

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Problematika poskytování péče rodičům při porodu mrtvého plodu

Bc. Eva Janíková

Diplomová práce

2016

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2014/2015

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Eva Janíková**  
Osobní číslo: **Z14346**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Název tématu: **Problematika poskytování péče rodičům při porodu mrtvého plodu**  
Zadávatel 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 stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. BERNAN, Michael, R. Hledání vhodných slov po narození mrtvého dítěte. Gynekologie po promoci. 2009, 9(3), 27-30. ISSN 1213-2578.
2. BINDER, Tomáš. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. Praktická gynekologie. 2007, 11(2), 61-64. ISSN 1801-8750.
3. ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Hana KUČEROVÁ. Psychologie a pedagogika II: pro střední zdravotnické školy, 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004, 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti, 2. přeprac. vyd. Praha: Galén c2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
5. KOHNER, Nancy a Alix Henley A. Když dítě zemře, Praha: Triton, 2013, 349 s. ISBN 978-80-7387-643-2.
6. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví, 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
7. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Historické souvislosti péče porodní asistentky o ženu při perinatální ztrátě. In: Sborník 1. mezinárodního kongresu Historie ošetrovatelství v kontextu historie medicíny a porodní asistence. Zlín, 2011, s. 100-108. ISBN 978-80-7454-121-6.

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Marie Macková, Ph.D.**

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2014

Termín odevzdání diplomové práce: 6. května 2016

prof. MUDr. Josef Fusek, DSc.

děkan

L.S.

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2016

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen 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 4. 5. 2016

.....

Bc. Eva Janíková

### Poděkování

Děkuji paní PhDr. Marii Mackové, PhD. za odborné vedení, ochotu, trpělivost, cenné rady a připomínky při realizaci diplomové práce. Děkuji také těm, kteří mi poskytli cenné konzultace a v mé práci mě podporovali.

## **ANOTACE**

Diplomová práce byla zpracována na téma „Problematika poskytování péče rodičům při porodu mrtvého plodu“. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a výzkumnou. Teoretická část práce je zaměřena na přiblížení pojmů smrti, porodu mrtvého plodu a péče o pozůstalé. Ve výzkumné části byly prezentovány a graficky znázorněny výsledky dotazníkového šetření, které probíhalo na porodních sálech pěti nemocnic České republiky. Závěrečná diskuze obsahuje vyhodnocení výsledků a zadaných výzkumných otázek.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Porod mrtvého plodu, perinatální ztráta, porodní asistentka, péče o pozůstalé, truchlení

## **TITLE**

The issue of caregiving parents during the stillbirth.

## **ANNOTATION**

This thesis was composed for the topic called “The issue of caregiving to parents during the stillbirth”. The thesis is divided into two parts – the theoretical part and the practical part. The theoretical part of the thesis is aimed at explanation of terms: death, stillbirth and caregiving to survivors. In the practical part there are presented and graphically demonstrated results of questionnaire survey, which took place at delivery room of five hospitals in Czech Republic. The final discussion includes evaluation of results and research questions.

## **KEYWORDS**

Stillbirth, perinatal loss, midwife, care of survivors, bereavement

# OBSAH

ÚVOD .....	12
CÍL PRÁCE .....	13
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
1 SMRT .....	14
1.1 Ztráta blízkého člověka .....	14
1.2 Proces truchlení .....	14
1.3 Smrt dítěte .....	15
2 POROD MRTVÉHO PLODU .....	17
2.1 Mrtvorozenost .....	17
2.2 Perinatální mortalita .....	17
2.3 Syndrom mrtvého plodu .....	18
2.4 Příprava rodičů na průběh porodu .....	18
2.5 Průběh porodu .....	19
2.6 Bonding .....	21
2.7 Péče o mrtvé tělo plodu .....	22
3 PÉČE O POZŮSTALÉ .....	23
3.1 Proces rozloučení .....	24
3.2 Pohřeb .....	25
3.3 Odborná péče .....	26
3.4 Pomáhající organizace .....	27
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	30
4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	30
5 METODIKA VÝZKUMU .....	31
5.1 Typ výzkumu .....	31

5.2	Organice výzkumného šetření.....	31
5.3	Popis výzkumného souboru .....	31
5.4	Analýza dat.....	34
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....	35
7	DISKUZE .....	68
8	ZÁVĚR.....	78
9	POUŽITÁ LITERATURA.....	81
10	PŘÍLOHY .....	85



## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Poskytování upomínek v nemocnicích .....	72
Tabulka 2 Kdo podává informace o pohřbu .....	74

## SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Graf s věkovým rozložením respondentů.....	32
Obrázek 2 Graf znázorňující dosažené vzdělání respondentů.....	32
Obrázek 3 Graf znázorňující délku praxe respondentek na porodním sále.....	33
Obrázek 4 Graf znázorňující zkušenost s porodem mrtvého plodu.....	35
Obrázek 5 Graf setkání PA s porodem mrtvého plodu za poslední rok.....	36
Obrázek 6 Graf znázorňující stresovou zátěž respondentek.....	37
Obrázek 7 Graf nejproblematictějších úkonů spojených s porodem mrtvého plodu.....	38
Obrázek 8 Graf znázorňující zájem o přípravu.....	39
Obrázek 9 Graf znázorňující zájem o přípravu.....	40
Obrázek 10 Graf znázorňující umístění matky po porodu mrtvého plodu.....	42
Obrázek 11 Graf možností vyčlenění samostatného porodního boxu.....	43
Obrázek 12 Graf znázorňující možnost přítomnost blízkého u porodu.....	44
Obrázek 13 Graf vyhovění přání rodičů.....	45
Obrázek 14 Graf informování o epidurální analgezii.....	46
Obrázek 15 Graf fungování „perinatal bereavement teamu“.....	47
Obrázek 16 Graf znázorňující názor na užitečnost „perinatal bereavement teamu“.....	48
Obrázek 17 Graf podpory bondingu.....	50
Obrázek 18 Graf podpory rozloučení se s dítětem.....	51
Obrázek 19 Graf znázorňující umožnění rozloučení se s dítětem.....	52
Obrázek 20 Graf znázorňující místa rozloučení se s mrtvým dítětem.....	53
Obrázek 21 Graf znázorňující možnost rozloučení se s dítětem v domácím prostředí.....	55
Obrázek 22 Graf podpory rozloučení se v domácím prostředí.....	56
Obrázek 23 Graf poskytování upomínek.....	57
Obrázek 24 Graf znázorňující znalost projektu Andělský fotograf.....	59
Obrázek 25 Graf znázorňující nabízení Andělského fotografa.....	60
Obrázek 26 Graf znázorňující standardní doporučení psychologa.....	61
Obrázek 27 Graf se znalostí projektu Prázdná kolébka.....	62
Obrázek 28 Graf znázorňující, kdo poskytuje informace o pohřbu.....	63
Obrázek 29 Graf s názory na účast zdravotníka na pohřbu.....	65
Obrázek 30 Graf znázorňující zájem PA účastnit se pohřbu.....	67

Obrázek 31 Možnost nemocnic vyčlenit samostatný box .....	68
Obrázek 32 Funkce „perinatal bereavement teamu“ v nemocnicích.....	70
Obrázek 33 Kde probíhá rozloučení s dítětem v jednotlivých nemocnicích .....	71
Obrázek 34 Doporučení psychologa v rámci nemocnic .....	73

## ÚVOD

Porodnice jsou veřejností vnímány jako místa, kde se pojí radost a štěstí s oslavami vzniku nového života. Přestože je to ve většině pravda, jsou to i místa, kde se čas od času paradoxně setkáváme i se smrtí, ztrátou. V tomto případě je úkolem porodní asistentky podporovat rodiče v průběhu porodu mrtvého plodu a pomáhat jim nalézt ztracený smysl života (Shine, 2016).

Rodičům, kteří očekávají narození dítěte, se mění životní styl, připravují svůj domov pro nového člena, mění se celý jejich život. Narozené dítě s sebou přináší nový smysl i způsob života, novou naději pro budoucnost, naplňuje sny a představy rodičů. Proto je perinatální ztráta vnímána jako ztráta veškerých očekávání a celé budoucnosti. Jelikož dítě tvoří část identity svých rodičů, přichází rodiče o část sebe, ztrácí svou roli rodiče i veškeré naděje. I zemřelé dítě bude svým rodičům navždy chybět, a to i navzdory tomu, že budou mít další děti. Perinatální ztráta s sebou přináší obrovský smutek, pocity viny ale i somatické problémy. Ženy po perinatální ztrátě si velmi často vyčítají, že selhaly jako matky i jako ženy. Mají také velké obavy ze ztráty svého partnera. Rodiče se cítí vyloučení ze společnosti, problémy nastávají i v širší rodině (Ratislavová, 2014, s. 54-55).

Problematice porodu mrtvého plodu není v České republice věnována taková pozornost jako v jiných zemích světa. Existují mnohé organizace např.: americká „SHARE Pregnancy & Infant Loss Support“, francouzská ENSPE (L'Enfant Sans Nom – Parents Endeuillés), britská SANDS (Stillbirth and Neonatal Death Society) nebo Child Bereavement Trust aj., pomáhající pozůstalým rodičům vyrovnat se se ztrátou, zároveň také nabízí odbornou pomoc pro zdravotnické pracovníky, kteří pečují o rodiče při perinatální ztrátě. Organizace „SHARE“ například poukázala na skutečnost, že je pro lepší rodiče aktivnější přístup, který nepostrádá otevřené truchlení, vzpomínání i uspořádání smutečního obřadu (Feldmár, 2009, s 30).

## **CÍL PRÁCE**

### **Teoretický cíl práce:**

Poskytnout základní informace z oblasti problematiky perinatální paliativní péče.

### **Praktický cíl práce:**

Zjistit jakým způsobem probíhá péče o rodiče při porodu mrtvého plodu poskytovaná porodními asistentkami.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SMRT

Smrt lze označit jako zánik jakéhokoli organismu, tedy i člověka. Dá se říci, že člověk teoreticky umírá od chvíle svého narození, neboť smrt jako taková je podmíněna životem. Smrt nastává právě tehdy, kdy je vyčerpán život (Haškovcová, 2007, s. 89) Smrtí rozumíme z lékařského hlediska stav, kdy u člověka došlo k nezvratným změnám mozkových tkání, při níž selhaly funkce center zajišťujících dýchání a krevní oběh (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012, s. 47). Dříve umírali lidé nejčastěji na sešlost věkem, čili pro mnohé přirozenou smrtí. V dnešní době je však smrt způsobena vlivem mnohých onemocnění, která ukončují život člověka velmi náhle a rychle, v jiných případech je díky dostupné moderní technice smrt pomalejší. Ať se již jedná o smrt rychlou či náhlou, oba druhy překvapí příbuzné zcela nepřipravené na takovou situaci. Pomalá smrt, též avizovaná, dává po určitou dobu svému okolí vědět o svém brzkém příchodu. Tím také dává příbuzným i nemocnému určitý čas i prostor se na tuto chvíli připravit. Tento druh smrti je však často vnímán jako synonymum obrovského utrpení. Vnímání příchodu smrti také souvisí s věkem, ve kterém přichází. Zde rozlišujeme smrt předčasnou či přiměřenou (Haškovcová, 2007, s. 89-90).

### 1.1 Ztráta blízkého člověka

Smrt blízkého člověka přináší větší trápení než představa vlastní smrti. Člověk se cítí, jako by se mu zhroutil celý svět, všechno najednou ztrácí smysl. Začínáme si totiž uvědomovat, že jsme nevratně ztratili milovaného člověka, kterému již nebudeme moci cokoli říct, kdykoli jej vyhledat, setkat se s ním, obejmout ho. Zdá se nám, že už nikdy nebudeme šťastní a že už nic nebude tak, jak to bylo dřív. Smrt blízkého člověka nemá však vliv pouze na emoční stránku, ale může docházet také k nabourávání vlastní identity i integrity, k narušování vztahů s jinými lidmi či k narušení přesvědčení o bezpečnosti a stabilitě světa (Špatenková, 2013, s. 9-11).

### 1.2 Proces truchlení

Truchlení je dlouhý a bolesti plný proces vyrovnávání se se smrtí blízkého člověka. Jednotliví autoři popisují členění procesu truchlení na několik fází – od tří až po sedm, či více. Jedná se o jakousi pomůcku, která pomáhá nahlížet a porovnávat představu „adekvátního“ procesu

truchlení s truchlením pozůstalých. Ti však mnohdy neprožívají dané fáze v určeném pořadí ani v předpokládané délce. Některé fáze mohou přeskakovat, jiné se mohou opakovat, nebo trvat nezvykle dlouho. Mohou být prožívány v různé intenzitě a s rozdílnými reakcemi na ztrátu (Špatenková, 2013, s. 84). Kubíčková (2001, s. 36-42) uvádí tři fáze, které vnímá jako dostačující pro intraindividuální a interindividuální reakce na ztrátu blízkého člověka. První fází je konfuze, kterou lze také označit za období šoku, zmatku a otřesu z právě oznámené skutečnosti. První fáze nastává okamžitě po oznámení smrti blízkého člověka. Pozůstalí se rázem cítí na dně svých nejhorších představ, oplakávají svou ztrátu. Postupně se dostanou do další fáze exprese, neboli období ventilace žalu a zármutku. V této fázi prožívají pozůstalí chaotické chvíle naplněné nejen pláčem, ale i křikem, zlobou, obviňováním, vyčerpáním a únavou. Neumí najít správnou cestu ven, jsou zmatení a ani nevěří, že by se z této situace kdy mohli dostat. Toto období je pro truchlící velmi bolestivou záležitostí, která je nesmírně vyčerpávající. Několikrát se pokusí postavit na vlastní nohy, ale znova mnohokrát upadnou, aby prožili další chvíle plné zoufalství a bezmoci. Postupně ale sami nachází další sílu vstát a časem se jim podaří dosáhnout pomyslného vrcholu žalu, ze kterého si již dovedou uvědomit, že jejich život může jít dál. Od této chvíle nastává fáze třetí, adaptace nebo také akceptace, kdy se pozůstalí smiřují se svou ztrátou a přijímají ji do svého života. Postupně se jim daří navrátit se k normálnímu životu. Přesto stále pociťují, že jim zemřelý chybí.

Projít si těmito fázemi truchlení však není vždy jednoduchou záležitostí. Nekomplikovaný proces truchlení by měl trvat šest měsíců až jeden rok, mnohdy je však zapotřebí času více a někdy je i nutností, aby byla poskytnuta truchlícím odborná pomoc v určitých fázích tohoto procesu (Špatenková, 2013, s. 86).

### **1.3 Smrt dítěte**

Život každého člověka končí smrtí. Je to jediná jistota, kterou má člověk již od narození. V dnešní době je pak přirozeným očekáváním, že smrt přijde až ve stáří (Kutnohorská, 2007, s. 82). Smrt dítěte se stala jakousi raritou a jeví se jako horší než smrt dospělého člověka. Žádný rodič nepředpokládá, že se dožije smrti vlastního dítěte. Proto je i truchlení rodičů nad smrtí svého potomka složitější, komplikovanější. Rodiče, kteří přichází o své dítě, ztrácí také svou budoucnost. Fáze zármutku jsou v tomto případě mnohem složitější. V době, kdy se rodiče dozvídají o smrti svého potomka, potřebují někoho, kdo by jim nabídl pomocnou ruku. Mají před sebou totiž nelehké období, které skýtá mimo vyrovnání se se ztrátou svého dítěte také oznámení

této skutečnosti sourozencům, rodině, škole, do které dítě chodilo, úřadům aj. Musí zorganizovat pohřeb, ale stejně tak dále pečovat o chod domácnosti, o rodinu. Po pohřbu a až do současnosti nastupuje období, v němž se rodiče učí zvyknout si na „nový“ život bez svého potomka. Nejprve však musí uklidit všechny jeho věci a přitom se dál starat o chod domácnosti a jeho sourozence. Proces truchlení se podepisuje na rodinných i přátelských vazbách, mnohdy zasahuje i do ekonomické situace rodiny či do pracovních závazků (Dohnalová, 2010, s. 4-5).

Ztráta dítěte může být náhlá či očekávaná. Přestože se zdá, že očekávaná smrt dítěte je pro rodiče jednodušší variantou, není to pravdou. Oba způsoby mají svá velmi těžká úskalí. U smrti náhlé, neočekávané, nastává u rodiny rychlá, traumatická změna v jejich životě. Všechny události, které po smrti dítěte následují, probíhají velmi rychle a rodiče si ani mnohdy neuvědomují, co je vlastně ještě čeká. Rodiče jsou v šoku, cítí se „jako bez duše“, osamělí, zdrcení a vyčerpaní. Dopad smrti dítěte má i na jeho sourozence, kteří však v závislosti na věku mají tendenci se o své rodiče starat. V případě smrti očekávané může docházet až k pocitům úlevy jak ze strany rodičů, tak ze strany sourozenců. Do této doby se totiž vše uzpůsobovalo nemocnému dítěti, vše se točilo jen kolem něj. Navíc mohlo u dítěte docházet k různým tělesným změnám, které se často vrývají do paměti. Pro sourozence to může být dlouhodobě pronásledující negativní vzpomínkou. Může se také stát, že si dávají smrt svého sourozence za vinu, protože si ji přáli, aby jeho utrpení skončilo. Zároveň trpí ztrátou svého nejlepšího kamaráda, rádce, společníka. V tuto dobu také očekávají, že se jeho rodiče budou o něj více zajímat, ti však nepřestávají myslet na jejich mrtvého sourozence a sami se vyrovnávají s problémy, které jim jeho smrt přinesla. Mají najednou více volného času, který dříve věnovali svému nemocnému dítěti. Mohou se cítit vyčerpaní jak fyzicky, tak psychicky a postrádají kontakt se zdravotnickými pracovníky, kteří se na péči o jejich dítě podíleli a kteří zde najednou nejsou. Jestliže se jedná o ztrátu jediného dítěte, přichází rodiče též o své role matky a otce, což může být u starších párů i definitivní. (Firthová, Luffová a Oliviere, 2007, s. 106-107).



## **2 POROD MRTVÉHO PLODU**

Porod mrtvého plodu je jednou z nejtěžších a nejtragičtějších zkušeností života, kterou mohou rodiče prožít. Mnohdy se vůbec poprvé setkávají se smrtí a netuší, jaké možnosti v této situaci mají. Proto je potřeba velmi individuálního přístupu zdravotnických pracovníků, kteří jim dají dostatečnou podporu při rozhodování, jaký způsobem a tempem bude vše probíhat (Warland a Davis, 2011, s. 1).

Významnou úlohu pak mají právě lékaři a porodní asistentky, kteří se na péči o rodiče při perinatální ztrátě podílejí. I zde se však potýkáme s jistou problematikou, neboť porod mrtvého plodu a péči o rodiče vyvolává u zdravotnických pracovníků diskomfort a obavy (Steen, 2015, s. 79). Aby mohli zdravotničtí pracovníci podávat kvalitní pomoc, je potřeba, aby byl dostatečně informován o reakcích rodičů na ztrátu, o problematice truchlení a v přední řadě i o tom, jak se v dané situaci mají zachovat oni samotní (Křemenová a Fremlová, 2009, s. 97).

### **2.1 Mrtvorozenost**

Dle Světové zdravotnické organizace (dále WHO), je mrtvorozenost (nebo její ukazatel) vyjádřena součtem mrtvě narozených dětí na tisíc všech mrtvě a živě narozených jedinců (ÚZIS, 2011, s. 5). Dle statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále ÚZIS) došlo v roce 2012 k nárůstu mrtvorozenosti, což souvisí se zvýšením perinatální úmrtnosti v tomtéž roce. Mrtvorozenost byla v roce 2012 2,55 ‰ (ÚZIS), dle Českého statistického úřadu (dále ČSÚ) 3,48 ‰. Tento rozdíl je způsoben chybějícími údaji v ÚZIS ČR 2012, který evidoval o 105 mrtvě narozených dětí méně než ČSÚ (ÚZIS, 2012, s. 16-21).

### **2.2 Perinatální mortalita**

Ukazatelem perinatální úmrtnosti je součet mrtvě narozených dětí a dětí zemřelých do 7 dnů života připadajících na 1000 všech narozených dětí v daném roce (ÚZIS, 2011, s. 5). Statistiky z roku 2012 dle ÚZIS udávají nárůst perinatální úmrtnosti oproti předešlým rokům. V roce 2012 se totiž tento údaj vyšplhal na 3,48 ‰ (v roce 2011 to bylo 3,23 ‰), zatímco ČSÚ udává až 4,58 ‰. Rozpor mezi těmito údaji je opět způsoben chybějícími daty ve statistikách ÚZIS ČR (ÚZIS, 2012, s. 16-21).

## 2.3 Syndrom mrtvého plodu

Pojmem syndrom mrtvého plodu rozumíme úmrtí plodu, které nastává ve druhé polovině gravidity. Dle novely zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování se pod tento termín řadí všechna úmrtí plodu v průběhu těhotenství a za porodu, narodí-li se plod o hmotnosti vyšší než 500 g nevykazující známky života. Známkami života rozumíme srdeční akci, pohyb, křik a dech. Retence či porod mrtvého plodu může způsobit řadu komplikací, které ohrožují zdraví i život matky, zejména pak diseminovanou intravaskulární koagulací (DIC). Úmrtí intrapartum je termín označující ty mrtvorozené plody, které zemřely za porodu. Příčin nitroděložního úmrtí plodu může být hned několik. Lze je rozdělit do tří skupin, které se dělí podle příčiny úmrtí ze strany matky, ze strany plodu a na placentární a pupečnickové příčiny. Ve 20-50 % může být příčina smrti plodu idiopatická. Riziko je také spojeno s gestačním věkem a podle něj se také mění. V období 26. týdne těhotenství je riziko úmrtí 1/150. Ve 30. týdnu naopak klesá na 1/350 a v termínu porodu až na 1/475. Ve 43. týdnu, tedy po termínu porodu, se opět zvyšuje na 1/375 (Čech a kol., 2006, s. 355).

Diagnostika mrtvého plodu spočívá v první řadě v subjektivních příznacích uváděných matkou. Žena na sobě může pozorovat ochablost napětí prsů, únavu, subfebrilie, krvácení, výtok nebo nástup kontrakcí. Může také začít vnímat změny frekvence či intenzity pohybů plodu, nebo jejich úplné vymizení. Dále je potřeba provést objektivní diagnózu, která většinou zaznamená nepřítomnost ozev plodu jak stetoskopem, tak pomocí kardiokografu, dopplerovského zobrazení a nejdůležitější metody – ultrazvuku, který potvrzuje asystolii a dilataci srdce (Hájek a kol., 2004, s. 373).

