

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Markéta Pešoutová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

POROD MRTVÉHO PLODU

Markéta Pešoutová

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Pešoutová**
Osobní číslo: **Z13248**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Porod mrtvého plodu**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

1. BINDER, T. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. Praktická gynekologie [online]. 2007, roč. 11, č. 2, s. 61-64. [cit. 2015-09-09]. ISSN 1211-6645. Dostupné z:http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_07_02_03.pdf
2. HÁJEK, Z. a kol. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
3. HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol. Porodnictví. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
4. RATISLAVOVÁ, K. Aplikovaná psychologie porodnictví. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
5. RATISLAVOVÁ, K. a J. BERAN. Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes. Česká gynekologie, 2010, roč. 75, č. 5, s. 462-466. ISSN 1210-7832.
6. RATISLAVOVÁ, K., J. BERAN a L. KAŠOVÁ. Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. Praktický lékař. 2012, roč. 92, č. 9, s. 505-508. ISSN 1080-2711

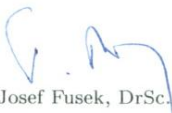
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Věra Erbenová

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **27. dubna 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. února 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 27. 4. 2016

Markéta Pešoutová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Věře Erbenové za odborné vedení mé bakalářské práce, za laskavý přístup a cenné připomínky. Dále děkuji paní Lucii Burdové a Soně Zemanové, které mi velmi pomohly se sháněním kontaktů. Můj velký dík patří také každé z žen, které byly natolik ochotné a odvážné a podělily se se mnou o své zkušenosti.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku porodu mrtvého plodu. V teoretické části jsou shrnuty aktuální poznatky o dané problematice. Pozornost je věnována odborné stránce syndromu mrtvého plodu a historickému kontextu péče, dále práce rozebírá současnou péči porodní asistentky se zaměřením na rituály rozloučení a pořizování upomínek. Popsán je proces truchlení se specifiky truchlení po ztrátě nenarozeného dítěte a pozornost je věnována také sociálně-právním náležitostem. Výzkumná část této práce zjišťuje formou dotazníkového šetření zkušenosti žen s porodem mrtvého plodu v České republice. Zvláště se zaměřuje na zkušenost žen s rozloučením s dítětem a vlastněním upomínek na mrtvorozené dítě.

KLÍČOVÁ SLOVA

Mrtvý plod, porod mrtvého dítěte, porodní asistentka, psychosociální intervence, rituál rozloučení, proces truchlení

TITLE

Delivery of dead fetus

ANNOTATION

This Bachelor thesis is focused on the problems of intrauterine fetal death. Actual knowledges about this issue are summarized in the theoretical part. Attention is devoted to the technical aspects of death fetus syndrome and historical context of care, furthermore the thesis analyzes present care of midwife with devotion to the farewell rituals and collection of mementos. The description of grieving process is provided with specifics of grieving after unborn child loss and attention is also devoted to the social law requirement. The practical part of this thesis uses a questionnaire survey to detect experience of women with stillbirth in the Czech republic. It is devoted especially on experience with parting with a baby and possessing collection of mementos on stillborn child.

KEYWORDS

Dead fetus, stillbirth, midwife, psychosocial intervention, farewell ritual, grieving process

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ.....	9
SEZNAM TABULEK	9
ÚVOD.....	10
CÍLE.....	12
1 Syndrom mrtvého plodu	13
1.1 Mrtvorozenost.....	13
1.2 Perinatální mortalita.....	13
1.3 Příčiny nitroděložního úmrtí	14
1.3.1 Rozdělení příčin.....	14
1.3.2 Diagnostika příčin.....	14
1.3.3 Frekvence příčin	14
1.4 Diagnostika	15
1.4.1 Subjektivní příznaky	15
1.4.2 Objektivní diagnóza.....	15
1.5 Rizika syndromu mrtvého plodu.....	16
1.5.1 DIC.....	16
1.5.2 Intraovulární infekce.....	16
1.5.3 Onemocnění matky	16
1.6 Sdělení diagnózy.....	17
1.7 Další postup u ženy s mrtvým plodem.....	17
1.7.1 Vyšetření ženy	17
1.7.2 Profylaxe.....	18
1.7.3 Léčebný postup	18
1.7.3.1 Indukce a preindukce.....	18
1.7.3.2 Sectio caesarea.....	18
1.7.3.3 Vedení porodu	19
1.8 Vícečetné těhotenství.....	19
1.9 Plánování dalšího těhotenství a možnosti prevence.	20
2 Historie péče o rodiče s perinatální ztrátou	21
2.1 Předindustriální doba	21
2.2 Konec 19. století a začátek století dvacátého	21

2.3	Období od 2. poloviny 20. století	21
3	Péče v porodní asistenci o ženu s nitroděložním úmrtím plodu	23
3.1	Péče v průběhu porodu	23
3.2	Rituály a upomínky	24
3.2.1	Čas na rozloučení	24
3.2.2	Definice a funkce rituálu	24
3.2.3	Přístup k rituálům	25
3.2.4	Prostředí rituálu	25
3.2.5	Možnosti rituálů a upomínek	25
3.2.6	Vliv upomínek a rituálů na psychiku rodičů	26
3.3	Péče o ženu během hospitalizace v šestinedělí	26
3.3.1	Zástava laktace	27
3.4	Zdravotnický pracovník	27
4	Truchlení	29
4.1	Truchlení po ztrátě dítěte	30
4.1.1	Otec dítěte	31
4.1.2	Partnerský pár	32
4.1.3	Prarodiče	33
4.1.4	Sourozenci	33
4.2	Vyrovňávání se se ztrátou	33
4.2.1	Abnormální truchlení	34
4.2.2	Nabídka pomoci	34
4.2.2.1	Odborná pomoc	35
4.2.2.2	Svépomocné skupiny	35
5	Sociálně-právní problematika	36
5.1	Porodné, peněžité pomoci v mateřství, mateřská dovolená	36
5.2	Pohřbívání	36
5.2.1	Význam	37
5.2.2	Plody potrácené	37
5.2.3	Plody mrtvě narozené	37
5.2.4	Novela zákona o pohřebnictví	38
5.2.5	Pohřebné	38
	VÝZKUMNÁ ČÁST	39

6	Metodika výzkumu	39
6.1	Výzkumné otázky	40
6.2	Charakteristika výzkumného vzorku	40
6.3	Zpracování dat	41
7	Analýza a interpretace výsledků	42
8	Diskuse	71
9	Závěr	79
	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	81

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Rok prožití porodu mrtvého plodu	43
Obrázek 2 Země prožití ztráty	44
Obrázek 3 Popis události	46
Obrázek 4 Přítomnost blízké osoby při/po porodu	47
Obrázek 5 Vlastnictví upomínek	51
Obrázek 6 Důvod pořízení upomínky	53
Obrázek 7 Důvod nepořízení upomínky	55
Obrázek 8 Pocity v souvislosti s vlastněním upomínky	57
Obrázek 9 Pocity v souvislosti s nevlastněním upomínky	58
Obrázek 10 Způsob kontaktu	59
Obrázek 11 Pocity v souvislosti s učiněním kontaktu	63
Obrázek 12 Pocity v souvislosti s neučiněním kontaktu	64
Obrázek 13 Časové omezení kontaktu s dítětem	65
Obrázek 14 Chování personálu	69

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk v době události	42
Tabulka 2 Délka těhotenství	45
Tabulka 3 Poskytnuté informace	49
Tabulka 4 Důvod učinění kontaktu	60
Tabulka 5 Důvod neučinění kontaktu	61
Tabulka 6 Poskytnutí údajů o pohlaví, hmotnosti a délce dítěte	67

ÚVOD

Díky vysoké úrovni perinatální medicíny se Česká republika může řadit k zemím s nejnižší mrtvorozeností na světě, která pro představu v roce 2012 činila 3,48 promile (ÚZIS ČR, 2013). Tato pozitivně nízká hodnota ale stále představuje přibližně 300 rodičovských párů, které u nás každým rokem prožívají neštěstí v podobě nitroděložního úmrtí jejich dítěte.

Porodní asistentka je se ženou a jejím partnerem v nejužším kontaktu již od sdělení diagnózy, pečuje o ženu v průběhu porodu, podporuje ji v šestinedělí a následně i později prostřednictvím komunitní péče. Tímto se porodní asistence dostává do rukou obrovská moc. Může ženě pomoci situaci zvládnout a započít ozdravný proces truchlení. Zároveň jí ale také v této době, kdy je nejzranitelnější, může velice ublížit. Třeba neúmyslně, nezájmem, strachem nebo vlastní neznalostí může přispět k vytvoření trvalých škod na psychice obou rodičů.

S touto i pro zdravotníka velice náročnou a traumatizující situací se nesetkáváme příliš často. Právě proto, je ale velice důležité, aby se porodní asistentka v problematice péče o ženu při nitroděložním úmrtí plodu orientovala alespoň teoreticky a byla tak schopná poskytnout ženě komplexní citlivou péči.

V současné době přestává být problematika nitroděložního úmrtí tabu. Téma podpory rodičů při perinatální ztrátě se stále častěji objevuje v odborných člancích a je diskutováno i na konferencích pro porodní asistentky. Mimo odbornou společnost ovšem stále panuje neznalost. Víra ve všemocnou medicínu dovoluje opustit obavy o osud nenarozeného dítěte. Pokud jsou výsledky screeningových vyšetření v těhotenství v pořádku a žena překoná druhý trimestr, rodina se samozřejmě očekává, že jejich dlouho očekávanému potomkovi již nehrozí žádné nebezpečí.

Sdělení diagnózy mrtvého plodu je pro rodiče obrovským šokem. Těžko uvěřitelné oznámení o konci života, který proběhl bez upozornění, bez rozloučení, je následně se vši hrůzou potvrzeno při samotném porodu do ticha – stillbirth. Prožití této ztráty již natrvalo změnil život celé rodiny. Existuje vůbec něco horšího než ztráta dítěte? Přestože se ještě nenarodilo, bylo součástí ženy celé těhotenství, kopalo, měla jeho fotografie z ultrazvuku, povídali si, těšili se...

Toto nesmírně smutné téma jsem si zvolila proto, abych byla v této problematice dostatečně informovaná a díky tomu schopná ženám/párům, kterých se ztráta týká, adekvátně pomoci.

Zároveň doufám, že tato práce poskytne potřebné informace i komukoliv jinému, kdo o ně bude mít zájem.

Narození není začátek,

smrt není konec.

Chung-Tzu

CÍLE

Teoretický cíl

Předložit dostatek odborných informací a aktuálních poznatků o problematice porodu mrtvého plodu.

Praktický cíl

Zjistit na základě empirického výzkumu, jaká je zkušenost českých žen s porodem mrtvého plodu a rozloučením s dítětem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Syndrom mrtvého plodu

Označení syndrom bylo zvoleno z důvodu možného vzniku komplikací ohrožujících zdravotní stav a život matky (Hájek, 2014, s. 434).

Podle novely zákona č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování platné od dubna 2012 jsou pod pojem syndrom mrtvého plodu zařazena všechna úmrtí v průběhu těhotenství i za porodu, kdy je vypuzen či vyňat plod z těla matčina o hmotnosti 500 g a vyšší bez známek života, přičemž za známku života je považována přítomnost srdeční akce, aktivní pohyb plodu, dechová aktivita a křik. Pokud není možné hmotnost určit, je určující délka těhotenství nad 22. týden gravidity. Hmotnostní hranice 500 g byla stanovena na doporučení WHO o sjednocení hranice pro účely evidence a statistiky, do 1. 4. 2012 byla hmotnostní hranice dvojnásobná, tedy 1 000 g (Hájek, 2014, s. 434, 452-453; Zákon č. 372/2011 Sb.).

1.1 Mrtvorozenost

Počet mrtvě narozených dětí na 1 000 narozených celkem během jednoho kalendářního roku vyjadřuje demografický ukazatel mrtvorozenost (Vokurka, 2009). Mrtvorozenost (fetal death rate, dříve still birth rate) se, jak uvádí Hájek (2014, s. 434) a Velebil (in Hájek, 2014, s. 452), skládá z úmrtí intrapartálních (během porodu) a úmrtí antepartálních (před porodem). V České republice již několik let kolísá mezi 2-3 ‰.

1.2 Perinatální mortalita

Mrtvorozenost je společně s časnou novorozeneckou úmrtností (počet živě narozených dětí zemřelých do 7. dne života včetně, jejichž porodní hmotnost byla 500 g a více nebo i méně než 500 g, přežijí-li 24 hodin, na 1 000 živě narozených) komponentou významného ukazatele - perinatální mortality (Roztočil, 2008, s. 364).

Perinatální mortalita je definována jako počet perinatálně zemřelých (úmrtí od dokončeného 22. týdne těhotenství do konce 7. dne po narození) na 1 000 živě narozených v jednom roce. Tento demografický ukazatel je již tradičně využíván pro porovnání kvality perinatální péče v jednotlivých zemích (Hájek, 2014, s. 454). Díky trvale vysoké kvalitě péče poskytované

těhotným ženám, rodičkám a dětem se Česká republika řadí k zemím s nejnižšími statistickými ukazateli perinatální úmrtnosti na světě.

Pro představu v roce 2012 (a tedy již po snížení hmotnostní hranice pro porod mrtvého plodu z 1000g na 500 g) dosahovala dle údajů Českého statistického úřadu celková perinatální úmrtnost 4,58 ‰ (ÚZIS ČR, 2013).

1.3 Příčiny nitroděložního úmrtí

Nejčastější příčinou úmrtí plodu je asfyxie (dušení způsobené nedostatkem vzduchu), která může vzniknout antepartálně (před porodem) i intrapartálně (v průběhu porodu). K asfyxii může docházet na podkladě onemocnění matky, placentární nebo pupečnickové poruchy, infekce různého druhu nebo při kolizi plodů u vícečetných těhotenství. Další příčinou asfyxie mohou být poruchy cirkulace v CNS (centrální nervové soustavě) vzniklé z důvodu hypoxie nebo mechanického poranění (Kučera, 2000, s. 63).

1.3.1 Rozdělení příčin

Příčiny nitroděložního úmrtí plodu rozděluje Hájek (2014, s. 434) do tří kategorií na příčiny ze strany matky (např. eklampsie), plodu (př. vrozené vývojové vady) a placentární či pupečnickové (placenta praevia, výhřez pupečnicku apod.). Naproti tomu Binder (2006, s. 61) rozděluje příčiny dle možnosti jejich odvrácení do tří skupin, a to na odvrátitelné (např. DM - diabetes mellitus), obtížně odvrátitelné (např. sepse) a neodvrátitelné (př. masivní abrupce placenty).

1.3.2 Diagnostika příčin

Kučera (2000, s. 63) i Hájek (2014, s. 434) se shodují, že i přes důkladnou examinaci plodu a placenty po porodu a četná vyšetření včetně histologie a pitvy, není ve 20-50 % případů příčina úmrtí s jistotou prokázána.

1.3.3 Frekvence příčin

Frekvence výskytu jednotlivých příčin není stálá, dochází k postupnému vývoji a změnám v průběhu let. Díky zavedení a pravidelnému používání monitorovací techniky došlo k výraznému snížení počtu úmrtí intra partum (v průběhu porodu). Dále byla díky pokroku v diagnostice snížena frekvence úmrtí z důvodu Rh imunizace a IUGR (intrauterinní růstové

retardace). Frekvence úmrtí na podkladě rozvinuté intraamniální infekce a abrupce placenty zůstává neměnná (Kučera, 2000, s. 63; Hájek, 2014, s. 434).

Nejvyšší riziko úmrtí je na počátku těhotenství, dále výrazně klesá až do termínu porodu, kdy je nejnižší 1: 475. Po termínu porodu se riziko opět navyšuje (Hájek, 2014, s. 434).

1.4 Diagnostika

1.4.1 Subjektivní příznaky

Častým příznakem vnímaným těhotnou je, jak uvádí Hájek (2004, s. 374), snížení intenzity a frekvence pohybů. Dle Kouckého (2006, s. 7) by žena měla při fyziologickém těhotenství ve třetím trimestru vnímat alespoň 10 epizod pohybů za 12 hodin. Údaje o snížení pohybové aktivity hodnotí Kučera (2000, s. 63) jako poměrně nepřesné, protože do velké míry závisí na stupni anxiózy ženy. Hájek (2004, s. 374) i Kučera (2000, s. 63) se shodují na dalších příznacích, kdy žena udává krvácení, výtok a případně i počínající kontrakční aktivitu. Častá bývá únava a přítomny mohou být i subfebrilie. Někdy je též udáván pocit ochablosti napětí prsů. Ratislavová (2008, s. 76) dále dodává, že žena může pociťovat určitou předtuchu, že něco není v pořádku, nebo se jen necítí celkově dobře.

1.4.2 Objektivní diagnóza

Prvotně je zaznamenána absence ozev při jejich kontrole stetoskopem, sondou CTG (kardiotokografu) či dopplerovskou sondou. Jejich nepřítomnost je následně potvrzena při ultrazvukovém vyšetření, kdy je prokázána asystolie a dilatace srdce, což je pro stanovení diagnózy nejvýznamnější (Hájek, 2014, s. 435).

Při dříve používané rentgenologické diagnostice bylo možné již 24 hodin po nitroděložním odumření plodu prokázat tzv. Holmsovo znamení – projasnění aorty způsobené nahromaděním plynů. Od sedmého dne se objevuje i Spaldingovo znamení (střechovité překrývání lebních kostí) a porušené držení plodu (Kučera, 2000, s. 63; Hájek, 2014, s. 435).

V případě provedení amnioskopického vyšetření je typickým nálezem masová či hnědě zkalená plodová voda (Maršál in Hájek, 2014, s. 151). Z prenatalních prohlídek může být patrná neodpovídající vzdálenost symfýza – fundus, nadměrný příbytek či úbytek hmotnosti ženy či klesající hodnoty estriolu při biochemickém vyšetření krve apod. (Kučera 2000, s. 63).

1.5 Rizika syndromu mrtvého plodu

Míra závažnosti rizik syndromu mrtvého plodu pro matku je ve velké míře ovlivněna vlastní příčinou úmrtí. Souvislost mezi gestačním stářím a výší rizika již tak jednoznačná není (Binder, 2014, s. 63).

1.5.1 DIC

Jako nejzávažnější zdravotní riziko je při syndromu mrtvého plodu (tj. retenci a porodu mrtvého plodu) uváděn vznik a rozvoj DIC (diseminované intravaskulární koagulace). Příčinou je vyplavení tkáňového faktoru (zřejmě na podkladě zvýšeného intraamniálního tlaku a porušení uteroplacentární bariéry) z tkání plodu do krevního oběhu matky a následná nekontrolovatelná aktivace plazmatického koagulačního systému (Hájek, 2014, s. 435).

Na trvání fáze od úmrtí plodu do vzniku DIC panují různé názory. Kučera (2000, s. 63) uvádí, že je vyplavení tromboplastinu do krevního oběhu matky nevyzpytatelné, přičemž nejpozději k němu dochází při porodní činnosti. Dle Hájka (2014, s. 435) se stav vyvíjí ve 25-30 % případů, a to nejčastěji 4-5 týdnů po odumření plodu. S pětítýdenním odhadem průměrné doby vzniku DIC od úmrtí plodu souhlasí také Binder (2006, s. 63).

Riziko vzniku DIC je výrazně zvýšeno přítomností intraovulární infekce. Vyšší riziko je také při závažnější preeklampsii, eklampsii a HELLP syndromu (hemolýza, zvýšené jaterní enzymy, nízký počet krevních destiček). Větší nebezpečí hrozí ženám s již dříve diagnostikovaným hyperkoagulačním stavem, při zvýšených krevních ztrátách, opakovaných revizích děložní dutiny a poškození děložní stěny (Kučera, 2000, s. 63; Hájek, 2014, s. 435).

1.5.2 Intraovulární infekce

Intraovulární infekce primární (vedoucí ke smrti plodu) i sekundární, ohrožuje život matky možným rozvojem těžké sepse, septického šoku a orgánových selhání. Výrazně navyšuje riziko rozvoje poruch koagulace (Hájek, 2014, s. 436; Binder, 2007, s. 63).

1.5.3 Onemocnění matky

Do této skupiny jsou Hájkem (2014, s. 436) řazena rizika vlastního onemocnění matky, které způsobilo úmrtí plodu. Patří sem zejména těžká preeklampsie, HELLP syndrom a hepatorenální selhání.

1.6 Sdělení diagnózy

Již v průběhu vyšetření (pokusy o detekci ozev, ultrazvukové vyšetření) je žena v zajetí úzkostných představ. Časový interval mezi diagnostikou a sdělením nepříjemné skutečnosti by proto měl být co nejkratší (Binder, 2007, s. 62). S tím souhlasí i Lucká (2002, s. 75) a doplňuje, že jakékoliv strategie oddalující sdělení diagnózy jen neúměrně zvyšují napětí.

Binder (2007, s. 62) uvádí, že je velice důležité stanovit nějaký standardní postup pro tuto situaci a striktně dodržovat etická pravidla. Autor dále dodává, že je vhodné, aby sdělení diagnózy provedl služebně nejstarší lékař, který by měl být přítomen již při vyšetření ženy. Počet osob pověřených k předání informací je vhodné pro zajištění shodnosti a nespekulativnosti sdělení redukovat na minimum. Přítomnost dalších osob, zejména studentů, je v tomto případě nepřijatelná (Binder, 2007, s. 62).

1.7 Další postup u ženy s mrtvým plodem

Po sdělení diagnózy a vysvětlení důsledků je vzhledem k možným komplikacím nutné ženu co nejdříve hospitalizovat (Kučera, 2000, s. 63; Hájek, 2014, s. 435).

Binder (2007, s. 63) doporučuje ke zklidnění těhotné podávat trankvilizéry (Diazepam) nebo případně i antidepresiva (Haloperidol). Lucká (2002, s. 76) uvádí, že na podávání tlumících léků panují rozporné názory. Léky pomáhají spíše personálu zvládnout situaci, u matky mohou způsobit zakonzervování bolesti na dlouhou dobu.

1.7.1 Vyšetření ženy

Po příjmu na oddělení následuje provedení rutinního souboru vyšetření doporučeného u ženy s diagnózou mrtvého plodu. Tento soubor zahrnuje zhodnocení celkového stavu ženy a je provedeno zevní a vnitřní porodnické vyšetření. Následuje vyšetření ultrasonografické, které může být doplněno o amniocentézu (AMC) a kultivační vyšetření plodové vody včetně stanovení karyotypu.

Jsou provedeny odběry z děložního hrdla a pochvy na bakteriologickou kultivaci. Krevními odběry je zjištěna krevní skupina matky a přítomné protilátky, vyšetřeny jsou parametry koagulace a hodnoty krevního obrazu včetně diferenciálu a trombocytů. Dále je stanoven biochemický soubor včetně hodnot jaterních testů, glykémie, CRP (C-reaktivního proteinu) apod. V určitých případech může být na doporučení genetika proveden i rentgenový snímek

plodu in utero. Další vyšetření mohou být doplněna později na základě aktuálního stavu ženy (Kučera, 2000, s. 63; Hájek, 2014, s. 434-437).

1.7.2 Profylaxe

Profylaxe se týká zejména zabránění vzniku DIC a rozvoje infekce. Kvůli vysokému riziku vzniku DIC je aplikován nízkomolekulární heparin v dávce dle hmotnosti ženy a výsledků aktuálního hemokoagulačního vyšetření. Jako prevenci rozvoje infekce je doporučeno podat ihned nitrožilně antibiotikum širokého spektra. V případě přítomnosti klinické infekce je vhodná další antibiotická terapie. Riziko komplikací (zejména poruch koagulace) se sníží také urychleným porodem plodu (Hájek, 2014, s. 436; Kučera 2000, s. 63).

1.7.3 Léčebný postup

1.7.3.1 Indukce a preindukce

Indukce porodu by měla být zahájena co nejdříve od stanovení diagnózy. Autoři Kučera (2000, s. 63) i Hájek (2014, s. 436) se shodují na tom, že průběh indukce je oproti porodu s živým plodem rychlejší a snadnější a porodní činnost nastává často již po preindukčních dávkách prostaglandinů.

Postup je volen na základě vaginálního nálezu a zralosti děložního hrdla. Při nepřipraveném hrdle je možno použít intracervikální laminaria (Dilapan) nebo preindukci prostaglandiny. Pokud jsou splněny podmínky pro provedení klasické indukce spojené s dirupcí vaku blan, je preferována tato metoda oproti indukci prostinové, u které je navýšeno riziko vzniku děložní ruptury u žen po předchozím císařském řezu či jiné hysterotomii (Roztočil, 2009, s. 56-58).

