

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024/25

Pavla Kulhánková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Těhotenská ztráta očima porodních asistentek

Bakalářská práce

2024/25

Pavla Kulhánková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Pavla Kulhánková**  
Osobní číslo: **Z22030**  
Studijní program: **B0913P360036 Porodní asistence**  
Téma práce: **Těhotenská ztráta očima porodních asistentek**  
Téma práce anglicky: **Pregnancy loss through the eyes of midwives**  
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

## Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Monika Kopecká**  
Katedra porodní asistence, perioperační péče  
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

**doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.**  
děkan

L.S.

**Mgr. Helena Poláčková v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2025

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Těhotenská ztráta očima porodních asistentek jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 25. 04. 2025

Pavla Kulhánková v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce paní Mgr. Monice Kopecké, za trpělivost, vstřícnost a cenné rady při vedení této bakalářské práce.

Zároveň bych chtěla poděkovat porodním asistentkám, které mi věnovaly čas a odpověděly mi na mé otázky v rámci průzkumného šetření.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá problematikou těhotenské ztráty z pohledu porodních asistentek. Tato práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část obsahuje definice základních pojmů, které souvisí s danou problematikou. Dále jsou zde popsány kompetence porodních asistentek a péče porodní asistentky o ženu s těhotenskou ztrátou. Další kapitola se zabývá pojmy duševní hygiena, syndrom vyhoření a supervize. Praktická část se věnuje cíli bakalářské práce. Hlavním cílem bylo zjistit, jak subjektivně vnímají těhotenskou ztrátu porodní asistentky. Dalšími cíli bylo zjistit, jakou formu pomoci by porodní asistentky potřebovaly k tomu, aby předešly vyhoření či psychickému zhroucení z těhotenských ztrát a zda jim v překonání těhotenské ztráty pomáhá délka praxe. V praktické části jsou popsány postupy kvalitativního průzkumného šetření a data, která byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s porodními asistentkami pracujícími v Pardubickém kraji.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Těhotenská ztráta, porodní asistentka, porod mrtvého plodu, duševní hygiena, syndrom vyhoření, supervize

## **TITLE**

Pregnancy loss through the eyes of midwives

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis deals with the issue of pregnancy loss from the perspective of midwives. This thesis consists of theoretical and practical parts. The theoretical part contains definitions of basic concepts related to the issue. It also describes the competencies of midwives and the care of midwives for women with pregnancy loss. The next chapter deal with the concepts of mental hygiene, burnout syndrom and supervision. The practical part deals with the aim of the bachelor thesis. The main aim was to find out how midwives subjectively perceive pregnancy loss. Other aims were to find out what form of help midwives would need to prevent burnout or psychological breakdown from pregnancy loss and whether the length of experience helps

them in overcoming. The practical part describes the qualitative research procedures and the data that were collected through semi-structured interviews with midwives working in the Pardubice Region.

## **KEYWORDS**

Pregnancy loss, midwife, stillbirth, mental hygiene, burn-out syndrome, supervision

# OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce .....	13
1.1 Cíl práce.....	13
1.1.1 Dílčí cíle.....	13
1.2 Metody k dosažení cíle .....	13
Teoretická část .....	14
2 Těhotenská ztráta .....	14
2.1 Definice pojmů .....	14
2.2 Rizika a příčiny těhotenské ztráty.....	15
2.3 Diagnostika těhotenské ztráty .....	17
2.4 Komplikace těhotenské ztráty.....	18
2.5 Prevence těhotenské ztráty.....	19
3 Péče porodní asistentky .....	20
3.1 Kompetence PA .....	20
3.2 Sdělení diagnózy.....	21
3.3 Péče porodní asistentky o ženu při příjmu.....	22
3.4 Péče o ženu během porodu .....	23
3.4.1 Péče porodní asistentky o ženu během I. doby porodní .....	24
3.4.2 Péče porodní asistentky o ženu během II. doby porodní .....	26
3.4.3 Péče porodní asistentky o ženu během III. a IV. doby porodní.....	26
3.5 Péče porodní asistentky o mrtvě narozené dítě a rituál rozloučení.....	27
3.6 Vyšetření ženy a plodu po porodu .....	28
3.7 Péče porodní asistentky o ženu na oddělení .....	29
4 Péče o duševní zdraví .....	31
4.1 Duševní hygiena .....	31
4.1.1 Metody duševní hygieny.....	31

4.1.2	Techniky osobnostního rozvoje .....	34
4.2	Syndrom vyhoření.....	34
4.2.1	Stres .....	35
4.2.2	Fáze syndromu vyhoření.....	35
4.2.3	Projevy a dopady syndromu vyhoření .....	36
4.2.4	Prevence vyhoření.....	36
4.3	Supervize .....	37
4.3.1	Funkce supervize .....	38
4.3.2	Formy supervize .....	39
4.3.3	Peer program.....	39
	Výzkumná (praktická) část .....	41
5	Metodika výzkumné (praktické) části.....	41
5.1	Výzkumný soubor.....	43
5.1.1	Charakteristika respondentů .....	43
5.1.2	Sběr dat .....	43
5.1.3	Analýza dat .....	44
5.2	Shrnutí obsahu rozhovorů .....	45
5.3	Prezentace výsledků výzkumu.....	50
5.3.1	Kategorie.....	50
5.4	Shrnutí výsledků dle výzkumných cílů.....	57
6	Diskuze .....	60
7	Závěr .....	62
8	Použitá literatura .....	64
9	Přílohy.....	71

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CRP	C-reaktivní protein
Č.	Číslo
ČR	Česká republika
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulopatie
HELLP	Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets
LMWH	Nízkomolekulární heparin
Např.	Například
oGTT	Orální glukózový toleranční test
S.	Strana
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
Tj.	To jest
TSH	Tyreotropní hormon
Tzv.	Takzvaný
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	Světová zdravotnická organizace

## ÚVOD

Těhotenství je obvykle vnímáno jako radostné období očekávání nového života. Pro některé ženy a jejich rodiny se však tento radostný proces může změnit v hlubokou bolest v důsledku těhotenské ztráty. Potrat, mrtvě narozené dítě nebo jakákoliv jiná forma ztráty patří mezi nejtěžší životní zkušenosti, které mohou mít významný dopad na psychické i fyzické zdraví ženy. V takových chvílích hraje důležitou roli péče poskytovaná nejen rodinou a přáteli, ale také poskytovateli zdravotní péče, zejména porodními asistentkami. Porodní asistentky hrají zásadní roli v podpoře žen procházejících tímto obtížným obdobím. Jejich perspektiva a zkušenosti mohou poskytnout cenné informace o způsobech, jakými lze reagovat na potřeby žen v těchto citlivých situacích.

Téma těhotenské ztráty je emocionálně a psychologicky náročné a dotýká se velmi citlivé oblasti lidského života. V mnoha případech je toto téma opředené tabu a ve společnosti se o něm hovoří jen málokdy. Přesto je však zásadní, aby se o těhotenských ztrátách diskutovalo otevřeně, protože jejich důsledky mohou ovlivnit další aspekty života jednotlivců. Ze statistických ukazatelů se ČR řadí mezi země s nízkým podílem mrtvě narozených dětí ze všech narozených dětí. Bohužel i přes vysoce kvalitně poskytovanou péči se v ČR ročně narodí okolo 400 mrtvě narozených dětí (ÚZIS 2021).

Téma této bakalářské práce bylo zvoleno z důvodu mého vlastního zájmu o danou problematiku. Proto jsem se rozhodla nejen nalézt pro mě nové informace, díky kterým bych získala více vědomostí, ale také načerpat zkušenosti pracujících porodních asistentek, tak abych v profesním životě byla na tyto situace připravenější.

Práce se skládá ze dvou částí, a to z teoretické a průzkumné. V teoretické části jsou zmíněné tři hlavní kapitoly. V nich jsem se snažila vysvětlit a uvést všechny pojmy, které se k celé problematice vztahují a slouží k snadnějšímu pochopení. V první kapitole s názvem těhotenská ztráta jsou definovány základní pojmy. Dále jsou popsány rizika a příčiny, které mohou vést k těhotenské ztrátě, diagnostika, komplikace a prevence těhotenské ztráty. Jsou zde zmíněné kompetence porodní asistentky a celková péče porodní asistentky, která probíhá již od sdělení diagnózy a příjmu ženy, v průběhu celého porodu i po porodu. Z důvodu, že se bakalářská práce zabývá tématem, které pokládám za psychicky náročné, se práce zabývá i péčí o duševní zdraví. Jsou zde zmíněné metody duševní hygieny a techniky osobnostního rozvoje, které by měly posloužit jako prevence před syndromem vyhoření, který je také detailně popsán. V závěru teoretické části je definován pojem supervize, jeho funkce a formy a peer program.