## 2.4 Příprava rodičů na průběh porodu

Žena s diagnostikovaným mrtvým plodem je neprodleně hospitalizována na gynekologicko-porodnickém oddělení. V případě počínajících komplikací je vhodné ženu odeslat do perinatologického centra. S těhotnou ženou je nutno pracovat s co největší šetrností a empatií. O úmrtí plodu musí oba rodiče (nebo nejbližší příbuzní) informovat lékaře, který by jim měl poskytnout dostatek času pro přijetí této diagnózy. Podle Bernana (2009, s. 28) je důležité, aby porodník dokázal vyjádřit svou účast, lítost nad touto skutečností ať již dotekem na ruku, objetím či pouhým mlčením. Pro sdělení diagnózy je vhodné zvolit klidnou místnost, ve které si mohou rodiče i lékař bez vyrušování pohovořit. Není od věci nechat rodiče na chvíli samotné a poté

teprve pokračovat ve sdělování postupu. Je dobré rodiče znova ujistit o lítosti nad jejich ztrátou a projevit snahu, že ačkoliv není známa příčina úmrtí jejich dítěte (záměrně užíváme před rodiči výrazu „dítě“, nikoliv „plod“), budou provedena veškerá vyšetření, která by měla smrt objasnit. Poté je potřeba ujistit oba rodiče, že za smrt svého potomka nemohou, neboť mnozí rodiče se tímto zaobírají ve fázi smutku. Pokud to zdravotní stav dovoluje, lze ženě navrhnout možnost odejít domů a hospitalizovat se později. Jinak je žena okamžitě hospitalizována a dále připravena na vyvolání – indukci porodu. O objasnění indukce porodu se stará taktéž lékař, který by měl ženě vysvětlit možnosti zvládnání bolesti pomocí epidurální analgezie. Je potřeba také vysvětlit, proč se při porodu mrtvého plodu snažíme vyhnout císařskému řezu, přestože se zdá být méně traumatickým. Ženě by mělo být objasněno, že v průběhu porodu budou přítomni kromě lékaře i ostatní pracovníci zařízení a studenti, kteří by se měli též podílet na péči jak o matku, tak o mrtvorozené dítě, přitom je však nutné respektovat přání rodičů v případě nesouhlasu. Měla by být nabídnuta i péče psychologa, sociální pracovnice či duchovního. Je vhodné, aby byla standardně dovolena přítomnost partnera či jiného rodinného příslušníka, pokud je to přání pacientky. S rodiči je pak potřeba hovořit o procesu po porodu. Hovoříme s nimi o možnosti bezprostředního pohledu a pochování dítěte, eventuálně bondingu, není-li tato situace znemožněna vysokým stupněm macerace plodu. Seznámíme je i s postupem péče o mrtvorozené dítě, kdy porodní asistentka či novorozenecká sestra dítě umyje, obleče a zabalí a pořizuje fotografii, která je většinou důležitou vzpomínkou pro ty rodiče, kteří své dítě prvně vidět nechtěli. Rodičům se pak dává možnost strávit se svým dítětem tolik času, kolik potřebují a je jim umožněno vzít si je s sebou na oddělení gynekologie (šestinedělí), kam bývá žena po porodu přeložena. Po rozloučení se s dítětem je nutné provést pitvu, která je dána zákonem (č. 372/2011 Sb. v §88, 2011). Je však možné tuto pitvu neprovést, je-li ve zdravotnické dokumentaci matky vyjádřen nesouhlas s pitvou.

## **2.5 Průběh porodu**

Při diagnostikování mrtvého plodu je vhodné provést rychlý porod, eventuálně potrat plodu, aby se předešlo hemokoagulačním komplikacím. Ženě, která je hospitalizována na gynekologicko-porodnickém oddělení, jsou provedena tato vyšetření: zhodnocení fyziologických funkcí (tlak, pulz, tělesná teplota), zevní a vnitřní porodnické vyšetření, krevní obraz, velký hemokoagulační obraz, jaterní testy, ionty v séru, glykemie na lačno, vyšetření na čtveřici onemocnění: toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes virus (zkr. TORCH), syfilis pomocí

netreponemového testu (zkr. VDRL), ultrazvukové vyšetření, nepřímý Coombsův test a Kleihauerův test, vyšetření na trombofilii, antifosfolipidové protilátky, lupusový antikoagulant, vyšetření plodové vody pro zjištění karyotypu plodu (je-li indikován), eventuálně vyšetření na aerobní a anaerobní infekci, kultivace, panel virových infekcí, bakteriologická kultivace (pochva, hrdlo), rentgenový snímek plodu in utero (dle indikace genetikem), krevní skupina matky a zjištění protilátek (anti-D, anti-C, anti-Kell). Poté je zahájena profylaxe pro zabránění vzniku DIC pomocí aplikace nízkomolekulárního heparinu 0,2-0,4 ml/24 hod dle tělesné hmotnosti. Dávku lze navýšit podle aktuálních výsledků hemokoagulačního vyšetření. Podávají se také širokospektrá antibiotika jako prevence rozvoje infekce (Čech a kol., 2006, s. 356).

Preindukce či indukce porodu je zahájena po profylaxi antibiotiky a miniheparinizaci. Záměrně se v této situaci vyhýbáme porodu císařským řezem, není totiž v takovém případě indikován a snažíme se zároveň vyhnout zbytečné traumatizaci tkání. Indukce tedy probíhá klasickým způsobem podáním prostaglandinu E<sub>2</sub> do děložního hrdla ve formě gelu (Prepidil 0,5 mg), ve formě tablet (Prostin E<sub>2</sub> 0,5-3 mg) či jako vaginální pesar (Propess 10 mg). Možností je také využít v případě nezralosti hrdla intracervikálních laminárií. Pokud je však hrdlo přístupné, je nejvhodnější metodou klasická indukce s dirupcí vaku blan, po níž se podává 2-4 j. Oxytocinu v infuzi. Výjimku také tvoří stavy ženy s mrtvým plodem, u nichž neznáme přesnou dobu úmrtí, při krvácení ženy či při podezření na předčasné odlučování placenty. V těchto případech se také jeví jako vhodnější metoda dirupce vaku blan. Indukce porodu mrtvého plodu probíhá obecně rychleji a snadněji, než indukce porodu s živým plodem (Hájek a kol., 2004, s. 374-375).

Jakmile nastoupí pravidelné kontrakce, přistupujeme k podání epidurální analgezie, která dokáže odejmout alespoň tu fyzickou bolest, kterou si musí matka projít, ale zároveň zachovává možnost spolupráce a podílení se na vypuzení plodu. Podáváme spasmolytika či opiáty v dostatečném množství. V druhé době porodní neprovádíme epiziotomii ani zmenšovací operace, které by mohly vést spíše k nežádoucím komplikacím s fatálním vlivem na matku. U porozeného plodu nepřerušujeme pupečník, nýbrž jej rodíme i s placentou jako celek (Čech a kol., 2006, s. 357). Mezi vyšetření po porodu mrtvého plodu patří laboratorní vyšetření. Odebírá se stěr na kultivaci z povrchu placenty a blan, pediatr musí odebrat vzorky z povrchu a vývodných ústí plodu. Z histologického vyšetření lze prokázat chorioamnionitidu, trombózu pupečnickových cév či jinou pupečnickovou komplikaci. U placenty můžeme objevit sklerotické změny spirálních arterií, které nastávají při těžkých formách preeklampsie. Vhodné je také odebrat krev z abdominálního úponu

pupečníku pro stanovení karyotypu při podezření na chromozomální aberaci. Vhodnější metodou se nabízí aminocentéza před porodem, od které se však upouští kvůli komplikacím, které mohou nastat u matky (Hájek a kol., 2004, s. 376).

## 2.6 Bonding

Slovo „bonding“ lze volně přeložit z angličtiny jako lepení, připoutávání nebo sepjetí. Je to proces, kdy dochází k dotváření vztahu mezi matkou a dítětem, který již započal během těhotenství. Je také přínosný pro podporu vývoje člověka po stránce imunologické, fyziologické, psychologické i emocionální. Mrowetz (2011, s. 107-123) ve své knize podotýká, že dítě, ať živé či mrtvé, zdravé nebo nemocné, patří ke své matce. Matka má své dítě ráda a jaksi se k němu váže, přestože jsou po porodu na dlouho odloučení. Rodiče se navíc těžko loučí s někým, koho ještě ani nepoznali, nespatřili a nepřijali jeho existenci. Neměli možnost zamilovat se do dítěte, nad kterým by měli truchlit. Díky tomu pak přichází o možnost ulehčení této životní události a jejich vyrovnávání se se ztrátou je mnohem těžší. Avšak jestliže může vzít rodič své mrtvé dítě do náručí, může prožít chvíle naplnění, kdy se dotvoří mentální obraz dítěte a proces nutnosti rozloučení nastává přirozeněji. Špatenková (2006, s. 138-139) uvádí, že rozloučení se se svým dítětem není jednoduché a mnohdy není ani možné. Rodiče se svým mrtvým dítětem neloučí nadobro, neboť ve skutečnosti neexistuje skutečné odloučení od svých dětí, ať těch živých či mrtvých. Jejich dítě bude navždy součástí jejich života, jich samotných.

Mnozí rodiče však mají strach se na své mrtvě narozené dítě podívat nebo se jej dotknout. Po porodu je taková situace velmi těžká, plná smíšených emocí, dokonce se může objevit i vlastní strach ze smrti. Zde je potřeba, aby se dostavila pomoc od porodní asistentky, lékaře či jiného pracovníka, který s nimi v průběhu porodu byl. K životu musíme přistupovat s úctou, protože každý život má svůj smysl, ať je dlouhý či krátký. Porodní asistentka či lékař mají být pro rodiče vzorem, a jestliže se budou chovat přirozeně a pečovat o dítě s respektem a jakousi samozřejmostí, mohou dodat rodičům odvalu chovat se stejně přirozeně. Není vhodné rodiče do ničeho nutit, ale empatickým přístupem, který zahrnuje například i klidný rozhovor či jednoduchý popis vzhledu dítěte, mohou rodiče povzbudit v jejich zvědavosti, a zároveň napomoci překonat nejistotu, strach, který jim doposud bránil se seznámit se svým dítětem. Pokud se tak rodiče skutečně rozhodnou, je potřeba jim dát dostatek času i klidné zázemí, aby se museli co nejméně ostýchat ve svém přirozeném jednání. První dotek může stále představovat nejistotu, obavy i strach, proto se nejčastěji dotýkají první jen prstíku, poté celé ručky,

až postupně dokáží obejmout své dítě celé. Rodiče své mrtvé dítě zkoumají pohledem stejně jako to živé, hledají u něj podobnost. Tato chvíle je velmi důležitá, neboť rodičům poskytuje velmi silné emocionální zážitky. Je to zároveň i ta poslední chvíle, kdy se mohou svého mrtvého dítěte dotýkat. Tyto vzpomínky budou jediné, které jim zůstanou po zbytek života (Trnková, 2016).

## **2.7 Péče o mrtvé tělo plodu**

Jestliže se rodiče nerozhodnou podívat se na své mrtvé dítě, je dobré ze strany personálu zajistit několik upomínkových předmětů, které pak mohou rodičům poskytnout v případě, že si to později rozmyslí a budou toužit po důkazech existence jejich dítěte. Je prokázáno, že u rodičů, kteří neměli či odmítli možnost vidět svého potomka, trpí po zbytek svého života výčitkami svědomí. Těžko pak získávají vnitřní rovnováhu a pronásledují je myšlenky o tom, jak asi jejich dítě vypadalo. Řešením a prevencí této situace je aktivita zdravotnického personálu, který může při porodu mrtvého dítěte provést při péči o jeho tělo několik rituálů. Nabízí se možnosti jako zapsání míry a váhy miminka, pořídit fotografii, otisky ručiček a nožiček. Také je možné odstříhnutí pár vlásků, uchovat oblečení a hračky, eventuálně zaznamenat jméno dítěte. Tyto věci je vhodné uchovat pro případ, že by se rodiče rozmysleli a chtěli mít na své dítě alespoň nějaké vzpomínky (Trnková, 2016).

Na péči o mrtvé tělo se musí podílet kromě porodní asistentky, která zajišťuje základní ošetření tělíčka také pediatr, jehož úkolem je stanovení stupně macerace plodu. Jedná se o stupně autolýzy kůže a orgánů. První stupeň je určen při vzniku bul na kůži dítěte po 6-8 hodinách od úmrtí. Druhým stupněm macerace rozumíme odlučování pokožky v plátech v období 1-7 dnů po úmrtí. Třetí stupeň pak chápeme jako odloučení kůže ve velkých plochách s hemoragickou imbibicí, rozvolnění kloubů a vazů či zborcení lebky, které nastává po 7. dnu od úmrtí plodu. Provádí se též vyšetření placenty, na níž mohou být zřejmé patologie, které zapříčinily smrt plodu. Mezi ně patří například edém či stromální fibróza klků, ztluštění bazální membrány trofoblastu či usazení fibrinu na mateřské straně placenty, které se objevují po 5-6 dnech. Na pupečníku lze také pozorovat různé změny. Objevuje se stejně jako u placenty edém, barevné změny způsobené hemoragickou imbibicí či úbytek Whartonova rosolu. Poté je potřeba odeslat tělo novorozence včetně placenty k patologickoanatomické pitvě, eventuálně je možno požádat o pitvu soudní, je-li podezření na úmyslné zavinění matkou či zanedbání péče personálu (Hájek a kol., 2004, s. 375-376).

### 3 PÉČE O POZŮSTALÉ

Truchlení obou rodičů probíhá mnohdy velmi odlišným způsobem. Může docházet k vzájemnému nepochopení mezi oběma partnery. Truchlení matky dítěte probíhá na základě různých faktorů, jako jsou například její temperament či povaha. Všeobecně však lze popsat typické reakce na zármutek. Hned na počátku žena odmítá dané skutečnosti uvěřit, je v šoku a zmatená z toho, co se vlastně stalo. Postupně se začne objevovat touha po dítěti, žena si přeje, aby se vrátilo zpět a aby vše bylo zase jako dřív. A mnohdy žena nedovede soustředit své myšlenky na nic jiného. Vzápětí se může objevit popření skutečnosti, kdy se žena chová, jako by bylo všechno v pořádku. Pocity hněvu a nespravedlnosti jsou také typickou reakcí na zármutek. Žena se zlobí na své okolí, má dojem, že jí nikdo nerozumí a stále nemůže pochopit, proč se to stalo právě jí. Stále se s pocitem viny znova a znova probírá smrtí dítěte a hledá, kde udělala chybu a co mohla změnit. Žena má zde velkou potřebu o tom všem hovořit a rozebírat své pocity. Až poté přichází přijetí ztráty za doprovodu lítosti a stesku. Žena je však smířena s celou situací a přijímá ji jako životní zkušenost a již dokáže hledět na svět trochu jinak, než doposud. Délka truchlení u ženy může trvat jeden až dva roky (Špaňhelová, s. 2-3).

Zato truchlení otců dítěte probíhá podstatně jinak. Od sdělení diagnózy se jejich roli stává ochránce ženy před dalšími negativními prožitky. Dále přebírají roli hlavního komunikátora mezi ženou a zdravotnickým personálem, zvláště pak na něj připadá komunikace s okolním světem. Jsou stále v pracovním procesu a navíc se aktivněji zabývají povinnostmi v domácnosti, na které žena nestačí. Sami velmi často vyhledávají další úkoly navíc, které jim pomohou odpoutat se myšlenkově od smrti dítěte. U mužů též pozorujeme několik konfliktních rolí: role silného muže, který nepláče, není tím slabochem, ale je naopak tím, který právě teď musí být silný a odvážný; role ochránce, kterou umocňují pocity selhání, že nedokázal ochránit dítě a v důsledku toho ani svou rodinu před žalem a bolestí; role soběstačného muže, který si nepřipouští jakékoli emoce, nezabývá se svými pocity, stojí pevně na vlastních nohou, aby se z toho nezhroutil; role zajistitele, neboť on se musí postarat o rodinu, vrátit se do práce, kde se všichni kolegové chovají jinak, čímž umocňují pocit selhání a dohání tak otce k větší izolaci od společnosti – pracuje na přesčasy a utíká ke svým koníčkům. Většina z těchto rolí, přestože to tak nevypadá, jsou způsobem, jak muži zvládají a vypořádávají se se svým žalem. Mnohdy to zvládají rychleji, než ženy, čímž může mezi partnery docházet ke vzniku různých problémů. Často se muži uzavírají do sebe před světem, a hledají cestu jak se s touto zkušeností vypořádat. Toto chování je zcela

fyziologické, pokud se otec dokáže po čase ze své uzavřenosti vrátit zpět (Ratislavová, 2008, s. 77-78).

### **3.1 Proces rozloučení**

Rozloučení s mrtvě narozeným dítětem je důležitou součástí procesu truchlení. Nemocniční zařízení by mělo být schopno poskytovat rodičům jak prostory, tak i čas k rozloučení se se svým potomkem. Tento akt může probíhat přímo na porodním sále, či na oddělení, kde bude matka po porodu ještě pár dnů sledována. Tam mohou s dítětem strávit poslední chvíle. Proces rozloučení může být pojat i jako jakýsi obřad, kdy je možné zažehnout svíci, rodiče si mohou své děťátko okoupat a obléknout. Tento rituál je v západních zemích běžnou praxí (Ratislavová, Beran a Kašová, 2012, s. 507). Mnozí rodiče se však tomuto rituálu záměrně vyhýbají právě ze strachu, z pocitu nejistoty či z únavy po porodu. Úkolem zdravotnického personálu je však s rodiči komunikovat a podat jim dostatečné množství informací o tom, co s děťátkem bude, kde bude uloženo jeho tělíčko. Není však vhodné rodiče do rozloučení nutit, nicméně je zapotřebí toto téma podrobněji vysvětlit ještě před porodem (Kasparová a Bužgová, 2010, s. 393). Na procesu rozloučení, zejména u rodičů, kteří své dítě vidět nechtěli, se podílí i možnosti, které jim toto setkání poskytnou až tehdy, kdy si své prvotní rozhodnutí rozmyslí a hledají u zdravotnického zařízení pomoc. Jedná se o upomínkové předměty, jako jsou otisky nožiček a ručiček, pramínek vlásků, svíčka se jménem dítěte, fotografie či oblečení. Tyto předměty jsou pro ně důkazem hmatatelné existence jejich dítěte i jeho ztráty. Tyto rituály mohou být v naší společnosti vnímány jako zvrácené, je však prokázáno, že proces rozloučení pomáhá uzavřít celou událost a započít fyziologický proces truchlení (Ratislavová, 2008, s. 76). Není-li však rodičům dopřáno, aby se se svým dítětem řádně rozloučili, může se u nich začít projevovat tzv. dysfunkční smutek neboli komplikované truchlení. Dysfunkční truchlení brání pak rodičům vrátit se zpět k dosavadnímu životu a vykonávat v něm běžné aktivity. Rodiče se cítí příliš unavení, vyčerpaní či zarmoucení na to, aby byli schopni pracovat či vykonávat běžné domácí činnosti, nebo dokonce se starat sami o sebe. Komplikované truchlení je většinou diagnostikováno až po určité době, kdy by se projevy normálního truchlení měly postupně snižovat. Jakékoli prolongované truchlení, či pomýšlení na vlastní smrt, které do jisté míry spadá do normálního truchlení, a její promýšlení jsou již projevy dysfunkčního truchlení. Řadí se sem i zneužívání návykových látek. Zde je potřeba vyhledat profesionální pomoc psychologa, psychoterapeuta či psychiatra (Špatenková a Králová, 2009, s. 121).



### 3.2 Pohřeb

Jedním ze způsobů, jak se s dítětem rozloučit a vyjádřit svůj žal, je uspořádání pohřebního či jiného obřadu. Přestože je pohřeb událostí velmi tíživou a náročnou, stává se přínosem pro rodiče z hlediska přijetí ztráty a konečného smíření se s realitou smrti jejich dítěte. Přináší také vzpomínky, které by pak rodiče při procesu truchlení a vyrovnávání se se ztrátou postrádali. Je však potřeba dát rodičům potřebný prostor a možnost volby takového pohřebního obřadu, jaký si sami pro své dítě přejí (Kohner a Henley, 2013, s. 111-112).

O problematice v případě uspořádání pohřbu pro mrtvě narozené dítě je nutno rodiče předem a srozumitelně informovat, což je dle Bernana (2009, s. 28) povinností porodníka. Neboť na již mrtvě narozené dítě se nevztahuje zákon č. 256/2011 Sb. (o pohřebnictví). Díky tomu může nemocnice s tělem dítěte zacházet svévolně. Přestože v dnešní době nemocnice poskytují rodičům možnost rozloučit se se svým dítětem, nemusí to nutně platit vždy. Po předání Listu o prohlídce zemřelého matce totiž ubíhá 96 hodinová lhůta, kdy mají rodiče čas na sjednání pohřbu pro své dítě. Vzhledem k tomu, v jakém rozpoložení se v takovou chvíli rodiče nachází a matka bývá ještě mnohdy pár dnů hospitalizována, nemusí tuto lhůtu stihnout, přestože o pohřeb mají reálný zájem. Nemocnice pak nakládá s tělem dítěte dle vlastního provozního řádu. Buď se tělo dítěte zpopelní v krematoriu, kdy je pak popel rozptýlen nebo uložen do společného hrobu, nebo je tělo spáleno v nemocniční spalovně. Jestliže však rodiče projeví zájem o pohřeb, mají též ze zákona (č. 366/2011 Sb.) po zažádání nárok na pohřebné ve výši 5000,- Kč. Situace v případě dítěte, které zemřelo až po porodu, je již pod záštitou zákona č. 256/2001 Sb. (o pohřebnictví). Zde je stejná lhůta 96 hodin na sjednání pohřbu, avšak v případě nezájmu pozůstalých má povinnost vypravit pohřeb obec (Prázdná kolébka, [2013]).

U těch rodičů, kteří pohřeb neuspořádali a nemají tak hrob či jiné místo, které by mohli navštěvovat, zároveň přichází i o místo, kam by mohli směřovat svůj žal. Mnohdy ani netuší, jak bylo s tělem dítěte naloženo a sami pak zjišťují, že jim rozloučení s jejich dítětem chybí a oni se tak ani nemohou se svou ztrátou doopravdy vyrovnat. Začínají si až po delší době uvědomovat, že postrádají vzpomínky i řádné ukončení své negativní životní zkušenosti. Nedostává se jim patřičné schopnosti truchlit ani konečného smíření. Možností, jak z tuto situaci napravit, je zjistit, kde jsou pozůstatky dítěte uloženy. Další možností je uspořádání vzpomínkového obřadu, což dělává i více rodin se stejnou zkušeností společně. Taková ceremonie může pomoci rodičům i deset až dvacet let po ztrátě dítěte (Kohner a Henley, 2013, s. 113-115).

### 3.3 Odborná péče

Při problematice perinatální ztráty či porodu mrtvého plodu je potřeba kvalitní péče a empatický přístup zdravotnických pracovníků jak před porodem, tak v průběhu porodu a v období po něm. Pomoc pozůstalým může být poskytována hned několika způsoby, od laické až po tu profesionální. V zahraničí dokonce existují skupiny, jež se specializují právě na pomoc rodičům po perinatální ztrátě. Toto specializované uskupení se sestává z lékaře, sestry, psychologa, duchovního a sociální pracovnice, kteří spolupracují a společně se na podávání pomoci podílejí (Kasparková a Bužgová, 2010, s. 389-390).

Přestože se může zdát, že rodiče po porodu mrtvého plodu odbornou pomoc nepotřebují, je nasnadě ji přesto doporučovat. Projít obdobím truchlení závisí na osobnosti rodičů, na jejich životních zkušenostech, na míře podpory od jejich okolí. Je pak úkolem porodní asistentky pečující o rodiče v rámci ambulantní péče, aby včas zaznamenala patologie v reakcích rodičů a ty pak konzultovat s lékařem, aby byla včas doporučena patřičná péče specialisty (Ratislavová, 2008, s. 77). Existuje několik možností poradenství pro rodiče vyrovnávající se se ztrátou dítěte. Rodiče nejčastěji i bez doporučení, sami od sebe, vyhledávají pomoc u těch, kteří si prošli či právě prochází stejnou tragickou událostí. Tato potřeba vyvstává ve chvíli, kdy přestávají pociťovat podporu ze svého okolí, přestože jejich truchlící proces nebyl zdaleka dokončen. Namísto toho přichází o porozumění nejen ze strany ostatních rodinných příslušníků, ale i přátel. Cítí se sami, nemají se komu svěřit a vypovídat ze své bolesti. Právě proto rodiče se obrací s prosbou o pomoc právě k takovým lidem, kteří si podobnou situaci prožili, protože právě oni mohou pochopit jejich hluboký zármutek. Prostřednictvím různých organizací vznikají ve světě svépomocné skupiny (Kohner a Henley, 2013, s. 132-133). Jedná se o speciální formu skupinové terapie, která má velmi pozitivní výsledky. Rodičům je zde kromě empatického přístupu též dodávána jakási útěcha a naděje, že i oni se jednou přes tuto situaci zvládnou přenést. Pomoc se dostává také v oblasti pozdějších fází truchlení, kdy jsou pozůstalým nabídnuty rolové modely pro socializaci a identifikaci. Svépomocná skupina také odbourává pocity osamělosti, izolovanosti a zoufalství. Rodiče mohou kdykoli projevit své pocity – plakat, smát se – a mohou říkat i věci, které by si mimo ni říct nedovolili. Mohou zde otevřeně vzpomínat a své vzpomínky rozebírat. Mohou také vyjadřovat své myšlenky a pocity bez vysvětlení. Tento způsob poradenství je dobrovolný, rodičům dovoluje se kdykoli zapojit či odejít (Špatenková, 2013, s. 69-71).