Kučera (2000, s. 63) dále připomíná nutnost kontroly vzniku děložního hypertonu kvůli vlivu zvýšeného intraamniálního tlaku na vznik DIC. Z tohoto důvodu je doporučeno včasné provádění dirupce vaku blan.

1.7.3.2 Sectio caesarea

Primární císařský řez je u mrtvého plodu metodou volby pouze v několika málo indikovaných případech, zejména pokud hrozí nebezpečí z prodlení nebo v případě indikace k rychlému vybavení plodu ze strany matky (Binder, 2007, s. 63-64; Hájek, 2014, s. 436; Kučera 2000, s. 63). Císařský řez na mrtvý plod musí být vykonán i v případech, kdy je kontraindikována indukce porodu - např. pro kefalopelvický nepoměr apod. (Roztočil, 2009, s. 56). Ukončení

těhotenství císařským řezem je indikováno také při úmrtí jednoho z plodů vícečetné gravidity a viabilitě plodu druhého (Koucký 2006, s. 7).

1.7.3.3 Vedení porodu

Autoři se shodují na vhodnosti zajištění dostatečné analgezie s využitím všech dostupných prostředků. Jako nejvhodnější se jeví aplikace peridurální analgezie (PDA) ihned po nástupu pravidelné děložní činnosti. Podáván by měl být dostatek spasmolytik, popř. jsou vhodné i nižší dávky opiátů. Pro případnou revizi dutiny děložní po porodu je samozřejmě volena celková anestezie (Binder, 2007, s. 63; Hájek, 2014, s. 436; Kučera 2000, s. 63).

Porod je ve většině případů veden bez epiziotomie. Plod i placenta by měly být porozeny jako celek, tj. bez přerušení pupečnicku (Hájek 2014, s. 436).

Zmenšovací operace z indikace mrtvého plodu nejsou dle Hájka (2014, s. 436) v moderním porodnictví přípustné. Dle Bindera (2007, s. 64) jsou zmenšovací operace zvažovány pouze při patologických polohách, srostlicích či konci pánevním.

Po porodu může v indikovaných případech následovat instrumentální revize dutiny děložní. Revize by měla být vždy důkladně zvážena kvůli hrozícím komplikacím. Zvláště v případě podezření na infekční etiologii je vhodné se revizi vyhnout z důvodu vyšší intenzity krvácení zánětlivě změněného terénu (Binder, 2007, s. 64).

1.8 Vícečetné těhotenství

U vícečetného těhotenství je postup individuální. Situace se liší u monozygotních a dizygotních dvojčat. Zatím co u monozygotních dvojčat je v době životaschopnosti plodů při úmrtí jednoho dvojčete vysoká (až 50%) pravděpodobnost úmrtí druhého dvojčete, u dvojčat dizygotních je udávána dobrá prognóza přežití druhého dvojčete. U monozygotních dvojčat je proto nutné co nejdříve přistoupit k provedení primárního císařského řezu na druhé dvojče. U dizygotních dvojčat je při důsledném sledování stavu matky a plodu možný i konzervativní postup s tím, že v případě jakýchkoliv náznaků patologie (např. opožděný růst, nevyhovující průtoky) musí být těhotenství ukončeno císařským řezem (Hájek, 2014, s. 436; Kučera 2000, s. 63; Koucký 2006, s. 7).

V případě těhotenství s větším množstvím plodů než 2 jsou možnosti analogické. Významná je také skutečnost, že při úmrtí jednoho z plodů při vícečetném těhotenství je riziko rozvoje DIC na rozdíl od jednočetné gravidity zanedbatelné (Binder, 2007, s. 64).

1.9 Plánování dalšího těhotenství a možnosti prevence.

Všechny ženy s intrauterinním úmrtím plodu v anamnéze, které mají zájem o další graviditu, by měly dle Bindera (2007, s. 62) projít poradnou pro infertilitu. Zde by měly absolvovat důkladnou prekoncepční přípravu včetně snahy o diagnostiku příčin úmrtí plodu. Každé těhotenství následující po porodu mrtvého plodu je rizikové. Literatura uvádí až dvojnásobné riziko předčasného porodu a zvýšené riziko porodu operačního. Riziko opakovaného nitroděložního úmrtí je ale velmi nízké – průměrně je odhadováno na 7 % s variabilitou danou příčinou úmrtí (Hájek, 2014, s. 437; Kučera 2000, s. 63).

Pokud byla příčinou úmrtí genetická porucha, vrozená malformace nebo někdy i při úmrtí s nezjištěnou příčinou, je indikováno genetické vyšetření před a během následující gravidity. V případě placentární insuficience a nízkých hladin ovarialních steroidů, je doporučena jejich suplementace po dobu 3–4 měsíců před plánovanou koncepcí. Následně je doporučeno užívání malých dávek kyseliny acetylsalicylové (Hájek, 2014, s. 437; Kučera 2000, s. 63).

Při celkových onemocnění musí být stav ženy před dalším těhotenstvím kompenzován a následně je nutná pečlivá dispenzarizace těhotné. Při antifosfolipidovém syndromu jako příčině nitroděložního úmrtí by měly být aplikovány kortikoidy, imunoglobuliny a v případě trombózy se zahajuje také antikoagulační léčba. Těhotná po předchozím intrauterinním úmrtí plodu by měla být v porodním termínu hospitalizována. Stav plodu by se měl denně sledovat pomocí kardiokografie a jednou či dvakrát týdně prostřednictvím ultrazvukové flowmetrie. Při známkách hypoxie před nebo v průběhu porodu je důležité včasné ukončení těhotenství císařským řezem (Koucký 2006, s. 6).

Již jen naděje na budoucí zdravé dítě pomáhá truchlícím rodičům navrátit se do života (Davis, 1996). Další těhotenství může být významnou emoční vzpruhou. Je ale nutné, aby si pár dal čas na truchlení a smíření se se ztrátou, jinak by mohlo být truchlení potlačeno. Očekávané dítě nesmí být vnímáno jako náhrada za dítě zemřelé, mělo by být novým jedincem. Někdy se mohou rodiče naopak rozhodnout, že už další těhotenství nechtějí podstoupit (Ratislavová, 2008, s. 78). Pro ženu, která již zažila porod mrtvého plodu, není další těhotenství krásným obdobím, ale naopak obdobím plným strachu a obav. Je pro ni těžké komunikovat s ostatními těhotnými a často také potřebuje a vyžaduje zvláštní přístup od svého lékaře (Prázdna kolébka, [online]).

2 Historie péče o rodiče s perinatální ztrátou

Chování a prožívání rodičů postižených ztrátou jejich nenarozeného dítěte je do značné míry ovlivněno postojem společnosti, který se v průběhu historie neustále vyvíjí. Mění se úroveň perinatální a mateřské mortality společně se spiritualitou, místem a postojem ke smrti jsou z historického pohledu hlavními faktory ovlivňujícími péči poskytovanou porodní asistentkou. Postupem času se tak z církevních rituálů porodních babiček stávají moderní intervence porodních asistentek s cílem podpory zdravého procesu truchlení (Ratislavová, 2011).

2.1 Předindustriální doba

V předindustriální době byla mateřská i perinatální úmrtnost velmi vysoká a porod mrtvého plodu nebyl ničím neobvyklým. Smrt byla společností vnímána jako přirozená součást života a ani rodiči nebylo úmrtí dítěte vnímáno jako zdrcující. Věřilo se, že se duše zemřelého dítěte ihned stává andělem. Není tedy nutné se za dítě modlit ani pro ně truchlit, naopak se říkalo, že pláč vyháňá děti z ráje. Velký význam měl pro katolický svět křest, který musel být proveden do tří dnů od narození. U nenarozených plodů a novorozenců, u nichž hrozilo riziko bezprostředního úmrtí, měla být svátost křtu provedena porodní bábou v podobě tzv. nouzového křtu. Nepokřtěné děti nebylo povoleno pohřbívat do posvěcené půdy (Ratislavová 2011).

2.2 Konec 19. století a začátek století dvacátého

Ještě před koncem 19. století byla situace v porodnictví poměrně nepříznivá. Dle Rubešky (in Ratislavová 2011) se v letech 1895 až 1898 při porodech v domácnosti rodilo mrtvých 3,35 % dětí. V porodnicích, kvůli vyššímu počtu prvorodiček a nepravidelných porodů, to bylo až 4,4 %. Mateřská úmrtnost dosahovala ještě před druhou světovou válkou 5 ‰ a zastírala tak vysokou perinatální úmrtnost. Hlavním posláním bylo zachránit matku. Ke ztrátě dítěte byla společnost i vlivem náročných zkušeností z války „imunní“. Podpora rodičů při ztrátě dítěte, jejich potřeby ani truchlení nebylo v té době zmiňováno (Ratislavová, 2011).

2.3 Období od 2. poloviny 20. století

Během 50. let 20. století se péče o rodičku vlivem institucionalizace přenesla do zdravotnických zařízení, kde oproti původním 20 % rodilo nyní téměř 100 % žen.

Zdokonalení operačních technik a technologie, nové léčebné a diagnostické postupy, rozšíření antibiotik a zlepšení organizace péče o těhotnou a rodičku, to vše pomohlo k výraznému poklesu mateřské (0,45 ‰) i perinatální (25 ‰) úmrtnosti (Štembera a Velebil in Ratislavová 2011). Zároveň s ideou „všemocné“ medicíny přicházela dehumanizace vztahu pacient-zdravotník, medicinalizace zármutku a představa smrti jako společenského tabu. Žal nad ztrátou dítěte měly matky potlačit a nahradit dítě dalším těhotenstvím. Pocity otce nebyly zmiňovány. Pro minimalizaci psychického traumatu byly matky před pohledem na mrtvý plod „chráněny“ jeho urychleným „zmizením“ z porodního sálu (Ratislavová 2011).

S další snížením perinatální úmrtnosti postupně klesá i porodnost. Rodiče nyní předpokládají, že dítěti nic nehrozí a chrání ho „všemocná“ medicína. Vazba k ještě nenarozenému dítěti narůstá stejně jako množství nadějí do něj vkládaných. V zahraniční odborné literatuře začínají být diskutovány potřeby matky zemřelé dítě vidět, držet či pojmenovat. Autoři zdůrazňují potřebu potlačení děsivých fantazií vytvořením reálné představy o dítěti (dítě poznat a rozloučit se) a jako prostředek pro usnadnění procesu truchlení jsou propagovány rituály. Truchlení rodičů je respektováno a podporováno. Vznikají podpůrné spolky (např. v Anglii Share – Pregnancy and Infant Loss Support, v USA Stillbirth and Neonatal Death Society), mění se přístup zdravotníků k rodičům s perinatální ztrátou, a tím roste i nabídka prováděných intervencí (Ratislavová, 2011).

Zatímco v zahraničí se situace mění, u nás problematika mrtvého plodu zůstává až do doby po společenských změnách tabuizována. Zármutek nad ztrátou je potlačován, péče o ženu je orientována jen na obnovení fyzického zdraví s upozorněním, že v příštím těhotenství bude dítě v pořádku. Na porodních sálech stále převládá strategie „nic se neodehrálo“ s co nejrychlejším vyřízením celého porodu a odnesením dítěte. Pohřeb dítěte nebyl pro domnívané zvýšení psychické traumatizace doporučován (Ratislavová 2011).

Postupem času se ale i k nám dostává proces humanizace s důrazem na holistickou péči a praxí založenou na důkazech. Díky zlepšení péče o novorozence velmi nízké porodní hmotnosti se snížila hranice viability plodu a tyto předčasné porody jsou nyní vedeny jako porody plodů životaschopných (Ratislavová 2011). Přestože v roce 2000 dosáhla perinatální úmrtnost hodnoty 4,4 ‰ a porod se stal bezpečnějším než kdykoliv dříve, odborníci připustili, že ani veškerá technologie nemůže zajistit přežití všech dětí a některé i tak budou umírat (Štembera, Velebil in Ratislavová 2011; Dohnalová, 2012, s 21).

3 Péče v porodní asistenci o ženu s nitroděložním úmrtím plodu

Dle Bindera (2007, s. 62) dochází k intrauterinnímu úmrtí plodu zdánlivě (v případě IUGR) nebo naprosto neočekávaně (strangulace pupečníku). Výsledný psychický šok a tragičnost události je tím větší, čím neočekávaněji a blíže k termínu smrt plodu nastane.

Žena na oznámení této diagnózy není připravena ani v případě, že sama přichází kvůli pocitu, že něco není v pořádku. Ocítá se ve fázi šoku, zděšení a paniky. Neví, co má dělat, a diagnózu často odmítá přijmout. Typická je emoční otupělost, pocit nereálnosti situace a osamělosti či vzdálenosti od ostatních. Žena ani její partner by v této fázi neměli zůstat o samotě (Ratislavová 2008, s. 76). Častým projevem je také úzkost či zlost a silná touha najít viníka. Rodiče obviňují sebe, rodinu i zdravotnické pracovníky. Zvláště v případech, kdy ke smrti dojde blízko porodního termínu u ženy s doposud fyziologickou graviditou, projevuje rodina velkou snahu vyšetřit, zda nedošlo k pochybení lékařů a zda byly veškeré postupy správné (Binder, 2007, s. 62).

3.1 Péče v průběhu porodu

Citlivý, individuální a otevřený přístup porodní asistentky by měl být součástí ošetrovatelské péče již od sdělení diagnózy. Porodní asistentka zjišťuje aktuální zdravotní stav ženy, zakládá dokumentaci, vykonává potřebná vyšetření či u nich asistuje lékaři a plní jeho ordinace. Je hlavní doprovázející osobou ženy, měla by rodičům naslouchat a poskytovat jim oporu. Některé otázky nelze zodpovědět, rodiče by ale měli být ujištěni, že budou o všech nálezech informováni. Důležitá je i pouhá přítomnost porodní asistentky u rodičů a projev zájmu o jejich prožívání. Porodní asistentka by se neměla bát dotázat na aktuální pocity ženy/rodičů (Ratislavová, 2008, s. 76; Kasparková, Bužgová, 2010, s. 395, 396).

Komunikace se ženou, která přichází s odumřelým plodem z domova, je podstatně jednodušší než v případě, že dítě zemřelo i přes veškerou péči v nemocnici. V tomto případě žena zdravotníkům nedůvěřuje a viní je z pochybení, je plná hněvu a nespolupracuje. Pomoc od zdravotníků nepřijímá, proto je vhodné zajistit psychologa jako prostředníka, který by ženě naslouchal a poskytoval potřebnou oporu (Ratislavová 2008, s. 76).

Již v průběhu první doby porodní by se měla porodní asistentka zabývat také obdobím po porodu a rozloučením s dítětem. Citlivé a empatické vysvětlení celého postupu s nabídkou možných rituálů je velmi důležité a je třeba jej opakovat, protože rodiče jsou ve stádiu šoku

a vnímat jakékoli informace je pro ně náročné. Porodní asistentka je zásadní osobou, která může rozhodnutí o rozloučení ovlivnit, rozhodně ale nesmí ženu k ničemu nutit – měla by respektovat její rozhodnutí s tím, že ho může kdykoliv změnit (Ratislavová, 2008 s. 76; Kasparková, Bužgova, 2010, s. 387-388, 395-396).

3.2 Rituály a upomínky

3.2.1 Čas na rozloučení

Právo pozůstalých na rozloučení se svým zemřelým v nemocnici není výslovně zákonně upraveno. Pro zdravotnická zařízení je dosud platný pouze metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví z roku 1975, ve kterém je psáno, že zemřelý smí být z oddělení odvezen nejdříve po dvou hodinách. Znamená to tedy, že minimálně následující dvě hodiny po úmrtí musí zůstat tělo zemřelého dítěte na oddělení, přičemž není nikde uvedeno, co se v tomto čase smí nebo nesmí dít (Mrowetz, 2008). Například v Kanadě není neobvyklé, že dítě zůstává s rodiči na pokoji celý den. Také v některých porodnicích na Slovensku je podobný způsob možný (Kasparková, Bužgová, 2010, s. 395). Rozloučení s dítětem ani rodinné či církevní rituály žádný zákon nezakazuje a z etického hlediska je více než vhodné, aby personál rozloučení umožnil, protože rozloučení zvyšuje naděje na budoucí smíření se se smrtí dítěte a zmírnění traumatu (Mrowetz, 2008).

3.2.2 Definice a funkce rituálu

Pojem rituál v zahraniční literatuře běžně slouží k označení zvyklostí, postupů a intervencí, které jsou realizovány v péči o rodiče prožívající perinatální ztrátu. Jsou způsobem ustanoveného chování při přechodu do jiné sociální role, které tento přechod usnadňuje, poskytuje truchlícím čas na zpracování ztráty a aktivizuje jejich okolí k poskytnutí psychologické opory (Ratislavová, Beran, 2010, s. 462).

„Rituální chování v době ztráty blízkého člověka vychází z hluboké lidské potřeby a touhy po smyslu, po sociální podpoře, jistotě a po setkání s nadpřirozenem.“ (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 506).

Funkce rituálů je ochranná a podpůrná. Rituály by měly rodičům dodat pocit kontroly nad touto těžkou situací, pomoci k uvědomění si reálnosti dítěte a jeho ztráty a díky tomu být prvním krokem k započetí procesu truchlení (Ratislavová, Beran, 2010, s. 462).

3.2.3 Přístup k rituálům

Nelze doporučit jediný vhodný přístup, protože každý pár je jiný a má jiné způsoby zvládnání náročných životních situací. Rituály by proto měly vždy vycházet z individuálních potřeb a přání rodičů a porodní asistentka by se o tato přání a potřeby měla zajímat, podporovat je a respektovat. Velmi důležité je udržet otevřený individuální přístup, rituály rodičům nevnucovat, ale poskytnout dostatek informací a času na rozhodování. Porodní asistentka by měla rodiče připravit na to, jaký může fyzický kontakt s mrtvým plodem být, měla by zodpovědět případné dotazy rodičů a nabídnou vhodné alternativy. Intervence se doporučuje nabízet opakovaně, protože rodiče jsou stále ve fázi šoku a učinit důležitá rozhodnutí je pro ně velice obtížné. Rodičům by měl být poskytnut dostatečný prostor, aby mohli svůj názor kdykoliv v průběhu procesu změnit (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 505-506; Ratislavová, Beran 2010, s. 462; Ratislavová 2011).

3.2.4 Prostředí rituálu

Dalším úkolem porodní asistentky je zajistit důstojné prostředí pro rozloučení s dítětem a případně citlivá účast při provedení rituálu. Vhodným prostředím je samostatná uzavřená porodní místnost symbolicky doplněná o osvětlení svící nebo o náboženské atributy. Místnost se doporučuje označit (černou stužkou, květinou apod.), aby byl ostatní personál upozorněn na přítomnost truchlících rodičů. Na samotné rozloučení je vhodné rodičům poskytnout tolik času, kolik si přejí a potřebují. V případě souhlasu rodičů, by mělo být rozloučení umožněno i ostatním členům rodiny (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 506; Ratislavová, Beran 2010, s. 462-463).

3.2.5 Možnosti rituálů a upomínek

Obvyklou možností rituálu je dítě vidět a rozloučit se s ním. Může být nabídnut i přímý fyzický kontakt v podobě chování dítěte v náručí a pobyt s ním o samotě. Nabídka rituálů je v některých zahraničních zemích rozšířena i o koupání dítěte rodiči, oblékání a braní dítěte domů (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 507; Ratislavová, 2011; Ratislavová, Beran, 2010, s. 462-464).

Nabízeno je pořízení fotografií, otisku nožky či ručky dítěte nebo ustřížení pramínku vlásku pro uchování reálných vzpomínek. Rodiče si mohou ponechat fotografie z ultrazvuku a kardiografické záznamy. V případě, že bylo dítě oblékáno, je možné si jako upomínku ponechat i jeho oblečení, náramek se jménem atp. Vzpomínkový materiál může být

personálem shromažďován do podoby vzpomínkového balíčku, karty či brožury. I některé naše nemocnice mají pro tyto případy vytvořeny certifikáty o narození dítěte s vyjádřením soustrasti a otiskem ruky nebo nožky (Špatenková, 2008, s. 138-139). V některých zdravotnických zařízeních jsou fotografie pořizovány automaticky a jsou ukládány do dokumentace pro případ, že by rodiče za nějaký čas změnili názor a upomínku postrádali (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 507; Ratislavová, Beran, 2010, s. 462-464).

3.2.6 Vliv upomínek a rituálů na psychiku rodičů

Upomínky na dítě jsou pokládány za velmi významné, protože jsou symbolem přetrvávající vazby k dítěti. Výzkumy (např. Cacciatore a kol. 2008) potvrdili pozitivní vliv vlastnění upomínek v podobě dlouhodobého snížení úzkostnosti matky a signifikantně větší spokojenosti rodičů oproti těm, kteří upomínky nevlastní (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 507; Ratislavová 2011).

Naproti tomu o všeobecné pozitivitě fyzického kontaktu s dítětem panují určité pochybnosti. Některé výzkumy prokazují dlouhodobě pozitivní efekt fyzického kontaktu s mrtvorozeným plodem (např. Radestad a kol.) Byly ale provedeny i výzkumy, které naopak potvrdily, že u některých žen může mít fyzický kontakt s dítětem negativní vliv v podobě depresivity, úzkostnosti, vyššího rizika vzniku posttraumatické stresové poruchy (PTSD) nebo zvýšené pravděpodobnosti narušení vztahu matka – dítě v dalším těhotenství (Hughes a kol. 2002; Badenhorst 2007). V další studii (Cacciatore a kol. 2008), kde byly rozlišovány i okolnosti kontaktu s dítětem, bylo potvrzeno, že do značné míry je následný pozitivní či negativní efekt ovlivněn tím, zda byl fyzický kontakt s dítětem uskutečněn na základě vlastního přání rodičů nebo byl doporučen či vyžadován zdravotníky. Dlouhodobý psychický dopad je dáván také do souvislosti se způsobem chování zdravotníků – pokud zdravotník reaguje tak, že vidět a chovat své mrtvé dítě je stejné jako vidět a chovat dítě živé, potom je postoj a reakce matek pozitivní (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 507-508; Ratislavová 2011; Ratislavová, Beran, 2010, s. 463-464).

3.3 Péče o ženu během hospitalizace v šestinedělí

Kam bude žena po porodu umístěna, záleží na organizačních možnostech zdravotnického zařízení a na domluvě s rodiči. Samozřejmostí by mělo být umístění mimo oddělení šestinedělí jako prevence další traumatizace rodičů pláčem novorozenců apod. Zajištěn by měl být samostatný pokoj, který by mohl v ideálním případě partner nebo jiný člen rodiny se

ženou sdílet. Personál by měl být o přítomnosti ženy/rodičů po ztrátě dítěte informován. Vhodné je například označení dveří do místnosti květinou či stuhou, čímž se předejde zbytečným zraňujícím dotazům či připomínkám (Ratislavová, Beran, 2010, s. 463-464).

Soucitná péče, informovanost a dostatečná a dobrá komunikace mají pro rodiče velký význam. Napomáhají jim vyrovnat se s tragickou ztrátou a dodávají důvěru v sebe i ve zdravotnické pracovníky (Ratislavová, 2008, s. 76). Ratislavová dále doporučuje zajištění osobní schůzky rodičů s vedoucím lékařem a pediatrem, při které by jim byly ještě v porodnici poskytnuty informace ohledně pravděpodobné příčiny úmrtí jejich dítěte. Informace jsou rodiči ve fázi šoku často vnímány zkresleně, proto je vhodné celý rozhovor po několika týdnech zopakovat a případně doplnit o informace získané z pitevní zprávy.

Rodiče nemocniční prostředí obvykle opouštějí co nejdříve, jakmile to zdravotní stav ženy dovolí, aby mohli truchlit v prostředí domova. Před odchodem jsou jim předány kontakty na členy týmu, porodní asistentka zajistí schůzku se sociální pracovnící pro vysvětlení občansko-právních náležitostí a nabídne kontakty na psychologickou pomoc (odbornou, laickou, poradce pro pozůstalé...) včetně odkazů na svépomocné slupiny (Ratislavová, Beran, 2010, s. 462-464; Kasparková, Bužgová, 2010, s. 392-393, 396).

3.3.1 Zástava laktace

Specifikem péče o ženu během nemocničního ošetřování je péče o prsy spojená se zástavou laktace. Lékař ordinuje farmakologickou zástavu laktace podáním antagonistů prolaktinu. Porodní asistentka následně ženu edukuje a napomáhá s aplikací nefarmakologických metod. Jako nejúčinnější se jeví restrikce příjmu tekutin a komprese prsů elastickou bandáží. Jestliže laktace již započala, jsou nefarmakologické metody doplněny ještě o odstříkání a zchlazení prsů obklady (Fait, 2008, s. 1-3).

