

# Psychosociální intervence rodičům po perinatální ztrátě

Natálie Ožvoldová

---

Bakalářská práce 2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Natálie Ožvoldová**  
Osobní číslo: **H17203**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Psychosociální intervence rodičům po perinatální ztrátě**

### Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti péče o rodiče po perinatální ztrátě.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Realizace kvalitativního výzkumu, metodou rozhovoru s rodiči po perinatální ztrátě.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

GANDINO, Gabriela, Antonella BERNAUDO, Giulia DI FINI, Ilaria VANNI a Fabio VEGLIA. Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *Journal of Health Psychology* [online]. 2019, 24(1). DOI: 10.1177/1359105317705981. ISSN 13591053.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Perinatální paliativní péče. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0121-4.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0942-3.

TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠJULOVÁ. Psychologie v perinatální péči. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

VĚVODOVÁ, Šárka a kol. Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4770-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019  
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

Mgr. Libor Marek, Ph.D.  
děkan

L.S.

PhDr. Pavla Kúdlová, Ph.D.  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 22.5.2020

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

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku 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 veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady 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, užije-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). Odpírá-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 užít 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 jim 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 přihlédně k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce na téma Psychosociální intervence rodičům po perinatální ztrátě je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část shrnuje základní poznatky o perinatální ztrátě, její etiologii, symptomatologii, diagnostice a terapeutických postupech. Je zde popsán proces truchlení obou partnerů, jeho projevy a možné komplikace. Dále duchovní a spirituální potřeby, které mohou rodiče po perinatální ztrátě pociťovat.

Praktická část mapuje osobní zkušenosti porodních asistentek v péči o rodiče v průběhu perinatálního období, během porodu mrtvého plodu a v časném poporodním období. Výzkumné šetření zahrnuje celkem pět hloubkových polostrukturovaných rozhovorů, z nichž dva byly provedeny při osobním, předem domluveném, setkání a tři formou telefonického rozhovoru z důvodu vyhlášeného nouzového stavu na celém území České republiky v souvislosti s pandemickým šířením koronaviru. Rozhovory, byly analyzovány pomocí metody zakotvené teorie.

Klíčová slova: psychosociální intervence, perinatální ztráta, potrat, porod mrtvého plodu, truchlení

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis on the topic of Psychosocial Intervention to Parents after Perinatal Loss is divided into theoretical and practical part. The theoretical part summarizes the basic knowledge about perinatal loss, its etiology, symptomatology, diagnosis and therapeutic procedures. It describes the process of mourning both partners, manifestations and possible complications. Furthermore, the spiritual and spiritual needs that parents may feel after perinatal loss.

The practical part maps the personal experiences of midwives in caring for parents during the perinatal period, during the birth of a stillborn and in the early postpartum period. The research survey includes a total of five in-depth semi-structured interviews, two of which were conducted in person, by appointment and three by telephone due to a declared state of emergency throughout the Czech Republic in connection with the pandemic spread of coronavirus. The interviews were analyzed using the method of grounded theory.

Keywords: psychosocial intervention, perinatal loss, abortion, stillbirth, mourning

## **Poděkování:**

Upřímně děkuji paní Mgr. Zlatici Dorkové Ph.D. za vstřícné a trpělivé vedení bakalářské práce, za její cenné rady a podporu. Děkuji též porodním asistentkám, které semnou sdílely své zkušenosti, za jejich upřímnost a otevřenost, díky které umožnily vznik této práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu, pomoc a za to, že tak trpělivě stáli po mém boku během období studia a tvorby bakalářské práce.

*„Narození není začátek, smrt není konec“*

Thung-Tzu

## **Prohlášení:**

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

## OBSAH

ÚVOD.....	9
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 ZTRÁTA DÍTĚTE .....</b>	<b>12</b>
1.1    DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....	12
1.2    PŘÍČINY ÚMRTÍ PLODU .....	14
1.3    ZDRAVOTNÍ RIZIKA VÁZANÁ NA NITRODĚLOŽNÍ ÚMRTÍ PLODU .....	15
<b>2 PÉČE O RODIČE V PERINATÁLNÍM OBDOBÍ.....</b>	<b>17</b>
2.1    DIAGNOSTIKA A SDĚLENÍ ŠPATNÉ ZPRÁVY .....	17
2.2    OBDOBÍ HOSPITALIZACE A PRŮBĚH PORODU MRTVÉHO PLODU .....	19
2.3    RITUÁLY ROZLOUČENÍ S DÍTĚTEM.....	23
<b>3 PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ.....</b>	<b>27</b>
3.1    PROCES TRUCHLENÍ, JEHO PROJEVY A KOMPLIKACE .....	28
3.2    PERINATÁLNÍ ZTRÁTA A JEJÍ DOPAD NA PARTNERSKÝ VZTAH.....	31
3.3    SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY RODIČŮ PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ .....	34
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>36</b>
4.1    CÍLE VÝZKUMU .....	36
4.2    DESIGN VÝZKUMU.....	37
4.3    CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU .....	37
4.4    SBĚR A ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT .....	38
<b>5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE.....</b>	<b>41</b>
5.1    DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE KOMUNIKAČNÍCH PARTNEREK.....	41
5.2    VYHODNOCENÍ ROZHOVORŮ S PORODNÍMI ASISTENTKAMI.....	42
<b>6 DISKUZE.....</b>	<b>56</b>
<b>7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>60</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>63</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>69</b>



## ÚVOD

Umírání a smrt se jednou dotkne nás všech. I přesto, že to každý v hloubi duše dobře ví, většina lidí si to během života odmítá přiznat. V dnešní době se nám smrt poněkud vytratila ze života. Dříve bylo běžné, že lidé umírali doma, smrt byla běžnou součástí koloběhu života. Dnes je smrt většinou zavřená za dveřmi specializovaných zařízení. Když se s ní potom člověk setká přímo, je většinou velmi zasažen. O to větší zásah pro člověka je smrt na místě, kde se primárně neočekává. Například porodní sál. Místo, kde na svět lidé přicházejí, ale také z něj odcházejí. Ať už mluvíme o matkách či novorozencích. Problematika umírání a smrti je v naší společnosti stále tabuizovaným tématem. I přes veškeré úsilí moderní perinatální diagnostiky, přes značný medicínský pokrok se stále budeme setkávat s těmito těžkými situacemi i v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

S porodem mrtvorozeného plodu jsem se několikrát setkala v rámci odborné praxe na porodním sále, což mě velmi ovlivnilo a přimělo se této problematice věnovat intenzivněji. Na podzim roku 2019 jsem se zúčastnila desetidenního kurzu Péče o rodiče po perinatální ztrátě, který byl pořádán neziskovou organizací Dlouhá cesta, z.s ve spolupráci s Fakultou zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Kurz zahrnoval e-learningové lekce a úkoly, ale také osobní setkání s lektorkami kurzu paní Mgr. Kateřinou Ratislavovou Ph.D. a paní Mgr. Zuzanou Hruškovou. Nové poznatky byly velmi obohacující a potřebné pro budoucí praxi. Z vlastní zkušenosti mohu všem porodním asistentkám kurz vřele doporučit.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je dělena do tří hlavních kapitol a navazujících podkapitol. V první kapitole se zabýváme ztrátou dítěte jako takovou s přesným vymezením pojmů týkajících se perinatální ztráty. V následující kapitole jsou shrnuty poznatky zabývající se péčí o rodiče v perinatálním období – od diagnostiky, sdělení špatné zprávy, hospitalizace a porodu mrtvého plodu až po rituály rozloučení s dítětem. Třetí kapitola popisuje psychosociální intervence, které jsme my, jako zdravotníci, schopni poskytnout rodičům v tak tíživé životní situaci, jakou ztráta dítěte nepochybně je. Popisujeme zde průběh procesu truchlení, jeho projevy a možné komplikace. Dále dopad perinatální ztráty na partnerský vztah a spirituální potřeby, které se mohou u rodičů objevit. Praktická část bakalářské práce je věnována kvalitativnímu výzkumu, který byl proveden formou hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s porodními asistentkami z různých zdravotnických zařízení. Zaměřujeme se především na osobní zkuše-

nosti porodních asistentek v péči o rodiče po perinatální ztrátě. Analýza výzkumných dat mapuje možnosti rozloučení, které porodní asistentky ve zdravotnických zařízeních nabízí a předkládá možný dopad, který může mít perinatální ztráta, dle zkušeností porodních asistentek, na partnerský vztah.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ZTRÁTA DÍTĚTE

Pojem smrt vždy evokuje tragickou, někdy neočekávanou událost, která emočně zasáhne celou rodinu i blízké okolí. U někoho přichází dříve, u jiného později, ale nevyhýbá se nikomu z nás. Obzvláště bolestivá je ztráta dítěte, na kterou se rodiče nedokážou dopředu dostatečně připravit nebo přichází neočekávaně. V minulých dobách, kdy se lidé potýkali s nejrůznějšími epidemiemi, které měly fatální následky, nebyla ztráta dítěte v těhotenství či úmrtí v dětském věku výjimkou a rodina tak prožívala tuto bolestnou událost i opakovaně. Postupem času, v rozmezí několika desetiletí, se ovšem schopnosti medicíny ve všech odvětvích výrazně zdokonalily a následkem zavedení rozsáhlých očkovaní se v Evropě a ve Spojených státech podařilo vymýtit celou řadu dříve smrtelných onemocnění (Kübler-Rossová, 1993). Perinatální ztrátou prochází ročně asi 400 českých rodin a je všeobecně považována za nejbolestnější formu úmrtí, protože přichází neočekávaně, často velmi náhle a nevysvětlitelně. Rodiče přicházejí nejen o své vytoužené dítě, ale ztrácejí také význam svého budoucího života, s nímž souvisí jejich plány a sny (Ratislavová, 2016). Péče a podpora těchto rodičů představuje pro zdravotnický personál psychickou zátěž, je velmi náročná a stresující, protože nelze rodičům zcela pomoci.

### 1.1 Definice základních pojmů

Pro adekvátní orientaci v dané problematice je z mnoha důvodů, včetně forezních, vhodné vymezit základní pojmy, které se k tématu vztahují. Je nutno rozlišovat pojmy jako porod nebo potrat, živě či mrtvě rozené dítě, plod vs. dítě, perinatální úmrtnost a časná novorozenecká úmrtnost nebo syndrom mrtvého plodu.

#### **Perinatální ztráta**

*„Perinatální ztrátou rozumíme úmrtí dítěte v perinatálním období doprovázené většinou u ženy/rodičů pocity smutku, bezmoci, žalem různé intenzity a myšlenkami na zemřelé dítě. Jde o přirozenou reakci, která provází ztrátu blízkých a je popisována jako proces truchlení“* (Ratislavová, 2016). Perinatální ztrátu nevnímáme pouze jako ztrátu pro ženu a muže, či manžele nebo partnery, ale v širším kontextu jako ztrátu v celé rodině. Úmrtí dítěte je jednou z nejhorších životních událostí, které mohou rodiče potkat. Ztrátu dítěte považují rodiče za velmi nepřirozenou, nespravedlivou a proti přírodě (Ratislavová, 2016).

### Perinatální období

„Perinatální období definujeme jako období od viability plodu přes období porodu a šestinedělí do sedmi dnů po narození dítěte. Termínem viability plodu označujeme období, kdy je plod schopen narodit se živě a po porodu přežít za daných podmínek lékařské a ošetrovatelské péče“ (Ratislavová, 2016). Součástí perinatálního období je cílená perinatální paliativní péče, která zahrnuje intervence poskytované dítěti a rodině během těhotenství, v rámci porodu a v časném poporodním období (Špaňhelová, 2015).

### Porod a potrat

K 1. 4. 2012 vstoupil v platnost zákon o zdravotních službách, který výše uvedené pojmy jednoznačně vymezuje. Dle § 82 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, se plodem po potratu rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z matčina těla neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500g nebo ji nelze zjistit. Za plod po potratu se rozumí i plod, jehož těhotenství je kratší než 22 týdnů. Biologickými zbytky potratu se především rozumí placenta a těhotenská sliznice. Z výše uvedené definice vyplývá, že porodem rozumíme vypuzení plodu, živého či mrtvého, z těla matky, jehož hmotnost přesahuje 500g s případným posouzením gestačního věku, dokončeného týdne těhotenství nebo délku těla alespoň 25cm od temene hlavy k patě.

### Perinatální úmrtnost a časná novorozenecká úmrtnost

Perinatální úmrtnost (perinatal mortality death rate) se dále rozděluje na **mrtvorozenost** (fetal death rate, dříve still birth rate) a **časnou novorozeneckou úmrtnost** (early neonatal death rate). Mrtvorozeností rozumíme počet mrtvě narozených dětí na 1 000 všech narozených dětí, tedy živě i mrtvě narozených. Časná novorozenecká úmrtnost znázorňuje počet živě narozených dětí, které zemřely v časném novorozeneckém období na 1 000 živě narozených dětí. Mrtvorozenost bez přítomnosti vrozených vývojových vad byla po roce 2000 shledána jako ustupující, naopak časná novorozenecká úmrtnost vzrostla následkem snahy o záchranu života plodů po patologických graviditách. Mluvíme zejména o hypotrofických plodech, kdy se sice předešlo mrtvorozenosti, ale kvůli omezené životaschopnosti docházelo k úmrtím v raném poporodním období (Ratislavová, 2016).

## Syndrom mrtvého plodu

Pojem syndrom symbolizuje komplikace spojené s diagnostikou a následným porodem mrtvého plodu, které významně ohrožují život matky. Mezi nejzávažnější komplikace patří rozvoj DIC (diseminovaná intravaskulární koagulace), intraovulární infekce s rozvojem sepse nebo vlastní riziko matky, které zapříčinilo nitroděložní úmrtí plodu (Hájek, 2004).

## Plod vs. Dítě

Prenatální vývoj je možné rozdělit na tři základní období. Nejdříve probíhá osmitýdenní embryonální vývoj, kde se v rámci organogeneze tvoří buňky, tkáně a orgány. V navazujícím fetálním období, ve kterém se plod nachází po dobu sedmi měsíců, se diferencuje vývoj stávajících struktur. Po jeho dokončení nastupuje období perinatální, které se odehrává v období časně před porodem (Roztočil, 2017). Špaňhelová uvádí, že se během své psychologické praxe nesetkala s matkou, která by o svém dítěti smýšlela jako o plodu, ať se jednalo o jakoukoliv fázi těhotenství. Vždy je to pro ni dítě (Špaňhelová, 2015).

## 1.2 Příčiny úmrtí plodu

Přesná příčina nitroděložní smrti plodu není zcela prokazatelná ve 20-50 % případů. Hrozící riziko je závislé na gestačním stáří plodu. V průběhu 26. týdne těhotenství je riziko 1/150, poté s dalšími týdny klesá až do termínu porodu, kdy se udává hodnota 1/475. V případě potermínové gravidity se opět navyšuje a ve 43. týdnu dosahuje hranice 1/375. Případů, kdy dochází k úmrtí plodu během porodu (úmrtí intrapartální) ubývá díky vyspělé monitorovací technice. Česká republika již řadu let zaznamenává stabilní hodnotu mrtvorozenosti, která se pohybuje v rozmezí 2-3 ‰ (Hájek, 2004). Autor Hájek rozděluje příčiny úmrtí následovně (2004, s. 373):

**Příčiny ze strany matky** – vznikají následkem preeklampsie, eklampsie, HELLP syndromu, diabetu mellitu, nefropatie, hepatopatie, kardiopulmonálních a kardiovaskulárních onemocnění, antifosfolipidového syndromu, abúzu léků a drog, septikemie, šokového stavu a krvácení matky.

**Příčiny ze strany plodu** – zde se řadí strukturální malformace, chromozomální aberace, vrozené poruchy metabolismu, fetofetální transfuze u dvojčat, imunní a non imunní hydrops, bakteriální a virové infekce.

**Placentární a pupečnickové příčiny** – nejčastěji zahrnují insuficienci placenty s IUGR, placenta praevia, abrupci placenty, chorionamniotidu, hemangiom nebo teratom placenty, strangulaci pupečníku, torsio nimia, trombózu cév, vasa praevia, fetomaternální krvácení, rpt. sinus marginalis, myxomy, hemangiomy pupečníku a výhřez pupečníku.

Zásadní vliv přebírají také **předčasné porody**, ke kterým dochází mezi 24. a 37. týdnem těhotenství a představují vysoké riziko úmrtí dítěte v časném poporodním období z důvodu vyššího věku rodiček, a rostoucím množstvím in vitro fertilizací spojených s vícečetnou graviditou (Dohnalová, Pavlíková, 2011).

### **Intrauterinní zánik plodu z vícečetného těhotenství**

*„Vícečetné těhotenství je zatíženo vyšší perinatální morbiditou a mortalitou, která je spojena především s vyšším výskytem vrozených anomálií, předčasných porodů a poruchami růstu plodů. Riziko výrazně stoupá u monochoriálních dvojčat/trojčat.“* Vícečetné těhotenství tvoří až 50% všech založených těhotenství, ale často dochází k zániku jednoho plodu již do konce 10. týdne gravidity. Tento stav probíhá jako spontánní redukce plodu tzv. „vanishing twin“. Klinicky se projevuje častým špiněním až slabým krvácením. Mnohokrát se těhotenství podaří donosit jako jednočetné a končí fyziologickým porodem živého dítěte. Ve zbylých případech dochází k odumření plodu v pozdějším stádiu gravidity. Tento stav ovlivňuje především chorionicitita dvojčat, gestační stáří, stav matky a zbývajícího plodu. V případě monochoriálních dvojčat hrozí také vysoké riziko vzniku twin-to-twin transfuzního syndromu (TTTS), při kterém dochází placentárními arteriovenózními spojkami k transfuzi krve z jednoho plodu (dárce – donor) do druhého (příjemce – akceptor). V případě neléčení tohoto syndromu perinatální mortalita dosahuje 70 – 100%. Mezitím co plod představující dárce anemizuje a klesá jeho hypovolemický objem, příjemci hrozí následkem polycytemie a zvýšeného cirkulujícího objemu srdeční selhání. Tento stav představuje nebezpečí pro oba plody (Koterová, 2008).

### **1.3 Zdravotní rizika vázaná na nitroděložní úmrtí plodu**

U ženy, které byl diagnostikován syndrom mrtvého plodu, je nezbytná profylaxe širokospektrými antibiotiky. Život ženy významně ohrožují koagulační poruchy a infekce doprovázené septickým šokem (Zwinger, 2004).

### Poruchy koagulace

Závažnou koagulační patologií, která může vzniknout v kterékoliv fázi těhotenství, a to i v případě zmlklého potratu, představuje DIC (diseminovaná intravaskulární koagulace). V matčině těle při autolytických procesech a porušení uteroplacentární bariéry dochází k vyplavení tkáňového faktoru do krevního oběhu a následné aktivaci plazmatického koagulačního systému. Tento stav postihuje asi 25-30% případů. Nejčastěji manifestuje v rozmezí 4-5 týdnů po úmrtí plodu. Tento stav bývá komplikován intraovulární infekcí s následným rozvojem sepse, kterou je vždy nutno profylakticky zabezpečit podáním ATB (Hájek, 2004).