Další možnou pomocí pro pozůstalé je poradenství párové. Při úmrtí dítěte může dojít k prohloubení již dříve vzniklých problémů mezi partnery, jejichž následkem pak dochází k narušení jejich vztahu. U párů také dochází ke vzájemnému nepochopení při procesu truchlení, kdy ani jeden nenachází dostatečnou oporu, jakou by potřebovali či očekávali. Stejně jako každý člověk prožívá proces truchlení svým vlastním způsobem, stejně tak tomu je i v případě partnerů. To vše může vést ke vzniku konfliktů a nedorozumění mezi partnery. U mnohých případů se jeví jako potřebné odesílat rodiče do manželské poradny. Nicméně jestliže se nejedná o silné obavy z rozpadu vztahu, je vhodnější pracovat s rodiči v rámci poradenství pro pozůstalé a nechat je projít důležitým procesem truchlení. Po roce terapií je pak vhodné zhodnotit, zda stejné obavy z rozpadu manželství přetrvávají, či nikoli (Špatenková, 2013, s. 65-66).

Individuální poradenství formou jeden poradce – jeden klient, se mnohdy jeví jako nejvýhodnější. Při této terapii je možno provádět poradenství dle potřeb daného klienta, s ohledem na fázi procesu truchlení i na osobnost klienta (Špatenková, 2013, s. 64). Tuto formu poradenství mohou praktikovat i zdravotničtí pracovníci, jež se setkávají s rodiči při provádění ambulantní péče. Jedná se zejména o praktické lékaře, porodní asistentky či sociální pracovníky. Nabízí tak rodičům možnost rozhovoru s cizím člověkem a zároveň odborníkem, jemuž je jednodušší se svěřit a důvěřovat. Svou prací pomáhají rodičům uvědomit si a identifikovat vlastní pocity. Pomáhají jim nalézt cestu, jak se vypořádat se zármutkem. Mnozí rodiče si uvědomí i několik let po smrti svého dítěte, že právě takovou péči potřebují, neboť se stále cítí uvězněni ve svém zarmoucení a nejsou schopni se s touto situací stále vypořádat (Kohner a Henley, 2013, s. 133-134).

### **3.4 Pomáhající organizace**

Pro rodiče, kteří si prošli, prochází nebo mají projít ztrátou svého dítěte, existuje v České republice organizace, která se snaží pomoci vyrovnat se s touto tragickou událostí a podporovat je k návratu k dřívějšímu životu. Jedná se o občanské sdružení Dlouhá cesta, které vzniklo v roce 2005 díky matkám, které si ztrátou dítěte prošly a společně ji prožívaly. Snahou tohoto sdružení je podpora pozůstalých rodin a jejich členů jak po psychické, tak i po praktické stránce. Zaměřuje se na rodiče, které přišli o své dítě jakéhokoli věku a bez ohledu na příčinu jeho úmrtí. V rámci tohoto sdružení vzniká také několik projektů i aktivit ve spolupráci se odbornou veřejností, díky nimž napomáhají zlepšit a zkvalitnit komunikaci s pozůstalými. První projekt nese název „*Nejste sami*“, který představuje spojení laických, avšak odborně proškolených

poradců, kterými jsou zejména rodiče či příbuzní, kteří si zkušeností ztráty dítěte prošli a nyní se snaží pomáhat ostatním. Tento projekt vznikl díky rodičům, kteří se ocitli v této situaci a kteří v době truchlení postrádali porozumění u svých blízkých, v rodině, tápali v komunikaci s institucemi, nedokázali řešit své problémy. Z vlastní iniciativy pak začali vyhledávat kontakt s lidmi, kteří si prošli stejnou životní zkušeností. Dalším projektem je „Prázdná kolébka“, jež byl vytvořen na pomoc a podporu rodičům, kteří o své dítě přišli během porodu či krátce po něm. Vznikl též v důsledku ne vždy adekvátního chování zdravotnických pracovníků, kteří v této situaci nejsou schopni správně jednat a poskytovat rodičům dostatečnou péči a podporu, zejména ve fázi rozloučení se s dítětem. Projekt „Barevný anděl“ je další součástí sdružení na podporu příbuzných zemřelého dítěte. Zaměřuje se právě na pozůstalé sourozence těchto mrtvých dětí, kterým je v rámci projektu proměněn jejich dětský pokojíček, jehož změna přispívá ke zlepšení a podpoře vztahů v rodině. Mnohdy se totiž stává, že dojde k poruchám v komunikaci, nebo k extrémům ve smyslu přehnané péče či naopak ztrátou zájmu ze strany rodičů. „Zapalme svíčku“ je jednou z akcí, které toto sdružení každoročně pořádá v rámci Světového dne památky zesnulých dětí na druhou neděli v prosinci. Mimo vzpomínkových akcí, různých koncertů a mší je vždy na programu zapálit za zemřelé děti svíčky přesně v 19.00 hodin. Tato akce vychází z tradice mezinárodní organizace „Soucitní přátelé“, která je pořádána po celém světě a spojuje tak všechny rodiny a přátele (Haruštiaková a Hráská, 2014, s. 34).

Dalším spolkem je Perinatální hospic, který se zaměřuje na pomoc rodičům při očekávaném úmrtí dítěte se závažnou zdravotní diagnózou. Na svých internetových stránkách poskytuje základní informace a rady pro rodiče, podporu při plánování posledních okamžiků, které prožijí se svým dítětem bezprostředně po porodu. Napomáhá tak uskutečnit patřičné rozloučení rodičů se svým dítětem. Za své si bere i poskytování paliativní péče novorozenci, jež má za úkol zajistit potřebné pohodlí, tišení bolesti a léčbu nepříjemných projevů daného onemocnění. (Pazdera, [2014]) Tento spolek se zaměřuje i na podporu práce zdravotnických pracovníků a všech, kteří se mohou podílet na paliativní péči o tyto děti a rodiče. Mohou to být jak gynekologové a porodníci, porodní asistentky, zdravotní sestry, neonatologický tým, pediatři, duchovní, sociální pracovníci, tak i pohřební služby, tlumočníci či dobrovolníci. Neboť i péče o pozůstalé je ve chvílích ztráty a truchlení bezesporu nedílnou součástí perinatální paliativní péče. Samotné truchlení nastává již v době, kdy je rodičům sdělována šokující diagnóza a pokračuje i po smrti narozeného dítěte. Proto je nutná nepřetržitá, na sebe navazující paliativní péče ve všech podmínkách (Limbo, Toce

a Peck, 2011, s. 1-2). V rámci tohoto spolku vznikl projekt „*Andělský fotograf*“. Jedná se o sdružení dobrovolných fotografů, kteří jsou ochotni pomoci právě těmto rodinám se zachycením posledních okamžiků ze života jejich dítěte. Pomáhají tak vytvořit vzpomínky, hmatatelný důkaz existence jejich potomka, a usnadňují tak rodičům projít si touto životní situací i procesem truchlením (Pazdera, [2014]).

V neposlední řadě bylo založeno též sdružení Tobit, jehož cílem je pomoci těm rodičům, jež mají zájem o pohřbení potraceného plodu či mrtvě narozeného dítěte. Součástí jejich práce je též pohřbívání opuštěných mrtvorozených dětí, ve spolupráci s několika nemocnicemi v České republice, do speciálních hrobů Tobitu. Mezi první patří například hrob na Vinohradském hřbitově v Praze. Úsilím této organizace je též novelizace a reforma zákona č. 256/2011 o pohřebnictví a zákona č. 372/2011 o zdravotnických službách (Tobit z. s., 2014).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jakým způsobem probíhá poskytování péče rodičům při porodu mrtvého plodu porodními asistentkami?
2. Jak porodní asistentky osobně vnímají porod mrtvého plodu?
3. Jaké mají porodní asistentky znalosti o navazujících službách pro pozůstalé rodiče?

## **5 METODIKA VÝZKUMU**

### **5.1 Typ výzkumu**

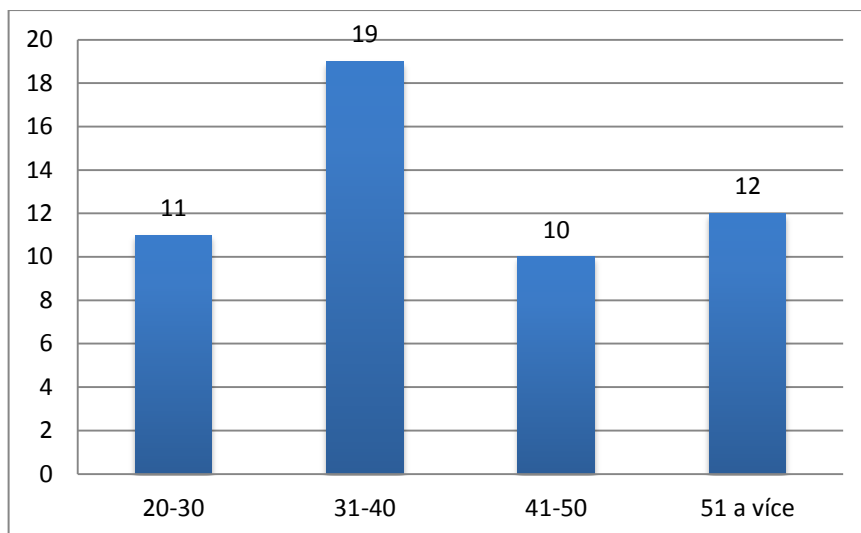
Diplomová práce je zpracována na základě kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum popisuje skutečnost pomocí proměnných. V případě kvantitativního výzkumu se pracuje převážně s velkým počtem respondentů. K získávání a zpracování dat využívá dotazníkové metody, standardizovaného rozhovoru, analýzy dat aj. (Kutnohorská, 2009, s. 21-22). Kvantitativní výzkum byl zvolen, neboť tato metoda umožňuje sběr dat od velkého počtu respondentů v krátkém čase.

### **5.2 Organice výzkumného šetření**

Pro vytvoření dotazníků byla v březnu 2015 vyhledána a následně nastudována odborná literatura. Pro vyhledávání odborných článků byly použity vyhledávače EBCOhost, ProQuest a Medvik. Na základě nastudované problematiky byly v dubnu 2015 vypracovány cíle práce a strukturovaný dotazník (viz příloha A), jež obsahuje 30 otázek. Bylo užito otevřených, uzavřených i polootevřených otázek. V květnu 2015 byly zvolené nemocnice z České republiky osloveny a požádány o umožnění průběhu dotazníkového šetření. Souhlasy o provedení výzkumu potvrdilo 5 ze 6 oslovených nemocnic. Sběr dat pak probíhal v období květen 2015 až leden 2016. Dotazníky byly rozdány na základě písemného souhlasu do pěti různých nemocnic, na porodní sály gynekologicko-porodnického oddělení. Bylo rozdáno 70 dotazníků, návratnost byla 57 (81,4 %) dotazníků. K vyhodnocení dat bylo použito 52 dotazníků, 5 dotazníků bylo vyřazeno. 52 vyhodnocených dotazníků je v práci považováno za 100,0 %.

### **5.3 Popis výzkumného souboru**

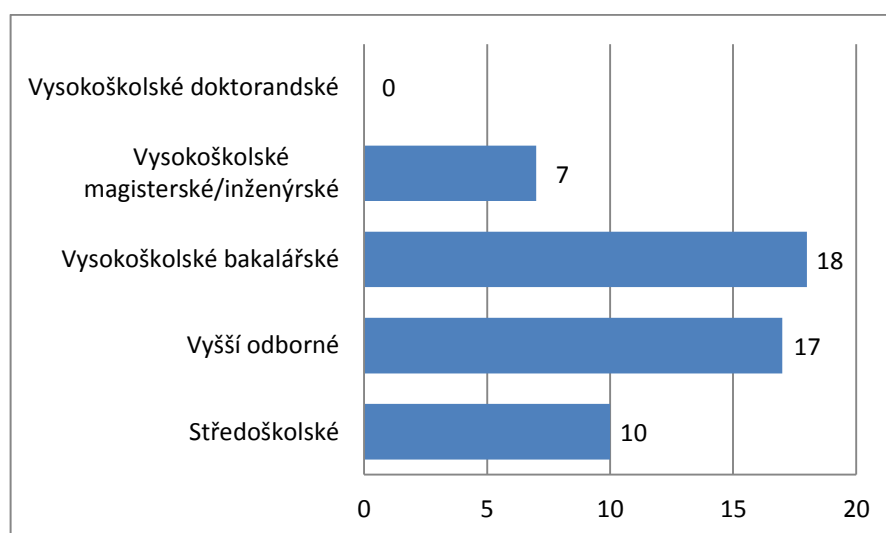
Při dotazníkovém šetření byly osloveny všechny porodní asistentky, které pracují na porodním sále. Vyplnění dotazníku probíhalo dobrovolně a zcela anonymně. V rámci první dotazníkové otázky byl zjištěn věk odpovídajících porodních asistentek.



**Obrázek 1** Graf s věkovým rozložením respondentů

Z 52 dotazovaných (100,0 %) 19 respondentek (36,5 %) uvádí svůj věk v rozmezí 31-40 let. Druhou nejpočetnější skupinou, jež tvoří 12 respondentek (23,1 %), je věková skupina v rozmezí 51 a více let. 11 respondentek (21,2 %) patří do skupiny udávající věk od 20-30 let. Do poslední skupiny ve věku 41-50 let patří 10 odpovídajících porodních asistentek (19,2 %). Viz obrázek č. 1.

Druhá dotazníková otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentek.

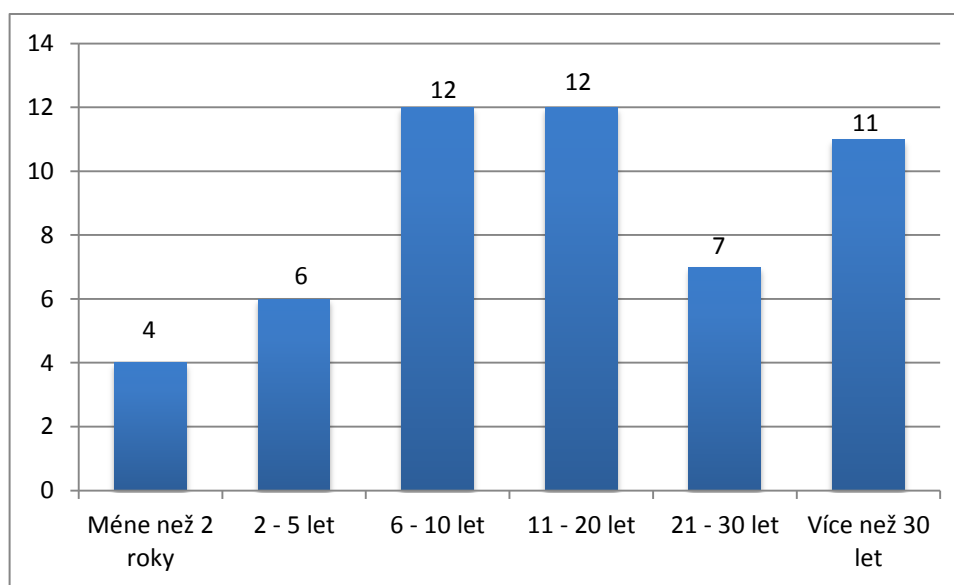


**Obrázek 2** Graf znázorňující dosažené vzdělání respondentů



Nejvyšší dosažené vzdělání u porodních asistentek bylo vysokoškolské magisterské/inženýrské, jehož dosáhlo 7 odpovídajících (13,5 %). Vysokoškolského bakalářského studia dosáhlo 18 respondentek (34,6 %). 17 odpovídajících (32,7 %) uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání na vyšší odborné škole. Středoškolské vzdělání má 10 porodních asistentek (19,2 %). Žádná z respondentek neuvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské doktorandské. Toto rozdělení lze vidět na obrázku č. 2.

Třetí dotazníková otázka zjišťovala délku praxe porodní asistentky.



**Obrázek 3** Graf znázorňující délku praxe respondentek na porodním sále

Obrázek č. 3 znázorňuje rozdělení odpovídajících porodních asistentek dle délky praxe. Více než 30 let praxe uvedlo 11 respondentek (21,2 %). 21-30 let praxe má 7 dotazovaných porodních asistentek (13,5 %). 12 odpovídajících (23,1 %) uvedlo délku praxe v rozmezí 11-20 let a taktéž dalších 12 respondentek (23,1 %) má 6-10 let praxe. 2-5 let v praxi se v průběhu výzkumu nacházelo 6 porodních asistentek (11,5 %) a 4 porodní asistentky (7,7 %) byly v praxi méně než 2 roky.

## **5.4 Analýza dat**

Zaznamenání dat proběhlo pomocí programu Microsoft Excel 2010. Získané údaje byly zapsány do tabulek, v nichž každý sloupec představuje počet respondentů a každý řádek znamená zvolenou odpověď. Pro vyhodnocení získaných dat by použit program STATISTICA©. Grafy byly vytvořeny v programu Microsoft Excel 2010.

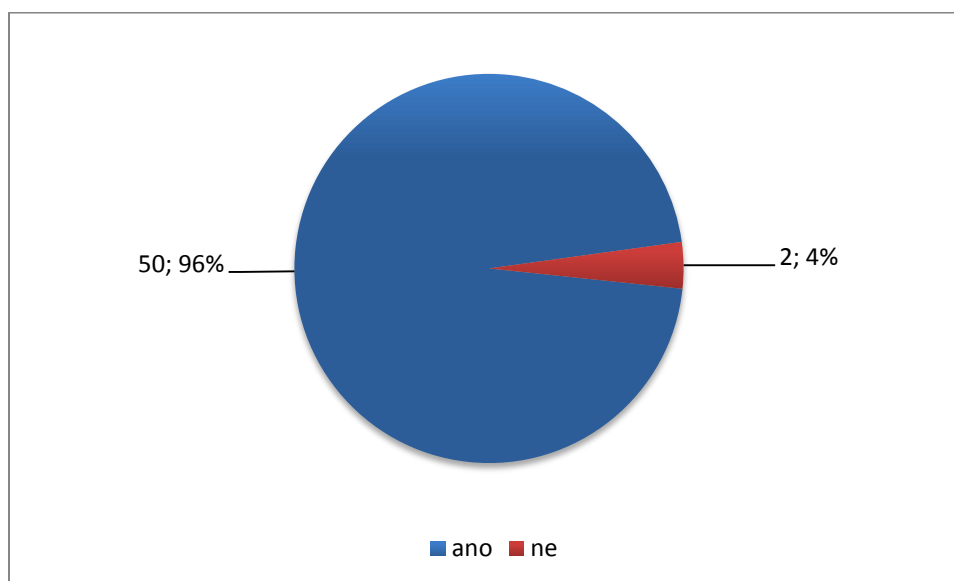
## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

První tři demografické otázky z dotazníku byly vyhodnoceny v kapitole 5 METODIKA VÝZKUMU.

Otázka č. 4 v dotazníku:

*„Setkala jste se během své praxe s porodem mrtvého plodu?“*

- a. *Ano*
- b. *Ne (pokračujte otázkou č. 6)*



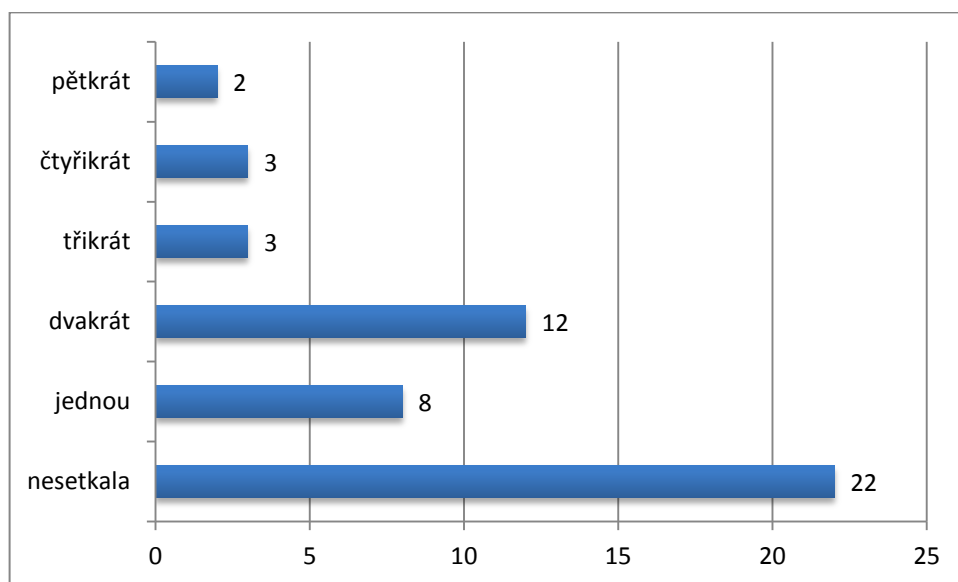
**Obrázek 4** Graf znázorňující zkušenost s porodem mrtvého plodu

Na otázku, zda se porodní asistentka setkala během své praxe s porodem mrtvého plodu, odpovědělo z 52 dotazovaných (100,0 %) kladně 50 respondentek (96,2 %) pouze 2 porodní asistentky (3,8 %) tuto zkušenost neprožilo. Viz obrázek č. 4.

Otázka č. 5 v dotazníku:

*„Kolikrát jste se za poslední rok setkala s porodem mrtvého plodu?“*

Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které se ve své praxi setkaly s porodem mrtvého plodu. Těchto 50 respondentek je bráno jako 100,0 %.

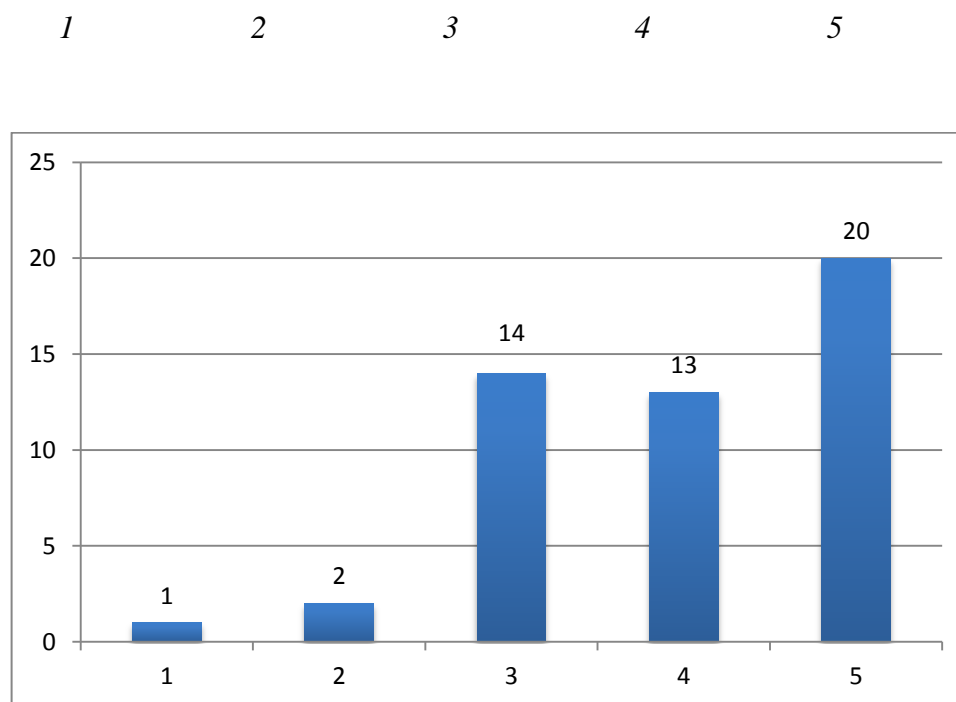


**Obrázek 5** Graf setkání PA s porodem mrtvého plodu za poslední rok

Za poslední rok se 22 dotazovaných (44,0 %) s porodem mrtvého plodu vůbec nasetkaly. 12 porodních asistentek (24,0 %) tuto zkušenost prožilo během posledního roku dvakrát, 8 respondentek (16,0 %) pouze jednou. 3 porodní asistentky (6,0 %) se setkaly s porodem mrtvého plodu třikrát a stejný počet, tedy 3 porodní asistentky (6,0 %), čtyřikrát. Pět setkání s porodem mrtvého plodu uvedly 2 dotazované (4,0 %). Počet setkání s porodem mrtvého plodu vyjadřuje obrázek č. 5.