Žena často nástup laktace neočekává – dítě přeci zemřelo. Často se objevují pocity selhání v roli ženy (matky, manželky) společně se značným poklesem sebevědomí a dezintegrací osobnosti ženy. Jak uvádí Ratislavová (2008, s. 76), je důležité, aby žena byla porodní asistentkou ujištěna o zvládnutí své náročné úlohy při porodu.

3.4 Zdravotnický pracovník

S intrauterinním úmrtím plodu se v České republice porodní asistentka neseťkává příliš často – ročně je zaznamenáno okolo 300 případů. Porodní asistentky obvykle nemají dostatek

vlastních zkušeností s doprovázením rodičů při této ztrátě, mohou chybět i základní informace o vhodném chování, způsobu komunikace a podpoře procesu truchlení. Právě jejich přístup může mít ale na zvládnutí ztráty ženou zásadní vliv (Kasparková, Bužgová, 2010, s. 388; Ratislavová, 2011).

Porodní asistentky mají často tendenci vyhýbat se své úloze v péči o ženu s mrtvým plodem, protože jim tato situace přináší enormní psychickou zátěž. Naplňují je pocity bezmoci a profesionálního selhání, k nimž se ještě přidávají intenzivní emoční prožitky smutku a strach v konfrontaci se smrtí. Výsledkem je nevědomý pocit ohrožení a zapojení neproduktivních obranných mechanismů (vyhýbavé chování, minimalizace kontaktu a neosobní zacházení s rodiči, zacházení s mrtvým plodem jako s věcí, únik do nadměrné bezúčelné aktivity), které jsou v práci porodní asistentky zcela nevhodné až kontraindikované (Ratislavová, 2008, s. 76; Ratislavová, Lorenzová 2013, s. 23-25).

Ratislavová (2008, s. 76, 78) dodává, že porodní asistentky by se měly již během studií naučit přijímat strach ze smrti a vnímat vlastní smrtelnost. Pokud se jim podaří dobře zvládnout doprovázení rodičů v této náročné situaci, může být pro ně tato zkušenost posílením a zdrojem dobrého pocitu, že udělaly maximum.

K tématice proškolení zdravotnických pracovníků se vyjadřuje i Lucká (2001, s. 75-76): *„Je třeba je předem na podobné situace připravit a natrénovat s nimi případné vhodné reakce, protože dosud na porodnických sálech padají obvinění z hysterie, či naopak personál šokovanou matku mrtvého dítěte chválí, že ani nepláče.“* Jako časté nevhodné chování v českých porodnicích zmiňuje odnášení mrtvých dětí personálem bez nabídky alespoň jejich ukázání rodičům. Toto hodnotí jako projev hrubé neúcty, protože matka má právo vidět své dítě.

Na adekvátní podporu zdravotnických pracovníků v této situaci je v našem zdravotnictví zapomínáno, shodují se Ratislavová (2008, s. 76) i Lucká (2002, s. 75-76). Vzdělání v této oblasti je nedostatečné a zdravotníci nejsou schopni zvládat psychickou zátěž spojenou s touto situací a reflektovat vlastní negativní pocity.

4 Truchlení

Smrt blízkého člověka je extrémním zásahem do života pozůstalých, představuje ztrátu všech jistot, smyslu života. Ztráta blízkého člověka je definitivní, neměnná, nevratná. U pozůstalého vyvolává silné emoční reakce, nabourává pocit vlastní integrity a identity (Špatenková, 2013, s. 11).

Přestože v mnoha ohledech truchlení připomíná nemoc, není nemocí ale krizí, přirozenou komplexní psychologickou, sociální a somatickou reakcí na ztrátu blízkého člověka. Je dlouhodobým procesem, který je ale nezbytný pro vyrovnání se se ztrátou a její integrování do vlastního života (Špatenková, 2004, s. 69, 73).

Na členění procesu truchlení panují různé názory. Někteří autoři rozlišují tři fáze (stupně, stádia), někteří čtyři, pět, sedm nebo i přes deset různých fází. Negativem tohoto způsobu členění je, že bývá často vnímáno jako předloha adekvátního truchlení a vyrovnávání se se ztrátou a popírá individuální rozdíly v trvání, intenzitě a způsobu truchlení. Truchlící ale nemusí procházet jednotlivými fázemi v daném pořadí a nemusí ani projít všemi fázemi. Pozitivem členění je zjednodušení strukturace reakcí v čase (Špatenková, 2013, s. 84-85).

Špatenková (2013, s. 84) preferuje kvůli své jednoduchosti, stručnosti a univerzálnosti třífázový model truchlení, který zahrnuje fázi konfuze, exprese a adaptace. Truchlení připodobňuje k výstupu na vysokou horu „horu hoře“. Truchlení začíná fází konfuze, která je obdobím šoku, zmatku a otřesu. Pozůstalý reaguje nevěřícně, často zautomatizovaně, je jako omráčený. Následuje období intenzivní ventilace zármutku a žalu – fáze exprese. Projevuje se konfliktní záplavou emocí jako je smutek, žal, obavy, hněv, vztek, agrese, pocity viny či opuštěnosti. Objevují se somatické obtíže a dezorganizace běžného života. Truchlící je zahlcen představami o zemřelém, může se s ním i identifikovat a používat jeho výrazy, gesta apod., často se vyhýbá kontaktům s dalšími lidmi. Závěrečným stádiem je fáze adaptace, kdy se pozůstalí navrací zpět k původnímu fungování, přizpůsobují se životu bez zemřelého. Někdy je toto závěrečné stádium označováno i jako fáze akceptace - přijetí ztráty či smíření se se ztrátou (Špatenková, 2004, s. 69; Špatenková, 2013, s. 84-85).

Oproti pasivnímu členění truchlení na fáze je stavěn Wordenův koncept úloh truchlení. Rozlišovány jsou čtyři úlohy: přijmout ztrátu jako realitu, prožít zármutek, zadaptovat se ve světě bez zemřelého, citově se od zemřelého odpoutat a investovat city do nového vztahu.

Pozitivem tohoto přístupu je, že dává truchlícímu možnost pro zvládnutí zármutku sám aktivně něco udělat (Špatenková, 2004, s. 71).

Obvyklá délka trvání nekomplikovaného truchlení je uváděna jako šest měsíců až jeden rok. Jakýkoliv časový limit je ale pouze orientační – například vdovám trvá truchlení nad ztrátou manžela 3-4 roky, oproti tomu vdovcům průměrně 10 měsíců. Při ztrátě dítěte může být truchlení celoživotní (Špatenková, 2013, s. 87). Zármutek se krátkodobě ožívuje při tzv. výročních reakcích, krize se ale mohou objevit i později po zdánlivém úspěšném zpracování ztráty (Špatenková, 2004, s. 72).

4.1 Truchlení po ztrátě dítěte

Narození mrtvého dítěte je násilným ukončením procesu probíhajícího v mysli ženy, jehož přirozeným vyústěním mělo být narození dítěte. Lucká (2002, s. 75) rozlišuje tři linie působení této události. První je matka a její vyrovnávání se se ztrátou. Druhou linií je situace celé rodiny (otec dítěte, prarodiče, sourozenci) a třetí reakce asistujícího personálu.

Bolest ze ztráty novorozence se naprosto liší od bolesti ze ztráty jakéhokoliv jiného milovaného člověka. Vyrovnání se s jeho smrtí je obzvláště náročné, protože čas strávený v jeho přítomnosti byl tak krátký a společných vzpomínek je málo. Úmrtí dítěte narušuje přirozený řád a zpochybňuje pohled na život, přírodu, vesmír. Představuje konec všech snů, nadějí a plánů. Zjištění, že dítě může zemřít dříve než rodič, je naprosto zdrcující (Davis, 1996).

Pro rodiče to může být poprvé, co zažívají takto intenzivní pocity. Obvykle mají jen málo zkušeností s truchlením a nikdy nezažili citový dopad ztráty dítěte. Zármutek s sebou přináší obrovský zmatek. Pocity hlubokého smutku, touhy po dítěti, hněvu, beznaděje a osamělosti se nepředvídatelně mění z hodiny na hodinu, den ode dne. Život postrádá svůj smysl. Mohou být přítomny až téměř halucinatorní myšlenky na dítě a pocity jeho přítomnosti, které jsou velice stresující. Často zmiňovanými symptomy jsou pocit prázdné náruče a bolest v celých pažích. Obvyklé jsou změny spánku, kolísání nálady, nechutenství, zhoršení paměti a schopnosti koncentrace. Objevují se záchvaty pláče, bušení srdce a jiné projevy úzkosti, dýchací obtíže, únava či ospalost. Citové vypětí, zoufalství a úzkost mohou způsobit i změny v osobnosti. Žal může být natolik pohlcující, že je omezena schopnost fungování na různých úrovních předchozího života (Davis, 1996; Ratislavová, 2008, s. 77).

Mohou se objevit silné pocity viny, zodpovědnosti za smrt dítěte a selhání, které vycházejí z přirozeného instinktu chránit své dítě. Intenzita ochranného instinktu je kvůli vnímané zranitelnosti a bezmocnosti novorozence obzvláště velká. Pocity viny se objevují i v případě, že smrt dítěte nemohli rodiče nijak ovlivnit. Pokud museli o pokračování těhotenství rozhodnout sami, dochází navíc k jejich umocnění. Sebeobviňování je intenzivnější u matky než u otce, protože smrt dítěte vnímá jako své osobní selhání v roli ženy a častěji trpí výčitkami, že udělala či neudělala něco, co mohlo situaci ovlivnit (Davis, 1996).

V období akutního zármutku a mnohdy i daleko déle zaujímají někteří rodiče negativní postoj vůči jiným dětem, bojí se ztráty sebekontroly a je pro ně velmi těžké být v přítomnosti malých dětí či těhotných. Někteří naopak i přes veškerou bolest, kterou to přináší, touží držet jakékoliv dítě. Ženy mohou mít rozporuplné pocity i ke svým dalším dětem. Mohou cítit vystupňovaný strach o jejich bezpečí nebo naopak citový odstup, protože jim děti živě připomínají, co jim chybí. Při přežití jednoho nebo několika dětí z vícečetného porodu je velmi náročné zároveň pečovat o tyto děti a truchlit pro děti zemřelé. Zbývající děti mohou být také útěchou a zdrojem návratu k běžnému životu, stejně jako naděje na budoucí zdravé miminko (Davis, 1996; Ratislavová, 2008, s. 77).

Zotavování se ze ztráty má různě dlouhé trvání a neurčitelný konec. Truchlení může trvat měsíce i roky. Někdy je návrat k fungování na stejné úrovni jako v období před ztrátou považován za cíl, kterého nelze dosáhnout (Davis, 1996). Jak uvádí Ratislavová (2008), rodiče na své dítě nikdy nezapomenou, ale strach z toho, že by zapomenout mohli, jim ze začátku nedovoluje pohybovat se vpřed. Truchlení po ztrátě dítěte je přirovnáváno k horské dráze, kdy se střídají krize a světlé okamžiky. Postupem času se intenzita a délka krizí snižuje, přesto ale vzpomínky na ztrátu vyvolají krátké epizody smutku po mnoho let. Za nejnáročnější období je považován den smrti dítěte, 6 týdnů a 6 měsíců po narození a další výročí (Davis, 1996; Ratislavová, 2008, s. 77).

4.1.1 Otec dítěte

Muži obvykle navenek neprojevují tolik emocí, jako ženy. Může se proto zdát, že jich ani tolik neprožívají, což rozhodně není pravda (Špaňhelová, 2012). Také pouto otce k dítěti je jiné než pouto mateřské. V průběhu těhotenství otec s dítětem nepociťuje takové spojení jako matka a dítě je až do porodu vnímáno daleko abstraktněji (Davis, 1996).

Otcové bývají velmi zaneprázdnění – na nich je, aby zprostředkovali informace rodině, fungují jako prostředníci mezi matkou a zdravotníky, zabývají se povinnostmi v práci i doma. Dochází ke konfliktu rolí. Role silného muže, který si nemůže dovolit plakat, protože on přece musí být tím silným. Role ochránce, který zklamal, protože nedokázal ochránit dítě a nyní není schopen ochránit ani partnerku před žalem. Role soběstačného muže, který nemá právo zhroutit se jako ostatní a zabývat se svými city, a role zajistitele, který se musí co nejdříve vrátit do práce a zajistit rodinu. Jeho chování může být často vnímáno jako snaha na vše zapomenout, schovat se před tím, co se stalo, ale ve skutečnosti je to jeho vlastní způsob, jakým se se ztrátou vyrovnává a který mu pomáhá zvládat svůj žal (Ratislavová, 2008, s. 77-78).

4.1.2 Partnerský pár

Dopad smrti dítěte na vzájemný vztah mezi rodiči zaznamenává většina párů. Pro mnoho z nich je to první velká tragédie, které společně musí čelit. Některé páry společné prožívání ztráty sblíží a jejich vztah ještě prohloubí. Ztráta může být ale také katalyzátorem, který způsobí ukončení již dříve problematického vztahu. V některých případech vzájemné nepochopení, obviňování a odcizení ukončí i původně zdravý a funkční vztah (Davis, 1996).

Každý truchlí jiným způsobem a tento způsob může být velmi rozdílný. Toto zjištění rodiče často vyděsí a může být zdrojem dalšího nepochopení. Rozdíl v truchlení je ale přirozený. Typické bývá, že žena projevuje silné emoce a zabývá se vzpomínkami na dítě, zatímco muž se uzavírá, snaží se potlačit svůj žal a zaměstnat se prací. Ženě tak připadá, že muži na dítěti nezáleželo nebo že na něj zapomněl, a cítí se osamělá. Muž naopak nabývá dojmu, že se partnerka přes ztrátu nikdy nepřenesla, má o ni strach a naléhá na ni, aby přestala truchlit a začala žít normálním životem. Někdy dochází k tomu, že partneři truchlí střídavě, aby vždy jeden byl schopen běžného fungování, péče o zbývající děti a práce. Když tedy jeden z páru prožívá obzvláště silné emoce, druhý svůj smutek odsune na nějakou dobu stranou. Střídání může probíhat obden, po týdnech, měsících nebo až po roce od smrti dítěte (Davis, 1996).

Ve vztahu může pomoci, pokud se partneři připojí k nějaké podpůrné skupině a poznají, jak ztrátu zvládají jiní rodiče. Pomůže jim to porozumět svým pocitům a pochopit, že oba reagují na ztrátu normálně (Davis, 1996).

4.1.3 Prarodiče

Prarodiče mohou prožívat dvojnásobný smutek – za své vnouče a za své dítě, které se trápí smrtí vlastního dítěte. Cítí se bezmocní, protože nemohou svému dítěti v jeho truchlení pomoci a zároveň mají pocit, že své dítě, které je hluboce ponořeno do smutku, ztrácejí. Někdy mezi prarodiči a zemřelým dítětem ještě nemusí být vytvořeno dostatečně silné pouto a dítě tak není vnímáno jako vnouče. V takovém případě litují pozůstalé rodiče, ale mohou zároveň používat zraňující slova, která snižují důležitost dítěte a znevažují jeho život (Davis, 1996).

4.1.4 Sourozenci

Prožívání ztráty sourozence závisí na věku, povahových vlastnostech dítěte a způsobu, jakým na ztrátu reagují rodiče (Špaňhelová, 2012). Reakce malých dětí může být problematická, protože děti nerozumí tomu, co se stalo, jsou zmatené a někdy mohou cítit i odpovědnost za náhlé „zmizení“ sourozence. Mohou se objevit emocionální poruchy, poruchy chování, problémy ve škole či regrese. Děti potřebují odpovědi na své otázky, jednoduché ale upřímné a pravdivé vysvětlení toho, co se děje a co se bude dít. Potřebují také vřelost, vedení a pocit bezpečí (Ratislavová, 2008, s. 78). Rodič by se neměl vyhýbat mluvení o smrti a neměl by se před dítětem bát projevit své emoce. Normální režim rodiny se doporučuje obnovit co nejdříve (Špaňhelová, 2012).

4.2 Vyrovnávání se se ztrátou

Při procházení tímto obdobím mohou pozůstalým rodičům pomoci základní informace o procesu truchlení. Budou-li vědět, jak reagovali jiní rodiče, může se tím snížit pocit izolovanosti a naopak posílit víra ve schopnost vypořádat se se svým smutkem. Ujistí se tak, že jejich pocity jsou v této situaci zcela normální a adekvátní. Další informací, která je důležitá zejména pro udržení vztahu mezi rodiči, je, že způsob truchlení a jeho délka se u každého člověka liší. Neexistuje správný ani špatný způsob truchlení a neexistuje ani žádné časové omezení, do kterého je nutné se se ztrátou vypořádat a truchlení ukončit. Truchlící rodič si musí přiznat všechny své pocity a ventilovat je, protože jejich potlačování celkové utrpení jen zhoršuje (Davis, 1996).

Při smrti dítěte, které mimo dělohu nikdy nežilo, je velmi důležité ujistit se o tom, že existovalo. Vlastnictví upomínek (fotografie, pramínek vlásků, otisk nožky, obrázek z ultrazvuku...), probírání se věcmi dítěte apod. je pro utvrzení se o realnosti jeho existence

velice důležité. Stejně tak je potřebné potvrdit si významnost ztráty a důležitost dítěte, což lze vyjádřit prostřednictvím různých rituálů, vytváření pomníčků, uspořádání pohřbu nebo vzpomínkových akcí. Truchlit by se mělo za každé dítě z vícečetné gravidity zvlášť (Davis, 1996). Úspěšný výsledek truchlení je ovlivněn zejména typem osobnosti truchlícího, životními zkušenostmi všech zúčastněných a efektivitě podpory, které se truchlícímu dostane (Ratislavová, 2008, s. 77).

4.2.1 Abnormální truchlení

Atypické formy zármutku se dle Špatenkové (2004, s. 71) od normálních reakcí neliší ve způsobu truchlení, ale v intenzitě a délce trvání příznaků. Lindemann (in Špatenková, 2004, s. 71-72) rozlišuje opožděné a zkrácené reakce. Jako opožděná reakce je chápáno odložení či opoždění reaktivních příznaků na ztrátu o týdny, měsíce nebo i roky. Mezi zkrácené reakce řadí hyperaktivitu, deprese, změny ve vztahu k přátelům a příbuzným, projevy lékařsky uznané nemoci, dlouhodobou ztrátu modelů sociální interakce apod.

Někteří pozůstalí si sami uvědomují, že se jejich zármutek zkomplikoval a vyhledají odbornou pomoc. Někdy naopak nemusí dojít k uvědomění si souvislosti svých problémů s nezpracovaným zármutkem. Chronické a prolongované truchlení probíhá obvykle latentně, je ale stále přítomno a může kdykoliv propuknout v akutní krizi nebo zvýšit intenzitu právě probíhající krize (Špatenková, 2004, s. 72).

Porodní asistentka v ambulantní péči by si měla všimnout patologických reakcí a případně doporučit návštěvu specialisty. Možnou patologickou reakcí je potlačení emocí bez známek vědomí ztráty. Mohou jí být ale i těžké depresivní a úzkostné stavy, prožívání nepolevující zlosti nebo zneužívání alkoholu, drog apod. Také přítomnost psychosomatických projevů a prolongované truchlení jsou známkou patologické reakce (Ratislavová, 2008, s. 77).

4.2.2 Nabídka pomoci

Špatenková (2013, s. 11) zdůrazňuje potřebu pomoci a podpory pozůstalých. Zároveň uvádí, že by hlavním zdrojem této pomoci měla být nejbližší rodina. Problémem je, že i rodina je příliš zasažena ztrátou a zármutkem, a tak nemůže být účinným zdrojem pomoci. Z tohoto důvodu mohou rodiče nacházet větší podporu u přátel, jak uvádí Davis (1996). Ani pomoc přátel, ale nemusí být pro pozůstalé dostatečnou oporou. Přátelé obvykle nevědí, jak by se měli k pozůstalým chovat ani co říkat, mohou být také znepokojeni chováním pozůstalých a vyhýbat se jim. Přirozené sociální zdroje podpory selhávají, a tak pozůstalí často

vyhledávají pomoc mimo rodinu a přátele – u pracovníků pomáhajících profesí, zejména lékařů, sociálních pracovníků, psychologů či různých poradců. Hovořit o problémech, které ohrožují identitu, integritu a sebeúctu truchlícího, je někdy mnohem jednodušší s „cizím“ člověkem (poradcem, krizovým interventem apod.) než se členem rodiny nebo přítelem (Špatenková 2013, s. 11-13).

Truchlení po dítěti, které zemřelo ještě před porodem, je tím složitější, že dítě nejvíce „zná“ pouze matka. V průběhu těhotenství se mezi ní a dítětem vytvořilo pevné spojení a vazba k dítěti je tak díky této blízkosti daleko silnější než u ostatních členů rodiny. Ostatní mohou ztrátu bagatelizovat a snižovat význam dítěte a jeho ztráty. S dítětem je nepojí žádné konkrétní vzpomínky, dítě ani neviděli a tak je pro ně těžké se s touto situací ztotožnit (Davis, 1996; Dohnalová, Pavlíková, 2012, s. 22-23).

4.2.2.1 Odborná pomoc

Vhodnou oporou může pro rodiče být odborná psychologická pomoc prováděná vyškoleným psychoterapeutem nebo psychologem. Preferován by měl být psychologický přístup oproti medikaci (Ratislavová, 2008, s. 77-78). U některých lékařů či psychologů ale nemusí pozůstalí najít pomoc a podporu. Problematika umírání a smrti je citlivá, děsí. Smrt je v současné společnosti tabuizována, vytěsněna ze života a každé setkání s člověkem, který trpí ztrátou blízkého, je bolestivou konfrontací s možností, že i nám se něco takového může stát. Není až tak důležité, kdo pomoc pozůstalým poskytuje, zda je to školený dobrovolník nebo vysoce specializovaný psychoterapeut. Hlavním požadavkem je, aby tento člověk dokázal pracovat s truchlícími, byl dostatečně citlivý vůči jejich potřebám, věděl, co prožívají a byl jim schopen pomoci (Špatenková 2013, s. 13).

4.2.2.2 Svépomocné skupiny

Svépomocná skupinová pomoc může být velice efektivní, protože se jejím prostřednictvím rodiče seznámí s dalšími lidmi, které potkalo něco podobného. Poznají, že nejsou sami, kdo prožívá stejné pocity, mohou si sdělovat vlastní zkušenosti a navzájem se podporovat. Sdílením své zkušenosti s ostatními se zmírňuje pocit osamělosti a izolace. Ve světě vznikají svépomocné skupiny již v 60. letech dvacátého století. V České republice vzniká kvůli nepříznivé společenské situaci občanské sdružení Dlouhá cesta poskytující podporu rodinám po ztrátě dítěte formou svépomoci až v roce 2005. Pro pomoc ženám po perinatální ztrátě byl v roce 2007 realizován projekt Prázdná kolébka (Ratislavová, 2008, s. 78; Ratislavová, 2011).

5 Sociálně-právní problematika

O úředních záležitostech (matrika, porodné, pohřebné, peněžité pomoc v mateřství, mateřská dovolená) by měla rodiče ještě před propuštěním srozumitelně informovat porodní asistentka nebo sociální pracovnice, která připravuje podklady pro matriční úřad. Vzhledem k množství informací a špatnému psychickému stavu rodičů se doporučuje informace předat též v písemné podobě. V době sdělení obvykle nejsou rodiče schopni informace vstřebávat, připadají jim často nedůležité, nepodstatné. Při předání v písemné podobě se k nim ale mohou kdykoliv vrátit (Kasparková, Bužgová, 2010, 395-396).

Po porodu mrtvého plodu vypisuje lékař list o prohlídce zemřelého a mrtvý plod je společně s placentou předán na patologii pro provedení pitvy, která je dle zákona č. 372/2011 o zdravotních službách povinná. Další postup stanovuje zákon č. 301/2000 o matrikách, jménu a příjmení. Nemocniční zařízení je povinno oznámit narození mrtvého dítěte do tří pracovních dnů na příslušném matričním úřadě. Na základě obdržení hlášení o narození mrtvého dítěte je proveden zápis do knihy narození a matriční úřad vystavuje rodný list dítěte. Mrtvě narozenému dítěti není přiděleno rodné číslo. Úmrtní list dítěte se nevystavuje (Zákon č. 372/2011 Sb.; Zákon č. 301/2000 Sb.).