V druhé části bakalářské práce, která je zaměřena na výzkum, je stanoven hlavní cíl a dva dílčí cíle. Hlavním cíle je zjistit, jak subjektivně vnímají těhotenskou ztrátu porodní asistentky. Prvním dílčím cílem je zjistit, jakou formu pomoci by porodní asistentky potřebovaly k tomu, aby předešly vyhoření či psychickému zhroucení z těhotenských ztrát. Druhý dílčí cíl spočívá ve zjištění, zda ovlivňuje vyrovnání se s těhotenskou ztrátou délka praxe. Odpovědi na stanovené cíle jsem získala pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru, který jsem vedla se sedmi respondentkami v rámci kvalitativního výzkumu. Následně došlo k analýze a vyhodnocení získaných dat, které jsou postupně interpretovány.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

## **1.1 Cíl práce**

Cílem teoretické části bakalářské práce je vysvětlení pojmů, které souvisí s těhotenskou ztrátou. S tímto cílem souvisí popsání a charakterizování péče porodní asistentky o ženy s těhotenskou ztrátou, pojmů těhotenská ztráta, supervize a péče o duševní zdraví. Cílem výzkumné části bakalářské práce je zjistit, jak subjektivně vnímají těhotenskou ztrátu porodní asistentky.

### **1.1.1 Dílčí cíle**

1. Zjistit, jakou formu pomoci by porodní asistentky potřebovaly k tomu, aby předešly vyhoření či psychickému zhroucení z těhotenských ztrát.
2. Zjistit, zda ovlivňuje vyrovnání se s těhotenskou ztrátou délka praxe.

## **1.2 Metody k dosažení cíle**

Pro dosažení stanovených výzkumných cílů, bylo zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření, která proběhla formou rozhovoru. Rozhovory byly vedeny formou polostrukturovaného rozhovoru se sedmi respondentkami. Získaná data byla zpracována formou segmentace, kódování a následně rozřazena do kategorií.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 TĚHOTENSKÁ ZTRÁTA

Pod pojmem těhotenská ztráta můžeme zahrnout ztrátu dítěte kdykoliv v průběhu těhotenství. Zároveň se může jednat o ztrátu dítěte do sedmi dnů po porodu. K ztrátě mohlo dojít před porodem tedy v prenatální období nebo v období kolem porodu, jinak řečeno v perinatálním období. (Milfait, Steinlauf, 2024, s. 55-58)

### 2.1 Definice pojmů

Potratem, dle § 82 Zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), se rozumí plod, který po úplném vypuzení či vyjmutím z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života, tedy není přítomna akce srdeční, pulzace pupečníku, dech nebo pohyb kosterního svalstva. Zároveň porodní hmotnost plodu je menší než 500 gramů. V případě, že nelze zjistit hmotnost plodu, jedná se o těhotenství kratší než 22 týdnů. (Zákon 372/2011 Sb.; zakonyprolidi.cz, 2025; Ratislavová, 2016, s. 9)

Porod mrtvého plodu je definováno jako úmrtí plodu nejevícího ani jednu ze známek života (akce srdeční, pulzace pupečníku, dech nebo pohyb kosterního svalstva). Rozhodující je zde jeho hmotnost, která je rovna či vyšší než 500 gramů. Pokud nelze zjistit hmotnost, je orientováno dle stáří gravidity. V tomto případě je těhotenství delší než 22 týdnů. Jestliže informace o stáří gravidity nejsou dostatečně důvěryhodné, rozhoduje délka plodu od temene hlavy po patu, která by měla činit 25 centimetrů a více. (Hájek, 2014, s. 434; Procházka a kol., 2020, s. 615)

Syndrom mrtvého plodu je spojen s diagnózou mrtvého plodu a jeho porodem. O syndromu hovoříme z důvodu, že při zjištění mrtvého plodu a jeho porodu mohou nastat komplikace, které mohou závažně ohrozit zdravotní stav i život ženy. Pod tento syndrom se zahrnují všechna úmrtí v těhotenství nebo během porodu dle definice porodu mrtvého plodu již zmíněné. (Hájek, 2014, s. 434)

Za živě narozené dítě je považován plod, který po vypuzení nebo vynětí z těla matčina projevuje alespoň jednu ze známek života bez ohledu na stáří těhotenství. U plodu lze nalézt pulzace pupečníku, akce srdeční, pohyb kosterního svalstva nebo dech. (Procházka a kol., 2020, s. 615)

Viabilita plodu je schopnost plodu přežít mimo dělohu. Hranice viability plodu je v České republice stanovena na stáří gravidity 24+0 a více. Děti, které se narodily v období mezi 22. a

24. týdnem těhotenství spadají do tzv. šedé zóny. Jedná se extrémně nezralé novorozence s velmi nejistou prognózou a nízkou pravděpodobností přežití bez psychomotorického postižení. Vždy je nutné věnovat pozornost edukaci rodičů o situaci a možnostech, aby se mohli podílet na rozhodování. Tým porodníků a neonatologů přihlíží na přání rodičů, pokud se jedná o těhotenství na hranici viability plodu. Rodiče se tak mohou rozhodnout, zda chtějí, aby lékaři intenzivně pracovali na záchraně novorozence nebo mu poskytli bezbolestný odchod. (Berková, 2022; Slezáková a kol., 2017, s. 159)

Perinatální mortalita je jedním z epidemiologických ukazatelů. Mortalita lze také nazvat jako úmrtnost. Má dva hlavní komponenty – mrtvorozenost a časnou novorozeneckou úmrtnost. Mrtvorozenost vyjadřuje počet mrtvě narozených dětí na 1 000 všech narozených dětí, která se skládá z intrauterinního úmrtí antepartálního a intrapartálního. Časné novorozenecké úmrtí je úmrtí živě narozeného novorozence v období do sedmého dne života. (Hájek, 2014, s. 452)

Dle ÚZIS se od roku 2012 do roku 2019 mrtvorozenost v České republice pohybuje okolo 3,5 %. Za tyto roky se průměrně jedná o 390 novorozenců. Časná novorozenecká úmrtnost v posledních letech klesá. Největší pokles nastal mezi lety 1970 a 1990, kdy se jednalo o rozdíl 8 %, v přepočtu o 1 200 novorozenců. Od roku 2008 se pohybuje do 1,2 %. Je to způsobeno vývojem a vylepšením péče o předčasně narozené novorozence. (ÚZIS, 2021)

## **2.2 Rizika a příčiny těhotenské ztráty**

Rizika a příčiny intrauterinního úmrtí plodu se mění s gestačním stářím těhotenství. S rostoucím stářím gravidity se riziko postupně snižuje. Naopak po termínu porodu se riziko začíná zvyšovat. Do 13. týdne těhotenství je nejčastější příčinou úmrtí genetický základ. Jedná se o poruchy chromozomů, kdy na období I. trimestru se zahrnuje až 60 % všech mrtvých plodů. Příčiny úmrtí plodu se mění i v průběhu let. Díky rozvoji techniky a možnosti diagnostiky jsou pouze ojedinělé případy intrapartálního úmrtí. Snížila se úmrtnost na Rh-izoimunizaci nebo na intrauterinní růstovou restrikci. (Hájek, 2014, s. 434-435; Pařízek, 2015, s. 207)

Mezi hlavní rizikové faktory těhotenské ztráty se zahrnuje věk ženy. Častěji se objevují u žen mladších 19 let a u žen starších 35 let. Frekvence ztrát je také důležitá. Pravděpodobnost, že těhotenství skončí opět ztrátou, se pohybuje mezi 4-20 %. Rizikovou skupinu dále představují vícečetná těhotenství, kdy výskyt úmrtí plodu se objevuje až pětkrát častěji než u jednočetných gravidit. Zároveň u jednovaječných dvojčat je riziko dvojnásobné oproti dvojčat dvojevaječných. (Roztočil a kol., 2024, s. 394-395; Pařízek, 2015, s. 207-208)

I životní styl může negativně ovlivnit míru rizika úmrtí plodu. Kouření cigaret a příjem alkoholu více jak 250 mililitrů za týden zvyšuje tuto pravděpodobnost. Nedostatek příjmu potravy a živin nebo naopak nadváha je také spojená s tímto rizikem. (Choo et al., 2021)