Autor Hájek tvrdí, že pokud k perinatálním ztrátám u konkrétní ženy dochází opakovaně, je nutné před dalším početím realizovat příslušná genetická vyšetření a stanovit náležitá opatření. Za výrazně rizikové se považuje každé další těhotenství, jemuž předcházela porod mrtvého plodu, avšak další opakování je jen těžko odhadnutelné. Těhotnou v termínu porodu, která dříve prodělala perinatální ztrátu, je vhodné hospitalizovat k pravidelnému sledování vitálních projevů plodu pomocí CTG a průběžně provádět ultrazvukovou flowmetrii (Hájek, 2004).

Mezi další zdravotní rizika pro ženu, která jsou vázána na nitroděložní úmrtí plodu, patří **intraovulární infekce**. Tyto infekce mohou zapříčinit rozvoj septického šoku s následným rozvojem koagulačních poruch. Proto je vždy nutné profylaktické opatření ženy za pomoci širokospektrých antibiotik. Závažné zdravotní komplikace mohou způsobit i základní onemocnění matky, kvůli kterým došlo k úmrtí plodu. Nejčastěji se objevuje preeklampsie, HELLP syndrom či hepatorenální selhání (Hájek, 2004).



## 2 PÉČE O RODIČE V PERINATÁLNÍM OBDOBÍ

Porodní asistentka je plnohodnotným zdravotnickým pracovníkem kompetentním v péči o ženu v průběhu fyziologického těhotenství, při porodu i v poporodním období. Zajišťuje péči o novorozence a děti v kojeneckém věku. Poskytuje poradenství nejen ženám, ale také v rámci rodin a komunit (Vránová, 2007). V případě perinatální ztráty představuje porodní asistentka, mimo své odborné působení, také prostředníka v poskytování informací a především psychickou podporu a pomoc. Může nastat situace, kdy se během těhotenství u plodu vyvine život limitující vada, následkem které dítě zmírá v děloze, a rodiče se po náležité edukaci a vzájemné domluvě rozhodnou těhotenství ponechat. Bohužel, zpráva o úmrtí dítěte po předchozím zcela fyziologickém a prospívajícím těhotenství, kdy rodiče očekávali narození živého a zdravého dítěte, bývá šokující a spouští akutní fázi procesu truchlení (Ratislavová, 2016).

### 2.1 Diagnostika a sdělení špatné zprávy

Intrauterinní úmrtí často přichází neočekávaně, bez varování a pro oba partnery představuje obtížně řešitelnou situaci. Některé ženy zpětně udávají, že již v průběhu trpěly představami o neúspěšném dokončení těhotenství. Rodička mnohdy intuitivně vyhledá zdravotnické zařízení s pocitem, že něco není v pořádku, nejčastěji přestala cítit pohyby dítěte, došlo k rozběhnutí děložních kontrakcí nebo se subjektivně necítí dobře. Je doporučováno, aby byla taková žena vyšetřena přednostně kvůli zamezení pocitu nejistoty. V případě, že intrauterinní ztráta nastala již před delší dobou, může žena trpět únavou, subrebráliemi, výtokem nebo krvácením z rodidel (Ratislavová, 2016). Prvotní diagnostiku plodu provádí porodní asistentka pomocí monitorizace kardiokografem, kde je snaha nalézt srdeční ozvy plodu. V tomto okamžiku je těhotná žena ve velkém napětí a strachu. V případě nepřítomnosti ozev provádí lékař ultrazvukové vyšetření, kde shledává asystolii a dilataci srdce. Pokud je plod v děloze mrtvý déle než sedm dní, je patrné střečovité překrývání lebních kostí – Spaldingovo znamení (Hájek, 2004).

Konečnou diagnózu je povinen stanovit a sdělit lékař. Zpráva o úmrtí dítěte bývá ženě/rodičům sdělena již při ultrazvukovém vyšetření. Ženy po celou dobu ostražitě pozorují výrazy a neverbální projevy zdravotníků. Vyšetření často doprovází ticho a znepokojivé pohledy všech přítomných. Lékařům bývá doporučováno citlivě sdělit ženě/rodičům již při vyšetření, že jejich dítě nežije a ukázat srdce plodu na obrazovce ultrasonografu s citlivým

sdělením: „*Je mi to líto, ale musím vám sdělit, že srdíčko vašeho dítěte netluče.*“ Ke sdělení špatné zprávy a objasnění dalšího postupu je nutné vyhradit dostatečný časový prostor. Při rozhovoru by měli být přítomni pouze rodiče a alespoň dva zdravotníci, kteří si dělí role. Po sdělení veškerých náležitostí lékařem zahajuje porodní asistentka potřebné intervence. Předem ženu nezahrnujeme všemi podrobnostmi, jelikož není v emočním vypětí schopna všemu porozumět. Veškeré informace by měly být podány stručně a pozvolně, aby je oba partneři chápali, je vhodné nabídnout možnost dalšího rozhovoru (TakácsSobotková a Šulová, 2015).

Oba rodiče se po sdělení špatné zprávy ocitají ve fázi šoku, paniky a bezradnosti. Mohou se dostavit pocity otupělosti. Zpracování tak závažné události závisí na mnoha faktorech, jedním z nich je také přístup pomáhajících k rodičům. Dalšími faktory jsou např. současná psychosociální situace rodiny, zejména vztahy v rodině, zážitky a zpracování traumat v minulosti jejich členů, fyzická a psychická vybavenost a odolnost, osobnost rodičů, celková míra zátěže v současnosti a další (Čepický, 1999).

Kastová ve své práci formuluje fáze truchlení následovně (2010):

1. **Fáze popření** – Trvání této znečitlivující fáze probíhá v řádu několika hodin, může se také protáhnout až na jeden týden. Žena/rodiče zpochybňují vzniklou situaci a používají věty typu „*To přece nemůže být pravda*“. Důležitou intervencí je projev sounáležitosti, podpora emocí, ale zároveň příprava na samostatné zvládání krizové situace (Kast, 2015).
2. **Fáze propukání chaotických emocí** – Navazující fáze přináší masivní výbuchy hněvu, vzteku a pocitů viny, které jsou podporovány na základě náhlého vzniku tragické události. Pro další fázi je nutné, aby se tyto emoce projeví ve své žádoucí míře. Vynoření emocí napomáháme rozhovorem o perinatální ztrátě, o zemřelém dítěti, nikdy neodvádíme pozornost od tématu, nepopíráme existenci dítěte. Pomáhající osoba by si nikdy neměla hněv a zlost, které mohou být při analyzování situace mířeny i vůči ní, brát osobně. Hlavním cílem této fáze je odstranění starých vzorců chování a dát prostor novým možnostem, které mohou v budoucnu utvářet něco nového (Kast, 2015).
3. **Fáze hledání, nalézání a odpoutávání** – Autorka Kastová popisuje tuto fázi jako způsob vyjasnění si svého vztahu se zemřelým. „*Truchlící opakovaně hledá a nachází zemřelého jako něco, ne čeho se musí definitivně vzdát, nýbrž jako svou*

*vlastní možnost a schopnost vztahu, která náleží jemu samotnému. A také jako možnost chápat zemřelého jako aspekt své vlastní osoby“ (Kast, 2015).*

- 4. Fáze nového vztahu k sobě a ke světu** – Období, které u truchlících osob nastává za předpokladu, že tragická událost již naplno nezaměstnává jejich myšlení a citění a může tedy dojít k rozvíjení fáze nového vztahu k sobě samému a k okolnímu světu. I v této fázi se mohou objevit opakované regrese do jednotlivých fází truchlení, kterými si truchlíci prošel. Autorčiny zkušenosti poukazují na zjištění, že život po ztrátě milované osoby dostává nový smysl teprve po vytvoření si nového prožívání sebe sama, okolního světa a zjištění, že přítomnost smrti nejen hodně vzala, ale také hodně dala „*Nový vztah truchlíciho k sobě samému a ke světu se vyznačuje též tím, že člověk už přijal ztrátu a že se odnaučil mnoha životním vzorcům, na které si zvykl ve vztahu k zemřelému člověku“ (Kast, 2015).*

## **2.2 Období hospitalizace a průběh porodu mrtvého plodu**

Po stanovení diagnózy o úmrtí plodu v děloze jsou ženě a jejímu doprovodu podány informace o dalším postupu a možných komplikacích. Dostatečný časový prostor je nutno věnovat k zodpovězení veškerých otázek a rozhovoru s rodiči. Plánování hospitalizace či způsobu porodu se liší v závislosti na individuálním stavu ženy. Těhotná bývá odeslána k hospitalizaci na porodní sál. V nemocničním zařízení zdravotníci pečují o ženu v akutní fázi šoku s přidruženými neadaptivními znaky v chování, proto je na místě volit individuální, velice empatický a laskavý přístup. Porodní asistentka by měla respektovat psychické projevy ženy, pozorovat je a vyhodnocovat (Ratislavová, 2016).

Po celý čas pobytu na porodním sále by měla být žena procházející perinatální ztrátou separována od ostatních rodiček, aby se alespoň z části předešlo dalším nepříjemným pocitům. Již v průběhu těhotenství si žena utváří představy o průběhu porodu svého potomka. Tyto plány často zahrnují představy o přirozeném porodu, které se liší v závislosti na předchozích zkušenostech s porodem, na vlivu rodiny a blízkého okolí, ale také na individuální přípravě na samotný porod. Ratislavová uvádí, že většina žen, které zažily porod mrtvého plodu, si v prvních chvílích nedokázaly porod mrtvého dítěte ani představit. Tyto ženy, společně se svým doprovodem, vykazují mnohem větší potřebu získat informace o možnostech způsobu porodu, tlumení bolesti a následném rozloučení s dítětem. Ženy ve svých příbězích často samovolně zmiňují téma císařského řezu, který je dáván do souvislosti s přáním rodičky „mít už vše za sebou“. Prvotní reakcí bývá žádost o císařský řez, protože

vaginálně porodit mrtvé dítě je pro matky velmi stresující a děsivou představou. Významným faktorem je také předchozí porod, zda li žena již v minulosti rodila. Motivace ženy k vaginálnímu porodu stoupá v případě, že předchozí porod probíhal bez komplikací. Úkolem lékaře je vysvětlení všech rizik doprovázejících operativní řešení porodu, následné rekonvalescence a z části také způsobu přijetí ztráty dítěte. Pokud to situace dovoluje, je vždy snaha vyhnout se primárnímu císařskému řezu, který bývá indikován pouze v akutních případech (Ratislavová, 2016). V případě optimálního zdravotního stavu ženy je nejvíce vhodné vedení porodu mrtvého plodu vaginální cestou. Citlivým způsobem je žena obeznámena o dalším průběhu porodu, porodní asistentka či lékař vyslechne její názor a společně vytvoří plán porodu, kde by mohly být předem stanoveny podstatné mezníky porodu. K ničemu není žena nucena, pouze jsou navrženy alternativy a výsledná rozhodnutí jsou nechána na ní (Ratislavová, 2008).

Pokud porod nenastupuje spontánně, přistupujeme k indukci porodu pomocí prostaglandinů a oxytocinu, který je podáván infuzní terapií po dirrupci vaku blan, v množství přizpůsobenému aktuálnímu porodnickému nálezu. V případě vyvolávaného porodu je nutná profylaxe širokospektrými antibiotiky jako prevence rozvoje infekce nebo zhoršení onemocnění, které vedlo k úmrtí plodu. Průběh indukovaného porodu může být u každé ženy rozdílný. Často dochází k obtížným situacím, kdy ani přes aplikaci medikamentů nedochází k vyvolání porodu a žena se tak opakovaně setkává s neúspěchem. V těchto případech se zvyšuje riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy (Cockbourn, 2007). Urychlení porodu či potratu mrtvého plodu je prevencí vzniku hemokoagulačních komplikací (Hájek, 2004).

V případě nastoupení pravidelných děložních kontrakcí je vhodná aplikace epidurální analgezie, která výrazně snižuje vyplavování stresových hormonů a šetří energii rodičky, která je zapotřebí k samotnému porodu a následnému vyrovnávání se s tragickou situací. Součástí porodu je také aplikace spasmolytik, případně malé dávky opiátů. Mezi využívané nefarmakologické metody tišení bolesti patří pohybové aktivity, masáže, teplé obklady, sprcha nebo balón (Hájek, Čech a Maršál, 2014).

Specifikem vedení průběhu porodu mrtvého plodu je pečlivá observace fyziologických funkcí a celkového stavu. Samozřejmě neprobíhá monitoring srdečních ozev plodu. Další ošetrovatelská péče probíhá za standardních podmínek jako u běžného porodu. Závěrečná fáze porodu je vedena bez episiotomie, především je-li zborcena lební klenba. Veškeré zmenšovací operace plodu nemají v moderním porodnictví místo a jejich provedení nedo-

statečně erudovaným porodníkem může pro ženu končit fatálně. Při porodu mrtvého plodu je důležité vybavit plod a placentu jako celek bez přerušení pupečníku (Hájek, Čech a Maršál, 2014).

Součástí zdravotnického týmu je pediatr, který bývá přizván po porodu k ohledání těla a placenty mrtvého dítěte, kdy je již snaha zjistit možnou příčinu úmrtí. K poporodním vyšetřením, která mají za cíl objasnit příčinu úmrtí, patří mikrobiologická kultivace z placentárního povrchu a blan, z povrchu novorozence a histologické vyšetření placenty. Pro rodiče je velmi důležité vědět, proč jejich dítěte zemřelo, ale až v 50% případů se nepodaří přesná příčina odhalit ani pitvou (Hájek, 2004).

K objasnění příčiny úmrtí plodu slouží patologicko-anatomická pitva, k níž se odesílá plod i s placentou. Zákon č. 372/2011 Sb. v § 88, odst. 2 nařizuje povinnost patologicko-anatomické pitvy u mrtvorozených dětí a u dětí mladších 18 let. O výsledcích pitvy informuje pediatr, který měl dítě ve své péči.

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

Poporodní péče o ženu po perinatální ztrátě probíhá v rámci standardní ošetrovatelské a poporodní péče. Volba umístění matky na pokoj či oddělení je věcí domluvy s rodiči. Zdravotníci by se měli ptát a diskutovat o možnostech s pacientkou a dbát na její osobní preference. Většina žen v Česku i zahraničí vyžaduje jednolůžkový pokoj, separovaný od oddělení šestinedělí s možností stálého pobytu partnera či jiné blízké osoby. Tyto ženy vyhledávají samotu, nikoliv osamělost. Zdravotník by měl iniciativně projevit zájem o empatické sdělení základních informací, nabídnout pomoc a ocenit projevené emoce. V důsledku stále trvající akutní šokové fáze, některé ženy preferují společnost dalších osob, se kterými by mohly sdílet své pocity a být stále součástí společnosti. Někdy jsou tyto ženy velmi neklidné, roztěkané a mají potřebu neustálé komunikace a přítomnosti další osoby. Popřípadě opouštějí svůj pokoj a vyhledávají telefonický kontakt. Často se v chování takové ženy může objevit agrese nebo užívání vulgarismů. Zdravotník v tomto případě volí slovní kontakt a tolerantní přístup spíše než farmaka a snaží se ženě poskytnout požadovaná vysvětlení s cílem ukotvení a potvrzení aktuálních emocí. Jedná se o odlišné reakce

v době akutního zvládnání stresu. V bezprostředním období smutku je možné podání mírných farmak na podporu spánku či odpočinku, ale dlouhodobá sedace se nedoporučuje. Vhodné je ženě zajistit odbornou psychologickou konzultaci již v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení. Zdravotníci by měli ženám nejvíce pomáhat svým nasloucháním, empatií a odbouráním pocitů viny (Ratislavová, 2016).

Po dobu hospitalizace je kladen důraz na kontrolu celkového fyzického a psychického stavu, fyziologických funkcí, výšky děložního fundu, krvácení, odcházení očístků, hojení porodního poranění a péči o vyprazdňování. V případě, že porod postupoval spontánně a bez komplikací, je žena hospitalizována pouze po nezbytně nutnou dobu a domů odchází často už druhý den po porodu. Specifikem péče o ženu po perinatální ztrátě je zástava laktace a edukace v péči o prsy v domácím prostředí. Každá žena, které se zástava laktace týká, by měla znát všechny způsoby a mít možnost rozhodnout se dle vlastního uvážení. V současnosti se při zástavě laktace přistupuje ke stažení prsů obinadlem či těsnou podprsenkou, což sníží prokrvení a tlakem na epitel mléčné žlázy dochází k nižší produkci mléka. Jako prevence zánětu a při bolestivosti se také doporučuje vkládání zelných listů do podprsenky, pravidelně každé dvě hodiny. Uspokojivé výsledky má také aplikace studených obkladů na prsy po dobu 15-20 minut několikrát denně. Mezi využívané fytotherapeutické prostředky patří šalvějový a mátový čaj. Doporučováno může být užití homeopatického přípravku *Phytolacca 15-30 CH*, která je kontraindikována při pití mátového čaje. Žena, která své dítě již nějakou dobu kojila, může na zástavu laktace a nalité prsy reagovat velmi bolestivě. Porodní asistentka informuje o odstříkávání mléka pouze do pocitu úlevy od bolesti a napětí. V časném šestinedělí se mohou objevovat obtíže s bolestivým či špatným zavinováním dělohy. Preventivně může porodní asistentka doporučit k lepší podpoře zavinování dělohy masáž, aromaterapii či bylinné čaje (Ratislavová, 2016).

Délka pobytu v porodnici by se měla řídit především zdravotním stavem ženy a přáním obou rodičů. Partneři, kteří prošli perinatální ztrátou, často chtějí opustit nemocniční zařízení co nejdříve, aby mohli prožívat proces truchlení v intimním prostředí domova. Před propuštěním považují rodiče za nejdůležitější opětovné získání informací o příčinách perinatální ztráty, možnost ptát se a mluvit o tomto tématu. Touha po informacích je částečně zapříčiněna obavami žen, jež se obviňují ze ztráty dítěte. Pro rodiče jsou velmi důležité i podrobné informace o výsledcích pitvy a dalších lékařských vyšetřeních po perinatální ztrátě. Lékař dále informuje ženu o nutnosti vyhledání svého obvodního gynekologa při možných potížích, v každém případě po skončení šestinedělí. Mimo to by mohlo proběh-

nout další setkání několik měsíců od perinatální ztráty za účelem vysvětlení příčin úmrtí plodu nebo novorozence ve spojitosti s výsledky pitvy. Partneři by také mohli zdravotníkům poskytnout zpětnou vazbu a vyjádřit své pocity s intervencemi, a tím významně přispět ke zkvalitňování péče rodičům po perinatální ztrátě (Ratislavová, 2016).

Ženám po porodu mrtvého plodu, i v případě časného úmrtí novorozence, je pojišťovnou hrazena návštěvní služba v domácím prostředí, kterou provádí komunitní porodní asistentka. Služba je zaměřena především na navázání důvěrného vztahu mezi porodní asistentkou a oběma rodiči po perinatální ztrátě, kdy může docházet vůbec k prvním rozmluvám o prodělané situaci. Porodní asistentka může citlivým způsobem předat odpovědi na otázky, které se během vyprávění příběhu nově objevily. S oběma partnery je vhodné pohovořit o možných zdravých strategiích zvládnání zátěže a navození pocitů důvěry (Cockburn a Pawson, 2007). Komunitní porodní asistentka má za snahu motivovat ženu ke svěřování svých prožitků a pocitů, aby se nestranila kontaktu se svými blízkými, nezůstávala sama v domácnosti, postupně se zapojovala do běžných denních činností, měla možnost odpočinku a spánku, byl jí zajištěn přísun potravy, měla možnost odjet na dovolenou nebo začala zvažovat návrat do práce, pokud si to přeje (Špaňhelová, 2015).