5.1 Porodné, peněžité pomoc v mateřství, mateřská dovolená

Žena, která porodila mrtvé dítě, nemá dle zákona č. 117/1995 o státní sociální podpoře nárok na porodné. Dle zákona č. 187/2006 o nemocenském pojištění má žena v případě, že se v posledních dvou letech alespoň 270 dní účastnila na nemocenském pojištění, nárok na peněžitou pomoc v mateřství minimálně po dobu 14 týdnů, přičemž poskytování nesmí skončit před uplynutím 6 týdnů od porodu. Za kalendářní dny se vyplácí 70 % denního vyměřovacího základu. Žádost, kterou vypíše ošetřující gynekolog, předává žena zaměstnavateli a ten potom následně příslušné Okresní správě sociálního zabezpečení. Pro mateřskou dovolenou při porodu mrtvého plodu platí dle Zákoníku práce stejné časové rozmezí jako u peněžité pomoci v mateřství (Zákon č. 117/1995 Sb.; Zákon č. 187/2006 Sb.; Zákon č. 262/2006 Sb.).

5.2 Pohřbívání

Pohřeb je pro pozůstalé jedním z nejdůležitějších rituálů, přičemž se dle Špatentkové (2013, s. 134) nemusí jednat o pohřeb v tradičním slova smyslu, ale jakýkoliv vhodný odlučovací či

přechodový rituál. Keller (in Špatenková, 2013, s. 134) vysvětluje význam pohřebního rituálu v posílení pocitu vzájemnosti, stmelení skupiny a sdílení pocitů a duševního rozpoložení všemi zúčastněnými. Rodiče by měli být včas informováni o možnosti pohřbení dítěte a významu, který tento rituál má pro dlouhodobé smíření se s jeho smrtí.

5.2.1 Význam

V naší společnosti je pohřbívání mrtvě narozených často vnímáno jako nesmyslné, což je dle Špatenkové (in Pavlíková, Dohnalová, 2011, s. 23) hluboce zakořeněným mýtem. Rodiče jsou vybízeni k předstírání, že k ničemu nedošlo a projevy truchlení jsou vnímány jako nežádoucí. „Pro dítě, které se nenarodilo, a tak ve skutečnosti ani neexistovalo, přece nemá smysl truchlit a chystat pohřeb.“ Pokud ale k vypravení pohřbu nedojde, rodiče neví, co se stalo s ostatky jejich dítěte, a žena si často klade otázku: „Kde je moje dítě?“ Tento rituál má velký význam i u mrtvě narozených dětí, protože hraje neopomenutelnou roli v procesu adaptace na ztrátu blízkého člověka. Může též pomoci rodičům a dalším pozůstalým začít vnímat ztrátu jako realitu a po přiznání si této reality teprve může započít cesta zpět k normálnímu životu, který už nikdy nebude jako dřív (Špatenková in Pavlíková, Dohnalová, 2011, s. 23).

Možnost pohřbení není v České republice udělena zákonem všem. Zásadní roli má rozdělení plodu po potratu/mrtvě porozený plod. Pevná hranice je stanovena paragrafem 82 zákona č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování na hmotnost 500 g, pokud nelze hmotnost zjistit, potom je určující stáří těhotenství, kdy je hranicí ukončený 22. týden těhotenství. Postup se u obou variant zásadně liší (Zákon č. 372/2011 Sb.).

5.2.2 Plody potracené

Podle § 91 zákona č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, je upraveno nakládání s potracenými plody takto: *“Části těla odebrané v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, plod po potratu, plodové vejce, plodové lůžko (placenta) nebo těhotenská sliznice... se zpopelňují ve spalovně poskytovatele, nemá-li poskytovatel vlastní spalovnu, ve spalovně jiného poskytovatele nebo v krematoriu.”* Na vydání potraceného plodu a jeho pohřbení nemají rodiče nárok (Zákon č. 372/2011 Sb.).

5.2.3 Plody mrtvě narozené

U mrtvě porozených plodů mají rodiče na rozhodnutí, zda chtějí své mrtvorozené dítě pohřbít, dle zákona č. 256/2001 o pohřebnictví 96 hodin od předání Listu o prohlídce zemřelého. Po

uplynutí této doby už rodiče nemají nárok na získání ostatků. Následně je již na provozním řádu daného zdravotnického zařízení, jak bude s ostatky naloženo. Obvyklou možností je v lepším případě zpopelnění v krematoriu, se kterým mám zdravotnické zařízení smlouvu a rozptýlení popela na rozptylové loučce či jeho uložení do společného hrobu, v horším případě spálení spolu s klinickým odpadem stejně jako tomu je u plodů po potratu. Čtyři dny jsou ale velice krátká doba na to, aby si rodiče vše pořádně promysleli – očekávali živé a zdravé miminko a nyní by měli chystat pohřeb? Jsou stále v počátečním šoku ze ztráty svého dítěte a matka je navíc obvykle hospitalizována, proto je možnost, že lhůtu na vyžádání těla k pohřbení promeškají, velmi pravděpodobná (Zákon č. 256/2001 Sb.; Kotrlý, 2012; Tobit [online]; Koubová, 2015).

5.2.4 Novela zákona o pohřebnictví

Pohřbívání mrtvorozených plodů a plodů po potratu je kontroverzním a v současnosti dosti diskutovaným tématem. Na rozdíl od některých evropských zemí jako je například Polsko, Německo či Slovensko u nás nemají rodiče právo na vydání plodů po potratu k jejich pohřbení a v případě mrtvorozených plodů je na rozhodnutí o pohřbu pouze 96hodinová lhůta. O změnu současného stavu již delší dobu usiluje občanské sdružení Tobit. Tobit poskytuje pomoc a poradenství rodičům, kteří chtějí své před narozením zemřelé děti pohřbít, spolupracuje s některými poskytovateli zdravotních služeb a pohřbívá mrtvě narozené děti, o jejichž pohřbení rodiče neprojeví v dané lhůtě zájem. Sdružení předložilo vlastní novelu zákona o pohřebnictví, která je v současnosti projednávána pracovní skupinou Ministerstva pro místní rozvoj. Novela by měla mimo jiné zajistit nárok rodičů na vydání plodů po potratu za účelem pohřbu a prodloužení lhůty na rozhodnutí o pohřbu plodů mrtvorozených ze současných 96 hodin na 168 hodin (Tobit [online]; Hanák, 2015; Koubová 2015).

5.2.5 Pohřebné

Osoba, která vypraví pohřeb mrtvě narozenému nebo nezaopatřenému dítěti, má dle zákona č. 366/2011 Sb. nárok na jednorázovou sociální dávku pohřebného ve výši 5 000 Kč. Žádost je nutné podat nejdéle do jednoho roku od úmrtí na Úřadě práce. Žadající přikládá rodný list dítěte, zprávu o úmrtí, občanský průkaz matky nebo otce a doklad o zaplacení (Zákon č. 366/2011 Sb.; MMR, 2013).

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Metodika výzkumu

Tato bakalářská práce je teoreticko-průzkumná/výzkumná. Potřebná data k průzkumné/výzkumné části byla získána prostřednictvím kvantitativní metody. Záměrem práce je dosažení stanovených cílů a zodpovězení výzkumných otázek, k čemuž je vzhledem k citlivosti problematiky a míře traumatizace respondentů použito dotazníkové šetření. Výzkumným nástrojem je nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby obsahující celkem 18 položek, který je obsažen v příloze této práce (Příloha č. 1).

V úvodu obsahuje dotazník představení výzkumníka, seznámení s podstatou a významem výzkumného šetření a žádost o vyplnění. Respondent zde nalezne také pokyny pro vyplnění dotazníku a ujištění o zaručení anonymity, která je u této problematiky zvláště důležitá.

Dotazník je zpracován tak, aby poskytl co nejvíce informací, k čemuž bylo využito více typů otázek. Obsaženy jsou dvě otázky otevřené (položka 2 a 4) dotazující se na určení přesných numerických údajů. Dále jsou použity otázky uzavřené a polouzavřené, které jsou na rozdíl od otázek uzavřených doplněny o možnost „jiné“ pro volbu odpovědi dle vlastních slov respondenta. Z uzavřených je použita jedna otázka dichotomická pro výběr ze dvou možností (položka 3), pět otázek polytomických výběrových (položky 15, 12, 11, 9, 1) a dvě otázky polytomické výčtové (položka 8 a 7). Z polouzavřených otázek se v dotazníku nachází pět otázek polytomických výběrových (položky 17, 16, 13, 10, 5) a tři otázky polytomické výčtové (položky 18, 14, 6).

V závěru dotazníku je obsaženo poděkování respondentům za účast ve výzkumu a je jim poskytnut i prostor pro připomínky k výzkumu, doplnění vlastních myšlenek či uvedení (části) vlastního příběhu v případě, že by jej chtěli s výzkumníkem sdílet.

6.1 Výzkumné otázky

Výzkumná část měla poskytnout informace o zkušenostech českých žen s porodem mrtvého plodu a rozloučením s dítětem. V závislosti na stanoveném výzkumném cíli byly zvoleny následující výzkumné otázky:

1. Jaká je zkušenost žen s rozloučením s dítětem při porodu mrtvého plodu?
2. Jakou mají ženy zkušenost s vlastněním upomínek na své dítě?
3. Jakým způsobem bylo rozhodnuto o pořízení upomínek na dítě?
4. Jakým způsobem bylo rozhodnuto o kontaktu s dítětem?
5. Jak ženy vnímaly chování personálu a jaké informace jim byly personálem poskytnuty?

6.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek představují ženy, které mají zkušenost s porodem mrtvého plodu v České republice a které byly ochotné se o tuto zkušenost s výzkumníkem podělit (samozřejmě za předpokladu anonymity).

Aby mohly být do výzkumu zařazeny, musely ženy splňovat podmínku definice porodu mrtvého plodu, tj. úmrtí plodu v průběhu těhotenství a za porodu, kdy je vypuzen či vyňat plod z těla matčina o hmotnosti 500 g a vyšší bez známek života, přičemž za známku života je považována přítomnost srdeční akce, aktivní pohyb plodu, dechová aktivita a křik. Pokud není možné hmotnost určit, je určující délka těhotenství nad 22. týden gravidity (Hájek, 2014, s. 434). Z toho důvodu byly z výzkumného souboru vyřazeny ženy se zkušeností ztráty v nižších týdnech těhotenství (celkem dvě). Dále byla podmínkou zkušenost ženy s porodem mrtvého plodu v jakémkoliv ze zdravotnických zařízení v České republice – pro nesplnění této podmínky byla vyřazena jedna žena, která rodila v zahraničí. Věk, místo bydliště ani časový interval od prožité ztráty nebyly pro zařazení do výzkumného vzorku limitující.

Realizace výzkumu proběhla v časovém období od listopadu 2015 do poloviny února 2016. Ženy byly kontaktovány elektronicky prostřednictvím emailu, webových stránek a sociálních sítí. V případě zájmu o účast na výzkumu ženy vyplnily dotazník elektronicky a zaslaly ho na výzkumníkův email.

Zkoumaný vzorek po vyřazení respondentů nesplňujících podmínky účasti na výzkumu (celkem 3) a respondentů, jejichž dotazníky musely být pro neúplnost vyjmuty (celkem 2), zahrnuje celkem 34 respondentů.

6.3 Zpracování dat

Data získaná na základě kvantitativního výzkumného šetření byla analyzována pomocí programu Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007 a zpracována popisnou statistikou. Vytvořené tabulky a grafy obsahují údaje o četnosti celkové (n ; celkový počet respondentů), absolutní (n_i ; celkový počet respondentů odpovídajících na danou otázku) a četnosti relativní (f_i ; podíl absolutní a relativní četnosti). Relativní četnost byla vypočítána za pomoci vzorce $f_i (\%) = n_i / n \times 100$.

7 Analýza a interpretace výsledků

Otázka č. 1

Jaký byl Váš věk v době události?

- a) Méně než 20 let
- b) 20 - 25 let
- c) 26 – 30 let
- d) Více než 30 let

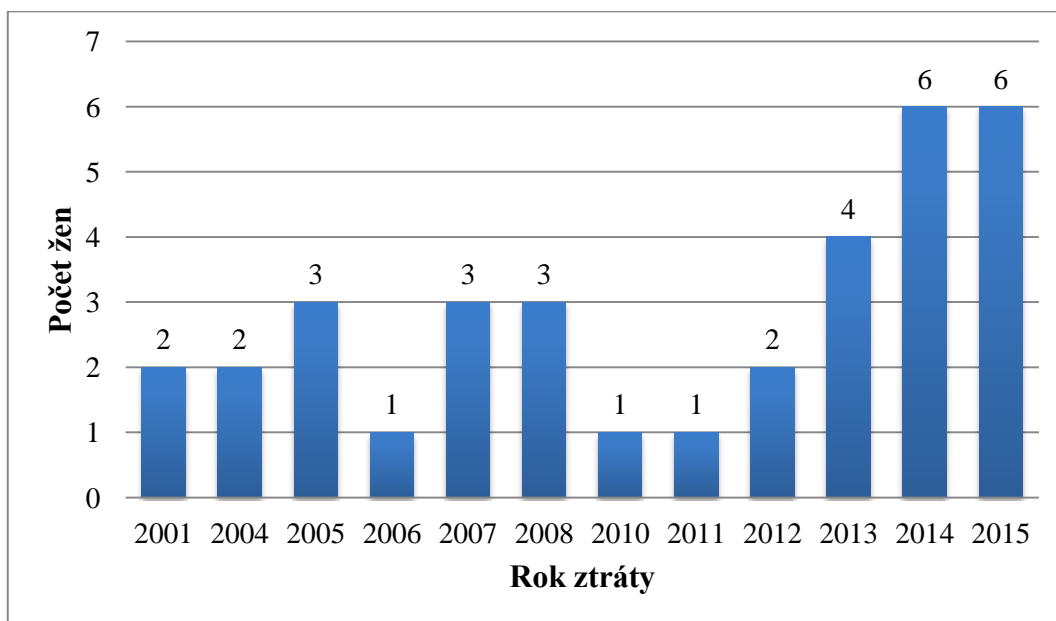
Tabulka 1 Věk v době události

Varianty odpovědi	n_i	$f_i(\%)$
Méně než 20 let	3	9%
20 - 25 let	10	29%
26 - 30 let	12	35%
Více než 30 let	9	26%
Celkem	34	100%

První otázka se zaměřuje na věkové rozdělení respondentek v době prožití ztráty. Respondentky jsou na základě této otázky rozděleny do čtyř kategorií, přičemž nejčetnější kategorií je věkové rozmezí 26 až 30 let, do kterého spadá 35 %, tj. 12 respondentek. Druhou nejčetnější skupinou jsou respondentky ve věkovém rozmezí 20 až 25 let, do kterého spadá 10 (29 %) respondentek. Devět (26 %) respondentek z tohoto výzkumu prožilo ztrátu ve věku nad 30 let a pouze 9 %, tj. 3 respondentky v době ztráty ještě nedosáhly věku dvaceti let. Data jsou přehledně zpracovaná ve výše uvedené tabulce (Tab. 1).

Otázka č. 2

Vypište prosím rok, ve kterém ke ztrátě došlo.



Obrázek 1 Rok prožití porodu mrtvého plodu

Tato otázka je významná zejména z hlediska vývoje situace nakládání s mrtvým plodem v České republice. Povědomí laické i odborné společnosti o této problematice a názory na ni se neustále mění a vyvíjí. V posledních letech začíná být problematika porodu mrtvého plodu častěji diskutována. V závislosti roce, kdy ke ztrátě došlo, se mění i přístup zdravotnického personálu k ženě/páru a rozsah poskytované péče. Časový údaj může tedy být jedním z faktorů ovlivňujících péči a prováděné rituály.

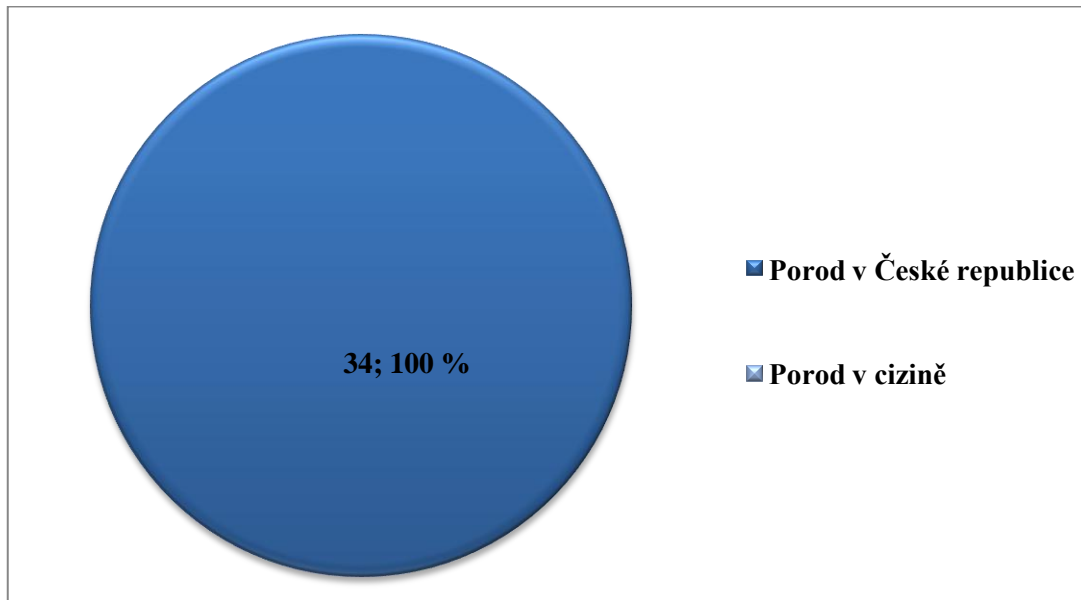
Jako odpověď na tuto položku vypisovaly jednotlivé respondentky rok, ve kterém porod mrtvého plodu prožily. V odpovědích výzkumného souboru se objevují roky v rozmezí 2001 až 2015 včetně.

V letech 2012 až 2015 včetně ztrátu nenarozeného dítěte prožila přibližně jedna polovina (53 %) respondentek. Více než jedna třetina (36 %) žen účastnících se tohoto výzkumu prožila ztrátu v letech 2014 a 2015, přičemž v každém z těchto let porodilo mrtvý plod 6 respondentek (18 %). Dalším nejčastěji zastoupeným rokem je rok 2013, kdy ke ztrátě došlo u 12 % (4) respondentek. V každém z let 2005, 2007 a 2008 ztrátu prožily tři ženy z tohoto výzkumného souboru. Ostatní roky byly zastoupeny méně nebo vůbec. Zastoupení jednotlivých let je patrné ve výše uvedeném grafu (Obr. 1).

Otázka č. 3

Kde jste ztrátu prožila?

- a) V České republice
- b) V cizině



Obrázek 2 Země prožití ztráty

Tato položka je v dotazníku zastoupena z důvodu kontroly splnění jedné z podmínek pro účast na výzkumu. V tomto výzkumu se zaměřujeme na zkušenosti žen s porodem mrtvého plodu ve zdravotnických zařízeních České republiky. Zajímá nás tedy stav problematiky v České republice a ne v zahraničních zemích, kde budou určité odlišnosti v názorech na problematiku, poskytovaných intervencích apod.

Z tohoto důvodu byly ženy, které u této otázky odpověděly, že ztrátu prožily v zahraničí, z výzkumného souboru vyloučeny. Tato situace nastala pouze v jednom případě a dotazník této respondentky nebyl do výzkumu zařazen. Všechny ženy z výzkumného souboru (34 žen, 100 %) tedy zvolily variantu odpovědi vyjadřující porod v České republice, jak je patrné z koláčového grafu (Obr. 2) umístěného výše.

Otázka č. 4

Vypište prosím, v kolikátém týdnu těhotenství ke ztrátě došlo.

Tabulka 2 Délka těhotenství

Týden těhotenství	n_i	$f_i(\%)$
25-27 týden	6	18%
28-30 týden	4	12%
31-33 týden	4	12%
34-36 týden	9	26%
37-39 týden	8	24%
40-41 týden	3	9%
Celkový počet	34	100%

Délka těhotenství může být jedním z faktorů ovlivňujících poskytování intervence, nabídku pořízení upomínek, zájem o rituály a jejich aplikaci. S délkou těhotenství narůstá vazba mezi matkou a vyvíjejícím se plodem. Zvláště od počátku vnímání prvních pohybů těhotnou je spojení mezi ní a budoucím dítětem vnímáno jako velmi významné.

Respondentky v této otázce nevolily z nabízených odpovědí, ale přímo délku těhotenství určovaly vlastním vyjádřením. Pro zjednodušení a lepší přehlednost odpovědí na tuto položku jsou výsledky zpracovány do výše uvedené tabulky (Tab. 2).

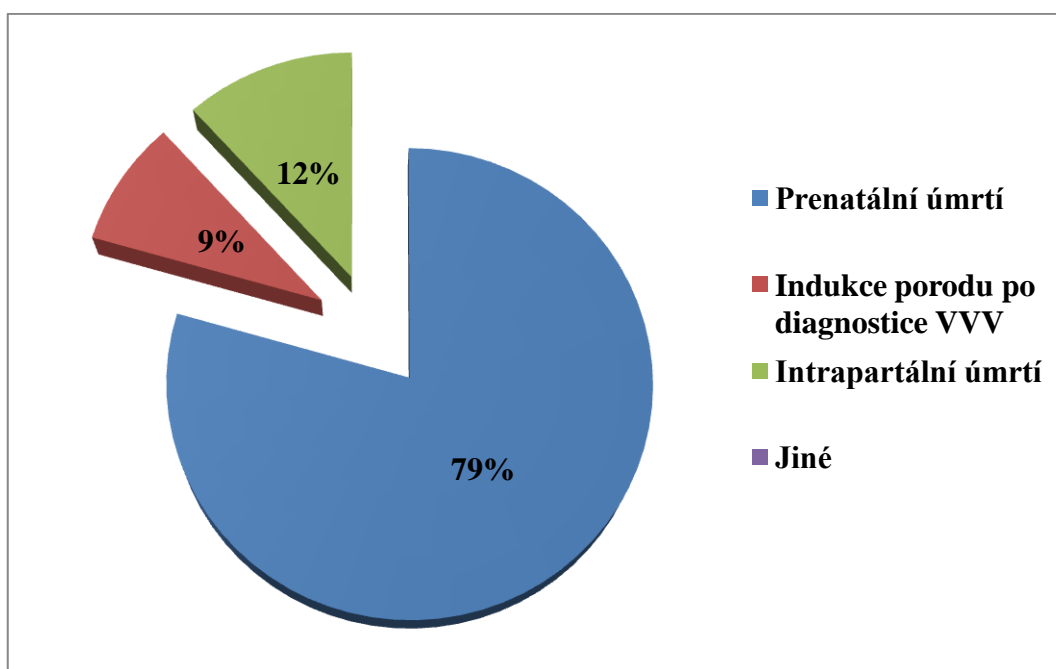
Odpovědi byly voleny v rozmezí od 25. do 41. týdne těhotenství. Z uvedeného rozmezí byly zastoupeny všechny týdny minimálně jedním případem kromě týdne sedmadvacátého, který neuvědla žádná z respondentek. Nejčastěji byl zastoupen 36. týden těhotenství, který jako odpověď zvolilo 6 žen (18 %).

Prožití ztráty ve 25 až 27. týdnu uvedlo 6 žen (18 %). Četnost případů v rozmezí týdnů 28 až 30 a 31 až 33 byla shodně po 4 ženách, které představují 12 %. Nejvíce zastoupeno je rozmezí týdnů 34 až 36, které byly uvedeny 9 respondentkami (26 %). V následujícím rozmezí (37., 38. a 39. týden) ztrátu prožilo 24 % (8) žen z tohoto výzkumného souboru. Zbýlých 9 % respondentek uvedlo jako týden těhotenství, při kterém došlo ke ztrátě, 40. nebo 41. týden gravidity.