Otázka č. 6 v dotazníku:

„Určete na stupnici, jaký pocit ve Vás vyvolává představa nebo přímá péče o ženu s mrtvorozeným dítětem? (1 – nemám obavy; 5 – největší obavy)“



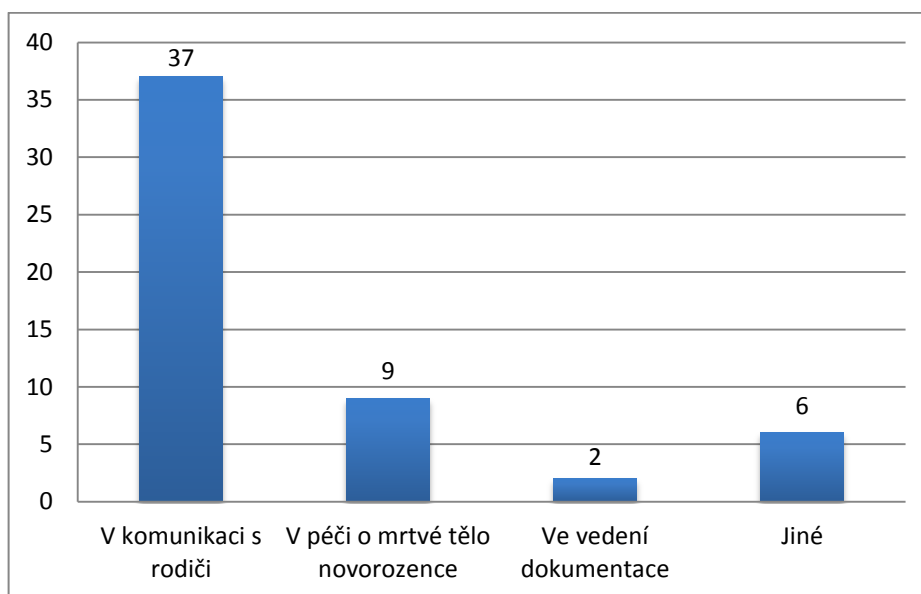
**Obrázek 6** Graf znázorňující stresovou zátěž respondentek

Na otázku, jaký pocit u odpovídajících vyvolává představa péče o ženu při porodu mrtvého plodu či samotný úkon, měly porodní asistentky označit číslo na stupnici od jedné do pěti. 20 respondentek (38,5 %) označilo číslo 5, které vyjadřovalo pocit největších obav. Číslo 4, jež představuje na stupnici velké obavy z této péče, označilo 13 respondentek (25,0 %). 14 respondentek (26,9 %) označením čísla 3 vyjádřilo střední obavy z této péče. Jen 2 respondentky (3,8 %) vyjádřily menší obavy označením čísla 2 a pouze 1 porodní asistentka (1,9 %), která zvolila číslo 1, se péče o ženu při porodu mrtvého plodu nebojí vůbec. Rozložení těchto odpovědí znázorňuje obrázek č. 6.

Otázka č. 7 v dotazníku:

„Uveďte, v čem vnímáte největší úskalí takové péče:“

- c. V komunikaci s rodiči
- d. V péči o mrtvé tělo novorozence
- e. Ve vedení dokumentace
- f. Jiné



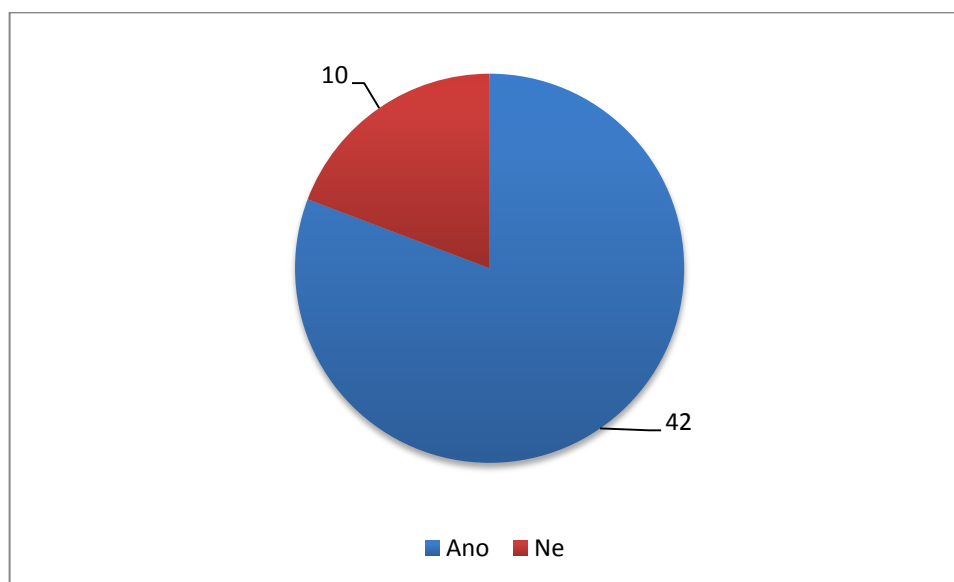
**Obrázek 7** Graf nejproblematictějších úkonů spojených s porodem mrtvého plodu

Jako největší úskalí v péči při porodu mrtvého plodu uvádí 37 porodních asistentek (71,3 %) komunikaci s rodiči. 9 porodních asistentek (17,3 %) označilo také péči o tělo mrtvého novorozence, 2 respondentky (3,8 %) vidí problém i ve vedení dokumentace. 6 porodních asistentek (11,5 %) uvedlo i jiné důvody, jako například: nedostatečná teoretická příprava, administrativa po porodu nebo spolupráce s ostatním personálem. Viz obrázek č. 7.

Otázka č. 8 v dotazníku:

„Ocenila byste určitou formu přípravy na takovou situaci?“

- a. *Ano*
- b. *Ne (pokračujte otázkou č. 10)*



**Obrázek 8** Graf znázorňující zájem o přípravu

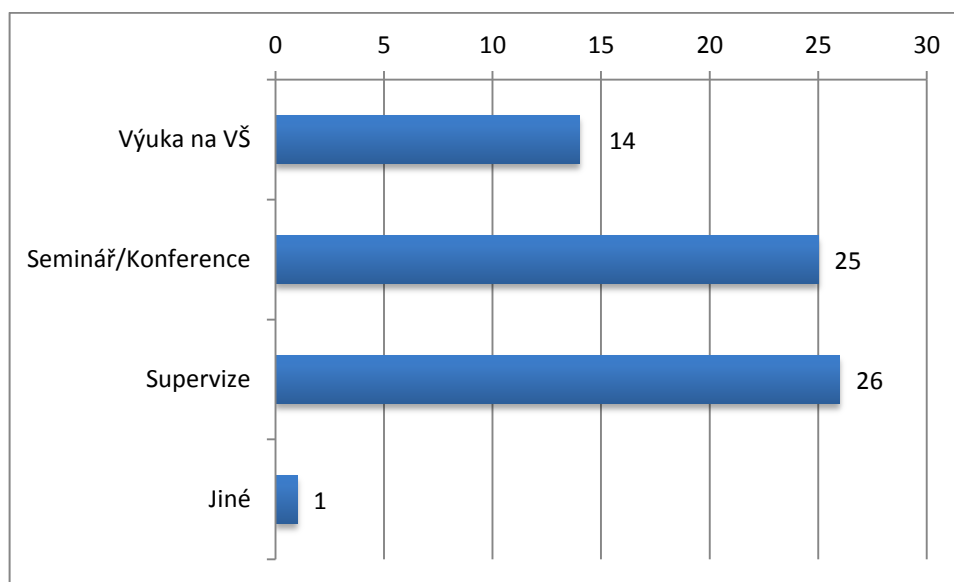
Obrázek č. 8 znázorňuje zájem porodních asistentek o přípravu na porod mrtvého plodu a péči s ním spojenou. Od 42 respondentek (80,8 %) byla odpověď kladná, 10 respondentek (19,2 %) o jakoukoli přípravu zájem nemá.

Otázka č. 9 v dotazníku:

„Jakou formu byste uvítala? (lze označit více možností)“

Na tuto otázku odpovídaly pouze ty respondentky, které v otázce č. 8 zvolily odpověď „ano“. Těchto 40 porodních asistentek je bráno jako 100,0 %.

- a. Formou výuky při přípravě na povolání (součást výuky na VŠ, VOŠ, SZŠ)
- b. Formou semináře v rámci konferencí
- c. V rámci zaměstnání – rozhovor s psychologem v užším kruhu spolupracovníků
- d. Jiné



**Obrázek 9** Graf znázorňující zájem o přípravu

Na obrázku č. 9 lze vidět zájem o konkrétní formy přípravy. Respondentky mohly zvolit více možností. Procenta jsou počítána k počtu respondentek. Nejvíce žádané bylo poskytování informací formou semináře či konference. Tuto formu by uvítalo 26 porodních asistentek (65,0 %). Další často označovanou možností byla příprava v rámci zaměstnání při rozhovoru s psychologem v užším kruhu spolupracovníků, kterou zvolilo 24 odpovídajících (62,5 %). 14 respondentek (35,0 %) by také uvítalo přípravu na takovou situaci v rámci výuky připravující

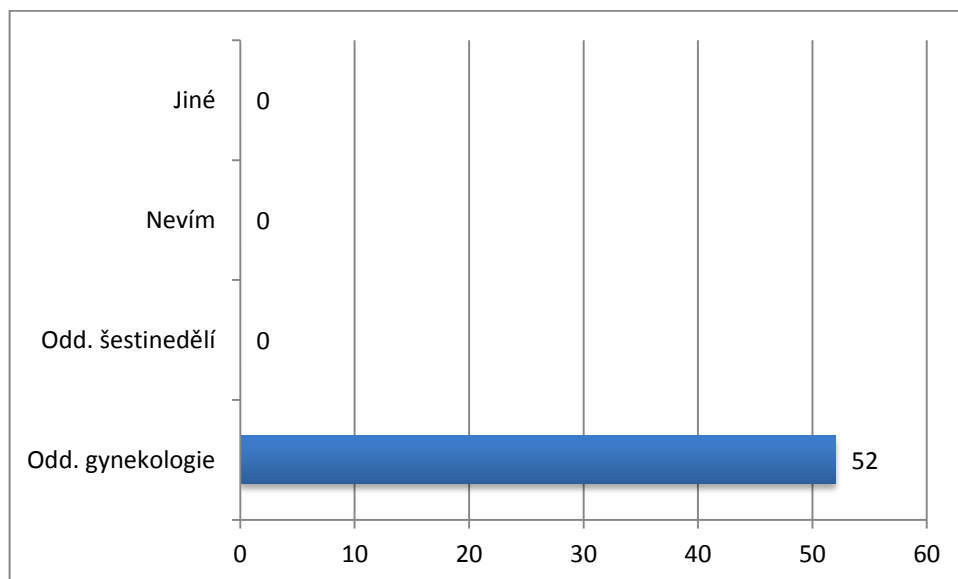


na povolání. 1 z odpovídajících (2,5 %) uvedla i jinou formu přípravy: předávání vlastních zkušeností.

Otázka č. 10 v dotazníku:

„Na které oddělení je klientka po porodu mrtvého novorozence umístěna?“

- a. *Odd. gynekologie*
- b. *Odd. šestinedělí*
- c. *Nevím*
- d. *Jiné*



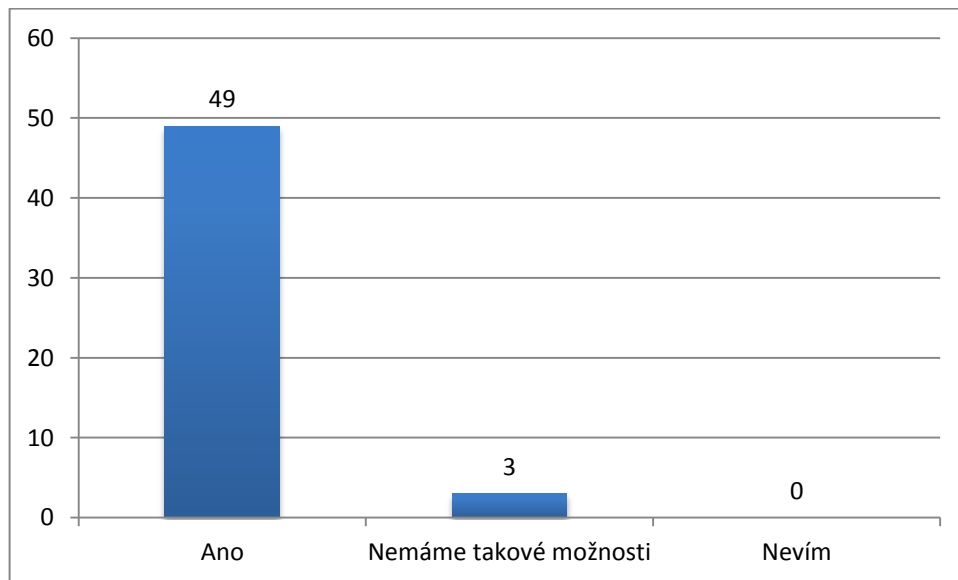
**Obrázek 10** Graf znázorňující umístění matky po porodu mrtvého plodu

Na obrázku č. 10 je znázorněno, na jaké oddělení je žena po porodu mrtvého plodu umístěna. Všechny porodní asistentky tedy 100,0 %, jež odpovídaly na dotazník, uvedly, že je žena vždy přeložena na oddělení gynekologie.

Otázka č. 11 v dotazníku:

„Máte možnost pro ženu vyčlenit samostatný porodní box?“

- a. *Ano*
- b. *Nemáme takové možnosti*
- c. *Nevím*



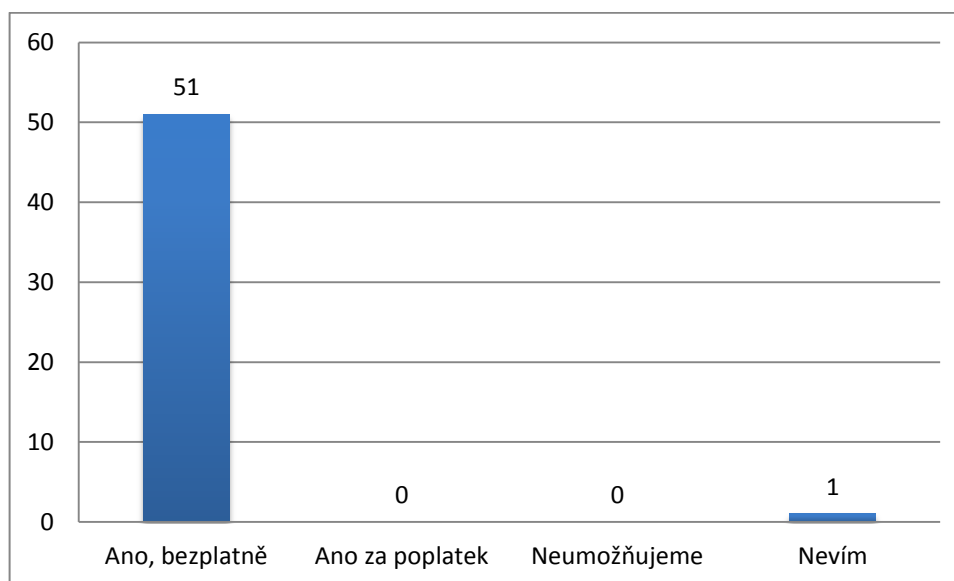
**Obrázek 11** Graf možností vyčlenění samostatného porodního boxu

Na obrázku č. 11 je vyobrazeno, mají-li nemocnice možnost vyčlenit pro ženu při porodu mrtvého plodu samostatný porodní box. Pouze 3 respondentky (5,8 %) uvedly, že tuto možnost nemají. U zbylých 49 porodních asistentek (94,2 %) byly všechny odpovědi shodné – kladné.

Otázka č. 12 v dotazníku:

„Umožňujete při porodu mrtvého dítěte přítomnost blízké osoby?“

- a. *Ano, bezplatně*
- b. *Ano za poplatek*
- c. *Neumožňujeme*
- d. *Nevím*



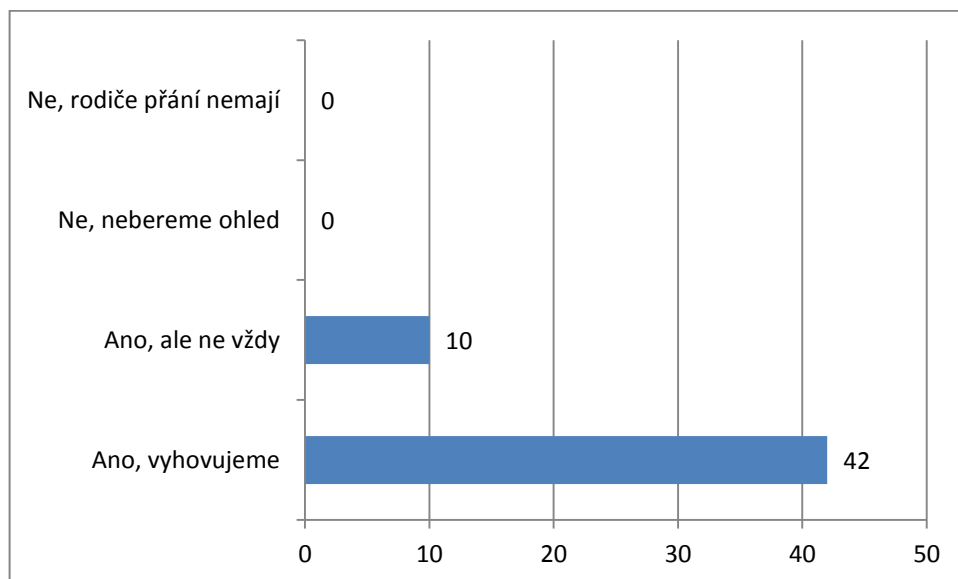
**Obrázek 12** Graf znázorňující možnost přítomnost blízkého u porodu

Na otázku, zda je při porodu mrtvého plodu umožněn ženám doprovod, odpovědělo 51 respondentek (98,1 %) kladně. Všechny nemocnice navíc dle odpovědí respondentek dovolují doprovázení ženy, aniž by za doprovod žádaly poplatek. Pouze 1 odpovídající (1,9 %) uvedla, že neví, zdali je ženě doprovod umožněn či nikoli. Žádná z odpovídajících porodních asistentek neoznačila odpověď „ano, za poplatek“ a odpověď „neumožňujeme“. Viz obrázek č. 12.

Otázka č. 13 v dotazníku:

„Vyhovíte vždy všem přáním rodičů týkajících se průběhu porodu či rozloučení s dítětem?“

- a. *Ano, snažíme se vyhovět všem přáním*
- b. *Ano, ale ne vždy je možné vyhovět všemu*
- c. *Ne, na přání většinou nebereme ohled*
- d. *Ne, rodiče většinou žádná přání nemají*



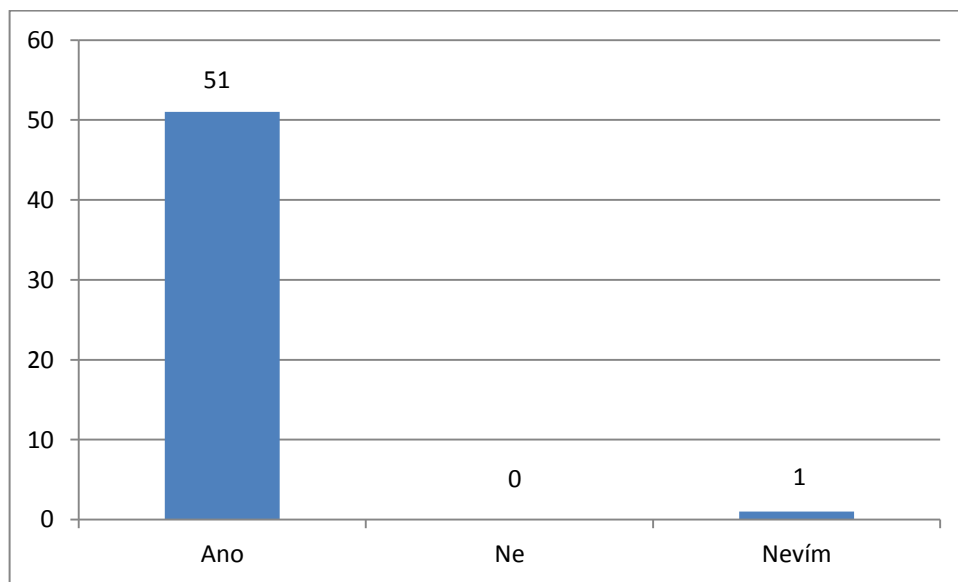
**Obrázek 13** Graf vyhovění přání rodičů

Obrázek č. 13 znázorňuje kladné odpovědi 42 respondentek (80,8 %), které se snaží vyhovět všem přáním rodičů a 10 respondentek (19,2 %), které vyhovují jen tehdy, je-li to možné. Ostatní odpovědi („Ne, nebereme ohled“ a „Ne, rodiče přání nemají“) nikdo z dotazovaných neoznačil.

Otázka č. 14 v dotazníku:

„Informujete klientku o možnosti epidurální analgezie (EDA) k tišení bolesti?“

- a. *Ano, EDA nabízíme*
- b. *Ne, naše zařízení tuto možnost nemá*
- c. *Nevím*



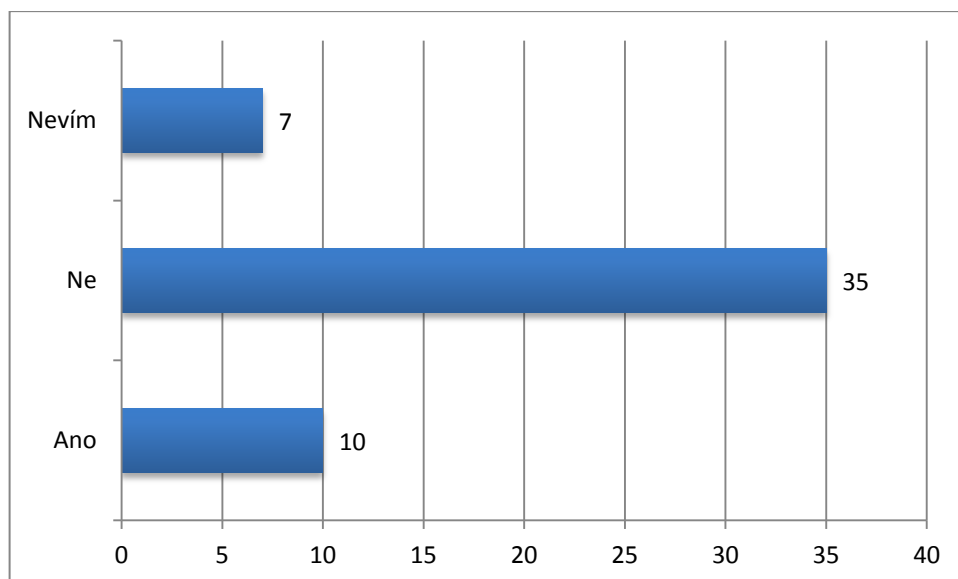
**Obrázek 14** Graf informování o epidurální analgezi

51 respondentek (98,1 %) odpovídalo kladně na otázku, zda informují klientku o možnosti epidurální analgezie. Pouze 1 porodní asistentka (1,9 %) zvolila odpověď „nevím“. Žádná z dotazovaných neoznačila odpověď „Ne“. Viz obrázek č. 14.

