nemohu si na ně nějak zásadně stěžovat, sestry ani doktorky zjevně nevěděly, jak se mnou, tedy i se všemi podobnými případy komunikovat a raději byly odtažité*“ (J 447, 448, 449). Na základě výroků informantek konstatujeme, že hodnotily chování zdravotních sester jako chladné, odtažité. Dalším kódem je kód **porodní asistentka**, kde dvě informantky, které musely porodit mrtvé dítě, byly v kontaktu s porodní asistentkou na porodním sále: „*na noční byla strašně hodná, povídala si se mnou, chovala se ke mně, jako bych rodila zdravé miminko*“ (E 353, 354), „*byla strašně hodná, dodala mi sílu a odvalu*“ (E 356), „*mi byla nejbliž sestřička u porodu, ta byla citlivá, měla na mě čas*“ (E 412, 413), „*jsem natrefila na hodnou porodní asistentku, všechno mi trpělivě vysvětlovala a opakovala*“ (J 439, 440), „*ta druhá, co přišla na noc, byla taky fajn, ale ta první byla lepší*“ (J 440, 441), „*to byl hrozný rozdíl – porodní asistentka na sále, sestra a doktorka na gynekologii, a pak ta sestra na příjmu – to byla katastrofa*“ (J 519, 520, 521). Hodnocení informantkami porodních asistentek bylo kladné, a zde je názorně vidět, že informantky neocenují kvalitu zdravotní péče, ale komunikaci, podporu, pochvalu a zájem, ocenily projevený zájem o jejich situaci. Dalším kódem je kód **lékař**, kdy informantky hodnotily chování a podporu lékařů v nemocnici: „*ten doktor na příjmu říkal, že se plod vysaje, či co, většinou po částech*“ (A 48, 49), „*ten hulvát si neuvědomil, že mluvil o mém milovaném dítěti, mohl to říct jinak nebo vůbec*“ (A 50, 51), „*Jednoho doktora jsem viděla při příjmu, jiný mě propouštěl, dělali jen svou práci, bez úsměvu, podpory, obzvlášť v tak těžké situaci by měli být laskavější*“ (A 52, 53), „*strašně mě zranila necitlivost doktora, mojeho a pak těch v nemocnici, připadala jsem si jako kusovka...potrat, no a co..*“ (A 159, 160, 161), „*doktoři se bavili hrozně stroze, odborně*“ (E 411, 412), „*taková mladá, nepříjemná, asi byla našťvaná, že je nad ránem*“ (E 356, 357), „*řvala na mě ať je poslouchám a dělám, co říkají*“ (E 357, 358), „*ta nepříjemná doktorka*“ (E

364), „*pan doktor, takový mladší, byl také moc hodný, bylo na něm znát, že mu to není příjemné, ale pochválil mě a pomáhal klidným hlasem*“ (J 441, 442), „*ujistila se, že chci domů, zeptala se, kolik jsem měla od rána vložek a odešla*“ (J 452, 453). Jak z analýzy jednoznačně vyplývá, pro informantky bylo velmi důležité, jak s nimi lékaři hovoří, oceňovaly pochvalu, komunikaci, naopak negativně hodnotily vyjádření o plodu, strohou komunikaci bez úsměvu. Další kód jsme nazvali **postup**. Tento kód v sobě zahrnuje hodnocení žen sdělení postupu při potratu anebo porodu mrtvého dítěte. „*Že můžu jít ještě ten den na kyretáž. Bylo to tak rychle*“ (A 40, 41), „*ostatní mám jako v mlze*“ (A 43), „*ptala jsem se, jak výkon probíhá, nechtěla jsem ale vědět detaily, ale ten doktor na příjmu říkal, že se plod vysaje, či co, většinou po částech, že se pak přes břicho kontroluje ultrazvukem, jestli to bylo celé, a když ne, tak se to musí vyškrábnout kyretou*“ (A 47, 48, 49), „*Ptala jsem se, kdy půjdu k operaci, ale sestřička na mě zůstala hledět a řekla, že půjdu na porodní sál, že musím to miminko porodit. Zase jsem nechápala, jak porodit, oni mě neuspí?*“ (E 332, 333, 334), „*jsem natrefila na hodnou porodní asistentku, všechno mi trpělivě vysvětlovala a opakovala*“ (J 439, 440). Z analýzy vyplývá, že rychlé řešení výhodné po stránce zdravotní není výhodou pro ženu po stránce psychické a hodnotí vysvětlení sled událostí jako v mlze. Co je velmi podstatné, že informantky citlivě vnímají vyjadřování ohledně jejich miminka a lékaři by si to měli uvědomit, že s ženou musí hovořit citlivě, nesdělovat detaily výkonu, které ženu spíše vylekají. Žena se většinou v takové situaci ocitá poprvé, není to pro ni rutinní záležitost jako pro lékaře. Jak hovořila třetí informantka, ženy v této situaci potřebují podporu, trpělivé vysvětlování a opakování. Dalším kódem je kód **průběh**, který obsahuje hodnocení informantek na chování zdravotníků v průběhu výkonu potratu, či porodu mrtvého plodu, tento kód se překrývá i s jinými kódy: „*dostala jsem noční košili, pak nějakou tabletu, pak injekci a ostatní mám jako v mlze*“ (A 43, 44), „*ale i chování sester bylo zvláštní – chladné, nedívali se do obličeje, ale jen na kanylu v ruce, bez projevu soucitu*“ (A 52, 53), „*pak mi dali nějaké tablety, dostala jsem epidurál, zase tablety*“ (E 352), „*pár krát jsem zatlačila a bylo po všem*“ (E 358), „*v nemocnici jsem byla otupělá, z léků, z šoku, co se stalo*“ (J 523). Dvě informantky hodnotily průběh potratu jako rychlý, jedna informantka průběh ohodnotit nedokázala, její vnímání bylo ovlivněno šokem a léky. Také za velmi důležité pro tuto rigorózní práci považujeme kód nazvaný **rituál rozloučení**. Tento kód v sobě obsahuje hodnocení informantek, jestli měly možnost provést rituál rozloučení s jejich miminkem ve zdravotnickém zařízení: „*ne, to vůbec, rituál jsme pak až dělali, až jsem se sesypala a začala chodit na terapie*“ (A 56), „*sestřička na noční...povídala si se mnou, o mojí holčičce, jaké bych pro ni měla jméno, ptala jsem se, jak by*



vypadala, říkala, že jako malé miminko, co spinká“ (E 354, 355), „měla jsem na ruce korálový náramek...poprosila jsem ji, ať ho dá Magdalence na ruku ... poprvé jsem ji pojmenovala, a ona to udělala, ptala se, kdybych chtěla, že je malinká, že mi ji přinese, že je zabalená v plíněčce, ale bála jsem se ji vidět. Nabídla mi otisk, ale tehdy ...nechtěla jsem“ (E 359, 360, 361, 362), „sestřička nám nechala Jozífka v peřince, měl i čepičku, byl krásný, vypadal, jako by spinkal. Byla jsem moc ráda, že mě podpořila, a dodala odvalu ho pochovat“ (J 444, 445). Z rozhovoru vyplývá, že první žena, která velmi rychle podstoupila v nemocnici lékařský zákrok, neměla čas na rituál rozloučení, tak rituál prováděla až zpětně na terapiích, dalším dvěma informantkám bylo umožněno rituál provést, pojmenovat dítě, jedna informantka si ho pochovala.

### ***Shrnutí kategorie Hodnocení chování a podpory zdravotnického personálu během hospitalizace***

V této kategorii na základě hodnocení informantek konstatujeme, že chování zdravotních sester hodnotily jako chladné, otažitě. Lépe hodnotily informantky porodní asistentky - hodnocení informantkami porodních asistentek bylo kladné, a zde je názorně vidět, že informantky neoceňují kvalitu zdravotní péče, ale komunikaci, podporu, pochvalu a zájem, ocenily projevený zájem o jejich situaci. Jak z analýzy jednoznačně vyplývá, pro informantky bylo velmi důležité, jak s nimi lékaři hovoří, oceňovaly pochvalu, komunikaci, naopak negativně hodnotily vyjádření o plodu, strohou komunikaci bez úsměvu. Co je velmi podstatné, že informantky citlivě vnímají vyjadřování ohledně jejich miminka a lékaři by měli vést v patrnosti, že s ženou by měli hovořit citlivě, nesdělovat detaily výkonu, které ženu spíše vylekají. Žena se většinou v takové situaci ocitá poprvé, není to pro ni rutinní záležitost jako pro lékaře. Jak hovořila třetí informantka, ženy v této situaci potřebují podporu, trpělivé vysvětlování a opakování. Co je ovšem důležité, jedna žena provedla rituál rozloučení s miminkem, měla možnost a byla podpořena v tom, aby si chlapečka pochovala, jedna žena měla možnost dát holčičce jméno a svůj náramek, třetí informantka, která celý průběh hodnotila jako velmi rychlý, neměla možnost provést žádný rituál rozloučení.

### **7.1.3 Hodnocení doporučení na následnou psychosociální podporu při propuštění z nemocnice**

Tato kategorie je obzvláště důležitá, protože jak jsme zanalyzovali v předcházejících dvou kategoriích – hospitalizace byla velmi krátká, jedno až dvoudenní, proto je velmi důležité, jak ženy informantky hodnotily doporučení na následnou psychosociální podporu a pomoc. Kódy

v této kategorii jsme vytvořili pouze pět kódů. Které považujeme za velmi podstatné, označovali barvou žlutou a vytvořili jsme následující:

Tabulka 32 – Hodnocení doporučení na následnou psychosociální podporu při propuštění z nemocnice

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Rozhovor s lékařem	HODNOCENÍ	Přínos	Kladný - záporný
Zdravotní péče	DOPORUČENÍ	Vnímání	Kladné - záporné
Psychosoc. podpora	NA NÁSLEDNOU	Intenzita	Malá - velká
Léky	PSYCHOSOC.	Přínos	Kladný - záporný
Doporučení	PODPORU PŘI PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE	Přínos	Kladný - záporný

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

První kód nazvaný **rozhovor s lékařem** v sobě obsahuje hodnocení komunikace informantek s lékařem, který je v době ukončení hospitalizace propouštěl domů: „jako že by se mnou, když jsem odcházela domů, někdo dlouze mluvil...no to ne“ (A 65, 66, 67), „dostala jsem papír, ...doktor mi řekl, že to bude podobné, jak když jsem byla po porodu, za šest týdnů ať si zajdu ke gynekologovi“ (A 68, 69), „dopoledne mě propouštěla ta nepříjemná doktorka, něco povídala, co mám dělat, ale neposlouchala jsem ji, chtěla jsem už domů“ (E 364, 365), „následně mi bylo sděleno, že mohu jít domů“ (J 454). Z rozhovoru s informantkami vyplynulo, že komunikace lékaře byla stejně strohá jako při přijetí k hospitalizaci.

Druhý kód, nazvaný **zdravotní péče**, zahrnuje doporučení lékaře na poučení o průběhu šesti-nedělí, tedy období po kyretáži, a porodu mrtvého dítěte, kdy žena má hormonální změny, krvácí: „jako že by se mnou, když jsem odcházela, někdo mluvil a řekl mi, jak se mám o sebe starat, co je normální krvácení a co ne, jestli můžu něco od bolesti, a tak? No, to ne. Dostala jsem papír, ...a doktor řekl, že to bude podobné, jak když jsem byla po porodu, že už jsem rodila dvakrát, takže vím...“ (A 65, 66, 67, 68), „něco povídala, co mám dělat“ (E 367), „paní

doktorka, která mě propouštěla, mi řekla, ať se chovám jako ve standardním šestinedělí, a že si mám stahovat prsa. Já ale netuším, jak probíhá šestinedělí, ovšem mé reakce byly otupělé, a než jsem se stačila zeptat, ...“ (J 455, 456). Informantky hodnotily poučení o zdravotním stavu jako nedostatečné, chyběla ze strany lékařů zpětná vazba, aby se ujistily, že informantky ví, jak bude probíhat po stránce zdravotní následující období. Poučení lékařů bylo rutinní a mylně předpokládali znalost informantek o dalším průběhu. Třetím kódem je kód nazvaný **psychosociální podpora**. Tímto kódem zjišťuje, jak ženy hodnotily psychosociální podporu ze strany lékařů: „a jestli chci něco na uklidnění, že by napsala Neurolog, ať se vyspím a jsem v pohodě“ (A 70, 71), „chcete prášek na uklidnění“ (A 161), „řekla mi, že mají psychologku, ale že ta má dovolenou, jestli chci, může mi zavolat psychiatra, aby mi předepsal něco na uklidnění nebo na spaní“ (E 364, 365), „než jsem stačila otázku položit, ptala se, jestli chci něco na uklidnění“ (J 456, 457). Z hodnocení vyjádření informantek vyplývá, že se lékaři dostatečně nevěnují komunikaci s pacientkou, ale pouze doporučují léky na ovlivnění psychiky. Kód nazvaný **léky** již v sobě zahrnuje konkrétní doporučení medikace ovlivňující psychiku: „že by mi napsal Neurolog“ (A 71), „jen mi nabídli Neurolog“ (A 172), „a napsala mi Neurolog“ (J 457). Dvě informantky dostaly konkrétní lék na ovlivnění psychiky (zajímavé je, že ani jedna informantka nedostala doporučení na konkrétní lék pro případ bolesti, silného krvácení, pouze léky ovlivňující psychiku!). Poslední kód této kategorie nazvaný jako **doporučení** je rovněž velmi důležitý vzhledem k tématu výzkumu – hodnotí, zda byla informantkám nabídnuta následná odborná psychosociální pomoc a podpora: „Ne, nebylo mi dáno žádné doporučení“ (A172), „ne, právě že vůbec nic“ (E 371), „napsala mi Neurolog a tím to skončilo“ (J 457). Ze všech tří odpovědí jednoznačně vyplynulo, že žádné z informantek nebyla ani nabídnuta, ani doporučena následná psychosociální podpora a pomoc při propuštění z nemocnice po potratu a porodu mrtvého dítěte.

### ***Shrnutí kategorie Hodnocení doporučení na následnou psychosociální podporu při propuštění z nemocnice***

V této kategorii jsme na základě hodnocení informantek na doporučení následné péče po potratu a porodu mrtvého dítěte jsme bohužel museli konstatovat, že žádné z informantek nebyla ani nabídnuta, ani doporučena následná psychosociální podpora a pomoc při propuštění z nemocnice po potratu a porodu mrtvého dítěte. Také z hodnocení vyjádření informantek vyplývá, že se lékaři dostatečně nevěnují komunikaci s pacientkou, ale pouze doporučují léky na ovlivnění psychiky a že informantky hodnotily poučení o zdravotním stavu jako nedostatečné.

#### 7.1.4 Hodnocení období po propuštění z nemocnice a hledání odborné psychosociální pomoci a podpory

Tato kategorie je pro nás důležitá z hlediska zmapování období po propuštění z nemocnice po potratu a porodu mrtvého dítěte. Z dosavadního zpracování rozhovorů již víme, že informantky nedostaly žádná konkrétní doporučení na odbornou psychosociální pomoc a podporu. Proto nás zajímalo, jak probíhalo toto období z hlediska vyrovnání se s krizovou situací po potratu a porodu mrtvého plodu a jestli bylo pro ně nutné vyhledání následné odborné pomoci. Vytvořili jsme kódy, a pro jejich rozlišení v textu a analýzu jsme použili označení tmavě zelenou barvou. I když hodnocení pocitů není výzkumným cílem této práce, a ve většině textu z rozhovorů je opomíjíme, právě pocity vyčerpání, strachu, deprese dohnaly naše informantky k vyhledání odborné pomoci.

Tabulka 33- Hodnocení období po propuštění z nemocnice a hledání odborné psychosociální pomoci

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Spánek	HODNOCENÍ OBDOBÍ PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE A HLEDÁNÍ ODBORNÉ PSYCHOSOC. POMOCI	Kvalita	Dobrá - špatná
Pocity		Intenzita	Malá - velká
Vyčerpání		Vnímání	Malé - velké
Izolace		Vnímání	Malé - velké
Denní režim		Kvalita	Dobrá - špatná
Hledání a nalezení pomoci		Intenzita	Malá - velká
Čas		Trvání	Krátkodobé-dlouhodobé

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Kód nazvaný *spánek* mapuje, jak byly ženy schopné po návratu domů spát: „nemohla jsem spát“ (A 85), „nad ránem jsem zaspala na sedačce“ (A 89), „v noci jsem skoro nespala“ (A 99), „přes noc jsem chodila po bytě, přes den spala“ (A 101, 102), „jen jsem si sedla, usnula jsem“ (A 110), „tak mě alkohol uspal“ (E 388), „a já nemohla usnout“ (J 462). Informantky se shodly v tom, že po příchodu domů nemohly usnout, jedna informantka si přetočila denní

režim, únavou usnula přes den po prochozených nocích. V kódu **pocity** jsme chtěli zmapovat, jak se ženy cítily, když se vrátily domů po potratu a porodu mrtvého dítěte, než vyhledali odbornou pomoc: „měla jsem strašný pocit, litovala jsem všeho“ (A 78, 79), „svírala mě strašná bolest“ (A 85), „opravdu jsem si nemyslela, že mě to tak sebere“ (A 86), „přepadla mě hrozná další úzkost, jako by mi teprve všechno došlo“ (A 91), „v mém bříše prázdné, strašné“ (A 92), „byla jsem tak vyčerpaná“ (A 99), „byla jsem hrozně unavená“ (A 109), „byla jsem sama, všechno na mě padlo, neměla jsem s kým mluvit“ (E 372, 373), „já v tom zoufalství spadla na dno“ (E 374), „měla jsem strach“ (E 378), „dostala jsem strach, nemám práci, do ložnice jsem se bála vstoupit“ (E 384), „opila jsem se, chtěla jsem spáchat sebevraždu“ (E 388) (pozn. přítel paní přiznal, že má milenkou), „neměla jsem dítě, Petra, práci, nic nemělo smysl“ (E389), „propadla jsem do deprese“ (E 390), „byla jsem strašně unavená“ (J 462), „cítila jsem se jak po špatné kocovině“ (J 464), „zhroutila jsem se“ (J 489), „pocítila jsem strašně ostrou bolest“ (J 496), „už nemáte sílu hledat si pomoc“ (J 525). Informantky shodně popisují únavu a vyčerpání pramenící ze špatného, anebo skoro žádného spánku, popisovaly úzkost, strach a svíravou bolest. U druhé informantky se navíc přítel přiznal k milence, což pro ni v této těžké životní situaci vyvolalo myšlenku na sebevraždu. Dalším kódem, který vyplynul z obsahu rozhovorů, je kód **izolace**, kdy ženy hodnotily a popisovaly svůj nezájem o okolí: „nechtěla jsem nikoho vidět“ (A 78), „holky jsem asi pohledem zahrnala, přitom jsem je chtěla objímat“ (A 82, 83), „do obchodu mezi lidmi bych nešla ani za nic“ (A100, 101), „ale já neměla náladu na návštěvy (J 460), „ale ani nevím, jestli jsem s nimi mluvila“ (J 466), „doma jsem pak už byla sama“ (J 523). První informantka se začala izolovat před vnějším světem, a částečně i před okolím, třetí informantka kontakty nevyhledávala. Naopak druhá informantka se cítila velmi sama, protože v kontextu rozhovoru rodiče měla daleko, měla jen jednu dobrou kamarádku, na její místo v zaměstnání nastoupil jiný zaměstnanec a byla ohrožena ztrátou zaměstnání, partner se choval zvláště – později přiznal milenkou „neměla jsem s kým mluvit“ (E 373). Dalším kódem je kód **denní režim**. Zajímalo nás, jak byly informantky schopné zapojit se zpět do běžného fungování v rodině, případně jestli uvažovaly o návrtu do zaměstnání: „nic se mi nechtělo, ani se obléct, obtěžovalo mě všechno, do obchodu musely holky, neměla jsem sílu navařit, vyprat, nějak jsem přežívala, přes noc chodila po bytě, přes den spala“ (A 99, 100, 101, 102), „doma jsem měla zataženo, byla jsem v pyžamu“ (A 138), „jak bloudím bytem v pyžamu, mastné vlasy“ (A 170), „velice jsem nic dělat nemusela, mamka jednou za čas přišla, donesla jídlo, vyprala prádlo“ (J 491, 492) „mohla jsem se starat jen sama o sebe“ (J 526). Jedna informantka nebyla první čtyři týdny schopná v domácnosti fungovat, třetí in-

formantka měla podporu v partnerovi a v mamince, kteří ze začátku pomohli s péčí o domácnost. Kód nazvaný *hledání a nalezení pomoci* je pro nás velmi cenný – informantky hodnotily, jak se dostaly k odborné pomoci, tento kód mapuje jejich cestu k nalezení odborné pomoci: „začala jsem gúglit“ (A 106), „myslela jsem, že najdu pomoc“ (A 107), „blesklo mi hlavou, že zavolám někam“ (A 113, 114), „vyskočila nějaká telefonní linka“ (A 114), „dal mi adresu, kam zavolat“ (A 117), „objednala mě k paní psycholožce“ (A 124), „někam volala, zkoušela na doktorku, ale bylo odpoledne, tak jí to nebrala, tak volala na krizovou linku“ (E 392, 393), „a tam jí poradili, ať ode mě neodchází a pokusí se mě odvést do nemocnice“ (E 394), „byla jsem týden na krizovém lůžku“ (E 398), „mezitím jsem doma načetla spoustu odborných a neodborných textů o ztrátě miminka, a začala se vypovídat přes server eMimino“ (J 479, 480), „začala jsem si psát s cizími ženami alespoň přes ten server“ (J 485), „pomohla mi radou paní přes server“ (J 498), „odkázala mě a poradnu, kam jsem zavolala“ (J 499, 500), „paní byla supr, ale říkala, že by nám doporučila paní psycholožku, ke které jsem pak docházela“ (J 500, 501).

Z kontextu celého rozhovoru vyplynulo, že první informantka si našla sama v noci přes internet telefonní číslo na krizovou linku, kde ji pracovník poradil v blízkosti jejího bydliště Centrum pro rodinné a partnerské vztahy. Objednala se tam, paní psycholožku hodnotila jako skvělou, ale ta jí doporučila kolegyni zabývající se přímo prenatální ztrátou, kam již pak docházela až po nezbytně dlouhou dobu. Druhé informantce pomoc vyhledala její kamarádka, které se svěřila, že má chuť zemřít. Podle rozhovoru se nejprve pokoušela kontaktovat lékařku, ale bylo již po pracovní době a tak zavolala na linku krizové pomoci, kde doporučili odvést informantku do nemocnice, ta s tím souhlasila, týden ležela na krizovém lůžku, následně pak podstoupila šestitýdenní terapeutický pobyt. Mezitím jí kamarádka našla psycholožku, ke které docházela po propuštění z nemocnice. Třetí informantka si rovněž pomoc vyhledala sama, kontakt získala přes server, kde si povídala s ženami po ztrátě miminka a dostala doporučení na poradnu v místě bydliště. Poslední kód *čas* je pro nás také velmi cenným při hodnocení poskytnutí pomoci ženám po prenatální ztrátě - mapuje období od propuštění z nemocnice po první kontakt s pracovníkem, který poskytl odbornou psychosociální pomoc a podporu: „asi po měsíci, co jsem začala chodit k paní psycholožce“ (A 153), „pak jsem musela ke konci měsíce, to bylo dva týdny po tom, k doktorce na lístek na peníze“ (E 380), „po třech dnech to nevydržela“ (E 390) – z těchto dvou odpovědí konstatujeme období do tří týdnů, „zhroutila jsem se právě po měsíci, kdy měl být termín porodu“ (J 489). Z těchto odpovědí

vyplývá, že dvě informantky odbornou pomoc vyhledaly čtyři týdny po návratu z nemocnice, jedna informantka byla kamarádku odvezena do nemocnice tři týdny po návratu z nemocnice.

### ***Shrnutí kategorie Hodnocení období po propuštění z nemocnice a hledání odborné psychosociální pomoci a podpory***

Informantky se shodly v tom, že po příchodu domů nemohly usnout, jedna informantka si přetočila denní režim, únavou usnula přes den po prochozených nocích. I když hodnocení pocitů informantek není výzkumným cílem, jejich negativní pocity vyvolaly stav, kdy byly následně nuceny vyhledat odbornou pomoc - informantek shodně popisují únavu a vyčerpání pramenící ze špatného, anebo skoro žádného spánku, popisovaly úzkost, strach a svíravou bolest. U druhé informantky se navíc přítel přiznal k milence, což pro ni v této těžké životní situaci v kombinaci s prenatální ztrátou a ztrátou zaměstnání vyvolalo myšlenku na sebevraždu. První informantka se začala izolovat před vnějším světem, a částečně i před okolím, třetí informantka kontakty nevyhledávala, naopak druhá informantka se cítila velmi sama. Dvě informantky si pomoc vyhledaly samy, druhé informantce musela aktivně pomoci kamarádka tím, že paní odvezla k hospitalizaci. Dvě informantky odbornou pomoc vyhledaly čtyři týdny po návratu z nemocnice, jedna informantka byla kamarádkou odvezena do nemocnice tři týdny po návratu z nemocnice.