Otázka č. 5

Popis události

- Úmrtí miminka před narozením
- Zjištění VVV (vrozené vývojové vady) a vyvolání porodu mrtvého miminka
- Úmrtí miminka během porodu
- Jiné: _____



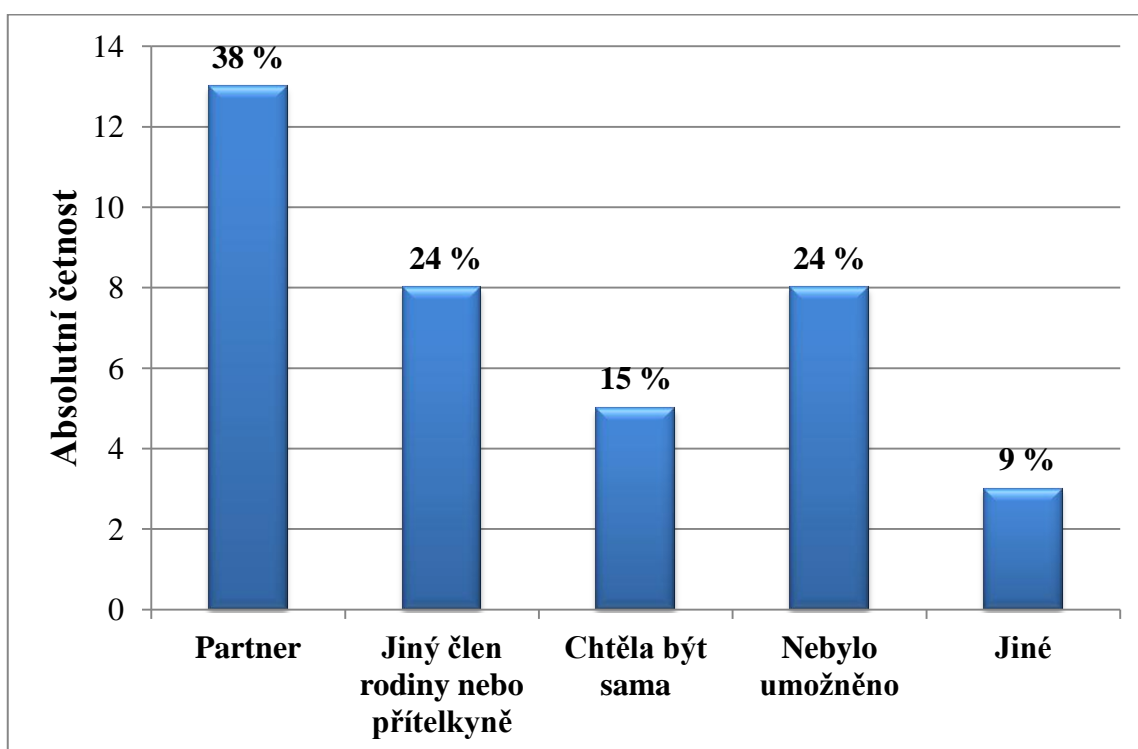
Obrázek 3 Popis události

Tato dotazníková položka slouží k rozlišení příčin porodu mrtvého plodu, tedy zda k úmrtí došlo v průběhu těhotenství (antepartálně), v průběhu porodu (intrapartálně) nebo zda byl vyvolán předčasný porod z důvodu vrozených vývojových vad plodu neslučitelných se životem. Varianty odpovědí byly doplněny o možnost „jiné“ pro vlastní vyjádření respondentek, které by si nebyly jisté, o jakou variantu se v jejich případě jednalo, nebo chtěly doplnit vlastní odpověď apod. Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejčastěji došlo k úmrtí plodu před narozením v průběhu těhotenství. Variantu odpovědi „Úmrtí miminka před narozením“ zvolilo 79 % respondentek, tj. 27 žen. Dalších 12 % žen popisuje úmrtí plodu v průběhu porodu a zbylé 3 ženy představují 9 % respondentek našeho výzkumu, kterým byl vyvolán předčasný porod po zjištění vrozených vývojových vad plodu. Variantu „jiné“ pro doplnění vlastní odpovědi ne zvolila žádná z respondentek. Výsledky jsou zpracovány do podoby koláčového grafu (Obr. 3), který naleznete výše.

Otázka č. 6

Byl s Vámi někdo z Vašich blízkých v průběhu porodu/po porodu? (Možno více odpovědí)

- a) Ano, byl se mnou partner.
- b) Ano, byl se mnou člen rodiny/přítekně.
- c) Ne, chtěla jsem být sama.
- d) Ne, nebylo mi to umožněno.
- e) Jiné: _____



Obrázek 4 Přítomnost blízké osoby při/po porodu

V této dotazníkové položce zjišťujeme, zda žena prožívala porod sama nebo společně s nějakou blízkou osobou. Z výsledků výzkumu vyplývá, že partner doprovázel ženu ve 13 případech, což odpovídá 38 %. Poměrně často, v 8 případech (24 %), byla žena doprovázena jiným členem rodiny nebo přítelkyní.

Ve dvou případech bylo u ženy přítomno více doprovázejících osob. V obou z těchto případů byl přítomen zároveň partner a zároveň člen rodiny/přítekně.

Někdy má ale žena potřebu trávit tyto chvíle sama. Variantu odpovědi „Ne, chtěla jsem být sama“ zvolilo 5 žen, které v našem výzkumu představují 15 %. Častěji byla ale žena nucena situaci prožít bez přítomnosti blízké osoby z jiných důvodů než z osobního přesvědčení. Přítomnost blízké osoby nebyla umožněna 8 ženám (24 % případů).

V této otázce mohly respondentky zvolit také variantu odpovědi „Jiné“. Této možnosti využily tři respondentky (9 %), které se shodují na tom, že si přály přítomnost partnera u porodu, což by jim bylo umožněno, ale partner situaci psychicky nezvládl, a proto přítomen nebyl. Žádná z respondentek nevyužila jako doprovodnou osobu dluhu. Zastoupení jednotlivých variant odpovědí je lépe patrné ve výše uvedeném sloupcovém grafu (Obr. 4).

Otázka č. 7

Byly mi poskytnuty srozumitelné informace o... (Možno více odpovědí)

- a) Průběhu porodu a poskytované péči.
- b) Nabídce rituálů (vidět, chovat, pojmenovat, pokřtít...).
- c) Možnosti pořízení upomínek na dítě (fotografie, otisk nožky/ručky...).
- d) Sociálně-právních náležitostech (matrika, peněžitá pomoc v mateřství, mateřská dovolená, pohřeb, pohřebné).
- e) Nabídce psychologické pomoci a podpory (kontakt na psychologa, poradce, svépomocné skupiny apod.).
- f) Procesu truchlení (reakce na ztrátu, pocity, průběh...).
- g) Výsledcích vyšetření a pitvy, pravděpodobných příčinách úmrtí.

Tabulka 3 Poskytnuté informace

Varianty odpovědi	n_i	$f_i(\%)$
Průběh porodu, poskytovaná péče	30	88%
Nabídka rituálů	17	50%
Upomínky na dítě	12	35%
Sociálně-právní náležitosti	13	38%
Nabídka psychologické pomoci	11	32%
Proces truchlení	6	18%
Příčiny úmrtí, výsledky vyšetření a pitvy	24	71%
Celkový počet žen	34	

Porod mrtvého plodu je extrémně náročnou situací. Žena má silnou potřebu informací, zároveň ale tyto informace v mnoha případech není schopná kvůli špatnému psychickému stavu adekvátně přijímat. Velmi důležitý je způsob podání informací a jejich načasování.

V této otázce nás zajímalo, jaké informace byly ženám poskytnuty. Ženy subjektivně zaznamenávaly, zda jim byly poskytnuty informace ze sedmi základních skupin v dostatečně

srozumitelné formě. Absolutní i relativní zastoupení jednotlivých odpovědí na tuto otázku je lépe patrné ve výše uvedené tabulce (Tab. 3).

Nejčastěji (v 88 %) byly ženám poskytnuty informace o průběhu porodu a poskytované péči. Pouze 4 ženy uvedly, že srozumitelné informace na toto téma nedostaly.

Jako druhé nejčastější bylo uvedeno podání informací týkajících se pravděpodobných příčin úmrtí, výsledků pitvy a dalších vyšetření. Tyto informace byly předány 24 ženám (71 %) z našeho výzkumu. Pro ženy s touto zkušeností je obvykle velmi důležité zjistit, co bylo příčinou úmrtí jejich očekávaného dítěte.

V polovině případů byly ženám poskytnuty informace o nabídce rituálů, jako je možnost dítě po porodu vidět, chovat, pojmenovat ho či například pokřtít. O nabídce psychologické pomoci a podpory bylo informováno jen 32 % (11) žen/párů, což je poměrně málo. Informace, kde mohou rodiče hledat psychologickou pomoc a podporu, je důležitá. Žena této pomoci využít nemusí, ale měla by vědět, kde by ji v případě potřeby měla hledat.

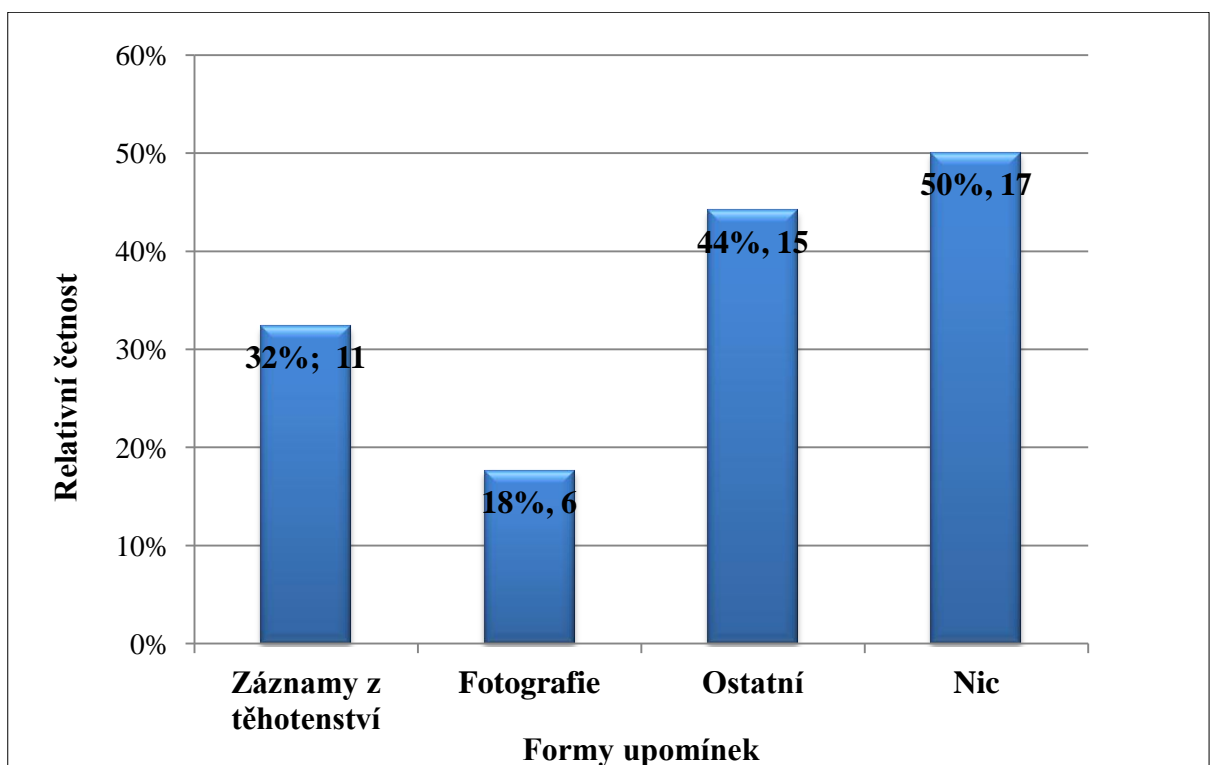
Podobně jako s nabídkou psychologické pomoci je na tom i frekvence poskytování informací týkajících se pořízení upomínek na dítě, jako jsou fotografie, otisky ruček nebo nožek, ustříhnutí pramínku vlásků apod. Poskytnutí těchto informací uvádí 35 %, tj. 12, žen.

Sociálně právní problematika byla se ženami/párem diskutována o něco častěji – ve 38 procentech případů, což v našem výzkumu představuje 13 žen, které získaly srozumitelné informace na toto téma. Nejméně žen/párů bylo informováno o procesu truchlení jako přirozené reakci na ztrátu. Informace na toto téma mohou rodičům pomoci pochopit vlastní často velmi rozporuplné pocity a stavy a uvědomit si, že se jedná o normální reakci na nenormální, nepřirozenou situaci. Přes zmíněný přínos těchto informací byla tato problematika konzultována pouze se šesti respondentkami našeho výzkumu (18 %).

Otázka č. 8

Máte na své dítě z porodnice nějakou upomínku? (Možno více odpovědí)

- Ano, mám záznamy z průběhu těhotenství (fotografii z ultrazvuku, záznamy CTG apod.).
- Ano, mám fotografii miminka.
- Ano, mám pramínek vlásků/otisk nožky či ruky/upomínkovou kartu, identifikační náramek apod.
- Ne, nemám žádné upomínky.



Obrázek 5 Vlastnictví upomínek

Osmá dotazníková položka zjišťuje, zda ženy vlastní nějakou upomínku na své mrtvorozené dítě a případně jaký je její druh.

Polovina žen z výzkumného souboru nevlastní žádnou upomínku na své dítě. Pouze šest žen (18 %) uvedlo, že vlastní fotografii dítěte. Poměrně často bylo uváděno vlastnictví upomínek v podobě záznamů z těhotenství, jako jsou kardiokografické záznamy či fotografie plodu z ultrazvuku. Tuto odpověď zvolilo 32 % respondentek.

Nejčastější variantou vlastněné upomínky, kterou uvedlo 44 % respondentek, představují ostatní formy upomínek mimo záznamů z těhotenství a fotografie dítěte. Do této kategorie mohou být řazeny například otisky nožek či ruček, pramínek vlásků, upomínkové karty, identifikační náramek dítěte atd.

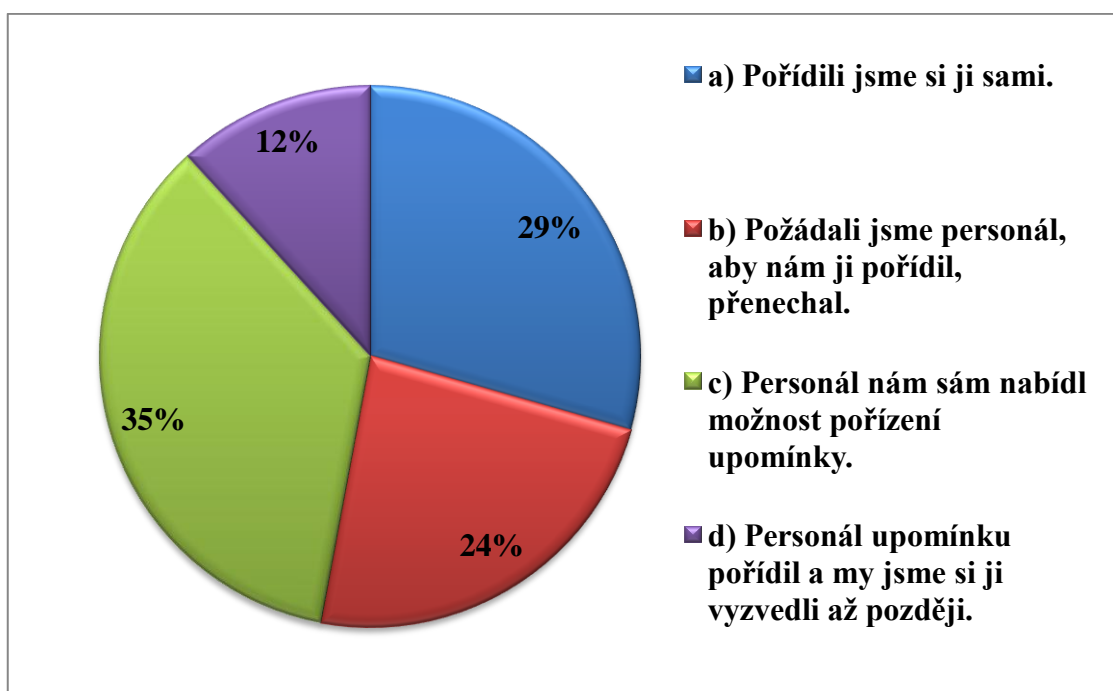
V této otázce měly respondentky možnost zvolit více odpovědí. Této nabídce využilo 35 % žen, což představuje 12 respondentek našeho výzkumu. Vlastnictví všech upomínek z nabídky odpovědí na tuto dotazníkovou položku uvedly 3 respondentky. Nejčastější kombinací odpovědí, kterou zvolilo 9 respondentek, bylo vlastnictví záznamů z průběhu těhotenství zároveň s pramínkem vlásků/otisků nožek či ruček apod.

Absolutní a relativní četnosti jsou přehledně uvedeny ve výše uvedeném sloupcovém grafu (Obr. 5).

Otázka č. 9

Upomínku mám, protože...

- a) Pořídili jsme si ji sami.
- b) Požádali jsme personál, aby nám ji pořídil, přenechal.
- c) Personál nám sám nabídl možnost pořízení upomínky.
- d) Personál upomínku pořídil a my jsme si ji vyzvedli až později.



Obrázek 6 Důvod pořízení upomínky

Na tuto dotazníkovou položku odpovídaly pouze ženy, které v předchozí otázce odpověděly, že vlastní nějakou upomínku na své dítě. Celkem tedy odpovídalo 17 respondentek. V této otázce zjišťujeme, z čí iniciativy byla upomínka pořízena.

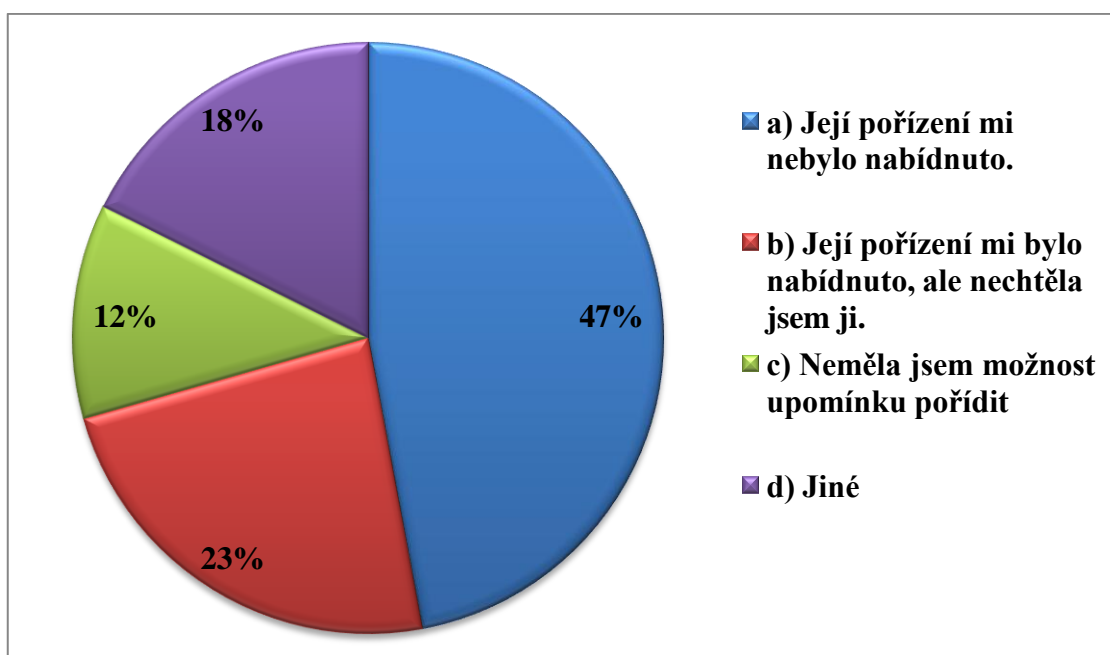
Na výše uvedeném grafu (Obr. 6), je dobře patrné procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí. Z výsledků vyplývá, že 35 % (tj. šest) respondentek, které vlastní upomínku na své dítě, ji vlastní z toho důvodu, že jim její pořízení nabídl personál na porodním sále. Poměrně často vycházela iniciativa pořízení upomínek z vlastního přání ženy/páru – pořízení upomínky si zařídilo samo 29 % (5) respondentek. Ve 24 % byla upomínka pořízena personálem na základě žádosti ženy/páru, tuto variantu odpovědi zvolily 4 ženy.

V některých případech je možné po dohodě se ženou/párem upomínku (např. fotografii dítěte) pořídit a uložit ji do zdravotnické dokumentace. Žena/pár si může (ale také samozřejmě nemusí) upomínku vyzvednout později, až k tomuto rozhodnutí dospěje a zjistí, že upomínku postrádá. Tato varianta odpovědi, tj. „Personál upomínku pořídil a my jsme si ji vyzvedli až později.“, byla v našem výzkumu zastoupena nejméně často, zvolily ji pouze dvě respondentky (12 %).

Otázka č. 10

Upomínku nemám, protože...

- a) Její pořízení mi nebylo nabídnuto.
- b) Její pořízení mi bylo nabídnuto, ale nechtěla jsem ji.
- c) Neměla jsem možnost upomínku pořídit.
- d) Jiné: _____



Obrázek 7 Důvod nepořízení upomínky

Tato položka byla určena pouze pro respondentky, které nevlastní žádnou upomínku na své dítě. Celkem tedy odpovídalo 17 respondentek. Zastoupení jednotlivých variant odpovědí je uvedeno v koláčovém grafu (Obr. 7) umístěném výše.

Téměř polovina respondentek, které upomínku nevlastní, uvádí jako důvod skutečnost, že jim možnost pořízení upomínky nebyla personálem nabídnuta. Tato varianta odpovědi se týká 8 respondentek, které představují 47 %. Další čtyři respondentky, tj. 23 %, uvedly, že jim pořízení upomínky nabídnuto personálem bylo, ale ony upomínku odmítly. Pouze 2 ženy uvádějí, že neměly možnost upomínku pořídit.

Zbýlé 3 respondentky u této otázky využily možnosti doplnit vlastní variantu odpovědi, přičemž se jednotlivé odpovědi od sebe ve všech případech lišily. Jedna žena uvádí, že jí možnost pořízení upomínky nebyla nabídnuta, ale zároveň by této nabídky stejně nechtěla

využít. Další respondentka uvádí, že byla naprosto v šoku, protože u dítěte byla nejdříve prováděna resuscitace, a tak ji o něčem takovém pochopitelně nenapadlo ani přemýšlet. Tato zmíněná respondentka nepořízení upomínky velmi lituje, protože jí nějaká upomínka na dítě schází. Tento případ může být proto příkladem, jak velmi důležitou roli zde hraje personál a jeho připomenutí, že je možné upomínku pořídit.

Odpověď poslední z respondentek, která také zvolila variantu jiné, je velmi zajímavá a ilustruje, jak moc záleží na individualitě člověka. Tato respondentka uvádí, že jí byly personálem předány upomínky (v jejím případě v podobě záznamů z těhotenství). Jejich vlastnictví pro ni bylo ale příliš bolestné, proto je spálila a tento rituál spálení jí přinesl velkou úlevu.

Otázka č. 11

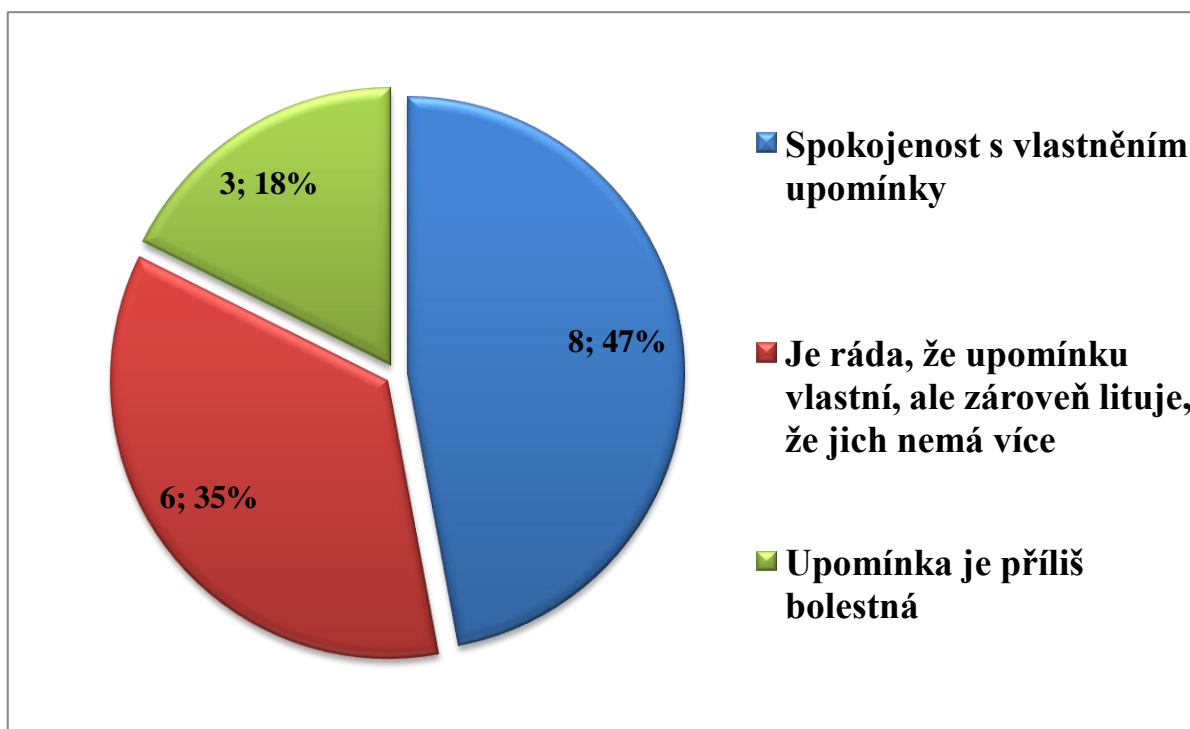
Jaké pocity ohledně vlastnění/nevlastnění upomínky máte?