Ve 20-50 % případů se příčina úmrtí plodu nedokáže. Příčiny úmrtí můžeme rozdělit na tři kategorie – původ ze strany matky, plodu nebo poruchy placenty a pupečníku. Mateřské příčiny mají většinou základ v preexistujících primárních onemocněních, kterými žena trpěla již před otěhotněním. Vlivem gravidity může dojít ke zhoršení průběhu onemocnění. Může se jednat i o příčiny spojené s těhotenstvím. Patří sem:

- Diabetes mellitus,
- hypertenze,
- kardiovaskulární onemocnění,
- nefropatie,
- antifosfolipidový syndrom,
- preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom,
- krvácení,
- abúzus drog a alkoholu,
- traumata, dopravní nehody, domácí násilí,
- životní a pracovní podmínky – např. ionizující záření nebo chemické látky. (Procházka a kol., 2020, s. 616-617)

Mezi příčiny ze strany plodu řadíme strukturální malformace, vrozené poruchy metabolismu, chromozomální aberace, bakteriální a virové infekce nebo fetofetální transfuze dvojčat. Nejčastějšími infekcemi jsou nákazy z ascendentní cesty z genitálního traktu. Bakteriální infekce způsobují chorioamnitidu – zánět plodových obalů, tím může dojít k předčasnému odlučování placenty a předčasnému porodu. Často se jedná o infekce způsobené *Streptococem agalactiae*, mykoplazmaty, ureaplazmaty a chlamydiemi. Mezi virové např. řadíme cytomegalovirové infekce a mezi infekce přenosné ze zvířat listeriózy. (Hájek, 2014, s. 434-435)

Poslední kategorií jsou příčiny způsobené poruchou placenty nebo pupečníku. Do této skupiny patří:

- Placenta praevia – včestné lůžko,
- abrupce placenty – předčasné odlučování lůžka,

- placentární infarkty a teratomy,
- chorioamnitida,
- trombóza cév,
- vasa praevia,
- torze a strangulace pupečníku,
- výhřez pupečníku,
- pravý uzel na pupečníku. (Hájek, 2014, s. 434-435; Procházka a kol., 2020, s. 617)

### 2.3 Diagnostika těhotenské ztráty

Syndrom mrtvého plodu se diagnostikuje na základě subjektivních příznaků ženy, které sama pociťuje a objektivních známek úmrtí. Je vhodné, aby diagnózu potvrdil lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví. V případě diagnostiky v ambulantní péči musí být žena předána do ústavní péče. (Procházka a kol., 2020, s. 617; Pařízek, 2015, s. 207)

Nejčastějším důvodem, proč žena vyhledá odbornou pomoc, je, že cítí méně pohybů, než byla zvyklá. Došlo tedy ke změně frekvence a intenzity pohybů plodu nebo jejich úplné vymizení. Tyto informace mohou být zkreslené pocitem obav a úzkosti. Nemusí se jednat o spolehlivý důkaz, proto tento příznak řadíme mezi subjektivní. Často žena přichází s příznaky, které mohou způsobit jiné etiologie. Jedná se především o krvácení, děložní kontrakce či výtok z rodidel. Zároveň žena může cítit celkovou schvácenost, únavu a ochabnutí napětí v prsech. Celé to může doprovázet subfebrilie až febrilie. (Hájek, 2014, s. 434-435; Procházka a kol., 2020, s. 617)

Ratislavová (2016) ve své knize udává mnoho příkladů studií, ze kterých vyplývá, že je důležité nebrat pocity žen na lehkou váhu. Ženy ve výzkumech uvedly, že několik dní před stanovením diagnózy vnímaly, že se něco děje. Zároveň sdělily, že ačkoliv zaznamenaly absenci pohybů dítěte, vyčkaly déle než 24 hodin, než vyhledaly zdravotnickou pomoc. Jeden z důvodů byl, že měly obavu, aby nepřidávaly personálu práci, nebo nevěděly, že by pomoc vyhledat měly. Proto je velmi důležitá i edukace ze strany porodní asistentky a lékaře. (Ratislavová, 2016, s. 37-41)

Nejdůležitější objektivní příznak je nepřítomnost ozev plodu, ať je použit stetoskop, dopplerovská sonda či sonda z kardiokografické monitorace. Následně absence ozev plodu je prokazatelně potvrzena pomocí ultrazvukového vyšetření, kdy na ultrazvuku lze pozorovat asystolii a dilataci srdce. (Hájek, 2014, s. 435)

Na ultrazvukovém vyšetření je možno pozorovat tzv. Spaldingovo znamení. Jedná se o znamení, které se objevuje v případech, že je plod mrtvý déle jak sedm dní. Dochází ke střechovitému překrývání se lebních kostí. Toto znamení lze i prokázat při rentgenologickém vyšetření, které se ale v dnešní době využívá pouze zřídka. (Hájek, 2014, s. 435)

Z prenatalních prohlídek lze sledovat neodpovídající vzdálenost od symfýzy po děložní fundus na stáří gravidity. U ženy se může objevit úbytek nebo zástava růstu hmotnosti. Pokud by žena podstoupila amnioskopii (endoskopické vyšetření na kvalitu a barvu plodové vody), typickým nálezem by byla masová až hnědá barva plodové vody. (Pařízek, 2015, s. 207; Hájek, 2014, s. 151)

## **2.4 Komplikace těhotenské ztráty**

Za nejzávažnější komplikaci syndromu mrtvého plodu se považuje vznik a rozvoj diseminované intravaskulární koagulace (DIC). Vzniká vlivem retence porodu mrtvého plodu. DIC se v 25-30 % případech nejčastěji vyvine v období 4-5 týdnů po úmrtí plodu. (Hájek, 2014, s. 435)

DIC je koagulační porucha, při které dochází k aktivaci hemostázy s následnou tvorbou mikrotrombů. To zapříčiní spotřebu koagulačních faktorů, aktivaci sekundární fibrinolýzy a následně tendenci ke krvácení. Je důležité, aby byla porucha diagnostikována co nejrychleji. Jedná se o stav, který se vyvíjí dynamicky. Principem léčby je odstranit příčinu, která vedla k tvorbě diseminované intravaskulární koagulaci a doplnit chybějící hemostatické komponenty např. koncentráty trombocytů, antitrombin nebo čerstvě zmražená plazma. (Navrátil a kol., 2017, s. 277)

Se syndromem mrtvého plodu se pojí i riziko vzniku infekce. Infekce může vést až k rozvoji sepse a těžkého septického šoku. Výsledkem je pak možné orgánové selhání a poruchy koagulace. Proto by se u každé rodičky měla zvážit antibiotická profylaxe jako prevence před vznikem infekce. (Hájek, 2014, s. 435; Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, 2019)

Hájek (2014) ve své knize zmiňuje skupinu onemocnění matky, která vedla k úmrtí plodu a dále mohou ohrozit zdraví ženy. Lze zde zařadit těžkou preeklampsii, HELLP syndrom a hepatorenální selhání. Zároveň může dojít ke zhoršení průběhu chronického onemocnění ženy. (Hájek, 2014, s. 435)

## 2.5 Prevence těhotenské ztráty

Mezi základní prevenci patří úprava životního stylu. Je doporučeno se vyhýbat kouření, užívání drog a alkoholu. Vhodné je i poupravit příjem potravin tak, aby žena neměla podvýživu či nadváhu. U žen, které trpí na chronické onemocnění, je vyžádána konzultace s odpovídajícím lékařem, aby došlo k maximální kompenzaci onemocnění. (Hájek, 2014, s. 436-437)

Každé těhotenství, které následuje po těhotenské ztrátě, je rizikové, a tudíž je více sledováno. Těhotnou v termínu porodu je vhodné hospitalizovat a monitorovat základní životní projevy plodu pomocí kardiokografie. Typ prevence těhotenské ztráty vyplývá z příčiny úmrtí plodu v předchozí graviditě. U genetické příčiny úmrtí plodu je nutné provést genetické vyšetření rodičů. Pokud byla příčina placentární insuficience, je doporučeno provést hormonální vyšetření cyklu, zároveň je možné v dalším těhotenství podávat ženě malé dávky kyseliny acetylsalicylové od 26. do 28. týdne. V případě příčiny vzniklé trombózou je doporučena antikoagulační léčba nízkomolekulárním heparinem (LMWH). Jestliže aktuální těhotenství je vícečetné monozygotní, tedy jedná se o jednovaječná dvojčata, riziko úmrtí jednoho plodu je až 50 %. Proto se doporučuje vícečetné těhotenství s monozygotními dvojčaty ukončit po 34. týdnu těhotenství císařským řezem. (Hájek, 2014, s. 436-437)