Otázka č. 15 v dotazníku:

*„Funguje ve vaší nemocnici podobně jako v nemocnicích zahraničních „perinatal bereavement team“ – tedy specializovaná skupina složená ze specializované sestry/porodní asistentky, psychologa, sociálních pracovníků, event. duchovního, která nabízí pomoc lidem s bolestnou ztrátou blízké osoby?“*

- a. *Ano (pokračujte otázkou č. 17)*
- b. *Ne*
- c. *Nevím*



**Obrázek 15** Graf fungování „perinatal bereavement teamu“

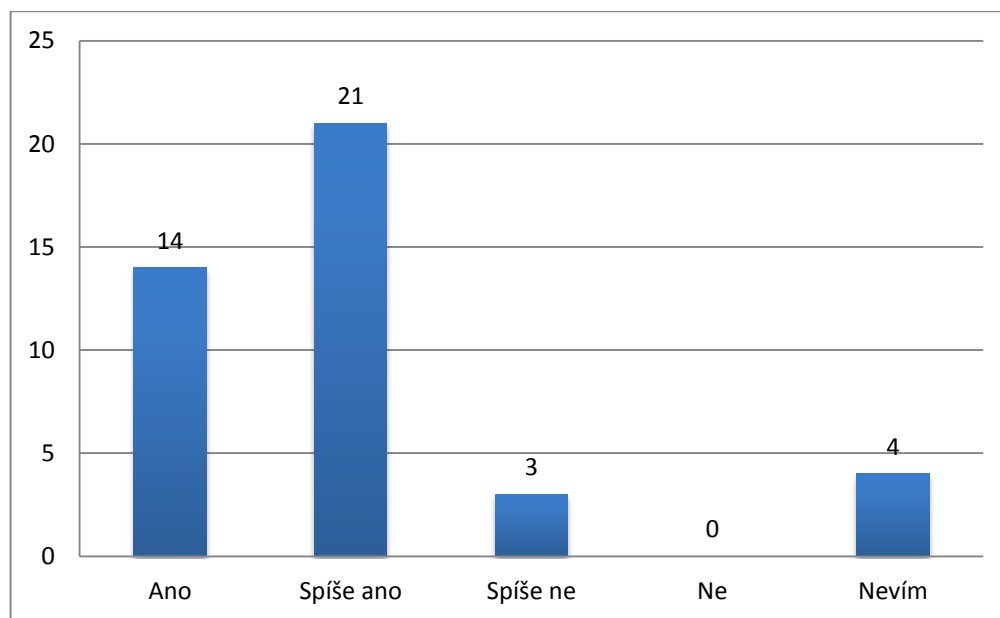
Na obrázku č. 15 je znázorněno fungování „perinatal bereavement teamu“ v nemocnicích, v nichž dotazované porodní asistentky pracují. Z 52 dotazovaných (100,0 %) odpovědělo 35 porodních asistentek (67,3 %), že tento team v jejich nemocnici nefunguje. Zato 10 respondentek (19,2 %) uvedlo, že perinatal bereavement team na jejich pracovišti funguje. 7 odpovídajících (13,5 %) uvedlo, že neví, zda tento team v jejich nemocnici existuje.

Otázka č. 16 v dotazníku:

*„Myslíte si, že by takový tým byl ve vaší nemocnici přínosný, užitečný?“*

Na tuto otázku odpovídaly ty porodní asistentky, které na předchozí otázku, zda v jejich nemocnici existuje „perinatal bereavement team“, odpověděly jinak než „ano“. Těchto 42 respondentek je bráno jako 100,0 %.

- a. *Ano*
- b. *Spíše ano*
- c. *Spíše ne*
- d. *Ne*
- e. *Nevím*



**Obrázek 16** Graf znázorňující názor na užitečnost „perinatal bereavement teamu“

14 porodních asistentek (33,3 %), jež v předchozí otázce popřely fungování „perinatal bereavement teamu“ ve své nemocnici, nyní označilo, že by funkci tohoto týmu vnímaly jako užitečný, 21 porodních asistentek (50,0 %) jako spíše užitečný. 3 odpovídající (7,1 %) fungování tohoto týmu vidí jako spíše neužitečný, 4 odpovídající (9,5 %) zvolily odpověď „nevím“. Žádná

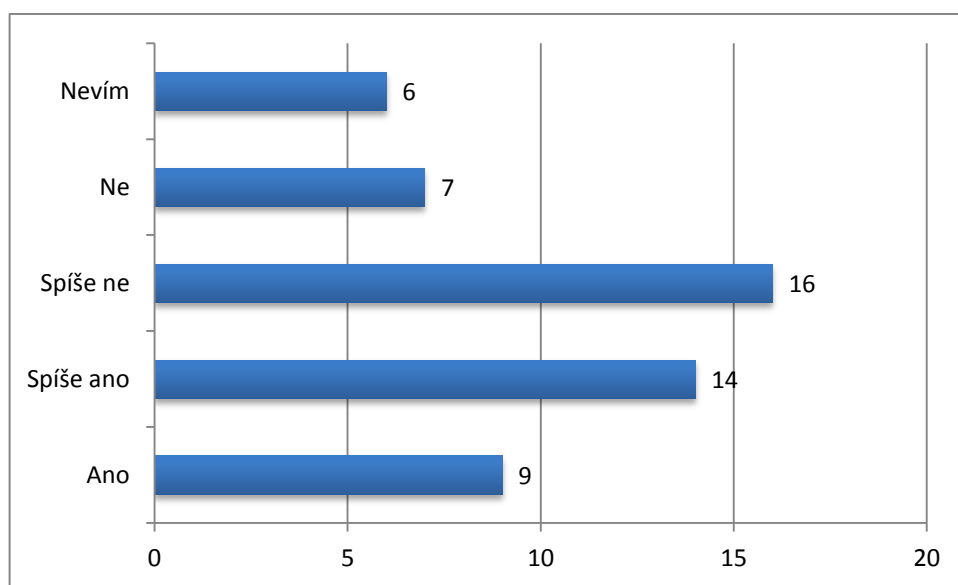


z porodních asistentek neoznačila odpověď „Ne“. Rozložení odpovědí je znázorněno na obrázku č. 16.

Otázka č. 17 v dotazníku:

„Podporujete/podporovala byste bonding u mrtvého dítěte?“

- a. *Ano*
- b. *Spíše ano*
- c. *Spíše ne*
- d. *Ne*
- e. *Nevím*



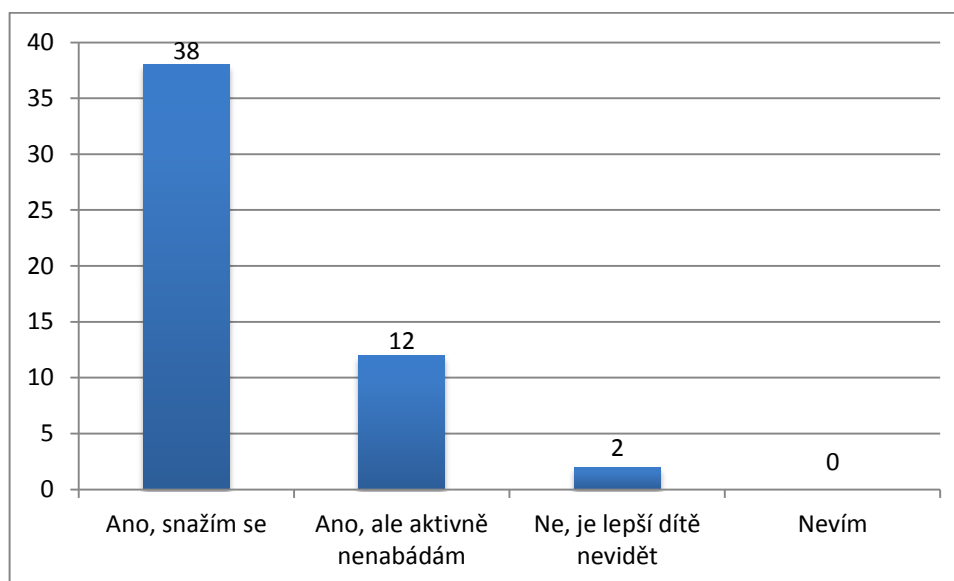
**Obrázek 17** Graf podpory bondingu

Obrázek č. 17 znázorňuje odpovědi porodních asistentek na otázku podpory bondingu mrtvého dítěte. 9 respondentek (17,3 %) uvedlo, že by bonding podporovaly nebo přímo podporuje. 14 porodních asistentek (26,9 %) uvedlo, že by spíše bonding podporovaly nebo jej spíše podporuje. Dalších 16 respondentek (30,8 %) pak uvedlo, že by spíše bonding nepodporovaly nebo jej spíše nepodporují. 7 porodních asistentek (13,5 %) bonding vůbec nepodporuje, nebo by jej nepodporovaly. 6 dotazovaných (11,5 %) nevědělo, jestli bonding podporuje/nepodporuje.

Otázka č. 18 v dotazníku:

„Myslíte si, že je důležité, aby se rodiče se svým dítětem patřičně rozloučili?“

- a. *Ano, snažím/snažila bych se je v tom podpořit*
- b. *Ano, ale příliš je nenabádám/příliš bych je nenabádala*
- c. *Ne, je lepší dítě nevidět*
- d. *Nevím*



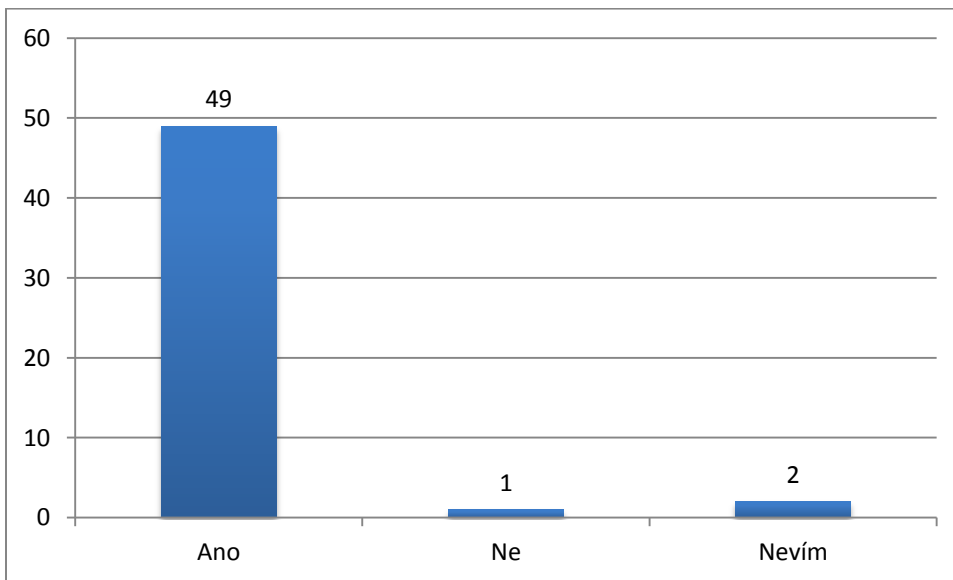
**Obrázek 18** Graf podpory rozloučení se s dítětem

Na otázku, zda je důležité podporovat patřičné rozloučení se rodičů s dítětem, odpovědělo 38 porodních asistentek (73,1 %), že se rodiče snaží podpořit, neboť je takové rozloučení důležité. 12 respondentek (23,1 %) uvedlo, že si důležitost rozloučení uvědomují, ale že příliš rodiče nepodporují. 2 z odpovídajících (3,8 %) zastávají názor, že je lepší dítě nevidět a že není ani důležité se s ním takto rozloučit. Odpověď „nevím“ neoznačila žádná z dotazovaných porodních asistentek. Grafické rozložení odpovědí je na obrázku č. 18.

Otázka č. 19 v dotazníku:

„Umožňuje vaše oddělení rodičům rozloučení se s dítětem?“

- a. *Ano*
- b. *Ne (pokračujte otázkou č. 21)*
- c. *Nevím*



**Obrázek 19** Graf znázorňující umožnění rozloučení se s dítětem”

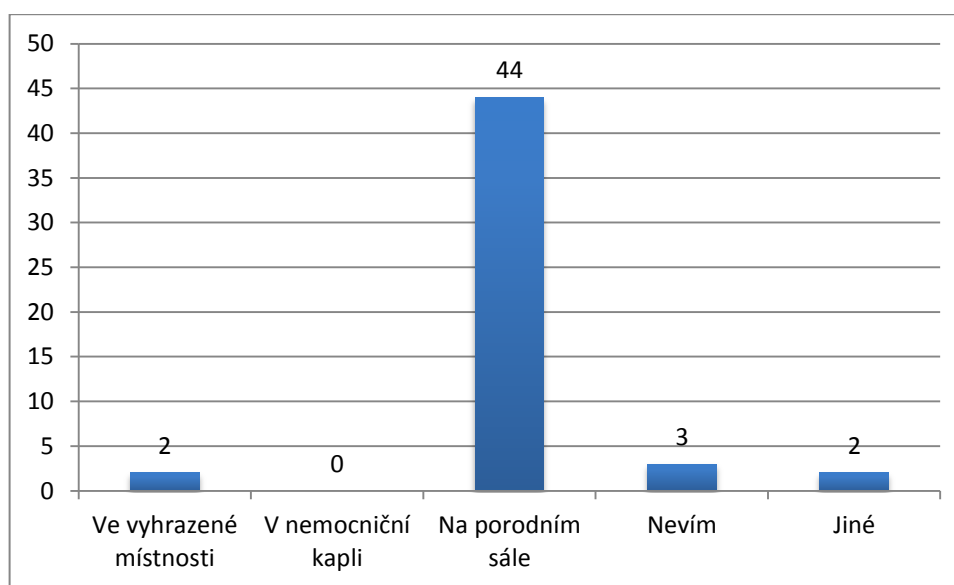
Obrázek č. 19 znázorňuje odpovědi porodních asistentek na otázku, zda umožňují rodičům rozloučení se s dítětem. Pouze 1 respondentka (1,9 %) odpověděla na tuto otázku záporně, 2 respondentky (3,8 %) označily odpověď „nevím“. Zbýlých 49 odpovídajících (94,2 %) odpovědělo, že jejich oddělení rozloučení s mrtvým dítětem umožňuje.

Otázka č. 20 v dotazníku:

„Kde ve Vaší nemocnici probíhá rozloučení se rodičů s jejich dítětem? (lze označit více možností.)“

Na tuto otázku odpovídaly pouze ty respondentky, které v přechozí otázce zvolily jinou odpověď než „Ne“. Těchto 51 respondentek je bráno jako 100,0 %.

- a. *Ve vyhrazené místnosti*
- b. *V nemocniční kapli*
- c. *Na porodním sále*
- d. *Nevím*
- e. *Jiné*



**Obrázek 20** Graf znázorňující místa rozloučení se s mrtvým dítětem

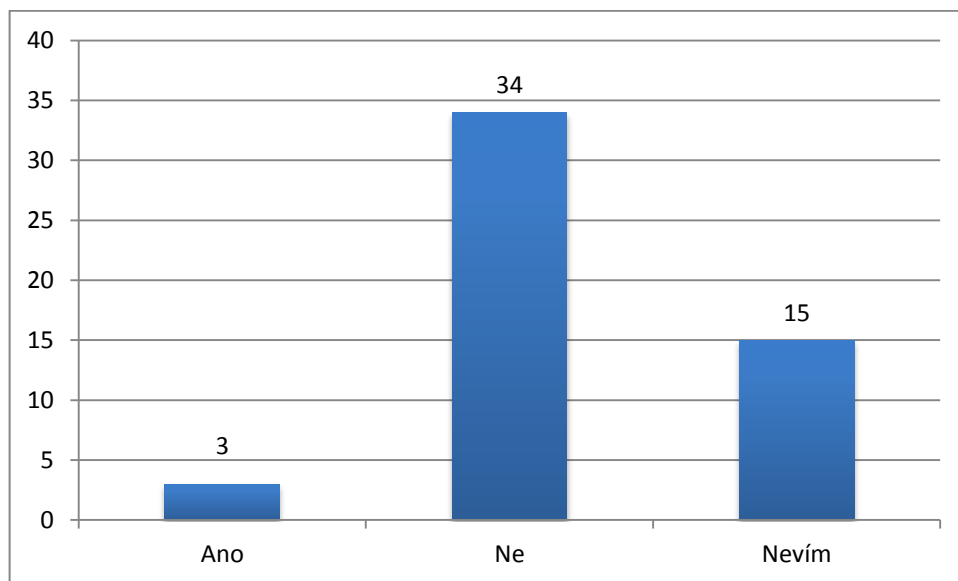
Na obrázku č. 20 je vyobrazeno rozdělení odpovědí porodních asistentek na otázku, kde probíhá rozloučení se s mrtvým dítětem. Respondentky mohly zvolit více možností. Procenta jsou počítána k počtu respondentek. 44 respondentek (86,3 %) označilo, že rozloučení v jejich nemocnici probíhá přímo na porodním sále. Možnost, že rozloučení s dítětem probíhá ve vyhrazené místnosti, zvolily 2 porodní asistentky (3,9 %). Pouze 3 respondentky (5,9 %) neví,

kde rozloučení s dítětem probíhá. 2 odpovídající (3,9 %) uvedly v rámci odpovědi „jiné“, že si rodiče prostory pro rozloučení se s dítětem volí sami. V žádné odpovědi nebyla zvolena možnost, že rozloučení probíhá v nemocniční kapli.

Otázka č. 21 v dotazníku:

*„V České republice existuje možnost pro rodiče rozloučit se s dítětem v domácím prostředí. Umožňuje toto Vaše nemocnice?“*

- a. *Ano*
- b. *Ne*
- c. *Nevím*



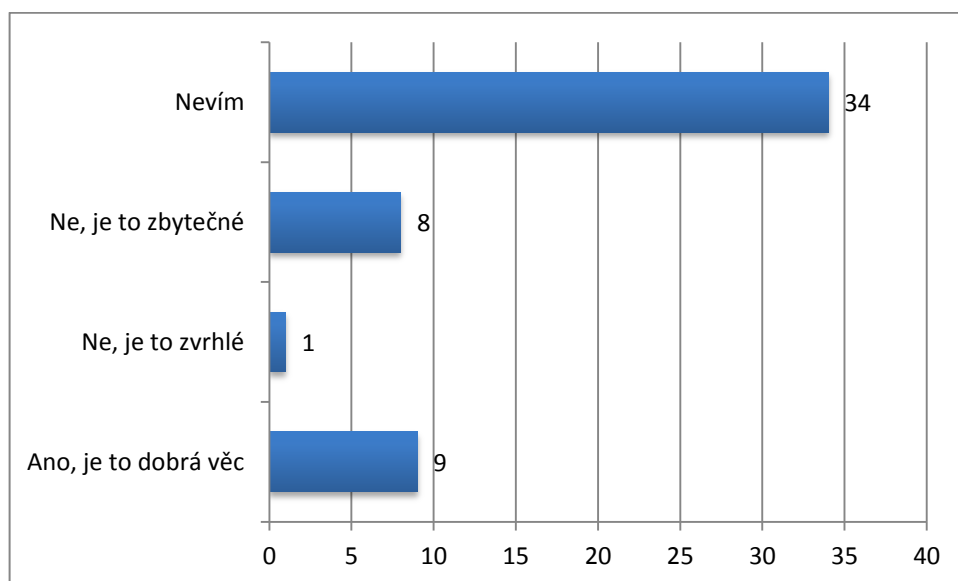
**Obrázek 21** Graf znázorňující možnost rozloučení se s dítětem v domácím prostředí

Obrázek č. 21 znázorňuje rozdělení odpovědí porodních asistentek na otázku, zda jejich pracoviště umožňuje rodičům rozloučení se s dítětem v domácím prostředí. 34 respondentek (65,4 %) v dotazníku uvedlo, že tuto možnost nemocnice, v níž pracují, rodičům nenabízí. 3 porodní asistentky (5,8 %) odpověděly na tuto otázku záporně. 15 odpovídajících porodních asistentek (28,8 %) označilo odpověď „Nevím“.

Otázka č. 22 v dotazníku:

„Nabízela byste svým klientům tuto možnost?“

- a. *Ano, vnímám to jako dobrou věc*
- b. *Ne, je to zvrhlé*
- c. *Ne, je to zbytečné*
- d. *Nevím*



**Obrázek 22** Graf podpory rozloučení se v domácím prostředí

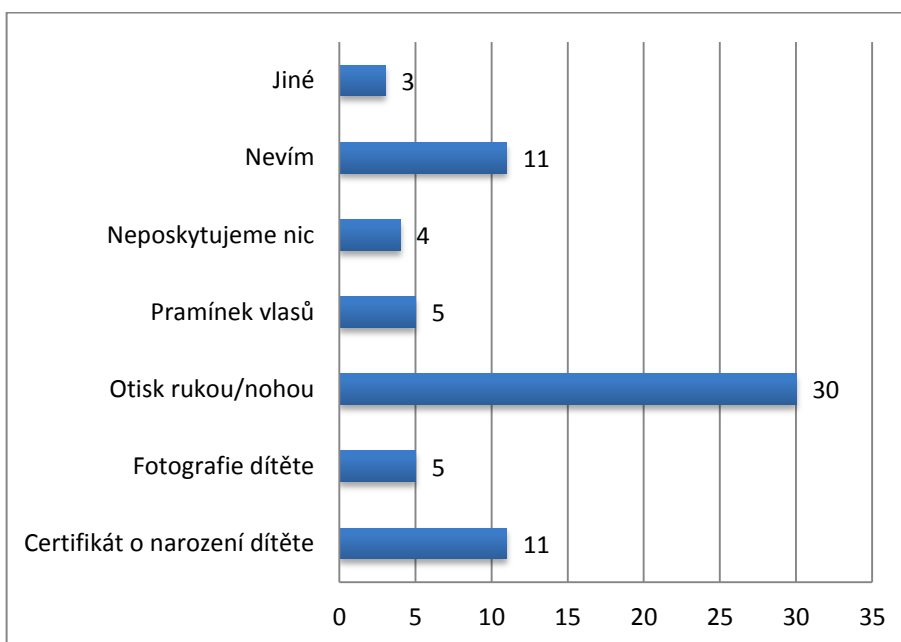
Na otázku, zda by porodní asistentka nabízela rodičům možnost rozloučit se se svým dítětem v domácím prostředí, odpovědělo 34 respondentek (65,4 %) „nevím“, 9 odpovídajících (17,3 %) vnímá tuto možnost jako dobrou věc a rodičům by tuto možnost nabízely. 8 porodních asistentek (15,4 %) by tuto možnost rodičům nenabízely, neboť to vnímají jako zbytečné, 1 respondentka (1,9 %) to vnímá dokonce jako zvrhlé. Viz obrázek č. 22.



Otázka č. 23 v dotazníku:

„Poskytuje vaše nemocnice upomínku na dítě? (Vyberte z níže uvedených věcí, lze označit více možností.)“

- a. Certifikát o narození dítěte
- b. Fotografie dítěte
- c. Otisk, prstů, ruky či nožky
- d. Pramínek vlasů
- e. Neposkytuje nic
- f. Nevím
- g. Jiné:



**Obrázek 23** Graf poskytování upomínek

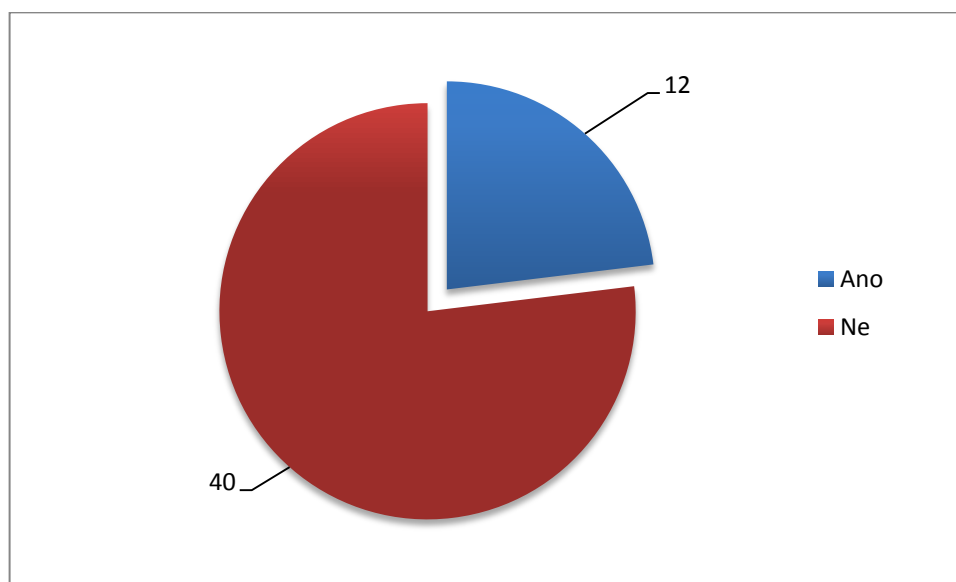
Obrázek č. 23 znázorňuje poskytování upomínek na mrtvé dítě. Respondentky mohly zvolit více možností. Procenta jsou počítána k počtu respondentek. Nejčastěji je dle 30 odpovídajících (57,7 %) poskytován otisk rukou/nohou dítěte, 11 porodních asistentek (21,2 %) uvedlo, že je poskytován certifikát o narození dítěte. Dle 5 respondentek (9,6 %) poskytuje nemocnice

fotografii dítěte a dle dalších 5 respondentek (9,6 %) je poskytován pramínek vlasů. 11 odpovídajících (21,2 %) neví, zda nemocnice něco poskytuje. 3 respondentky (5,8 %) uvedly, že jsou poskytovány jiné upomínky, dle přání rodičů. 4 porodní asistentky (7,7 %) uvedly, že nemocnice neposkytuje nic.