- a) Jsem ráda, že upomínku mám.
- b) Jsem ráda, že upomínku mám, ale lituji, že jich nemám více.
- c) Upomínka je pro mne příliš bolestná.
- d) Lituji, že nemám žádnou upomínku.
- e) Upomínka mi neschází.

Tato otázka zjišťuje, jaké mají ženy pocity v souvislosti s vlastněním či nevlastněním upomínky na své mrtvorozené dítě.

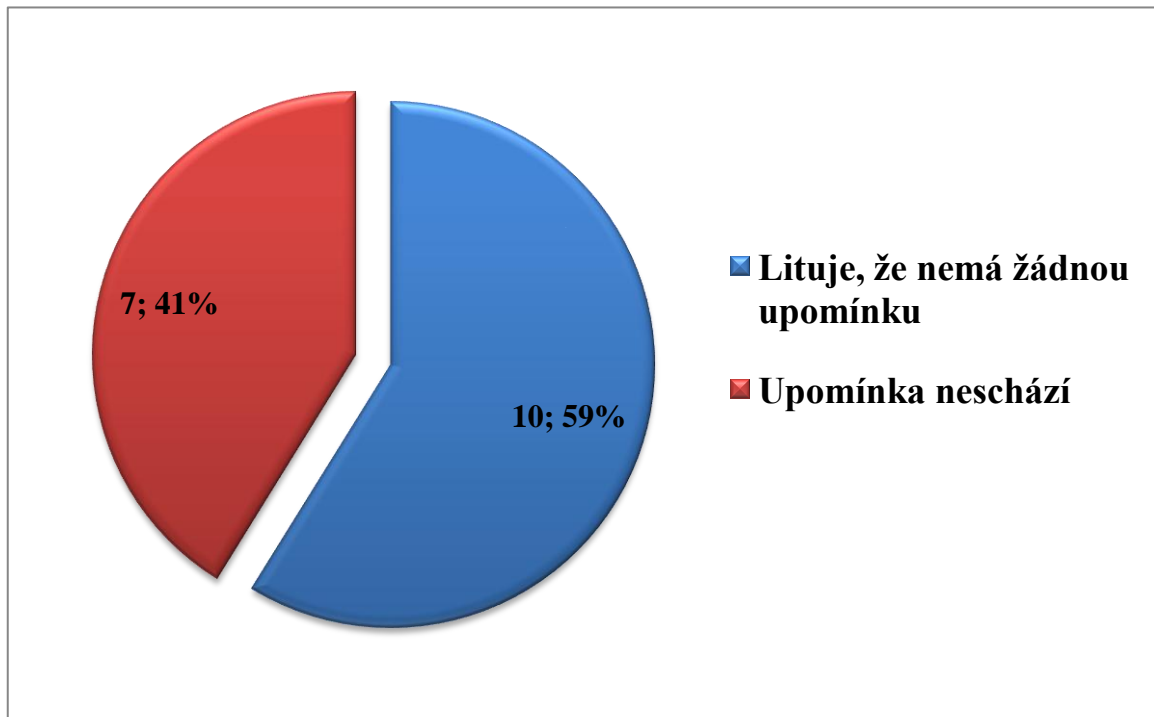
Na otázku odpovídaly obě skupiny žen, tj. ženy upomínku vlastníci i nevlastníci. Z toho důvodu byla volena nabídka variant odpovědí uvedená výše. Na výsledcích je patrné, jak velmi záleží na individualitě ženy.

Pro lepší přehlednost zastoupení jednotlivých variant odpovědí jsou níže uvedeny dva grafy. Koláčový graf (Obr. 8) pro vyjádření pocitů žen vlastnicích upomínky a další (Obr. 9) pro vyjádření pocitů žen, které žádné upomínky nevlastní.



Obrázek 8 Pocity v souvislosti s vlastněním upomínky

Ženy vlastníci nějakou z upomínek využily k popisu svých pocitů tři varianty odpovědi. Celkově 65 % (14) žen je rádo, že nějakou upomínku vlastní, přičemž 47 % z nich uvádí pouze spokojenost s vlastnění upomínky, zatímco 35 % respondentek je rádo, že vlastní nějakou upomínku, ale pociťuje zároveň i lítost, že upomínek na dítě nevlastní více. Tyto ženy vlastnily často pouze záznamy z průběhu těhotenství. Pro zbylých 18 %, tedy 3 ženy, je vlastněná upomínka příliš bolestná.



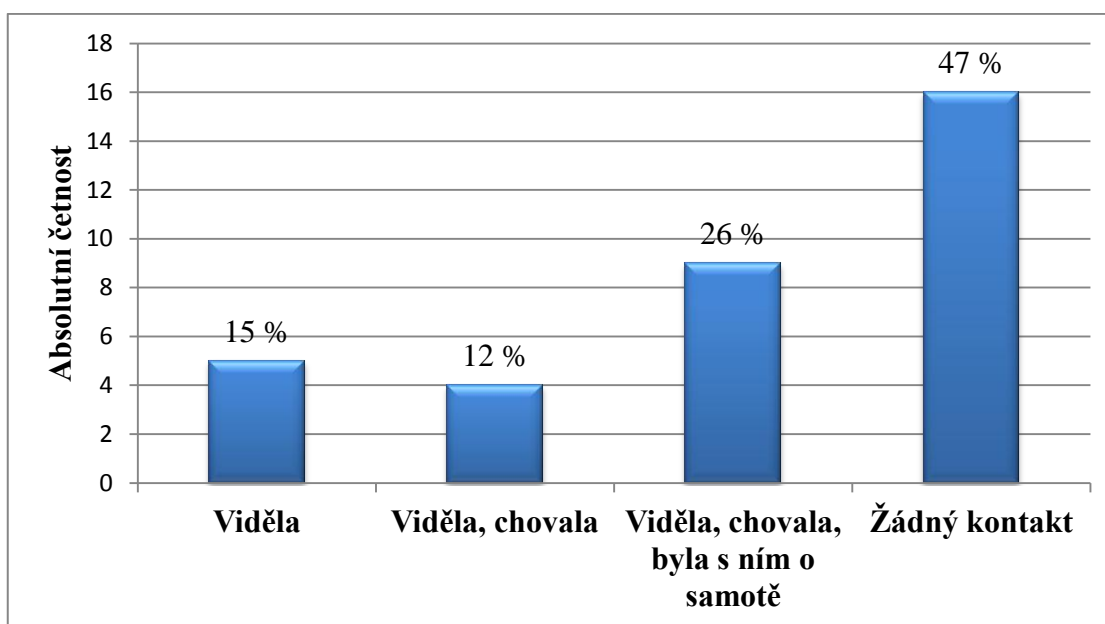
Obrázek 9 Pocity v souvislosti s nevlastněním upomínky

Ženy, které nevlastní žádnou upomínku, měly k dispozici dvě varianty odpovědi. Většina respondentek, tj. 59 % (10), lituje, že žádnou upomínku nevlastní, zatímco zbylým 41 procentům představujícím 7 žen tohoto výzkumu upomínka neschází.

Otázka č. 12

Byla jste se svým miminkem po porodu v kontaktu?

- a) Ano, viděla jsem je.
- b) Ano, viděla jsem je i chovala.
- c) Ano, miminko jsem viděla, chovala a byla jsem s ním chvíli o samotě.
- d) Ne, miminko jsem ani neviděla.



Obrázek 10 Způsob kontaktu

Odpovědi na tuto otázku rozdělily respondentky našeho výzkumu do dvou základních skupin. První skupina žen, která početně mírně převažuje, učinila nějakou formu kontaktu s dítětem (dítě viděla, chovala, byla s ním chvíli o samotě). V kontaktu s dítětem bylo po porodu 53 % (18) respondentek našeho výzkumu. Druhá skupina čítající 16 žen, tj. 47 % z výzkumného souboru, po porodu s dítětem nebyla žádným způsobem v kontaktu, a tak dítě ani neviděla.

Nyní se budeme zabývat první skupinou žen a formou kontaktu s dítětem, která byla učiněna. Příležitosti své dítě po porodu vidět využilo 15 % (5) respondentek. Další 4 respondentky, představující 12 % výzkumného souboru, své dítě po porodu viděly i chovaly. Kompletní forma kontaktu (dítě vidět, chovat, strávit s ním chvíli o samotě) je v našem výzkumu popisována ženami nejčastěji, a to v 9 případech (26 %). Pro popis této otázky byl vytvořen výše umístěný sloupcový graf (Obr. 10) s uvedeným absolutním i relativním zastoupením jednotlivých odpovědí.

Otázka č. 13

S miminkem jsem byla v kontaktu, protože...

- a) Sama jsem o to požádala.
- b) Bylo mi to personálem nabídnuto nebo doporučeno.
- c) Cítila jsem tlak personálu, abych tak učinila.
- d) Ovlivnila mě přítomná blízká osoba.
- e) Jiné: _____

Tabulka 4 Důvod učinění kontaktu

Varianty odpovědí	n_i	$f_i(\%)$
Sama požádala	11	61%
Nabídnuto nebo doporučeno personálem	5	28%
Rozhodnutí pod tlakem personálu	1	6%
Ovlivnění blízkou osobou	1	6%
Celkem odpovědí	18	100%

Tato otázka se zaměřuje na zjištění důvodu kontaktu s dítětem, tj. z čí iniciativy byl kontakt s dítětem proveden. Na tuto dotazníkovou položku odpovídalo 18 (53 %) respondentek, které v předchozí otázce označily jednu z odpovědí vyjadřující skutečnost vykonaného kontaktu s dítětem po porodu.

Pro odpověď na tuto otázku mohly respondentky zvolit jednu z pěti variant odpovědi včetně možnosti doplnění vlastní varianty, které ale žádná z žen nevyužila. V našem výzkumu převažuje jako důvod kontaktu vlastní iniciativa ženy, kterou popisuje 11 (61 %) respondentek. Tyto ženy si byly jisté, že své dítě chtějí vidět a personál při rozhodnutí nehrál žádnou roli. Druhým nejčastěji zastoupeným důvodem je nabídka či doporučení učinění kontaktu personálem, který se týkal 5 žen našeho výzkumu (28 %). Shodně po jednom případě (tedy šesti procentech) byl kontakt učiněn na základě pocitu tlaku ze strany personálu, nebo rozhodnutí ovlivnila přítomná blízká osoba. Zastoupení jednotlivých variant odpovědi je lépe patrné ve výše umístěné tabulce (Tab. 4).

Otázka č. 14

S miminkem jsem nebyla v kontaktu, protože... (Možno více odpovědí)

- a) Nechtěla jsem.
- b) Bylo mi to personálem nabídnuto, ale neměla jsem odvahu.
- c) Nebylo mi to personálem nabídnuto nebo doporučeno.
- d) Cítila jsem tlak personálu, abych tak nečinila.
- e) Ovlivnila mě přítomná blízká osoba.
- f) Jiné: _____

Tabulka 5 Důvod neučinění kontaktu

Varianty odpovědí	n_i	$f_i(\%)$
Nechtěla	4	25%
Bylo nabídnuto, ale neměla odvahu	4	25%
Nebylo nabídnuto, doporučeno	5	31%
Rozhodnutí pod tlakem personálu	2	13%
Ovlivnění blízkou osobou	2	13%
Jiné	4	25%
Počet odpovídajících	16	

Stejně jako u předchozí otázky na tuto dotazníkovou položku odpovídala jen část respondentek. V tomto případě se jednalo o 16 respondentek, které v kontaktu s dítětem po porodu nebyly, tj. dítě ani neviděly. Opět nás zajímá stejná skutečnost jako u předchozí otázky, tedy zda a případně jakým způsobem bylo ovlivněno rozhodnutí ženy své dítě ani nevidět. Absolutní i relativní zastoupení jednotlivých odpovědí na tuto otázku je shrnuto ve výše uvedené tabulce (Tab. 5).

Respondentky měly na výběr ze šesti variant odpovědí včetně doplnění vlastního vyjádření v případě, že by žádná z variant plně neodpovídala prožité zkušenosti. Této možnosti využily 4 respondentky a jejich odpovědi rozebereme níže. V této otázce bylo možno zvolit zároveň více variant odpovědi, čehož využily 3 respondentky.

Nejvíce, tj. 31 %, respondentek považuje za příčinu toho, že kontakt s dítětem nebyl proveden, skutečnost, že jim tato možnost nebyla nabídnuta či doporučena personálem. Shodně po čtyřech případech (25 %) byly zastoupeny odpovědi „Nechtěla jsem.“ nebo „Bylo mi to personálem nabídnuto, ale neměla jsem odvahu.“. Nejméně často rozhodnutí o neučinění kontaktu ovlivnila přítomná blízká osoba či personál, který provedení kontaktu nebyl nakloněn. Tyto dvě varianty byly zastoupeny shodně po dvou případech, tj. 13 %.

Nyní se vrátíme k možnosti odpovědi „Jiné“, tedy odpovědím vlastními slovy čtyř (25 %) respondentek. Všechny odpovědi mají společné to, že smrt dítěte byla vnímána jako obrovský šok, ve kterém ženy nebyly schopné uvažovat, nenapadlo je, že by mohly či měly své dítě chtít vidět, byly příliš rozrušené. Ve dvou z těchto případů se navíc jednalo o porod císařským řezem, takže zde byla možnost kontaktu s dítětem ještě omezena nepříznivým fyzickým stavem ženy.

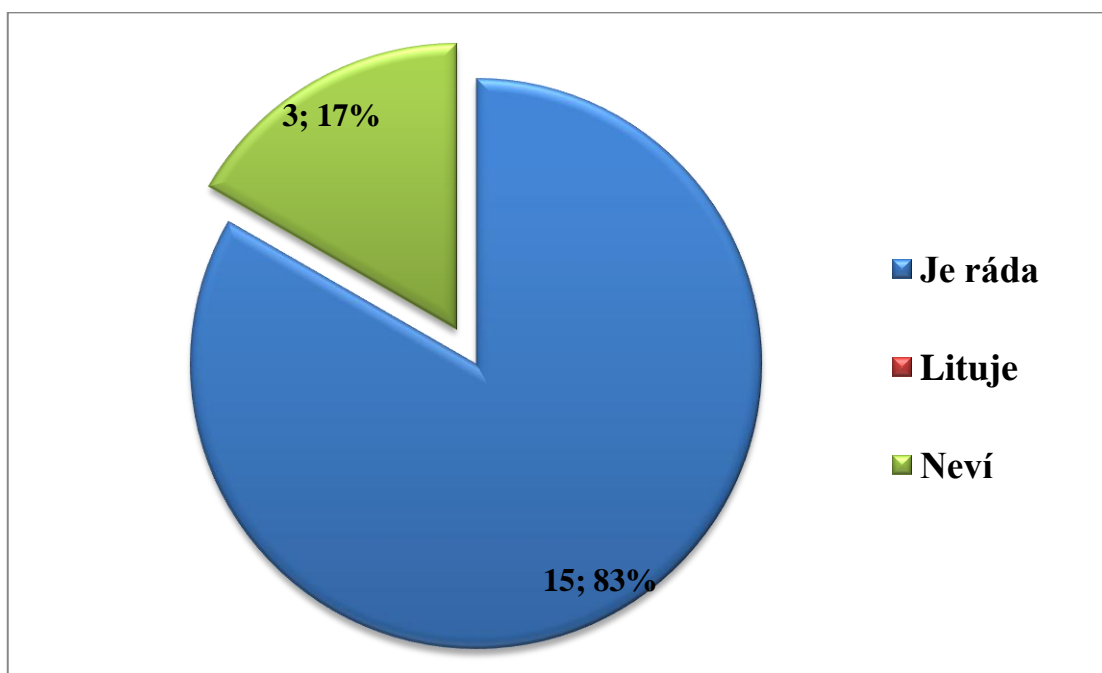
Otázka č. 15

S miminkem jsem byla/nebyla v kontaktu a...

- a) Jsem ráda.
- b) Lituji toho.
- c) Nejsem si jistá, zda to bylo správné či ne.

Na tuto otázku odpovídaly všechny respondentky. Na výsledcích je opět patrné, jak velmi záleží na individualitě ženy. Každá žena je jedinečná stejně jako její reakce a pocity týkající se učiněného či neučiněného kontaktu s dítětem.

Patnáctá dotazníková položka se zaměřuje na pocity, které ženy nyní cítí ve vztahu k učiněnému či neučiněnému kontaktu. Pro lepší přehlednost zastoupení jednotlivých variant odpovědí jsou vypracovány dva grafy. Koláčový graf (Obr. 11) pro vyjádření pocitů žen, které kontakt s dítětem učinily, a další graf (Obr. 12) pro ženy, které své dítě po porodu ani neviděly.



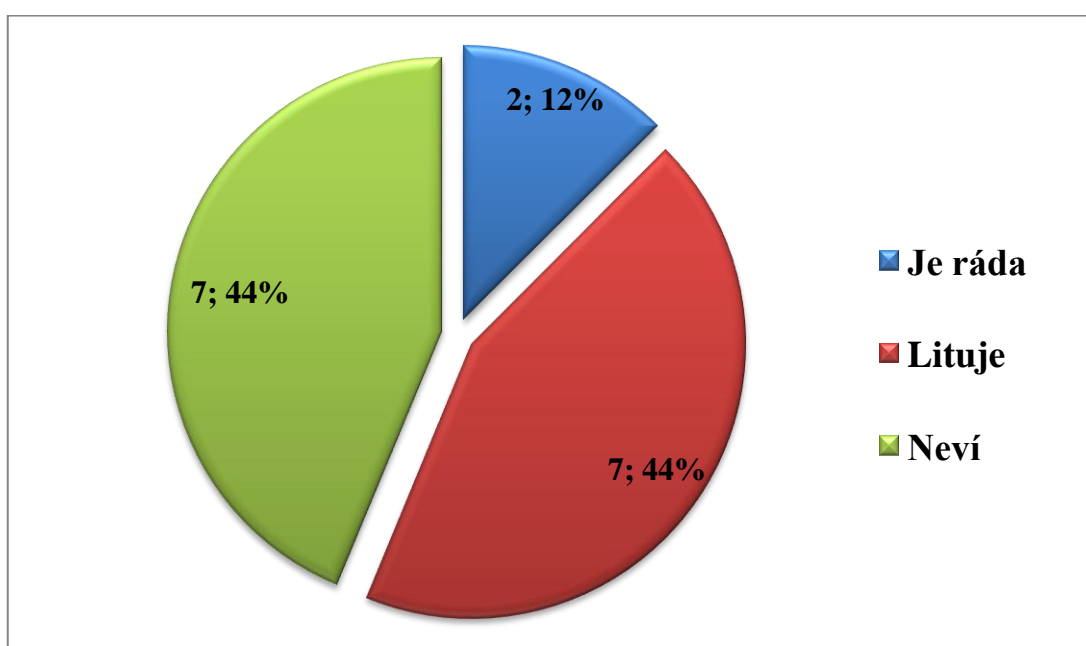
Obrázek 11 Pocity v souvislosti s učiněním kontaktu

Výše uvedený graf popisuje pocity 18 žen, které byly se svým dítětem nějakým způsobem v kontaktu, a rozděluje je do dvou skupin. První skupinou jsou ženy, které zpětně popisují spokojenost s učiněním kontaktu, tj. se skutečností, že své dítě přinejmenším viděly. Tato

skupina se svými 83 %, tj. 15 případy, výrazně převyšuje druhou skupinu tvořenou ženami, které si nejsou jisté, zda bylo učinění kontaktu správným rozhodnutím či ne.

Nejistotu ohledně správnosti rozhodnutí popisují 3 respondentky (17 %). Žádná z respondentek neuvádí, že by učiněného kontaktu s dítětem zpětně litovala.

Toto zjištění je velmi přínosné, protože vyjadřuje skutečnost, že pokud se žena již rozhodla kontakt provést a realizovala ho, přinejmenším této skutečnosti nelituje a je buď ráda, že má nějaké vzpomínky a měla příležitost rozloučit se s dítětem osobně, nebo si pouze není jistá o správnosti svého rozhodnutí.



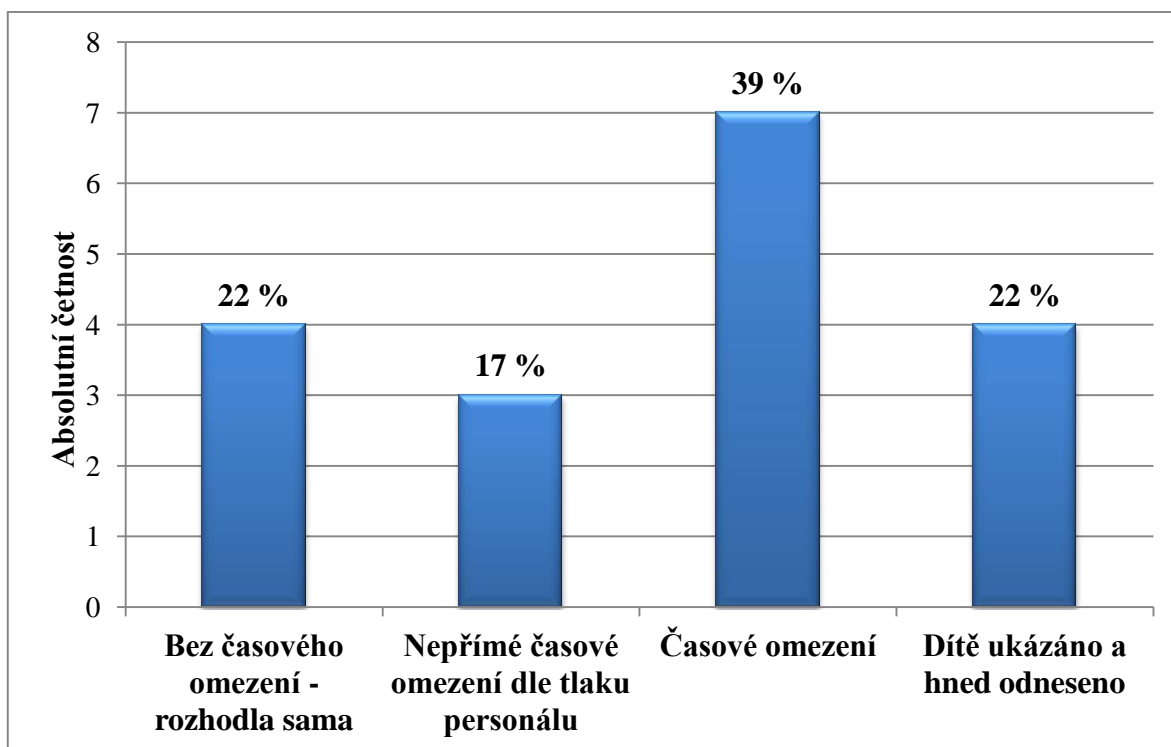
Obrázek 12 Pocity v souvislosti s neučiněním kontaktu

Nyní se dostáváme k druhému koláčovému grafu určenému pro přehlednější popis pocitů žen, které své dítě po porodu ani neviděly. Z odpovědí na tuto otázku byly zastoupeny všechny tři varianty, přičemž rovnocenného výsledku bylo dosaženo u varianty „Lituji toho.“ a „Nejsem si jistá, zda to bylo správné či ne.“, které byly zvoleny shodně 7 respondentkami, tj. 44 %. Pouze dvě ženy (12 %) z výzkumného souboru jsou zpětně za své rozhodnutí neučinit s dítětem žádný kontakt rády.

Otázka č. 16

Pokud jste s miminkem v kontaktu byla, vnímala jste nějaké časové omezení při rozloučení s ním?

- a) Ne, o ukončení kontaktu a předání miminka personálu jsem mohla rozhodnout sama.
- b) Přímé časové omezení nebylo, ale cítila jsem určitý tlak ze strany personálu, abych jim miminko co nejdříve předala.
- c) Ano, na rozloučení jsem měla pouze omezené množství času.
- d) Miminko mi pouze ukázali a hned zase odnesli.
- e) Jiné: _____



Obrázek 13 Časové omezení kontaktu s dítětem

Otázka se zaměřuje na časové omezení v kontaktu s dítětem po porodu. Potřeba času na rozloučení se s dítětem je značně variabilní a do velké míry záleží na individualitě ženy/páru. V některých případech není žádoucí žádný kontakt, někdy stačí pouhý pohled, jindy rodiče potřebují se svým dítětem strávit hodinu, dvě nebo i více.