#### **7.1.5 Hodnocení dostupnosti psychosociální podpory**

Kategorie předcházející na základě odpovědí informantek poukázala na fakt, že informantky si samy po návratu z nemocnice vyhledaly odbornou psychosociální podporu, a pomoc. Tato kategorie bude hodnotit, jak byla pro ně nabídnutá pomoc dostupná, a jestli byly schopné tuto nabídnutou pomoc přijmout. Pro tuto kategorii jsme vytvořili následující kódy, a pro analýzu v textu jsme tyto kódy barevně označili šedou barvou. Tato kategorie má pouze kódy tři, bude vysvětleno v závěrečném shrnutí:

*Tabulka 34-* Hodnocení dostupnosti psychosociální podpory

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Objednání	HODNOCENÍ	Trvání	Krátkodobé-dlouhodobé
Bez komplikací	DOSTUPNOSTI	Vnímání	Kladné - záporné
Úleva	PSYCHO.PODPORY	Intenzita	Malá - velká

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

První kód této kategorie jsme nazvali **objednání**. V tomto kódu je zahrnutá i čekací doba na možnost poskytnutí psychosociální pomoci a podpory. Informantky také hodnotily svůj pocit po objednání na konzultaci. „Objednala mě k paní psycholožce, asi za dva nebo za tři dny. Ulevilo se mi, po dlouhé době jsem měla naději, že mi někdo pomůže“ (A 124), „zachránila mě, odvezla mě“ (E 395, 396), „sehnala mi paní psycholožku, ke které jsem začala hned docházet“ (E 401, 402), „odkázala mě na poradnu, kam jsem si zavolala a ten den mě tam Martin zavezl“ (J 500). Jak vyplývá z analýzy hodnocení informantek, jakmile dostaly možnost konkrétní služby, dostupnost byla pro ně velmi snadná, a pocit blížící se pomoci úlevný. Kód pojmenovaný jako **bez komplikací** obsahuje hodnocení informantek psychosociální pomoci, hodnotí, jestli bylo pro ně komplikací se dopravit, jestli nabízená pomoc byla v pořádku, anebo jestli pocítily komplikace pro poskytnutí odborné pomoci, jestli se setkaly s nějakou překážkou: „po dlouhé době jsem sedla do auta“ (A 124, 125), „paní psycholožka byla skvělá, ...ale přiznala se, že nemá moc osobní zkušenost, ale že má kolegyni, o které ví, že se na toto zaměřuje, jen že bohužel se u ní konzultace platí. Ale to mi nevadilo. A tak jsem se dostala sem“ (A 128, 129), „uložili mě, byla jsem týden na krizovém lůžku, chodila za mnou perfektní doktorka – psycholožka, ta mě zvedla na nohy, pak jsem souhlasila s šestitýdenním pobytem, kde jsme měli terapie“ (E 398, 399, 400), „Marta mě odvezla domů a sehnala mi paní psycholožku, ke které jsem hned začala docházet“ (E 401, 402), „ten den mě tam zavezl“ (J 500). Z výpovědí informantek jednoznačně vyplývá, že nabídnutá pomoc byla dostupná, a i když dvě informantky dostaly doporučení na cílenou následnou pomoc až po první plánované konzultaci na jiném pracovišti, kterou po nezbytně nutnou dobu všechny využily. Z toho vyplývá, že psychosociální pomoc je dostupná, nesetkaly se s žádnou komplikací či překážkou, proč by nemohly využít nabízenou odbornou pomoc. Lze se domnívat, že v případě, že by byla tato konkrétní pomoc a podpora nabídnutá ihned po propuštění, nemuselo by dojít k velké časové prodlevě a prohloubení krize. Poslední kód z této kategorie je nazvaný **úleva**, tento kód hodnotí pocit, když ženy získaly konkrétní možnost na psychosociální pomoc a podporu: „měla jsem naději, že mi někdo pomůže, uvědomovala jsem si, že už nemůžu takto dál“ (A 125), „všechno šlo ze mě pryč“ (E 400), „s novou nadějí“ (E 401), „pomohla nám strašně moc“ (J 501). Informantky se shodují, že nabízená pomoc byla pro ně úlevou, a nadějí na pomoc při vyrovnávání se se ztrátou miminka. V momentě, kdy dostaly konkrétní formu pomoci, ulevilo se jim.



***Shrnutí kategorie Hodnocení dostupnosti psychosociální podpory***

Tato kategorie měla za cíl zhodnocení informantkami dostupnosti konkrétní nabídnuté psychosociální pomoci a podpory. Všechny tři informantky se shodly, že jakmile dostaly možnost konkrétní služby, dostupnost byla pro ně velmi snadná, a pocit blížící se pomoci úlevný, že nabídnutá pomoc byla dostupná, a i když dvě informantky dostaly doporučení na cílenou následnou pomoc až po první plánované konzultaci na jiném pracovišti, kterou po nezbytně nutnou dobu všechny využily. Z toho vyplývá, že psychosociální pomoc je dostupná, nesetkaly se s žádnou komplikací či překážkou, proč by nemohly využít nabízenou odbornou pomoc. Lze se domnívat, že v případě, že by byla tato konkrétní pomoc a podpora nabídnutá ihned po propuštění, nemuselo by dojít k velké časové prodlevě a prohloubení krize. Informantky se rovněž shodují v tom, že nabízená pomoc byla pro ně úlevou, a nadějí na pomoc při vyrovnávání se se ztrátou miminka. V momentě, kdy dostaly konkrétní formu pomoci, ulevilo se jim.

**7.1.6 Hodnocení poskytnuté psychosociální podpory po potratu nebo porodu mrtvého miminka**

Tak, jak nás zajímalo hodnocení informantkami poskytnuté péče a podpory ze strany zdravotnického personálu, stejně tak je pro náš výzkumný cíl důležité hodnocení našich informantek poskytnuté psychosociální podpory a pomoci po potratu a porodu mrtvého miminka. Jak jsme zjistily v předcházejících kategoriích, ženy si tuto cílenou pomoc vyhledaly samy, byla pro ně dostupná, a možnost této pomoci zároveň poskytla naději na možnost vyrovnání se s prenatální ztrátou. V této kategorii jsme se zaměřily na hodnocení poskytnuté pomoci, hodnocení pomoci, kterou využily, ale také je pro nás důležité hodnocení žen, jejich názor po získané zkušenosti, jak by měl být správný postup, a vytvořili jsme následující kódy, které jsou v přešpaném textu značeny barvou růžovou.

*Tabulka 35- Hodnocení poskytnuté psychosociální pomoci po potratu*

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Vypovídání	HODNOCENÍ	Přínos	Kladný - záporný
Znovu	POSKYTNUTÉ	Trvání	Krátkodobé-dlouhodobé
Rodina	PSYCHOSOCIÁLNÍ	Intenzita	Malá - velká
TOP BEST	POMOCI PO	Vnímání	Kladné - záporné
TOP HORROR	POTRATU	Vnímání	Kladné - záporné

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Kód **vypovídání** vyplynul z rozhovorů a zahrnuje v sobě hodnocení informantek o možnosti pohovořit o tom, co jim stalo, čím prošly, co prožívaly, co je zranilo, tento kód v sobě také zahrnuje důvěru a zájem ze strany pomáhajícího pracovníka: „*byl hodný, mluvil se mnou*“ (A 116), „*jsem mu věřila, plakala jsem strašně moc, byl trpělivý, říkala jsem mu, co prožívám, ptal se*“ (A 115, 116), „*už jen to, že jsem jí mohla všechno říct*“ (A 127), „*mohli jsme nahlas říct svoje pocity*“ (A 148), „*já jsem si na terapiích povídala s ostatními, co se mi stalo*“ (E 400), „*probrali jsme spolu všechno*“ (E 402), „*vyslechnout, dát čas poplakat, mít možnost se ptát, dostat odpověď*“ (J 521). Informantky se shodují, jak moc bylo pro ně důležité, že se mohly ze svého trápení bez obav vypovídat, vyplakat se, svěřit se s tím, co je trápí, sdílet s někým své trápení. Dále z rozhovorů vyplynulo, jak bylo pro informantky důležité pro zpracování krize ze ztráty miminka možnost projít znovu obdobím ztráty, provést rituál rozloučení a tím uzavřít tuto událost. Proto jsme vytvořili kód **znovu**, který v sobě zahrnuje i rituál rozloučení: „*tady jsem si odžila celou svoji krizi, proces truchlení*“ (A 129, 130), „*navrhla rituál rozloučení – a tím jsme to ukončili*“ (A 142), „*doma jsme pak s holkama večer zapálili svíčku za miminko, plakali jsme, tedy já a holky taky, a najednou se to odplavilo*“ (A 130, 131), „*rituál jsme pak až dělali, až jsem se sesypala a začala chodit na terapie, tak jsme si za miminko zapálili svíčku, všechno jsem mu řekla a nechala ho jít...*“ (A 56, 57), „*cítila jsem potřebu znovu všechno projít*“ (A 143), „*měli jsme herní terapie, povídali jsme si, všechno šlo ze mě pryč*“ (E 400), „*prošla s námi znovu celou tou ztrátou, protože je fakt, že to byla rychlovka – ten porod, pak jsem měla zdravotní potíže a nekladla jsem tolik důraz na to, co se děje uvnitř*“ (J 502, 503, 504). Informantky se shodly, jak bylo pro ně důležité dostat prostor pro vypovídání se ztráty miminka, ale také pochopení a uznání této ztráty. Jak je pro ně důležitý individuální přístup. Kód **rodina** zahrnuje hodnocení psychosociální podpory a pomoci, rady pro členy rodiny, jak se chovat, co říkat: „*přišel i jednou manžel*“ (A 130), „*navrhla setkání s manželem, mu to také pomohlo, říkal, že ho nikdo neučil, co má v takové situaci dělat*“ (A 141), „*trénovala semnou, co říct známým, když se ptali*“ (A 143), „*zjistila jsem, jak moc se manžel trápil, ale nechtěl, abych to věděla*“ (A 149), „*poradila mi, jak o tom mluvit s holkama, ocenili to, mysleli si, že je odstrkuji, nemám je ráda*“ (A 150, 151), „*pak mi strašně moc pomohla, když jsem se chtěla vrátit do práce, poradila mi, jak se chovat, co říct*“ (J 503, 504). Informantky kladně hodnotily pomoc partnerovi a udělené rady pro komunikaci s rodinou, s přáteli, v zaměstnání. Kód **TOP BEST** je tuto kategorii a i pro náš výzkum důležitý. Zahrnuje v sobě kladné hodnocení informantek na poskytnutou psychosociální podporu a

pomoc: „jednoznačně psycholožka“ (A 140), „ten pán na lince, v Centru a paní psycholožka“ (A 166, 167), „perfektní doktorka – psycholožka“ (E 398), „paní psycholožka, ke které jsem začala docházet“ (E 402), „paní byla supr, doporučila paní psycholožku, ke které chodím dnes“ (J 500, 501). Informantky se jednoznačně shodly, že odborná psychosociální pomoc byla pro ně efektivní a přínosná. Kód **TOP HORROR** je kódem, který jsme vytvořili na základě rozhovorů s informantkami – je to kód, kde informantky hodnotí období před započatou pomocí a upozorňují na to, co jim chybělo a negativně ovlivnilo jejich období po ztrátě miminka: „stačilo tak málo, jeden telefon. Kdybych ho měla hned v ruce, nebo tu adresu sem, určitě bych to zvládla lépe a dřív. Nemusela jsem já a rodina procházet tím, že jsem měla doma zataženo, byla jsem v pyžamu a dně“ (A 136, 137, 138), „jednoznačně psychická podpora“ (A 157) – na dotaz, v jaké oblasti by uvítala nejvíce podpory, „kdyby věděli, jak se mnou mluvit, nejvíc by mi pomohlo, kdyby se mnou mluvili jak ten pán na lince, v Centru, paní psycholožka, stačilo by, kdyby mi třeba řekli, že můžu přijít, zavolat druhý den, že by projevíli zájem o moji duši, anebo kdyby mi řekli, kam mám zavolat, kdyby mi dom bylo úzko, kam zajít“ (A 166, 167, 168, 169), „pomoc jsem měla mít hned, nebyl přece můj problém, že psycholožka měla dovolenou, tak snad ji někdo zastupuje, nebo mě mohli dát kontakt, přece museli vidět, že jsem mimo. To snad musí být jasné, když jsem neměla děti, v těch letech se mi stalo, to, co se mi stalo. To by neustál snad ani kámen. Nejvíc mi ublížil nezáměr o moji duši, chyběla mi pomoc, chybělo mi pochopení proto, co se mi stalo, a nějaká pomoc, když jsem přišla domů a všechno na mě padlo“ (E 414, 415, 416, 417, 418, 419), „podle mě je špatné, že jsem si musela všechno hledat sama. Měli by to říkat, když se jde domů, možná přímo tam objednat, když už víte, že jste objednaní, tak tam dojdete, myslím, že bych byla mnohem dřív s tou ztrátou srovnaná“ (J 513, 514, 515) „a pak to na mě všechno padlo, nelze se předem připravit na něco tak strašného, ale když jste v háji, a nevíte, kam jít pro pomoc... nemá smysl řešit, že jsem za paní psycholožkou měla jít hned, kdyby mě k ní poslali“ (J 524, 525,...528). Zde se informantky opět jednoznačně shodly, že jim chyběla včasná odborná pomoc.

### ***Shrnutí kategorie Hodnocení poskytnuté psychosociální podpory po potratu nebo porodu mrtvého miminka***

Shrnutí hodnocení této kategorie je jednoznačně pozitivní hodnocení odborné psychosociální pomoci - informantky se shodují, jak moc bylo pro ně důležité, že se mohly ze svého trápení bez obav vypovídat, vyplakat se, svěřit se s tím, co je trápí, sdílet s někým své trápení, jak bylo pro ně důležité dostat prostor pro vypovídání se ztráty miminka, ale také pochopení a uznání této ztráty. Jak je pro ně důležitý individuální přístup. Informantky kladně hodnotily

pomoc partnerovi a udělené rady pro komunikaci s rodinou, s přáteli, v zaměstnání. Informantky se jednoznačně shodly, že konkrétní odborná psychosociální pomoc byla pro ně efektivní a přínosná, a naopak, že jim chyběla včasná odborná pomoc. Domnívají se, že kdyby byla včas zahájena psychosociální pomoc a podpora, krizi by překonaly dříve a s méně těžkým průběhem.

### 7.1.7 Hodnocení délky návratu zpět do normálního života

Poslední kategorii jsme nazvali hodnocení délky zpět do normálního života. V této kategorii jsou pouze dva kódy. Tyto kódy jsme si označili světle zelenou:

Tabulka 36 – Hodnocení délky návratu zpět

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Doba	HODNOCENÍ	Trvání	Krátkodobé-dlouhodobé
Blízá budoucnost	DÉLKY NÁVRATU ZPĚT	Vnímání	Kladné-záporné

**Zdroj:** vlastní výzkum 2018

Kód nazvaný *doba* v sobě zahrnuje dobu od události potratu nebo porodu mrtvého miminka do doby, kdy se žena navrátila buď do zaměstnání, anebo k normálnímu běžnému fungování jako před událostí prenatalní ztráty. Hodnocení délky návratu k běžnému fungování je reflexí na dobu zpracování krize, kvalitu poskytnuté psychosociální pomoci a podpory. Protože pomoc nebyla poskytnuta bezprostředně po návratu domů, informantky začaly zpracování prenatalní ztráty řešit až s odstupem času: „*takže celkem dva až tři měsíce po potratu*: (A 153, 154), „*po půl roce jsem si začala hledat novou práci*“ (E 403) (pozn. Eva po třech týdnech od potratu byla 7 týdnů v léčebně, a poté začala pravidelně navštěvovat psycholožku), „*za čtyři měsíce, dřív bych to nezvládla*“ (J 530). Z analýzy vyplývá, že krizi nejrychleji zvládla Eva, měla ale k tomu podporu manžela, Eva, která nejenže utrpěla prenatalní ztrátu, ale současně i ztratila partnera, který si našel milenkou, ztratila svoji vedoucí pozici v zaměstnání, se nejdéle a nejhůře vyrovnávala s prenatalní ztrátou, byla dokonce hospitalizovaná v léčebně, Jana se do zaměstnání vrátila po čtyřech měsících. Kód nazvaný *blízká budoucnost* v sobě obsahuje plány blízké budoucnosti informantek, což bývá dobrým znamením při ukončení procesu truchlení: „*koupili jsme si kola a plánujeme s manželem výlety do hor*“ (A 155), „*začala jsem*

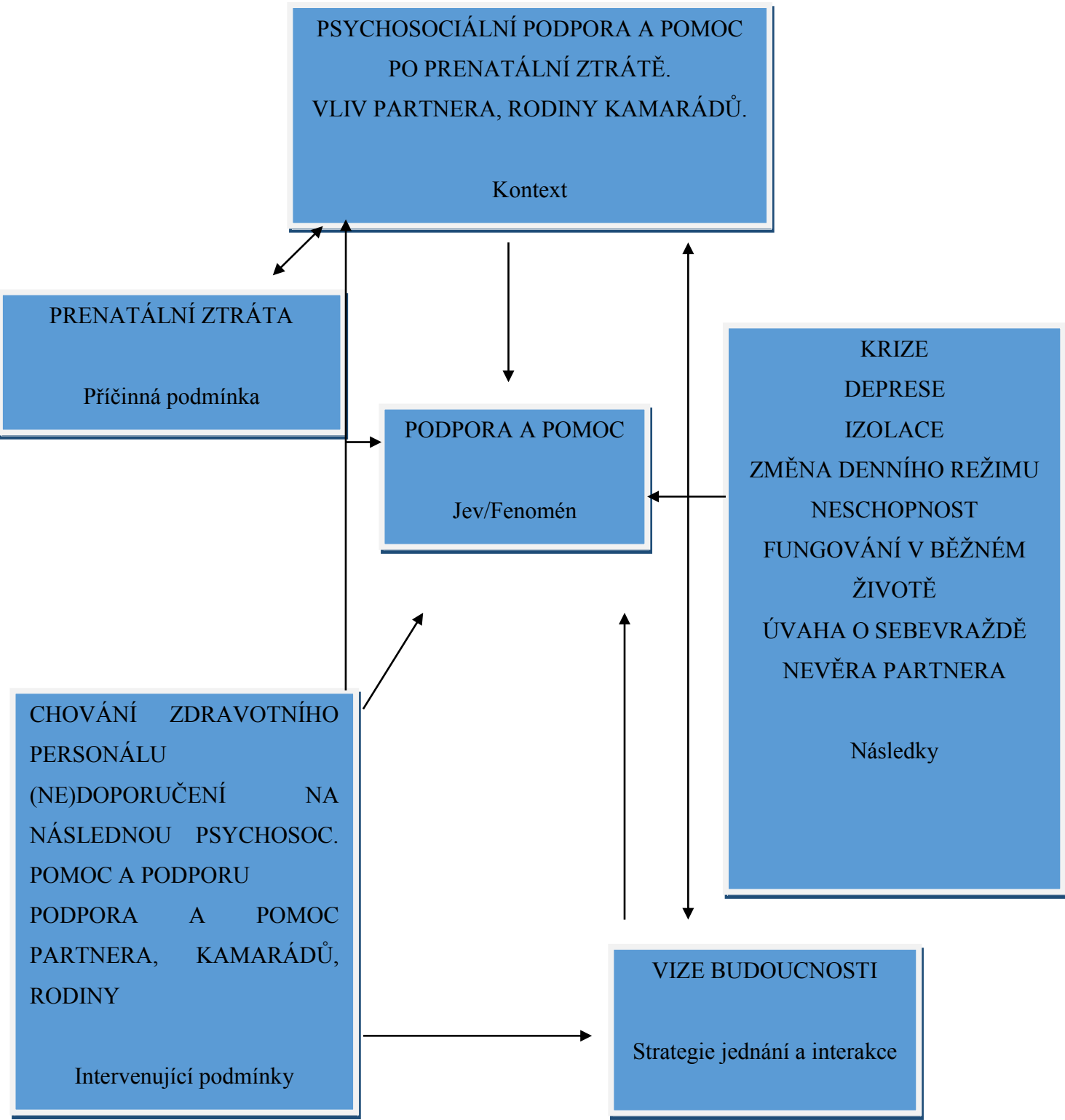
*si hledat novou práci, koupila jsem si psa a postupně začala dělat změny, aby mi nic nepřipomínalo minulost. Byt jsem prodala, odstěhovala jsem se na druhý konec města, našla jsem si pohodovou práci, začala jsem si hledat nové kamarády. Teď jsem čerstvě zamilovaná“ (E 404, 405, 406, 407), „dívám se už dál“ (J 528). Všechny informantky krizi překonaly a mají plány do budoucna. Největší změny udělala Eva, která si prošla nejhlubší krizí.*

### ***Shrnutí kategorie Hodnocení délky návratu zpět do normálního života***

Tato kategorie poukazuje na závažnost perinatální ztráty, protože všem informantkám trvalo nějaký čas, než byly schopné fungování v běžném životě na stejné úrovni, jak před potratem či porodem mrtvého miminka. Vzhledem k délce trvání lze konstatovat, že informantky prošly krizí a jejich návrat do běžného života trval od tří do šesti měsíců. Všechny informantky mají plány do budoucna, což je dobrým znamením, že překonaly krizi a ukončily proces truchlení.

## **7.2 Paradigmatický model a jeho interpretace**

Nyní provedeme analýzu na druhé úrovni, tzv. axiální kódování, které spočívá v aplikaci obecného kódovacího paradigmatu. Tento model znázorní vztahy mezi jednotlivými kategoriemi a má tuto strukturu:



Obrázek 4 – Paradigmatický model a jeho interpretace

Zdroj: vlastní výzkum 2018

*Jev/fenomén* jsme identifikovali na základě kladení otázek a získaných odpovědí. Můžeme tedy konstatovat, že ústředním tématem, kolem nějž se soustřeďují všechny ostatní kategorie, je PODPORA a POMOC ženě (psychosociální pomoc a podpora zdravotníků a psychosociální pomoc a podpora sociálních pracovníků) při prenatální ztrátě.

*Příčinná podmínka* vede k výskytu, vzniku jevu (Strauss, Corbinová, 1999, s. 73). V naší práci je příčinnou podmínkou PRENATÁLNÍ ZTRÁTA (potrat, porod mrtvého miminka).

Jako *kontext* lze označit soubor podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie jednání a interakce vedoucí ke zvládnání anebo reagování na daný jev (Strauss, Corbinová, 1999, s. 74). V našem případě to je psychosociální pomoc a podpora po prenatální ztrátě, vliv partnera, rodiny, kamarádů, které měli zásadní vliv na vyrovnání se s prenatální ztrátou.

Další směřování v běžném životě, návrat do normálního fungování, plánování blízké budoucnosti ovlivňují ve větší či menší míře faktory, které určují vize budoucnosti, tedy *strategie jednání a interakce*. Pozitivní zvládnutí krize za pomoci sociálních pracovníků, především pracovníka krizové linky, psychologů a terapeutů, se odrazilo na úvahách našich respondentek o budoucnosti, plánech, představách o tom, co si plánují a přejí v blízké budoucnosti.

*Intervenující podmínky* jsou široké a obecné podmínky, které ovlivňují strategie jednání a současně ovlivňují kontext, a zejména samotný jev (Strauss, Corbinová, 1999, s. 75). V našem případě to je chování zdravotnického personálu, (ne)doporučení na následnou psychosociální pomoc a podporu, podpora a pomoc partnera, rodiny, kamarádů, které měly zásadní vliv na vyrovnání se s prenatální ztrátou. Tyto podmínky byly různorodé, některé z počátku negativní, později se vyvíjely jako pozitivní.

Za *následky* označujeme situace, anebo jevy, které nejsou vždy předvídatelné nebo zamýšlené, a jsou důsledkem akcí a strategií, ať již úmyslných, či neúmyslných (Strauss, Corbinová, 1999, s. 78). Tímto nepředvídatelným jevem se v našem případě stala prohloubená krize po prenatální ztrátě, deprese, izolace, změna denního režimu a neschopnost fungování v běžném životě, úvaha o sebevraždě, nevěra partnera. Tyto nepředvídatelné jevy nastaly v důsledku neposkytnutí včasné individuální odborné pomoci a podpory, protože tato pomoc nebyla včas nabídnuta a ženy si ji s odstupem času, po vypuknutí krize a zhroucení musely vyhledat samy.

### 7.3 Vyhodnocení získaných dat se zaměřením na dílčí výzkumné otázky

Výzkum kvalitativní doplňuje výzkum kvantitativní a jeho cílem získat autentický vhled do problematiky prožívání prenatální ztráty, vyrovnávání se s touto ztrátou a hodnocení podpory ženy, které zdravotníci a sociální pracovníci poskytovali pomoc a podporu v průběhu tohoto

těžkého životního období. Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jak hodnotí kvalitu poskytnuté péče ženy, které prošly prenatalní ztrátou.