### 3 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY

Vývoj oboru porodní asistentka probíhal po řadu let. Práce porodních bab, která vycházela ze zvyklostí a předávaných zkušeností, se postupně přeměnila na formalizovanou podobu založenou na právech a potřebných kvalifikacích. (Procházka a kol., 2020, s. 27-29)

Porodní asistentky se běžně setkávají ve své praxi se ženou nebo rodiči truchlící kvůli ztrátě dítěte. Doprovázejí ženu při diagnostice, pečují o ni během porodu mrtvého plodu na porodním sále, ale také na oddělení gynekologickém, kde jsou většinou ženy po perinatální ztrátě hospitalizovány. (Ratislavová, 2016, s. 28-30)

#### 3.1 Kompetence PA

Dle české právní úpravy, tj. § 6 zákona č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) je obsahem povolání porodní asistentky: *„poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči.“* (Úplné znění zákona 96/2004 Sb.; zakonyprolidi.cz, 2025)

Odbornou způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky lze získat absolvováním tříletého bakalářského studijního oboru, kdy praktické vyučování je prováděno v akreditovaném zdravotnickém zařízení. (Zákon 96/2004 Sb.; zakonyprolidi.cz, 2025)

Práci porodní asistentky lze rozlišit na kooperativní a autonomní. Kooperativní část je založená na spolupráci s porodníkem. Autonomní část se opírá o vlastní kompetence porodní asistentky. Ta ale musí být vždy vykonávána dle doporučených postupů v gynekologii, perinatologii a neonatologii. (Procházka a kol., 2020, s. 26)

Kompetence porodní asistentky jsou ustanoveny ve § 5 Vyhlášce č. 55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu. Zejména se jedná o tyto činnosti:

- Poskytování informací o životosprávě v průběhu těhotenství a v přípravě na porod,
- podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, a o kojení,
- provádí vyšetření určených ke sledování fyziologického těhotenství,
- sleduje ženu s fyziologickým těhotenstvím,
- při zjištění rizika či patologií předává ženu do péče lékaře se způsobilostí,
- pečuje o ženu ve všech porodních dobách a vede fyziologický porod,
- v odůvodněných případech provádí nástřih hráze,
- ošetří a pečuje o poporodní poranění,
- pečuje o ženu s přerušným těhotenstvím či s odumřelým plodem,
- pečuje o fyziologického novorozence, provádí jeho první ošetření, popřípadě zahajuje okamžitou resuscitaci,
- pečuje o ženu s gynekologickým onemocněním. (Vyhláška č. 55/2011 Sb., zákonyprolidi.cz, 2025)

Pod dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může porodní asistentka asistovat při komplikovaném porodu a gynekologických výkonech. (Vyhláška č. 55/2011 Sb., zákonyprolidi.cz, 2025)

### **3.2 Sdělení diagnózy**

K intrauterinnímu úmrtí plodu může dojít v případě, že byla diagnostikována život ohrožující vada. Rodiče se přesto rozhodli v pokračování těhotenství i s rizikem možného úmrtí plodu. K úmrtí může dojít i v případě těhotenství, které probíhalo fyziologicky a rodiče se těšili na příchod živého a zdravého dítěte. Ženy nejčastěji vyhledávají pomoc v okamžiku, že pocítují, že není jejich miminko v pořádku. Úmrtí se ale může zjistit i v okamžiku, kdy je žena na běžné prenatalní prohlídce. Zpráva o úmrtí plodu je pro rodiče šokující, a proto je vhodné diagnózu sdělit šetrně. (Ratislavová, 2016, s. 37-40)

V tento okamžik dochází nejčastěji k prvnímu kontaktu s porodní asistentkou. Porodní asistentka zjistí, co ženu přivádí a následně se pokouší najít srdeční ozvy plodu pomocí kardiokografického přístroje, které nenachází. Již v té chvíli začíná žena pocítovat paniku a strach. Diagnózu úmrtí plodu stanovuje lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví dle ultrazvukového vyšetření. (Ratislavová, 2016, s. 37-40)

Pro sdělení diagnózy je nezbytné zajistit vhodné prostředí a intimitu. Všichni, kteří jsou přítomní, si musí dát pozor na svoji neverbální komunikaci. Z výzkumů je patrné, že si ženy

nejčastěji pamatují naprosté ticho a zachmuřelý výraz lékaře, který se stával čím dál vážnější. (Roztočil a kol., 2017, s. 209; Ratislavová, 2016. s. 41-44)

Během sdělení diagnózy je nejdůležitější komunikace. S ženou se musí mluvit citlivě, klidně, empaticky a slovně vyjádřit lítost. Rodiče si často pamatují slova a věty, které lékař použil. Lékař by měl volit slova, tak aby jim žena rozuměla. Neměly by se používat odborné medicínské názvy. Žena by neměla cítit známky spěchu či nejistoty, musí se cítit v bezpečí. Proto je žádoucí, aby byla přítomna blízká osoba. Pro lehčí zpracování informace se doporučuje ženě ukázat na obrazovce ultrazvuku, co lékař vidí. (Roztočil a kol., 2017, s. 2019; Bužgová a Sikorová, 2019, s. 171-176)

Podstatné je, aby se porodní asistentky i lékaři vyvarovali použití slova plod. Těhotné ženy nemluví o plodu ale o svém miminku či dítěti. Během těhotenství si vytvořily lásku a vztah k nenarozenému dítěti. Slovo plod je pro ně něco cizího a bezvýznamného. Použití tohoto slova můžeme do budoucna v ženě vyvolat trauma. (Ratislavová, 2016, s. 9-15)

Těhotné je nezbytné dopřát dostatek času na zpracování šokující zprávy v klidném a nerušeném prostředí s blízkou osobou. V případě dotazů je potřeba naslouchat a věnovat plnou pozornost. Porodník informuje rodičku o možnostech, jak dále postupovat. Nejčastěji se jedná o hospitalizaci s následnou indukci porodu. Pokud žena není ohrožena na zdraví, je možné umožnit odchod domů. V domácím prostředí si tak mohou rozmyslet způsob rozloučení se s dítětem a lépe se s celou situací vyrovnat. (Roztočil a kol., 2017, s. 209)

### **3.3 Péče porodní asistentky o ženu při příjmu**

V případě, že se úmrtí plodu zjistilo v ambulantní péči, je žena předána do péče ústavní. Pro zajištění co nejvíce vyhovujícího prostředí, je vhodná telefonická domluva předem. Porodní asistentky tak mohou připravit porodní sál označením, tak aby se vědělo, že se jedná o porod mrtvého plodu. Zároveň se urychlí proces vyšetření a příjmu, aby žena čekala co nejméně. Těhotná je následně hospitalizována a přijata na porodní sál. (Procházka a kol., 2020, s. 616-617, Ratislavová, 2016, s. 47-49)

Hlavním úkolem porodní asistentky při příjmu je odebrat anamnézu a založit dokumentaci. Na dokumentaci je možné nalepit samolepku. Tím se usnadní proces sdělování informací. Porodní asistentka zaznamená údaje z těhotenské průkazy, popřípadě se doptá ženy. Porodní asistentka změří fyziologické funkce – krevní tlak, pulz a teplotu. Dále asistuje lékaři při vyšetření a provádí odběry dle jeho ordinace. Dle Doporučených postupů mezi základní laboratorní odběry při příjmu ženy patří krevní obraz, koagulační parametry, CRP, základní biochemická vyšetření

a vyšetření moči. (Roztočil a kol., 2017, s. 195-196; Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, 2019)

Dochází k prvnímu navázání kontaktu. Proto by měla být přítomna porodní asistentka, která se o ženu bude starat po celou dobu její směny. Je žádoucí, aby byl vytvořen porodní plán. Tak žena může vyjádřit svá přání. Ženě by se mělo opakovat, že kdykoliv své přání může změnit. Zároveň by mělo být vždy poskytnuto dostatek času, aby se rodiče mohli samostatně rozhodnout. (Bužgová a Sikorová, 2019, s. 171-176)

### **3.4 Péče o ženu během porodu**

Způsob porodu mrtvého plodu nám určují Doporučené postupy vydané Českou gynekologickou a porodnickou společností. Pokud je ohroženo zdraví a život ženy, podnikají se okamžité kroky k ukončení těhotenství dle aktuálního porodnického nálezu a celkové stavu ženy, např. se jedná o abrupci placenty, preeklampsii, HELLP syndrom, sepsi a DIC. Císařský řez je volen pouze v případě ohrožení života ženy a u stavů, kdy vaginální porod je absolutně kontraindikován. V ostatních případech je porod veden vaginálně, a to i v případě, že se jedná o polohu podélnou koncem pánevním. (Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, 2019)