Na tuto otázku pochopitelně odpovídaly pouze respondentky, které v kontaktu s dítětem po porodu byly, tj. v našem případě odpověď volilo 18 žen. Pro větší přehlednost je použit sloupcový graf (Obr. 13) znázorňující absolutní i relativní zastoupení jednotlivých odpovědí.

Na výběr měly respondentky z pěti možností odpovědi na tuto otázku, přičemž doplnění vlastní odpovědi prostřednictvím možnosti „Jiné“ nevyužila žádná z respondentek. Nejčastěji, tj. v 7 případech (39 %), bylo ženami popisováno přímé časové omezení v kontaktu s dítětem. Shodně po 22 %, tj. 4 případech, byla volena odpověď „Ne o ukončení kontaktu a předání miminka personálu jsem mohla rozhodnout sama“, kdy nebylo vnímáno žádné časové omezení, a „Miminko mi pouze ukázali a hned zase odnesli.“, kdy byl kontakt omezen pouze na chvilkový pohled na dítě.

Nepřímé časové omezení a pocit tlaku ze strany personálu na ukončení kontaktu s dítětem popisují 3 ženy, které se zúčastnily tohoto výzkumu (17 %).

Otázka č. 17

Sdělil Vám personál porodní hmotnost, délku a pohlaví Vašeho dítěte?

- a) Ne, žádný z těchto údajů mi sdělen nebyl.
- b) Zním pouze pohlaví miminka z ultrazvuků v těhotenství.
- c) Zním pouze pohlaví miminka – po porodu mi ho sdělil personál.
- d) Ano, personál mi sdělil údaje o pohlaví i porodní hmotnosti/délce miminka.
- e) Jiné: _____

Tabulka 6 Poskytnutí údajů o pohlaví, hmotnosti a délce dítěte

Varianty odpovědi	n_i	$f_i(\%)$
Žádný z údajů	3	9%
Pohlaví z ultrazvuků v těhotenství	7	21%
Pohlaví sděleno po porodu	3	9%
Pohlaví, hmotnost/délka	16	47%
Jiné	5	15%
Celkem odpovědí	34	100%

Otázka číslo 17 se zaměřuje na poskytnutí informací o pohlaví a mírách dítěte personálem zdravotnického zařízení. Pohlaví a míry dítěte jsou dalšími z údajů, které ženě i širší rodině pomáhají vnímat dítě jako skutečné, jedinečné a významné. Poskytnutí těchto informací je většinou žen vnímáno jako žádoucí, existují ale i případy, kdy žena o informace nemá zájem a jejich poskytnutí vnímá negativně. Údaje o zastoupení jednotlivých variant odpovědí na tuto otázku jsou zpracovány do podoby tabulky (Tab. 6).

Na výběr měly respondenty z pěti variant včetně možnosti doplnit odpověď vlastními slovy, čehož využilo 5 respondentek (15 %). Nejčastěji bylo respondentkami doplňováno vyjádření, že údaje o pohlaví, porodní hmotnosti a délce nebyly personálem poskytnuty, ale dozvěděly se je následně z pitevní zprávy. Takto údaje zjistily 4 respondenty- Poslední z respondentek,

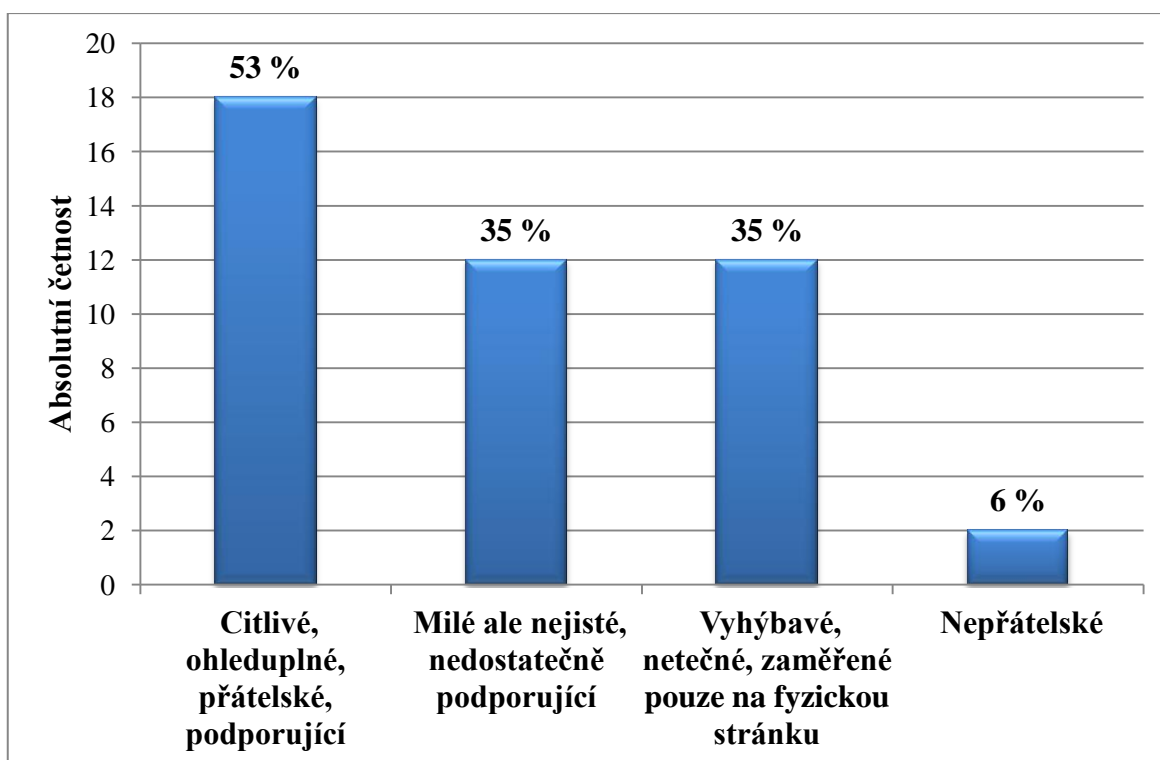
která zvolila taktéž možnost doplnění vlastní odpovědi, uvádí, že se jí po porodu přišla porodní asistentka pouze zeptat, zda zná pohlaví dítěte.

Kompletní informace o porodní míře, hmotnosti a pohlaví dítěte byly poskytnuty 16 ženám (47 %) se zkušeností porodu mrtvého plodu. Dalším 3 ženám (9 %) bylo po porodu sděleno pouze pohlaví dítěte a sedm (21 %) žen uvedlo také pouze znalost pohlaví, ale v tomto případě měly informaci o pohlaví z ultrazvuků prováděných v průběhu těhotenství. Zbylým 9 % respondentek (3) nebyl sdělen žádný z údajů, na které se v této otázce dotazujeme.

Otázka č. 18

Jak jste vnímala chování personálu? (Možno více odpovědí)

- a) Citlivé, ohleduplné, přátelské, podporující
- b) Milé ale nejisté, nedostatečně podporující
- c) Vyhýbavé, netečné, zaměřené pouze na fyzickou stránku
- d) Nepřátelské
- e) Jiné: _____



Obrázek 14 Chování personálu

V této otázce bylo možné uvést více odpovědí, čehož respondentky často využívaly. V mnoha případech se k otázce dále vyjadřovaly také v závěru dotazníku (v prostoru pro vlastní připomínky). Z toho lze soudit, že pro ženy byla otázka velmi významná a chtěly se podělit o vlastní zkušenosti s chováním personálu zdravotnického zařízení.

Typicky je uváděn velký rozpor mezi chováním jednotlivých členů personálu, což je pochopitelné. Každý člověk, zdravotnický personál nevyjímaje, zvládá extrémně náročnou a stresovou situaci, kterou porod mrtvého plodu je, jiným způsobem a jeho chování může být ovlivněno zapojením obranných mechanismů.

Respondentky často oceňovaly vnímavé a podporující chování porodních asistentek a lékařů, někdy se ale naopak setkaly s nelidským přístupem a necitelností některých zdravotníků.

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce respondentek vnímalo chování alespoň části zdravotnického personálu jako citlivé, ohleduplné, přátelské, podporující. Tuto variantu zvolilo 53 % (18) respondentek, což je velmi pozitivní.

Další dvě odpovědi: „Milé ale nejisté, nedostatečně podporující“ a „Vyhýbavé, netečné, zaměřené pouze na fyzickou stránku“ byly zaznamenány shodně 12 respondentkami, tj. po 35 %. Pouze dvě respondenty (6 %) vnímaly chování některých členů zdravotnického personálu jako nepřátelské.

Pro lepší přehlednost jsou odpovědi zpracovány také ve výše uvedeném sloupcovém grafu (Obr. 14).

8 Diskuse

Porod mrtvého plodu je pro ženu a její nejbližší nesmírně bolestnou, stresující a náročnou zkušeností. Velký význam pro následné vyrovnání se se ztrátou má uskutečnění rozloučení s dítětem, a to zejména prostřednictvím fyzického kontaktu s ním. Také vlastnění upomínek na dítě může pozitivně ovlivnit zpracování ztráty. U této problematiky se obzvláště projevuje individualita ženy a variabilita mechanismů zvládání krizových situací. Je velmi důležité poskytnout ženě dostatečný prostor pro volbu způsobu rozloučení s dítětem a nabídnout možnost pořízení upomínek. Velmi významná je role doprovázejících zdravotníků.

Pro tento výzkum se povedlo získat pouze 34 vhodných respondentek, které byly ochotny zúčastnit se výzkumu na toto téma. Protože ve výzkumném šetření pracujeme s málo početným výzkumným souborem, nelze závěry vyvozené na základě tohoto šetření považovat za zcela objektivní a platné pro větší část populace. Výsledky výzkumu se vztahují a jsou platné pouze pro výzkumný soubor. V rámci diskuze budou prostřednictvím výsledků výzkumného šetření shrnuty stanovené výzkumné otázky a následně námi zjištěné výsledky porovnávané s výsledky dalších výzkumných šetření.

Výzkumná otázka č. 1:

Jaká je zkušenost žen s rozloučením s dítětem při porodu mrtvého plodu?

Využívají ženy možnosti rozloučení s dítětem na porodním sále? Jakou formou kontaktu rozloučení probíhá? Jsou ženy následně spokojeny, že kontakt s mrtvorozeným dítětem učinily či neučinily? Tyto otázky shrnuje první ze stanovených výzkumných otázek.

Odpověď na tuto výzkumnou otázku zjišťujeme pomocí položek č. 12, 15 a 16 v dotazníkovém šetření. Nejdříve se v položce č. 12 respondentek dotazujeme, zda s dítětem byly po porodu v kontaktu. Následně v položce č. 15 zkoumáme jejich pocity ohledně učiněného či neučiněného kontaktu a nakonec se v položce číslo 16 zaměřujeme na skutečnost, zda ženy vnímaly nějaké časové omezení při kontaktu s dítětem.

Z našeho výzkumného vzorku čítajícího 34 žen po porodu mrtvého plodu nebylo se svým dítětem po porodu v kontaktu 47 % žen, přičemž 44 % z nich této skutečnosti lituje. Dalších 44 % tvoří ženy, které pociťují určitou nejistotu o správnosti svého rozhodnutí dítě nevidět. Pouze zbylých 12 % žen je se svým rozhodnutím o neučinění kontaktu s dítětem spokojeno.

Nějakou formu kontaktu s dítětem (dítě vidět, chovat, být s ním chvíli o samotě) učinilo 53 % žen. Za tuto příležitost je rádo 83 % z nich a 17 % si o správnosti rozhodnutí není jistých.

Pouze 22 % žen nevnímalo při rozloučení s dítětem žádné časové omezení ze strany personálu zdravotnického zařízení. O ukončení kontaktu tyto ženy rozhodly samy. Dalším 22 % žen bylo dítě pouze ukázáno a hned zase odneseno. Přímé časové omezení zaznamenalo 39 % žen a dalších 17 % žen zmiňuje nepřímé časové omezení na základě tlaku ze strany personálu na časné ukončení kontaktu a předání dítěte.

Podobné tématice se věnoval v České republice výzkum v podobě dotazníkového šetření, který proběhl v letech 2011 až 2012 (Ratislavová, Beran, Kašová; 2012, s. 506, 507). Výzkumný vzorek byl tvořen 83 ženami po perinatální ztrátě, z čehož 63 žen prožilo porod mrtvého plodu a 20 časné novorozenecké úmrtí. Do výzkumu byly zařazeny ženy, které prožily ztrátu v časovém rozmezí od roku 2007 do roku 2012. Z 63 žen se zkušeností porodu mrtvého plodu své mrtvorozené dítě nevidělo celých 67 %. Dítě pouze vidělo 11 % žen a možnosti své dítě vidět i pochovat v náručí využilo 22 % žen. Všechny ženy, které kontakt s dítětem učinily, tohoto rozhodnutí nelitují, naopak jsou za ně rády. 69 % žen, které v kontaktu s dítětem nebyly, toho nyní lituje.

Výsledky obou výzkumů se tedy poněkud liší. Příčinou může být z části rozdílný rozsah výzkumného vzorku, který byl v případě našeho výzkumu téměř o polovinu menší. Dále mohou být výsledky ovlivněny také časovým zařazením prožití porodu mrtvého plodu. Zatímco našeho výzkumu se zúčastnily ženy, které prožily ztrátu v letech 2001 až 2015 s převahou žen se zkušeností ztráty z konce tohoto časového rozmezí, druhého výzkumu se zúčastnily ženy se zkušeností ztráty v letech 2007 až 2012. V posledních letech je problematika perinatální ztráty a poskytování psychosociálních intervencí při porodu mrtvého plodu nebo při časném novorozeneckém úmrtí více diskutována a mění se tak i přístup zdravotnického personálu. Z toho důvodu je možné, že je kontakt s dítětem prováděn častěji. Z porovnání obou výzkumů je zároveň patrné, že mírně narůstá nejistota žen o správnosti rozhodnutí o učiněném či neučiněném kontaktu.

Výsledky našeho výzkumu můžeme porovnat ještě s jedním výzkumem provedeným v zahraničí prostřednictvím elektronického dotazníku ve spolupráci se svépomocnými skupinami z USA, Kanady, Velké Británie a Austrálie (Cacciatore a kol., 2008, s. 313-320). Z výsledků tohoto výzkumu vyplývá, že 90 % žen své mrtvorozené dítě po porodu vidělo i chovalo, dalších 5 % dítě pouze vidělo a jen zbývajících 5 % své dítě ani nevidělo. Oproti

našemu výzkumu, je zde popisována téměř stoprocentní (99,5%) spokojenost žen s učiněním kontaktu s dítětem. Naopak neúčinného kontaktu v tomto výzkumu lituje 78,6 % žen, které své dítě ani neviděly (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 507-508)

Výzkumná otázka č. 2:

Jakou mají ženy zkušenost s vlastněním upomínek na své dítě?

Druhá výzkumná otázka v sobě shrnuje problematiku pořizování upomínek na mrtvorozené dítě. Této výzkumné otázce se týkají položky č. 8 a 11 v dotazníkovém šetření. V první z položek (položka č. 8) se dotazujeme, zda respondentka vlastní nějakou upomínku a případně zjišťujeme její druh. Pomocí jedenácté dotazníkové položky získáváme informace o pocitech, které respondentka pociťuje ve vztahu k vlastnění či nevlastnění upomínky.

Z výzkumného souboru našeho výzkumu nevlastní žádnou upomínku 50 % žen, přičemž 59 % z nich této skutečnosti lituje a 41 procentům upomínka na mrtvorozené dítě neschází. Druhá polovina respondentek vlastní nějakou formu upomínky. Za tuto skutečnost je rádo 82 % žen a pouze pro 18 % je pořízená upomínka příliš bolestná. Nejméně často má pořízená upomínka formu fotografie (18 %), častěji jsou vlastněny záznamy z průběhu těhotenství (32 %). Nejčastější formou upomínky, kterou udalo 44 % žen, jsou vzpomínkové karty, otisky nožek či ruček, pramínek vlásků apod.

Pokud budeme výsledky našeho výzkumu porovnávat znovu s výše zmíněným výzkumem (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 506 až 507), nacházíme zde jako u předchozí výzkumné otázky jisté odlišnosti. Oproti 50 % žen z našeho výzkumu, má u výzkumu, se kterým porovnáваме, upomínku na své dítě pouze 17,5 % žen po porodu mrtvého plodu. U zmíněného výzkumu ženy také častěji litují absence jakékoli formy upomínky (77 % oproti našim 59 procentům). V případě vlastnění upomínky byla zmíněným výzkumem zaznamenána 100% spokojenost s tímto stavem, naproti tomu v našem výzkumném vzorku se našly i ženy, pro které je vlastněná upomínka příliš bolestná. Příčinou neshod je opět pravděpodobně nižší rozsah našeho výzkumného vzorku a určitý vývoj v poskytování psychosociálních intervencí a přístupu k perinatální ztrátě v průběhu let.

Výzkumná otázka č. 3:

Jakým způsobem bylo rozhodnuto o pořízení upomínek na dítě?

U třetí výzkumné otázky se zaměřujeme na iniciativu pořízení upomínek. Pro zodpovězení této výzkumné otázky byly využity dotazníkové položky č. 9 a 10. První ze zmíněných

položek je zaměřena na respondentky vlastníci upomínku a dotazujeme se v ní na důvod jejího pořízení. Desátá dotazníková položka se týká pouze respondentek, které nevlastní žádnou upomínku, a dotazujeme se v ní na příčiny tohoto stavu.

Jako nejčastější příčinu absence upomínky na své mrtvorozené dítě, která byla zaznamenána ve 47 % případů, uvedly respondentky našeho výzkumu fakt, že jim tato možnost nebyla personálem nabídnuta a je samotné to v dané situaci nenapadlo. Překvapivě často (ve 23 % případů) bylo ženám pořízení upomínky nabídnuto, ale ony upomínku odmítly. Upomínku nemělo možnost pořídit 12 % žen.

V případě žen vlastníci upomínku je rozvržení příčin více rovnoměrné. Nejčastěji bylo pořízení upomínky nabídnuto personálem - tato varianta se týká 35 % žen. Dalších 29 % žen si pořídilo upomínku nezávisle na nabídce personálu a 24 % požádalo o pořízení upomínky personál, který jim jejich přání splnil. U zbývajících 12 % případů byla upomínka primárně pořízena personálem a ženy si ji ve zdravotnickém zařízení vyzvedly až později.

V porovnání s předchozím výzkumem v ČR (Ratislavová, Beran, Kašová 2012, s. 506, 507) byly u respondentek našeho výzkumu prováděny psychosociální intervence v podobě nabídky pořízení upomínek častěji. Z výsledků zmiňovaného výzkumu vyplývá, že si upomínky pořizovaly nejčastěji ženy samy (64 %). Po porodu mrtvého plodu nemá žádnou upomínku 82,5 % žen, protože 94 % z nich nebylo pořízení upomínky zdravotnickým personálem nabídnuto. Ženy celkově cítily od zdravotnického personálu méně podpory, než zjišťujeme naším výzkumem my.

Výsledky našeho výzkumu poukazují opět na pozitivní vývoj v přístupu k porodu mrtvého plodu a poskytování psychosociálních intervencí. Je třeba ale také upozornit na skutečnost, že některé ženy vnímaly upomínku bolestně. Je proto nutné volit citlivý a individuální přístup k ženě či páru. Pořízení upomínek by mělo být opakovaně nabízeno, ale konečné rozhodnutí ženy musí být respektováno a podporováno. V případě upomínek může být vhodným řešením pořízení upomínky a její založení do zdravotnické dokumentace ženy pro možnost pozdějšího vyzvednutí.

Výzkumná otázka č. 4:

Jakým způsobem bylo rozhodnuto o kontaktu s dítětem?

Na zodpovězení výzkumné otázky sledující faktory ovlivňující rozhodnutí o kontaktu s dítětem byly použity položky č. 13 a 14 dotazníkového šetření. Položka číslo třináct je

určena respondentkám, které po porodu byly s dítětem v kontaktu a učinily tedy nějakou z forem rozloučení s dítětem. V položce číslo 14 naopak volí odpověď pouze respondentky, které v kontaktu s dítětem nebyly. U obou skupin zjišťujeme, zda a případně jakým způsobem bylo ovlivněno rozhodnutí o provedení či neprovedení kontaktu s dítětem.

Z 18 respondentek, které učinily nějakou z forem kontaktu s dítětem, jich o to 61 % samo požádalo. Personálem byla tato možnost nabídnuta či doporučena ve 28 % případů. Kontakt pod tlakem personálu vykonalo 6 % žen a stejné množství v rozhodnutí ovlivnila přítomná blízká osoba. Naproti tomu u 16 respondentek našeho výzkumu, které své mrtvorozené dítě ani neviděly, byla nejčastěji (ve 31 % případů) jako příčina uváděna skutečnost, že jim možnost kontaktu nebyla personálem nabídnuta či doporučena. Na základě svého vlastního rozhodnutí kontakt neučinilo 25 % žen a dalším 25 % byla možnost dítě vidět nabídnuta, ale neměly k tomu dostatek odvahy. Ve 13 procentech případů bylo rozhodnutí učiněno pod tlakem personálu, který kontaktu nebyl nakloněn, a dalších 13 % ovlivnila v rozhodování přítomná blízká osoba.

U této výzkumné otázky jsou výsledky našeho výzkumu porovnatelné s výsledky dříve provedeného výzkumu v České republice (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 506, 507), v němž iniciativa ke kontaktu s dítětem vycházela také nejčastěji (v 76 % případů) z vlastního přání ženy. Obdobně jako u našeho výzkumu byla hlavní příčinou absence kontaktu s dítětem skutečnost, že jim tato možnost nebyla personálem nabídnuta (53 %, náš výzkum 31 %). Podobné výsledky byly zjištěny i v případě nedoporučení kontaktu personálem, kdy tuto variantu zvolilo jako příčinu 8 % žen ze zmíněného výzkumu oproti 13 % žen z našeho výzkumu. Oproti našemu výzkumu byla méně často vnímána podpora a iniciativa ze strany personálu.

K nabídce rozloučení žen s dítětem se vyjadřuje také výzkum provedený v roce 2013 (Černá, 2013, s. 43-45). Tento kvalitativní výzkum probíhal prostřednictvím rozhovorů s osmi porodními asistentkami z pěti různých zdravotnických zařízení České republiky s cílem porovnat ošetrovatelskou péči o ženy při porodu mrtvého plodu. Z výzkumu vyplývá, že pouze v jednom ze zkoumaných zdravotnických zařízení, je možnost kontaktu s dítětem aktivně porodními asistentkami nabízena. V ostatních zdravotnických zařízeních není možnost rozloučení aktivně nabízena, ale na základě vlastní žádosti se ženě kontakt s dítětem obvykle umožní. Zarážející je výsledek z jednoho zdravotnického zařízení, kde kontakt

s dítětem není umožněn ani na žádost ženy své dítě vidět, jak popisuje jedna z respondentek tohoto výzkumu.

Výzkumná otázka č. 5:

Jak ženy vnímaly chování personálu a jaké informace jim byly personálem poskytnuty?

Přístup personálu k rodičce, mrtvému plodu a případně blízké doprovázející osobě je velmi podstatný pro průběh celého procesu. Žena si všímá chování personálu k ní a zvláště k dítěti. Jakákoliv nevhodně zvolená věta ji může ranit, jakékoliv nevhodné chování může způsobit její uzavření se do sebe nebo naopak prudké projevy emocí. Postoj ženy k rozloučení s dítětem může být do velké míry ovlivněn právě názorem personálu na adekvátnost a vhodnost fyzického kontaktu s mrtvým plodem, který je vědomě či nevědomě na ženu přenášen.

K této výzkumné otázce se váží položky č. 7, č. 17 a č. 18 v dotazníkovém šetření. V otázce číslo 7 jsme zjišťovali, o jaké či jakých ze sedmi základních oblastí byly ženám poskytnuty srozumitelné informace. Otázka číslo 17 se následně zajímá o poskytování informací o porodních mírách a pohlaví plodu. Poslední z otázek (otázka č. 18) se zaměřuje na chování zdravotnického personálu tak, jak bylo vnímáno rodičkou (popř. doprovázející osobou).