První dílčí výzkumné otázky byly zaměřeny na to, jaký mají ženy názor a jak hodnotily podporu ze strany zdravotnického personálu. Zjišťovali jsme, jak hodnotily informantky sdělování závažné diagnózy lékařem. Bohužel musíme konstatovat, že informantky negativně vnímali mlčení během vyšetření, a následně hodnotily podávání informací jako strohé, necitlivé a bez projevené emoce. Jedna informantka negativně vnímala zlehčování její situace. Návaznost léčebných postupů a vyšetření hodnotily jako rychlé. Celkové hodnocení lékařů informantkami při sdělování závažné diagnózy bylo spíše negativní. Dále jsme zjišťovali, jak ženy vnímaly chování zdravotnického personálu (lékařů, porodních asistentek a zdravotních sester) během hospitalizace, zda měly možnost provést rituál rozloučení s miminkem. Na základě vyhodnocených odpovědí konstatujeme, že chování zdravotních sester hodnotily jako chladné, odtažitě. Lépe hodnotily informantky porodní asistentky - hodnocení informantkami porodních asistentek bylo kladné, a zde je názorně vidět, že informantky neoceňují kvalitu zdravotní péče, ale komunikaci, podporu, pochvalu a zájem, ocenily projevený zájem o jejich situaci. Jak z analýzy jednoznačně vyplývá, pro informantky bylo velmi důležité, jak s nimi lékaři hovoří, oceňovaly pochvalu, komunikaci, naopak negativně hodnotily vyjádření o plodu, strohou komunikaci bez úsměvu. Co je velmi podstatné, že informantky citlivě vnímají vyjadřování ohledně jejich miminka a lékaři by měli věst v patrnosti, že s ženou by měli hovořit citlivě, nesdělovat detaily výkonu, které ženu spíše vylekají. Žena se většinou v takové situaci ocitá poprvé, není to pro ni rutinní záležitost jako pro lékaře. Jak hovořila třetí informantka, ženy v této situaci potřebují podporu, trpělivé vysvětlování a opakování. Co je ovšem důležité, jedna žena provedla rituál rozloučení s miminkem, měla možnost a byla podpořena v tom, aby si chlapečka pochovala, jedna žena měla možnost dát holčičce jméno a svůj náramek, třetí informantka, která celý průběh hodnotila jako velmi rychlý, neměla možnost provést žádný rituál rozloučení. Dále nás zajímalo, jaké bylo poučení žen o následném průběhu období po potratu a porodu mrtvého miminka a zda dostali nějaká konkrétní doporučení na následnou psychosociální pomoc a podporu. Bohužel na základě odpovědí našich informantek musíme konstatovat, že žádné z nich nebyla ani nabídnuta, ani doporučena následná psychosociální podpora a pomoc při propuštění z nemocnice po potratu a porodu mrtvého dítěte. Také z hodnocení vyjádření informantek vyplývá, že se lékaři dostatečně nevěnují komunikaci s pacientkou, ale pouze doporučují léky na ovlivnění psychiky a že informantky hodnotily poučení o zdravotním stavu jako nedostatečné.



Druhý okruh otázek byl zaměřený na bezprostřední období po návratu z nemocnice. Informantky se shodly v tom, že po příchodu domů nemohly usnout, jedna informantka si přetočila denní režim, únavou usnula přes den po prochozených nocích. I když hodnocení pocitů informantek nebylo výzkumným cílem, jejich negativní pocity vyvolaly stav, kdy byly následně nuceny vyhledat odbornou pomoc - informantky shodně popisují únavu a vyčerpání pramenící ze špatného, anebo skoro žádného spánku, popisovaly úzkost, strach a svíravou bolest. U druhé informantky se navíc přítel přiznal k milence, což pro ni v této těžké životní situaci v kombinaci s prenatální ztrátou a ztrátou zaměstnání vyvolalo myšlenku na sebevraždu. První informantka se začala izolovat před vnějším světem, a částečně i před okolím, třetí informantka kontakty nevyhledávala, naopak druhá informantka se cítila velmi sama. Dvě informantky si pomoc vyhledaly samy, druhé informantce musela aktivně pomoci kamarádka tím, že paní odvezla k hospitalizaci. Dvě informantky odbornou pomoc vyhledaly čtyři týdny po návratu z nemocnice, jedna informantka byla kamarádkou odvezena do nemocnice tři týdny po návratu z nemocnice.

Další okruh otázek byl zaměřený na hodnocení podpory ze strany sociálních pracovníků, jakou službu a druh pomoci využily, a také, jak hodnotí dostupnost těchto služeb. Všechny tři informantky se shodly, že jakmile dostaly možnost konkrétní služby, dostupnost byla pro ně velmi snadná, a pocit blížící se pomoci úlevný, že nabídnutá pomoc byla dostupná, a i když dvě informantky dostaly doporučení na cílenou následnou pomoc až po první plánované konzultaci na jiném pracovišti, kterou po nezbytně nutnou dobu všechny využily. Z toho vyplývá, že psychosociální pomoc je dostupná, nesetkaly se s žádnou komplikací či překážkou, proč by nemohly využít nabízenou odbornou pomoc. Lze se domnívat, že v případě, že by byla tato konkrétní pomoc a podpora nabídnutá ihned po propuštění, nemuselo by dojít k velké časové prodlevě a prohloubení krize. Informantky se rovněž shodují v tom, že nabízená pomoc byla pro ně úlevou, a nadějí na pomoc při vyrovnávání se se ztrátou miminka. V momentě, kdy dostaly konkrétní formu pomoci, ulevilo se jim. Pomoc a podporu ze strany sociálních pracovníků hodnotí informantky kladně – shodují se, jak moc bylo pro ně důležité, že se mohly ze svého trápení bez obav vypovídat, vyplakat se, svěřit se s tím, co je trápí, sdílet s někým své trápení, jak bylo pro ně důležité dostat prostor pro vypovídání se ztráty miminka, ale také pochopení a uznání této ztráty. Jak je pro ně důležitý individuální přístup. Informantky také kladně hodnotily pomoc partnerovi a udělené rady pro komunikaci s rodinou, s přáteli, v zaměstnání.

Z odpovědí na otázky zaměřené na období po propuštění z nemocnice poukazuje na závažnost prenatální ztráty, protože všem informantkám trvalo nějaký čas, než byly schopné fungování v běžném životě na stejné úrovni, jak před potratem či porodem mrtvého miminka. Vzhledem k délce trvání lze konstatovat, že informantky prošly krizí a jejich návrat do běžného života trval od tří do šesti měsíců. Všechny informantky mají plány do budoucna, což je dobrým znamením, že překonaly krizi a ukončily proces truchlení.

V odpovědích na otázku zaměřenou na oblast podpory po prenatální ztrátě, tak se jednoznačně informantky shodly, že konkrétní odborná psychosociální pomoc byla pro ně efektivní a přínosná, a naopak, že jim chyběla včasná odborná pomoc. Domnívají se, že kdyby byla včas zahájena psychosociální pomoc a podpora, krizi by překonaly dříve a s méně těžkým průběhem.

## 8 ZÁVĚR

Cílem této rigorózní práce bylo zjistit, zda existují rozdíly v praktických zkušenostech s vedením krizové intervence u ženy při prenatální ztrátě u zdravotnických a sociálních pracovníků. Lze konstatovat, že tato práce přinesla odpověď na cíl našeho výzkumu.

Na základě provedeného výzkumu mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky konstatujeme, že rozdíly v praktických zkušenostech s vedením krizové intervence při prenatální ztrátě existují, a že zdravotničtí pracovníci se častěji setkávají s potřebou vedení krizové intervence pro ženy při prenatální ztrátě než sociální pracovníci.

Zjištěné rozdíly se lišily dle konkrétních oblastí. V otázce hodnocení svých teoretických znalostí o vedení krizové intervence při prenatální ztrátě zdravotnických a sociálních pracovníků nejvíce zdravotnických pracovníků ohodnotilo své znalosti jako dobré, nejvíce respondentů ze skupiny sociálních pracovníků jako výborné. Jak zdravotničtí tak sociální pracovníci byli ve shodě s tím, že považují za důležité mít pro výkon své profese teoretické znalosti o postupech vedení krizové intervence při prenatální ztrátě. Zajímavé bylo pro nás zjištění ohledně získávání teoretických znalostí o krizové intervenci, protože jsme se domnívali, že zdravotničtí pracovníci budou mít vzhledem ke své profesi ve větší míře získanou odbornou profesní přípravu v oblasti krizové intervence, nicméně na základě jejich odpovědí bylo zjištěno, že teoretické znalosti získávají především vyhledáváním informací na internetu, samostudiem odborné literatury, a teoretické znalosti získali v rámci profesní přípravy na své povolání. Zatímco ve skupině sociálních pracovníků měla skoro polovina absolvovaný výcvik v krizové intervenci, samozřejmě mimo další vzdělávání. Obě skupiny respondentů se shodly na tom, že mají zájem o odbornou literaturu s tematikou krizové intervence, a nejvíce by jim vyhovovala stručná, cíleně zaměřená brožura anebo odborná, ale stručná učebnice, z čehož se domníváme, že mají skutečný zájem o danou specifickou problematiku. Sociální pracovníci se v podstatně větší míře domnívají, že teoretické znalosti jsou důležité pro správné vedení krizové intervence než zdravotničtí pracovníci. Náš předpoklad, že zdravotničtí pracovníci hodnotí své teoretické znalosti o vedení krizové intervence jako menší než sociální pracovníci, se nepotvrdil, naopak z výzkumu vyplynulo, že teoretické znalosti jsou u obou skupin respondentů stejné. Celkově by se dalo k problematice vlastního hodnocení teoretických znalostí zdravotnických a sociálních pracovníků říci, že otázkou zůstává právě hodnocení hloubky a kvality znalostí, to, co považují za znalost obecnou, základní a pro ně v tuto chvíli dostačující anebo co lze považovat za znalost odbornou. Tento okruh otázek nezkoumal kvalitu a hloubku znalostí našich respondentů, ale jejich vlastní hodnocení svých vědomostí.

V okruhu otázek zaměřených na hodnocení svých praktických dovedností v krizové intervenci zdravotnických a sociálních pracovníků jasně vyplynulo, že jak zdravotničtí pracovníci, tak sociální pracovníci, hodnotí úroveň svých praktických dovedností při vedení krizové intervence jako výbornou či velmi dobrou. Z toho se dá usuzovat na fakt, že přesto, že většina zdravotnických pracovníků nemá specializovaný výcvik na krizovou intervenci, a je přesvědčena o svých výborných či velmi dobrých dovednostech, jejich vlastní hodnocení je pravděpodobně nadhodnocené. Zásadní rozdíl jsme shledali právě v odborném vzdělávání v oblasti krizové intervence, kde jednoznačně odbornější vzdělání měla polovina respondentů skupiny sociálních pracovníků. Ze skupiny sociálních pracovníků vzhledem k tomu, že polovina absolvovala výcvik na krizovou intervenci, můžeme jejich hodnocení považovat za více objektivní. Obě skupiny respondentů se dále shodly na tom, že praktické dovednosti jsou pro správné vedení krizové intervence důležité. Za zajímavé zjištění považujeme hodnocení úrovně vlastních komunikačních dovedností při poskytování krizové intervence. Zde bylo vlastní hodnocení mírně horší než hodnocení čistě praktických dovedností, ale rozdíl nebyl nijak statisticky významný, většina respondentů zdravotnických pracovníků hodnotila své komunikační dovednosti jako dobré, většina sociálních pracovníků jak velmi dobré. Náš předpoklad, že zdravotničtí pracovníci hodnotí své praktické dovednosti o vedení krizové intervence jako větší než sociální pracovníci, se nepotvrdil.

Velké rozdíly byly zaznamenány v souladu s naším předpokladem na to, jak často, komu a kdy poskytují krizovou intervenci zdravotničtí a sociální pracovníci v souvislosti s prenatální ztrátou. Zdravotničtí pracovníci ji podle předpokladu nejčastěji poskytují ženě a jejímu partnerovi ve zdravotnických zařízeních, sociální pracovníci nejčastěji poskytují krizovou intervenci pouze ženě, ale s časovým odstupem po prenatální ztrátě, což potvrdilo to, že nefunguje návaznost poskytování pomoci a podpory bezprostředně po prenatální ztrátě. Zdravotničtí pracovníci se častěji setkávají s potřebou vedení krizové intervence při prenatální ztrátě než sociální pracovníci.

Důležité bylo pro nás hodnocení respondentů na dostupnost krizové intervence a následné psychosociální podpory při prenatální ztrátě a dodržování doporučeného postupu České gynekologicko porodnické společnosti Jana Evangelisty Purkyněho na následné poradenství po perinatální ztrátě. V této oblasti jsme zaznamenali skutečnost, že tento postup není v praxi dodržován a tento fakt může negativně ovlivnit následné vrovnání se ženy s prenatální ztrátou.

Respondenti obou skupin jsou v naprosté shodě v tom, že je nezbytné poskytovat krizovou intervenci v souvislosti s prenatální ztrátou ženě, případně jejímu partnerovi a dalším rodinným příslušníkům.

Velké protiklady k výsledkům výzkumu kvantitativního přinesl výzkum kvalitativní, který měl zjistit, jak ženy hodnotily kvalitu poskytnuté péče zdravotnickými a sociálními pracovníky při prenatální ztrátě. Zjišťovali jsme, jak hodnotily informantky sdělování závažné diagnózy lékařem, tedy komunikační vlastnosti, které ve výzkumu kvantitativním polovina zdravotnických pracovníků hodnotila jako výborné a velmi dobré. Bohužel musíme konstatovat, že informantky negativně vnímali mlčení během vyšetření, a následně hodnotily podávání informací jako strohé, necitlivé a bez projevené emoce. Jedna informantka negativně vnímala zlehčování její situace. Dále konstatujeme, že chování zdravotních sester hodnotily informantky jako chladné, odtažité. Lépe hodnotily informantky porodní asistentky - a zde je názorně vidět, že informantky neocenovaly kvalitu zdravotní péče, ale spíše komunikaci, podporu, pochvalu a ocenily projevený zájem o jejich situaci. Jak jednoznačně vyplynulo, pro informantky bylo velmi důležité, jak s nimi lékaři hovoří, naopak negativně hodnotily strohou komunikaci. Na základě odpovědí našich informantek musíme konstatovat, že žádné z nich nebyla ani nabídnuta, ani doporučena následná psychosociální podpora a pomoc při propuštění z nemocnice po potratu a porodu mrtvého dítěte přesto, že se ve výzkumu kvantitativním respondenti shodli, že je nezbytné poskytovat krizovou intervenci v souvislosti s prenatální ztrátou ženě, případně jejímu partnerovi a dalším rodinným příslušníkům. Také z hodnocení vyjádření informantek vyplývá, že se lékaři dostatečně nevěnují komunikaci s pacientkou, ale pouze doporučují léky na ovlivnění psychiky a že informantek hodnotily poučení o zdravotním stavu jako nedostatečné. Následnou podporu ze strany sociálních pracovníků, kterou si samy vyhledaly, hodnotily všechny tři informantky jako dostupnou a hodnotily ji kladně – shodují se, jak moc bylo pro ně důležité, že se mohly ze svého trápení bez obav vypovídat, vyplakat se, svěřit se s tím, co je trápí, sdílet s někým své trápení, jak bylo pro ně důležité dostat prostor pro vypovídání se ztráty miminka, ale také pochopení a uznání této ztráty. Jak byl pro ně důležitý individuální přístup. Informantky také kladně hodnotily pomoc partnerovi a udělené rady pro komunikaci s rodinou, s přáteli, v zaměstnání. Jednoznačně se informantky shodly, že konkrétní odborná psychosociální pomoc byla pro ně efektivní a přínosná, a naopak, že jim chyběla včasná odborná pomoc. Domnívají se, že kdyby byla včas zahájena psychosociální pomoc a podpora, krizi by překonaly dříve a s méně těžkým průběhem.

---

Výzkum tedy přinesl zajímavý závěr, že ačkoli jsme se domnívali, že zdravotničtí pracovníci se častěji setkávají s potřebou vedení krizové intervence při prenatální ztrátě, hodnotí své teoretické znalosti a praktické dovednosti jako stejné se sociálními pracovníky, přesto existují rozdíly v praktických zkušenostech zdravotnických a sociálních pracovníků a návaznost psychosociální pomoci a podpory v praxi není vždy dodržována. Rovněž tento výzkum potvrdil fakt, že krizová intervence při prenatální ztrátě by měla navazovat na další péči po propuštění z nemocnice, tedy že tato problematika se netýká pouze oblasti zdravotnictví.

## 9 DISKUZE

Zamyslíme-li se nad výsledkem provedeného výzkumu, musíme konstatovat, že existují rozdíly v praktických zkušenostech s vedením krizové intervence u ženy při prenatální ztrátě mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky. Je to do jisté míry dáno nejen teoretickými znalostmi, praktickými zkušenostmi a dovednostmi, ale také osobnostními předpoklady, pracovním vyčerpáním, profesní zralostí a schopností pomáhat v náročné životní situaci. Možná vzhledem k tomu, že se zdravotničtí pracovníci častěji setkávají v souvislosti s prenatální ztrátou s utrpením a následným utrpením ženy, jejich chování a postoj je odosobněný jako jeden z obranných mechanismů zvládat emočně náročné situace. Možná se zdravotničtí pracovníci mylně domnívají, že plně postačuje vzdělání v rámci profesní přípravy, a že jak uvádí Matoušek (2003), stále se v praxi setkáváme s názorem, že lékař rozumí práci s krizí přesto, že tuto pomoc by měl poskytovat kvalifikovaný odborník. Možná právě proto zdravotničtí pracovníci hodnotili své znalosti a dovednosti jako velmi dobré, protože se domnívají, že tím, že jsou v častém kontaktu s ženou při prenatální ztrátě, poskytují kvalifikovaně krizovou intervenci, přesto že rozhovory s našimi informantkami potvrdily pravý opak. Dále se domníváme, že většina zdravotnických pracovníků je přesvědčena, že jejich krizová intervence během hospitalizace ženy je dostačující, že žena další péči nepotřebuje a že je případně si pomoc a podporu vyhledat a zajistit sama. Opomíjí se fakt, že žena je po sdělení závažné diagnózy často ve fázi šoku, kdy není schopná adekvátně reagovat, a může působit dojmem vyrovnané ženy se situací, často pod vlivem léků ovlivňujících psychiku, které jsou ve zdravotnickém zařízení často indikovány k užití. Informantky ve svých odpovědích jednoznačně shodly na tom, že následná konkrétní odborná psychosociální pomoc byla pro ně efektivní a přínosná, a naopak, že jim chyběla včasná odborná pomoc. Informantky se domnívají, že kdyby byla včas zahájena psychosociální pomoc a podpora, krizi by překonaly dříve a s méně těžkým průběhem.

V této práci se také zamyslíme nad stále bagatelizovanou prenatální ztrátou, byť statistické údaje v části teoretické jednoznačně prokázaly, jak velkého množství žen ročně se prenatální ztráta týká.

## 10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Problematika prenatalní ztráty je velmi specifická a velmi individuální. Záleží na mnoha okolnostech, jak se žena s touto ztrátou vyrovná, ale mělo by být snahou intenzivně takové ženě, rodičům pomoci již ve zdravotnickém zařízení. Pomoc by měla být včasná, kvalifikovaná a efektivní.

Standardem zdravotnického zařízení by mělo být personální zajištění minimálně jednoho pracovníka, který je členem zdravotnického týmu a je schopen ženě při prenatalní ztrátě poskytnout kvalifikovanou pomoc během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a poté poukázat na možnosti nejrůznějších forem pomoci a podpory v zařízeních, svépomocných skupinách, která se na tuto pomoc specializují. Hlavním cílem by měla být psychosociální podpora rodičů zaměřená na vyrovnání se se ztrátou těhotenství. Tato následná pomoc a podpora by měla být rovněž preventivním opatřením v této náročné životní situaci, aby rodiče věděli, že nejsou v takové složité životní situaci sami, že mohou opět dobře a prospěšně fungovat v rodinných, partnerských a pracovních vztazích. Aby prenatalní ztrátu žena nevnímala jako své selhání, něco, za co se má stydět. Právě zde vnímáme široké spektrum pro uplatnění sociálních pedagogů – mohou se stát členy multidisciplinárního zdravotnického týmu, napomáhat při vedení krizové intervence již ve zdravotnickém zařízení, mohou vypracovat plán, metodiku následné pomoci a podpory pro ženy s prenatalní ztrátou v konkrétním místě bydliště, pomoci např. poradit ženě, jak se kontaktovat na svépomocná sdružení, případně další návaznou odbornou pomoc. Tento pracovník by měl být rovněž schopen erudovaně poradit s nezbytnými formalitami, např. s povinností o rozhodnutí pohřbu miminka, možnosti pohřebného, vystavení úmrtního listu, možnosti čerpat porodné, pohřebné. V případě, že zdravotnické zařízení nemůže disponovat tímto pracovníkem, mělo by být standardem při prenatalní ztrátě doporučení na konkrétního pracovníka, pracoviště v místě bydliště ženy, kde jsou schopni tuto odbornou a kvalifikovanou pomoc poskytnout. Zde je nutné zdůraznit, že tato pomoc je v České republice dostupná.

Přesto že se o problematice prenatalní ztráty nemluví, informovanost naší společnosti je bohužel stále nedostačující, tato problematika podle dostupných statistických údajů týká velkého počtu žen, a proto je dle našeho názoru a každodenních zkušeností aktuální. Ideální by bylo, kdyby se do podvědomí široké veřejnosti dostala jako naprostá přirozená věc skutečnost, kolik žen ročně zažije prenatalní ztrátu, aby se mladí lidé zamysleli nad životními hodnotami, prioritami, aby byli informovaní o zdravém životním stylu, mateřství a rodičovství, a byli k těmto hodnotám vedeni a vychovávaní.



Proto se domníváme, že by se sociální pedagogové měli ještě více zapojit do vzdělávání a výchovy mládeže a smysluplně tak působit na mladou generaci k výchově k manželství, mateřství a rodičovství, ke zdravému životnímu stylu, s důrazem na programy zaměřené na prevenci (např. informovat o rizicích spojených s užíváním drog, kouřením, konzumací alkoholu, informovat dívky o vhodnosti pravidelných preventivních gynekologických prohlídek).

Výsledky našeho výzkumu, mnohaletých zkušeností, studium odborné české i zahraniční literatury jsme se snažili shrnout do stručného edukačního materiálu (Příloha P V) tak, aby byl přínosem pro všechny, kteří se starají o ženu při anebo s různě dlouhým odstupem času po prenatální ztrátě. Naším cílem je, aby byla ženě poskytnuta efektivní a kvalifikovaná pomoc a podpora, nejlépe ihned ve zdravotnickém zařízení. Pomoc, která je komplexní, ale přitom individuální, zaměřená na psychickou podporu ženě při prenatální ztrátě, pomoc, která zohlední specifika každé ženy, aby nedošlo v souvislosti s prenatální ztrátou k její sociální izolaci, „stigmatizaci“, a aby tato pomoc dokázala zklamání ze ztráty proměnit v naději.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BADURA – MADEJ, Wanda. 1999. *Wybrane zagadnienia interwencji kyzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*. Katowice: Slask.

BAKOŠOVÁ, Zlatica. 2011. *Teórie sociálnej pedagogiky. Edukačné, sociálne a komunikačné aspekty*. Slovenská pedagogická spoločnosť SAV Bratislava. 182 s. ISBN 978-80-970675-0-2.

BAHOUNEK, T. J., D. FUKALOVÁ a V. MAN, I. SCHELLEOVÁ, K. SCHELLE, J. ŠRÁČEK. 2007. *Čtyři pohledy na interrupci*. Ostrava: KEY Publishing s. r. o. 105 s. ISBN 978-80-87071-09-0.

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. 2005. *Terénní krizová práce*. Praha: Grada. 300 s. ISBN 80-247-7070-8.

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. 2013. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-4195-6.

BAŠTECKÁ, B a J. MACH. 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál. 742 s. ISBN 978-80-262-0617-0.

BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J. aj. ŠIMEK. 1993. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada. 363 s. ISBN 80.7169-031-7.

CAPLAN, Gerhard. 1964. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

CAPLAN, Gerhard. 1964. *An aproach to comunity mental heatht*. New York: Grune and Stratton.

DAVIS, Deborah L. *Empty cradle, broken heart: surviving the death of your baby*. Third edition. Golden, CO: Fulcrum Publishing, [2016]. ISBN 978-1936218240.

DESJARDINS-SIMON. J. a S. DEBRAS. 2015. *Nevědomé příčiny neplodnosti*. Praha: Portál. 184s. ISBN 978-80-262-0821-1.