Porod je zahájen formou preindukce a indukce porodu. Preindukce zahrnuje postupy, které vedou k dostatečné zralosti děložního hrdla. Mezi mechanické metody patří zavedení katétru či cervikálních dilatátorů do děložního hrdla na noc. Tato metoda se v souvislosti s porodem mrtvého plodu nepoužívá. Je volena farmakologická metoda – aplikace prostaglandinů. Následuje indukce porodu, při které je snaha vyvolat pravidelné děložní kontrakce s cílem dosáhnout vaginální porod. K indukci porodu opět lze použít farmakologické a mechanické metody. U farmakologické indukce je používán prostaglandin E2, který se aplikuje do děložního hrdla. Lze použít tablety, které se podávají po 6-8 hodinách nebo gel. Druhá možnost je intravenózní podání infuze s oxytocinem. Mezi mechanické metody patří dirupce vaku blan, která je volena nejčastěji. (Hájek, 2014, s. 436-437; Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, 2016)

S vedením porodu souvisí i profylaxe. Jako prevence před vznikem a rozvojem infekce je doporučeno podat širokospektrá antibiotika. K zabránění vzniku a rozvoji DIC je vhodná prevence ve formě nízkomolekulárního heparinu (LMWH). Dávka se vypočítává dle tělesné hmotnosti a rizikových faktorů. Dokud žena nebude plně mobilizována, je vhodné aplikaci LMWH opakovat. (Hájek, 2014, s. 436; Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, 2019)

Porodní asistentka má důležitou roli v edukaci ženy. Se ženou musí být komunikováno empaticky, není vhodné porovnávat a hodnotit. Informace jsou sdělovány postupně s odstupem času. Porodní asistentka edukuje o tom, jak jednotlivé kroky probíhají a co bude dále následovat. Důležité je opakovat, že se žena může kdykoliv rozhodnout jinak. (Dušová, 2019, s. 84-85)

Ratislavová a Hrušková (2019) ve své knize zmiňují, že mnoho žen si přeje ukončení porodu císařským řezem. Nejčastější důvod, proč si přejí císařský řez, je ten, že vše budou mít co nejdříve za sebou. I zde je prostor pro porodní asistentku spolu s lékařem edukovat a vysvětlit důvody preference vaginálního porodu. (Ratislavová, Hrušková, 2019, s. 56-57)

### **3.4.1 Péče porodní asistentky o ženu během I. doby porodní**

První doba porodní je doba otevírací. Začíná pravidelnými kontrakcemi s prokazatelně otevíracím efektem porodních cest a končí úplným otevřením děložního hrdla (zánikem porodnické branky). Žena by měla být uložena na samostatném porodním sále, neměla by slyšet brečící miminka. (Procházka a kol., 2020, s. 394-399; Ratislavová, 2016, s. 53-57)

Ošetřovatelská péče porodní asistentky o ženu se téměř shoduje s fyziologickým porodem. Porodní asistentka měří každé dvě hodiny fyziologické funkce – krevní tlak, puls a teplota. Pozornost věnuje děložním kontrakcím. Sleduje jejich pravidelnost a charakter. Hodnotí progresi vaginálního nálezu a intenzitu vaginálního krvácení. Pro dobrý postup porodu se kontroluje i vyprazdňování. Ženě je možné nabídnout klyzma, které porodní asistentka aplikuje. Musí se kontrolovat i pravidelné vyprazdňování močového měchýře. V případě spontánního odtoku plodové vody nebo po dirupci vaku blan je kontrolována barva a množství plodové vody. (Hájek, 2014, s. 190-191; Procházka a kol., 2020, s. 395-396; Slezáková a kol., 2017, s.173-175)

Důležitou součástí celého porodu je tišení bolesti, tak aby žena během porodu trpěla co nejméně. Pro začátek porodu mohou být vybrány nefarmakologické metody. Porodní asistentka pomáhá ženě zaujmout vyhovující úlevovou polohu. Může ženě doporučit sprchu, koupel nebo vaginální napářku. Zapnutí oblíbené hudby nebo použití aromaterapie s vůněmi, které má žena ráda, pomůže vytvořit příjemné a klidné prostředí. Po začátku pravidelné děložní činnosti se doporučuje aplikovat epidurální analgézi, spasmolytika nebo menší dávky opiátů. Další možností je inhalace tzv. rajského plynu. Jedná se o plyn pod názvem Entonox, který je složen z kyslíku a oxidu dusného v poměru 1:1. (Procházka a kol., 2020, s. 502-504, 618; Hájek, 2014, s. 436; Pařízek, 2015, s. 118-121)

Psychický stav ženy je po sdělení diagnózy velmi podstatný. S rodičkou je nutné sdílet její pocity. Porodní asistentka musí být pozorná, nepředpokládat, ale ptát se. Všechny informace poskytovat pomalu a opakovaně. Žena pomocí blízké osoby nebo porodní asistentky sdílí žal a pomáhají jí promyslet těžká rozhodnutí. Zároveň je důležité vést ženu k vlastním rozhodnutím. Rodička ocení, když porodní asistentky jsou k dispozici, když je potřebují. Velmi kladně na ně působí, když personál ukáže emoce a zármutek. Vnímají tak, že nejsou samy. Potřebují porodní asistentku, která si je svým přístupem jistá. (Roztočil a kol., 2017, s. 209-11; Ratislavová, 2016, s. 53-57)

K vytvoření důvěry a pocitu bezpečí mezi rodičkou a porodní asistentkou je nezbytné projevit ženě úctu a respekt. Vstřícný postoj s kombinací empatie může pozitivně ovlivnit vnímání bolesti. Pokud žena cítí podporu, cítí se silnější. Porodní asistentka by měla ženu v průběhu povzbuzovat a chválit, nekritizovat. Prožívání porodu je pak pro ženu snesitelnější. (Mazúchová a Porubská, 2022, s. 32-38)

Během první doby porodní je vhodné se se ženou domluvit na rozloučení se miminkem. Důležité je rodiče edukovat o důležitosti rozloučení se a podporovat je v tom. Pokud se rozhodnou, že své miminko chtějí vidět, porodní asistentka jim může nabídnout možnosti. Dítě může obléknout nebo nechat pouze roušce. Může ho dát do zavinovačky. Některé rodiče si přejí, aby bylo přikryté pod dekou a až budou připravení, tak si ho odkryjí sami. V případě věřících rodičů je nutné nechat je provést svůj rituál rozloučení. Zároveň je jim opakováno, že doba na rozloučení bude trvat tak dlouho, dokud budou chtít. Čas na rozloučení by jim neměl být krácen. Porodní asistentka v průběhu celého porodu citlivě připomíná, že si své rozhodnutí mohou kdykoliv rozmyslet. (Ratislavová, 2016, s. 63-75)

Velmi důležitým rozhodnutím pro rodiče je rozhodnutí o naložení těla dítěte. Pro mnoho žen je důležité, aby se s tělem miminka zacházelo důstojně. Rodiče musí být edukováni, že od okamžiku oznámení o úmrtí miminka jim běží lhůta 96 hodin. V této lhůtě se musí rozhodnout, zda své dítě pojmenují a zda ho budou chtít pohřbít. Pokud se nevyjádří nebo se rozhodnou nepohřbít, měli by být informováni, že dítě bude zpopelněno a uloženo do společného hrobu v rámci sociálního pohřbu. Porodní asistentka či lékař by měl sdělit výhody, které přináší pohřbení a rozloučení se s dítětem podle svých představ. V případě, že neproběhne rozloučení a pohřbení, často je komplikován proces truchlení a ženy toho rozhodnutí litují. (Bužgová a Sikorová, 2019, s. 166-176; Zákon 193/2017 Sb.; zakonyprolidi.cz, 2025)

### **3.4.2 Péče porodní asistentky o ženu během II. doby porodní**

Druhá doba porodní se označuje jako doba vypuzovací. Začíná úplnou dilatací branky a končí porodem plodu. Má dvě fáze. Pasivní fáze je stav, kdy dochází k sestupu a rotaci naléhající části. Během aktivní fáze se u rodičky objevuje nucení na tlačení. (Procházka a kol., 2020, s. 401)

Pro porod mrtvého plodu je charakteristickým znakem tzv. tichý porod, anglicky označován jako „stillbirth“. Tento pojem vystihuje, že dítě po porodu nekřičí. Naopak je ticho. Ženy si nejčastěji v tento okamžik naplno uvědomí, že jejich miminko už nežije. (Ratislavová, 2016, s. 9-15)