Nejdříve tedy k výsledkům položky č. 7. Vzhledem k nutnosti poskytnutí informací o jednotlivých dobách porodních, poskytované péči apod. pro adekvátní spolupráci ženy při porodu, není překvapivé, že největší část respondentek (88 %) se shoduje právě na poskytnutí srozumitelných informací o této problematice. V několika případech se jednalo dokonce o jedinou označenou odpověď u této položky dotazníkového šetření. Druhou nejčastěji konzultovanou problematikou byly informace týkající se výsledků pitvy, dalších vyšetření a případně informace o pravděpodobných příčinách úmrtí plodu, které zaznamenalo 71 % respondentek. Tyto informace byly respondentkami vnímány jako zvláště významné.

Pozitivním výsledkem výzkumu je zjištění, že poměrně často, tj. v 50 % případů, byly personálem podány informace o nabídce možných rituálů (zejména své dítě vidět apod.). Problematiku kontaktu s dítětem je třeba se ženami opakovaně konzultovat již před porodem. Respondentky často uváděly, že nabídka přišla nečekaně a jednorázově. V dané chvíli nebyly některé respondentky schopny o možnostech kontaktu vůbec uvažovat, pokud by jim ale bylo vše citlivě vysvětleno, pravděpodobně by se rozhodly jinak.

Informace o sociálně-právních náležitostech, možnosti pořízení upomínek a nabídce psychologické pomoci byly poskytnuty přibližně ve třetině případů, což je poměrně málo. Vzniká tak určitý prostor pro zlepšení komunikace v těchto oblastech. Vlastnictví upomínek je ve většině případů ženami hodnoceno velmi pozitivně a i zahraniční výzkumy (např. Cacciatore a kol. 2008) prokazují dlouhodobý přínos upomínek pro následné vyrovnávání se se ztrátou v podobě větší spokojenosti a signifikantně nižší úzkosti. Alespoň zmínění možnosti pořízení upomínek je proto vhodné. Stejně tak nabídka psychologické pomoci by měla být samozřejmostí.

Jak bylo očekáváno, na podání informací o procesu truchlení se často zapomíná. Pouze 18 % respondentek uvedlo podání informací z této oblasti. Některé respondentky uváděly do připomínek, že jim informace na toto téma velmi chyběly: „Připadala jsem si jako blázen, nevěděla jsem, že je normální se cítit takhle strašně a že to jednou přejde.“

V poskytování informací ze zmíněných sedmi oblastí je patrný určitý časový vývoj. Zatímco respondentky, které porod prožily v letech 2001 až 2009, uvedly sdělení informací v průměru ze dvou ze zmíněných oblastí (nejčastěji informace o průběhu porodu, výsledcích pitvy), s respondentkami, které rodily později (2010 až 2015), byly konzultovány průměrně 4 informační oblasti a 3 respondentky dokonce uvádějí přijetí informací ze všech ze zmíněných oblastí. Z tohoto porovnání můžeme soudit, že dochází k postupnému zlepšení komunikace a následné informovanosti. Příčinou může být větší diskutovanou této problematiky mezi odbornou společností a tím nárůst znalostí personálu o psychosociálních intervencích při porodu mrtvého plodu.

Z dotazníkové položky č. 17 jsme se dozvěděly o frekvenci poskytování informací z další oblasti, a to o porodních mírách a pohlaví dítěte. Ve 47 % případů se ženy po porodu dozvěděly jak informace o pohlaví plodu, tak o jeho porodní hmotnosti a délce. Kompletní informace na toto téma jsou tedy předávány personálem poměrně často. Někdy jsou údaje součástí upomínkové karty či vzpomínkového balíčku. Naopak 29 procentům žen nebyla personálem po porodu poskytnuta ani jedna z informací, na které se dotazujeme v této položce, přičemž některé z těchto respondentek dále po údajích pátraly a nakonec je zjistily z pitevní zprávy (4 respondentky). Některé respondentky uvádějí pouze znalost pohlaví dítěte, a to buď na základě ultrazvuků z těhotenství (24 %), nebo jim byla tato informace sdělena personálem po porodu (9 %). I u této položky dotazníkového šetření je patrný obdobný časový vývoj jako u předchozí rozebírané otázky. Žádné nebo nekompletní informace mají

převážně ženy, které ztrátu prožily dříve, zatímco v posledních letech jsou častěji podávány kompletní informace na toto téma.

Nyní se dostáváme k zodpovězení části výzkumné otázky zaměřené na chování zdravotnického personálu tak, jak bylo vnímáno rodičkou (a popřípadě přítomnou blízkou osobou). Jak již bylo zmiňováno v části věnované analýze a interpretaci výsledků této dotazníkové položky, respondentky uváděly určitou variabilitu chování jednotlivých členů personálu, se kterými se při porodu setkaly. Velmi záleží na jednotlivcích a jejich přístupu k této tragické události. Přestože je celkový výsledek odpovědí na tuto položku pozitivní a 53 % respondentek hodnotí chování personálu jako citlivé, ohleduplné, přátelské a podporující, některé respondentky mají také zkušenost s nepřátelským chováním části personálu (6 %) nebo se zapojením obranných mechanismů u některých zdravotníků, které se projevilo vyhýbavým a netečným chováním k ženě se zaměřením pouze na fyzickou stránku (35 % respondentek). Ženy si velmi všimaly chování personálu a jejich postoje. Často měly potřebu se o chování personálu dále vyjádřit v připomínkách v dotazníku, z čehož můžeme usoudit, že se jedná o pro ně důležitou problematiku, na kterou chtějí samy upozornit. Velmi byla oceňována citlivá komunikace a nabídka rozloučení či pořízení upomínek, naopak odtažitě a necitlivé chování k dítěti bylo vnímáno negativně.

Problematice chování zdravotnických pracovníků tak, jak bylo vnímáno ženami se zkušeností porodu mrtvého plodu, se částečně věnoval výzkum realizovaný v letech 2009-2010 (Kasparková, Bužgová, 2010, 387-397). Výzkum probíhal kvalitativní metodou a pracoval se sedmi respondentkami s cílem popsat pocity a zkušenosti žen po porodu mrtvého dítěte.

Podobně jako v našem výzkumu je i zde popisována určitá variabilita chování personálu k ženě. Přístup zdravotníků byl ženami popisován jako věcný a komunikace povětšinou jako rozpačitá. Bohužel i zde se některé ženy setkaly s necitlivým přístupem určitých členů personálu. Ženy neměly dostatek informací a často je postrádaly (např. informace o pohřbení dítěte, procesu truchlení apod.).

Nabídka rozloučení s dítětem nebyla se ženami konzultována buďto vůbec, nebo pouze jednou po samotném porodu. V tomto případě přišla ale nabídka nečekaně a v nevhodnou dobu, kdy byly ženy vyčerpané a neschopné adekvátně uvažovat, a proto své dítě v daném momentu odmítly vidět, čehož ale nyní s odstupem času litují. Některé z žen o možnost být se svým dítětem požádaly, v takovém případě jim personál vyhověl.

9 Závěr

Práce byla rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části byly shrnuty aktuální poznatky o problematice porodu mrtvého plodu. Zpočátku jsme se věnovali lékařské problematice tohoto stavu s diagnostikou, příčinami a terapeutickým postupem. Zajímali nás také historický kontext péče o ženu s nitroděložním úmrtím plodu. Nejvíce prostoru bylo věnováno péči porodní asistentky se zaměřením na poskytování psychosociálních intervencí při porodu mrtvého plodu. Teoretický přehled o problematice byl následně doplněn o proces truchlení se specifiky truchlení po ztrátě nenarozeného dítěte a o soudobé poznatky ze sociálně-právní oblasti.

Ve výzkumné části jsme se prostřednictvím výsledků získaných za pomoci dotazníkového šetření snažili zodpovědět výzkumné otázky, které byly stanoveny na základě praktického cíle práce. Výzkum byl zaměřen zejména na problematiku poskytování psychosociálních intervencí při porodu mrtvého plodu a zkušenosti žen s rozloučením s dítětem a vlastněním upomínek na mrtvorozené dítě. Zajímali jsme se také o informace, které byly ženám personálem poskytnuty, a o chování zdravotnického personálu v průběhu péče tak, jak jej ženy vnímaly.

Míra mrtvorozenosti v České republice již několik let kolísá mezi 2 až 3 promile, což představuje přibližně 300 rodičovských párů, které se musí ročně vyrovnat se ztrátou nenarozeného dítěte (Hájek, 2014, s. 434). Tento ukazatel je i přes vysokou úroveň kvality péče poskytované těhotným ženám poměrně stabilní a odborníci připouštějí, že ať budou použity jakékoliv technologie, některé děti budou i tak umírat. Problematika nitroděložního úmrtí plodu a péče o ženu při jeho porodu proto je a bude stále aktuální a je nutné se jí zabývat. Významná je ale nejen péče o biologické potřeby ženy a zajištění rychlé úpravy jejího fyzického stavu. Stejnou a možná i mnohem větší důležitost má péče o ženu v oblasti psychosociální a spirituální - například prostřednictvím poskytování psychosociálních intervencí na porodním sále.

Význam rituálů a pořízení upomínek je již několik let odbornou společností diskutován a i náš výzkum soudobé poznatky potvrzuje. Výsledky našeho výzkumu také poukazují na určitý vývoj v aplikaci psychosociálních intervencí v praxi, což nás informuje o pozitivních důsledcích současného zvýšeného zájmu odborníků o tuto oblast péče.

Pro další vývoj v České republice je třeba zdůraznit nutnost poskytování péče s ohledem na individualitu každé ženy/páru a jejich svobodného informovaného rozhodnutí, aby nedocházelo k automatickému poskytování intervencí bez konzultace se ženou a s nepříznivým vlivem na její psychiku, jak popisují některé zahraniční výzkumy.

Zpracování této problematiky pro mne samotnou mělo velký přínos a věřím, že by tato práce mohla být přínosná i pro čtenáře, kteří se o problematiku zajímají, a naleznou v ní alespoň některé z odpovědí na své otázky týkající se porodu mrtvého plodu.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. BERMAN, M. R. Hledání vhodných slov po narození mrtvého dítěte. *Gynekologie po promoci*. 2009, roč. 9, č. 3, s. 27-30. ISSN 1213-2578.
2. BINDER, T. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie* [online]. 2007, roč. 11, č. 2, s. 61-64 [cit. 2015-09-09]. ISSN 1211-6645. Dostupné z:http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_07_02_03.pdf
3. CACCIATORE, J. a kol. *Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression*. *Birth*, 2008, roč. 35, č. 4, s. 313-320.
4. ČEPICKÝ, P. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 1999, roč. 8, č. 3, s. 88. ISSN 1211-1058.
5. ČERNÁ, L. *Zkušenosti porodní asistentky v péči o ženu při porodu mrtvého plodu* [online]. České Budějovice, 2013-05-06 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: http://theses.cz/id/na0w98/Bakalsk_prce.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
6. ČESKO. Zákon č. 301 ze dne 2. srpna 2000 o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 85. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-301>
7. ČESKO. Zákon č. 187 ze dne 14. března 2006 o nemocenském pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 64. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-187>
8. ČESKO. Zákon č. 262 ze dne 21. dubna 2006, Zákoník práce. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 84. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>
9. ČESKO. Zákon č. 253 ze dne 22. října 2014, kterým se mění zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2014, částka 107. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-253>
10. ČSN ISO 690. *Informace a dokumentace: pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2011. Třídící znak 01 0197.
11. DAVIS, D. L. *Empty Cradle , Broken Heart: Surviving the Death of Your Baby* [online]. Rev. and expanded ed. Golden, Colorado: Fulcrum Publishing, 1996, 268 s [cit. 2016-01-10]. ISBN 1-55591-302-4. Dostupné z <http://www.azrodina.cz/1849-prazdna-kolebka-zlomene-srdce-jak-prezit-smrt-miminka>

12. DLOUHÁ CESTA. *Dlouhá cesta: pomoc pro všechny, kteří přežili své děti*. [online]. Dlouhá cesta, ©2005 [cit. 2015-09-09]. Dostupné z: <http://www.dlouchacesta.cz/>
13. DLOUHÁ CESTA. *Prázdná kolébka*. [online]. Dlouhá cesta, ©2013 [cit. 2015-09-09]. Dostupné z: <http://www.prazdnakolebka.cz/>
14. DOHNALOVÁ, Z. a E. PAVLÍKOVÁ. Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2012, roč. 8, č. 7, s. 21-27. ISSN 1801-464X.
15. FAIT, T. Zástava laktace. *Moderní babičství* [online]. 2008, roč. 6, č. 15 [cit. 2015-09-09]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=12>
16. GASKIN, I. M. *Zázrak porodu*. 1. vyd. Doubice: One Woman Press, 2010, 476 s. ISBN 978-80-86356-48-8.
17. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004, 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
18. HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol. *Porodnictví*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
19. HANÁK, M. Budou v České republice soukromé hřbitovy? *Moderní obec* [online] 2015, roč. 22, č. 6, s. 48-49 [cit. 2015-12-03]. ISSN 1211-0507. Dostupné z: <http://www.mmr.cz/cs/Podpora-regionu-a-cestovni-ruch/Pohrebnictvi/Informace-Udalosti/Novela-zakona-o-pohrebnictvi>
20. KABÁTOVÁ, M. Zákon povolí pohřby nenarozených dětí, zatím plody končí ve spalovnách. *Lidové noviny*. 23. 10. 2015, s. 1, 4. ISSN 0862-5921.
21. KASPARKOVÁ, P. A R. BUŽGOVÁ. Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. Supporting parents in the case of foetus perinatal death. *Kontakt*. [online] 2010, roč. 12, č. 4, s. 387-398 [cit. 2015-09-09]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopiszsfsju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423184000000470.pdf>
22. KOTRLÝ, T. K pohřbívání mrtvorozených. *Zdravotnické noviny* [online]. 23. 4. 2012 [cit. 2015-09-08]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-frontazdravotnicke-noviny-zdn/k-pohrbivani-mrtvorozenych-464457>
23. KOUBOVÁ, M. Novela zákona o pohřbívání má rodičům umožnit pohřeb ostatků po potratu. *Zdravotnický deník: zdravé je vědět* [online]. 2015-07-31 [cit. 2015-09-10]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/07/novela-zakona-o-pohrebnictvi-ma-rodicum-umoznit-pohreb-ostatku-po-potrati/>

24. KOUČKÝ, M. Ohrožený plod. *Moderní babičtví* [online]. 2006, roč. 4, č. 11 [cit. 2015-09-09]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-11/?pdf=45>
25. KUČERA, J. Syndrom mrtvého plodu. *Gynekolog:časopis ženských lékařů* [online]. 2000, roč. 9, č. 2, s. 63-69 [cit. 2015-09-09]. ISSN 1210-1133. Dostupné z: <http://www.gyne.cz/clanky/2000/200c13.htm>
26. LUCKÁ, Y. Mrtvě narozené děti. *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět* [online]. Praha: Aperio, 2002, s. 75-76 [cit. 2015-09-09]. ISBN 80-903-0871-6. Dostupné z: http://www.aperio.cz/data/1/APERIO_sbornik_Privadime_deti_na_svet.pdf
27. MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR. *Základní informace pro pozůstalé* [online]. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2013 [cit. 2015-09-10]. ISBN 978-80-87147-38-2. Dostupné z: <http://www.mmr.cz/getmedia/84e7b4c0-1ebb-487c-9773-058d1b429b6f/MMR-brozura-pozustali-design-MMR-DL-final3nahled.pdf>
28. MROWETZ, M. Smrt na dvouhodinový předpis. In: *AZ RODINA.cz* [online]. 2008-11-01 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/2709-smrt-na-dvouhodinovy-predpis>
29. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
30. RATISLAVOVÁ, K. Historické souvislosti péče porodní asistentky o ženu při perinatální ztrátě. *Sborník mezinárodního kongresu Historie ošetřovatelství v kontextu historie medicíny a porodní asistence*. [online]. Zlín, 2011, s. 100-108 [cit. 2015-09-09]. ISBN 978-80-7454-121-6. Dostupné z: <https://ratislavova.files.wordpress.com/2009/12/zlc3adn.pdf>
31. RATISLAVOVÁ K. a J. BERAN. Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes. *Česká gynekologie*. 2010, roč. 75, č. 5, s. 462-466. ISSN 1210-7832
32. RATISLAVOVÁ, K. a L. KAŠOVÁ. Doprovod rodičů po perinatální ztrátě. *Sestra* [online]. 2012, roč. 23, č. 2 [cit. 2015-09-09]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/doprovod-rodicu-po-perinatalni-ztrate-463432>
33. RATISLAVOVÁ, K. a E. LORENZOVÁ. Využití Theory of Caring v porodní asistenci v ČR. *Florence*. 2013, roč. 9, č. 7-8, s. 23-25. ISSN 1801-464X
34. RATISLAVOVÁ, K., J. BERAN a L. KAŠOVÁ. Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Praktický lékař*. 2012, roč. 92, č. 9, s. 505-508. ISSN 1080-2711

35. ROZTOČIL, A. Doporučené postupy při preindukci a indukci porodu. *Moderní babictví* [online]. 2009, roč. 7, č. 17, s. 19-21 [cit. 2015-09-09]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2009-17/?pdf=1>
36. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
37. SLEZÁKOVÁ, L. a M. KYASOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s., Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.
38. ŠPAŇHELOVÁ, N. *Rodina po ztrátě dítěte* [online]. 2.vyd. Dlouhá cesta, 2012 [cit. 2015-09-09]. Dostupné z: <http://www.prazdnakolebka.cz/files/files/articlecategory/rodina-po-ztrate-ditete.pdf>
39. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013, 224 s. ISBN 978-80-247-3736-2.
40. ŠPATENKOVÁ, N. *Desatero pro pozůstalé* [online]. Dlouhá cesta.[cit. 2015-09-09]. Dostupné z: <http://www.dlauhacesta.cz/files/uploaded/UserFiles/desatero.pdf>
41. TOBIT, Z. S. *Tobit* [online]. Tobit z.s., © 2014 [cit. 2015-09-09]. Dostupné z: <http://tobit.cz/>
42. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Rodička a novorozenec 2012*. Praha: ÚZIS ČR, 2013, 130 s. ISSN 1213-2683.
43. VOKURKA, M., J. HUGO a kol. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf, 2015, 1124 s. ISBN 978-80-7345-456-2.
44. ZVÁROVÁ, J. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 2. dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 219 s. ISBN 978-80-246-1931-6.

Seznam příloh

Příloha A - Dotazník

Příloha A - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Pešoutová a jsem studentkou třetího ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru porodní asistentka. Chtěla bych Vás tímto moc požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Výsledky budou použity ve výzkumné části mé bakalářské práce na téma „*Porod mrtvého plodu*“. Dotazník je zaměřen na péči a podporu poskytovanou ve zdravotnických zařízeních ženám při porodu mrtvého miminka, zejména na nabídku rituálů rozloučení a pořízení upomínek.

Vaše účast na výzkumu je naprosto anonymní.

Vámi zvolené odpovědi prosím označte. Pokud Vám nebude vyhovovat žádná z nabízených možností, zvolte variantu „jiné“ a odpovězte vlastními slovy. U některých otázek je možné vybrat více odpovědí.

Velice Vám děkuji.

Markéta Pešoutová

1) Jaký byl Váš věk v době události?

- e) Méně než 20 let
- f) 20 - 25 let
- g) 26 – 30 let
- h) Více než 30 let

2) Vypište prosím rok, ve kterém ke ztrátě došlo.

3) Kde jste ztrátu prožila?

- c) V České republice
- d) V cizině

4) Vypište prosím, v kolikátém týdnu těhotenství ke ztrátě došlo.

5) Popis události

- f) Úmrtí miminka před narozením
- g) Zjištění VVV a vyvolání porodu mrtvého miminka
- h) Úmrtí miminka během porodu
- i) Jiné: _____

6) Byl s Vámi někdo z Vašich blízkých v průběhu porodu/po porodu? (Možno více odpovědí)

- e) Ano, byl se mnou partner.
- f) Ano, byl se mnou člen rodiny/příteklyně.
- g) Ne, chtěla jsem být sama.
- h) Ne, nebylo mi to umožněno.
- j) Jiné: _____

7) Byly mi poskytnuty srozumitelné informace o... (Možno více odpovědí)

- h) Průběhu porodu a poskytované péči.
- i) Nabídce rituálů (vidět, chovat, pojmenovat, pokřtít...).
- j) Možnosti pořízení upomínek na dítě (fotografie, otisk nožky/ručky...).
- k) Sociálně-právních náležitostech (matrika, peněžita pomoc v mateřství, mateřská dovolená, pohřeb, pohřebné).
- l) Nabídce psychologické pomoci a podpory (kontakt na psychologa, poradce, svépomocné skupiny apod.).
- m) Procesu truchlení (reakce na ztrátu, pocity, průběh...).
- n) Výsledcích vyšetření a pitvy, pravděpodobných příčinách úmrtí.

8) Máte na své dítě z porodnice nějakou upomínku? (Možno více odpovědí)

- e. Ano, mám záznamy z průběhu těhotenství (fotografii z ultrazvuku, záznamy CTG apod.).
- f. Ano, mám fotografii miminka.
- g. Ano, mám pramínek vlásků/otisk nožky či ručky/upomínkovou kartu, identifikační náramek apod.
- h. Ne, nemám žádné upomínky.

9) Upomínku mám, protože...

- e) Pořídili jsme si ji sami.
- f) Požádali jsme personál, aby nám ji pořídil, přenechal.
- g) Personál nám sám nabídl možnost pořízení upomínky.
- h) Personál upomínku pořídil a my jsme si ji vyzvedli až později.

10) Upomínku nemám, protože...

- e) Její pořízení mi nebylo nabídnuto.
- f) Její pořízení mi bylo nabídnuto, ale nechtěla jsem ji.
- g) Neměla jsem možnost upomínku pořídit.
- h) Jiné: _____

11) Jaké pocity ohledně vlastnění/nevlastnění upomínky máte?

- f) Jsem ráda, že upomínku mám.
- g) Jsem ráda, že upomínku mám, ale lituji, že jich nemám více.
- h) Upomínka je pro mne příliš bolestná.
- i) Lituji, že nemám žádnou upomínku.
- j) Upomínka mi neschází.

12) Byla jste se svým miminkem po porodu v kontaktu?

- e) Ano, viděla jsem je.
- f) Ano, viděla jsem je i chovala.
- g) Ano, miminko jsem viděla, chovala a byla jsem s ním chvíli o samotě.
- h) Ne, miminko jsem ani neviděla.

13) S miminkem jsem byla v kontaktu, protože...

- f) Sama jsem o to požádala.
- g) Bylo mi to personálem nabídnuto nebo doporučeno.
- h) Cítila jsem tlak personálu, abych tak učinila.
- i) Ovlivnila mě přítomná blízká osoba.
- j) Jiné: _____

14) S miminkem jsem nebyla v kontaktu, protože... (Možno více odpovědí)

- g) Nechtěla jsem.
- h) Bylo mi to personálem nabídnuto, ale neměla jsem odvahu.
- i) Nebylo mi to personálem nabídnuto nebo doporučeno.
- j) Cítila jsem tlak personálu, abych tak nečinila.
- k) Ovlivnila mě přítomná blízká osoba.
- l) Jiné: _____

15) S miminkem jsem byla/nebyla v kontaktu a...

- d) Jsem ráda.
- e) Lituji toho.
- f) Nejsem si jistá, zda to bylo správné či ne.

16) Pokud jste s miminkem v kontaktu byla, vnímala jste nějaké časové omezení při rozloučení s ním?

- f) Ne, o ukončení kontaktu a předání miminka personálu jsem mohla rozhodnout sama.
- g) Přímé časové omezení nebylo, ale cítila jsem určitý tlak ze strany personálu, abych jim miminko co nejdříve předala.
- h) Ano, na rozloučení jsem měla pouze omezené množství času.
- i) Miminko mi pouze ukázali a hned zase odnesli.
- j) Jiné: _____

17) Sděлил Vám personál porodní hmotnost, délku a pohlaví Vašeho dítěte?

- f) Ne, žádný z těchto údajů mi sdělen nebyl.
- g) Zním pouze pohlaví miminka z ultrazvuků v těhotenství.
- h) Zním pouze pohlaví miminka – po porodu mi ho sdělil personál.
- i) Ano, personál mi sdělil údaje o pohlaví i porodní hmotnosti/délce miminka.
- j) Jiné: _____

18) Jak jste vnímala chování personálu? (Možno více odpovědí)

- f) Citlivé, ohleduplné, přátelské, podporující
- g) Milé ale nejisté, nedostatečně podporující
- h) Vyhybavé, netečné, zaměřené pouze na fyzickou stránku
- i) Nepřátelské
- j) Jiné: _____

Chtěla byste ještě něco doplnit?

Prostor pro Vaše připomínky...