DRAPELA, Viktor J. 2011. *Přehled teorií osobnosti Praha*: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0040-6.

FRANKL, Viktor Emil. 1994. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta. 212 s. ISBN 80-85139-29-2.

FREUD, Sigmund. 1971. *Práce k sexuální teorii a učení o neurosách*. Vybrané spisy III. Praha: Avicenum. 400 s.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 3. opr. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2001. ISBN 80-223-1628-8.

GREGOR, V., A. ŠÍPEK jr. a J.. HORÁČEK, A. ŠÍPEK a P. LANGHAMMER. 2012. *Prenatální diagnostika vrozených vad v ČR – patnáctileté období*. Česká gynekologie č. 5, s. 437 – 444. ISSN 1803-6597.

HÁJEK, Zdeněk a kol. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. 2014. *Porodnictví*. Praha: Grada. 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HARTL P. a H. HRTLOVÁ. 2015. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.

HAASOVÁ, Ilona. *Prožívání a vnímání spontánního potratu v prvním trimestru těhotenství*. Praha, 2014. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce Mgr. Magdalena Kořová.

HAŠKOVÁ, Hana. 2009. *Fenomén bezdětnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 264 s., ISBN 978-80-7419-020-9.

HAŠKOVÁ, Hana 2014. *Vlastní cestou? Životní dráhy v pozdně moderní společnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), s. 183-208. ISBN 978-80-7419-178-7.

HNÍZDIL, Jan. *Mým marodům: jak vyrobit pacienta*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2010. ISBN 978-80-7422-067-8.

HOLMES, T. H. a R. H. RAHE. 1967. *The Social Readjustment Rating Scale*. Journal of Psychosomatic Research 11.

CHARVÁT, Josef. 1970. *Život, adaptace a stres*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství. 153 s.

JANÍKOVÁ, Eva. *Problematika péče rodičům při porodu mrtvého plodu*. Pardubice. 2016. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce doc. PhDr. Marie Macková, PhD.

JANKOVSKÝ, Jiří. 2018. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9.

KAGAN, Henya. *Gili's book: a journey into bereavement for parents and families*. New York: Teachers College Press, c1998. ISBN 0807737461

- KASTOVÁ, Verena. 2000. *Krize, a tvořivý přístup k ní*. 1987. Praha: Portál. 167s. ISBN 80-7178-365-X.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 2005. Praha, ČR: Academia.
- KELLER, Jan. 1997. *Úvod do sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 181 s. ISBN 80-85850-25-7.
- KLIMPL, Petr. 1998. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada. 167 s. ISBN 80-7169-324-3.
- KNOPPOVÁ, Daniela. 1997. *Telefonická krizová intervence Linka důvěry*. Praha: Remedium. 304 s.
- KOMÁRKOVÁ R., I. SLAMĚNÍK a J. VÝROST. 2002. *Aplikovaná sociální psychologie III. Sociálně psychologický výcvik*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 80-247-0108-4.
- KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem*. Praha: Galén, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7262-591-8.
- KOPŘIVA, Karel. 1997. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 147 s. ISBN 80-7178-150-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1995. *Vyhoření „Burn-out-effect“* In: *Praktický lékař č. 75*, s. 7 – 8.
- KUTNOHORSKÁ, J., M. CICHÁ a R. GOLDMANN. 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 192 s. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUZNÍKOVÁ, Iva. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- LEBDUŠKOVÁ, Lucie. *Čekala jsem miminko, --ale už tu není: [příběhy o ztrátě dítěte v těhotenství]*. Praha: Toplil, 2014. ISBN 978-80-905261-1-2.
- MALÍK HOLASOVÁ, Věra. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. 160s. ISBN 978-80-247-4315-8.
- MARDEŠIČ, Tonko a kol. 2013. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-4458-2.
- MAŘÍKOVÁ, H., M. PETRUSEK a A. VODÁKOVÁ. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. 940 s. ISBN 80-7184-3140-5.
- MATĚJČEK, Zdeněk. 1994. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál. 98 s. ISBN 80-85282-83-6.

- MATOUŠEK, Oldřich. 2013. *Metody řízení sociální práce*. Praha: Portál. 400s. ISBN 978-80-262-2013-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. 1997. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Az servis. 144 s. ISBN 80-85850-24-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, O. a H. PAZLAROVÁ. 2014. *Podpora rodiny*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0697-2.
- MIKŠÍK, Oldřich. 1969. *Člověk a svízelná situace*. Praha: Naše vojsko. 372 s.
- MINTER, R. E. a C. P. KIMBALL. 1978. *Life Events and Illness Onset: A Review*. *Psychosomatics*.19(6).
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MOHAPL, Přemysl. *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1992. ISBN 80-7067-127-0.
- MOŽNÝ, Ivo. 2002. *Základy sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- MROWETZ, M., G. CHRASTINOVÁ a I. ANTALOVÁ. 2011. *Bonding – porodní radost*. Praha: DharmaGaia. 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
- MYERS. J. K., J. J. LINDHENTAL a M. P. PEPPER. 1974 *Life Events and Psychiatric Symptoms*. Social Class.
- NICOLAIDES, K. H., DHAIFALAH, Ishraq A, ed. *UZ screening v 11.-13+6. gestačním týdnu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0885-6.
- PAŘÍZEK, Antonín. 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. 285 s. ISBN 978-80-726-2949-7.
- PATTERSON, D. a A. COSTA. 2005. *History of genetic disease: Down syndrome and genetics – a case of linked histories*. New York. ISSN 1061-4036.
- PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Krizová intervence poskytovaná dětem a mladistvým*. Brno. 2015. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: doc. PhDr. Věra Vojtová, Ph.D.
- PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ a J. MAREŠ. 1995. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. 291 s. ISBN 80-7176-029-4.

- PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK a kol. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- RABUŠIC, Ladislav. 2001. *Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- RAPOPORT, Lydia. 1967. *Crisis Oriented Short Term Casework*. Social Service Review 41.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2016. *Perinatální paliativní péče*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.
- ROBERTS, A. *Crisis intervention handbook: assessment, treatment, and research*. 2000. New York: Oxford University Press.
- ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2822-2.
- ŘEŽÁBEK, Karel a Jitka JÍROVÁ. *Asistovaná reprodukce v České republice 2014*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014. ISBN 978-80-7472-148-9.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. 2006. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.
- SHAPIRO, Constance Hoenk. *Infertility and pregnancy loss: a guide for helping professionals*. San Francisco: Jossey-Bass, c1988. Jossey-Bass social and behavioral science series. ISBN 978-1555421212.
- SMOLÍKOVÁ, Kateřina. *Pocity krizového pracovníka spojené s krizovou intervencí*. Praha. 2010. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce: PhDr. Veronika Tesařová.
- SOBOTKOVÁ, Irena. 2007. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
- ŠEĐOVÁ, Klára. 2007. Proces kvalitativního výzkumu a jeho plánování. In ŠVAŘÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- ŠKOLOUDOVÁ, Markéta. 2017. *Etické aspekty prenatální diagnostiky. Úskalí komunikace lékař – těhotná* Ružomberok: Verdum. 180 s. ISSN 1336-2232.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0942-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. 2011. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada. 200s. ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-5327-0.

ŠROBÁROVÁ Soňa., 2016. *Krizová intervencia v multidisciplinárnom ponímaní v riešení vybraných akútnych sociálnych problémov*. Ružomberok: Verdum

STRAUSS, Anslem a Juliet CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd.1. Boskovice: Albert. 196 s. ISBN 808583460X.

TAKÁCS, L. aj. SEIDLEOV8. 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita péče očima rodiček*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 119 s. ISBN 978-80-7308-431-8.

TAKÁCS, L., D. SOBOTKOVÁ a L. ŠULOVÁ. 2015. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

TIERNEY, L. M., S. J. McPHEE a M. A. PAPADAKIS, S. A. SCHOEDER. 1995. *Diagnóza a léčba*. Praha: ALBERTA. 1275 s. ISBN 80-85792-10-9.

THOM. René. 1992. *Některé otázky spojené s dějinami pojmu „krize“*. Praha: Filozofický ústav ČSAV.

THOM. René. 1972. *Stabilité structurelle et morphogenese*. Paris.

TRPIŠOVÁ, Dobromila a kol. 2000. *Kapitoly ze sociální psychologie*. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta. 124 s. ISBN 80-7044-304-9.

TURNER, J. R., & LLOYD, D. A. *Lifetime Traumas and Mental Health: The Significance of Cumulative Adversity*. 1995. *Journal of Health and Social Behavior*, s. 360-376.

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. 2012. *Krizová intervence*. Praha: Portál. 543 s. ISBN 978-80-262-0212-7.

VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK, 1998. *Aplikovaná sociální psychologie I., člověk a sociální instituce*. Praha: Portál. 384s. ISBN 80-7178-269-6.

VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK, 2001. *Aplikovaná sociální psychologie II.*, Praha: Grada. 260 s. ISBN 80-247-0042-5.

---

ZÁBORCOVÁ, Milada. *Jak projít životními krizemi k životním výhrám*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0450-5.

ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA, ÚZIS ČR 2012. 2013. *Potraty 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 99s. ISBN 978-80-7472-039-0.

ZLATOHLÁVKOVÁ, Blanka. 2011. *Viabilita plodu a novorozence*. Aktuální gynekologie a porodnictví 2011/3. ISSN 1803-9588.



**ČASOPISECKÉ ZDROJE**

ANTONOVSKY, Aaron. 1974. *Conceptual and Methodological Problems in the Study of Resistance Resources and Stressful Life Events*. In: DOHRENWEND B. S. a B. P. DOHRENWEND (Eds) *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*.

BROWN, G. W. 1974 *Meaning, Measurement and Stress of Life Events*. In: DOHRENWEND B. S. a B. P. DOHRENWEND (Eds) *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*.

BŘICHÁČEK, V., VOJTÍK, V. *Životní události v percepci psychiatricky hospitalizovaných pacientů a jejich rodičů*. 1985. *ČSL psychologie*, 29(1), 45-51.

ČEPICKÝ, P. a Z. LÍBALOVÁ. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2007, Vol. 16, No. 2, s. 101.

FRIEDMAN, Rochelle a Karen A. COHEN. *Emotional reactions to the miscarriage of a consciously desired pregnancy*. New York: Plenum Press, 1982. Edition *The Woman Patient*, vol 3.

GREGOR, V., A. ŠÍPEK jr. a J. HORÁČEK, A. ŠÍPEK a P. LANGHAMMER, 2012. *Prenatální diagnostika vrozených vad v ČR – patnáctileté období*. *Česká gynekologie* č. 5, s. 437 – 444, ISSN 1803-6597.

KOSIBOVÁ, Z., M. KORBEL a Z. NIŽNANSKÁ. *Vývoj spontánních potratů na Slovensku v letech 1997 – 2009*. 2011. *Praktická gynekologie* 15 (3-4), 131 – 136. ISSN 1211-6645.

KRAUS, Blahoslav. 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Portál. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

**ZÁKONNÁ ÚPRAVA**

Vyhláška č. 75/1986 Sb., *Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky, kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství v posledním znění*

Vyhláška č. 324/1992 Sb., *Vyhláška ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, kterou se mění a doplňuje vyhláška ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 21/1991 Sb., o bližších podmínkách zabezpečování rekvalifikace uchazečů o zaměstnání a zaměstnanců v posledním znění*

Zákon č. 48/1997 Sb. *o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů v posledním znění*

Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek v posledním znění

Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství v posledním znění

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta v posledním znění

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) v posledním znění

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v posledním znění

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v posledním znění

Zákon č. 193/2017 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony v posledním znění

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) v posledním znění

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách v posledním znění

Úmluva č. 96/2001 Sb. Mezinárodních smluv, Úmluva o lidských právech a biomedicině v posledním znění

## ELEKTRONICKÉ ZDROJE

Aktuální populační vývoj v kostce | ČSÚ. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>

AsociaceHospicu.cz - Home. AsociaceHospicu.cz - Home [online]. Copyright © 2010 všechna práva vyhrazena [cit. 17.10.2018]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/>

ČESKO. 1986. Sbíрка zákonů. Československá socialistická republika, částka 24, zákon č. 66. Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky, kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. [online] 20. října 1986. [cit. 2018-03-24]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-66>

Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR, v.v.i. Postoje českých občanů k manželství a rodině – únor 2016, tisková zpráva. [online]. Praha, 15. února 2016.

- [cit.06.07.2018]. Dostupné z: [https://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c2/a2030/f9/ov160315a.pdf](https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a2030/f9/ov160315a.pdf)
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. – DBSH. *Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. - DBSH* [online]. Copyright © 2018 [cit. 17.10.2018]. Dostupné z: <https://www.dbsh.de/>
- GREGOR, V., A. ŠÍPEK jr. a J.. HORÁČEK, A. ŠÍPEK a P. LANGHAMMER. 2012. *Prenatální diagnostika vrozených vad v ČR – patnáctileté období*. Česká gynekologie č. 5, s. 437 – 444. ISSN 1803-6597. Dostupné také z: <http://www.cs-gynekologie.cz/ceska-gynekologie-clanek/prenatalni-diagnostika-vrozenych-vad-v-cr-patnactilete-obdobi-38932>
- Koncepce rodinné politiky*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Praha. [online]. 2016. [cit.12.07.2018]. Dostupné z: [https://hnutiprozivot.cz/download/zpravy/2634-koncepce\\_rodinne\\_politiky.pdf](https://hnutiprozivot.cz/download/zpravy/2634-koncepce_rodinne_politiky.pdf)
- KYZLINKOVÁ Renáta, ŠTASTNÁ Anna. *Reprodukční plány mladých mužů v ČR*. Czso.cz [online]. 2016. [cit.05.07.2018]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/documents/10180/33199357/clanek+1\\_kyzlinkova+stastna.pdf/7028d36e-b87f-4382-acee-09878fd24282?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/10180/33199357/clanek+1_kyzlinkova+stastna.pdf/7028d36e-b87f-4382-acee-09878fd24282?version=1.0)
- LORENC, Jan. O krizové intervenci a krizových centrech | ADSKC. *Asociace denních stacionářů a krizových center* [online]. Dostupné z: [http://www.adskc.cz/?page\\_id=19](http://www.adskc.cz/?page_id=19)
- Moravští lektori. *Moravští lektori* [online]. Dostupné z: <http://www.moravsti-lektori.cz/>
- Národní registr asistované reprodukce (NRAR) | ÚZIS ČR. *ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Copyright © ÚZIS ČR 2010 [cit. 17.10.2018]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/registry-nzis/nrar>
- Narození a zemřelí v letech 1950-2016 | ČSÚ. *Český statistický úřad | ČSÚ* [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/narozeni-a-zemreli-v-letech-1950-2016>
- Perinatální ztráta - kurz pro zdravotníky/porodní asistentky. *Prázdná kolébka* [online]. [cit. 2018-10-17]. Dostupné z: <http://www.prazdnakolebka.cz/kurzy-pro-zdravotniky-kurzy-pro-porodniky-perinatalni-ztrata>
- Remedium. *Remedium* [online]. 2006 [cit. 2018-10-17]. Dostupné z: <http://www.remedium.cz/>
- Počet interrupcí každý rok klesá, je jich pětkrát méně než v roce 1990 - Zdravotnický deník. *Domovská stránka - Zdravotnický deník* [online]. Copyright © 2018 Všechna práva vyhrazena

[cit. 17.10.2018]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickyydenik.cz/2017/04/pocet-interrupti-kazdy-rok-klesa-je-jich-petkrat-mene-nez-v-roce-1990/>

Podíl dětí narozených mimo manželství v letech 1950-2016 | ČSÚ. *Český statistický úřad* | ČSÚ [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/podil-deti-narozenych-mimo-manzelstvi-v-letech-1950-2016>

Postoje českých občanů k manželství a k rodině, 2016 Sociologický ústav AV ČR, v.v.i [online]. 2016 [cit. 2016-05-15]. Dostupné <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/vztahy-a-zivotni-postoje/postoje-ceskych-obcanu-k-manzelstvi-a-rodine-unor-2016>

RYCHTAŘÍKOVÁ, Jitka. DEMOGRAFICKÉ FAKTORY STÁRNUTÍ. *Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje* [online]. Praha: ČSÚ, 2011, 2011, **2011**(2), 97-108 [cit. 2018-10-17]. ISSN 0011-8265. Dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/20541275/180311q2.pdf/f6c99986-ab28-42c5-bbb5-a3e9a44ed096?version=1.0>

STATISTICKÁ ROČENKA ČESKÉ REPUBLIKY 2012. | ČSÚ. *Český statistický úřad* | ČSÚ [online]. Dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/20557519/000112.pdf/2ab1b250-f96a-4bf4-a587-d355576c07f0?version=1.0>

STATISTICKÁ ROČENKA ČESKÉ REPUBLIKY – 2015, Vzdělávání. | ČSÚ. *Český statistický úřad* | ČSÚ [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/23-vzdelavani>

Úhrnná plodnost v letech 1950-2016 | ČSÚ. *Český statistický úřad* | ČSÚ [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/uhrnna-plodnost-v-letech-1950-2016>

Úhrnná rozvodovost v letech 1950-2016 | ČSÚ. *Český statistický úřad* | ČSÚ [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/uhrnna-rozvodovost-v-letech-1950-2016>

ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Copyright © ÚZIS ČR 2010 [cit. 17.10.2018]. Dostupné z: <http://uzis.cz/>

ZLATOHLÁVKOVÁ, Blanka. *Etické aspekty zahajování péče u novorozence na hranicích viability* [online] [cit.12.08.2018]. Dostupné z:

[http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/xxviii-neodny/pdf/prednasky/1\\_zlatohlavkova\\_etika\\_ostrava.pdf](http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/xxviii-neodny/pdf/prednasky/1_zlatohlavkova_etika_ostrava.pdf)

---

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

a. č.	absolutní četnost
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
EU	Evropská Unie
IVF	In vitro fertilizace
Např.	Například
NRAR	Národní registr asistované reprodukce
Resp.	respektive
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<i>Obrázek 1</i> - průběh krize (volně podle Cullberga, 1978 in Klimpl, 1998, s. 33).....	52
<i>Obrázek 2</i> - zdroje pomoci při psychické krizi .....	53
<i>Obrázek 3</i> .....	155
<i>Obrázek 4</i> – Paradigmatický model a jeho interpretace.....	176

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka 1</i> - pravděpodobnost spontánního potratu v souvislosti s věkem těhotné ženy .....	24
<i>Tabulka 2</i> - odhad výskytu Downova syndromu v závislosti na věku těhotné ženy .....	25
<i>Tabulka 3</i> - respondentů na zdravotnické a sociální pracovníky .....	97
<i>Tabulka 4</i> - rozdělení respondentů dle délky jejich praxe .....	99
<i>Tabulka 5</i> - hodnocení úrovně svých teoretických znalostí o vedení krizové intervence.	100
<i>Tabulka 6</i> - hodnocení důležitosti teoretických znalostí o postupech vedení krizové intervence při prenatální ztrátě v profesi zdravotnických a sociálních pracovníků..	102
<i>Tabulka 7</i> - způsob získávání teoretických znalostí o krizové intervenci u zdravotnických a sociálních pracovníků .....	105
<i>Tabulka 8</i> - zájem o odbornou literaturu s tematikou krizové intervence.....	106
<i>Tabulka 9</i> – zájem o druh odborné literatury .....	108
<i>Tabulka 10</i> - míra důležitosti teoretických znalostí pro správné vedení krizové intervence zdravotnických a sociálních pracovníků .....	110
<i>Tabulka 11</i> - hodnocení úrovně svých praktických dovedností zdravotnických a sociálních pracovníků .....	112
<i>Tabulka 12</i> - hodnocení důležitosti praktických dovedností krizové intervence pro správné vedení krizové intervence.....	114
<i>Tabulka 13</i> - hodnocení úrovně svých komunikačních dovedností při poskytování krizové intervence.....	117
<i>Tabulka 14</i> - důležitost dovednosti vedení krizové intervence při prenatální ztrátě pro povolání zdravotnických a sociálních pracovníků.....	120
<i>Tabulka 15</i> - četnost poskytování krizové intervence při prenatální ztrátě.....	122
<i>Tabulka 16</i> - časový odstup poskytování krizové intervence v souvislosti s prenatální ztrátou .....	124
<i>Tabulka 17</i> - klient, kterému je poskytována krizová intervence .....	125
<i>Tabulka 18</i> - forma poskytování krizové intervence.....	127
<i>Tabulka 19</i> - hodnocení nezbytnosti znalostí z oblasti problematiky prenatální ztráty .....	128
<i>Tabulka 20</i> - vlastní hodnocení úrovně svých znalostí souvisejících s prenatální ztrátou.	130
<i>Tabulka 21</i> - hodnocení dodržování doporučeného postupu ČGPS JEP z března 2014...	133
<i>Tabulka 22</i> - zkušenost respondentů s doporučením na psychosociální podporu a pomoc po perinatální ztrátě .....	134

---

<i>Tabulka 23</i> - názor na dostupnost odborné psychosociální podpory a pomoci po prenatální ztrátě.....	135
<i>Tabulka 24</i> - znalost organizace, spolku, neziskové organizace zaměřené na pomoc ženě, rodičům vyrovnat se prenatální ztrátou .....	138
<i>Tabulka 25</i> - názor na nezbytnost poskytnutí krizové intervence v souvislosti s prenatální ztrátou .....	140
<i>Tabulka 26</i> - Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí kvadrát (hypotéza 1).....	142
<i>Tabulka 27</i> - Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí kvadrát (hypotéza 2).....	142
<i>Tabulka 28</i> - Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí kvadrát (hypotéza 3).....	143
<i>Tabulka 29</i> - popis informantek, charakteristika.....	152
<i>Tabulka 30</i> - Hodnocení sdělení závažné diagnózy .....	158
<i>Tabulka 31</i> – Hodnocení chování a podpory zdravotnického personálu během hospitalizace.....	160
<i>Tabulka 32</i> – Hodnocení doporučení na následnou psychosociální podporu při propuštění z nemocnice .....	164
<i>Tabulka 33</i> - Hodnocení období po propuštění z nemocnice a hledání odborné psychosociální pomoci.....	166
<i>Tabulka 34</i> - Hodnocení dostupnosti psychosociální podpory .....	169
<i>Tabulka 35</i> - Hodnocení poskytnuté psychosociální pomoci po potratu .....	171
<i>Tabulka 36</i> – Hodnocení délky návratu zpět.....	174



**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf 1</i> - počet narozených dětí v České republice a počet zemřelých .....	21
<i>Graf 2</i> - úhrnná plodnost v České republice v letech 1950 – 2016 .....	23
<i>Graf 3</i> - počet cyklů zaslaných do NRAR tříděno podle Zamýšleného cíle cyklu .....	28
<i>Graf 4</i> - Podíl dětí narozených mimo manželství v letech 1959 – 2015 .....	29
<i>Graf 5</i> - rozvodovost v letech 1950 – 2016 .....	30
<i>Graf 6</i> - Rozdělení respondentů na zdravotnické a sociální pracovníky .....	96
<i>Graf 7</i> - rozdělení zdravotnických pracovníků dle pracovní pozice .....	97
<i>Graf 8</i> - rozdělení sociálních pracovníků dle pracovní pozice .....	98
<i>Graf 9</i> <i>Graf 10</i> .....	99
<i>Graf 11</i> <i>Graf 12</i> .....	101
<i>Graf 13</i> - hodnocení úrovně svých teoretických znalostí o vedení krizové intervence zdravotnickými a sociálními pracovníky .....	102
<i>Graf 14</i> <i>Graf 15</i> .....	103
<i>Graf 16</i> <i>Graf 17</i> .....	106
<i>Graf 18</i> - zájem o odbornou literaturu s tematikou krizové intervence u zdravotnických a sociálních pracovníků .....	107
<i>Graf 19</i> <i>Graf 20</i> .....	108
<i>Graf 21</i> - druh odborné literatury vyhovující pro profesi zdravotnických a sociálních pracovníků .....	109
<i>Graf 22</i> <i>Graf 23</i> .....	110
<i>Graf 24</i> - míra důležitosti teoretických znalostí pro správné vedení krizové intervence zdravotnických a sociálních pracovníků .....	111
<i>Graf 25</i> <i>Graf 26</i> .....	112
<i>Graf 27</i> <i>Graf 28</i> .....	115
<i>Graf 29</i> - hodnocení důležitosti praktických dovedností krizové intervence pro správné vedení krizové intervence .....	115
<i>Graf 30</i> <i>Graf 31</i> .....	118
<i>Graf 32</i> - hodnocení úrovně svých komunikačních dovedností při poskytování krizové intervence .....	118
<i>Graf 33</i> <i>Graf 34</i> .....	120
<i>Graf 35</i> - důležitost dovednosti vedení krizové intervence při prenatální ztrátě pro povolání zdravotnických a sociálních pracovníků .....	121

---

<i>Graf 36</i>	<i>Graf.37</i> .....	122
<i>Graf 38</i>	- četnost poskytování krizové intervence při perinatální ztrátě .....	123
<i>Graf 39</i>	<i>Graf 40</i> .....	125
<i>Graf 41</i>	<i>Graf 42</i> .....	126
<i>Graf 43</i>	- klient, kterému je poskytována krizová intervence .....	126
<i>Graf 44</i>	- forma poskytování krizové intervence .....	128
<i>Graf 45</i>	<i>Graf 46</i> .....	129
<i>Graf 47</i>	- hodnocení nezbytnosti znalostí z oblasti problematiky perinatální ztráty.....	130
<i>Graf č. 48</i>	<i>Graf č. 49</i> .....	131
<i>Graf č. 50</i>	- vlastní hodnocení úrovně svých znalostí souvisejících s perinatální ztrátou...	131
<i>Graf 51</i>	- hodnocení dodržování doporučeného postupu ČGPS JEP z března 2014 .....	133
<i>Graf 52</i>	- zkušenost respondentů s doporučením na psychosociální podporu a pomoc po perinatální ztrátě .....	134
<i>Graf 53</i>	<i>Graf 54</i> .....	135
<i>Graf 55</i>	- názor na dostupnost odborné psychosociální podpory a pomoci po perinatální ztrátě.....	136
<i>Graf 56</i>	<i>Graf 57</i> .....	137
<i>Graf 58</i>	- konkrétní znalost pracovníka v okolí .....	138
<i>Graf 59</i>	- znalost organizace, spolku, neziskové organizace zaměřené na pomoc ženě, rodičům vyrovnat se perinatální ztrátou .....	139
<i>Graf 60</i>	<i>Graf 61</i> .....	140
<i>Graf 62</i>	- názor na nezbytnost poskytnutí krizové intervence v souvislosti s perinatální ztrátou .....	141

**SEZNAM PŘÍLOH**

<b>PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK</b> .....	206
<b>PŘÍLOHA P II: DOSLOVNÝ PŘEPIS ROZHOVORU</b> .....	214
<b>PŘÍLOHA P III: INFORMOVANÝ SOUHLAS</b> .....	219
<b>PŘÍLOHA P IV: SEZNAM KÓDŮ VZEŠLÝCH Z OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ A JEJICH BAREVNÉ OZNAČENÍ</b> .....	220
<b>PŘÍLOHA P V: EDUKAČNÍ BROŽURA</b> .....	222
<b>PŘÍLOHA P VI: DOPORUČENÁ LITERATURA PRO POMÁHAJÍCÍ, ALE I ŽENY, KTERÉ PROŠLY PRENATÁLNÍ ZTRÁTOU A PREFERUJÍ POMOC V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ</b> .....	255

---

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych Vás požádala o laskavé vyplnění předloženého **anonymního** dotazníku, který se zaměřuje na zjištění názorů a Vašich zkušeností s péčí o ženu a její širší rodinu po spontánním potratu, anebo po porodu mrtvého plodu (tzn. při prenatální ztrátě), a na psychosociální podporu a pomoc pro ni.