Základním úkolem porodní asistentky ve druhé době porodní je monitorovat stav ženy, připravit rodičku k porodu a připravit pomůcky a prostředí k porodu. Porodní asistentka u rodičky sleduje intenzitu a pravidelnost děložních kontrakcí, progresu porodu, krvácení a celkový stav. Je prováděna monitorace fyziologických funkcí, sledují se změny v chování a dýchání ženy. Podstatné je sledovat i náplň močového měchýře. Plný močový měchýř může bránit naléhající části při vstupu do porodní cest. Po celou dobu porodní asistentka ženu uklidňuje, podporuje a vysvětluje další kroky. Edukuje ženu o správné technice tlačení a relaxaci mezi kontrakcemi. Příprava sterilního stolku s porodním balíkem a prostředí není odlišná od přípravy k fyziologickému porodu. Prostor by mělo být co nejintimnější s minimálním počtem osob. (Ratislavová, 2016, s. 9-15; Slezáková a kol., 2017, s. 182-184; Procházka a kol., 2020, s. 401-406)

Samotný porod v průběhu aktivní vypuzovací fáze je veden lékařem s asistencí porodní asistentky. Lékař chrání hráz, aby nemusela být provedena epiziotomie. Epiziotomie je indikována pouze v případě, že hrozí samovolné poranění hráze. Dle Doporučených postupů není nutné předat plod s placentou k histopatologickému vyšetření s nepřerušným pupečnickem. K porodu je možné volat pediatra k ohledání mrtvého plodu. (Hájek, 2014, s. 435-437; Procházka a kol., 2020, s. 618; Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, 2019)

### **3.4.3 Péče porodní asistentky o ženu během III. a IV. doby porodní**

Třetí doba porodní je doba k lůžku. V tomto období dochází k odloučení a vypuzení placenty, pupečnicků a plodových obalů. Čtvrtá doba obsahuje dvě hodiny po porodu, kdy je žena na porodním sále. Poté je odvedena na oddělení. (Procházka a kol., 2020, s. 425-429; Slezáková a kol., 2017, s. 187-188)

Péče porodní asistentky se ve třetí a čtvrté době porodní shoduje jako při fyziologickém porodu. V případě, že je třetí doba porodní vedena aktivně, porodní asistentka po porodu hlavičky dítěte intravenózně aplikuje oxytocin. Jeho podání zabraňuje možným krevním ztrátám. Následuje čekání na odloučení placenty. Žena je edukována, že může cítit stahy, které jsou podobné kontrakcí ale slabší. Poté je vyzvána, aby zatlačila a porodila placentu. Po porodu placenty lékař zkontroluje její celistvost a kompletnost, včetně celistvosti a případného potrhání plodových obalů. Dále je provedena revize porodních cest a ošetření případného porodního poranění v lokální anestezii. (Slezáková a kol., 2017, s. 187-188; Dušová, 2019, s. 79-80)

Porodní asistentka ženu očistí a uloží do klidové polohy. Měří a zapisuje do dokumentace fyziologické funkce – krevní tlak, puls, teplota. Sleduje krvácení z rodidel a pohmatem kontroluje stahování dělohy. Tyto úkony provádí v pravidelných intervalech až do konce čtvrté doby porodní. Poté porodní asistentka se ženou vstane a doprovodí ji do sprchy. Do dokumentace zapíše první močení po porodu. Žena je poté odvedena na oddělení, nejčastěji na gynekologické, kde setrvává pouze nezbytně nutnou dobu. (Slezáková a kol., 2017, s. 187-188; Ratislavová, 2016, s. 85-88)

V rámci ošetrovatelské péče je důležité zmínit i edukaci o čtvrté době porodní. Žena je edukována o sledování krvácení z dělohy tak, aby zvýšené krvácení nahlásila. Dále je jí vysvětleno, že nesmí jíst a pít může pouze v malém množství. (Dušová, 2019, s. 80-81)

Nedílnou součástí porodu je péče o psychické zdraví ženy. Psychická podpora ženy je jedna z nejdůležitějších úkonů během porodu mrtvého plodu. Komunikace by měla být založena na podpoře a ujištění, že porod zvládla dobře. Rodiče oceňují vyjádření soustrasti a lítosti od personálu. V této době je vhodné se ženy ještě jednou zeptat na rozloučení se s dítětem a poskytnou dostatek času na rozmyšlení. (Ratislavová, 2016, s. 53-60)

### **3.5 Péče porodní asistentky o mrtvě narozené dítě a rituál rozloučení**

Porodní asistentka nebo neonatologická sestra převezmou tělo mrtvého dítěte a připraví ho na rozloučení. Péče probíhá podle přání rodičů. Nejdříve je dítě změřeno a zváženo. V případě, že je přivolán pediatr, je tělo ohledáno. Poté porodní asistentka dítě otře, může použít vonný olejček a natřít ho tím. Rodiče si tak mohou pamatovat, jak jejich miminko vonělo. Následně je obléknuto a uloženo do postýlky. Až budou rodiče připravení, porodní asistentka jim poskytne prostor pro rozloučení. (Ratislavová, 2016, s. 63-75; Dítě v srdci, 2023; Hájek, 2014, s. 436-437)

Dle výzkumů je důležité, aby se rodiče se svým dítětem rozloučili. Mnoho žen lituje, že své dítě nevidělo a má z toho trauma. Proto je vhodné, aby porodní asistentka tuto možnost znovu nabídla a ujistila rodiče, že si rozhodnutí mohou kdykoli rozmyslet. Je možné se i s porodní asistentkou domluvit, aby jim nejdříve popsala, jak miminko vypadá a rozhodnout se až na základě těchto informací. Je důležité věnovat rodičům dostatek prostoru na rozloučení a nespěchat na ně. (Ratislavová, 2016, s. 63-75)

Mnoho porodnic v České republice umožňuje rozloučení s pomocí tzv. memoryboxů. Jsou to vzpomínkové krabičky, které pomohou rozloučit se s dítětem a zároveň vytvoří vzpomínky. Memorybox nejčastěji obsahuje: oblečení (čepička, košilka, malé ponožky) a hebkou deku, sadu na otisk ručiček a nožiček, háčkované hračky, svíčka a vonný olejček. Rodiče si mohou do boxu přidat své vlastní předměty např. fotky z ultrazvuku nebo vlásky dítěte. (Dítě v srdci, 2023)

Ratislavová (2016) ve své knize uvádává, že v zemích západní Evropy je běžné, že o tělo mrtvého dítěte se postarají sami rodiče. Mohou si dítě omýt, obléknout a v klidném prostředí se s ním rozloučit. Zároveň si mohou pořídit fotografie, nebo ustříhnout pramínek vlásků na památku. (Ratislavová, 2016, s. 64-65)

### **3.6 Vyšetření ženy a plodu po porodu**

Doporučené postupy vydané Českou gynekologickou a porodnickou společností udávají, jaké vyšetření by u ženy a plodu měly být provedeny. V případě, že příčina úmrtí plodu je zjevná, není nutné provést všechna vyšetření. Základním vyšetřením je odběr rodinné i osobní anamnézy obou rodičů, u rodičky se navíc jedná o anamnézu gynekologickou a porodnickou. Vhodné je doplnit vyšetření genetikem. Mezi další vyšetření ženy patří:

- Kompletní krevní obraz, CRP, koagulační parametry a biochemické vyšetření včetně jaterních testů,
- trombofilie
- vyšetření nepravidelných antierytrocytárních protilátek,
- stanovení žlučových kyselin,
- oGTT,
- toxikologie,
- TSH, volný T3 a T4,
- Parvovirus B19,

- Toxoplazmóza, Rubeola, Cytomegalovirus, Herpes simplex virus. (Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, 2019)

Mezi vyšetření plodu a placenty patří hmotnost a délka plodu a hmotnost placenty. Dále zahrnuje cytogenetické vyšetření. V případě abnormalit je vhodné zajistit fotografie plodu a placenty. Poslední částí je pitva plodu. (Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, 2019)

### **3.7 Péče porodní asistentky o ženu na oddělení**

Ženy po porodu mrtvého plodu jsou hospitalizovány pouze nezbytně nutnou dobu. Přejí si prožívat zármutek v domácím prostředí, kde se cítí více v bezpečí. Pokud porod probíhal bez komplikací, žena může jít den po porodu domů. Nejvhodnější je, pokud žena může být na pokoji sama s přítomností partnera, který může v zdravotnickém zařízení přespát. (Ratislavová, 2016, s. 85-88)