### 2.3 Rituály rozloučení s dítětem

Při ztrátě blízkého člověka vstupuje do popředí velmi intenzivní a hluboká potřeba po smyslu, sociální podpoře, jistotě a po setkání s něčím nadpozemským. Rituály využívané současnou společností nejsou neměnné, vyvíjejí se a přizpůsobují. Rituály, ke kterým se přistupuje při perinatální ztrátě, musí vždy vycházet z potřeb a přání obou rodičů. Porodní asistentka tyto potřeby plně respektuje, nabízí možnosti provedení, zajišťuje vhodné podmínky a aktivně se jich účastní (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012).

V druhé polovině 20. století, kdy docházelo k postupným přesunům porodů z domácího prostředí do porodnic, se v České republice začal prosazovat rituál tzv. „zmizení mrtvého novorozence“, který probíhal za účelem zmírnění utrpení rodičů po prodělané perinatální ztrátě. Žena neměla možnost své dítě vidět, často nedostala ani informace o pohlaví či váze a míře novorozence. Rituál měl za následek potlačování přirozených pocitů žen, u kterých přetrvával smutek ze ztráty dítěte po dobu řady let, mnohdy celý život. V 70. a 80. letech se následkem aktivní reakce na potřeby a přání rodičů začal prosazovat rituál „dítě vidět, poznat a rozloučit se s ním“, později obohacený o koupání, oblékání či braní dítěte domů.

V roce 2011 byla odborníky na péči o rodiče po perinatální ztrátě vydaná doporučení, která podporují intimní kontakt rodičů s mrtvorozeným dítětem. V současnosti je snaha bezprostředně po porodu nabídnout možnost rozloučení dle vlastního uvážení (Ratislavová, 2016).

I přes to, že byl porod předem s rodiči naplánován, byly vysvětleny možné intervence, které mohou po porodu proběhnout, a odehrával se v rámci sestaveného porodního plánu, tak se může stát, že rodiče kdykoliv během procesu porodu změni svůj názor. Je tedy vhodné intervence opět nabídnout. Následné poznání a rozloučení s mrtvorozeným dítětem může mít charakter níže uvedených rituálů (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012).

Odborná literatura doporučuje následné formy pomoci:

- **Pojmenování dítěte** – Přestože mívají rodiče ve většině případů o jméně svého očekávaného potomka jasno a přirozeně jej tak oslovují již v průběhu těhotenství, v případě perinatální ztráty dochází k pochybnostem, zda mu mají jméno skutečně dát. Někdy se rodiče domnívají, že po bezejmenném dítěti nebudou tolik truchlit. Takové myšlenky bývají bezprostřední reakcí na akutní fázi šoku ze ztráty dítěte a započínají tvorbu obranných mechanismů (např. vytěsnění, popření, agrese, útěk do fantazie, fixace, racionalizace, potlačení (represe), rezignace, somatizace atd.) „*Nezapomeňte, že vaše dítě žilo a je jedno jak dlouho a že navždy zůstane pevnou součástí vašeho života. A když mrtví mají jméno, lehčeji se potom o nich hovoří*“. Pojmenování dítěte je důležité pro přijetí jeho ztráty, následné komunikaci o dítěti, případně pro pořizování upomínkových předmětů. Nepojmenované děti bývají v úředních listech (List o prohlídce zemřelého, Rodný list, Úmrtní list) vedeny jako „Nepojmenované“ - pouze s příjmením. Rodiče, kteří se rozhodnou dát dítěti jméno nezpochybňují jeho existenci a začleňují jej do rodiny (Stadelmann, 2009).
- **Kontakt s mrtvým dítětem** – Někteří rodiče v akutní fázi truchlení mají strach své mrtvorozené dítě spatřit bezprostředně po porodu, nedokážou si představit jej chovat a dotýkat se ho. Mají strach z toho, jak bude jejich dítě vypadat. V takovém případě je nutné, aby pediatr nejprve ohledal tělo dítěte a zhodnotil stupeň možné macerace. I v případě poškození těla je rodičům doporučeno osobní rozloučení. Dítě je nejprve upraveno, oblečeno a zabaleno do zavinovačky, případné defekty jsou skryty gázou. Fyzické rozloučení s dítětem je velmi významný akt, který napomáhá budoucímu psychickému zotavení obou rodičů. Každý rodič má právo na pokojné



rozloučení s dítětem v intimním prostředí, kde je možné jej vidět, hladit či držet v náručí (Ratislavová, 2016).

- **Upomínkové předměty** – Významným symbolem přetrvávající vazby jsou vytvořené upomínkové předměty, na jejichž vzniku se podílí především pečující personál. Rodiče jsou v době ztráty v šoku a velkém stresu, tudíž nad vytvářením předmětů ani nepřemýšlí. V závislosti na okolnostech perinatální ztráty jsou pořizovány např. snímky z ultrazvuku, kardiokografické záznamy, otisk ručky nebo nožky dítěte, pramínek vlasů, náramek se jménem, fotografie nebo oblečení, které mělo dítě na sobě v případě úmrtí později po porodu (Příloha P III). Některé české nemocnice nabízejí možnost vytvoření certifikátu o narození dítěte s vyjádřením hluboké úcty. Všechny tyto upomínky může porodní asistentka uložit do vzpomínkového balíčku, který později předá rodičům. Je nutné dbát na kvalitní zpracování předmětů, aby měli rodiče možnost uchovat tuto památku po celý život (Špatenková, 2013).
- **Smuteční obřad** – Pohřební obřad může být důležitým mezníkem v důstojném rozloučení rodičů s dítětem. Rodiče ze zákona nemají nárok na vydání těla dítěte k uspořádání pohřbu, jelikož zákon postrádá pevnou definici mrtvě narozeného dítěte. Vzniká zde prostor pro svévolné zacházení s mrtvě narozenými dětmi, které plně přebírá konkrétní nemocnice v režii svého provozního řádu. Vydáním Listu o prohlídce zemřelého začíná rodičům běžet 96ti hodinová lhůta ke sjednání pohřbu dítěte. S přihlédnutím k faktu, že žena zůstává hospitalizována v nemocnici po dobu několika dní, je zde riziko, že i když mají o pohřbení svého dítěte zájem, lhůtu se nepodaří dodržet. U novorozenců se přistupuje k těmto způsobům pohřbení: 1. pohřeb nebo kremace zprostředkovaná pohřební službou; 2. zpopelnění bez obřadu a vyzvednutí urny; nebo 3. zpopelnění též bez obřadu s rozptýlením pozůstatků na rozptylové loučce nebo uložením do společného hrobu (Fendrychová a Borek, 2007). V případě nezájmu o pohřeb ze strany rodičů získává pohřbívací povinnost obec, ve které dítě zemřelo. I přes fakt, že se dle zákona nejedná o lidské ostatky, se stále zvyšuje počet obcí, které mrtvě narozenému dítěti pohřeb sjednají. Je také na zvážení nemocnice zda na své náklady zajistí důstojný pohřeb s uložením ostatků separovaných od odpadu. Rodiče (nebo jiná fyzická osoba), kteří vypravili dítěti pohřeb, mají po zpětném zažádání nárok na pohřebné, které činí 5000 Kč (Kotrly, 2013).

- **Místo uložení ostatků dítěte** – Potřeba znát a vědět o místě, kde jsou uloženy ostatky perinatálně zemřelého dítěte se u rodičů objevuje v řádu týdnů až měsíců po prodělané ztrátě. Často mají potřebu se ujistit, že s ostatky jejich dítěte bylo zacházeno s patřičnou úctou a pietou. V případě, že v porodnici rodiče ani jiná osoba, neprojeví zájem o vydání dítěte k pohřbení do zákonných 96ti hodin, je na úmluvě nemocnice a matriky, jak bude s tělem naloženo – zda ve spalovně nemocnice či zpopelněním v krematoriu a uložení na neveřejném žárovém hřbitově po tzv. „sociálním pohřbu“. Plody, tedy děti, které dle právních norem nedosahují požadovaných legislativních parametrů pro definici dítěte, jsou likvidovány nemocniční spalovnou v režimu anatomicko-biologickém jako odpad. Obě varianty jsou pro rodiče novými skutečnostmi, které zásadně komplikují proces truchlení. Vhodným řešením by bylo zařazení psychosociálního pracovníka do pečujícího týmu, který by byl rodičům nápomocný při rozhodování o dalším způsobu uložení ostatků jejich zemřelého dítěte. Volba konkrétního místa a způsobu uložení ostatků dítěte je pro rodiče též určitým rituálem rozloučení, rituálem ukončení. Pro rodiče je důležité, aby měli místo, kde mohou plakat a truchlit, kam mohou přijít zavzpomínat nebo promluvit k dítěti (Kotrlý, 2013).

### 3 PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ

Psychosociální intervence je samostatným oborem, který cíleně uplatňuje psychologické postupy a metody ke zmírnění či přerušení probíhajících procesů tíživé životní situace (Hartl a Hartlová, 2000). Pojem **psychosociální** poukazuje na úzkou mezioborovou spolupráci psychologie a sociální práce. Do popředí se dostávají aspekty v podobě vlastní zkušenosti (myšlenky, pocity, chování) a širších sociálních zkušeností (vztahy, tradice, kultura), na nichž spolupracuje psycholog a odborník z oblasti sociální (Hoskovcová, 2009). „*Psychosociální intervence je odborná činnost vykonávaná konkrétní osobou nebo organizací, jejímž cílem je zlepšení kvality života a snížení utrpení konkrétního jedince nebo skupiny lidí. Jde o činnost, která je reakcí na individuální nebo společenskou poptávku*“ (Hoskovcová, 2009).

Hoskovcová označuje za základní strategie následující psychosociální intervence:

1. Poskytování psychologických nebo lékařských služeb
2. Vzdělávání zejména ve smyslu poskytování informací
3. Nabízení sociálních aktivit, které umožní vyjádřit pocity a myšlenky
4. Povzbuzování a vytváření podmínek k přirozenému osobnímu rozvoji
5. Rozvoj interpersonálních dovedností pro život ve společnosti
6. Posilování existujících sociálních sítí v komunitě
7. Zvyšování kompetencí profesionálů v psychologických dovednostech
8. Poskytování materiální pomoci (Hoskovcová, 2009)

Současný trend podporuje multidisciplinární způsob práce se začleněním psychosociálního pracovníka do zdravotnického týmu, doposud značně neuspokojivě. Mezi zdravotnickým personálem - lékaři, všeobecnými sestrami i porodními asistentkami mnohdy panuje názor, že zdravotně sociální pracovník není v týmu potřebný a dochází ke zpochybňování účelosti kvalifikovaného odborníka, který je ovšem schopen velmi významně pomoci při péči o pacienty. Zároveň se již dávno prosazuje nutnost tzv. celostní (holistické) péče, která vnímá člověka v souladu s jeho veškerými potřebami – nikoliv pouze fyzickými, ale především také psychickými, sociálními a spirituálními. Právě zde by se mohla projevit úloha zdravotně sociálního pracovníka, který je schopen zajistit především péči psychosociální, a to v celém jejím rozsahu. V naprosté většině zdravotnických zařízení na území České republiky však takový pracovník chybí (Matoušek, 2008).

### 3.1 Proces truchlení, jeho projevy a komplikace

Po porodu mrtvého dítěte u rodičů dochází ke spuštění procesu truchlení. Truchlení a zármutek jsou přirozenými reakcemi na ztrátu milované osoby. Nekomplikovaným truchlením označujeme přirozený smutek, který napomáhá přijmout bolestnou ztrátu, kterou je v případě perinatální ztráty novorozené dítě, na které se rodiče tolik těšili a vytvořili si k němu během těhotenství silný citový vztah (Baštecká, 2009).

Dítě bylo součástí identit rodičů, a tak jeho ztráta může pro oba partnery znamenat také ztrátu naděje do budoucnosti. Zemřelé dítě bývá mnohdy postrádáno po celý život, navzdory dalším dětem, které se rodičům následně narodí (Rastislavová, 2008).

**Tabulka 1 - Fáze prožívání smutku podle Elisabeth Kübler-Rossové:**

1. <b>Negace, šok, popření</b> – „Ne, to ne. To není možné. To je omyl.“
Vhodná reakce: navázání kontaktu s rodiči, získání důvěry
2. <b>Agrese, hněv, vzpoura</b> – „Proč se to stalo zrovna nám? Čí je to vina? Vždyť byl před chvílí živý!“
Vhodná reakce: dovolit odreagování se, nepohoršovat se, reflektovat, pojmenovat emoce, lze reagovat také mlčením
3. <b>Smlouvání, vyjednávání</b> – „Vraťte mi ho, udělejte ještě něco!“
Vhodná reakce: projevení maximální trpělivosti
4. <b>Smutek, deprese</b> – strach o rodinu, o vztahy
Vhodná reakce: trpělivé naslouchání, pomoc urovnat či rehabilitovat vztahy, hledat řešení
5. <b>Akceptace, smíření, souhlas</b> – pokora, konec boje
Vhodná reakce: mlčenlivá lidská přítomnost, držení ruky

Zdroj: (Kübler-Rossová, 1993)

Přesto, že je proces truchlení velmi individuální záležitostí, jsme schopni definovat stádia, kterými procházejí všichni po ztrátě milované osoby. Nekomplikovaný proces truchlení dělíme následovně:

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

Proces truchlení může přetrvávat po dobu měsíců až let. Řada rodičů po svém dítěti tiše truchlí celý život (Kasparková, Bužgová, 2010). Autorka Ratislavová uvádí, že nejvíce rizikovým obdobím prochází rodiče v den úmrtí dítěte, 6 týdnů po porodu, 6 měsíců a rok po porodu (Ratislavová, 2008).

Proces truchlení probíhá ve vlnách, jako sinusoida a zahrnuje období, kdy se rodiče cítí lépe a období, kdy hůře. Na tyto stavy je nejdůležitější rodiče dopředu upozornit.

*„Patologické truchlení se od normálních reakcí na ztrátu neliší ve své podstatě, ale rozdílnou intenzitou a délkou trvání“* (Špatenková, 2013).

Jedním z projevů patologického truchlení je **prolongované truchlení** (chronické). Je to stav komplikovaného zármutku, který přetrvává příliš dlouho a znemožňuje dané osobě běžné denní fungování. Tento chronický stav může přejít i do podoby latentní (Špatenková, 2006).

Truchlící osoba je schopna v rámci využití obranných mechanismů potlačit své emoce, dochází k **absenci truchlení**. Tento stav napomáhá pozůstalým tíživou situací přežít a nezhroutit se. Často se ale skrytý smutek projeví na fyzickém zdraví člověka. Absence truchlení může trvat v řádu dnů, měsíců až let. Další komplikací, která v procesu truchlení může nastat je **odložená reakce** (opozděná, zbržděná), jejímž spouštěčem může být nově vzniklá krize či další ztráta v životě člověka (Worden, 2009).

Rodičům po perinatální ztrátě je nutné poskytnout dostatek času ke zpracování tragické události a přijetí ztráty dítěte. V některých případech se mohou projevit nežádoucí patologické jevy, které výrazně komplikují přirozený proces truchlení tzv. posttraumatické reakce (Dohnalová, Pavlíková, 2011).

### **Akutní reakce na stres (ARS)**

Jedná se o přechodnou poruchu vyvolanou působením nadměrného duševního stresu, kdy daná osoba není schopna zpracovávat běžné podněty. Riziko vzniku stoupá, je-li osoba ve velkém fyzickém vyčerpání (např. následkem porodu). Typickým projevem je vztek, pláč, apatie, dezorientace, derealizace, panika. ARS zpravidla odeznívá během několika dnů, někdy přechází do posttraumatické stresové poruchy (Dohnalová, Pavlíková, 2011).

Vhodným respektujícím přístupem pomáhajících pracovníků v situaci krize je porozumění chování a prožívání jedince zasaženého krizí. Výše uvedené symptomy se mohou objevit i u rodičů po perinatální ztrátě. Někdy je přidružena disociační reakce, kdy žena či její part-

ner mohou působit, jakoby jim situace byla lhostejná, přestávají komunikovat, neprojevují emoce, všemu se bez dotazů podřizují. Ze strany poskytovatelů péče je dobré pochopení všech těchto reakcí a přizpůsobení se potřebám rodičů, kterým dítě zemřelo.

### **Posttraumatická stresová porucha (PTSP)**

Posttraumatická stresová porucha se projevuje opožděnou reakcí na stresovou událost. Patří mezi patologické formy truchlení a vyžaduje zásah odborníka. Příznaky PTSP se zpočátku neliší od běžného prožívání procesu truchlení, zásadní rozdíl je pozorován v tom, že fyziologicky truchlící žena projevuje potřebu hovořit o ztrátě, zatímco žena s posttraumatickou stresovou poruchou tyto potřeby vytěsnila a na dítě se snaží co nejdříve zapomenout. Poruchu je možné diagnostikovat pouze v případě, že se první příznaky objevily do šesti měsíců od prodělané stresové situace a trvaly déle než měsíc (Kasparková, Bužgová, 2010).

Charakteristické projevy PTSP:

- Intenzivní stavy úzkosti doprovázené vegetativní symptomatologií
- Bezděčné vzpomínky na tragickou událost
- Nadměrná lekavost
- Šok
- Poruchy spánku, děsivé sny
- Zažívací obtíže
- Intenzivní pocit hněvu
- Depresivní stavy
- Otupělost
- Sklon k agresivnímu jednání (Dohnalová, Pavlíková, 2011)

*„Posttraumatická stresová porucha se může objevit jako následek komplikovaného a bolestivého porodu, porodu předčasného nebo pokud došlo k úmrtí dítěte. Ale i u zdánlivě neproblematického porodu. V poporodním období nebo v následujícím těhotenství se projevuje PTSP dotírajícími vzpomínkami a sny, ztrátou pozitivních emocí, vyhubavým chováním, a zvýšenou psychickou a tělesnou vzrušivostí. Výzkum prokázal, že ženy s již existující PTSP měly častější mimoděložní těhotenství, spontánní potraty, nadměrné zvracení, předčasné kontrakce a nadměrný fetální růst“ (Rastislavová, 2008).*

### 3.2 Perinatální ztráta a její dopad na partnerský vztah

Proces truchlení je rodičovským párem vnímán rozdílně v jeho projevech, tempu i intenzitě. „*Sociologické analýzy v devadesátých letech minulého století potvrdily intersexuální rozdíly v prožívání situace: muži projevovali známky kontroly emocí a zaměření spíše na praktické záležitosti, zatímco ženy expresivně vyjadřovaly své emoce*“. (Rastislavová, 2015)

Matky, kterým perinatálně zemřelo milované dítě, prožívají nával negativních pocitů, které se dají jen těžko usměrnit. Častým pocitem je lítost z nenaplněné role matky, na kterou se předcházející měsíce těšily a pečlivě připravovaly. Objevuje se vztek z nenaplněného mateřství a vztek na jiné ženy, kterým to bylo dopřáno. Dostávají se také výčitky a pocity obviňování sebe i okolí, kdy se žena snaží nalézt případného viníka či příčinu, proč ke smrti dítěte došlo. Ty se projevují hlasitým pláčem, bědováním nebo mohou být naopak „tiché“, odehrávající se pouze v nitru ženy. Fáze vzteku přirozeně přechází do pocitů selhání, kdy si žena sama klade otázky, v čem zklamala a ztrátu dítěte si dává za vinu. Často nabývá dojmu, že by se měla stranit ostatních lidí, schovat a schoulit se jen sama do sebe. Tento přirozený projev je nutno respektovat, ale dbát, aby netrval příliš dlouho, aby žena jedla, pila, spala, později i vnímala realitu. Následně pociťuje osamělost, nepochopení, izolaci a má pocit, že jí nikdo nerozumí, nedokáže dostatečně pomoci. Žena považuje tuto situaci za bezvýchodnou a ztrácí naději, že bude v budoucnu lépe. Tragickým prožitkem se stává žena zranitelnou, snadno se rozpláče, je velmi senzitivní ke slovním komentářům, na pohledy, na dotyky, na jednání druhého člověka. Je více vztahovačná, citlivá na radost a štěstí ve svém okolí. Tato zranitelnost se může projevit pozitivně ve smyslu otevřenosti blízkému člověku, který se ženou citlivě a trpělivě komunikuje. Opačným projevem je zatvrdělý názor ženy, že už nikdy nechce mít další dítě, nikdy nechce přijít do kontaktu s porodnicí (Špaňhelová, 2015).