Předem děkuji za Váš čas.

Markéta Školoudová, Mgr.

Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

---

**Pokyny k vyplnění:** pokud není uvedeno jinak, označte u každé otázky křížkem vždy jen jednu odpověď.

---

## D O T A Z N Í K

### 1. V jakém resortu, na jaké pracovní pozici pracujete?

zdravotnictví

- zdravotní sestra
- porodní asistentka
- lékař, lékařka
- klinický psycholog, klinická psycholožka
- sociálně zdravotnický pracovník/pracovnice
- sociální pracovník/pracovnice

sociální služby

- psycholog/psycholožka
- sociální pracovník/pracovnice
- krizový intervent v Krizovém centru, na krizové lince
- odborný poradenský pracovník/pracovnice

**2. Jaká je délka praxe ve Vašem oboru?**

- do 1 roku
- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- nad 10 let

**3. Jak byste ohodnotil/a úroveň svých teoretických znalostí o vedení krizové intervence?**

- výborná
- velmi dobrá
- dobrá
- dostatečná
- nedostatečná

**4. Považujete za důležité pro Vaši profesi mít teoretické znalosti o postupech vedení krizové intervence při prenatální ztrátě?**

- ano
- spíše ano
- nemohu posoudit
- spíše ne
- ne

**5. Jakým způsobem jste získal/a teoretické znalosti o krizové intervenci? (Ize označit více odpovědí)**

- samostudium odborné literatury
- pouze samostudiem odborné literatury (učebnice, odborné časopisy)
- vyhledáváním informací na internetu
- v rámci své profese jsem získal/a zkušenosti od zkušenějších kolegů/kolegyň
- v rámci své profese účastí na vzdělávacích akcích zaměřených na tuto problematiku

- v rámci své profese absolvováním povinných vzdělávacích akcí zaměřených na tuto profesi
- absolvováním výcviku krizové intervence
- v rámci profesní přípravy na své povolání (v rámci středoškolského a vysokoškolského studia)

**6. Máte zájem o odbornou literaturu s tematikou krizové intervence?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

7. Pokud jste v předcházející otázce č. 7 odpověděl/a **ano** nebo **spíše ano**, odpovězte prosím na následující otázku:

**Jaký druh odborné literatury z oblasti krizové intervence by Vám nejvíce pro Vaši profesi vyhovoval?**

- odborná obecná rozsáhlá učebnice
- odborná, ale stručná učebnice
- stručná, cíleně zaměřená brožura

8. **Do jaké míry se domníváte, že teoretické znalosti krizové intervence jsou důležité pro správné vedení krizové intervence?**

- 100%
- 75%
- 50%
- 25%
- 0%

9. Jak byste zhodnotil/a úroveň svých praktických dovedností vedení krizové intervence?

- výborná
- velmi dobrá
- dobrá
- dostatečná
- nedostatečná

10. Do jaké míry se domníváte, že praktické dovednosti krizové intervence jsou důležité pro správné vedení krizové intervence?

- 100%
- 75%
- 50%
- 25%
- 0%

11. Jak byste zhodnotil/a úroveň svých komunikačních dovedností (v rámci své profese) při poskytování krizové intervence?

- výborná
- velmi dobrá
- dobrá
- dostatečná
- nedostatečná

12. Je pro Vaše povolání důležitá dovednost vedení krizové intervence při přenátální ztrátě?

- velmi
- spíše ano
- nedokážu posoudit
- spíše ne
- ne

**13. Jak často v rámci své profese vedete krizovou intervenci při prenatální ztrátě?**

- téměř denně
- 1 krát týdně
- několikrát do měsíce
- jedenkrát za tři měsíce
- zřídka
- nikdy

**14. Domníváte se, že jsou pro vedení krizové intervence při prenatální ztrátě nezbytné znalosti týkající se prenatální ztráty (terminologie, příčina potratu, mechanismus potratu nebo porodu mrtvého plodu, statistická data)?**

- velmi
- spíše ano
- nedokážu posoudit
- spíše ne
- ne

**15. Jak byste ohodnotil/a ohodnotila úroveň svých teoretických znalostí souvisejících s prenatální ztrátou (terminologie, příčina potratu, mechanismus potratu nebo porodu mrtvého plodu, statistická data)?**

- výborná
- velmi dobrá
- dobrá
- dostatečná
- nedostatečná



**16. Kdy jste poskytoval/a krizovou intervenci související s prenatální ztrátou? (lze označit více odpovědí)**

- v nemocnici, během hospitalizace při prenatální ztrátě
- po propuštění z nemocnice do jednoho týdne po prenatální ztrátě
- po propuštění z nemocnice do šesti týdnů po prenatální ztrátě
- kdykoli bylo potřeba, i s časovým odstupem v řádu měsíců
- kdykoli bylo potřeba, i s časovým odstupem v řádu let
- nikdy jsem intervenci v souvislosti s prenatální ztrátou neposkytoval/a

**17. Komu jste poskytoval/a krizovou intervenci související s prenatální ztrátou? (lze označit více odpovědí)**

- pouze ženě
- většinou ženě, a jejímu partnerovi, protože byli spolu
- pouze partnerovi
- ženě, jejímu partnerovi, a někdy i jiným příbuzným (prarodiče)

**18. Jakou formu krizové intervence při prenatální ztrátě jste poskytoval/a?**

- tváří v tvář
- telefonickou
- tváří v tvář i telefonickou
- žádnou

**19. Pro zdravotnické pracovníky: V doporučení České gynekologicko – porodnické společnosti JEP ze dne 21. března 2014 je doporučení komplexní psychologické podpory páru, včetně následného poradenství, u porodu mrtvého plodu, u perinatální ztráty. Jako pracovník ve zdravotnictví, domníváte se, že je tento doporučený postup v praxi dodržován?**

- ano
- spíše ano
- nemohu posoudit
- spíše ne

ne

**20. Pro sociální pracovníky: Jako pracovník v sociálních službách, setkáváte se s tím, že žena, která prošla perinatální ztrátou, měla ze zdravotnického zařízení konkrétní doporučení na psychosociální podporu a pomoc?**

ano

spíše ano

nemohu posoudit

spíše ne

ne

**21. Je podle Vašich zkušeností odborná psychosociální pomoc zaměřená na vyrovnání se s perinatální ztrátou dostupná?**

ano

spíše ano

nemohu posoudit

spíše ne

ne

**22. Pokud by Vás žena, nebo její partner po perinatální ztrátě, požádali o konkrétní kontakt na krizového pracovníka, krizového intervenanta, psychologa, terapeuta ve Vašem okolí, na kterého se mohou s důvěrou obrátit, dokázal/a byste poradit?**

ano

spíše ano

nemohu posoudit

spíše ne

ne

**23. Znáte nějakou neziskovou organizaci, spolek, sdružení, které pomáhá rodičům vyrovnat se s prenatální ztrátou?**

- ano, napište prosím název.....
- slyšel/a jsem o nich, ale právě si nevybavuji jejich název
- nevím, že by nějaký existoval

**24. Je podle Vás, poskytování krizové intervence v souvislosti s prenatální ztrátou ženě, případně jejímu partnerovi a dalším rodinným příslušníkům, nezbytné?**

- ano
- spíše ano
- nemohu posoudit
- spíše ne
- ne

**Prostor pro Vaši připomínku, komentář:**

## PŘÍLOHA P II: DOSLOVNÝ PŘEPIS ROZHOVORU

**Doslovný přepis rozhovoru se třetí informantkou, označenou v textu jako Jana. Rozhovor poskytnutý v úterý 17. dubna 2018 v čase od 17 hodin do 18.30 hodin.**

V: Dobrý den paní Jano, chtěla bych Vám poděkovat za Vaši ochotu, za Váš čas poskytnout následující rozhovor. Chceme Vás ujistit, že získaná data budou sloužit pouze pro účely této rigorózní práce, že Vaše jméno, případně jiná další jména v rozhovoru budou pozměněna, že tento rozhovor můžete kdykoli přerušit, případně ukončit, a nemusíte odpovídat na otázky, které by Vám byly nepříjemné. Nejprve bych Vás chtěla požádat o pečlivé přečtení a následný podpis Informovaného souhlasu, vztahující k našemu rozhovoru.

J: Ano, souhlasím, jsme přece dohodnuté, že Vám rozhovor poskytnu, nemám problém o tom mluvit (paní chvíli čte, a podepisuje souhlas).

V: Dobře, děkuji. Pojdme tedy k tomu, proč jsme se tady dnes spolu sešli. Je tomu přes dva roky, co Vám sdělili tu nejhorší zprávu a Vašem miminku. Můžete mi o tom říct něco bližšího?

J: Pan docent mi při běžném vyšetření oznámil, že našemu chlapečkovi nebije srdíčko. Zpětně jsem se dozvěděla, že už gynekolog to srdce neslyšel, ale bál se mi to říct, tak mě poslal do nemocnice. Volal spolužákovi, panu docentovi, a ten to potvrdil. Ale já to netušila. Jinak bych už do nemocnice nejela sama, ale s přítelem. On zrovna byl mimo město, je řidič, a měl dovést zboží skoro na druhý konec republiky. Kdyby mi to podezření doktor řekl hned, Venca by byl ještě na firmě, jel by někdo jiný a on by byl se mnou, ale takto už byl na dálnici, když jsem mu to volala. To bylo něco hrozného. Doktor mě poslal do porodnice, kde jsem byla jednou sepsat po registraci anamnézu, tu budovu vůbec neznám. Na ultrazvuku mi řekli, že náš chlapeček nežije, a ať jdu hned na porodní sál, že se musí vyvolat jeho porod, že musí ven, a to bylo celé....

Vypotácela jsem se ven, volala jsem Vencovi, on si myslel, že jen tak, řekla jsem mu prosím Tě zastav na kraji jestli můžeš, náš chlapeček je mrtvý a pak už jsem jen břečela...nevěděla jsem co mám dělat, třásla jsem se, Venca začal zmatkovat, že se otočí a hned přijede, že zavolá, ať ho někdo přijede vystřídat...ted' jsem dostala strach ještě o něho, aby se nenaboural. Seděla jsem tam, třásla se, chodili kolem mě vysmáté mamky s břichama a já měla takové neštěstí. Nenáviděla jsem v ten moment celý svět. Nevím, jak dlouho jsem tam seděla. Volal Venca, kde jsem, tak jsem mu řekla, že ještě na lavičce na chodbě u ultrazvuku, že nemám sílu vstát. Naštěstí nebyl ještě tak moc daleko, a jiný kolega skočil do auta, že se potkají na

benzince a pojedje dál Vencovým autem a on se vrátí za mnou jeho autem, říkal tak dvě až tři hodiny. Letělo mi hlavou, co budu do té doby dělat, nechtěla jsem tam jít. Ale nějak jsem se sebrala a šla hledat porodní sál. Naštěstí jsem natrefila na hodnou porodní asistentku, všechno mi trpělivě vysvětlovala, a opakovala. Ta druhá, co přišla na noc, byla taky fajn, ale ta první byla lepší. Ta první byla oporou, doufám, že nikdy nevymění profesi. Pan doktor, takový mladší, byl také moc hodný, bylo na něm znát, že mu to není příjemné, ale pochválil mě a pomáhal klidným hlasem. Našeho Jozífka jsem porodila ve 23.25. Můj partner byl se mnou, po celou dobu. Sestřička nám nechala Jozífka v peřince, měl i čepičku, byl krásný, vypadal, jako by spinkal. Byla jsem moc ráda, že mě podpořila a dodala odvalu ho pochovat. Ve dvě ráno mě převezli na normální gynekologické oddělení, sestřička mi dala prášek na spaní, ale moc nezabral. Nemohla jsem spát, pořád se mi honilo hlavou, co se stalo. Na gynekologii sestry ale moc fajn nebyly. Nemohu si na ně nějak zásadně stěžovat, sestry ani doktorky zjevně nevěděly, jak se mnou, tedy i se všemi podobnými případy komunikovat a raději byly odtažité a působily, že je obtěžuju. Samozřejmě jsem se dožadovala odpovědi na otázku, kdy mohu jít domů, vše tam na mě padalo, chtěla jsem být doma ve své posteli, pod svou dekou, schovaná přede všemi. Přítel přijel kolem desáté, kolem poledne mi dali oběd, nikdo vyjma matrikářky za mnou nebyl!!! Po obědě přišla zase jiná paní doktorka, ujistila se, že chci domů, zeptala se, kolik jsem měla od rána vložek a odešla. Následně mi bylo sděleno, že mohu jít domů. Nikdo mě nevyšetřil, paní doktorka, která mě propouštěla, mi řekla, ať se chovám jako ve standardním šestinedělí, a že si mám stahovat prsa. Já ale netuším, jak probíhá šestinedělí, ovšem mé reakce byly otupělé a než jsem stačila otázku položit, ptala se, zda chci něco na uklidnění. Řekla jsem, že pro jistotu ano, a napsala mi neurop. A tím to skončilo. Byla jsem ráda, že jdu domů.

Zbytek dne mám jako v mlze, jen jsme leželi na gauči v objetí, televize běžela, aniž bychom ji vnímali. V ložnici bylo prázdno, v mém břiše a ve mně samotné taky. Večer se stivil náš společný dobrý kamarád, ale já neměla náladu na návštěvy. K tomu má doma dvě maličké děti a tím tuplem jsem se nechtěla družít. Pánové se pak tak trochu opili v kuchyni.

Kolem desáté večer byt utichl, a já nemohla usnout, i když jsem byla strašně moc unavená. Vzala jsem si tedy svůj první a na dobro poslední neurop. Stav po něm se zhoršil, bolest a vnímání se neotupilo, jen jsem se cítila jako po špatné kocovině. Takže jsem pochopila, že tudy cesta nepovede. Přítel mi uvařil čaj a já se proplakala k spánku. Čtvrtek si nepamatuji, jen že u nás byla moje máma, babička i brácha. Přišli mě podpořit, ale ani nevím, jestli jsem s nimi mluvila. V pátek a v sobotu jsem měla obrovské bolesti v prsou, pánve a celého břicha.

Začala jsem se pít po informacích o šestinedělí. V neděli jsem to nemohla vydržet, k tomu mi stoupala teplota, a tak mi přítel zavolal sanitku, k tomu jsem začala mít silnou bolest v levé noze. Sanitka přijela, doktor měl podezření na trombózu, ale vezl mě do porodnice, aby mě první viděl gynekolog. Saniták mě na křesle dovezl na příjem, kde jsme narazili na sestru, kterou budu ještě dlouho proklínat. Mezi dveřmi se ptala, a to dost hrubým způsobem. Proč mě veze na gyndu, když mě bolí noha. Pan saniták ji řekl, že jsem v úterý porodila mrtvé dítě, a že vyhodnotil, že by mě první měli vidět na gynekologii. Na to řekla, ať si pěšky!!! Dojdu na internu, že teď není volný žádný lékař!!!??? Ochetný saniták mě ale na internu odvezl, tam mi udělali sono, CT hlavy, přišel neurolog, ale diagnostikovali zánět žil s tím, že by mě měl vidět ještě gynekolog, a to bylo skoro devět večer!!! Hned ráno jsem jela k nové gynekoložce, k tomu původnímu jsem ztratila důvěru, ale z ničeho ho nevidím. Nová paní doktorka byla fajn, mimo jiné zjistila, že mám i zánět dělohy, protože se po porodu dostatečně nevyčistila. Pak jsem užívala asi troje antibiotika. Mezi tím jsem doma načetla spoustu odborných a neodborných textů o ztrátě miminka, a začala se vypovídat přes server eMimino. Odezva na můj příběh byla neskutečná.

V: A co Váš partner?

Co se vztahu týká, Martin asi po třech týdnech to v sobě uzavřel, šel dál, už si nikdy nechtěl o našem chlapečkovi se mnou povídat, že prý nám ho to nevrátí. První týden kolem mě skákal, zůstal se mnou doma, ale pak už ne. Na jednu stranu jsem ho chápala, na druhou stranu jsem ještě chtěla podporu v tom mém zármutku, proto jsem si začala spát s cizími ženami alespoň přes ten server. Martin nechtěl, abych plakala. Ale já jsem cítila, že bych potřebovala o našem Jozífkovi mluvit, potřebovala jsem, aby mě někdo poslouchal, třeba pár minut, to by stačilo.

V: Kdy asi tak po porodu Jozífkou jste byla schopná vrátit se do normálního fungování?

J: No, to se mi právě moc nepodařilo, zhroutila jsem se právě po měsíci, kdy měl být termín porodu. Tak nějak jsem si myslela, a přítel i rodina se mnou, že je mi už lépe. Antibiotika zabrala, já jsem si celkem přes den poplakala, když jsem si někým dopisovala přes ten server, velice jsem nic dělat nemusela, mamka jednou za čas přišla, donesla jídlo, vyprala mi prádlo. Takže jsem vypadala jako že jsem v pohodě, asi jsem si to i myslela. Jenže v den, kdy se měl Jozífek narodit, to na mě dolehlo. Nepřáli jsme si ani urničku, ani hrobeček, ale chtěla jsem být Jozífkovi co nejtíž, povídat s ním na místě, kde by byl fyzicky, chápete? A to mě dostalo na kolena. Vlastně jsem se nesmířila s tím, že mi Jozífkou nic nevrátí, a pocítila jsem strašně ostrou bolest.

V: Pomohl Vám někdo? Podpořil Vás někdo:

J: Pomohla mi radou paní přes server, nechtěla jsem tam moc psát, kdy bydlím, ale ptala jsem, že cítím, že jsem úplně na dně, na koho se obrátit v blízkosti mého bydliště. Odkázala mě na poradnu, kam jsem si zavolala, a ten den mě Martin tam zavezl, paní byla supr, ale říkala, že by mi doporučila paní psychologku, ke které jsem pak docházela, vlastně tady jsme teď u ní. Pomohla nám strašně moc, jednak s tím, že s námi celou tou ztrátou prošla znovu, protože je fakt, že to byla rychlovka – ten porod, a pak jsem měla zdravotní potíže a nekladla jsem tolik důraz na to, co se děje uvnitř. Pak mi hrozně moc pomohla, když jsem se chtěla vrátit do práce, poradila mi, jak se chovat, co říct. Jsme takový středně malý obchůdek, ale hodně oblíbený, i s internetovým prodejem, je nás tam celkem i s majitelem dvanáct, ale za ty roky máme pěkné vztahy.

V: Mohla bych se zeptat, v jaké oblasti byste uvítala podporu, pomoc?

J: V nemocnici to je jasné, na porodním sále jsem měla štěstí, ale na gynekologii to bylo hrozné, nevěděli, jak se mnou mluvit, tak raději nic neříkali a dali mi jen prášek na uklidnění. Nejhorší to bylo doma, na to jsem nebyla připravená, na to, že přijde datum porodu, že jsou doma věci pro Jozífka, mamka to naštěstí do týdne všechno odvezla k sobě, ale pak jsem měla jít do práce, na úřady, to mi nikdo neřekl, jak to udělat, abych to zvládla. Stačilo by pár minut, mít někoho, kdo by mi říkal, co mám dělat. Podle mě je špatné to, že jsem si musela všechno hledat sama. Měli by to říkat, když se jde domů, možná přímo tam objednat, když už víte, že někam jste objednaní, tak tam dojdete, myslím, že bych byla mnohem dříve se ztrátou Jozífka srovnaná. Vím, že mi ho nikdo nevrátí, ale správná podpora by mi to určitě, a nejenom mě, usnadnila.

V: Dá se tedy nějak shrnout, v jaké oblasti byste uvítali více podpory? Co by vám v nemocnici, a po propuštění domů nejvíce pomohlo?

J: V nemocnici bylo patrné, jak moc záleží na tom, jak se personál baví, to byl hrozný rozdíl – porodní asistentka na sále, sestra a doktorka na gynekologii a pak ta sestra na příjmu – to byla katastrofa. Opravdu si myslím, že stačí málo – vyslechnout, dát čas poplakat, mít možnost se ptát, dostat odpověď, vidět snahu, že vám chce někdo pomoci, mít jistotu, že se máte kam obrátit. V nemocnici jsem byla otupělá, z léků, z šoku, co se stalo, doma jsem pak už byla sama, Martin musel do práce, a to pak na mě všechno padlo. Nelze se předem připravit na něco tak strašného, ale když jste v háji, a nevíte kam jít pro pomoc, sbíráte sílu na to vstát z postele, už nemáte sílu hledat si pomoc. Já mám štěstí, že mě podpořil Martin, mamka a mohla jsem se starat jen o sebe, v práci mi dali čas, nespěchali na mě, neměla jsem strach, že

---

o práci přijdu.. nakonec jsem to překonala za pomoci paní psycholožky, nemá smysl řešit, že jsem za ní měla jít hned, kdyby mě k ní poslali,... dívám se už dál...

V: za jak dlouho jste se vrátila do zaměstnání?

J: Za čtyři měsíce. Dřív bych to nezvládla, jak jsem řekla, byli hodní, dali mi čas, všichni, přítel, v práci, nespěchali na mě.

V: Paní Jano, moc děkuji za Váš čas a upřímně Vám přeji jen to dobré.



**PŘÍLOHA P III: INFORMOVANÝ SOUHLAS****Informovaný souhlas**

Vážená paní,

Žádám Vás o poskytnutí souhlasu k rozhovoru k rigorózní práci, týkající se tématu „Krizová intervence při prenatální ztrátě“.

Souhlas se vztahuje na poskytnutí audiozáznamu z rozhovoru.

Zaručuji Vám, že údaje Vámi poskytnuté budou zpracovány pouze pro potřeby této rigorózní práce a nebudou použity jinak.

Zaručuji také naprostou anonymitu a možnost kdykoli z výzkumu odstoupit.

Markéta Školoudová

Podpis.....

Podle zákona 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V.....

Dne.....

Podpis.....