I v tomto období je důležitá psychická podpora a komunikace. Ženy oceňují zájem a empatii. Pokud žena chce mluvit o tom, co se jí stalo, je potřeba si ženu vyslechnout, vyjádřit své pocity a zármutek. Důležité je ženám dopřát soukromí, ale zároveň by měly cítit zájem. Je potřeba tolerantní přístup i v případech, kdy se u ženy může objevit agresivita. Dle výzkumů bylo zjištěno, že velmi podstatné je poskytnout ženě dostatek informací. Ženy, které byly dobře informované, vnímaly získané informace jako formu podpory. (Ratislavová, 2016, s. 85-88)

Ošetřovatelská péče porodní asistentky o ženu probíhá stejně jako u fyziologické porodu. Pravidelně je kontrolován odchod, množství a charakter očístků, výška děložního fundu a hojení porodního poranění. Porodní asistentka zaznamenává do dokumentace fyziologické funkce, močení a odchod stolice. (Slezáková a kol., 2017, s. 232-235)

Rozdílem péče je zástava tvorby mateřského mléka a péče o prsa. Doporučené postupy udávají, že k zástavě laktace by měly být použity agonisté dopaminu, v České republice se jedná hlavně o lék s názvem Dostinex. Žena by měla být informována, že úplná zástava laktace může nastat až za dva týdny. Pokud laktace již nastoupila, žena by měla mateřské mléko odstříkávat do pocitů úlevy, jednotlivé intervaly postupně prodlužovat. K snížení bolesti nalitych prsou může ženě pomoci aplikace chladných obkladů, popřípadě požití analgetika např. Ibuprofen nebo Paracetamol. (Poloková, 2021, s. 6-21)

Základní úlohou porodní asistentky je edukace ženy. Edukace je zaměřena na očístky, kdy je ženě sděleno, že se jedná o infekční agens. Důležitá je zvýšená hygiena, důkladné mytí rukou po použití toalety a při výměně hygienických pomůcek. Žena je poučena, že barva a charakter

očistků se postupně mění z červené až na bílou. Očistky by neměly zapáchat. Zvýšená hygiena je důležitá i pro péči o porodní poranění. Porodní asistentka může ženě doporučit homeopatika, šicí bylinky či ledování. (Dušová, 2019, s. 89-93)

## 4 PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Téma těhotenské ztráty je emocionálně a psychologicky náročné a dotýká se velmi citlivé oblasti lidského života. Citlivě toto téma mohou nést i samotné porodní asistentky, které v této situaci hrají velmi důležitou roli. Je tedy potřeba, aby se porodní asistentky o své duševní zdraví staraly. Z tohoto důvodu přijde mi důležité zmínit pojmy duševní hygiena, syndrom vyhoření a supervize.

### 4.1 Duševní hygiena

„Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav plné tělesné a duševní a sociální pohody a nejenom nepřítomnost nemoci nebo vady.“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019)

Duševní zdraví můžeme definovat jako stav pohody, kdy dokážeme plně využít své schopnosti, vyrovnat se se zdravým stresem a pracovat produktivně. Mentální zdraví se podílí na celkovém zdraví a je tedy důležité o něj pečovat. Nepřítomnost duševního onemocnění neznamená, že je jedinec dostatečně duševně zdravý. (Státní zdravotní ústav, 2023)

Sebepéče je pojem, který zahrnuje péči o sebe sama. K pojmu se váže sebeurčení, vnímání sebe sama, sebeláska a sebereflexe. Jedinec se stará sám o sebe ve smyslu fyzického ale i psychického zdraví. U této péče je důležité, aby si sám jedinec uvědomil, že péči potřebuje a následně podnikal navazující kroky. (Halmo, 2014, s. 15-17)

Duševní hygiena je pojem, který obsahuje zásady a techniky, které pomáhají k snížení důsledků působení stresorů a k připravení se na náročné životní situace. Získáním technik dojde i k osobnostnímu rozvoji a následně k rozvoji profesního. Základním cílem duševní hygieny je nejenom zredukovat vzniklé problémy, ale i předejít těmto situacím, tak aby vůbec nevznikly. (Švamberská Šauerová, 2018, s. 227-236)

I když jsou mysl a tělo vnímány jako dvě odlišné jednotky, jsou navzájem propojené. Duševní zdraví může ovlivnit fyzické zdraví. Psychická pohoda může snížit riziko infarktu a mrtvice. Zároveň špatné psychické zdraví může negativně ovlivnit chronické onemocnění. (Robinson, 2023)

#### 4.1.1 Metody duševní hygieny

Metody duševní hygieny nám pomáhají snadněji se vyrovnat s každodenním stresem. Mohou mít více podob. Může se jednat o techniky preventivního typu nebo o techniky určené přímo na konkrétní situaci. (VoZP, 2023)

Jedna z nejdůležitějších částí psychohygieny je naplánovat si čas pro sebe. Čas, který věnujeme pouze sami sobě. Každá minuta, kterou sami sobě věnujeme, se nám vrátí. (Leblanc, 2021, s. 315-319)

#### **4.1.1.1 Spánek**

Potřeba spánku je velmi individuální. Postupně jak člověk stárne, jeho potřeba klesá. Obecně platí, že ideální průměrná hodnota je 7-8 hodin denně. Spánek má pozitivní vliv na organismus člověka. Díky němu se zlepšuje lidská soustředěnost, přesnost a nadhled. Naopak u jedinců, kteří trpí nespavostí se objevuje zpomalení reakcí, špatná nálada, porucha koncentrace a pozornosti. (Dutková, 2023, s. 421-428)

Správná spánková hygiena by měla dle SPIS (2021) vypadat takto:

- Před spaním omezit těžké jídlo,
- odpoledne nepít kofein,
- večer omezit modré světlo,
- nižší teplota v místnosti
- vstávat v pravidelný čas,
- chodit spát v pravidelný čas,
- před spaním si v místnosti vyvětrat,
- vytvořit si rituály před spaním (čtení knihy, rozsvícení svíčky). (SPIS, 2021)

#### **4.1.1.2 Strava a pohyb**

Zdravý životní styl má vliv i na psychické zdraví. Na co, by se nemělo zapomínat, je dodržování zdravé a pestré stravy. Je vhodné omezit tučná jídla, cukr a sladkosti. Omezit solení stravy. Zařadit do jídelníčky více ovoce a zeleniny. Vyhybat se alkoholu, kofeinu a kouření. Je lepší jíst v malých dávkách. Jídlo si užít – tedy nehltat, pomalu rozkousat. (Dutková, 2023, s. 460-462)

Pohyb je nezbytný pro organismu ve všech fázích vývoje člověka. Zlepšuje hrubou i jemnou motoriku, koordinaci a držení těla a vede ke zdravé tělesnému vývoji. Cvičení má vliv i na psychickou stránku. Při cvičení dochází k posílení sebedůvěry, rozptýlí stres a obavy. Pohyb v kolektivu můžeme napomáhat k vylepšení sociálních vztahů a začlenění do komunity. (Švamberská Šauerová, 2018, s. 272-282)

Chůze na boso je jedna z novějších metod. Je třeba s touto aktivitou začínat pomalu po pár metrech, postupně je možné měnit terén a vzdálenost. Na chodidlech jsou nervová zakončení,

kteřá mohou při stimulaci pozitivně ovlivnit organismus. Dochází k vyvolání pocitu kontaktu s přírodou a navození klidu. Alternativou této metody je použití podložek, které body masírují. (Švamberg Šauerová, 2018, s. 288-292)

#### **4.1.1.3 Radost**

Radost je jedna z nejdůležitější vnitřních potřeb. Najít si v každém dni maličkost, která přinese pocit radosti, doplňuje energii potřebnou pro fungování psychického zdraví. Z toho vyplývá, že každý jedinec může vyhledávat různé potěšení. (Dutková, 2023, s. 384-388)

Je důležité dělat věci, které skutečně dodávají energii. Může se jednat o čas, který strávený s přáteli. Patří sem aktivity různé typu – nakupování, umělecká tvorba, čtení si knihy, relaxace v sauně, sport či procházky v přírodě. Důležité je si na konci dne říct, z čeho měl daný člověk radost. (Leblanc, 2021, s. 314-322)