Muž již před porodem dítěte cítí obavy z toho, jak novou roli otce zvládne, je plný nejistot. Najednou vše končí smrtí dítěte. Ihned přebírá zodpovědnost a snaží se být ženě oporou, tudíž dochází k potlačení vlastních emocí, nedává je najevo. Emoce v něm zůstávají skryté. Otec dítěte často tvoří prostředníka mezi zdravotnickým personálem a ženou, která vlivem okolností není schopna vnímat všechny sdělené informace (Špaňhelová, 2015). „*Starší studie upozorňují, že role mužů v této situaci je společností vnímána primárně jako podpora partnerky a očekává se, že zůstanou silní a pevní. Muži nesou „dvojitě břemeno“: vlast-*

*ni žal a zároveň smutek nad tím, že jejich partnerka tělesně a psychicky trpí“ (Rastislavová, 2015).*

Část mužů reaguje na prodělanou ztrátu uzavřením se do sebe, „schováním se“ před situací, které museli čelit. Je to individuální reakce na bolestivou ztrátu. Často svou pozornost orientují na organizační záležitosti, domácí povinnosti či pracovní závazky. Zaměstnají tak své myšlení a opakovaně dochází k potlačení emocí a procesu truchlení. Pokud si ale sami uvědomí, že všemi těmito aktivitami pouze potlačují myšlenky na smrt dítěte, začnou pociťovat potřebu po odpovědích na ztrátu. V tomto případě dochází ke spojení pocitů a dávají prostor svým emocím. Pozitivní přínos představuje i možnost vzájemného sdílení pocitů mezi muži, kteří prošli stejnou situací. Pro muže je velmi uvolňující i fyzická aktivita nebo rozhovor s kamarádem. Projevují se konflikty rolí, které muži v běžném životě zastávají:

- role silného muže (muži nepláčou, jsou odvážní, apod.)
- role muže ochránce (pocit selhání, že neochránil rodinu, dítě)
- role soběstačného muže (nemůže se zhroutit, prokázat slabost, vlastní emoce)
- role muže zajistitele (finanční zajištění, pracovní výkonnost) (Rastislavová, 2008)

Otec dítěte také prožívá smutek z nenaplněné role otce, na kterou se připravoval, ze ztráty pokračovatele rodu, že vidí svou ženu zhroucenou a nemůže to ovlivnit. Vlastní emoce, které neprojevuje navenek, jsou hromaděny v jeho duši, v níž prožívá vnitřní pláč a stesk. Vlivem okolí přijímá roli nezločného a silného muže, jehož úkolem je bezchybně zvládnutí situace a podpora ženy. Snaží se být za všech okolností optimistický. Častěji než ženy, muži pociťují potřebu nalézt viníka, napsat stížnost či přistupují k právním žalobám. Typickým projevem je agresivní chování, kdy otec dítěte křičí na personál, vyhrožuje podáním stížnosti, chce mluvit s tím nejvyšším, apod. Všechny pocity vzniklé následkem ztráty dítěte je nutno u rodičů respektovat, nevztahovat si je pouze na vlastní osobu. Pocity, které rodiče sdílejí a vnímají, jsou společným prožitkem stejně jako dítě, o které přišli, a tak je to i společný žal a smutek (Špaňhelová, 2015).

Odlišnost v projevování emocí může mezi partnery vytvářet značné napětí. V případě, že muž nemá problém před ženou odhalit své pocity, je to vždy pozitivním přínosem pro budoucnost vztahu. Žena projevené emoce téměř nikdy nevnímá jako projev mužovi slabosti či selhání. Pro oba partnery je zásadní naučit se společně sdílet své pocity, komunikovat, plakat, řešit životní situace (Špaňhelová, 2015).



I přes potřebu partnerů prožívat období truchlení v intimním domácím prostředí není na místě dlouhodobá izolace od okolního světa. Je vhodné svůj smutek sdílet s nejbližší rodinou či přáteli. Někdy se stává, že příbuzní nevědí, jak mají v dané situaci reagovat, co zrovna říci, jak se zachovat. Partneři se také mohou společně obrátit na odbornou pomoc (Špaňhelová, 2015).

Některé páry ztráta dítěte spojí a prožívají svůj smutek společně, mezi jinými může vytvořit propast, kdy dochází k vzájemnému obviňování, vzteku jeden na druhého a nakonec i k rozpadu vztahu. Každý z partnerů může truchlit jiným způsobem, což často komplikuje schopnost porozumět si navzájem. Někdy se stává, že partneři truchlí střídavě. Jeden z rodičů prožívá období krize, zatímco druhý svůj žal odsunul do pozadí, tyto fáze se mohou prolínat po dnech či týdnech (Špaňhelová, 2015).

Prostudováním literatury (Špaňhelová, Ratislavová, Worden, Špatenková) bylo zjištěno, že se partnerský vztah vlivem perinatální ztráty dítěte stane rizikovým především v těchto oblastech:

- Rozdílné prožívání ztráty dítěte, odlišnosti v procesu truchlení
- Konflikty při řešení praktických otázek např. způsob rozloučení s dítětem
- Změna hodnotového žebříčku následkem ztráty dítěte, přehodnocení životních priorit
- Neshody v oblasti sexuálního života, které se mohou projevat sexuální abstinencí nebo naopak hledáním útěchy v sexuálním kontaktu, s čímž nemusí jeden z partnerů souhlasit, také neshody v otázkách dalšího těhotenství (Worden, 2009)
- Dlouhodobé omezení sociálních kontaktů a naprostá izolace od rodiny a přátel
- Ztráta rodičovské role, na kterou se oba partneři během těhotenství připravovali. Problém nastává především u ženy, která dítě nosila pod srdcem, prošla si porodními bolestmi, ale dítě nenávratně ztratila a tím i roli matky (Špatenková, 2013).

Proti odcizení či rozpadu páru mohou preventivně působit i zdravotničtí pracovníci či lékaři. Pokud v komunikaci dbají na sdělování informací celému páru, nerozdělují pár, neseparují partnera od ženy, ale naopak posilují jejich vzájemné sdílení i podporu a informují je o rozdílných způsobech truchlení. Je nutné doporučit následné způsoby pomoci (Rastislavová, 2015).

### 3.3 Spirituální potřeby rodičů po perinatální ztrátě

Pojem spiritualita pochází z latinského „spiritus“ či hebrejského „rauch“, což vyjadřuje „duchovní, či vůdčí duch“. Spiritualitu lze popsat jako oblast projevů ovlivněných duchovní rovinou člověka. Je to určitá životní cesta. Spiritualita pojednává o smyslu života, o vztahu k sobě samému, o protikladech. Religiozita se obrací přímo k Bohu jako nadpozemské bytosti, má pevný řád, neměnné instituce a tradice. Úkolem porodní asistentky je akceptace víry a vyznání ženy i její rodiny. Respektuje ženina přání a rozhodnutí, nesoudí. Empatická podpora a naslouchání by měly patřit k dovednostem porodní asistentky (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Spiritualita je chápána v širším kontextu jako víra, naděje, láska, odpuštění, důvěra k sobě i ostatním, morálka, kreativita, sebevyjádření a dodává sílu v hledání vyššího smyslu života. V zahraniční literatuře se uvádí pojem „religious coping“, tedy náboženské strategie, pomocí kterých se jedinec snaží lépe snášet tíživé situace. Tyto strategie se dělí na pozitivní a negativní. Mezi pozitivní strategie patří přehodnocení, odpouštění, hledání spirituální opory, k negativním formám patří duchovní nespokojenost, úvahy o boží absenci, otázky související s Boží láskou či Božím hněvem apod. (Cowchock a kol., 2010).

Spirituální péči definovala Sekce spirituální péče Společnosti lékařské etiky České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (Kalvínská, 2010) následovně: „*Spirituální péče se týká člověka jako celistvé bytosti. Nabízí možnost pomoci porozumět příběhu života, lidsky důstojně zvládat obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možno důvěřovat v další fázi existence. Zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty a může obsahovat specifické náboženské prvky, přiměřené zvyklostem klientů.*“

Od poskytovatele spirituální péče se očekává vysoce odborná a stejně tak lidská připravenost. Mezi povolání vhodná k vykonávání tohoto typu péče patří nemocniční kaplan, pastorační asistentky a duchovní. V rámci vnímání spirituální péče v holistickém kontextu tak neodmyslitelně i do výkonu povolání porodní asistentky patří zahrnout otázky o víře, hodnotách, rituálech, tradicích a přáních. Tento typ rozhovoru s rodiči, který je označován jako bytostný, je možné rozvinout až po navázání blízkého kontaktu, důvěry a atmosféry. Porodní asistentka by měla být velmi citlivá a otevřená individuálním přáním, tradicím, rituálům v péči o ženu jiné národnosti/kultury (Kalvínská, 2010).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce byla provedena formou kvalitativního výzkumného šetření, které bylo realizováno pomocí hloubkových polostrukturovaných rozhovorů, dle stanovených cílů bakalářské práce, s porodními asistentkami z vybraných zdravotnických zařízení. Výzkum byl zahájen po písemném povolení výzkumu k bakalářské práci vedoucími pracovníky vybraných zařízení a následném schválení výzkumu na odděleních porodních sálů a oddělení novorozenecké intenzivní a resuscitační péče vrchními nebo staničními sestrami (k nahlédnutí u autorky práce). Dva rozhovory proběhly dle původního plánu při osobním, předem dohodnutém setkání, kterému předcházely výše uvedené náležitosti. Zbylé tři bylo nutno, vzhledem k vládnímu nařízení nouzového stavu na celém území České republiky z důvodu šíření pandemie koronaviru, uskutečnit formou telefonického rozhovoru. Některá zdravotnická zařízení od spolupráce na výzkumné části vzhledem k náročnosti situace a vytížení personálu odstoupila. Na tuto neočekávanou situaci jsme musely reagovat okamžitým kontaktováním jiných českých porodnic. Nakonec se podařilo k rozhovoru získat všech pět porodních asistentek z různých nemocničních zařízení.

Všechny oslovené porodní asistentky byly předem informovány o tématu a výzkumném cíli bakalářské práce. Rozhovory byly vedeny s jejich ústním i písemným souhlasem (Příloha P II). Výzkumu se zúčastnilo pět vybraných porodních asistentek z celkem dvou nemocnic a dvou krajů České republiky. V jednotlivých kapitolách se dále zabýváme cíli výzkumu, designem výzkumu, charakteristikou zkoumaného vzorku, sběrem a analýzou získaných dat.

### 4.1 Cíle výzkumu

**Cíl č. 1:** Zmapovat a popsat osobní zkušenosti porodních asistentek s poskytováním psychosociálních intervencí rodičům po perinatální ztrátě. **Výzkumná otázka č. 1:** Jaké intervence zahajují porodní asistentky v péči o ženu/rodiče s perinatální ztrátou?

**Cíl č. 2:** Zjistit možnosti rozloučení se s dítětem, které mají rodiče po perinatální ztrátě ve vybraných zdravotnických zařízeních. **Výzkumná otázka č. 2:** Jaké možnosti rozloučení se s dítětem jsou rodičům poskytovány ve vybraných zdravotnických zařízeních?

**Cíl č. 3:** Popsat jaký dopad má, dle osobních zkušeností porodních asistentek, perinatální ztráta na partnerský vztah rodičů. **Výzkumná otázka č. 3:** Jaký dopad má dle porodních asistentek perinatální ztráta na budoucí partnerský vztah rodičů?

## 4.2 Design výzkumu

Jako výzkumná strategie byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda z důvodu toho, že samotná problematika perinatální ztráty a prožívání dané situace z pohledu porodních asistentek je v našich podmínkách značně neprobádaná oblast a kvůli citlivosti tématu je třeba volit obzvláště empatický přístup. Pro kvalitativní výzkumnou metodu je typický úzký soubor respondentů, čímž si nečiní nároky na statistickou reprezentativnost. Pomocí hloubkových rozhovorů s menším počtem komunikačních partnerek je šance získat podrobnější informace a danou problematiku zmapovat alespoň v základním možném spektru.

Kvalitativní typ výzkumu spočívá v hloubkovém popisu případu, v jeho celistvosti a pochopení zkoumaného subjektu v jeho přirozeném prostředí. Nevýhodou této metody je riziko ovlivnění výzkumu osobou výzkumníka, který zkoumá již zmíněný omezený počet respondentů, tudíž jeho závěry mohou být nesnadno zobecnitelné v kontextu širší populace. Nevýhodou je také časová náročnost výzkumu (Hendl, 2008). V **Tabulce 2** jsou shrnuty další výhody a nevýhody při použití metodiky kvalitativního výzkumu.

**Tabulka 2 - Výhody a nevýhody kvalitativního výzkumu dle autora Hendl:**

Výhody	Nevýhody
Podrobný popis a pochopení při zkoumání jedince, skupiny či fenoménu	Získané výsledky nemusí být zobecnitelné a aplikovatelné v prostředí či populaci
Výzkum fenoménu v přirozeném prostředí	Těžce proveditelné kvantitativní predikce
Studium procesu	Obtížné ověřování hypotéz
Hledá příčinné souvislosti	Časová náročnost sběru dat
Pomáhá při počáteční exploraci	Výsledky jsou ovlivnitelné výzkumníkem

Zdroj: (Hendl, 2008)

## 4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor představovaly čtyři porodní asistentky pracující na porodních sálech a jedna s praxí na oddělení novorozenecké jednotky intenzivní a resuscitační péče, jelikož perinatální období, jak již bylo zmíněno v teoretické části, zahrnuje období od viability

plodu přes období porodu a šestinedělí do sedmi dnů po narození dítěte. Všechny pět oslovených komunikačních partnerek souhlasilo s rozhovorem a následným využitím informací v praktické části bakalářské práce. Výběr komunikačních partnerek byl proveden metodou sněhové koule, která se řadí v oblasti kvalitativního výzkumu k nejvíce používaným metodám. Dle autora Miovského (2009) je zde kombinován účelový výběr s prostým výběrem náhodným. Stěžejním krokem k užití této metody je nultá fáze, kdy dochází k navázání kontaktu s první osobou. Poté následuje výběr dalších kandidátek, které byly nominovány respondentkou z nulté fáze. Vytvoří se tak první generace možných kandidátek s následným opakováním postupu až do nasycení. První kontakt s nově vybranou kandidátkou proběhl převážně po osobní konfrontaci. V případě, že to nebylo možné, byl nám s předchozím souhlasem poskytnut telefonní kontakt, díky kterému bylo možné se domluvit na dalším setkání.

Porodní asistentky byly vybírány na základě předem stanoveného kritéria. Prvním uplatňovaným požadavkem byla praxe v oboru minimálně 5 let. Všechny pět oslovených porodních asistentek souhlasilo s rozhovorem a následným využitím informací v praktické části bakalářské práce. Tři komunikační partnerky (KP2, KP3, KP4) mají vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., dvě komunikační partnerky (KP1 a KP5) mají vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr. Průměrná délka praxe komunikačních partnerek ve výzkumném souboru je dvanáct let. Zdravotnická zařízení byla označena zkratkami (viz. **Tabulka 3**).

V **Tabulce 3** jsou přehledně sepsány demografické údaje jednotlivých komunikačních partnerek, které jsou dále označovány zkráceně KP s náhodně přiřazeným číselným označením (1 – 5).

#### 4.4 Sběr a analýza získaných dat

Data k výzkumnému šetření byla získávána hloubkovými polostrukturovanými rozhovory s porodními asistentkami, které byly předem informovány o tématu a výzkumném cíli bakalářské práce. Tato metoda sběru lze označit také jako rozhovor dle návodu, částečně řízený rozhovor apod. Hlavní charakteristika spočívá v tom, že výzkumník má dopředu připravený seznam témat či otázek, na které se bude při rozhovoru dotazovat. Není zde striktně určené pořadí otázek, je však nutné položit všechny otázky z daného seznamu. Využívá se také možnost doplňujících otázek. Polostrukturovaný rozhovor stojí na pomezí mezi rozhovorem volným a řízeným. Je tedy vhodnou variantou pro minimalizaci nevýhod vy-

cházejících z obou těchto krajních forem. V jednom případě je výzkumníkovi ponechána volnost, která umožňuje navázat důvěrný vztah pro další průběh rozhovoru. Ve druhém případě je alespoň z části zachována formálnost umožňující třídění dat, jejich srovnání a zobecňování (Reichel, 2009).

Rozhovory byly vedeny s ústním i písemným souhlasem každé porodní asistentky. Výzkumné šetření probíhalo v období od 2.3.2020 do 20.4.2020. Rozhovory probíhaly vždy v nerušeném prostředí, zvoleném danou porodní asistentkou. Před zahájením rozhovoru byly vždy komunikační partnerky seznámeny s detaily výzkumného šetření. Například s časovou zátěží, kdy předpokládaná doba rozhovoru byla vyměřena na 60 minut, dle individuálního přístupu porodní asistentky k dané problematice. Porodní asistentky byly ubezpečeny o zachování anonymity a ochraně jejich soukromí. Současně byl porodním asistentkám, v případě osobního rozhovoru, předložen k podpisu informovaný souhlas. V případě telefonického rozhovoru byl stěžejním souhlas ústní. Oba osobní rozhovory byly zaznamenávány na diktafon, a to pouze po nezbytně nutnou dobu, ze kterého byly po doslovném přepisu do MS Word smazány. V případě telefonického rozhovoru, byly rozhovory ukládány do nahrávacího zařízení a po doslovném přepisu rovněž smazány. Všechny porodní asistentky s nahráváním souhlasily. Každá porodní asistentka měla možnost kdykoliv od účasti na rozhovoru odstoupit a byly o tom opět dopředu informovány. Po skončení každého rozhovoru měla každá porodní asistentka prostor pro případné otázky či připomínky. Po celou dobu výzkumného šetření byly respektovány etické aspekty výzkumu.