## PŘÍLOHA P IV: SEZNAM KÓDŮ VZEŠLÝCH Z OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ A JEJICH BAREVNÉ OZNAČENÍ

Čís- lo kódu	Název kódu	Lokalizace významové jednotky v textu (ZAŘAZENÍ DO KATEGORIE)
1.	mlčení	A19,E230,E293 (HODNOCENÍ SDĚLENÍ ZÁVAŽNÉ DG.)
2.	strohé formu- lace	A21,E268,E322
3.	mluvení na sestru	A23,E235,E236
4.	zlehčování	A37,A69,A70,
5.	hodnocení	A24,A47,E362,E337,J476,477
6.	rychlost	A39-45,E226,E236,237,E278.280,E331,332,J428
7.	necitlivé sdě- lení	A48,49
8.	bez emocí	E230,E237,238,239,
9.	údiv	E235,E271,272,E315,316
10.	strach říct diagnózu	J423
11.	informace	A67,A68, E315,E367,J455,456,457
12.	sestra	A43,44,A52,53,E333.334,J447,448,449(HODNOCENÍ CHOVÁNÍ A PODPORY ZDRAVOT. PERSONÁLU BĚHEM HOSPITALIZACE)
13.	porodní asis- tentka	E353,354,E412,413,J439,440,441,J519,520,521
14.	lékař	A48,49,50,52,53,159,160,161,E356,357,364,J441,442,452,453
15.	postup	A40,41,43,47,48,49,E332,333,334,J439,440
16.	průběh	A43,44,52,53,E352,358,J523
17.	rituál rozlou- čení	A56,E354,355,359.360,361,362,J444,445
18.	rozhovor s lékařem	A65,66,67,68,69,E364,365,J454 (DOPOR. NA NÁSLEDNOU PSYCHOSOC. POMOC PŘI PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNOCE)
19.	zdravotní	A65,66,67,68,E367,J455,456

	péče	
20.	psychosociální podpora	A70,71,A161,E364,365,J456,457
21.	léky	A71,A172,J457
22.	doporučení	A172,E371,J457
23.	spánek	A85,89,99,101.102,E388,J4602(HODNOCENÍ OBDOBÍ PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE A HLEDNÁNÍ ODBORNÉ PSYCHOSOC.POMOCI A PODPORY)
24.	pocity	A78,79,85,86,91,92,99,109,E372,373,374,378,384,388,389,390,J462,464,489,496,525
25.	vyčerpání	J525
26.	izolace	A78,82,83,100,101,J460,466,523,E373
27.	denní režim	A99,100,101,102,138,170,J491,492,526
28.	hledání a nalezení pomoci	A106,107,113,114,117,124,E392,393,394,398,J479,480,485,498,499,500,501
29.	čas	A153,E380,390,J489 (HODNOCENÍ DOSTUPNOSTI PSYCHOSOC.PODPORY)
30.	objednání	A124,E395,396,401,402,J500
31.	bez komplikací	A124,125,128,129,E398,399,400,401,402,J500
32.	úleva	A125,400,401,J501
33.	vypovídání	A116.115,116,127,148,E400,402,J521(HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PSYCHOSOCIÁLNÍ POMOCI PO POTRATU)
34.	znovu	A129,130,142,131,56,57,143,E400,J502,503,504
35.	rodina	A130,141,143,149,150,151,J503,504
36.	TOP BEST	A140,166,167,E398,402,J500,501
37.	TOP HORROR	A136,137,138,157,166,167,166,169,E414-419.J513,514,515,J524-528
38.	doba	A153,154,E403,J530(HODNOCENÍ DÉLKY NÁVRATU ZPĚT)
39.	Blízká budoucnost	A155,E404,405,406,407,J528

PŘÍLOHA P V: EDUKAČNÍ BROŽURA

# KRIZOVÁ INTERVENCE PŘI PRENATÁLNÍ ZTRÁTĚ

Stručný doporučený postup pro pracovníky v pomáhajících profesích

Markéta Školoudová

2018



Vážené kolegyně, kolegové,

dostává se Vám do rukou stručná příručka, která je určena Vám, kteří se ve své profesi setkáváte především s ženou, která prožila prenatalní ztrátu, ať v blízké či daleké minulosti. Těšila se na příchod nového člena rodiny a místo toho zažila obrovské zklamání a nepředstavitelnou bolest, na kterou nebyla, a nemohla být připravena.

Prenatální ztráta krutě a nespravedlivě postihuje pětinu všech těhotných žen, a ovlivní více či méně všechny další členy rodiny, především partnera, sourozence nenarozeného dítěte, prarodiče, přátele, širší rodinu, kolegy ze zaměstnání. Zároveň se ale bolestně dotýká těch, kteří sdělují tuto nepříznivou zprávu, kteří se o ženu starají v průběhu ukončení gravidity, a kteří pomáhají ženě a jejím blízkým po odchodu z nemocnice se s touto ztrátou vyrovnat.

Tento text vychází z provedeného výzkumu mezi vámi – lékaři, porodními asistentkami a zdravotními sestrami na straně jedné, na straně druhé se výzkumu účastnili sociální pracovníci, kteří poskytovali následnou psychosociální podporu ženě, případně jejímu partnerovi. Tento výzkum byl doplněn rozhovory s ženami, které prošly prenatalní ztrátou a byly ochotné hodnotit kvalitu Vámi poskytované péče.

Na základě vyhodnocení tohoto výzkumu zaměřeného na kvalitu poskytované péče při prenatalní ztrátě byl vytvořen následující text. Tento text vychází také z mnohaletých zkušeností s ženami a jejich rodinami, které prošly prenatalní ztrátou. Více jak deset let jsem přítomna sdělování nepříznivé diagnózy na pracovišti fetální medicíny a ultrazvukové diagnostiky, jako porodní asistentka jsem často přítomna při porodu mrtvého miminka. Vycházím také z absolvovaného Výcviku krizové intervence a reaguji tímto stručným edukačním materiálem na zpětné vazby rodičů nenarozeného dítěte. V neposlední řadě vycházím také ze studia odborné literatury a vydaných publikací, které jsou uvedeny na poslední straně.

V této malé příručce najdete stručná doporučení, jak vést krizovou intervenci při prenatalní ztrátě. Z mnohaletých vlastních zkušeností vím, že se nelze vždy dopředu připravit na správné vedení intervence, někdy se stane, že nás zaskočí prudká reakce rodičů, jindy jejich životní peripetie, stane se, že uděláme chybu, necháme se unést náročnou situací a řekneme něco nevhodného (i když s nejlepším úmyslem), co již nelze vzít zpět. Nezbytné ovšem je, když jsme si vybrali toto naše nelehké povolání, abychom dokázali svým přístupem co nejlépe pomoci těm, kteří se na nás s důvěrou obracejí, a Vaše ochota sdílet s nimi tuto bolest a nelehkou životní etapu jim pomáhá při překonání prenatalní ztráty, a navrácení se do běžného života.

Každá kapitola této stručné příručky se skládá ze čtyř částí: popisu problému, shrnutí problému, stručné rady co dělat, a stručné rady co není vhodné, co nedělat. Pod čarou jsou napsány sdělené pocity žen, postřehy z dopisů žen (co jim v danou chvíli pomohlo, co jim chybělo, co jim vadilo). Dle mého názoru právě na těchto konkrétních příkladech lze nejlépe vysvětlit danou specifickou problematiku, i když některá sdělení jsou velmi smutná, ale pevně věřím, že budou pro Vás velmi poučná.

Pokud Vám bude tato stručná příručka aspoň malým přínosem a obohacením, tak splnila svůj účel. Protože pokud si budete jisti, že svoji práci umíte, budete si jisti i při vedení krizové intervence a Vaše jistota a klid se přenesou ženě, které očekávají pomoc a podporu. A o to bude Vaše provázení a pomoc pro ženu a jejího partnera ještě cennější a důležitější.

Věřím, že již jen tím, že si ji přečtete, tak jste správně na svém místě – lidé, kteří chtějí pomáhat a pomáhají.

## Úvod

Prenatální ztráta je stále bagatelizována, a to nejen v médiích, ale i mezi odbornou lékařskou veřejností. Okolí bolesti z prenatální ztráty většinou neakceptuje a nabízí obvyklé laciné způsoby útěchy. Z hlediska lékařského potrat či porod mrtvého dítěte ve většině případů neznamená náročný zásah, či život ohrožující situaci, ale ženám po potratu není většinou nabízena žádná další pomoc a podpora. Přesto, že potrat v prvním trimestru patří k nejčastější ztrátě těhotenství.

Je pochopitelné, že každá žena prožívá svoji prenatální ztrátu individuálně, ale zde je nutno zdůraznit, že vzhledem k dlouhodobým českým tradicím a legislativnímu vymezení potratu a porodu se k potracenému plodu stále přistupuje jako k biologickému materiálu. Jako by se na nejdůležitější část prenatálního vývoje pohlíželo s odkazem: co je malé, to se nepočítá. Tímto je pro ženu komplikován proces rozloučení a proces truchlení z této ztráty, což může být jedním ze závažných důvodů psychické újmy nejen ženy, ale i obou rodičů.

Truchlení je přirozená reakce, kterou potřebujeme, abychom se dokázali se ztrátou vyrovnat. Nejde primárně o proces léčení, ale o proces přijetí, kde má vhodná podpora (nejen psychická) roli bezpečného průvodce. Proto jsem se snažila vytvořit Vám tento stručný manuál, abyste byli bezpečnými průvodci ženě po prenatální ztrátě v jejím procesu truchlení.

## 1. Stručné vymezení pojmů souvisejících s prenatální ztrátou

Za velmi důležité a pro správnou orientaci v této problematice považuji stručné vymezení pojmů souvisejících s prenatální ztrátou.

Ke klíčovým slovům této příručky patří slovní výraz *prenatální*. Za období prenatální je považováno období od početí až po narození, tzn. vztahující se k celému období před narozením. V souvislosti s tématem krizové intervence při prenatální ztrátě hovoříme o všech těhotenstvích, která vznikla, byla diagnostikována, ale nenarodilo se z nich živé dítě.

V odborné literatuře zabývající se ztrátou těhotenství a následně psychologickou podporou se častěji můžeme setkat s výrazem *perinatální*. Za perinatální období je považováno období viability (životaschopnosti) plodu, tzn. období, kdy je plod již schopen přežít, samozřejmě za podmínek zahájení okamžité intenzivní lékařské péče, období stanoveného termínu porodu a období ukončených šesti týdnů po porodu. V České republice je za hranici viability považována hranice 24. týdne těhotenství. Česká republika se dlouhodobě řadí mezi vyspělými zeměmi na první místa s nejnižší perinatální úmrtností, která je ukazatelem vynikající kvality zdravotní péče, a sice na 4,3 %. Každá země má stanovenou hranici viability, tzn. období, kdy se zahajuje intenzivní péče o novorozence.

Ve své mnohaleté praxi porodní asistentky jsem se často ze strany lékařů setkávala, a stále setkávám při komunikaci s těhotnou ženou s tím, že pokud diagnostikovali chybějící akci srdeční u mladší gravidity, domnívali se a domnívají, že když matka ještě necítí pohyby miminka, a je teprve v začátku těhotenství, tak pro ni prožívání ztráty není tak bolestné, jako když se jedná o období těsně před termínem porodu. I to byl jeden z důvodů, proč se věnuji ženám s prenatální ztrátou, tzn. i ženám v začátku gravidity. V oblasti krizové intervence při prenatální ztrátě je jakékoli neúspěšné těhotenství zásadní problematikou – buď výtoužené těhotenství nepřichází, anebo hrozí, že nastane spontánní potrat, nebo byla diagnostikována závažná vrozená vývojová vada, nebo nastalo těhotenství nechtěné, a žena se rozhoduje o ukončení gravidity v souladu s platnou legislativou. Proto také za velmi podstatné k tomu tématu považuji stručné přiblížení pojmu *potrat*. Potratem se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní hmotnost je nižší než 500g, nebo hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22. týdnů.



Přibližně ke třem čtvrtinám spontánních potratů dochází před 16. týdnem gravidity. Jak jsem již jednou v úvodu zmínila, podle zahraničních studií téměř 20% všech klinicky diagnostikovaných gravidit končí spontánním potratem.

Podle mezinárodní klasifikace nemocí je rozdělení potratů následující:

- Potrat samovolný, spontánní
- Potrat indukovaný, legální, terapeutický:
  - umělé ukončení těhotenství na žádost ženy
  - zdravotní indikace ze strany ženy
  - zdravotní indikace ze strany plodu.

Pro kompletní doplnění názvosloví je nutné zmínit *syndrom mrtvého plodu*. O syndromu hovoříme proto, že při zjištění mrtvého plodu a následně jeho porodu mohou nastat komplikace, které závažně ohrožují zdravotní stav i život matky. Pod tento syndrom zařazujeme podle novely zákona všechna úmrtí plodu v těhotenství, a za porodu, kdy se narodí plod s hmotností vyšší než 500g bez známek života. Mrtvorozenost je v České republice několik let stabilní a pohybuje se kolem 3 – 4 ‰

### ***Statistika***

Pokud sečteme spontánní potraty (podle statistických údajů 10 – 15 % klinicky diagnostikovaných gravidit končí spontánním potratem), ukončené těhotenství na žádost ženy ať již do 12. týdne těhotenství, anebo do 24. týdne na základě indikace genetika pro vrozenou vývojovou vadu plodu, mimoděložní těhotenství, mrtvorozenost, můžeme hovořit o tom, že **problematika prenatální ztráty se ročně týká každé páté těhotné ženy**, což je jistě z hlediska porodnosti velmi závažná statistika!

## 2. Sdělení závažné zprávy

Sdělování nepříznivé zprávy je ve většině případů lékařem. Těhotná žena může být v začátku gravidity, domnívat se, že je vše v pořádku, ale lékař diagnostikuje zamlklé těhotenství, těhotná žena může kdykoli během těhotenství vyslechnout od lékaře závažnou zprávu, např. se může jednat o zjištění vrozené vývojové vady neslučitelné se životem, těhotná žena těsně před porodem může přestat cítit pohyby svého miminka, ....

- **je nezbytné mít vždy na paměti, že každá žena očekává po zjištění otěhotnění narození zdravého krásného miminka.** Od začátku těhotenství hovoří o miminku, i když z medicínského hlediska je to do 24. týdne těhotenství plod
- většinou neznáme porodnickou anamnézu, sociální prostředí, ve kterém žena žije, proto **žádnou prenatalní ztrátu nelze bagatelizovat**
- **sdělení závažné diagnózy dítěte znamená pro rodiče hluboký otřes a patří mezi nejzávažnější spouštěče traumatické krize**
- sdělením závažné zprávy žena během vteřiny utrpí šok, a mnohočetnou ztrátu, proto by měl lékař informaci o tom, že nezachytil ozvy plodu (dítěte), že zjistil závažnou vadu, sdělovat vždy s ohledem na to, jak obrovskou psychickou zátěž způsobí
- **sdělení závažné nepříznivé zprávy vyvolává u rodičů šok, smutek, úzkost,** může vést k rychlému rozvoji obranných mechanismů, rodiče jsou ve většině případů **zdrčení, vystrašení, cítí hněv a nespravedlnost** („Proč zrovna my?“), **hledají viníka** (často mohou svůj hněv namířit i proti Vám... mějte prosím na paměti, že se zlobí na situaci, ve které právě nyní jsou, a svoje neštěstí ventilují třeba tímto způsobem)
- lékaři by měli být předem připraveni na to, jakou vhodnou formu a používání odborných termínů vzhledem k osobnosti ženy a její sociální situaci zvolí. Lékař gynekolog – porodník by měl znát zdravotní anamnézu ženy, a nepodcenit závažnost ztráty těhotenství ani v začátku gravidity. Může se jednat o bezdětnou ženu po několika neúspěšných pokusech IVF, ženu, která procházela složitými životními situacemi a těhotenství bere jako nový začátek, ale i o ženu mladou, zdravou, kterou by ani nenapadlo, že by mohly přijít nějaké komplikace,...

- informace by měl lékař ženě podat srozumitelně, ujistit se, zda paní rozumí, nechat jí čas na pochopení sdělení (i když bude plná čekárna, nespěchat, nechat ženě a jejímu doprovodu čas)
- **při prvním sdělení podávat jen základní informace**, příčiny a souvislosti onemocnění by měl lékař objasnit jen stručně a načrtnout linii léčby. **Velmi důležitá je volba prvního slova**
- lékař by měl **pomoci paní, případně jejímu doprovodu vyrovnat se v daný moment se stresující informací**, tzn., že by měl umožnit např. odreagovat negativní emoci – pláč, nárek, výčitky, vztek = vytvořit prostor pro **podporu ventilace emocí**
- teprve poté je vhodné **přistoupit ke konkrétním plánům následných kroků**. Někdy se doporučuje tuto fázi odložit na pozdější dobu, a umožnit tím ženě probrat situaci se svými blízkými, dalšími zdravotníky (obvyklými projevy krize je mj. výrazně snížená schopnost přijímání a zapamatování si nových informací - uvádí se, že v situaci šoku si pamatujeme méně než 10% informací). Zde je velmi důležitá klidná reakce těch, na které se žena obrací, protože jejich klidná reakce pomáhá lépe přijmout skutečnost, která je neměnná
- prvním, základním a nejdůležitějším cílem krizové intervence je pomoci ženě, partnerovi, rodině **realisticky přijmout situaci**

#### ***Shrnutí Sdělení nepříznivé zprávy – doporučení, co a jak dělat:***

- představte, pokuste se navázat kontakt, po krátkou dobu pozorujte
- buďte připraveni na různé emoce (pláč, křik, obviňování, hněv), neochotu mluvit, neochotu spolupracovat, odmítání Vaší podpory a přítomnosti
- sdělte informaci bez oklik, pravdivě a co nejpřesněji – stručně, co se stalo – velmi důležitá je volba prvních slov, při prvním sdělení podávat jen základní informace (**zpráva musí být sdělena jasně a přímo**, zkuste si představit, jaký by byl titulek toho, co chcete sdělit a to sdělte)
- používejte přitom pevně a jistě slova „smrt“, „úmrtí“, „zemřel“ a snažte se vyhnout eufemismům, jako např. „usnulo“, „odešlo“
- vyjádřete lítost a pochopení
- zůstaňte s ženou, rodiči, zajistěte jim klid, soukromí, případně jim nabídněte přesunutí do jiné klidné místnosti

- přijměte první reakci
- podpořte je ve ventilaci emocí
- nabídněte kapesníky, tekutiny
- pokuste se zjistit, z čeho má žena právě teď největší obavu, z čeho má největší strach, aktivně jí a jejímu partnerovi naslouchejte, nebojte se zeptat, co se jí honí hlavou
- pokuste se prakticky pomoci, zeptejte se krátkými otázkami na to, jak můžete konkrétně pomoci (např. pokud je žena sama, nabídněte jí, že zavoláte partnerovi)
- informujte ženu o dalším průběhu, zajistěte další návaznou péči (předání na porodní sál k porodu mrtvého miminka, předání do gynekologické ambulance k zajištění další péče)
- domluvte se na dalším postupu, návštěvě, předejte kontakt na krizové služby – nabídněte psychickou pomoc, kontaktní osobu, na kterou se žena, partner, rodina mohou v návalu rozbouřených emocí obrátit
- ujistěte se, že žena rozuměla sdělení

**Co nedělat:**

- nesdělujte rychle informaci (ať už to nepříjemné máte za sebou), neodcházejte rychle, nejednejte zbrkle
- informaci nesdělujte „mechanicky“, bez projevu emocí, není vhodné používat oficiální neosobní slovní spojení (nebojte se být autentičtí, projevit lítost)
- nesdělujte závažnou informaci v rušivém prostředí
- nebagatelizujte situaci, ztrátu gravidity v začátku těhotenství („to bude dobré“, „vždyť jste byla na začátku“, „máte přeci už dvě děti“)
- nebagatelizujte zármutek s akcentem na další těhotenství („můžete ihned znovu otěhotnět“) – žena nechce nové další těhotenství, chtěla právě toto těhotenství
- nebraňte projevu emocí („neplakejte“)
- hovor není vhodné přerušovat, být v časovém tlaku (pokud má lékař jen omezený čas, měl by ženu připravit na to, že po uplynulém čase paní předá do péče kolegovi, který se jí bude v tuto chvíli dál plně věnovat)
- není vhodné neustále mluvit, zaplňovat ticho, nutit paní do odpovědi

- není vhodné provádět, sledovat jiné aktivity („*dívám se, už mám další pacientky*“), odbíhat z vyšetřovny („*zajdu se vedle podívat na druhou pacientku, kolega potřebuje můj názor*“)
- nebraňte se dalšímu setkání („*to je zbytečné za mnou chodit, všechno už víte, teď jdete na příjmovou ambulanci*“, „*proč chcete další ultrazvuk, vždyť je to jasné*“)
- není vhodné snažit se tlumit emoční projevy pacientů tisíci léky („*dám vám něco na uklidnění, to vám pomůže*“)
- není vhodné vyvíjet nátlak, co teď dělat a co ne („*ted' se oblečte a běžte na porodní sál k vyvolání k porodu*“, „*ted' hned musíte jít na příjem*“, „*manželovi můžete zavolat, až vás přijmou, ted' běžte na ten příjem*“)
- neobviňujte („*proč jste nepřišla hned, když jste necítila ozvy..!*“, „*kdybyste přijela dřív, třeba bychom miminko zachránili*“, „*na co jste čekala až do rána, měla jste přijet v noci*“)
- není vhodné omezovat hovor jen na medicínské souvislosti
- pokud je paní v doprovodu manžela, maminky, neoddělujte je od sebe („*já si ted' promluví s vaší paní, s vaší dcerou, vy počkejte chvíli na chodbě*“)

---

Z rozhovorů, z dopisů:

„jen jste vedle mě tiše seděla, byla jsem tak ráda, že nejsem sama, strašně se bála, co bude dál“

„nabídla jste se, že zavoláte manželovi, já vůbec nevím, jak a co bych mu řekla“

„vůbec jsem nevěděla, co se děje, co mám dělat, vy jste byla se mnou a trpělivě čekala, mohla jsem brečet, nadávat“

„nevěděla jsem, kam mám jít, vím, že mi to doktor říkal, ale v uších mi jen znělo, nejsou tam ozvy, nejsou tam ozvy, mojí holčičce nebije srdíčko,... zavedla jste mě na porodní sál, nevěděla jsem, kam mám jít, nikdy jsem tam nebyla, byla jsem úplně zmatená, předala porodní asistentce a já už nemusela chvíli nic říkat, neměla bych na to sílu“

„nechala jste mě dlouho plakat, měla jsem tak vyschlo v puse, dala jste mi vodu, já jen pila a pila, a pak cítila úlevu, jako kdybych tu pachut' na chvíli spláchla“

„pomohla mi jedna vaše věta, a ta mi dávala sílu na celý porod mého chlapečka, řekla jste, že mi zemřel pod srdcem, že byl se mnou a já v tom okamžiku s ním“

„zeptala jste se, co mě teď nejvíc trápí a v ten daný moment to bylo, že jsem se nejvíc bála toho, co přijde, že budu muset porodit mrtvé dítě, nechala jste mě mluvit a jen naslouchala, měla jste na mě čas“

„nečekala jsem, že to se mnou tak zamává, mám už tři velké děti, ale když jsem zjistila, že jsem těhotná, byla jsem tak šťastná, tak strašně jsem se na to miminko těšila, a doktor mi jen řekl, že se to stává běžně i mladým holkám, a u tak staré žena jako já se to dalo čekat, no to bylo hrozné“

„byl tak necitlivý, řekl, že ať nebrečím, že na začátku těhotenství se to běžně stává, ale já už takto potratila po třetí, jsem úplně zoufalá, že nikdy nebudu mít dítě, vůbec ho to nezajímalo, neměl čas, bral to jako rutinní vyšetření, ale pro mě to byl konec světa“

„jak mi mohl říct, že to bude dobré, že si za rok ani nevzpomenu?“

„sestřička byla hodná, říkala, že se jí to taky stalo, ale mě to v ten moment bylo jedno, bylo mi jedno, že se jí to stalo. Proč se stalo mně?“

„připadala jsem si neschopná, neschopná donosit dítě, neschopná najít si práci, mít dítě, co vlastně můžu nabídnout svému partnerovi? Ani to dítě mu nedám...“

### 3. Pomoc a podpora při ukončení těhotenství do 14. týdne gravidity

Do ukončeného 14. týdne těhotenství v případě zamklých ozev, či rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství, podstupuje žena ukončení těhotenství v celkové narkóze. Významné české psycholožky se ze své praxe shodují na tom, že každá žena od začátku těhotenství hovoří o dítěti, nikoli u plodu, přesto pro většinu lékařů je nenarozené dítě plodem. S prenatální ztrátou se setkávají poměrně často, a pro ně tato situace není vyjimečná, ale zapomínají na podstatný fakt, že pro těhotnou ženu, které právě sdělili prenatální smrt, je tato informace šokující, naprosto neočekávaná a pravděpodobně jedna z nejhorších v jejich životě, zpráva, na kterou se nelze předem připravit. Prožívání samovolného potratu je velice intenzivní a bolestné od prvního okamžiku, ženy jej vnímají jako obrovskou srdceryvnou ztrátu. Všeobecně se však jejich blízcí nejdříve zajímají o zdraví ženy, až později si začínají uvědomovat, co ztratila. Ve zdravotnickém zařízení by se neměl podceňovat rituál rozloučení. Pokud je těhotenství v menším týdnu, je ve většině případů pochopitelné, že žena nebude chtít miminko vidět (v prvním trimestru to ani nelze), a proto je vhodné podpořit ji, pokud si to přeje, vnímá to tak, v rozloučení se s miminkem ve fázi myšlenek, v myšlenkové vizualizaci očekávaného dítěte. Pokud již znala pohlaví a měla pro miminko jméno, může zdravotnický personál s ženou hovořit o miminku jménem. Takové ženě a jejímu partnerovi je vhodné ponechat prostor pro své intimní rozloučení v oblasti duchovní, spirituální. Rozhodně nelze bagatelizovat, případně odsuzovat ženy, které se rozhodly pro umělé ukončení těhotenství. Většinou neznáme důvod pro toto rozhodnutí, jejich momentální životní situaci. Je vhodné nechat ženu říci nenarozenému malému miminku všechno, co by mu chtěla říct, jaké měla plány, jak ho milovala a miluje. Tímto malým rituálem rozloučení může žena ukončit své neúspěšné těhotenství. Je vhodné zmínit post abortivní syndrom, který v medicínské literatuře zahrnuje pouze spontánní potrat, zatímco u žen, které podstoupily umělé přerušení těhotenství, se tento syndrom vymezuje jako Post Interrupční Syndrom. Tento syndrom je specifickou formou širší diagnózy, známé jako posttraumatické stresová porucha. Nástup této poruchy, tohoto onemocnění, může nastat kdykoli od okamžiku traumatu, tedy v tomto konkrétním případě od okamžiku zákroku, až do několika let poté. Čím je tento syndrom způsoben? Především je to tím, že žena nebyla schopná, nemohla pod tlakem sociálních okolností, vyjadřovat své pocity, které

se vázaly k jejímu těhotenství, k potratu a tím k možnosti vyrovnat se s těmito negativními pocity.