Otázka č. 24 v dotazníku:

„Slyšela jste někdy o projektu *Andělský fotograf*?“

- a. *Ano*
- b. *Ne*



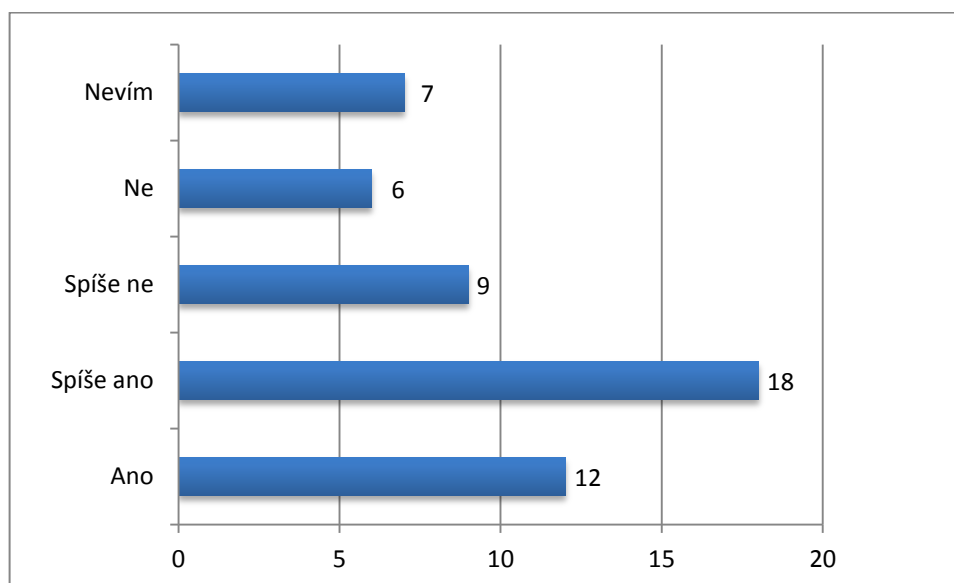
**Obrázek 24** Graf znázorňující znalost projektu *Andělský fotograf*

40 respondentek (76,9 %) odpovědělo záporně na otázku, zda znají projekt *Andělský fotograf*, 12 porodních asistentek (23,1 %) uvedlo, že tento projekt zná. Odpovědi jsou znázorněny na obrázku č. 24.

Otázka č. 25 v dotazníku:

*„Projekt Andělský fotograf sdružuje fotografy, kteří dobrovolně pomáhají rodinám, jejichž nenarozené dítě má závažnou prenatální diagnózu a očekává se, že bude žít jen velmi krátce. Pomáhají rodičům zachytit okamžiky života dítěte, setkání a loučení. Myslíte si, že by bylo dobré tuto možnost rodičům nabízet?“*

- a. *Ano*
- b. *Spíše ano*
- c. *Spíše ne*
- d. *Ne*
- e. *Nevím*



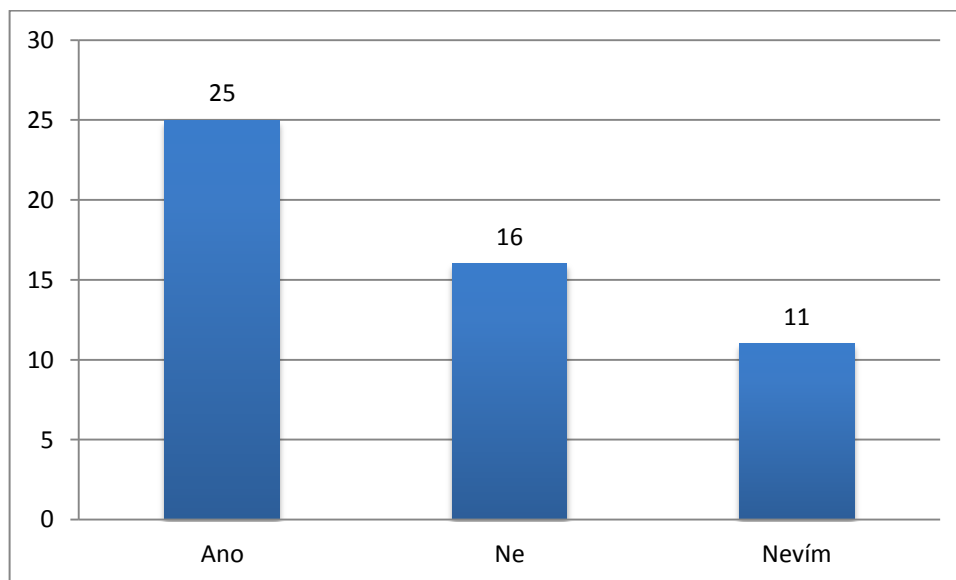
**Obrázek 25** Graf znázorňující nabízení Andělského fotografa

Obrázek č. 25 zobrazuje odpovědi respondentek na otázku, zda vnímají jako dobré nabízet služby „Andělských fotografů“ při porodu mrtvého plodu. 12 porodních asistentek (23,1 %) uvedlo, že by tuto možnost rodičům nabízelo. 18 odpovídajících (34,6 %) zvolilo odpověď „spíše ano“, 9 respondentek (17,3 %) by tuto možnost spíše nedoporučovalo a 6 respondentek (11,5 %) by ji nedoporučovalo vůbec. 7 porodních asistentek (13,5 %) neví, zda tuto možnost doporučit či ne.

Otázka č. 26 v dotazníku:

„Doporučujete standardně rodičům odbornou pomoc psychologa?“

- a. *Ano (uved'te proč)*
- b. *Ne (uved'te proč)*
- c. *Nevím*



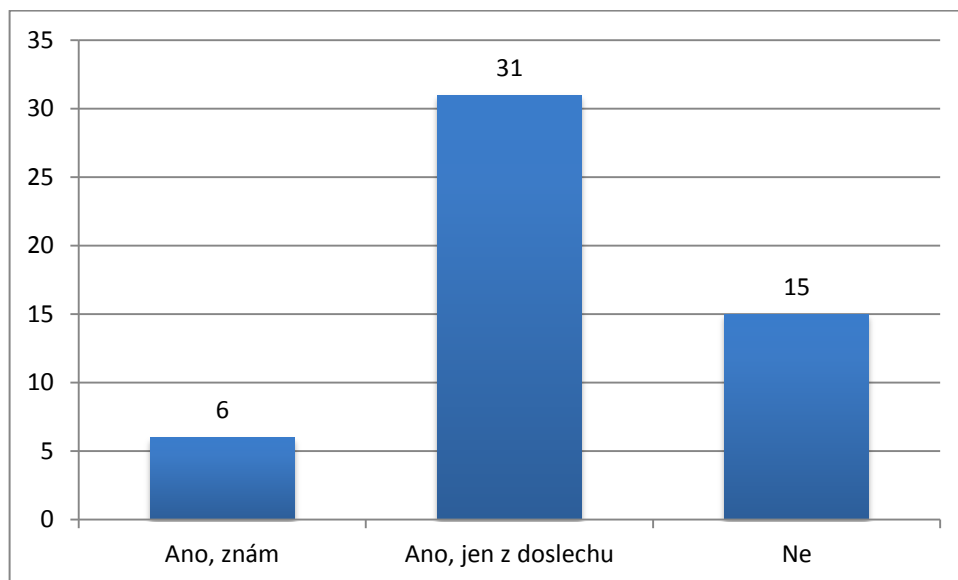
**Obrázek 26** Graf znázorňující standardní doporučení psychologa

Na otázku, zda je standardně doporučována pomoc psychologa, odpovědělo 25 respondentek (48,1 %) kladně. Nejčastěji uváděly tyto důvody: ne každý je schopen pomoci si sám; potřeba poskytnout co nejvíce informací; vhodné, aby v sobě rodiče nepotlačovali úmrtí dítěte a mluvili o bolesti a dokázali přijmout, co se jim stalo; je to pro rodiče stresová situace; prevence poporodní psychózy; psychická zátěž; je to stanovený postup; potřeba pro vyrovnání se se ztrátou. 16 porodních asistentek (30,8 %) tuto pomoc rodičům běžně nedoporučuje z těchto důvodů: poskytování informací postačí jen tehdy, když je to nutné nebo jen v případě zájmu; po porodu na to není vhodná chvíle; posuzují potřebu individuálně; nemocnice nemá psychologa k dispozici. 11 respondentek (21,2 %) zvolilo na tuto otázku odpověď „nevím“. Viz obrázek č. 26.

Otázka č. 27 v dotazníku:

„Znáte projekt Prázdná kolébka, který pomáhá rodičům vyrovnat se se ztrátou dítěte?“

- a. *Ano znám a informuji o něm své klienty*
- b. *Ano, někdy jsem to slyšela, ale více o tom nevím*
- c. *Ne, nic mi to neříká*



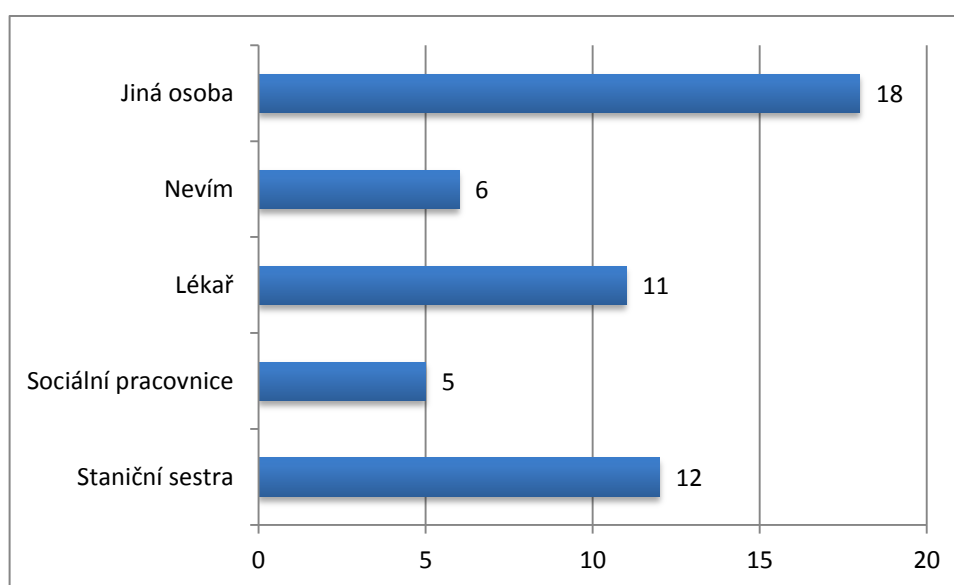
**Obrázek 27** Graf se znalostí projektu Prázdná kolébka

Obrázek č. 27 znázorňuje odpovědi porodních asistentek, zda znají projekt Prázdná kolébka. 31 odpovídajících (59,6 %) uvedlo, že se o tomto projektu doslechly, avšak více o něm neví. 6 respondentek (11,5 %) udává, že tento projekt zná, zbylým 15 odpovídajícím porodním asistentkám (28,8 %) je tento projekt neznámý.

Otázka č. 28 v dotazníku:

„Kdo poskytuje informace o pohřbu?“

- a. Staniční sestra
- b. Sociální pracovnice
- c. Lékař
- d. Nevím
- e. Jiná osoba



**Obrázek 28** Graf znázorňující, kdo poskytuje informace o pohřbu

Na obrázku č. 28 jsou znázorněny odpovědi porodních asistentek, jež uváděly, kdo poskytuje rodičům informace o pohřbu. 12 porodních asistentek (23,1 %) uvedlo, že informace o pohřbu poskytuje rodičům staniční sestra, 11 respondentek (21,2 %) označilo lékaře a 5 respondentek (9,6 %) označilo odpověď „sociální pracovnice“. 6 respondentek (11,5 %) uvedlo, že neví, kdo tyto informace podává. 18 odpovídajících (34,6 %) uvádělo v rámci odpovědi „jiné“, že tuto informaci nepodává výhradně jedna osoba, nýbrž je to povinností více osob. Nejčastěji se objevovala odpověď, že je to povinností buď lékaře či staniční sestry nebo lékaře a porodní

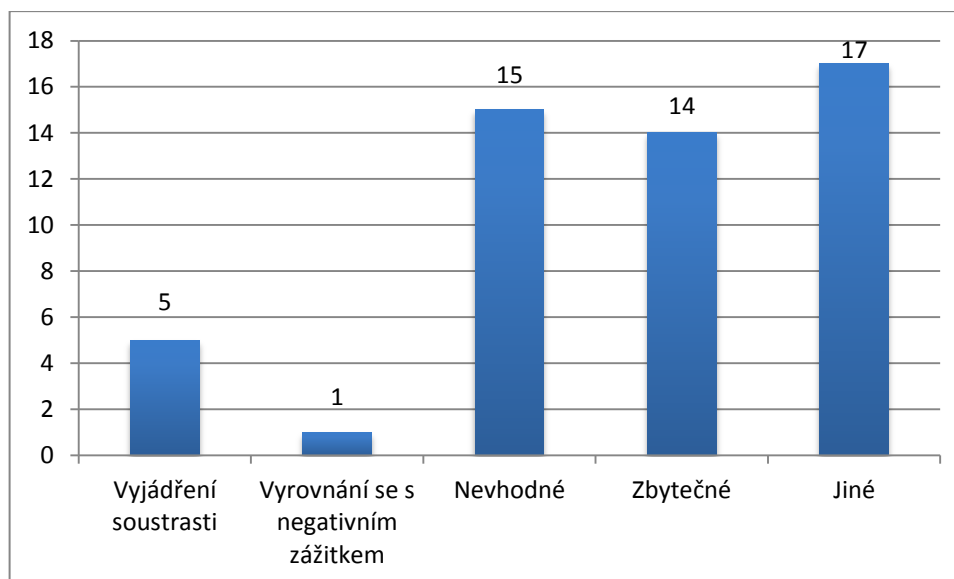
asistentky. V rámci této odpovědi bylo také uváděno, že tuto informaci poskytuje pouze pečující porodní asistentka či vrchní sestra.



Otázka č. 29 v dotazníku:

„Co si myslíte o přítomnosti ošetřujícího personálu na pohřbu dítěte? (lze označit více možností.)“

- a. Je to dobrý způsob, jak vyjádřit soustrast
- b. Je to dobré pro vyrovnání s negativním zážitkem
- c. Je to nevhodné
- d. Je to zbytečné
- e. Jiné



**Obrázek 29** Graf s názory na účast zdravotníka na pohřbu

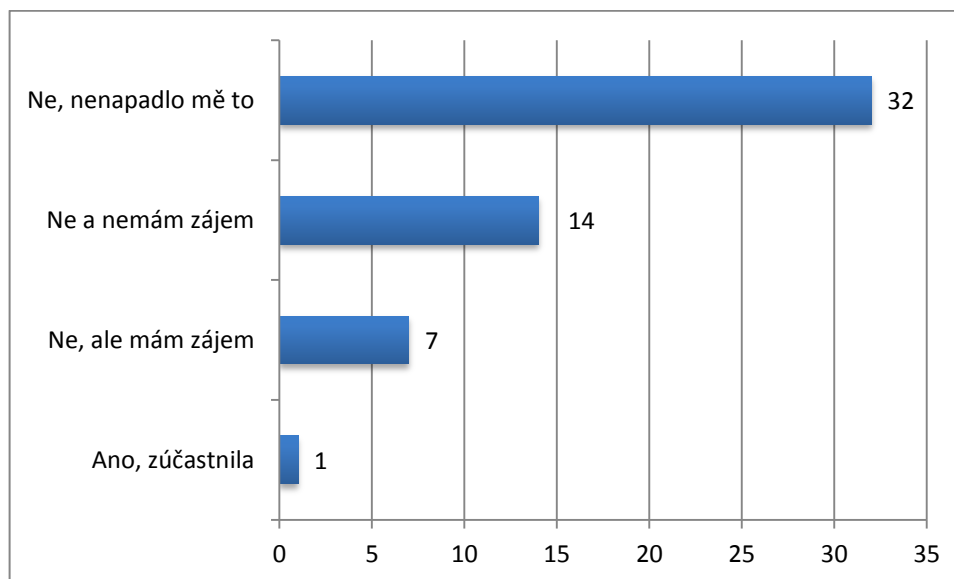
Obrázek č. 29 znázorňuje názor porodních asistentek na účast ošetřujícího personálu na pohřbu dítěte. 15 respondentek (28,8 %) uvedlo, že je nevhodné se pohřbu účastnit. 14 odpovídajících (26,9 %) zvolilo odpověď „je to zbytečné“, avšak 5 porodních asistentek (9,6 %) uvedlo, že je to dobré pro vyrovnání se s negativním zážitkem. 1 respondentka (1,9 %) uvedla, že je to vhodný způsob, jak vyjádřit rodičům soustrast. 17 odpovídajících (32,7 %) uvedlo jiné odpovědi: porodním asistentkám přijde nezvyklé účastnit se pohřbu, zastávají názor, že je záležitost rodinného kruhu nebo že stačí vyjádření soustrasti na porodním sále. Dokonce to vnímají jako

projev neprofesionálního přístupu. V jiných odpovědích zaznělo, že je to otázkou přání rodičů a ochoty personálu, či že je to individuální záležitostí a záleží na vztahu mezi personálem a rodiči. Objevil se také názor, že by taková účast byla pro personál zatěžující.

Otázka č. 30 v dotazníku:

„Zúčastnila jste se někdy Vy osobně takového pohřbu?“

- a. *Ano, zúčastnila jsem se*
- b. *Ne, ale měla bych o to zájem*
- c. *Ne, nemám o to zájem*
- d. *Ne, nikdy mě to nenapadlo*



**Obrázek 30** Graf znázorňující zájem PA účastnit se pohřbu

Odpovědi na otázku, zda se porodní asistentka někdy sama zúčastnila pohřbu mrtvého dítěte, o něž pečovala, znázorňuje obrázek č. 30. Pouze 1 porodní asistentka (1,9 %) uvedla, že se takového pohřbu zúčastnila. 51 respondentek (98,1 %) odpovědělo, že se pohřbu nikdy nezúčastnilo, 7 respondentek (13,5 %) by však o to mělo zájem, 12 porodních asistentek (23,1 %) uvedlo, že zájem nemají a zbylých 32 respondentek (61,5 %) uvedlo, že je účast na takovém pohřbu nikdy nenapadla.

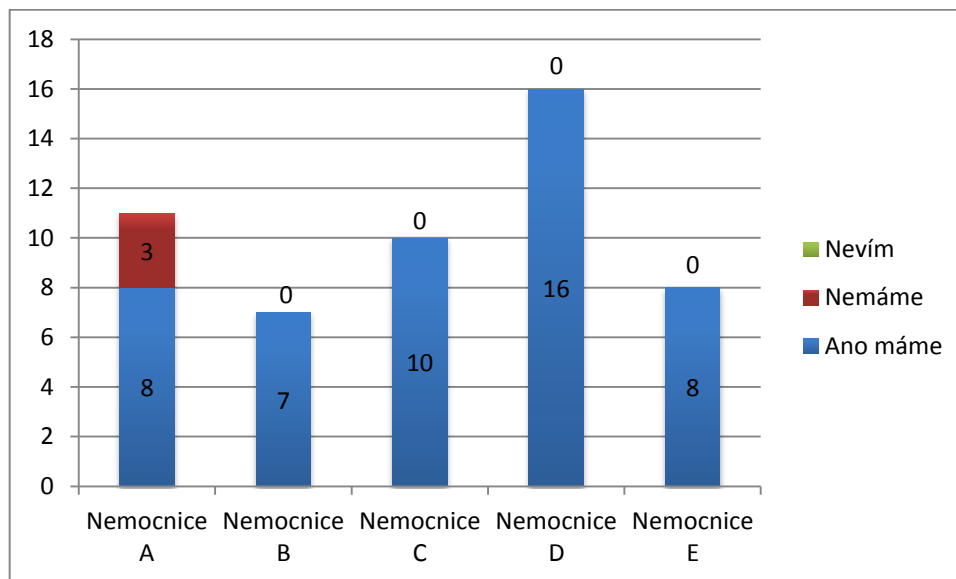
## 7 DISKUZE

Výzkum této diplomové práce byl vystavěn na několika základních výzkumných otázkách. První výzkumná otázka zní: „*Jakým způsobem probíhá poskytování péče rodičům při porodu mrtvého plodu porodními asistentkami?*“

Na tuto otázku odpovídaly dotazníkové otázky č. 10, č. 11, č. 12, č. 13, č. 14, č. 15, č. 16, č. 17, č. 18, č. 19, č. 20, č. 23, č. 26 a č. 28.

Rodičům, kteří o své dítě v průběhu těhotenství či porodu přišli, je dle odpovědí 42 respondentek (80,8 %) snaha vždy vyhovět všem jejich přání, ať už se týkají průběhu porodu či po porodu při rozloučení se s dítětem. Zbývajících 10 respondentek se také snaží vyhovět přáním těchto rodičů, nicméně si uvědomují, že nelze vždy a všemu vyhovět. Porodní asistentky tak projevují obrovskou snahu a empatii, které jsou v této situaci velmi vítány.

Skutečnost, že je pro ženu možné vyčlenit samostatný box, je také velmi pozitivním ohlasem. Nicméně 3 z 52 respondentek (5,8 %), které pracují ve stejném zdravotnickém zařízení, odpověděly, že tuto možnost nemají (viz obrázek č. 31).



**Obrázek 31** Možnost nemocnic vyčlenit samostatný box

Také Vaničková (2009, s 49) uvádí, že v některých porodnicích není možné vyčlenit pro ženu při porodu mrtvého plodu samostatný box. Zde si lze klást otázku, zda je skutečně pravdou, že

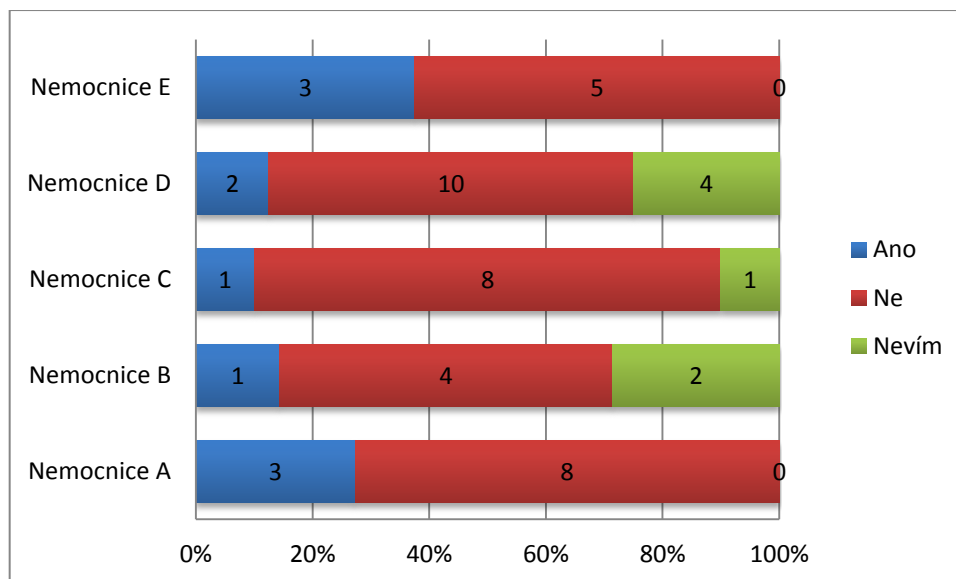
jejich nemocnice neumožňuje vždy vyčlenit samostatný box, nebo zda pouze tyto respondentky zohledňují možný nedostatek volných boxů při jejich úplném využití. Může jít také o nedostatečnou informovanost těchto porodních asistentek, které pak v reálné praxi takto skutečně postupují.