Všechny rozhovory byly zaznamenávány pomocí audiozáznamu, a to pouze na nezbytně nutnou dobu. Rozhovor (Příloha P I) byl složen ze dvou částí, které obsahovaly několik témat. První část zjišťovala demografické údaje o věku, vzdělání, délky praxe a orientačního počtu žen po perinatální ztrátě, o které porodní asistentky pečovaly. Druhá část rozhovoru mapovala informace o poskytované péči ženám/rodičům s perinatální ztrátou, možnosti rozloučení se s dítětem, vlastní stanovisko porodní asistentky k problematice perinatální ztráty a možný dopad ztráty dítěte na partnerský vztah. Rozhovor obsahoval šestnáct hlavních otázek, z nichž některé byly doplněny podotázkami k upřesnění získaných informací. Formulace otázek byla stanovena tak, aby měly porodní asistentky možnost své odpovědi dále rozvíjet.

Následně byly dané výpovědi doslovně a pečlivě přepsány do programu MS Word, kde byly opakovaně pročitány se snahou pochopit hloubku a podstatu všech odpovědí. Získané nahrávky byly ze zařízení ihned po přepisu vymazány. Pro lepší přehlednost a práci s vý-

zkumnou metodou byly všechny tyto textové dokumenty vytisknuty. Po následné důkladné analýze byly stanoveny konkrétní kategorie a podkategorie. V rámci zachování soukromí byly porodní asistentky při přepisu rozhovoru anonymizovány a očíslovány **komunikační partnerka KP1 – KP5, zdravotnická zařízení A – B (Tabulka 3)**. Všechny výpovědi byly použity výhradně k účelům bakalářské práce. Veškeré použité citace komunikačních partnerek jsou v textu označena kurzívou a uvozovkami.

K analýze získaných dat byla použita technika zakotvené teorie. Využito bylo také metod otevřeného kódování neboli metody tužka papír (Kutnohorská, 2009). Následně byly stanoveny hlavní významové kategorie a podkategorie. Pro přehlednost byla vytvořena tabulka s identifikačními údaji komunikačních partnerek a ke každé kategorii i podkategorii přehledné schéma odpovědí.

Součástí praktické části bakalářské práce je informační leták vytvořen pro potřeby porodních asistentek pečujících o ženu/rodiče po perinatální ztrátě s ucelenými informacemi o žádoucích psychosociálních intervencích.



## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

### 5.1 Demografické údaje komunikačních partnerek

Tabulka 3 - Demografické údaje komunikačních partnerek (KP1 – KP5):

Komunikační partnerka	Věk	Vzdělání	Délka praxe	Péče o ženu s perinatální ztrátou/ mrtvým plodem	Zdravotnické zařízení
KP1	38	VŠ	17	10x	A
KP2	46	VŠ	13	10x	A
KP3	32	VŠ	7	7x	B
KP4	26	VŠ	2	6x	B
KP5	42	VŠ	20	50x	B

Zdroj: Vlastní

KP1 je 38 let, má vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr., praxi v oboru má sedmnáct let, o ženu/rodiče s perinatální ztrátou pečovala více než 10x, pracuje na novorozenecké jednotce intenzivní a resuscitační péče zařízení A.

KP2 je 46 let, má vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., praxi v oboru má třináct let, o ženu/rodiče s mrtvým plodem pečovala přibližně 10x, pracuje na porodním sále v zařízení A.

KP3 je 32 let, má vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., praxi v oboru má sedm let, o ženu/rodiče s mrtvým plodem pečovala více než 7x, pracuje na porodním sále v zařízení B.

KP4 je 26 let, má vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., praxi v oboru má dva a půl roku, o ženu/rodiče s mrtvým plodem pečovala více než 6x, pracuje na porodním sále v zařízení B.

KP5 je 42 let, má vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr., praxi v oboru má dvacet let, o ženu/rodiče s mrtvým plodem pečovala více než 50x, pracuje na porodním sále v zařízení B.

## 5.2 Vyhodnocení rozhovorů s porodními asistentkami

Tabulka 4 – Kategorie a navazující podkategorie:

Kategorie	Podkategorie
1. Péče o ženu/rodiče s perinatální ztrátou	<p>Sdělení špatné zprávy</p> <p>Psychosociální intervence v péči o ženu/rodiče během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení/specifika pro péči o rodiče po perinatální ztrátě na oddělení neonatologické péče NEO-RES – resuscitační péče a NEO-JIP – jednotce intenzivní péče</p> <p>Péče porodních asistentek o ženu/rodiče během porodu mrtvého plodu/ specifika pro péči na oddělení NEO-RES a NEO-JIP</p>
2. Rituály rozloučení s dítětem	<p>Možnosti rozloučení</p> <p>Upomínkové materiály</p> <p>Pohřbení dítěte</p>
3. Dopad na partnerský vztah	<p>Přítomnost a role partnera při perinatální ztrátě</p> <p>Odlišnosti v prožívání ztráty dítěte</p> <p>Formy následné pomoci</p>

Zdroj: Vlastní

V závislosti na analýze dat byly vytvořeny tři hlavní kategorie a navazující podkategorie (**Tabulka 4**). První kategorie nese název Péče o ženu/rodiče s perinatální ztrátou obsahuje tři podkategorie – Sdělení špatné zprávy, Psychosociální intervence v péči o ženu/rodiče během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení/specifika pro péči o rodiče po perinatální ztrátě na oddělení neonatologické péče NEO-RES – resuscitační péče a NEO-JIP – jednotce intenzivní péče a Péče porodních asistentek o ženu/rodiče během porodu mrtvého plodu/specifika pro péči na oddělení NEO-RES a NEO-JIP. Druhá kategorie Rituály rozloučení s dítětem zahrnuje tři podkategorie – Možnosti rozloučení, Upomínkové předměty,

Pohřbení dítěte. Třetí kategorie Dopad na partnerský vztah pojednává o podkategoriích - Přítomnost a role partnera při perinatální ztrátě, Odlišnosti v prožívání ztráty dítěte, Formy následné pomoci. Výsledky analýzy byly podrobně interpretovány v jednotlivých podkategoriích doplněné přímými citacemi komunikačních partnerek.

### **Kategorie 1: Péče o ženu/rodiče s perinatální ztrátou**

První kategorie byla rozdělena na tři navazující podkategorie (**Tabulka 4**). Dvě podkategorie popisují péči poskytovanou porodními asistentkami o ženu/rodiče při probíhající perinatální ztrátě. Poslední podkategorie je zaměřena na individualitu porodních asistentek v přístupu k této problematice. Kategorie analyzuje, jaké psychosociální intervence poskytují porodní asistentky v období od sdělení zprávy o úmrtí dítěte, přes přijetí na porodní sál, péči během porodu a bezprostředně po něm. Dále je zde popsáno, jakým způsobem je zabezpečeno soukromí rodičů během hospitalizace či návštěvy dítěte na oddělení neonatologické péče NEO-RES – resuscitační péče a NEO-JIP – jednotky intenzivní péče.

#### *Podkategorie: Sdělení špatné zprávy*

Podkategorie popisuje, jaké intervence zahajují porodní asistentky u ženy s podezřením na nitroděložní úmrtí plodu při příchodu do zdravotnického zařízení, jakým způsobem se provádí diagnostika úmrtí plodu, jak probíhá sdělení diagnózy a jakou péči poskytují porodní asistentky ženám/rodičům před přijetím k hospitalizaci.

Všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) uvedly, že ovlivňujícím faktorem při sdělování diagnózy o intrauterinním úmrtí plodu nebo úmrtí dítěte časně po porodu, je informovanost ženy/rodičů o přítomnosti život limitující vady či určující příčiny, následkem které dítě zemřelo. Komunikační partnerka KP2 uvedla: : „*V našem zařízení se provádí prenatální diagnostika a při tomto vyšetření bývají zjištěny různé vady ze strany plodu, o kterých je žena neprodleně informována.*“ KP1 popsala: „*Situace z velké části závisí na tom, jestli žena nebo pár ví už prenatálně, s jakým rizikem jdou do toho porodu, že novorozenec bude mít smrtelnou vadu. Určitě k tomu bude přistupovat rozdílně žena, která přijde ve 40. týdnu a očekává, že si za 3-4 dny odnese domů zdravého novorozence, ale v rámci porodu se něco zkomplikuje a ten novorozenec zemře do těch sedmi dnů.*“ Ze zkušeností komunikačních partnerek KP2, KP3 a KP5 vyplynulo, že nejčastěji ženy přichází k preventivní ultrazvukové kontrole, kde bývá náhodně diagnostikováno úmrtí plodu. KP4 jako častější situaci uvedla příchod žen se subjektivním pocitem absence pohybů plodu. Všechny komunikační partnerky v tomto případě uvedly prioritní zahájení vyšetření, aby žena dlouho neče-

kala. Komunikační partnerky KP1 – KP4 hovořily také o situace, kdy ženy nejprve vyhledaly svého obvodního gynekologa a do zdravotnického zařízení již přišly seznámeny se situací. KP3 popsala odlišnosti těchto situací následovně: *Nejčastější záchyt je, že žena přijde do prenatální poradny na kontrolu nebo na ultrazvuk, takže nemá vůbec povědomí o tom, že se děje něco špatně a následně se nezachytí ozvy dítěte nebo žena přijde na porodní sál na pohotovost s tím, že necítí pohyby miminka, takže hned jsme instruované, že v tento moment se vůbec nemáme pokoušet sondou kardiokografu hledat ozvy, ale vždycky musíme neprodleně zavolat lékaře.* “ Tuto skutečnost potvrdily všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5), které uvedly, že stanovení diagnózy provádí vždy lékař na základně ultrasonografického vyšetření. KP3, KP4 a KP5 doplnily, že pokud se jedná o mladšího lékaře, tak je k ultrazvukové diagnostice vždy povolán služebně starší lékař. KP5 dodala: *„Lékař ženě a jejímu doprovodu sdělí informaci a ukáže i na obrazovce ultrazvuku, že srdíčko miminka nebije, často tak činí opakovaně, protože rodiče se chtějí opakovaně ujistit, že srdíčko opravdu netluče.“*

Komunikačním partnerkám byla položena otázka, jakým způsobem probíhá sdělení diagnózy. Všechny odpovědi (KP1 – KP5) potvrdily, že je snaha o srozumitelné, citlivé a empatické sdělení se zajištěním maximálního soukromí s možností přítomnosti doprovázející osoby. Z analýzy vyplynulo, že sdělení zprávy o úmrtí dítěte je přítomna i porodní asistentka. KP4 uvedla: *„Pokud je to jen trochu možné, snažíme se, aby žena nebyla v místnosti s další těhotnou ženou, které se například točí monitor. Pokud má s sebou doprovod, je dotázána, zda ho u sebe chce mít. Lékař s porodní asistentkou pak dávají prostor pro otázky a opakovaně informace vysvětlují, protože rodiče jsou v šoku a netuší, co se bude dít dál.“* Komunikační partnerka KP2 přidala osobní zkušenost: *„Z profesní i lidské stránky se snažím, rodičům, kteří prochází perinatální ztrátou, poskytnout co největší psychickou podporu.“* Žena je ihned přijata k hospitalizaci (KP1 – KP5).

*Podkategorie: Psychosociální intervence v péči o ženu/rodiče během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení/specifika pro péči o rodiče po perinatální ztrátě na oddělení neonatologické péče NEO-RES – resuscitační péče a NEO-JIP – jednotka intenzivní péče*

V této podkategorii komunikační partnerky (KP1 – KP5) popsaly, jak probíhá příjem ženy na oddělení. Byly dotazovány, na jaké oddělení je žena hospitalizovaná, jakým způsobem porodní asistentka chrání soukromí ženy/rodičů během hospitalizace či návštěvy oddělení NEO-RES a NEO-JIP, zda žena může využít možnost přítomnosti blízké osoby po celou dobu hospitalizace.

Tři komunikační partnerky (KP3, KP4, KP5) uvedly, že je žena hospitalizována na porodní sál, kde je proveden příjem a rodička zde zůstává v průběhu celého porodu. KP2 řekla, že je žena přijata na porodní sál nebo gynekologické oddělení v závislosti na porodnickém nálezu, zda porodí spontánně nebo císařským řezem a na obsazenosti oddělení porodních boxů. KP1 uvedla možnost hospitalizace ženy v rámci separované etáže pro matky předčasně narozených dětí, aby mohla trávit co nejvíce času s dítětem, u kterého je očekáváno úmrtí v prvních hodinách či dnech po jeho narození. KP1 vycházela ze svých zkušeností s perinatálním úmrtím: *„Na oddělení novorozenecké jednotky intenzivní a resuscitační péče máme, my tomu říkáme kachlíkový box, a v rámci týmu se domlouváme, že tam takové miminko umístíme, aby zde mělo veškerý komfort od běžného hluku, ruchu a mělo tu své rodiče. Nachystáme tam rodičům pohodlné křeslo, jak pro otce, tak pro matku, aby měli vlastní soukromí a mohli tam pobývat 24hodin, jak uznají za vhodné.“* Komunikační partnerky KP2 – K5 uvedly v průběhu hospitalizace stejné nebo podobné intervence.

Z analýzy odpovědí bylo zjištěno, že ochrana soukromí ženy procházející perinatální ztrátou je vždy zajištěna umístěním na samostatný porodní box s vlastním sociálním zařízením, pokud možno co nejdále od ostatních porodních boxů. KP4 doplnila: *„Z porodního boxu odstraňujeme fotky šťastných rodičů s miminkem v náručí, aby to nebylo pro pár zbytečně zraňující.“* Box je speciálně označen, aby ostatní personál věděl, že je zde umístěna žena s perinatální ztrátou a veškeré informace si mezi sebou pečlivě předávají ústní formou. Všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) uvedly, že o ženu pečuje vždy jeden lékař a jedna porodní asistentka. Jedna z dotazovaných (KP3) uvedla: *„Porodní asistentka, která má dvanácti hodinovou službu a má na starost tuto ženu, tak je spolu s lékařem jediná, kdo se o ni stará. Nikdo jiný za touto paní nedochází. Není to tak, že během dvanácti hodin uvidí všechny porodní asistentky.“* Všechny komunikační partnerky (KP1 – K5) uvedly, že do své péče zahrnují seznámení ženy/páru s provozním řádem oddělení, ukázkou signalizačního zařízení a potřebných náležitostí. Jako důležitý aspekt své péče uvedla KP2 i fyzický kontakt v podobě pohlazení, objetí. KP3 dodává: *„Je to o tom pohovoru, povídání si. Jsou ženy, u kterých strávíme hodně času, když je prostor, jsme s nimi opravdu hodně a strávíme hodinu jenom povídáním. Jsou ženy, které si to vyčítají a chtějí vědět, co udělaly špatně a co měly udělat jinak. Některý ženy jsou takový, že chtějí pouze vědět, co se bude dít a potom být v klidu manželem, je to individuální.“*

Z analýzy výzkumu dat, zda má žena možnost využít během hospitalizace přítomnosti blízké osoby a pokud ano, jestli ji využívají, vyplynulo, že dle KP1, KP2, KP3, KP4, KP5

je možné, aby během porodu byly i dvě blízké osoby a během celého průběhu hospitalizace, pokud si to žena přeje, může doprovázet jeden blízký, většinou to bývá partner. KP3 uvedla: „*Pro tuhle situaci, tuhle diagnózu, děláme spoustu výjimek oproti provoznímu řádu. Rodičům se snažíme tragickou událost co nejvíce ulehčit.*“ KP2 také odpověděla: „*Pamatuji si, že akorát jedna žena nechtěla přítomnost manžela, ale dá se říct, že zbytek byl opravdu rád, že tento smutek mohou prožít společně. Několik žen využilo i možnost přítomnosti další rodiny. Když se děťátko narodilo, tak se s ním přišli rozloučit babička s dědečkem, i sourozenec.*“ Analýza výzkumných dat prokázala, že všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) vnímají, dle svých osobních zkušeností, roli partnera velmi pozitivně a jeho přítomnost plně podporují.

*Podkategorie: Péče porodních asistentek během porodu mrtvého plodu/specifika pro péči o rodiče po perinatální ztrátě na oddělení neonatologické péče NEO-RES – resuscitační péče a NEO-JIP – jednotka intenzivní péče*

Podkategorie mapuje péči porodní asistentky o ženu s perinatální ztrátou v průběhu porodu. Kladenými otázkami bylo zjišťováno, jakým způsobem probíhá péče o ženu z hlediska medicíny, jakými způsoby je možné tlumit bolest během porodu. Individuální přístup porodní asistentky k ženě/rodičům, zda by si přála něco ve své péči o rodiče po ztrátě dítěte změnit.

Dotázané komunikační partnerky (KP2, KP3, KP4, KP5) popsaly, že péče při porodu mrtvého plodu, z medicínského hlediska, probíhá stejně jako během fyziologického porodu s jediným rozdílem, že neprobíhá monitoring srdečních ozev plodu. KP2 – KP5 odpověděly, že porodní asistentka ženu pečlivě seznámí s průběhem porodu, s možnostmi tlumení bolesti, pravidelně monitoruje fyziologické funkce, kontroluje progresi nálezů, sleduje krvácení a plní další ordinace dle lékaře. Po celou dobu uspokojují potřeby rodičky a dbají jejich preferencí. KP3 uvedla, že pracuje podle standardu péče o ženu s nitroděložním úmrtím plodu, který mají v zařízení sestavený. KP5: „*Porodní asistentka provází rodiče a respektuje jejich přání, které vychází z potřeb ženy. Otevřeně, ale citlivě komunikuje. Vytváří jakýsi individuální porodní plán, který žena může kdykoliv změnit. Sdílela s ženou její situaci, někdy není třeba mluvit, jen s ní být.*“ Druhou dobu porodní shrnuly komunikační partnerky KP2 – KP5 následovně: „*Snažím se té ženě projevit, že jsem tam pro ni a chci jí pomoci. Povzbudit ji. Je hodně důležité opravdu jí dát najevo, že vám může důvěřovat, stačí chytit za ruku, pohladit a kdykoliv jí říct, že má možnost se mnou o čemkoliv mluvit.*“ Po porodu vykonávají všechny komunikační partnerky opět stejné intervence jako po běžném porodu.

V pravidelných intervalech měří fyziologické funkce, kontrolují zavinování dělohy, stav krvácení a hodnotí psychický stav ženy.