***Shrnutí pomoci a podpory při ukončení těhotenství do 14. týdne gravidity doporučení, co a jak dělat:***

- citlivě a individuálně přistupujte ke každé ženě, která podstupuje ukončení těhotenství
- respektujte však její přání, potřeby a rozhodnutí
- neodsuzujte ji za její rozhodnutí
- nebojte se vyjádřit lítost a pochopení
- zjistěte, z čeho má žena ve zdravotnickém zařízení největší obavy
- snažte se rozptýlit pocit viny za nedonošené těhotenství, za vznik vrozené vady
- podpořte ženu, případně i partnera ve ventilaci emocí
- buďte trpělivý
- snažte se prakticky pomoci, ptejte se krátkými otázkami na to, jak můžete v tuto chvíli pomoci
- buďte ženě oporou, pokuste se rozptýlit strach ze zákroku, z narkózy
- informujte o dalším průběhu, nabídněte, případně zajistěte konkrétní další péči
- podpořte ženu v rozloučení se s miminkem ve fázi myšlenek, nabídněte rituál rozloučení (cílem rituálu je umožnění pozvolného rozloučení, vzpomínání, ale také omluva a vyjasnění, zkrátka uvolnění emocí v takové míře, kterou daný člověk potřebuje proto, aby se mohl se ztrátou vědomě smířit)
- pokuste se pomoci vyrovnat se s negativními pocity
- je vhodné a citlivě ženu konkrétně poučit o tom, jak bude probíhat šestinedělí
- před propuštěním připravte pro ženu kontakt na případnou psychologickou pomoc a podporu, případně připravte informace o krizových centrech, odborné pomoci, svépomocných sdruženích – nejlépe v tištěné podobě
- zdravotníci by měli kromě somatického stavu provést také kontrolu stavu psychického



- nabídněte využití dostupných prostředků, jakými jsou: individuální psychoterapie, psychologické poradenství, rituály odtruchlení, sdílení na internetu nebo ve svépomocných skupinách, či jakoukoli jinou formu terapie

***Co a jak nedělat při péči o ženu během ukončení těhotenství do 14. týdne gravidity:***

Vzhledem k bagatelizaci psychického prožívání potratů v prvním trimestru těhotenství se často stává, že ženy svému smutnění nedají anebo nevědomě dát nechtějí tolik prostoru a spíše se snaží zahnat smutek radostnými událostmi, jako je dovolená, zařizování bytu, pořízení domácího mazlíčka, často změni zaměstnání, navštěvují oslavy všeho druhu a vyhledávají jiné aktivity, aby „zaměstnaly“ hlavu myšlenkami na něco jiného, než bylo jejich těhotenství. V takovém případě se může stát, že takto „neodtruchlené dítě“ zabírá v psychice ženy prostor pro příchod nového dítěte a žena se vydává na cestu boje s neplodností. Opačným extrémem je dlouhé smutnění, které po čase může narušit psychickou rovnováhu ženy, blízké vztahy, celé zázemí a partnerské fungování. Proto se nedoporučuje:

- bagatelizovat ztrátu těhotenství v začátku gravidity
- odsuzovat ženu za rozhodnutí ukončit těhotenství
- mít emoční odstup od ženy, která se rozhodla ukončit těhotenství
- nabízet automaticky léky ovlivňující psychiku
- v komunikaci předpokládat, že žena ví (např. jak bude probíhat šestinedělí)
- omezovat hovor jen na medicínské souvislosti
- popisovat podrobně způsob provedení kyretáže - poskytované informace musí být adekvátní situaci
- ženy někdy chtějí podrobné informace, ale je třeba mít na paměti „tenký led“, na kterém se pohybujeme a zvažovat, jaké informace, respektive jejich obsah a konkrétní popis je vhodný anebo spíše zraňující

---

Z rozhovorů, z dopisů:

„Jen řekl, že takových jako já je moc, ať si to tak neberu, že to bylo v začátku“  
„Bylo to tak rychlé, manželovi řekli, že pro mě může odpoledne přijet a než jsem něco řekla, tak už jsem byla ve velkém pokoji, kde byly i jiné ženy. Dostala jsem noční košili, pak nějakou tabletu, pak injekci a ostatní mám jak v mlze. Když

jsem se probrala, bylo po všem. Chápete, po všem. Ráno jsem si šla zvesela pro fotku, hlavu jsem měla plnou představ a plánů, tajně jsem si přála chlapečka, a večer v břichu prázdno....“

„Ptala jsem se, jak výkon probíhá, na jednu stranu mě to zajímalo, logicky jsem chtěla vědět „co mě čeká, ale nechtěla jsem vědět úplné detaily, ale ten doktor na příjmu říkal, že se plod vysaje, či co, udělalo se mi z toho zle.“

„Pokaždé, když jsem šla na záchod měnit vložku, musela jsem myslet na to, co říkal. Vím, miminko nemělo ozvy, bylo malinké, ale přesto to mohl říct jinak nebo třeba vůbec“

„jediné, na co se zeptal, bylo, jestli chci něco na uklidnění, že by mi napsal Neurrol, ať se vyspím a jsem v pohodě“

„Bavili se strašně stroze, jen tady si to přečtete, tady to podepište...“

„doktorka byla nepříjemná. Vím, že jsem nebyla objednaná, ale pro mě to bylo hrozně těžké rozhodnutí...“

„Nikdo z nich si neuvědomil, jak mě to bolí, pro mě to nebyl nemocný plod, ale moje vytoužená holčička. Ve 45 letech jsem byla poprvé těhotná, některé spolužačky ze základky už měly vnouče“

#### 4. Pomoc při potratu nad 14. týden gravidity a při porodu mrtvého plodu

Primárním cílem je pomoci ženě, jejímu partnerovi realisticky přijmout prenatální ztrátu a efektivně pomoci a provázet při vyrovnávání se s touto ztrátou. Chování a přístup zdravotníků, psychologa, případně krizového intervenanta (pokud je přítomen ve zdravotnickém zařízení) je v zahájení procesu truchlení velmi významným momentem, protože rodiče se zdravotníky vstupují do kontaktu v akutní fázi prenatální ztráty. V případě, že je žena sama, je o to víc vhodné poskytnout jí pocit bezpečí, nachází se pro ni v cizím nemocničním prostředí. Je žádoucí vytvořit pro ni bezpečný prostor, navázat s ní kontakt, ujistit ji, že jste tady proto, abyste jí pomohli a poskytli potřebnou podporu.

Potrat a porod mrtvého miminka se týká:

- ženy, která je těhotná víc jak 14 týdnů, musí mrtvé miminko potratit, resp. porodit spontánně vaginální cestou (císařský řez anebo instrumentální vybavení plodu v celkové narkóze se provádí jen výjimečně), což znamená pro ženu velkou psychickou zátěž
- ženy, které se rozhodla v souladu s platnou legislativou pro závažnou vývojovou vadu plodu pro ukončení gravidity – pro tyto ženy je takový porod ještě mnohem psychicky náročnější, velmi často cítí vinu za toto rozhodnutí.

Pro ženu to znamená vyvolání porodu pomocí medikamentů. Provádí se tzv. indukce, tedy vyvolání spontánního vypuzení, porodu mrtvého plodu. Samozřejmě že vzhledem k okolnosti, že se neočekává narození zdravého živého dítěte, může být medikace taková, aby celý proces urychlila, v dnešní době je zcela běžné tlumení bolesti epidurální analgezií. Většinou se ale ve zdravotnických zařízeních podávají i léky na ovlivnění psychiky, takže taková žena působí jako vyrovnaná s touto situací. Ošetřující lékaři a sestry mají pocit, že paní žádnou krizovou intervenci nepotřebuje, proto velmi často krizového intervenanta nebo psychologa nevolají. Někdy spád od diagnózy k porodu mrtvého plodu je velmi rychlý, takže žena nemá ani možnost projít si všemi fázemi truchlení. Pro těhotnou ženu, které právě sdělili prenatální smrt, je tato informace šokující, neočekávaná a nejhorší v jejím životě, zpráva, na kterou se nelze předem připravit. Je vždy velmi důležité přistupovat ke každé ženě citlivě a individuálně. Z hlediska hormonálních změn v organismu ženy je potrat poměrně brutální zásah do organismu, který způsobí hormonální nestabilitu. Společně s výčitkami své-

domí vlastními i obecně společenskými, případně náboženskými, může vyústit v silné deprese. V období po potratu, kdy převládá pocit sebeobviňování, smutku, lítosti, pocit prázdnoty, zklamání, zlosti, nespravedlnosti a pochybností o budoucnosti, se s těmito negativními pocity téměř vždy objevuje pocit nenávisti k jiným těhotným ženám či šťastným maminkám. Dny, ale i měsíce následující po potratu, mohou být pro ženu i jejího partnera velmi obtížné. Ještě obtížnější reakce bývá patrná u žen po dlouhodobém snažení se o dítě, u žen, které prodělaly potrat opakovaně a u žen, které v minulosti prodělaly umělé přerušování těhotenství. Jinak se s touto situací vyrovnává žena, jinak muž. Žena samozřejmě postupuje porod, ale po stránce psychické bývá ztráta těhotenství pro oba partnery velmi náročná.

***Krizová intervence při ukončení těhotenství po 14. týdnu gravidity by měla zahrnovat, tzn. co dělat:***

- v případě přání ženy umožnit, a zajistit doprovod osoby blízké
- pomoc ženě, rodičům akceptovat ztrátu, projevit lítost nad touto ztrátou, komunikovat s oběma rodiči
- zjistěte, co ženu nejvíce trápí, z čeho má největší obavy, nebojte se ptát se
- pokud žena cítí vinu, hovořte s ní a snažte se jí pomoci vyrovnat se s těmito negativními pocity viny, pokuste se rozptýlit je
- velmi důležitá je Vaše přítomnost, podpora a pomoc při obavách z porodu mrtvého plodu
- často povzbuzujte ženu, ale také jí umožněte, pokud to její zdravotní stav dovolí, samostatná rozhodnutí
- oceňujte její sílu, pokud je přítomen partner, tak oceňte jejich vzájemnou podporu během porodu mrtvého dítěte
- zajistěte, aby žena nebyla konfrontována s porody zdravých živých novorozenců (tzn. pokuste se zajistit maximální soukromí, klid, dbejte na to i při překladi žen z porodního sálu na oddělení)
- citlivě se snažte domluvit se s rodiči na rozloučení s miminkem, nabídněte jim možnost provést rituál rozloučení, nebojte se hovořit o tom, jak vypadá mrtvé dítě, umožněte a poskytněte rodičům čas na rozloučení s miminkem, nebojte se zeptat se na jméno pro miminko, na stranu druhou respektujte jejich odmítavou reakci

- pokud si rodiče nepřejí dítě vidět, nabídněte otisk, fotografii, pramínek vlásků, respektujte odmítavou reakci
- respektujte každé její rozhodnutí, každý projev emocí
- buďte připraveni být ženě oporou, podávejte informace, oceňte, že přijímá vaši pomoc
- je zapotřebí ženu vnímat, být s ní, podpořit ji, kráčet s ní v prožitku, nebojte se projevit také své emoce, je zcela pochopitelné, že i Vás zasáhne provázení ženy při porodu mrtvého dítěte
- co je velmi důležité, tak je ocenit matku za to, že dokázala porodit dítě, případně i partnera za to, že byl s ženou, že jí byl oporou (žena, která rodí mrtvé dítě, nemá za svou bolest odměnu, nemá zdravé živé dítě, prožívá dvojnásobnou bolest)
- pokud žena vysloví obavy, snažte se pomoci jí s formulací sdělení příbuzným, kamarádům o tom, co se stalo, jak to sdělit
- při porodu malého plodu podpořte rodiče při jiném rituálu rozloučení, vizualizaci, vzpomínce na ultrazvukové vyšetření, ponechání v mysli krásnou představu o miminku
- zapište do dokumentace poskytnuté intervence, a předejte informace dalšímu zdravotnickému personálu, který vás střídá, přebírá si péči o ženu vše, na čem jste se s ženou již domluvili, jaké je její přání – ochráníte ženu před opakovanou bolestivou otázkou na něco, co si žena nepřeje, co jí citlivě zasahuje
- ve svých sděleních buďte opatrní, nenechejte se strhnout a vtáhnout silou situace, pouze zrcadlete
- pracujte, spolupracujte v týmu, sdílejte názory a postupy tak, aby bylo dosaženo optimální péče a byla jednotná informovanost ženě, rodičům
- pokud je žena, rodiče věřící, můžete rodičům nabídnout podporu nemocničního kaplana, kněze
- ve zdravotnickém zařízení je vhodné citlivě ženu poučit o tom, jak bude probíhat šestinedělí, protože období šesti týdnů od potratu i porodu mrtvého se týká všech žen, vždy nastávají prudké hormonální změny v organismu, děloha se musí „vyčistit“, ženy krvácejí, prsa byla připravena ke kojení – je třeba zastavit laktaci, o tom všem by měla být žena poučena

- nabídněte ženě, předejte konkrétní kontakt na následnou psychologickou podporu zaměřenou na vyrovnání se s prenatální ztrátou, upozorněte ji na sdružení a spolky zabývající se pomocí ženám, jak překonat ztrátu dítěte – je velmi důležité pro pocit bezpečí mít kontakt na konkrétní pomoc, žena ji nemusí využít, ale na druhou stranu má pocit jistoty, že se může obrátit pro pomoc
- buďte umírnění v dávkování léků ovlivňující psychiku
- před propuštěním do domácího prostředí se ujistěte, že Vám žena opravdu rozuměla, trpělivě opakujte, vysvětlujte a naslouchejte

Kdo je *Blízká osoba*? Většinou partner, ale může to být maminka, kamarádka, dula – osoba, která ženu při porodu provází, snaží se být oporou. Nejčastěji však takovou osobou bývá partner, otec dítěte. Pro něho je tato situace nesmírně psychicky náročná, snaží se být ženě oporou, a potlačuje své prožitky, nejčastěji slzy. Velmi často odchází, aby se vyplakal a žena ho při tom neviděla. Většinou se ženu snaží podporovat tím, že ji hladí, drží za ruce, povzbuzuje, ujišťuje, že situaci zvládnou. Je důležité nezapomínat, že pro osobu blízkou je nutností se jít také napít, najíst, na toaletu, na chvíli opustit prostředí, mít chvíli pro sebe a tak načerpat sílu na další podporu. Je důležité, že žena není na porod sama, že má vedle sebe někoho, komu důvěřuje, na druhou stranu je vhodné tuto osobu ocenit, věnovat jí také pozornost. Partner většinou ocení Váš zájem o něj, proto se ho nebojte také zeptat, jestli můžete pro něj v tuto chvíli něco udělat, co by mu pomohlo.

*Akceptace ztráty* – to, jak rodiče přijmou ztrátu, závisí na mnoha okolnostech, každý je jedinečný, má jiné sociální zázemí, víru, a to je třeba plně respektovat. Zdravotnický personál však může napomoci šetrným vedením porodu, nebojte se otevřeně hovořit o možnosti rozloučení se s miminkem, otevřeně komunikujte, oceňujte podporu partnerů. Umožňujte nechat probíhat emoce, snažte se dávat realistické naděje, a pokud máte prostor, pomáhejte hledat krátkodobé cíle. Je vhodné vždy nabídnout psychologickou pomoc buď přímo v porodnici, anebo v zařízení, poradně, kde by pomohli rodičům ztrátu překonat.

*Zjišťovat potřeby, pocity během porodu* – nebojte se zeptat, co pro vás v tuto chvíli mohu udělat, co se vám teď honí hlavou, co vás nyní trápí nejvíce? Nebojte se zeptat opakovaně ženy, i osoby blízké.

**Pocity viny** – s pocity viny se setkáváme u každého neúspěšného těhotenství. Žena, anebo partner, se obviňují za to, že v blízké minulosti prožívali nějaké trauma, které mohlo ovlivnit zdraví jejich miminka, že sportovali, jeli na výlet, pracovali. Ženy, které postihla opakovaně prenatalní ztráta, viní sebe samu, že nejsou schopny dát partnerovi dítě, že je jako žena k ničemu. Muži si často kladou za vinu, že mají vadné spermie, že jsou staří. V tomto případě je vhodný Váš direktivní přístup a ujištění, že nenesou vinu za smrt dítěte, za jeho vrozenou vadu, např.: „*ne, není to vaše vina, to co se stalo, je nespravedlivé, proti logice, ale není to vaše vina, nemohli jste to ovlivnit*“.

**Obavy z porodu mrtvého plodu** – informace je vhodné dávat po částech, a postupně ženu připravovat k porodu. Srozumitelně, ale přitom tiše a citlivě. Je vhodné nabídnout přípravky k tlumení bolesti, být pozorný k jejím potřebám, oceňovat její přístup, sílu, statečnost, povzbuzovat ji. Nebojte se vysvětlit ženě, jak porod probíhá, domluvte se, že bude vždy o všem informována, důležité je slovní vedení, v případě, že se chtějí rozloučit s miminkem, informujte o tom, jak miminko bude vypadat, nabídněte možnost pochovat si ho, pokud mají rodiče jméno, můžete hovořit o dítěti jeho jménem. Na druhou stranu pokud vycítíte, anebo to žena přímo vysloví, že má odmítavý postoj, respektujte ho. Velmi opatrně sděľujte informace, a sděľujte jen to, co je nezbytně nutné, aby nebyla žena ještě více zraňována. Je nutné naprosto respektovat přání a potřeby ženy, neodsuzovat ji za její postoj, rozhodnutí, neznáme její minulost, sociální zázemí. Při ukončení těhotenství pro vrozenou vývojovou vadu buďte k ženě citliví, neznáte okolnosti pro toto rozhodnutí. V žádném případě neodsuzujte a nehodnoťte její rozhodnutí, a starejte se o ni se stejnou péčí jako o ženu, u které ozvy samy zamlkly.

Pokud to prostředí porodnice umožňuje, měla by žena, která rodí mrtvé miminko, mít **zajištěno soukromí** a pokoj oddělený od ostatních rodičích žen tak, aby neslyšela pláč novorozenců a radostné výkřiky rodičů. Také komunikace mezi zdravotnickým personálem by měla být na takové úrovni, aby byli schopni si dostatečně předat veškeré informace o průběhu porodu a přáních ženy.

**Rozloučení s miminkem** – žena by měla být informována o možnostech rozloučení s miminkem, a měla by vědět, co bude s miminkem po porodu. Pokud rodiče cítí nejistotu, je vhodné ponechat jim čas na jejich rozhodnutí, podané informace po čase zopakovat, být jim oporou a jejich rozhodnutí respektovat. Většina maminek, rodičů

má pro své miminko během těhotenství vybrané jméno, ale někteří rodiče mohou po narození mrtvého dítěte s jeho pojmenováním váhat. Někdy se snaží odosobnit od mrtvého dítěte, chtějí mít vše co nejrychleji za sebou. Je vhodné citlivě rodiče podpořit v pojmenování jejich mrtvého dítěte, snadněji se o takovém dítěti v budoucnu hovoří. Pojmenováním dítěte si ho „zhmotní“, stane se pro ně v budoucnu více uchopitelným. Nelze v lidském životě zapomenout a přeskočit období neúspěšného těhotenství. Informace o možnosti pohřbu bývají často podávány písemnou formou, neplaťte na rodiče, aby ihned učinili rozhodnutí ještě na porodním sále. Dle současné legislativy mají na toto rozhodnutí 96 hodin od porodu. U porodu malých miminek anebo dětí s vrozenou vadou je vhodné citlivě zvažovat nabízení pochování miminka, a lze nabídnout jiný rituál rozloučení proto, aby ženu pohled na takové miminko netraumatizoval. Na druhou stranu období těhotenství nejde vymazat, bude vždy součástí životů rodičů, proto je vhodné určitý rituál rozloučení udělat. Rodiče by měli být citlivě informováni možnosti pohřbu a nutnosti rozhodnout o něm do 96 hodin od vydání Listu o prohlídce zemřelého a měli být informováni o matrice, úmrtním listu, o všech dalších zákonných formalitách souvisejících s úmrtím dítěte. Rituál rozloučení je velmi citlivá záležitost, a někdy je důležité i pro ostatní členy rodiny, kteří se těšili na příchod nového člena, nějaký rituál rozloučení udělat. Rodiče nemusí pořádat obřad, pohřeb, někdy postačí jen společná chvíle, společná chvíle sdílení bolesti a zármutku. Nenarozené dítě je těžce hmotně uchopitelné, žilo jen v představách, ostatní členy rodiny s ním nepojí společné zážitky. Přesto nebraňte ostatním členům rodiny prožívat tento žal společně, často se stává, že před porodním sálem čekají prarodiče. Pokud je to jen trochu možné, snažte se vždy na malou chvíli umožnit společné setkání a vzájemnou podporu celé blízké rodiny v tento těžký moment.

***Proces truchlení – podpora v procesu truchlení nad ztrátou.*** Prenatální ztráta, porod mrtvého dítěte osoby spouští široké spektrum reakcí na tak vážný zármutek. Většina žen je schopna se se svým zármutkem vypořádat a adaptovat se na svou ztrátu, velmi záleží i na sociálním prostředí, ve kterém žena žije. Nelze předpokládat, že všechny truchlící ženy potřebují psychologické poradenství. Je třeba počítat s velkou individuální variabilitou. Některé ženy však prožívají tak hluboký zármutek, že mají potřebu vyhledat pomoc. Cílem psychické podpory při zpracování bolestivé ztráty je, aby se žena dokázala se ztrátou těhotenství nakonec vyrovnat. V procesu truchlení, který



může být různě dlouhý, je velmi důležitá nejen podpora rodiny, okolí, ale pro mnohé ženy odborná pomoc, zaměřená na hledání smyslu ztrát, hledání odpovědi na otázku „Proč se to stalo, proč se to stalo právě mně? V čem jsem se v důsledku této ztráty změnila?“ V dnešní době existuje mnoho odborných poradenských sdružení, svépomocných skupin, ale je vhodné, aby žena dostala konkrétní doporučení a kontakt.