Možnost bezplatného doprovodu je dle odpovědí také bezproblémovou záležitostí, výjimku tvoří pouze jedna porodní asistentka, která neuměla na tuto otázku odpovědět. Dle výzkumu Vaníčkové (2009, s. 51) je povolena přítomnost blízké osoby u porodu dle 92 % odpovídajících, dle Tkadlecové (2011, s. 40) to bylo ve 100 %.

Problematickou se nezdá ani forma epidurální analgezie (EDA), která je standardně nabízena dle 51 respondentek, opět pouze jedna porodní asistentka na tuto otázku odpověděla „nevím“. Tkadlecová (2011, s. 43) uvádí ve svém výzkumu, že EDA jsou schopna zajistit všechna pracoviště. Bohužel nebyla v dotazníku položena otázka, zda je EDA nabízena bez poplatku. Je očekáváno, že je to běžný a tedy i pojišťovnou hrazený postup, neboť právě porod mrtvého plodu je indikací k podání epidurální analgezie. Nicméně v některých nemocnicích je tento typ analgezie při fyziologickém porodu zpoplatněn a brán jako nadstandardní výkon, proto nelze na tuto otázku s určitostí odpovědět.

Podpora bondingu mrtvého dítěte, už není v případě odpovědí jednoznačnou záležitostí. Podporu vyjadřuje nebo by v případě shledání se s tímto případem podporovala necelá polovina odpovídajících porodních asistentek. Tyto odpovědi jsou však velmi překvapující vzhledem k odpovědím na následující otázku. 50 porodních asistentek (96,2 %) odpovědělo kladně na otázku, zda je dle jejich názoru důležité, aby se rodiče s dítětem rozloučili. Zde je naprosto patrné, že si porodní asistentky neuvědomují všechny funkce bondingu, (anebo je neznají), který je prakticky součástí patřičného rozloučení se s mrtvým dítětem i následného procesu truchlení. Důležitost rozloučení si uvědomuje většina respondentek z výzkumu Vaníčkové (2009, s. 70) i Tkadlecové (2011, s. 46). Ve výzkumu Petrové (2010, s. 95) se také objevují pozitivní odpovědi, co se týče podpory rozloučení se s dítětem. Uvádí, že porodní asistentky rodiče aktivně podporují, ale nenutí.

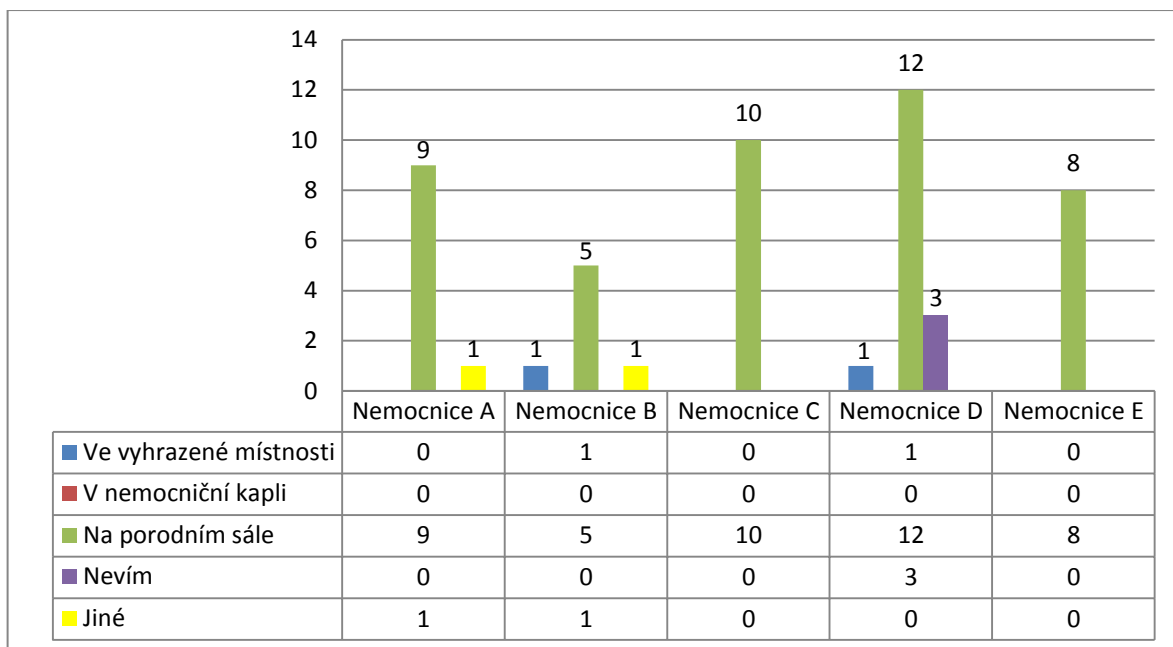
Poměrně odlišné odpovědi uváděly porodní asistentky na otázku, zda na jejich pracovišti funguje „perinatal bereavement team“. Překvapivých bylo 10 kladných odpovědí, o to zajímavější je pak pohled na obrázek č. 32, který znázorňuje, že tyto respondentky pracují v odlišných nemocnicích.



**Obrázek 32** Funkce „perinatal bereavement teamu“ v nemocnicích

Domnívám se, že přímo „perinatal bereavement teamy“ v nemocnicích České republiky skutečně nefungují, nicméně se lze také domnívat, že jednotliví členové v těchto nemocnicích samostatně fungují a že pouze došlo k nepochopení zadané otázky. Tento tým by však ve své nemocnici uvítaly téměř všechny porodní asistentky, které označily, že v jejich nemocnici nefunguje nebo nevěděly, zda funguje. Svou odpovědí vyjádřily, že by si určitě našel na těchto pracovištích své místo.

Rozloučení s dítětem umožňují dle odpovědí všechny nemocnice, pouze 3 respondentky označily jinou odpověď. Vzhledem k tomu, že tyto porodní asistentky pracují v různých nemocnicích, domnívám se, že pouze nejsou seznámeny s možnostmi a pracovními postupy na svém pracovišti. Rozloučení probíhá dle 44 odpovídajících přímo na porodním sále. Zde se však také objevují mírné nesrovnalosti v odpovědích v rámci jednotlivých nemocnic.



**Obrázek 33** Kde probíhá rozloučení s dítětem v jednotlivých nemocnicích

Na obrázku č. 33 je zřetelně vidět, že zatímco v Nemocnici C a v Nemocnici E jsou odpovědi porodních asistentek naprosto shodné, v Nemocnici A uvedla jedna respondentka, že prostor pro rozloučení si volí rodiče sami. Taktéž odpovídala i respondentka z Nemocnice B, a další, jež označila jako místo rozloučení porodní sál, zvolila odpověď „ve vyhrazené místnosti“. V Nemocnici D se zase objevily 3 porodní asistentky, které uvedly, že neví, kde toto rozloučení probíhá a jedna respondentka uvedla, že rozloučení probíhá ve vyhrazené místnosti. Tyto rozdíly v odpovědích jsou v každé z nemocnic jen ojedinělé. Nicméně i přesto si lze klást otázku, zda jsou tito jedinci o správném postupu v dané nemocnici dostatečně informováni.

Upomínku na dítě poskytují dle respondentek všechny nemocnice, bohužel se i zde objevují velmi různorodé odpovědi v rámci jednotlivých nemocnic (viz tabulka č. 1). Pouze u Nemocnice C označilo všech 10 respondentek, že poskytují jako upomínku otisk končetiny dítěte. Nejednotné odpovědi v rámci ostatních nemocnic nám dávají najevo, že se zde může nacházet jeden z hlavních problémů poskytování péče po porodu mrtvého plodu. Porodní asistentky zde nejsou zjevně dostatečně informovány o tom, jaké upomínky svým klientům mohou či nemohou nabízet. 11 porodních asistentky též označily, že neví, co jejich nemocnice nabízí, což nám potvrzuje domněnku o nedostatku informací. Dle Tkadlecové (2011, s. 45) je upomínka poskytována dle 55 respondentek z 65.

**Tabulka 1** Poskytování upomínek v nemocnicích

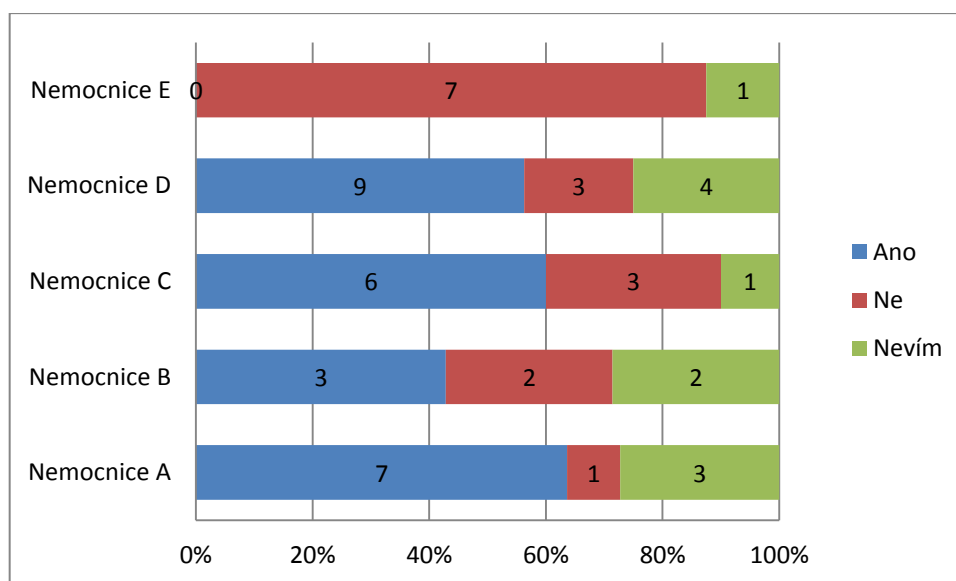
Upomínka	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Součet odpověd í
<b>Otisk končetin</b>	4	1	10	11	4	<b>30</b>
<b>Neposkytujeme nic</b>	1	1	0	0	2	<b>4</b>
<b>Nevím</b>	5	2	0	4	0	<b>11</b>
<b>Jiné</b>	0	2	0	1	0	<b>3</b>
<b>Certifikát o narození</b>	1	1	3	4	2	<b>11</b>
<b>Fotografie dítěte</b>	1	0	0	2	2	<b>5</b>
<b>Pramínek vlasů</b>	0	1	0	2	2	<b>5</b>
<b>Celkový součet</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>69</b>

Na otázku, kam jsou po porodu ženy přeloženy, odpověděly všechny porodní asistentky stejně a to na oddělení gynekologie. Díky tomu lze předpokládat, že je v nemocnicích zavedený jednotný postup, který je porodním asistentkám znám. Velmi ceněným faktem je, že nejsou umístěny na oddělení šestinedělí, kde by se oba rodiče mohli setkávat s jinými rodiči a jejich dětmi, což by mohlo mít za následek zhoršení jejich psychického stavu. Vaničková (2009, s. 59) ve svém výzkumu zjistila, že někde jsou bohužel ženy po porodu mrtvého plodu na oddělení šestinedělí překládány.

Pomoc psychologa standardně nabízí 25 odpovídajících porodních asistentek. Přestože je to téměř polovina odpovídajících, 16 respondentek, tedy téměř jedna třetina, psychologa nenabízí. Zajímavější je znázornění odpovědí dle jednotlivých nemocnic (viz obrázek č. 34). Lze zde vidět, že v Nemocnici E žádná z porodních asistentek pomoc psychologa vůbec nenabízí. Ve zbylých nemocnicích je vždy několik respondentek, které tuto pomoc nabízejí, nicméně se také vždy objeví i odpověď záporná, či „nevím“. Překvapující byly odpovědi v rámci Nemocnice D, kdy respondentky uvedly, že nenabízí pomoc psychologa, neboť v této nemocnici není k dispozici. Vzhledem k tomu, že se jedná o relativně velkou nemocnici, bylo by velmi vhodné, aby tento nedostatek napравиła, nehledě jen na potřebu pozůstalých rodičů. Dalšími důvody, proč nenabízet



pomoc psychologa byla jakási časová tíseň, kdy pro to nenašly porodní asistentky prostor při péči o rodiče nebo že tuto potřebu posuzují porodní asistentky individuálně.



**Obrázek 34** Doporučení psychologa v rámci nemocnic

Zde se nabízí otázka, zda jsou porodní asistentky schopny adekvátně rozhodnout, jestli rodiče opravdu pomoc potřebují či ne. Neboť jak již bylo zmíněno, problematika truchlení je otázkou dlouhého časového období a lidé na tuto ztrátu reagují velmi individuálně. Vaníčková (2009, s. 66) dospěla k odlišným závěrům. V jejím výzkumu více než polovina respondentek pomoc psychologa nabízela. Petrová (2010, s. 95) také ve svém výzkumu uvádí, že porodní asistentky by doporučovaly psychologickou pomoc alespoň ve formě letáčků.

O pohřbu dítěte dle odpovědí porodních asistentek informuje v nemocnicích převážně lékař, staniční sestra či porodní asistentka. Mnohdy se však stalo, že v dotazníku nebyla uvedena jednoznačně jen jedna konkrétní osoba, ale hned dvě. Nejčastěji šlo o lékaře a staniční sestru, nebo lékaře a porodní asistentku. Jestliže se podíváme na grafické znázornění (viz tabulka č. 2) odpovědí opět v rámci nemocnic, zjistíme, že se zde liší významně: V Nemocnici A označila 1 porodní asistentka, že informace o pohřbu poskytuje rodičům staniční sestra, 7 respondentek označilo lékaře a 2 respondentky v rámci odpovědi „jiné“ uvedlo obě tyto možnosti nebo že tuto informaci podává sloužící lékař a ošetřující porodní asistentka. 1 respondentka uvedla, že neví, kdo tyto informace podává. V Nemocnici B uvedlo 6 respondentek, že tuto informaci podává jiná

osoba: vrchní sestra, staniční sestra či lékař, sloužící lékař s porodní asistentkou, sociální pracovnice. 1 respondentka označila, že tuto informaci podává pouze lékař. V Nemocnici C označily 3 porodní asistentky, že informaci o pohřbu podává lékař, taktéž 3 respondentky označily sociální pracovníci a další 3 respondentky uvádí jinou osobu: staniční sestra či lékař, porodní asistentka. 1 porodní asistentka neví, kdo tuto informaci poskytuje. V Nemocnici D poskytuje tuto informaci dle 4 odpovídajících staniční sestra, dle 2 respondentek sociální pracovnice a dle 6 respondentek jiná osoba (porodní asistentka, staniční sestra či sociální pracovnice). 4 respondentky neví, kdo tuto informaci rodičům podává. V Nemocnici E uvedlo 7 porodních asistentek, že informaci o pohřbu poskytuje staniční sestra, dle 1 respondentky bylo uvedeno, že tuto informaci poskytuje jiná osoba – porodní asistentka.

**Tabulka 2** Kdo podává informace o pohřbu

	staniční sestra	lékař	nevím	jiná osoba	sociální pracovnice	Součet odpovědí
<b>Nemocnice A</b>	1	7	1	2	0	11
<b>Nemocnice B</b>	0	1	0	6	0	7
<b>Nemocnice C</b>	0	3	1	3	3	10
<b>Nemocnice D</b>	4	0	4	6	2	16
<b>Nemocnice E</b>	7	0	0	1	0	8
<b>Všechny skupiny</b>	12	11	6	18	5	52

Z odpovědí porodních asistentek není tedy zcela jasné, kdo skutečně tuto informaci podává. Podobně rozporné informace získala také ve svém výzkumu Tkadlecová (2011, s. 47), která uvádí, že informace o pohřbu poskytují porodní asistentky, sekretářky, sociální pracovnice nebo staniční sestry. Ačkoliv se může zdát, že nezáleží, kdo informaci o pohřbu rodičům poskytuje, není to vždy zcela pravdou. Na pracovišti by mělo být pevně a jasně dané, kdo informaci o pohřbu podává, zejména proto, aby se předešlo situaci, kdy rodičům tuto informaci neposkytne nikdo a taková situace může vzniknout velmi snadno, jestliže je poskytování této informace povinností více osob. Následkem této dezinformace může dojít až k neumožnění rodičům uspořádat pro své dítě pohřeb, neboť dle zákona č. 256/2011 Sb. má nemocnice povinnost

poskytnout tělo dítěte jen v průběhu 96 hodin po úmrtí a to navíc v případě, kdy se dítě narodilo živé a zemřelo až krátce po porodu. Jestliže se dítě narodilo již mrtvé, ze zákona jasně nevyplývá, zda mají rodiče na své dítě stejný nárok či zda může nemocnice s tělem libovolně naložit jako s biologickým materiálem dle vlastních zvyklostí.

Druhou výzkumnou otázkou byla tato: „*Jak porodní asistentky osobně vnímají porod mrtvého plodu?*“

Na tuto otázku pak odpovídaly tyto otázky dotazníkového šetření: č. 4, č. 5, č. 6, č. 7, č. 8, č. 9, č. 29 a č. 30.

Většina respondentek uváděla, že se již během své praxe setkala s porodem mrtvého plodu. Za poslední rok se však necelá polovina odpovídajících porodních asistentek nesešla s touto situací ani jednou. Zbylé respondentky prožily tuto situaci jednou až pětkrát, nejčastěji dvakrát za poslední rok. Bez ohledu na počet setkání však vnímají odpovídající porodní asistentky takové setkání jako poměrně problematické. Tkadlecová (2011, s. 48) ve svém výzkumu uvedla, že též nadpoloviční většina dotazovaných, vnímá porod mrtvého plodu jako velmi stresovou záležitost. Tyto obavy nejčastěji pramení z komunikace s rodiči, dále z péče o mrtvé tělo. Obavy také způsobuje vedení dokumentace a jiná administrativa spojená s porodem mrtvého plodu. Petrová (2010, s. 80) ve svém výzkumu také uvádí, že obavy respondentek pramení ze samotného oslovování rodičů a z přístupu k nim. Shodují se též v názoru problematiky s dokumentací. Strach a obavy mohou velmi ovlivňovat práci porodních asistentek a jejich přístup se může také negativně dotýkat pozůstalých rodičů. Byl však projeven zájem 42 respondentek (80,8 %) o přípravu na porod mrtvého plodu a péči o rodiče. Porodní asistentky by preferovaly několik forem: v rámci zaměstnání s psychologem v užším kruhu spolupracovníků, v rámci konference či semináře nebo jako přípravu na povolání. Všechny tyto formy přípravy by pomohly porodním asistentkám pochopit danou problematiku a rozšířit jejich znalosti v této oblasti. Mohou jim také pomoci naučit se v této situaci jednat a řešit problémy, které v průběhu poskytování péče vznikají. Také Tkadlecová (2011, s. 51-52) uvádí, že porodní asistentky projevíly velký zájem o možnost zúčastnit se semináře o dané problematice nebo o pomoc krizového pracovníka.

Názor porodních asistentek na účast personálu na pohřbu dítěte se zdá být poměrně jednoznačný. Většina respondentek vnímá tuto účast jako nevhodnou či zbytečnou. Zastávají názor, že je to záležitost pouze rodiny, nikoliv zdravotnických pracovníků. Avšak Bernan (2009, s. 29) vnímá, stejně jako 6 respondentek (11,5 %), že je to vhodné pro vyjádření soustrasti rodičům, a dobré pro ošetřující personál, který se potřebuje vyrovnat s negativním zážitkem. Zájem o účast na pohřbu projevila jen malá část odpovídajících porodních asistentek, ačkoliv se nikdy dříve žádného pohřbu nezúčastnily. Naopak nezájem projevila nadpoloviční většina všech respondentek, které tato možnost nikdy nenapadla.

Třetí výzkumná otázka zní: „*Jaké mají porodní asistentky znalosti o navazujících službách pro pozůstalé rodiče?*“

Na tuto otázku bylo odpovídáno pomocí těchto dotazníkových otázek: č. 21, č. 22, č. 24, č. 25 a č. 27.

Nemocnice vesměs bezproblémově umožňují rozloučení se s dítětem, pouze 3 respondentky (5,8 %) uváděly jiné odpovědi, což může značit neznalost postupů při porodu mrtvého plodu. Výše již bylo zmíněno, že nemocnice umožňují toto rozloučení nejčastěji na porodních sálech, nicméně dle 3 respondentek (5,8 %) je to umožňováno i mimo prostory nemocnice – v domácím prostředí. Téměř třetina respondentek nedokázala na otázku o rozloučení v domácím prostředí odpovědět. Porodní asistentky by měly být seznámeny s postupem nemocnice, nicméně je však velmi pravděpodobné, že se tyto nemocnice, v nichž výzkum probíhal, s podobnou situací doposud nesetkali. Je to pozorovatelné i na odpovědích porodních asistentek na otázku, zda tuto možnost rodičům vůbec nabízet. Nadpoloviční většina respondentek nedokázala vyjádřit svůj názor. Pouze necelé dvě pětiny respondentek odpověděly jednoznačně kladně či záporně. V menšině se objevil i názor, že rozloučení s dítětem v domácím prostředí je záležitostí zbytečnou. Tento způsob rozloučení není dozajista rutinní nabídkou českých porodnic, nicméně je to velmi zajímavou alternativou, jak pomoci rodičům, aby se se svým dítětem mohli plnohodnotně rozloučit dle vlastních potřeb. O projektu *Andělský fotograf*, který je v České republice poměrně novým, se doposud doslechla přibližně jedna čtvrtina dotazovaných porodních asistentek. Pro zbylé respondentky je tento projekt naprosto neznámým. Po stručném objasnění

funkce toho projektu byly porodní asistentky tázány, zda by služby Andělských fotografií rodičům nabízely. Nadpoloviční většina respondentek volila kladnou odpověď, zatímco přibližně třetina respondentek označila odpověď zápornou. Tyto respondentky nebyly dále tázány, proč by nenabízely tuto službu rodičům, nicméně se lze domnívat, že tento způsob vytvoření upomínek na dítě nevnímají jako nejvhodnější nebo si neuvědomují důležitost upomínkových předmětů, jež představují významný podíl na procesu vyrovnávání se se ztrátou. Ani projekt Prázdná kolébka není příliš známý, neboť asi třetina respondentek uvedla, že tento projekt nezná vůbec. Více než polovina porodních asistentek jej zná pouze z doslechu. Přitom je tento projekt často spojován právě s perinatálním úmrtím na mnohých konferencích a seminářích, které každoročně probíhají, a jsou všem porodním asistentkám přístupné. Znalost a doporučování pomoci v rámci tohoto projektu by přinášely pozůstalým rodičům obrovskou pomoc a podporu, kterou běžně po porodu mrtvého plodu postrádají.

Znalosti porodních asistentek o navazujících službách se dle zmíněných odpovědí zdají spíše nedostačujícími. Vzniká nám zde otázka, zda je to nezájmem těchto respondentek, nebo snad neznalostí, kde se o těchto službách mohou dozvědět více informací. Porodní asistentky by měly být taktéž podporovány svými zaměstnavateli, aby si v dané problematice rozšiřovaly své znalosti.