Analýza výzkumných dat prokázala, že k problematice tlumení bolesti při porodu mrtvého plodu přistupují ve zdravotnických zařízeních s větší benevolencí. Z dat jednoznačně vyplynulo, že první volbou tišení bolesti při porodu je epidurální analgezie. KP2 řekla: *„Epidurální analgezie se využívá opravdu hodně. Tlumení bolesti je strašně důležité, protože právě chybí závěr toho porodu, ta odměna v podobě živého dítěátka v náruči rodičů“*. Ostatní komunikační partnerky uvedly, že mají možnost využití různých druhů analgetik a opiátů. KP3 jako další volbu uvedla inhalační plyn Entonox a odpověděla: *„Některé ženy ale bolest tlumit nechtějí.“* Ostatní komunikační partnerky doplnily, že z vlastní iniciativy ženám raději nabízejí nefarmakologické způsoby tlumení bolesti a podpory psychického stavu raději, než podání psychofarmak. Často se využívá aromaterapie a hydroterapie. KP3 vysvětlila: *„Je hodně vidět, kdo prošel vzdělávacím kurzem a kdo ne, protože jsou lékaři, kteří napíší léky hned na příjmu se slovy: „Dáme paní něco, ať se uklidní“ a jsou lékaři, kteří vědí, že tohle není vždycky indikované, že někdy to má spíše kontraindikaci. Pokud to ta žena zvládá, tak pláč a smutek jsou naprosto normální. Porodní asistentka může lékaře hodně ovlivnit. Mám zkušenost takovou, že je lepší ženám ze začátku hned něco takového nedávat, protože potom nejsou schopny racionálně uvažovat, jsou pod účinkem toho léku.“*

Všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) uvedly, že nejvíce poznatků a zkušeností získaly během své praxe v rámci pracovního poměru. Přípravu z dob studia čtyři komunikační partnerky považují za vysoce nedostatečnou. Pouze komunikační partnerka KP3 uvedla, že se během bakalářského studia porodní asistence této problematice věnovala hloubkově a z osobních zkušeností velmi doporučuje účast na kurzu Péče o rodiče po perinatální ztrátě, který pořádá Dlouhá cesta. Žádná z komunikačních partnerek by nechtěla ve své osobní péči o rodiče po perinatální ztrátě nic měnit, ale připouští nutnost neustálého vzdělávání se v oblasti gynekologie, porodnictví a neonatologie. Z vyzkoumaných dat vyšlo najevo, že dotazované komunikační partnerky vnímají vzdělávací potřebu v problematice perinatologických ztrát a paliativní péče. Za nejvíce efektivní považují kurzy a semináře. KP1 řekla: *„Neustále se musíme něčemu novému učit. Snažíme se založit paliativní tým, a proto v loňském roce prošlo opět několik sester, porodních asistentek z týmu ošetrovatelského a pár lékařů paliativním školením.“* Všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) vyzdvihují důležitost zpětné vazby od žen či párů, o které pečovaly a vnímají ji jako velmi důležitý aspekt sebereflexe pro budoucí poskytování psychosociál-

ních intervencí rodičům po perinatální ztrátě. KP4 by uvítala větší časový prostor, který by mohla věnovat ženě i její rodině.

## **Kategorie 2: Rituály rozloučení s dítětem**

Následující kategorie je rozdělena na tři podkategorie (Tabulka 4). V jednotlivých podkategoriích komunikační partnerky (KP1 – KP5) objasňují způsob péče, jakým způsobem a kdo rodiče edukuje o možnostech rozloučení se s dítětem v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Porodní asistentky podrobně popisují upomínkové předměty, které rodičům nabízí nebo přímo vytváří, kdo a kdy podává rodičům informace o možnosti pohřbení ostatků mrtvého dítěte.

### *Podkategorie: Možnosti rozloučení*

Tato podkategorie popisuje možnosti rozloučení se s dítětem, které jsou rodičům v daném zdravotnickém zařízení nabízeny, kde rozloučení probíhá a jaký názor mají porodní asistentky na možnost rozloučení v souvislosti s procesem truchlení.

Dotázané komunikační partnerky (KP1 – KP5) uvedly, že o možnostech rozloučení informuje rodiče lékař a opakovaně i porodní asistentka, která s nimi tráví nejvíce času (KP2, KP3), sama porodní asistentka (KP4, KP5) nebo neonatolog (KP1). KP4 odpověděla, že někdy doplňující informace poskytuje pediatr. Téměř všechny komunikační partnerky (KP2 – KP5) uvedly, že v případě spontánního porodu probíhá rozloučení rodičů s dítětem na porodním boxu, kde trávili celý průběh porodu. Pokud muselo být těhotenství ukončeno císařským řezem, tak se dítě matce přinese na oddělení JIP, kde je hospitalizovaná na jednolůžkovém pokoji, kam je mimořádně povolen vstup i otci, aby se mohli rozloučit společně. Vždy je zachováno soukromí. Jedna komunikační partnerka (KP1) popsala, že rozloučení s dítětem, pokud je to kapacitně možné, probíhá na vyhrazeném novorozeneckém boxu, kde je rodičům zajištěn veškerý komfort pro důstojné rozloučení s děťátkem. KP1: „*Dáme tam hračky, lampičku, deku, pod kterou se mohou schovat všichni tři. Dáme jim tam na stoleček, tahací kapesníčky, pití, dáváme tam umělé květiny. Snažíme se to aspoň v tomto duchu zpříjemnit.*“ Všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) odpověděly, že doba loučení se přizpůsobuje požadavkům rodičů. Vždy je snaha poskytnout jim tolik času, kolik potřebují. Všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) možnost rozloučení s dítětem plně podporují a vždy ji opakovaně nabízí.

Rozloučení s dítětem považují všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5), nejen v souvislosti s procesem truchlení, za velmi důležité. KP2 odpověděla: „*Rozloučení se s dítětem*



je snad nejdůležitější součástí celé perinatální ztráty, oba rodiče mohou mít velký strach z toho, co uvidí, jaké to bude, ale ono je důležité si uvědomit tu realitu. Velmi často se stává, že pokud nejde o žádnou vrozenou vývojovou vadu, tak málokdy jde na první pohled vidět, z jakého důvodu děťátko zemřelo.“ KP1: „Rozloučení je strašně důležité v procesu truchlení, protože víme, že truchlení má určité fáze, kterými je nutné si projít.“ KP3 uvedla: Myslím si, že nejvíc záleží na porodní asistentce, jak má zpracované tohle téma. Jsou i takové, kterým není komfortní se v této situaci pohybovat, a proto budou dělat všechno proto, aby ženě nedoporučily rozloučení. Té ženě to spíš uškodí, protože spoustu z nich dříve nebo později, může to být až za rok, za dva od ztráty, začne mrzet, že se s tím dítětem nerozloučily. Když jsem se bavila s ženami, které měly nějakou ztrátu za sebou, a nebylo jim nabídnuto rozloučení, tak toho potom litovaly. Vždy se pokoušíme najít nějaký kompromis. Když i přes to ta žena nechce, tak to tolerujeme a nikdo jim ty děti nenutí násilím. Jsou ženy, které nechtějí vidět své mrtvé dítě, my to musíme respektovat. Dostanou všechny informace a samy se rozhodnou.“ Všechny odpovědi komunikačních partnerek se shodovaly v tom, že možnosti rozloučení je důležité nabízet a podporovat, ale konečné rozhodnutí je vždy na rodičích. Analýzou dat bylo potvrzeno, že informace je nutno podávat opakovaně, ale nikdy rodiče do ničeho nenutit. KP4 odpověděla: „Rozloučení je důležitý akt. Dává rodičům pocit reálnosti dítěte, pomáhá nastartovat proces truchlení, ale nelze jej vynutit za každou cenu. Důležité je respektovat přání ženy či páru.“

Analýza dat výzkumu jednoznačně prokázala, že rodiče mají právo své dítě vidět, pojmenovat, chovat jej, hladit, klokánkovat, obléct, vykoupat, pořídit si fotografie nebo videozáznam. Rodiče mohou k loučení pozvat další rodinné příslušníky. Nejčastěji jsou to starší sourozenci nebo prarodiče. KP3: „Cokoliv rodiče chtějí a je to v našich silách, tak se snažíme jim vyjít vstříc. KP2: „Ohledně rozloučení jsem zažila spoustu různých přístupů, nejčastěji se rodiče chtěli rozloučit s děťátkem společně nebo naopak chtěl jenom jeden z partnerů. Vždy mají zajištěno soukromí, nikdo je neruší. Je tam intimní atmosféra, může se zapálit svíčka. Mohou si přizvat rodinné příslušníky. Většinou je necháváme, jak dlouho potřebují a jak si sami přejí. U nás to většinou funguje tak, že děťátko se po narození, pokud matka chce, ihned podá do její náruče, a potom se domlouváme, že děťátko vezmu, umyju ho, zabalím do zavinovačky, obleču dupačky, čepičku a je to takové důstojnější. Potom se spolu znovu loučí v nadstandardním boxu. Jakmile sami usoudí, že měli dostatek času na rozloučení, tak voláme na patologii, která funguje dvacet čtyři hodin denně. Přijdou si pro děťátko v kteroukoli hodinu a důstojně ho odnesou.“

Při analýze výzkumu dat jsme zjistili, že o možnostech rozloučení jsou rodiče informováni během první doby porodní ústní i písemnou formou pomocí cíleně vytvořených letáků či brožur. Specifika pro rozloučení se zemřelým dítětem na oddělení NEO – RES a NEO – JIP jsou taková, že rodiče informuje lékař o terminálním stádiu dítěte a porodní asistentka či dětská sestra připraví vhodné podmínky k rozloučení. KP1: *„Rodiče mohou být se svým děťátkem od začátku až do konce. Vytáhneme endotracheální kanylu, případně jiné pomůcky, rodiče u toho můžou být, někteří nechtějí a čekají, až dostanou do náruče své miminko, které na sobě už nic nemá, je oblečené a zabalené v peřince. Naopak jsou i rodiče, kteří si ho chtějí okoupat, být u všeho a pomáhají té konkrétní sestřičce, to je taky možnost rozloučení.“* KP1 odpověděla, že při rozloučení bývá na přání rodičů přítomna po celou dobu nebo je jim se vším nápomocna. Informace o možnosti pohřbení, v zákonné lhůtě devadesáti šesti hodin, jsou rodičům podány většinou až po porodu (KP1 – KP5).

*Podkategorie: Upomínkové materiály*

Podkategorie mapuje, jaké upomínkové materiály porodní asistentky poskytují rodičům jako památku na jejich zemřelé dítě.

Všechny dotázané komunikační partnerky (KP1 – KP5) rodičům po perinatální ztrátě poskytují různé formy upomínkových materiálů. Analýzou výzkumných dat vyšlo najevo, že informace o vzpomínkových materiálech poskytují komunikační partnerky jednak před porodem (KP2, KP3) a opakovaně je rodičům nabízí i po porodu mrtvého dítěte (KP1, KP4, KP5). KP2 uvedla: *Hodně záleží i na tom, která porodní asistentka se o tu ženu stará a jaký způsobem k tomu přistupuje“*. Dvě komunikační partnerky (KP1, KP2) jsou zvyklé některé z upomínkových předmětů zhotovit, i když si to rodiče nejprve nepřejí, protože se často stávalo, že s odstupem času rodiče svůj názor změnili a bylo jim velmi líto, že jim po děťátku nic nezůstalo. KP2: *„U nás to funguje tak, že se pořizuje fotografie děťátka, která je součástí dokumentace a ta je následně uložena v archivu. Už několikrát se stalo, že žena, která se nerozloučila, pak začala pátrat po možnosti nějaké vzpomínky a třeba i po roce si tuto fotografii vyžádala.“* KP1 uvedla: *Kdykoliv můžou svůj názor změnit, ať je to za pět minut, za půl hodiny, za den, za dva. Rodiče si jednoduše potřebují celou situaci prožít, urovnat, popřemýšlet. Jsou věci, které se stanou, a už je nikdy nemůžeme vrátit. My ty otisky uděláme, i když je nechtějí a uložíme je s ostatními věcmi do vzpomínkového boxu. Kdykoliv si pro to můžou přijít. Vlastní zkušenost mám takovou, že většina se přikloní k tomu, že si upomínky chtějí vzít domů.“* Dotázané komunikační partnerky (KP1 – KP5) rodičům předávají Vzpomínkový list na děťátko, kde je uvedeno pohlaví, jméno, datum a čas naro-

zení, porodní váha a míra. Všechny dotázané také aktivně vytváří otisky nožiček a ručiček. Čtyři komunikační partnerky (KP1, KP2, KP3, KP5) nabízejí, pokud je to možné, pramínek vlásků děťátka. KP4 mimo jiné nabízí rodičům identifikační náramek, který se dává novorozencům po narození. KP5 rodičům předává i hračku, čepičku či deku, ve které bylo dítě zabaleno při rozloučení. KP1 řekla, že na některých upomínkových předmětech jako jsou háčkované chobotničky, srdíčka nebo oblečky se ochotně podílí ženy z řad dobrovolnic, které své výrobky nemocnici darují. V případě všech komunikačních partnerek (KP1 – KP5) jsou veškeré vzpomínkové materiály uloženy do tzv. „memory boxu“, který vytváří porodní asistentka, někdy s pomocí rodičů, jako památku na zemřelé dítě. Věci jsou zde přehledně uloženy a rodiče se k nim mohou doma s odstupem času vracet. KP3: *„Součástí toho memory boxu je i flashka s fotkami v elektronické formě. Je tam kontakt na Prázdnou kolébku a na naše krizová centra, na naši ústavní psycholožku. Potom je tam vyjádřená soustrast od týmu porodního sálu a ještě přidáváme uháčkovaná srdíčka s tím, že dostanou dvě srdíčka a to jedno mohou poslat miminkem třeba na pitvu a jedno srdíčko mají na památku. Je to zase individuální, jak to ta žena nebo rodiče chtějí či nechtějí“*. Všechny dotázané komunikační partnerky (KP1 – KP5) uvedly, že ve většině případů mají rodiče o některý z upomínkových materiálů zájem.

#### *Podkategorie: Pohřbení dítěte*

Komunikačním partnerkám (KP1 – KP5) byla položena otázka, kdo a jakým způsobem informuje rodiče o možnostech pohřbení mrtvě rozeného dítěte.

Z analýzy výzkumu dat jsme zjistili, že informace o pohřbení dítěte podává nejčastěji porodní asistentka (KP1, KP4, KP5), lékař i porodní asistentka (KP2, KP3). KP2 uvedla, že v případě záchytu intrauterinního úmrtí plodu během pravidelné kontroly dostanou ženy informace již v prenatální poradně. KP3: *„Ženu informuje porodní asistentka nebo lékař. U nás to máme rozdělené tak, že my jako porodní báby víme většinou více informací než lékaři, a ti doktoři to ví. Vždycky nám jen připomenou, jestli jsme s rodiči probrali pohřeb a všechny tyto informace, takže většinou se na tom žena s tou porodní asistentkou domlouvá“* Všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) odpověděly, že ústně předané informace poskytují také v tištěné podobě ve formě brožur a letáků, kde jsou všechny informace podrobně a srozumitelně uceleny. KP1 jako jediná nastínila možnost, že rodiče mohou odmítnout pitvu dítěte. Rodiče tuto možnost řeší zásadně s lékařem. Je nutné podepsat informovaný souhlas a záznam o odmítnutí pitvy dítěte je veden v dokumentaci.

### Kategorie 3: Dopad na partnerský vztah

V rámci poslední kategorie komunikační partnerky (KP1 – KP5) odpovídaly na otázky týkající se role partnera v průběhu perinatální ztráty. Byly dotazovány na otázku, jak vnímají přítomnost partnera u porodu mrtvého plodu, význam mužské role v situaci, kdy dítě zemře nebo jaké zásadní odlišnosti vnímají v prožívání ztráty dítěte. Položené otázky přinesly velmi osobní a individuální zkušenosti každé komunikační partnerky.

#### *Podkategorie: Přítomnost a role partnera při perinatální ztrátě*

Porodní asistentky byly konfrontovány otázkou na jejich osobní zkušenosti s přítomností partnera u porodu mrtvého plodu, v případě úmrtí později po porodu, s přítomností v rámci hospitalizace či docházení na oddělení NEO – RES a NEO – JIP.

Roli partnera u porodu mrtvého plodu a v průběhu perinatálního období vnímají všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) pozitivně. Shodně odpověděly, že přítomnost partnera, otce dítěte, dodává ženě po celou dobu velkou psychickou podporu. KP5 uvedla, že dítě ztratili oba partneři, proto by jim nemělo být odepřeno právo, prožít tuto událost společně. Všechny dotazované se shodly na tom, že partner by neměl být od ženy separován a informace by měli dostávat oba současně. KP2 zmínila své zkušenosti, kdy se ženy, i když zrovna přišly o vysněné dítě, často snažily ochránit více svého partnera než sebe a dodala: *„Ženy mají pocit, že musí partnera od něčeho ochránit, proto ho někdy u sebe nechtějí od začátku, ale jakmile si samy zvyknou na prostředí a vše kolem, tak si ho volají, ať přijde. Někdy mám pocit, že se starají více o něho než o sebe, ale právě když se to dítěátko narodí, tak ta přítomnost je neskutečně důležitá, aby tu možnost měli oba dva“*. KP3 připustila situaci, kdy by přítomnost partnera mohla být spíše kontraproduktivní a uvedla: *„Někdy je to vysněné miminko, o které přišly, ale taky to může být miminko, kdy žena otěhotněla neplánovaně, nechtěně a ten vztah není funkční, takže rozhodnutí, zda tuto ztrátu prožijí spolu, je na nich.“*

#### *Podkategorie: Odlišnosti v prožívání ztráty dítěte*

V této podkategorii bylo zjišťováno, jaké hlavní rozdíly vnímají komunikační partnerky (KP1 – KP5) v prožívání ztráty očekávaného dítěte u obou partnerů a jak se liší vyjadřování emocí v této situaci z pohledu ženy a muže. Dostaly také otázku, v jakých oblastech se dle nich stává vztah partnerů rizikovým po ztrátě dítěte.