**Sdělování nepříznivé zprávy okolí** – rodiče se velmi často obávají sdělení této smutné zprávy svým rodičům, svým dětem, sourozencům. Je to pochopitelné, protože okolí se s nimi radovalo a těšilo na příchod miminka, také se mohou bát reakce okolí, někdy i reakce své. V jejich okolí mohou být lidé, se kterými mluvit o své ztrátě nechťejí, sousedi, kolegové v zaměstnání. Je vhodné rodiče ujistit, že záleží jen na nich, komu chtějí tuto informaci sdělit a jak otevřený přístup k okolí zvolí. Velmi často žena prosí svého muže, aby tuto informaci řekl za ni rodičům. Některé ženy zase po sdělení svým blízkým mohou spoluprožívat smutek, je pro ně úlevou, že mohou o své ztrátě hovořit. Velmi citlivé je prožívání malých dětí. Sourozenec vnímá spíše emoční rozladěnost maminky, tatínka, nemá ještě jasnou představu, co se vlastně stalo. Důležité je, aby rodič jasně řekl, co se stalo, nebál se říci, že miminko v bříšku umřelo, nebál se projevit své emoce, okomentovat je, na druhou stranu malé dítě je třeba obejmout, vyjádřit mu lásku, aby necítilo spoluvinu za smutek rodičů. Dítě v předškolním věku již tráví většinu času v kolektivním zařízení, kde se vzájemně svěřují a povídají si, těší se na sourozence a najednou mu rodiče řeknou, že miminko v bříšku umřelo. Důležité je povídat si o tom, co se stalo, mazlit se s ním. Některé děti více zlobí, aby upoutali na sebe pozornost. Mladší školák dokáže více o této skutečnosti mluvit a více si uvědomit konečnost a nezvratnost této situace. Je vždy důležité se s dítětem v jakémkoli věku mazlit, poskytnout mu lásku, nabídnout mu, jestli nechce přespat u rodičů v posteli. U pubertálních sourozenců, kteří tráví většinu času mimo domov, je důležité tuto otázku otevřít, a s oběma rodiči si otevřeně promluvit o tom, co se stalo. Dítě v období puberty může většinou mluvit se svými vrstevníky a nebát se před nimi říci, co prožívá.

**Co nedělat:**

- bagatelizovat ztrátu, zármutek („to bude dobré“, „to chce čas“)
- hovořit o mrtvém dítěti jako o plodu
- používat eufemismy, např. miminko „usnulo“, „odešlo
- mít emoční odstup, ženy ho vnímají negativně

- 
- rychle „vyřídít“ potrat nebo porod mrtvého dítěte a zmizet
  - dávat akcent na další možné těhotenství („za dva tři měsíce se můžete pokusit o další těhotenství“)
  - vinit ženu, že nepřišla ihned, co přestala cítit pohyby miminka („měla jste přijít hned, když jste cítila slabší pohyby!“)
  - nutit ženu rozhodovat se pod časovým tlakem („budete chtít po porodu vidět dítě, aneb ho máme nechat odnést?“, „budete chtít pohrbit dítě nebo ne?“)
  - vyjadřovat údiv nad přáním rodičů („vy chcete vidět své dítě, vždyť má rozštěp?“)
  - neodsuzujte („kvůli takové vadě ukončujete těhotenství?“)
  - sdělovat mnoho informací najednou
  - osobní sdělení nahradit písemným sdělením („tady si přečtete informace, jak to probíhá“)
  - používat strohý odborný slovník, omezovat rozhovor jen na medicínské souvislosti
  - zapomínat na konkrétní doporučení
  - vyhýbat se komunikaci s ženou
  - vyhýbat se očnímu kontaktu
- 

Z rozhovorů, z dopisů:

„znovu a znovu se to vybavilo, zoufale jsem se ptala, proč já, co jsem komu udělala? Chtěla jsem ho zpět, zpět své dítě“

„nikdo po porodu vyjma paní matrikářky za mnou nebyl“

„Paní doktorka, která mě propouštěla, mi řekla, ať se chovám jako ve standardním šestinedělí, a že si mám stahovat prsa. Já ale netuším, jak probíhá standardní šestinedělí, ovšem mé reakce byly otupělé a než jsem stihla otázku doříct, ptala se, jestli chci něco na uklidnění“

„To snad musí být jasné, když jsem neměla děti, a v těch letech se mi stalo to, co se mi stalo. To by přece neustál snad ani kámen. Nejvíce mi ublížil nezáměr o moji duši, chyběla mi pomoc“

„Sestry ale moc fajn nebyly. Nemohu si na ně nějak zásadně stěžovat, sestry ani doktorky zjevně nevěděly, jak se mnou, tedy i se všemi podobnými případy komunikovat a raději byly odtažité a působily, že je obtěžuju“.

---

„Ale já jsem cítila, že bych potřebovala o našem chlapečkovi mluvit, potřebovala jsem, aby mě někdo poslouchal, třeba pár minut, to by stačilo“.

„Nevěděli, jak se mnou mluvit, tak raději nic neříkali a dali mi jen prášek na uklidnění“,

„V nemocnici jsem byla otupělá, z léků, z šoku, co se stalo“.

„Takže jsem vypadala, jakože jsem v pohodě, asi jsem si to i myslela“

„Jedna věc mě strašně trápí, musela jsem se rozhodnout a v ten moment ..nepřáli jsme si ani urničku, ani hrobeček, ale teď, chtěla jsem být našemu chlapečkovi co nejbliž, povídat s ním na místě, kde by byl fyzicky, mrzí mě, že nemá svůj hrobeček“.

## 5. Propuštění z nemocnice a následná psychosociální podpora po prenatalní ztrátě

Ve zdravotnickém zařízení je vhodné citlivě ženu poučit o tom, jak bude probíhat šestinedělí, protože období šesti týdnů od potratu i porodu mrtvého se týká všech žen, vždy nastávají prudké hormonální změny v organismu, děloha se musí „vyčistit“, ženy krvácejí. Ženy mohou mít již započatou tvorbu mateřského mléka a nalitá bolavá prsa připravená ke kojení.

Žena po potratu či porodu mrtvého plodu zůstává ve zdravotnickém zařízení jen po nezbytně nutnou dobu a bývá rychle propuštěna do domácího ošetření. Většinou si to tak i přeje, být co nejrychleji doma. Je třeba mít na paměti, že žena bývá často pod vlivem léků ovlivňující její psychiku, myslí již jen na to, aby byla co nejdříve z nemocnice pryč, ale přesto je nutné, aby byla poučena o průběhu reakce jejího organismu na potrat, porod, a připravena na tzv. šestinedělí a připravena i na to, jak budou pravděpodobně probíhat fáze truchlení.

Před propuštěním připravte pro rodiče informace o krizových centrech, odborné pomoci, svépomocných sdruženích v místě bydliště – nejlépe v tištěné podobě. Tyto informace jim dávejte zvlášť, mimo zdravotnickou zprávu, aby se nestalo, že by mohli tento letáček odevzdat ošetřujícímu lékaři s propouštěcí zprávou. Zdůrazněte jim vhodnost následné podpory. Většinou při propouštění pomoc odmítají, zdůrazněte, že doma mohou pocítit potřebu vyhledat odbornou pomoc. Rodiče, kteří se nacházejí v období po prenatalní ztrátě, potřebují ve většině případů konkrétní pomoc, ale bohužel jsou často odkázáni sami na sebe.

Následná psychosociální pomoc po prenatalně ztrátě by měla být individuální, a nejčastěji se by se měla dotýkat provázení při procesu truchlení, který může být různě dlouhý. Během tohoto procesu se pocity a prožívání mění, mohou ho provázet zvláštní stavy, objevit se zcela nové, dříve nepoznané. Mohou se objevit pocity viny, mohou se stále vracet myšlenky na to, co se stalo. Mohou se objevit také somatické potíže – nechut k jídlu, anebo naopak neutišený hlad, poruchy spánku, divné pocity v různých částech těla, fyzická bolest, únava. Protože je proces truchlení dlouhá cesta, obvykle probíhá ve vlnách. V některých životních obdobích mohou nastat krizová období – např. v den, kdy byl plánovaný termín porodu, den, kdy se žena vrací do práce.

Proto je vhodné, aby měla žena, oba dva rodiče konkrétní kontakt na pracoviště, pracovníka, který pomůže při překonávání prenatalní ztráty a napomůže navrácení zpět do normálního společenského života. Velmi zde zdůrazňuji oba dva rodiče, protože partner se většinou také ocitá v této náročné životní situaci poprvé.

Proces truchlení u rodičovského páru probíhá různě, a to co do intenzity, tak i způsobu a délky truchlení. Je to dané rozdílnými osobnostními charakteristikami, rodinnými podmínkami, výchovou.

Smrt nenarozeného dítěte může také významně ovlivnit vztahy mezi partnery. V současné době je standardem, že rodičovské páry absolvují společně vyšetření u gynekologa, od začátku těhotenství sledují společně vývoj plodu na ultrazvukovém vyšetření, navštěvují společně kurzy předporodní přípravy. Společně se intenzivně připravují na příchod dítěte. Proto některé páry tato smutná událost ještě více sblíží, prožívají společně svůj žal, vzájemně si poskytují oporu, prohlubuje se jejich vzájemná důvěra, jiné páry někdy tato tragedie rozdělí, uchylují se k vzájemnému obviňování a neadekvátnímu hněvu.

Je také vhodné, pokud rodiče již mají doma dítě, aby tomuto sourozenci sdělili, co se stalo, umožnili mu truchlit a podpořili ho v tomto procesu. Starší děti bývají v situaci prenatalní ztráty opomíjené a nedostává se jim psychosociální podpory, bývají často oddělovány od svých rodičů, zejména od matky, ačkoli ji právě nyní nejvíce potřebují. Nechtěné odložení od rodičů v krizové situaci může být pro děti traumatizujícím zážitkem na celý život.

Za další z krizových momentů může být kontrolní vyšetření ženy u ošetřujícího gynekologa po šestinedělí. Některé ženy viní svého gynekologa z prenatalní ztráty, a často si hledají gynekologa jiného.

Lidé v krizi se dostávají do terapeutické praxe převážně zprostředkovaně – přes ošetřujícího lékaře, duchovního. Krizová intervence při krizích ze zármutku probíhá v terapeutické praxi zřídka bezprostředně po ztrátě – ale většinou po delším čase, nejednou v souvislosti se skrytou krizí, když si žena ztěžuje na psychosomatické potíže. Jedná se o znovuprožívání ztráty především na úrovni tělesné. Při akutní krizi ze ztráty, která způsobí labilitu, je krizová intervence poskytována bezprostředně po této ztrátě. Krizová intervence končí tehdy, když truchlící žena, člověk získá v průběhu krize pocit, že našel spolehlivého průvodce, s jehož pomocí je schopen čelit krizi v celém jejím rozsahu. Proto by každá žena po prenatalní ztrátě měla mít

kontakt při odchodu ze zdravotnického zařízení na následnou odbornou psychologickou podporu a pomoc, na kterou by se mohla včas v případě potřeby obrátit dříve, než se u ní rozvinou psychosomatické potíže.

***Shrnutí doporučení pro propuštění z nemocnice a následné psychosociální podpory po prenatální ztrátě- co dělat:***

- citlivě ženu poučit o tom, jak bude probíhat šestinedělí, odpovídat trpělivě na její dotazy
- poučit ženu o průběhu reakce jejího organismu na potrat, porod, a na možné komplikace, a co dělat a kam se obrátit v případě vzniku těchto komplikací
- ujistěte se, že Vám žena rozuměla, nebojte se zeptat, co pro ni ještě v tuto chvíli můžete udělat
- ujistěte se, že má zajištěný doprovod na cestu domů
- předat ženě, partnerovi informace o krizových centrech, odborné pomoci, svépomocných sdruženích – nejlépe v tištěné podobě
- zdůraznit vhodnost následné psychosociální podpory
- upozornit na možnost svépomocné online skupiny, které hlavně ženám umožňují mluvit o jejich ztrátě, získat podporu a být součástí společnosti i bez aktivní fyzické přítomnosti

***Shrnutí doporučení pro propuštění z nemocnice a následné psychosociální podpory po prenatální ztrátě- co nedělat:***

- rychle ženu odbít a snažit se vše rychle uzavřít
- neinformovat o následné podpoře a pomoci a spoléhat na to, že si žena případnou pomoc bez problémů vyhledá sama
- rozhovor nahrazovat nabídkou léků ovlivňujících psychiku

---

Z rozhovorů, z dopisů:

„při propuštění se mě jen zeptala, jestli chci něco napsat na spaní, a já byla taková otupělá, a asi jsem ani nevnímala, co mám dělat. V noci mě začaly hrozně bolet prsa, měla jsem horečku, nevěděla jsem, co dělat, když už jsem to nemohla vydržet, mamka mě za dva dny odvezla k doktorovi, musela jsem dostat antibiotika. Ještě se zlobil, že jsem si prsa měla zatahovat, ale nikdo mi neřekl, jak se to dělá“

„cítala jsem se strašně osamělá, partner šel dál...chodil do práce, nechtěl se o tom bavit, ale já se cítila sama. Když už jsem myslela, že se zblázním, začala jsem hledat na internetu a nakonec jsem našla skupinu podobných žen a začala jsem si s nimi psát. Ani jsem netušila, kolik je takových žen jako já“

„neměla jsem se komu svěřit, partner to bral jako bych šla na operaci slepého střeva a moje mamka mi řekla, že musela na potrat jít taky, to bylo pro mě hrozné zjištění, mohla jsem mít sourozence, ale mamka to brala jako by šla trhat zub“

„na terapie jsem se dostala, až jsem se složila po čase v práci, třásla jsem se, kolegyně mě odvedla na toaletu, kde jsem všechno vybrečela. Nevím, jak dlouho jsme tam byly, ale hrozně mi pomohla. Teprve tehdy to vyšlo ven a pak mi našla terapeutku, se kterou jsem to znovu prožila, odžila, zpracovala a mohla jít dál“

„doktor chtěl, ať jdu brzy do práce, že jsem potratila v začátku, ale já měla pocit, že se na mě všichni dívají jako na chudinku, která není schopná mít dítě. Kolegyně si ukazovali fotky svých dětí, bavili se o nich a já měla v břiše prázdno, nemohla jsem se soustředit na práci, začala jsem dělat chyby, šíf na mě řval, dostala jsem se do začarovaného kruhu. Dala jsem výpověď, nemohla jsem už dál“

## 6. Pomoc a podpora po prenatalní ztrátě s odstupem let

Ve své praxi se můžete setkat se starší ženou, která se ocitla v náročné životní situaci. Tato náročná životní situace mohla zapříčinit vyvolání negativních vzpomínek na potrat nebo porod mrtvého dítěte. Co může být tím spouštěčem krize? Žena mohla přijít o partnera, o zaměstnání, nedaří se jí znovu otěhotnět, zemřel jí někdo blízký, odchází dospělé dítě z domova, ale také to může být nemocná osamělá žena, která bilancuje svůj život. Jak již bylo zmíněno, prenatalní ztráta bývá často bagatelizována, žena velmi často pod tlakem okolí nemusela mít dostatek času, podpory, pochopení pro svůj žal a prostor pro truchlení. Neodžila si tuto bolestivou ztrátu, jen ji v sobě někde hluboko potlačila a najednou se mohou tyto pocity objevit ve spojení s jinou ztrátou ještě ve větší intenzitě i s odstupem mnoha let. Znovu se mohou objevit pocity viny za neúspěšné těhotenství anebo za interrupci, kterou podstoupila před mnoha lety. Interrupce může přinést potíže v době, kdy se žena pokouší o další miminko, a nemusí již nikdy otěhotnět.

### *Shrnutí doporučení pro pomoc a podporu po prenatalní ztrátě s odstupem let - co dělat:*

- poskytněte ženě bezpečný prostor pro vyjádření emocí, podpořte ji ve vzpomínkách
- buďte trpěliví, naslouchejte a nechejte ženu volně hovořit o tom, co ji trápí nejvíc
- pokud má žena výčitky, cítí vinu za ukončené těhotenství, neúspěšné těhotenství, snažte si tyto pocity rozptýlit (protože její rozhodnutí nelze vrátit, a jistě byla pod tlakem takových okolností, že se jí tato možnost jevila jako jediná správná v tu danou chvíli)
- i s odstupem let lze provést rituál rozloučení, nabídněte ženě možnost říci svému nenarozenému dítěti vše, co by mu chtěla sdělit, provázejte ji a oceňte její sílu o tom hovořit, její důvěru ve vás
- mapujte sociální oporu – zejména ze strany rodiny
- uznejte ztrátu



- někdy může žena vnímat situaci tak, že tomu mohla zabránit, pocítuje enormně silný vztah k zemřelému dítěti, svoji nenaplněnou roli matky vnímá jako jedinou možnou smysluplnou životní roli, může se jednat o komplikované truchlení – v tom případě je nutné nabídnout (aktivně nabídnout) odbornou systematickou pomoc psychologa, psychoterapeuta

***Shrnutí doporučení pro pomoc a podporu po prenatalní ztrátě s odstupem let - co nedělat:***

- nebagatelizovat
- nepodceňovat žádnou ztrátu těhotenství, i když je s odstupem mnoha let
- neodsuzujte za její rozhodnutí

---

Z rozhovorů, z dopisů:

„nikdy si nepřestanu vyčítat, že jsem poslechla rodiče a šla na potrat. Rodiče byli až fanaticky praktikující věřící, otěhotněla jsem ve čtvrtáku, naši by nepřežili tu ostudu na vesnici a tak jsem musela na potrat. Jenže jsem dostala infekci, sepsi a přišla o ledviny. Celý život na dialýze, jsem sama. Hodně dlouho mi trvalo, než jsem uvěřila, že to není Boží trest za smilstvo“

„spolužák na kolejích mě po jednom flámu znásilnil, šla jsem na potrat. Po čase jsem se vdala, ale manžel byl neplodný a nesouhlasil s adopcí. Teď jsem úplně sama. Mohla jsem mít děťátko“

„dceři v těhotenství zjistili u miminka vrozenou vadu, malou, drobnou, byla jsem u toho vyšetření s ní. Tam jsem se sesypala. Dcera si myslela, že tak šlím z toho, že její dítě má drobný rozštěp rtíku, ale já si vzpomněla, že jsem před ní porodila mrtvé dítě. Nikdy jsem o tom nemohla mluvit, tehdy byla taková doba a nemluvalo se o tom, hned jsem šla do práce, pak znovu otěhotněla. Skoro po třiceti letech to vyplavalo napovrch, ulevilo se mi, mohla jsem o tom začít mluvit – a vy mi rozumíte, chápete to, třicet let to bylo ve mně, jak jsem s tím tak dlouho mohla žít?“

**Univerzální rada a velké poděkování na konec...**

I když jsou reakce na nepříznivou zprávu do jisté míry podobné, přesto je každá žena jiná, jinak vnímá ztrátu těhotenství.

Nejvíce takové ženě v tento náročný krizový moment pomůžete už jen tím, že budete s ní, budete ji provázet jejím zármutkem, poskytnete ji prostor pro pláč, hněv, budete jí naslouchat. I když reakce bývá velmi bouřlivá, hněv ženy není namířený na vás, je nešťastná a zoufalá ze situace, ve které je, proto si neberte osobně její slova, jen si potřebuje aspoň trošku ulevit.

Pokud si nejste jistí ve vedení krizové intervence, psychický stav ženy ve vás budí nejistotu, obavy, (aktivně) nabídněte systematickou odbornou pomoc. Bylo by vhodné ve Vašem okolí a prostředí znát a mít konkrétní kontakt na psychologa, psychoterapeuta, centrum krizové intervence,... a tento kontakt ženě předat.

Na druhou stranu můžete pomáhat jen natolik, kolik si žena přeje, aby jí bylo pomozeno. Respektujte její rozhodnutí. Ne vždy všem lze pomoci. I s tím se musíme smířit, a přijmout, že některé ženy naši pomoc v danou chvíli odmítají.

Píši tyto řádky s mnohaletou zkušeností, a vím, jak důležité je mít možnost odborné supervize, konzultace s kolegy. Nebojte se ptát, předávat si zkušenosti, konzultovat. Nebojte se vlastních emocí.

Všem, kteří se pomáháte a věnujete se ženám, které prošly prenatální ztrátou, patří velké uznání a poděkování. Jste vystaveni tomu, že se setkáváte s utrpením, ale Vaše podpora a pomoc je v daný moment k nezaplacení.

Nezapomínejte však také na sebe, zhodnoťte si pro sebe, jak jste na tom Vy, jak se cítíte, jestli máte čas na kvalitní odpočinek, protože abyste mohli pomáhat, musíte být zdraví, ve svých postojích jistí a spokojení v osobním i pracovním životě.

S úctou k Vám všem, kteří pomáháte, autorka.

**Seznam použité a doporučené literatury:**

- BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. 2013. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-4195-6.
- BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. 2005. *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada. 300 s. ISBN 80-247-0708-X.
- BOWLBY, John. 2013. *Ztráta. Smutek a deprese*. Praha: Portál. 424 s. ISBN 978-80-262-0355-1.
- DESJARDINS-SIMON, Joëlle a Silvie DEBRAS. 2015. *Nevědomé příčiny neplodnosti*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0821-1.
- KAST, Verena. 2015. *Truchlení. Fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-262-0789-4.
- KAST, Verena. 2000. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál. 168 s. ISBN 80-7178-365-X.
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth. 2015. *O smrti a umírání*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2016. *Perinatální paliativní péče*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.
- ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. 2015. *Prázdná kolébka. Jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-262-0942-3.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. 2011. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada. 200s. ISBN 978-80-247-2624-3.
- TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ a kol. 2015. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
- VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. 2012. *Krizová intervence*. Praha: Portál. 544 s. ISBN 978-80-262-0212-7.

---

**Místo pro Vaše poznámky a pro důležité kontakty**

## **PŘÍLOHA P VI: DOPORUČENÁ LITERATURA PRO POMÁHAJÍCÍ, ALE I ŽENY, KTERÉ PROŠLY PRENATÁLNÍ ZTRÁTOU A PREFERUJÍ POMOC V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ**

Jsou ženy, které raději preferují pomoc v domácím prostředí. Prostřednictvím následujících publikací mají možnost přečíst si skutečné příběhy skutečných žen, mají možnost uvěřit tomu, že nejen ony samotné se ocitly v tak náročné a neskutečně bolavé životní situaci. Že tato ztráta nepostihla jen je samotné. Vycházíme z předpokladu, že zdravotničtí pracovníci a pracovníci v sociálních službách poskytující psychosociální pomoc a podporu, níže zmíněné publikace mají v podvědomí. Mezi pomoc a podporu někoho, kdo ztrátou prošel, můžeme jistě zařadit i publikace Ilony Špaňhelové (Špaňhelová, 2015) Prázdná kolébka, která je určena rodičům jako pomoc, návod jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm, obsahuje mimo jiné skutečné příběhy spojené s úmrtím miminka. Lucie Lebdušková (Lebdušková, 2014) vydala knihu *Čekala jsem miminko, ale...*, kde sestavila příběhy o ztrátě dítěte v těhotenství. Také doporučujeme knihu Milady Záborcové (Záborcová, 2017), která se orientuje na problematiku smrti a umírání, věnuje se vzdělávání v oblasti sociálních služeb, zdravotnictví, školství. Po přečtení její publikace Jak projít životními krizemi k životním výhrám se možná začnete na krizové a zátěžové situace ve svém životě dívat trochu jinak – poznáte, že i přes katastrofy a traumatizující události můžete najít odvahu žít šťastně a zjistíte, jak se vypořádat s různými typy krizových a zátěžových událostí v soukromém i profesním životě.

Ze zahraničních publikací lze zmínit dvě publikace. První kniha z roku 1988 Constance Sharipo (Shapiro, 1988) *Infertility and Pregnancy Loss* popisuje problémy neplodných párů, jejich potíže související s léčnou neplodností. V této knize je 200 příběhů žen, které se rozhodly problém neplodnosti překonat, a tento překvapivě optimistický průvodce předává těžce nabitě osobní zkušenosti a moudra všem, kteří procházejí podobným procesem léčby neplodnosti. Popisuje nejen strategie zvládání těchto náročných životních situací, ale nabízí tipy na posílení překonání stresových, vypjatých situací a poukazuje na individuální řešení potřeb jednotlivých žen, dokonce i lesbiček. Tato kniha se v zahraničí stala základním průvodcem pro ženy a páry, ale také pro poskytovatele zdravotní péče a psychoterapeuty, aby jim nabídla útěchu, sílu a zkušenosti do nelehkého boje s neplodností. Druhá kniha Deborah Davis (Davis, 1996) *Empty Cradle, Broken Heart* je podobná knize Ilony Špaňhelové – je to

---

kniha, která má nabídnout rodičům pocit uklidnění, zmírnění bolesti v srdci po porodu mrtvého dítěte, nebo po úmrtí dítěte. Nabízí pomoc rodičům, kteří bojují s pocitem hněvu, viny, zoufalství během této tragické životní události a po ní. V aktualizovaném třetím vydání podporuje Deborah Davis smutek a usiluje o pokrytí mnoha různých druhů ztrát, včetně informací o záležitostech, jako je smrt dítěte, smrt jednoho dítěte z vícečetného těhotenství, věnuje se problematice přerušování těhotenství a zpochybňuje agresivní lékařské intervence. V této knize je také kapitola pro otce, protože i oni zažívají bolest nad ztrátou svého milovaného dítěte. Rovněž obsahuje kapitolu pro rodiče úzkostné – napomáhá jim rozptýlit obavy a radí, jak si vychutnávat krásné momenty se svými žijícími dětmi. Tato publikace je určena jako jemný průvodce nejen pro rodiče, kteří zažili ztrátu svého dítěte a neleznou zde nezbytnou podporu, ale je určena také pro lékaře, zdravotní sestry, příbuzné, aby získali vhled do této náročné problematiky.