## 8 ZÁVĚR

Záměrem této diplomové práce bylo poukázat na problematiku týkající se porodu mrtvého plodu a péče o rodiče, která po porodu následuje. Byl stanoven teoretický cíl, pomocí něhož byly poskytnuty základní informace z oblasti problematiky perinatální paliativní péče. Tento cíl byl splněn v teoretické části diplomové práce. Také byl stanoven praktický cíl této práce, v rámci něhož bylo zjišťováno, jakým způsobem probíhá péče o rodiče při porodu mrtvého plodu poskytovaná porodními asistentkami. Tento cíl byl splněn. Pomocí dotazníkového šetření bylo zjištěno, jak a s jakými možnostmi pracují porodní asistentky při porodu mrtvého plodu. Porodní asistentky uváděly téměř vždy shodné postupy i v péči o rodiče. Bylo však také zjištěno, že ne všem porodním asistentkám jsou postupy, nastavené na jejich pracovišti, úplně známy. To se projevilo v dotazníkovém šetření velkou variabilitou odpovědí v rámci některých otázek. Jako nedostatek jsou vnímány i nedostatečné znalosti porodních asistentek o navazujících službách pro pozůstalé rodiče.

Porod mrtvého plodu není jednoduchou záležitostí pro všechny zúčastněné. Pro rodiče je to nejtěžší chvíle jejich života, pro zdravotnický personál to jsou zase okamžiky plné stresu, smutku a obav. Zachovat se v této situaci správně není nic snadného, přesto je však možné se alespoň částečně připravit na to, co přijde, a jak může zdravotnický personál pomoci jak rodičům, tak i sobě. Aby mohla být péče o rodiče co nejlepší, je potřeba pochopit danou problematiku. Ze všeho nejdříve by měla být pečlivě probírána problematika porodu mrtvého plodu již při přípravě na povolání, ať už porodní asistentky či lékaře. Jestliže porodní asistentka nebude vnímat proces truchlení jako důležitou fázi pro vyrovnání se se ztrátou dítěte, je pak pochopitelné, že sama nebude rodičům nabízet, aby se s dítětem patřičně rozloučili. Pokud nebude správně chápat, že vyrovnání se se smrtí dítěte nemusí probíhat vždy jen fyziologicky, nebude se rodičům dostávat kontaktů na svépomocné skupiny ani psychology, kteří by jim mohli v tomto procesu významně pomoci. Komunikace s rodiči může být také velkým problémem. Zdravotnický personál má tendence utíkat od takových rozhovorů. Bojí se také projevit své pocity. Přitom právě projev lidskosti pomáhá rodičům v této situaci úplně nejvíce. Zároveň je jim dáno najevo, že pláč a jiné projevy truchlení jsou naprosto přirozené a dovolené. Pokud by svůj úkol nesplnila škola připravující na povolání lékaře či porodní asistentky, přichází na řadu iniciativa zdravotnického zařízení, který by měla přinášet svým zaměstnancům možnosti supervize či rozhovoru s psychologem. Vhodné by také bylo, aby zájem o danou problematiku

projevily samy porodní asistentky, které mají možnost zúčastnit se konferencí a seminářů, které jsou každoročně pořádány v mnoha městech České republiky. Aby mohli zdravotničtí pracovníci odvádět svou práci co nejlépe, musí být také vytvořeno kvalitní zázemí. V první řadě je potřeba respektovat přání rodičů a uvědomit si jejich práva (viz příloha C). Ženě by měl být umožněn bezplatný doprovod, měla by mít možnost spolurozhodovat o průběhu porodu. Rodiče by měli mít možnost dítě po porodu vidět a měli by mít také dostatek času se s ním rozloučit. V nemocnicích se může také stát, že je nátlak na uvolnění porodního boxu, proto se jeví jako vhodnější řešení mít pro tuto potřebu vyhrazenou konkrétní místnost, eventuálně lze využít pokoje na oddělení gynekologie, kam bývá žena většinou po porodu přeložena. Další možností je i umožnění odnést si tělo dítěte domů, kde by mohlo takové rozloučení proběhnout. Přestože to s sebou přináší spoustu opatření a další zátěž dokumentací, v zahraničí jsou této možnosti v nemocnicích otevřeny. Pro tuto potřebu byl vytvořen formulář pro rodiče, kteří mají o tuto službu zájem (viz příloha B). Předpokladem pro správný proces truchlení je i poskytování upomínek rodičům. V českých nemocnicích jsou tyto předměty naštěstí poskytovány, avšak v případě, kdy si rodiče nepřejí tyto předměty, nedochází k jejich uchování. V nejmenované vídeňské nemocnici je běžným zvykem archivovat krabici s upomínkami, které jsou pro rodiče k dispozici i později pro případ, že by si své rozhodnutí rozmysleli. Nebylo by tedy špatné, aby byl podobný postup praktikován i v našich nemocnicích. Vzhledem k perinatální úmrtnosti by to pro nemocnice nemuselo být ani příliš zatěžující a nákladné. Poskytování informací rodičům ohledně pohřbu by mělo být též jednoznačnou záležitostí a povinností konkrétní osoby. Vzhledem k časové náročnosti i k celkové situaci je nejvhodnější, aby tuto informaci podával lékař či sestra z gynekologického oddělení, kam bývá žena po porodu přeložena. Neměly by tak vznikat situace, kdy se rodiče o možnosti či naléhavosti uspořádat pohřeb pro své dítě nedozví vůbec. Otázka nabízení pomoci psychologa rodičům je velmi diskutabilní, nicméně jako prevence záchytu patologického truchlení je nasnadě poskytovat alespoň kontakt, který rodiče mohou později dle vlastní potřeby využít. Vhodné by též bylo nabízet kontakty svépomocných skupin, které jsou rodiči vyhledávanější.

Důležitou součástí celého procesu je také péče o ty, kteří se na péči o pozůstalé podílejí. Jako prevenci vyhoření doporučují Čechová, Mellanová a Kučerová (2004, s. 96) jak duševní hygienu, tak i možnost požádat o supervizi své práce. V českých nemocnicích funguje možnost supervize jen málo. V zahraničí je běžnou praxí, aby se pracovníci alespoň dvakrát ročně setkávali

a problematiku dané situace společně probírali. Je dokonce zvykem, že každý měsíc probíhá mše za potracené i mrtvě narozené plody. Této mše se mohou zaměstnanci libovolně účastnit. V Irsku proběhlo ve spolupráci dvou nemocnic vzpomínkové setkání rodin, které si prošli perinatální ztrátou, aby se mohli navzájem podpořit a zavzpomínat na jejich děti. Tohoto setkání se účastnil i personál z těchto nemocnic (Horne, 2016). Je potřeba si uvědomit, že účast na mši může pečujícím zdravotníkům pomoci celou situaci uzavřít, odevzdat, oprostít se od negativních pocitů. Podobný efekt může mít i účast na pohřbu dítěte. *„Za těch 33 let, co se pohřbů zemřelých dětí účastním, jsem nikdy své účasti nelitoval, vždy jsem však litoval, když jsem tam nebyl.“* (Bernan, 2009, s. 29).



## 9 POUŽITÁ LITERATURA

1. BERNAN, M. R. Hledání vhodných slov po narození mrtvého dítěte. *Gynekologie po promoci*. 2009, 9(3), 27-29. ISSN 1213-2578.
2. ČECH, Evžen a kolektiv. *Porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 544 + 2 s. ISBN 80-247-1313-9.
3. ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychologie a pedagogika II: pro střední zdravotnické školy*, 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004, 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
4. ČESKO. Zákon č. 256 ze dne 29. června 2011 o pohřebnictví a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 98, s. 5670 – 5671. Dostupné z: [http://www.obec-liberk.cz/e\\_download.php?file=data/editor/108cs\\_3.pdf&original=sb098-01.pdf](http://www.obec-liberk.cz/e_download.php?file=data/editor/108cs_3.pdf&original=sb098-01.pdf)
5. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730–4801. Dostupné z: <file:///C:/Users/Evi/Downloads/sb0131-2011-372-2011.pdf>
6. *Činnosti spolku*. ©2014 - Tobit z. s. [online]. [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://tobit.cz/>
7. DOHNALOVÁ, Zdeňka. Životní situace rodičů po anticipované ztrátě dítěte. *Paideia: Philosophical E-Journal of Charles University*. 2010, 2(7), 19 s. ISSN 1214-8725.
8. FELDMÁR, Peter. Hledání vhodných slov po narození mrtvého dítěte – komentář. *Gynekologie po promoci*. 2009, 9(3), 29-30. ISSN 1213-2578.
9. FIRTHOVÁ, Pam, Gill LUFFOVÁ a David OLIVIERE, ed. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*, 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3.
10. HÁJEK, Zdeněk a kolektiv, *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
11. HARUŠTIAKOVÁ, Lucia a Martina Hráská. Občanské sdružení „Dlouhá cesta“ – možnosti podpory rodičů po ztrátě dítěte. *Neonatologické listy*. 2014, 20(2), 34. ISSN 1211-1600.

12. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, 2. přeprac. vyd. Praha: Galén c2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
13. HORNE, Tyrone, 2016. *Sharing a journey: The importance of a remembrance service for families of children who have died*. © EAPC Onlus 2012. [online]. [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <https://eapcnet.wordpress.com/2016/03/23/sharing-a-journey-the-importance-of-a-remembrance-service-for-families-of-children-who-have-died/>
14. KASPARKOVÁ, Pavla a Radka Bužgová. Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. *Kontakt*. 2010, **12**(4), 387-398. ISSN 1212-4117.
15. KOHNER, Nancy a Alix Henley A. *Když dítě zemře*, Praha: Triton, 2013, 349 s. ISBN 978-80-7387-643-2.
16. KŘEMENOVÁ, Jana a Helena Fremlová. Jak eticky zvládnout situaci po porodu mrtvého dítěte? *Etické aspekty ošetrovatelské péče v teorii a praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009, s. 97–100. ISBN 978-80-7013-506-8.
17. KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství ISV, 2001, 267 s. ISBN 80-85866-82-X.
18. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
19. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
20. LIMBO, Rana, Suzanne TOCE a Ted PECK. *Position paper on perinatal palliative care*. ©2016 Gundersen Health System. [online]. [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: [http://www.gundersenhealth.org/upload/docs/Bereavement/247\\_42805\\_RTS%20Perinatal%20Palliative%20Care.pdf](http://www.gundersenhealth.org/upload/docs/Bereavement/247_42805_RTS%20Perinatal%20Palliative%20Care.pdf)
21. MÁČÁK, Jirka, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie. 2., doplněné vydání*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 376 s. ISBN 978-80-247-3530-6.
22. MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOÁ. *Bonding - porodní radost*. Nějaké vydání. Praha: Dharma Gaia, 2011, 368 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
23. PAZDERA, Lenka, 2014. Perinatální hospic. 2014, [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://perinatálníhospic.cz/>

24. PAZDERA, Lenka, 2014. *Projekt Andělský fotograf*. Perinatální hospic. 2014, [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://perinatálníhospic.cz/projekt-andelsky-fotograf/>
25. PETROVÁ, Simona. *Ošetrovatelská péče o rodičku s diagnózou foetus mortus*. Praha, 2010. 114 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
26. Prázdná kolébka. *Praktické rady a zákony*. 2013, [online]. [cit. 2016-03-14]. Dostupné z: <http://www.prazdnakolebka.cz/prakticke-rady-a-zakony>
27. Psychologie-Porodnictví-Gynekologie. *Perinatální ztráta...Když před začátkem přijde konec*. 2008, [online]. [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <https://ratislavova.wordpress.com/perinatální-ztrata/>
28. RATISLAVOVÁ, Kateřina, Jiří BERAN a Lucie KAŠOVÁ. Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Praktický lékař*. 2012, **92**(9), 505-508. ISSN 1805-4544.
29. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*, 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
30. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Psychosocial Care for Women After Perinatal Loss in the Czech Republic. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2014, **4**(1), 53-55. ISSN 2082-9876.
31. SANDS. Stillbirth & neonatal death charity. *Forms and certificates*. © 2016 Sands (Stillbirth and Neonatal Death Society) [online] [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <https://www.uk-sands.org/professionals/resources-for-health-professionals/forms-and-certificates>
32. SHINE, Brid, 2016. *Death at the time of birth: One of life's greatest paradoxes. Reflections of a Clinical Midwife Specialist in Bereavement*. © EAPC Onlus 2012. [online]. [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: <https://eapcnet.wordpress.com/2016/03/14/death-at-the-time-of-birth-one-of-lifes-greatest-paradoxes-reflections-of-a-clinical-midwife-specialist-in-bereavement/>
33. STEEN, S. E. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *International Journal of Palliative Nursing*. 2015, **21**(2), 79–86. ISSN 1357-6321.
34. ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Rodina po ztrátě dítěte*. © Dlouhá cesta. [online] [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <http://www.dlouchacesta.cz/files/uploaded/UserFiles/rodinaPoZtrate.pdf>

35. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava Králová. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
36. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, *Jak řeší krizi moderní žena*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 156 s. ISBN 80-247-1202-4.
37. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody, 2., aktualizované a doplněné vydání*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, 224 s. ISBN 978-80-247-3736-2.
38. TKADLECOVÁ, Emilie. *Péče o rodičku s mrtvým plodem*. Olomouc, 2011. 69 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce MUDr. PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D.
39. TRNKOVÁ, Denisa. *Anjeliky. Ako pomôcť?* [online]. 2016, [cit. 2016-03-10]. Dostupné z: <http://www.anjeliky.sk/default.htm>
40. UZIS. *Narození a zemřelí do 1 roku 2011*. Zdravotnická statistika. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012. 88 s. ISBN 978-80-7280-982-0.
41. UZIS. *Rodička a novorozenec 2012*. Zdravotnická statistika. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. 130 s. ISBN 978-80-7472-087-1.
42. VANÍČKOVÁ, Marie. *Problematika péče porodních asistentek o ženy s mrtvým plodem*. České Budějovice, 2009. 137 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Vlasta Koudelková.
43. WARLAND, Jane a Deborah L. DAVIS et al., 2011. *Caring for Families Experiencing Stillbirth: A unified position statement on contact with the baby. An international collaboration*. ©2016 Gundersen Health System. [online]. [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: [http://missfoundation.org/news/StillbirthContactwBaby\\_position\\_statement.pdf](http://missfoundation.org/news/StillbirthContactwBaby_position_statement.pdf)

## **10 PŘÍLOHY**

Příloha A Dotazník pro zkoumání problematiky porodu mrtvého plodu .....	86
Příloha B Formulář pro rodiče, kteří si berou tělo dítěte domů .....	93
Příloha C Práva rodičů po porodu mrtvého plodu .....	94

Problematika poskytování péče rodičům při porodu mrtvého plodu

Vážené respondentky,

obracím se na Vás se žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro diplomovou práci na téma „Problematika poskytování péče rodičům při úmrtí novorozence“. Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. Předem děkuji za spolupráci.

Bc. Eva Janíková, studentka fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

1. Kolik je vám let?

- a.* 20 – 30
- b.* 31 – 40
- c.* 41 – 50
- d.* 50 a více

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a.* Středoškolské
- b.* Vyšší odborné
- c.* Vysokoškolské bakalářské
- d.* Vysokoškolské magisterské/inženýrské
- e.* Vysokoškolské doktorandské

3. Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka?

- a.* Méně než 2 roky
- b.* 2 – 5 let
- c.* 6 – 10 let
- d.* 11 – 20 let
- e.* 21 – 30 let
- f.* Více než 30 let

4. Setkala jste se během své praxe s porodem mrtvého plodu?
- Ano
  - Ne (pokračujte otázkou č. 6)
5. Kolikrát jste se za poslední rok setkala s porodem mrtvého plodu?: \_\_\_\_\_
6. Určete na stupnici, jaký pocit ve Vás vyvolává představa nebo přímá péče o ženu s mrtvorozeným dítětem? (1 – nemám obavy; 5 – největší obavy)
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
7. Uveďte, v čem vnímáte největší úskalí takové péče:
- V komunikaci s rodiči
  - V péči o mrtvé tělo novorozence
  - Ve vedení dokumentace
  - Jiné: \_\_\_\_\_
8. Ocenila byste určitou formu přípravy na takovou situaci?
- Ano
  - Ne (pokračujte otázkou č. 10)
9. Jakou formu byste uvítala? (lze označit více možností)
- Formou výuky při přípravě na povolání (součást výuky na VŠ, VOŠ, SZŠ)
  - Formou semináře v rámci konferencí
  - V rámci zaměstnání – rozhovor s psychologem v užším kruhu spolupracovníků
  - Jiné: \_\_\_\_\_
10. Na které oddělení je klientka po porodu mrtvého novorozence umístěna?
- Odd. gynekologie
  - Odd. šestinedělí
  - Nevím
  - Jiné: \_\_\_\_\_

11. Máte možnost pro ženu vyčlenit samostatný porodní box?
- a.* Ano
  - b.* Nemáme takové možnosti
  - c.* Nevím
12. Umožňujete při porodu mrtvého dítěte přítomnost blízké osoby?
- a.* Ano, bezplatně
  - b.* Ano za poplatek
  - c.* Neumožňujeme
  - d.* Nevím
13. Vyhovíte vždy všem přáním rodičů týkajících se průběhu porodu či rozloučení s dítětem?
- a.* Ano, snažíme se vyhovět všem přáním
  - b.* Ano, ale ne vždy je možné vyhovět všemu
  - c.* Ne, na přání většinou nebereme ohled
  - d.* Ne, rodiče většinou žádná přání nemají
14. Informujete klientku o možnosti epidurální analgezie (EDA) k tišení bolestí?
- a.* Ano, EDA nabízíme
  - b.* Ne, naše zařízení tuto možnost nemá
  - c.* Nevím
15. Funguje ve vaší nemocnici podobně jako v nemocnicích zahraničních „perinatal bereavement team“ – tedy specializovaná skupina složená ze specializované sestry/porodní asistentky, psychologa, sociálních pracovníků, event. duchovního, která nabízí pomoc lidem s bolestnou ztrátou blízké osoby?
- a.* Ano (pokračujte otázkou č. 17)
  - b.* Ne
  - c.* Nevím



16. Myslíte si, že by takový tým byl ve vaší nemocnici přínosný, užitečný?
- a.* Ano
  - b.* Spíše ano
  - c.* Spíše ne
  - d.* Ne
  - e.* Nevím
17. Podporujete/podporovala byste bonding u mrtvého dítěte?
- a.* Ano
  - b.* Spíše ano
  - c.* Spíše ne
  - d.* Ne
  - e.* Nevím
18. Myslíte si, že je důležité, aby se rodiče se svým dítětem patřičně rozloučili?
- a.* Ano, snažím/snažila bych se je v tom podpořit
  - b.* Ano, ale příliš je nenabádám/příliš bych je nenabádala
  - c.* Ne, je lepší dítě nevidět
  - d.* Nevím
19. Umožňuje vaše oddělení rodičům rozloučení se s dítětem?
- a.* Ano
  - b.* Ne (pokračujte otázkou č. 21)
  - c.* Nevím

20. Kde ve Vaší nemocnici probíhá rozloučení se rodičů s jejich dítětem? (lze označit více možností.)
- a. Ve vyhrazené místnosti
  - b. V nemocniční kapli
  - c. Na porodním sále
  - d. Nevím
  - e. Jiné: \_\_\_\_\_
21. V České republice existuje možnost pro rodiče rozloučit se s dítětem v domácím prostředí. Umožňuje toto Vaše nemocnice?
- a. Ano
  - b. Ne
  - c. Nevím
22. Nabízela byste svým klientům tuto možnost?
- a. Ano, vnímám to jako dobrou věc
  - b. Ne, je to zvrhlé
  - c. Ne, je to zbytečné
  - d. Nevím
23. Poskytuje vaše nemocnice upomínku na dítě? (Vyberte z níže uvedených věcí, lze označit více možností.)
- a. Certifikát o narození dítěte
  - b. Fotografie dítěte
  - c. Otisk, prstů, ručky či nožky
  - d. Pramínek vlasů
  - e. Neposkytuje nic
  - f. Nevím
  - g. Jiné: \_\_\_\_\_

24. Slyšela jste někdy o projektu Andělský fotograf?
- Ano
  - Ne
25. Projekt Andělský fotograf sdružuje fotografy, kteří dobrovolně pomáhají rodinám, jejichž nenarozené děťátko má závažnou prenatální diagnózu a očekává se, že bude žít jen velmi krátce. Pomáhají rodičům zachytit okamžiky života děťátka, setkání a loučení. Myslíte si, že by bylo dobré tuto možnost rodičům nabízet?
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne
  - Nevím
26. Doporučujete standardně rodičům odbornou pomoc psychologa?
- Ano (*uved'te proč*): \_\_\_\_\_
  - Ne (*uved'te proč*): \_\_\_\_\_
  - Nevím
27. Znáte projekt Prázdná kolébka, který pomáhá rodičům vyrovnat se se ztrátou dítěte?
- Ano znám a informuji o něm své klienty
  - Ano, někdy jsem to slyšela, ale více o tom nevím
  - Ne, nic mi to neříká
28. Kdo poskytuje informace o pohřbu?
- Staniční sestra
  - Sociální pracovnice
  - Lékař
  - Nevím
  - Jiná osoba: \_\_\_\_\_

29. Co si myslíte o přítomnosti ošetřujícího personálu na pohřbu dítěte? (lze označit více možností.)

- a.* Je to dobrý způsob, jak vyjádřit soustrast
- b.* Je to dobré pro vyrovnání s negativním zážitkem
- c.* Je to nevhodné
- d.* Je to zbytečné
- e.* Jiné: \_\_\_\_\_

30. Zúčastnila jste se někdy Vy osobně takového pohřbu?

- a.* Ano, zúčastnila jsem se
- b.* Ne, ale měla bych o to zájem
- c.* Ne, nemám o to zájem
- d.* Ne, nikdy mě to nenapadlo

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku.

**Příloha B** Formulář pro rodiče, kteří si berou tělo dítěte domů

Name of hospital/ trust/ health board

[NOTE: Change baby's body to fetal remains if requested by parents.]

Form for parents who take their baby's body home

TO WHOM IT MAY CONCERN

This is to confirm that (name(s) of parent(s))

\_\_\_\_\_

of (address) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have taken their baby's body from (name and address of hospital) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

I / We, the parent(s), hereby take full responsibility for our baby whilst they are in our care.  
We will (tick as appropriate):

return our baby to the hospital on (date) \_\_\_\_\_

make our own funeral arrangements.

Parent(s) Name(s) (please print):

\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Name of staff member (please print) \_\_\_\_\_

Position (please print) \_\_\_\_\_

In case of need or concern please contact:

Staff member's name \_\_\_\_\_ Job Title \_\_\_\_\_

Department direct line \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

24-hour phone contact for support \_\_\_\_\_

## Příloha C Práva rodičů po porodu mrtvého plodu

### Práva rodičů po porodu mrtvého plodu

Dostat příležitost své dítě po porodu vidět, chovat.

Dostat příležitost s dítětem se rozloučit v intimním prostředí po takovou dobu, kterou potřebujete.

Dostat příležitost dítě vyfotografovat.

Dostat příležitost uchovat památky na dítě, kterými mohou být: snímek z ultrazukového vyšetření, fotografie, otisk ruky/nožky, pramínek vlásků, data o váze a míře dítěte a jiné.

Dítě pojmenovat jménem.

Rozhodnout o možném pohřbu dítěte. (Dle zákona o pohřebnictví do 96 hodin)

Získat srozumitelné informace o zdravotním stavu dítěte, zjištěných vyšetřeních, výsledcích pitvy. Máte nárok vyžádat si zdravotnickou dokumentaci a lékařské zprávy.;

Mít možnost uspokojit kulturní a spirituální potřeby.

Být citlivě zdravotnickým personálem doprovázeni s respektem k vašim pocitům, myšlenkám, přesvědčením a individuálním přáním.

Získat informace o procesu truchlení.

Získat srozumitelné a podrobné informace o vašich dalších občanskoprávních povinnostech (matrika, úmrtní list, mateřská dovolená) a možné odborné i laické psychologické pomoci a podpoře.

Zdroj: Psychologie-Porodnictví-Gynekologie, 2008