Zajímalo nás, jaké rozdíly, v prožívání a vyjadřování emocí, vnímají komunikační partnerky (KP1 – KP5) u obou partnerů. Z analýzy výzkumu dat bylo prokázáno, že prožívání rodičů, kteří přišli o dítě je individuální záležitostí každého jednoho páru, stejně tak jsou patrné odlišnosti v prožívání ženském a mužském. Ve velké většině se jedná o velmi emotivní prožívání celého průběhu hospitalizace. KP3 uvedla dle svých zkušeností i situace, kdy žena či muž prožívají perinatální ztrátu dítěte natolik racionálně, že působí až ledově klidní. Pro vzniklou situaci mají své odůvodnění a přijmou ji bez větších emočních projevů. Všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) uvedly, že během své péče o rodiče po perinatální ztrátě je snadnější navázat důvěrnější vztah se ženou než s mužem. Všechny odpovědi byly shodné v tom, že muž potřebuje více času, aby projevil své vnitřní emoce, které se zpočátku snaží eliminovat, jelikož cítí tlak okolí. Společnost od nich očekává, že budou svým partnerkám oporou, často nesou povinnost informovat rodinu a blízké okolí, chodí do zaměstnání nebo se musí postarat o další děti. Muž může dle analýzy výzkumných dat představovat prostředníka mezi ženou a personálem, neboť žena není v akutní fázi truchlení schopna pojmout veškeré informace. KP5: *„Muži tolik o svých emocích nemluví, to ale neznamená, že je necítí. Cítí to, co ženy, jen u nich truchlení může navenek vypadat jinak.“* Ve své odpovědi také zmínila, že muži mají někdy větší potřebu dát ztrátě smysl. Častěji dle komunikační partnerky KP4 unikají do vlastního nitra, obrací se k alkoholu nebo se zavalí velkým množstvím práce. Všechny dotázané uvedly, že se v případě perinatální ztráty nikdy nesetkaly s mířenou agresí vůči zdravotníkům ani od jednoho z partnerů. KP2 : *„Ve stresových situacích vyjdou najevo pravé vlastnosti člověka, to co je v nás. Říká se, že ve vypjatých situacích nejlépe poznáme, kdo jaký je. V případě perinatální ztráty k tomu vždy oba rodiče přistupovali s obrovskou pokorou.“* Komunikační partnerka KP2 také zmínila, že prožívání během fyziologického porodu, taktéž porodu mrtvého dítěte, z velké části ovlivňuje předchozí fungování vztahu. Pokud je muž ženě oporou i v běžném životě, není tomu jinak během těhotenství, porodu i v poporodním období. KP3 uvedla: *„Porodní asistentka může mít velký vliv na to, jak to ten pár ustojí a neustojí. Protože když budou mít opravdu všechny informace a neodnesou si z toho porodu celkově nebo z toho rozloučení trauma, nebude tam nikdo do ničeho nucen v tom smyslu, že třeba žena se rozloučit s dítětem chce a muž nechce, tak muž na tu dobu odejde a nebudeme ho nutit, aby se na to dítě díval. To si myslím, že se všechno dá vykomunikovat a ta porodní asistentka tam má opravdu velký kus práce, velký prostor vytvořit co nejmíň traumat.“* KP4 na otázku odpověděla, že zásadní rozdíl v prožívání vnímá v tom, že žena celou situaci musí prožít i

po fyzické stránce, je na dítě více vázaná, protože ho nosila nějakou dobu v sobě. Mužské prožívání se odehrává pouze na emocionální úrovni. KP1 popsala situaci, kdy žena vlivem strachu může odmítat rozloučení s dítětem, nechce ho vidět ani pochovat, ale muž ji svým kladným postojem přemluví. Uvedla: *„Jsou muži, kteří pobídnou ženu k tomu, aby udělala ten krok. Často říknou „Ano, já si ho vezmu do náruče, chci ho vidět.“ Žena nejprve nechce a on ji tím zpracuje k tomu, aby překonala svůj strach, a když tohle žena vidí, tak na to většinou taky přistoupí.“*

Analýza získaných dat v otázce odlišností v prožívání ztráty dítěte u obou partnerů přinesla rozdílné subjektivní vnímání všech komunikačních partnerek (KP1 – KP5). KP1 uvedla svůj názor, že ztráta dítěte může být pro pár zlomovým okamžikem, který je v budoucnu může motivovat ke společnému soužití, zpečetí jejich vztah a upevní rodinné vazby. Za vyšší riziko pro partnerský vztah považuje narození dítěte s těžkým postižením, kterému žena věnuje veškerý svůj čas a energii, což může partner vnímat negativně a může mít tendenci vztah opustit. KP2 na otázku odpověděla: *„Nejvíce hrozí obviňování. Někdy muž může dávat vinu za smrt dítěte ženě, že ona nějakým nevhodným chováním má podíl na tom, co se stalo.“* Dále řekla, že tragická událost může ve vztahu partnerů vyvolat celkové odcizení. KP3 považuje za rizikovou oblast sexuality a plánování dalšího těhotenství a popsala: *„Žena na další dítě nemusí být stále ještě připravená, zatímco partner by si potomka moc přál. Stejně tak to může být i v případě muže, kdy sám potřebuje delší čas se vyrovnat s nenaplněnou rolí otce“.* KP4 vnímá rizikovost vztahu v odlišných představách o budoucím soužití. Uvedla, že ztráta dítěte může u jednoho či obou partnerů kompletně změnit životní priority, což mohou partneři vyřešit ukončením vztahu. KP3 dle vlastních pocitů uvedla: *„Já jsem naštěstí zatím narazila pouze na páry, u kterých jsem měla pocit, že je to spíše stmělí, a že to spolu ustojí. Vždycky to bylo chtěné, plánované miminko, kdy si ho ten pár moc přál, a byli to lidi, kteří se k sobě hodí, jsou na sebe naladěni a působilo to na mě tak, že když jsme je propouštěli z porodního sálu, tak jsem si říkala „Ano, tihle to zvládnou, tito to dají“* KP5 odpověděla, že společně ustát úmrtí dítěte není snadné a případnou hrozbu pro budoucí fungování vztahu vnímá ve vzájemné komunikaci. Popsala: *„Může je to i posílit, ale záleží hodně, jak spolu dokážou komunikovat, jestli jsou k sobě otevření, jinak vznikají zbytečná nedorozumění.“*

*Podkategorie: Formy následné pomoci*

V poslední podkategorii porodní asistentky popisují, jaké formy následné pomoci nabízí rodičům po perinatální ztrátě.

Všechny dotazované komunikační partnerky (KP1 – KP5) v rámci následné pomoci ženám/rodičům primárně doporučují formu psychologické pomoci. Informují pár o tom, že psychologickou pomoc mohou vyhledat samostatně nebo v rámci párové terapie. Všechny dotázané zmínily možnost nemocničního psychologa, který slouží ambulantně a může ženu navštívit již během hospitalizace. KP1 ze své praxe uvádí častý jev, kdy žena či pár tvrdí, že psychickou pomoc nepotřebují a potřebovat nebudou, ale často změni svůj názor a později, po ukončení hospitalizace, pomoc využijí a tohoto rozhodnutí nelitují. Ke své osobní zkušenosti dodala: *„Nebo se také mohou obrátit zpětně na nás, když by potřebovali s čímkoliv poradit, tak my jsme tady od toho.“* KP1, KP3, KP5 zmínily, že se často, během perinatální ztráty dítěte, u rodičů setkávají se spirituálními potřebami či přáním návštěvy kněze. Všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) spirituální péči aktivně nabízí a podporují. Každá z dotázaných komunikačních partnerek (KP1 – KP2) uvedla, že rodičům během pobytu v nemocnici poskytují kontakty na krizová centra, telefonické linky, komunity, kompetentní odborné organizace nebo laické poradenství. KP2 řekla: *„Já mám velice dobrou zkušenost s webovými stránkami [www.prazdnakolebka.cz](http://www.prazdnakolebka.cz), kde jsou přehledně uvedeny veškeré informace.“* KP3 uvedla, že v rámci memory boxu rodičům poskytují leták Desatero péče o psychiku a dodala: *„My jim předáme kontakty a dáme doporučení co dělat.“* Všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) považují jakoukoliv z forem následné pomoci za přínosnou a efektivní.

## 6 DISKUZE

Kladly jsme si za cíl zmapovat a popsat osobní zkušenosti porodních asistentek s poskytováním psychosociálních intervencí rodičům po perinatální ztrátě. První výzkumná otázka se věnovala tomu, jaké intervence zahajují porodní asistentky v péči o ženu/rodiče s perinatální ztrátou. Analýzou dat bylo zjištěno, že dotázané komunikační partnerky (KP1 – KP5) prioritně dbají na přednostní vyšetření žen, které přichází s pochybnostmi o pohybech plodu. V případě potvrzení diagnózy o úmrtí dítěte lékařem, jsou porodní asistentky přítomny sdělení špatné zprávy a poskytují ženě či páru psychickou oporu. V otázce přijetí a hospitalizace se všechny dotázané shodly, že vždy umožňují přítomnost blízké osoby po celou dobu hospitalizace v daném zařízení, se zajištěním maximálního soukromí. Všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) shodně uvedly, že péče o ženu v průběhu porodu mrtvého plodu probíhá, z medicínského hlediska, stejně jako při běžném porodu, pouze s vynecháním monitoringu srdečních ozev plodu.

Ženy odesílá z ambulance jejich obvodní gynekolog a přicházejí již seznámeny se situací o intrauterinním úmrtí plodu nebo je úmrtí plodu diagnostikováno v příslušném zdravotnickém zařízení, případně dítě umírá do sedmi dnů po narození na oddělení NEO – JIP nebo NEO -RES. Autorka Ratislavová (2015) ve své práci klade důraz na to, aby ženy, které přichází s pochybnostmi o pohybech plodu, byly vyšetřeny přednostně, nejlépe ihned po příchodu do nemocnice. Při nezachycení ozev plodu musí porodní asistentka neprodleně zajistit ultrasonografické vyšetření lékařem. Je důležité, aby bylo co nejdříve zjištěno, zda je plod v děloze mrtvý nebo ne. Dlouhé časové prodlevy u žen zvyšují pocity strachu a úzkosti. Analýza výzkumu dat potvrdila, že všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) dbají na přednostní přijetí ženy k vyšetření. Pouze KP3 odpověděla, že v případě ženy, která přichází s pochybnostmi o pohybech plodu, neprovádí porodní asistentka monitoring ozev plodu, ale ženu ihned vyšetřuje lékař ultrasonografem. Porodní asistentka by měla být vyšetření ženy přítomna a být jí oporou (Ratislavová, 2015). Bylo zjištěno, že všechny dotázané komunikační partnerky (KP1 – KP5) jsou přítomny vyšetření a sdělení diagnózy. Potřebu přítomnosti a psychické opory porodní asistentky popsaly i ženy ve výzkumné studii Kasparkové a Bužgové (2010). Všechny dotázané komunikační partnerky (KP1 – KP5) uvedly, že aktivně podporují přítomnost blízké osoby od sdělení diagnózy přes průběh hospitalizace až do porodu mrtvého dítěte. Rozhodnutí o přítomnosti další osoby se vždy řídí přáním ženy. Pouze komunikační partnerka KP2 uvedla, že se setkala s ženou, která si přítomnost blízké osoby nepřála.



Autor Hájek (2014) ve své práci klade důraz na okamžitou hospitalizaci ženy s mrtvým plodem, z důvodu možného vzniku závažných komplikací. Analýza výzkumných dat prokázala, že téměř vždy jsou ženy s diagnózou *foetus mortus* neodkladně hospitalizovány. Dle kapacitního obsazení oddělení a stavu porodnického nálezu je žena přijata na porodní sál nebo gynekologické oddělení. Všechny komunikační partnerky (KP1 – KP5) ženu ukládají na samostatný pokoj, který je co nejvíce vzdálený od běžného ruchu sesterny, má k dispozici vlastní sociální zařízení, aby byla co nejvíce ušetřena kontaktu s ostatními rodičkami a plačícími novorozenci. KP2 poskytuje ženám s perinatální ztrátou soukromí uložení na nadstandardní box. Tři komunikační partnerky (KP3, KP4, KP5) odpověděly, že se kontaktu s ostatními ženami snaží vždy zabránit, ale ne vždy je to možné, tak se jej snaží alespoň minimalizovat na nezbytně nutnou míru. Jsme toho názoru, že v prostorách většiny zařízení není vždy možné zamezit kontaktům či zvukovým projevům, protože pláč novorozence jde slyšet i přes izolovanost stěn porodních boxů.

Naším druhým cílem bylo zjistit možnosti rozloučení se s dítětem, které mají rodiče po perinatální ztrátě ve vybraných zdravotnických zařízeních. Druhá výzkumná otázka se zabírala možnostmi rozloučení, které jsou rodičům nabízeny ve vybraných zdravotnických zařízeních. Autorka Ratislavová ve své práci (2015) představuje základní rituály, které jsou rodičům nabízeny – mohou dítě vidět, chovat jej v náručí a celé rozloučení prožít v intimním a nerušeném prostředí. Analýzou výzkumných dat jsme zjistily, že ve všech, námi oslovených zařízeních, je komunikačními partnerkami (KP1 – KP5) rodičům nabízena možnost své dítě vidět, pojmenovat, chovat jej, pohladit, vyfotografovat nebo pořídit videozáznam. Doba rozloučení se řídí potřebami obou partnerů. Dle situace a přání rodičů je porodní asistentkou provedeno základní ošetření dítěte. Je vykoupáno, osušeno, změřeno a zváženo. Následně oblečeno a zabaleno do zavinovačky. KP2 uvedla, že taková úprava dítěte přispívá k důstojnosti aktu rozloučení. Loučení mohou rodiče prožít v přítomnosti dalších rodinných příslušníků. Všechny výpovědi se také shodovaly v tom, že jakákoliv další forma rozloučení, kterou si rodiče přejí, je v daných zařízeních možná. V zahraničí je v rámci rituálu rozloučení možné dítě vykoupat a odnést jej domů (Ratislavová, 2015, Ratislavová, 2016). Komunikační partnerky (KP1 – KP5) hovořily o možnosti koupání dítěte, které rodiče mohou provádět na vlastní žádost, popřípadě pomáhat porodní asistentce, ale odnášení těla zemřelého dítěte není žádná z komunikačních partnerek (KP1 – KP5) příliš nakloněna. Tělo dítěte je následně odvezeno na patologii (KP1 – KP5).

Upomínkové materiály jsou nedílnou součástí procesu truchlení, proto je vhodné, aby porodní asistentka informovala a motivovala rodiče v utváření vlastních vzpomínek, například pořízením společných fotografií (Ratislavová, 2016). Analýzou výzkumných dat jsme prokázaly, že komunikační partnerky vždy (KP1 – KP3) pořizují fotografie zemřelého dítěte pro případ, kdyby o ně měli rodiče zájem později po ztrátě dítěte. Tyto fotografie jsou archivovány v dokumentaci. Z výzkumného šetření vyplývá, že Vzpomínkový list rodičům vytváří komunikační partnerky (KP1 – KP5) ze všech zařízení. Jako další upomínky na dítě je možné, dle výpovědí dotázaných (KP1 – KP5), poskytnout otisky ručiček a nožiček, náramek s údaji dítěte, pramínek vlasů, oblečení či hračky, které mělo děťátko při loučení. KP1 – KP5 uvedly, že všechny vzpomínkové materiály jsou součástí tzv. memory boxu, který rodičům vytváří pečující porodní asistentka.

Třetím cílem bylo popsat jaký dopad má, dle osobních zkušeností porodních asistentek, perinatální ztráta na partnerský vztah rodičů. Třetí výzkumná otázka se zabývala tím, jaký dopad má dle porodních asistentek perinatální ztráta na budoucí partnerský vztah rodičů, kteří přišli o dítě. Vzhledem k velmi subjektivnímu vnímání perinatální ztráty všemi komunikačními partnerkami (KP1 – KP5), které odpovídaly na základě svých nabytých zkušeností, přinesla analýza dat individuální výsledky. I přes to jsme zjistily, že všechny dotázané vnímají určitou změnu ve vztahu partnerů, kteří perinatálně ztratili svého tolik očekávaného potomka. Výzkumná data prokázala, že partnerský vztah může ovlivnit samotné prožívání ztráty dítěte, které je vždy emotivní záležitostí. Každý z partnerů, již během průběhu hospitalizace, prožívá své emoce jiným způsobem a volí osobitý přístup k vzniklé situaci. Dle KP2 může právě tato skutečnost vyvolávat jisté riziko pro vztah. U obou partnerů se již během pobytu ve zdravotnickém zařízení rozdílně prolínají jednotlivé fáze procesu truchlení, což vyžaduje velké pochopení ze strany partnera, který své emoce zrovna odložil do pozadí. Výzkumné šetření prokázalo, že žádná z vybraných komunikačních partnerek (KP1 – KP5) se nikdy nesečkala, v rámci prožívání perinatální ztráty, s agresivním chováním ze strany rodičů vůči pomáhajícímu personálu. KP3 zdůraznila, že způsob péče pomáhajících může, do velké míry, ovlivnit budoucí fungování vztahu. A to například tím, že lékař nebo porodní asistentka, při porodu či rozloučení předchází vzniku nežádoucích traumat. Analýza výzkumného šetření prokázala, že ve vybraných zdravotnických zařízeních (A – B) podporují přítomnost partnera od sdělení zprávy o úmrtí dítěte po celý průběh porodu a rozloučení. Možnost společného prožívání tragické události partnerům dodává dle autorky Špaňhelové (2015) tolik potřebnou psychickou podporu.

Všechny dotázané komunikační partnerky (KP1 – KP5) uvedly, že rodičům před propuštěním do domácího prostředí doporučují vyhledat psychologickou pomoc. Tento způsob následné pomoci, může dle zpětné vazby komunikačních partnerek KP4 a KP5, často zásadně ovlivnit negativní dopad na partnerský vztah.

## 7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výskytu tak závažných situací, jakými perinatální ztráta a porod mrtvého plodu bez pochyby jsou, nelze zabránit. Z toho důvodu je nesmírně důležité, aby byly porodní asistentky připraveny, že se s těmito situacemi během své praxe setkají a musí jim náležitým způsobem čelit. V tomto případě je žádoucí snížit míru stresové zátěže na minimální možnou hranici. Dle mého názoru je tohoto možné dosáhnout profylaktickou přípravou každé porodní asistentky již během bakalářského studia. Získá tím větší sebejistotu a vědomí, že je na řešení těchto situací dostatečně připravená. Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že porodní asistentky považují připravenost na tyto situace z období studia jako absolutně nedostačující. Proto je vhodné, aby následně zaměstnavatel aktivně podporoval pravidelná školení a kurzy, které budou zaměřeny na nácvik komunikačních dovedností prostřednictvím modelových situací. Navýší se tak již získané znalosti a dovednosti v dané problematice. Další možností je analýza kazuistik obsahující závažné diagnózy s navazující praktickou ukázkou týkající se, jak správného, tak naprosto nevhodného jednání s pacientkou a její rodinou při poskytování ošetrovatelské péče.

Na základě výsledků výzkumu by bylo vhodné realizovat seminář pro porodní asistentky. Cílem semináře by mělo být nejen poskytování odborných informací, ale také nabádání porodních asistentek k sebereflexi, otevření diskuzí o osobních zkušenostech a pocitech při péči o rodiče postižené perinatální ztrátou. Dle mého názoru lze tyto oblasti dále rozvíjet, pracovat s nimi, a tím ovlivnit kvalitu pracovního i osobního života porodních asistentek, spolu s kvalitou poskytované péče, která s tímto bezprostředně souvisí. Jak se ukázalo, proces perinatální ztráty a následně i poskytování péče ženě a její rodině, hraje pro psychický stav porodní asistentky zásadní roli.

Žena se po sdělení zprávy o nitroděložním úmrtí plodu svého dítěte ocitá ve fázi šoku, mnohdy tuto skutečnost odmítá, je třeba s ní komunikovat velmi citlivým způsobem. Současně požaduje informace o dalším postupu. Jak bude těhotenství ukončeno. Informace je nutno dávkovat postupně, opakovaně, dát prostor pro další dotazy. V případě, že se nejedná o akutní stav, je vhodné ženu/rodiče aktivně zapojit do průběhu porodu tím, že s nimi porodní asistentka sestaví předběžný porodní plán. Již v této fázi je vhodné přistoupit k seznámení rodičů s možnostmi rozloučení, pohřbení a poskytnutí upomínkových předmětů na dítě. Tyto informace je důležité opakovaně připomínat a nabízet. Z výzkumu vyplývá, že ženy nevědí, co se děje bezprostředně po narození mrtvého dítěte a cítí strach a

obavy. Ženy/rodiče často nedokážou rozeznat přirozené pocity smutku od počínajících patologií, je vhodné je před propuštěním erudovat o důležitosti odborné pomoci, poskytnout kontakt na psychologa nebo kompetentní organizaci.

Další téma pevně spjaté s problematikou perinatálních ztrát, které je literaturou velmi nespokojivě probádané, je mužské prožívání ztráty dítěte. Budoucí potenciální výzkum by mohl být zaměřen na roli, pocity a prožívání mužů, kteří společně se svou partnerkou prožili perinatální ztrátu potomka. Analýzou výzkumu dat jsme zjistili, že mužská role a přítomnost hraje důležitou roli v ženě procesu prožívání ztráty, neméně také v procesu truchlení, proto si dle našeho názoru tohle téma zaslouží větší pozornost.

Výstupem bakalářské práce je **edukační leták** (příloha P IV) určený porodním asistentkám a shrnující důležité body, které by při péči o ženu/rodiče po perinatální ztrátě neměly nikdy opomenout.

## ZÁVĚR

Porod mrtvého dítěte je tragickou událostí, která působí rodičům velkou psychickou zátěž a zasáhne jim podstatným způsobem do života. Prožívání této situace je náročné nejen pro rodiče, ale i pro porodní asistentku, která o ně pečuje. Všechno, co je řečeno a provedeno, si sebou rodiče ponесou po zbytek svého života. Jedná se o jedinečnou a nesmazatelnou vzpomínku na jejich dítě. Vrátit tento okamžik zpět a učinit změnu již není možné. Porodní asistentka provází ženu v zásadních okamžicích perinatální ztráty od okamžiku stanovení diagnózy do porodu, během porodu, po porodu, v období šestinedělí a poté v ambulantní péči. Měla by být ve všech ohledech profesionální, avšak velmi empatickým a citlivým jednáním pomáhat ženě/rodičům překonat tuto náročnou životní situaci a umožnit láskyplné a důstojné rozloučení s dítětem.

**Teoretická část** byla rozdělena do tří hlavních kapitol a navazujících podkapitol. První kapitola popsala ztrátu dítěte jako takovou a podrobně definovala základní pojmy využívané v problematice perinatálních ztrát. Tato kapitola byla zařazena jako srozumitelné uvedení tématu s následnou lepší orientací v bakalářské práci. Ve druhé kapitole jsme se zabývaly způsoby péče, která bývá poskytována rodičům po perinatální ztrátě. Byla zde komplexně shrnuta péče od diagnostiky, sdělení špatné zprávy, hospitalizace a porodu mrtvého plodu, včetně rituálů loučení s dítětem. Poslední kapitola popsala průběh procesu truchlení, jeho projevy a možné komplikace, dopad perinatální ztráty na partnerský vztah a možné spirituální potřeby.

**Praktická část** analyzovala výsledky kvalitativního šetření, které bylo provedeno pomocí hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s porodními asistentkami. Dva rozhovory proběhly dle původního plánu při osobním, předem sjednaném setkání a tři formou rozhovoru telefonním spojením. Prvním cílem praktické části bakalářské práce bylo zmapovat osobní zkušenosti porodních asistentek s péčí o rodiče po perinatální ztrátě. Dále jsme si kladly za cíl zjistit, možnosti rozloučení se s dítětem, které mají rodiče po perinatální ztrátě ve vybraných zdravotnických zařízeních. Třetím cílem bylo popsat jaký dopad má podle porodních asistentek ztráta dítěte na partnerský vztah. Věřím, že se nám stanovené cíle, i přes veškeré komplikace v průběhu výzkumného šetření, podařilo naplnit a výzkum bude přínosný a motivující v budoucí péči o rodiče procházející perinatální ztrátou.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BAŠTECKÁ, Bohumila (ed.), 2009. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3674-700.

COCKBURN, Jayne a Michael PAWSON, c2007. *Psychological challenges in obstetrics and gynecology: the clinical management*. London: Springer. ISBN 18-462-8808-8.

COWCHOCK, Susan F. a kol. *Religious Beliefs Affect Grieving after Pregnancy Loss*. Journal of Religion and Health, 2010, 49, 485-497. ISSN 1573-6571.

ČEPICKÝ, Pavel, ed., 1999. *Celostátní kongres České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP: 11.-13. listopad 1999 : Karlovy Vary, Grandhotel Pupp : program*. Praha: Euroagentur. ISBN 80-238-4740-6.

DOHNALOVÁ, Zdeňka a Eva PAVLÍKOVÁ. *Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence*. Florence. Magazín moderního ošetrovatelství, Praha: Ambit Media, 2011, VII., 1., s. 21 - 27. ISSN 1801-464X.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-447-4.

HÁJEK, Zdeněk, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8303-X.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOSKOVCOVÁ, Simona, 2009. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4616-261.

IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1212-1.

- KALVÍNSKÁ, Eva a kol. *Spirituální péče ve zdravotnictví*. [online] 8. 9. 2010 [cit. 2020-01-13].
- KASPARKOVÁ, Pavla a Radka BUŽGOVÁ, 2010. *Podpora rodičů při perinatálním úmrtí*. Kontakt, roč. 12, č. 4, s. 387-398. ISSN 1212-4117.
- KAST, Verena, 2015. *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-802-6207-894.
- KAST, Verena, 2010. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Vyd. 2. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-807-3678-005.
- KOHNER, Nancy a Alix HENLEY, 2013. *Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence*. Praha: Triton. ISBN 978-807-3876-432.
- KOTEROVÁ, Kateřina, 2008. *Moderní babičtví: Vícečetná gravidita. LEVRET s.r.o.: pro porodní asistentky/sestry* [online]. Praha [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=2>
- KOTRLÝ, Tomáš, 2013. *Pohřebnictví: právní zajištění piety a důstojnosti lidských pozůstatků a ostatků*. Praha: Linde Praha. Praktická příručka (Linde). ISBN 978-80-86131-95-5.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. 1993. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2016. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-802-7101-214.



RATISLAVOVÁ, Kateřina, BERAN, Jiří a KAŠOVÁ, Lucie. *Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě*. Praktický lékař, 2012, 92(9), 505-508. ISSN 1080-2711.

RATISLAVOVÁ Kateřina, 2015. *Psycho-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě*. Dizertační práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 219 stran.

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.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4730-066.

ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4757-537.

STADELMANN, Ingeborg, 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Praha: One Woman Press. ISBN ISBN978-80-86356-50-1.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona, 2015. *Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál. ISBN 978-802-6209-423.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualiz. dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN ISBN 978-802-4717-401.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4751-276.

VRÁNOVÁ, Věra, 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-802-4417-646.

WORDEN, J. William, c2009. *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. 4th ed. New York, NY: Springer Pub. Co. ISBN 08-261-0120-8.

ZWINGER, Antonín, c2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2257-9.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod.	A podobně
ATB	Antibiotika
ARS	Akutní reakce na stres
CTG	Kardiotokografické vyšetření plodu
č.	Číslo
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulace
Kč	Koruna česká
např.	Například
NEO-JIP	Neonatologické oddělení resuscitační péče
NEO-RES	Neonatologické oddělení jednotky intenzivní péče
odst.	Odstavec
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
rpt.	Trhlina, prasklina, roztržení
s.	Strana
Sb.	Sbírka
Tab.	Tabulka
TTTS	Twin-to-twin transfuzní syndrom
tzv.	Takzvaný, takzvaně
vs.	Kontrast, srovnání, opozice
VŠ	Vysokoškolské
§	Paragrafová značka, citace paragrafu (článku)
%	Procento

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 - Fáze prožívání smutku podle Elisabeth Kübler-Rossové.....	27
Tabulka 2 - Výhody a nevýhody kvalitativního výzkumu dle autora Hendla.....	36
Tabulka 3 – Demografické údaje komunikačních partnerek.....	40
Tabulka 4 – Kategorie a navazující podkategorie.....	42

## SEZNAM PŘÍLOH

P I: Seznam otázek k výzkumnému šetření

P II: Informovaný souhlas

P III: Fotografická příloha

P IV: Brožura pro porodní asistentky

## **PŘÍLOHA P I: SEZNAM OTÁZEK K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ**

Dobrý den,

jmenuji se Natálie Ožvoldová a jsem studentkou třetího ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Název mé bakalářské práce je „*Psychosociální intervence rodičům po perinatální ztrátě*“. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o rozhovor, který bude sloužit jako podklad k výzkumné části mé bakalářské práce. Zajímalo by nás, jak pečují porodní asistentky ve vašem zařízení o ženy/rodiče po perinatální ztrátě od přijetí na oddělení, během porodu a po porodu, jaké možnosti rozloučení se s dítětem mají ve vašem zařízení rodiče po porodu mrtvého plodu a jaký dopad má dle Vás perinatální ztráta na budoucí partnerský vztah.

Informace získané z rozhovoru s Vámi zůstanou anonymní a budou použity pouze k vypracování této bakalářské práce.

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

Jak dlouho pracujete v oboru porodní asistence/neonatologie?

Kolikrát jste se setkala s porodem mrtvého plodu/perinatální ztrátou během Vaší praxe v oboru?

Pokud je ve vašem zařízení u ženy diagnostikováno nitroděložní úmrtí plodu/život limitující vada plodu, kdo ženě tuto informaci sděluje a jakým způsobem?

Jakým způsobem chráníte soukromí ženy/rodičů procházejících perinatální ztrátou při hospitalizaci ve vašem zařízení?

Má žena možnost využít během hospitalizace ve vašem zařízení přítomnosti blízké osoby, pokud ano, využívá ji?

Prosím popište mi, jakým způsobem pečuje porodní asistentka o ženu s diagnózou mrtvého plodu po přijetí na vaše oddělení, během porodu a po porodu?

Jakým způsobem pečujete o bolest pacientky v průběhu porodu mrtvého plodu?

Jaké možnosti rozloučení se s dítětem mají rodiče ve vašem zdravotnickém zařízení a kdo jim informace o těchto možnostech podává?

Kde ve vašem zařízení probíhá rozloučení rodičů s jejich dítětem?

Jaký je váš názor na možnost rodičů rozloučit se s dítětem v souvislosti s procesem truchlení?

Jaké vzpomínkové materiály na dítě poskytuje vaše nemocnice?

Jakým způsobem je žena/rodiče informována o možnosti pohřbení dítěte a kdo ženě/rodičům tuto informaci podává?

Jak dle svých zkušeností vnímáte přítomnost partnera v průběhu hospitalizace a porodu mrtvého plodu/ v perinatálním období?

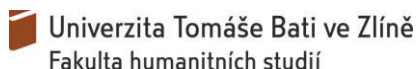
V jakých oblastech se podle Vás stává vztah partnerů rizikovým po ztrátě dítěte?

Jaké zásadní rozdíly vnímáte v prožívání a vyjadřování emocí u muže a ženy?

Jaké formy následné pomoci doporučujete rodičům po perinatální ztrátě?

Přála byste si něco ve své péči o rodiče po perinatální ztrátě změnit?

## PŘÍLOHA P II: INFORMOVANÝ SOUHLAS



### Informovaný souhlas

**Pro výzkumné šetření:** Bakalářská práce na téma Psychosociální intervence rodičům po perinatální ztrátě

**Období realizace:** 1.3.2020 až 1.5.2020

**Řešitelé projektu:** Natálie Ožvoldová pod vedením Mgr. Zlatice Dorkové Ph.D.

Vážená paní porodní asistentko,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zmapovat osobní zkušenosti porodních asistentek s poskytováním psychosociálních intervencí rodičům po perinatální ztrátě.

Data k výzkumnému šetření budou získána hloubkovým strukturovaným rozhovorem. Rozhovor bude veden ve Vámi zvoleném prostředí a čase a bude trvat přibližně 60 minut. Předpokládaná doba rozhovoru se může změnit dle situace. Rozhovor bude zaznamenáván na diktafon a následně doslovně přepsán. V zájmu zachování anonymity budou jednotlivé porodní asistentky při přepisu rozhovoru anonymizovány. Ihned po přepisu rozhovoru bude nahrávka smazána z nahrávacího zařízení. Přepisy rozhovorů budou použity pouze a výhradně k účelům mé bakalářské práce. Od rozhovoru můžete kdykoliv odstoupit bez udání důvodu. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

### **Prohlášení účastníka výzkumu**

Prohlašuji, že souhlasím, s účastí na výše uvedeném výzkumu. Autorka bakalářské práce mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně publikovány. Měla jsem možnost si vše řádně, v klidu a dostatečném časovém prostoru zvážit, měla jsem možnost se autorky zeptat na vše, co jsem považovala za podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu. Osobní údaje účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného šetření zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních dat a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník a druhý autorka bakalářské práce.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu:

V \_\_\_\_\_ Dne: \_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: Natálie Ožvoldová,  
\_\_\_\_\_

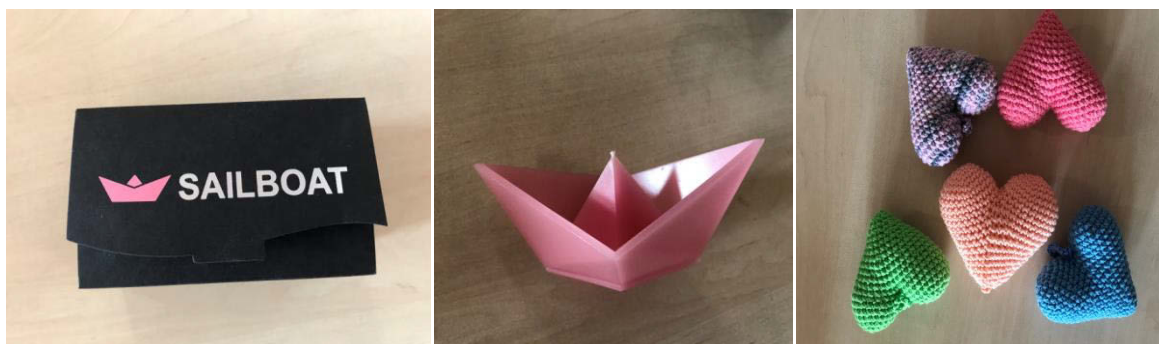


## PŘÍLOHA P III: FOTOGRAFICKÁ PŘÍLOHA

Obrázek 1: Materiály pro tvorbu upomínkových předmětů – kartička na otisky nožiček a ručiček, sáček na pramínek vlasů, flash drive pro elektronické uložení fotografií, vše je součástí memory boxu



Obrázek 2: Předměty, které si rodiče mohou ponechat na památku



Obrázek 3: Dečky a hnízdečko pro důstojné rozloučení s dětřátkem



Zdroj: Fotografickou dokumentaci velmi ochotně pořídila a poskytla, výhradně pro účely této bakalářské práce, porodní asistentka Bc. Jana Škardová, která pracuje v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí.

# PŘÍLOHA P IV: BROŽURA PRO PORODNÍ ASISTENTKY

## Další průběh hospitalizace po perinatální ztrátě a edukace před propuštěním

- Respektujte preference a požadavky ženy týkající se umístění na pokoj.
- Nabízejte možnost rozhovoru, naslouchání a podpory, raději než psychofarmaka.
- Pečlivě předávejte informace kolektivu.
- Doporučte formy následné pomoci – vhodnou literaturu, kontakt na psychologa, návštěvu pastora, kompetentní organizaci či laické poradenství.
- Prosazujte právo pozůstalých rozhodnout o účasti na pohřbení dítěte v zákonem stanovené lhůtě 96ti hodin od oznámení úmrtí dítěte.
- Informujte rodiče o individuálních rozdílech v procesu truchlení u ženy a muže.
- Podpořte rodiče v péči o své tělesné i duševní zdraví, v ohleduplnosti k vlastnímu zármutku, k nižší výkonnosti, nesoustředěnosti.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

Edukační leták vypracovala Natálie Ožvoldová, studentka 3. ročníku studijního oboru Porodní asistentka na FHS UTB ve Zlíně. Vznikl jako součást praktické části bakalářské práce a je určen pro potřebu porodních asistentek v péči o rodiče po perinatální ztrátě.

Obrázky nakreslila Adéla Kaššová, studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra.

Odborný a didaktický konzultant projektu Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Zdroj textu:

[www.prazdnakolebka.cz](http://www.prazdnakolebka.cz)

[www.dlouhacesta.cz](http://www.dlouhacesta.cz)

RATISLAVOVÁ, Kateřina, BERAN, Jiří a KAŠOVÁ, Lucie. *Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě*. Praktický lékař, 2012, 92(9), 505-508, ISSN 1080-2711.

KASPARKOVÁ, Pavla a Radka BUŽGOVÁ, 2010. *Podpora rodičů při perinatálním úmrtí*. Kontakt, roč. 12, č. 4, s. 387-398. ISSN 1212-4117.



PSYCHOSOCIÁLNÍ  
INTERVENCE  
RODIČŮM PO  
PERINATÁLNÍ  
ZTRÁTĚ

## Sdělení špatné zprávy

Zprávu o úmrtí dítěte vždy sděluje lékař, úkolem porodní asistentky je zajistit intimní a nerušené prostředí. Dbejte na to, aby nebyla žena při sdělování diagnózy sama, pozvěte ji společně s doprovázející osobou. Kontrolujte své neverbální projevy.

*Vyjádrěte svou lítost nad ztrátou očekávaného miminka, jednejte s rodiči pečlivě a empaticky. Naslouchejte. Věnujte rodičům dostatek pozornosti a dejte jim čas na zpracování šokující zprávy.*

Nepoužívejte odbornou lékařskou terminologii, nemluvte o plodu, ale o dítěti, o miminku.

Pokud rodiče zpočátku reagují agresí či hněvem, neberte si to osobně.

## Intervence při porodu mrtvého dítěte

- Rodičům opakovaně, citlivým a empatickým způsobem, poskytněte informace o průběhu porodu, možnostech tlumení bolesti, rituálech rozloučení s miminkem.
- Sestavte s rodiči porodní plán, aby měli představu, jaké kroky budou následovat.
- Zajistěte rodičům dostatečný komfort (jídlo, pití, pohodlí...)
- Ved'te ženu k samostatnému rozhodování, poskytněte jí dostatek času na rozmyšlení a ubezpečte ji, že svá rozhodnutí může kdykoliv změnit.
- Nabízejte různé metody tlumení bolesti.
- Sdílejte s rodiči jejich pocity, buďte klidná, vřídá, empatická.
- Svým neverbálním projevem vyjádřete úctu k ženě i jejímu zemřelému dítěti.
- Posilujte sebevědomí ženy, oceňte její sílu, pochvalte ji.
- Pozornost věnujte potřebám rodičů, i k těm nevyřčeným.
- Nevytvářejte si domněnky, ptejte se.

## Rozloučení s mrtvým dítětem

- Plán porodu mrtvého dítěte by měl obsahovat i možnosti rozloučení s miminkem po porodu. Nejistým rodičům podejte informace o rozloučení opakovaně.
- Zeptejte se rodičů na jméno, které pro dítě vybrali a použijte ho při komunikaci s nimi.
- Informujte rodiče o všech možnostech rozloučení, která jsou běžná ve vašem zařízení. Vhodné je podpořit tyto informace i písemnou formou v podobě letáku, brožury.
- Připravte rodiče na to, jak bude dítě po porodu vypadat.
- Dítě omyjte, oblečte a zabalte do zavinovačky. Rodiče případně mohou provádět tyto činnosti spolu s Vámi.
- Rodičům poskytněte k rozloučení tolik času, kolik potřebují. Umožněte přítomnost sourozenců, blízké rodiny.
- Podpořte rodiče ve vytváření upomínek, samy je vytvořte.
- Respektujte rozhodnutí rodičů a projevy jejich smutku.