Mezi uměleckou tvorbu zařazujeme tvorbu výtvarnou, hudební, fotografickou či tvůrčí psaní. Podstatou není kvalita výtvoru, ale proces tvoření. Dochází k uvolnění napětí a emocí, které tíží. Zároveň má jedinec hmatatelnou vzpomínku – výtvor. Při pohledu na výtvor dojde k vyplavení vzpomínek a tím i pozitivních emocí, které tvorbu díla doprovázely. (Švamberg Šauerová, 2018, s. 294-297)

#### **4.1.1.4 Dechová cvičení**

Soustředěné dýchání je jedna z metod, která pomáhá trénovat pozornost a snížit stres. Jedná se o brániční dech, kdy pozornost je plně věnována pouze na dýchání. Jsou zde zapojené svaly tak, aby dech byl pomalejší a plnější. Po tomto cvičení je mysl i organismus zrelaxován. (Wolkin, 2022, s. 129-131)

Obdélníkový dech je metoda, která obohacuje brániční dech o počítání. Počítání napomáhá udržet rytmus dechu. Nádech by měl být na počítání do čtyř, při výdechu se počítá do osmi. Po výdechu následuje pauza, při které se opět počítá do osmi. (Wolkin, 2022, s. 186-189)

Strategie ukotvení je technika, která pomáhá být v klidu a získat stabilitu ve stresující situaci. Strategii je potřeba pravidelně procvičovat, aby se stala účinnější a méně namáhavější. Strategie ukotvení má několik podob. Jedna z metod se nazývá strom, která je založená na principu představy sama sebe jako strom. V okamžiku, kdy jsou ruce natažené směrem k nebi, představují větve a listy. Zarytím nohou do podlahy dojde k docílení, že se z nich stávají kořeny, které jsou pevné a stabilní. Po pevném ukotvení se jedinec může vrátit k situaci, aniž by měl pocit bezmoci. (Greenberg, 2019, s. 236-248)

### **4.1.2 Techniky osobnostního rozvoje**

I pro zkvalitnění ošetrovatelské praxe je důležité klást důraz na rozvoj zdravotníků. K rozvoji přispívají podpůrné strategie a vzdělávání. Dochází tím ke zlepšení ošetrovatelské péče a spokojenosti zdravotníků. (Han et al., 2023)

Jak uvádí Soják (2018), existují tři metafory, které představují souhrn osobnostního rozvoje. Strom představuje symbol růstu, mozaika představuje skládání rozvoje a vzducholod' jako symbol plynutí lidského života. Strom představuje základnu, jaké jsou naše kořeny a co utváří stabilitu. Mozaika zobrazuje celkový obraz, který je složený z jednotlivých částí. Tím se utváří jedinečný obraz, který vyobrazuje sama sebe. Vzducholod' ukazuje, kde se právě nacházíme a kam se naopak chceme posunout, kam míříme. (Soják, 2018, s. 182-198)

Metoda dobrodružné cesty je techniky pro rozvoj odolnosti. Principem této techniky je najít moment v životě, kdy jedinec musel vynaložit vysokou míru odvahy, aby překážku překonal. Tato situace poslouží jako modelová situace. Následuje přemýšlení nad tím, co v daný okamžik nejvíce pomohlo. (Švamberg Šauerová, 2018, s. 420-425)

Metoda světlo a stín slouží k rozvoji sebepoznání. Každý jedinec má své světlé a stinné stránky. Důležité je si je uvědomit a pracovat s nimi. Papír je rozdělen na dvě části, kdy na jednu část se sepisují kladné vlastnosti a na druhou část záporné vlastnosti. Následuje snaha přeměnit záporné vlastnosti na kladné. (Švamberg Šauerová, 2018, s. 402-407)

## **4.2 Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření je popsán jako stav, kdy je jedinec pod neustálým chronickým stresem. To následně vede k fyzickému a emocionálnímu vyčerpání, cynismu a odloučení. Může se stát, že jedinec vnímá až pocity méněcennosti. Jedná se především o pomáhající profese, tudíž se tento pojem týká i zdravotnických pracovníků. (Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2019, s. 4-5)

Definicí se zabývali psychologové a lékaři již od 70. let 20. století. Pojem syndrom vyhoření neboli v anglickém znění syndrom burn-out poprvé použil a popsal Herbert J. Freudenberger následovně: „U někoho jsou to pocity únavy a vyčerpání, neschopnost setrást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi.“ (Venglářová a kol., 2011, s. 23-24)

### 4.2.1 Stres

Stres je stav, kdy dochází k zatížení organismu. Naše tělo je naplněno napětím a emocemi, které vedou a připravují organismus k boji nebo útěku. V dostatečné míře je stres pro organismus prospěšný. Zvýšená nebo naopak nedostatečná intenzita a délka stresu pak může vést k poruchám, jako je syndrom vyhoření nebo syndrom zrudnutí. (Pešek, Praško, 2016, s. 11)

Při stresové reakci je aktivován sympatikus vlivem nadprodukce adrenalinu a noradrenalinu. Tento stav se může následně projevit takto:

- Zúžením cév,
- zrychlením dechu a tepu srdce,
- zvýšením krevní zásobenosti
- zvýšením napětí kosterního svalstva, a naopak snížením napětí hladkého svalstva
- rozšířením zornic
- odkrvením prstů
- objevení husí kůže. (Pešek, Praško, 2016, s. 12)

Příčiny stresu nazýváme stresory, které dělíme na fyzické, sociální a psychické. Mezi fyzické stresory můžeme zařadit hluk, mezi sociální ztrátu blízké osoby nebo konflikt s osobou. Do psychických stresorů řadíme vzpomínky, představy nebo časovou tíseň. (Pešek, Praško, 2016, s. 13)

### 4.2.2 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření není stav, který by se vyvinul ze dne na den. Jedná se o proces, který se může rozvíjet od pár měsíců až po několik let. Syndrom můžeme rozdělit na několik fází. Tyto fáze mohou mít různou délku a intenzitu trvání, nebo výraznost projevu. Každý jedinec může jednotlivé stupně vnímat jinak. (Venglářová a kol., 2011, s. 29-30)

Hojně je užíván model, který se skládá z pěti fází. Fáze se mohou střídát, opakovat nebo se některá fáze nemusí objevit vůbec. První fáze se nazývá nadšení. Jedná se o nejčastěji o situaci, kdy člověk nastupuje do prvního nebo nového zaměstnání. Pracovník je nadšený, plný motivace, snaží se prosadit a jde si za svými cíli. Stává se, že má i představy o své práci, které si idealizuje a které jsou velmi často nereálné. (Pešek, Praško, 2016, s. 18-19)

Pro druhou fázi se používají pojem stagnace nebo také vystřízlivění. Jedinec si uvědomuje, že realita je jiná, než jaké měl představy a očekávání. V práci se snaží, aby moc nepracoval, udělal

pouze to, co má. Nesnaží se o činy navíc. Vyhledává jednodušší práci. V tento okamžik by se měl již zamyslet nad svým postojem, popřípadě se snažit o změnu. (Pešek, Praško, 2016, s. 19)

Následuje třetí fáze – apatie. Jedná se o obrannou reakci. Člověk v práci provede pouze nejnnutnější část. Vyhýbá se náročnějším úkolům a stahuje se více do sebe. Nemá snahu komunikovat. V této fázi se již objevují i zdravotní problémy. Nejčastěji se jedná o bolesti zad, bolesti hlavy a únavu. Zároveň jsou zde popsány i stavy užívání léků nebo alkoholu. (Pešek, Praško, 2016, s. 19)

Poslední fází je pak samotný syndrom vyhoření. Tato fáze je popsána jako emoční vyčerpání doprovázené depresivními stavy. Velmi často pracovník odchází ze zaměstnání nebo mění pracovní pozici. (Pešek, Praško, 2016, s. 19)

Jsou situace, kdy jedinec nevnímá dlouhodobé příznaky a náhle je ohromen tímto stavem. To je výsledkem dlouhodobého popírání. (Leclercq, Hansez, 2024)

### **4.2.3 Projevy a dopady syndromu vyhoření**

Příznaky syndromu můžeme rozdělit do tří oblastí: tělesné, psychické a emocionální vyčerpání. Tělesné vyčerpání může obsahovat mnoho projevů. Nejčastěji jsou popisovány pocity slabosti, únavy, nedostatkem energie a bolestmi svalů. Velmi často člověk spí několik hodin denně, a i přesto se cítí být unavený a nevyspalý. Pokles aktivity je doprovázen s pocity selhání. Psychické a emocionální vyčerpání doprovází mnoho pocitů. Jedná se především o pesimismus, negativismus, nedůvěra vůči své osobě, vymizení kontaktu se společností, uzavírání se do sebe a pocitů prázdna. (Venglářová a kol., 2011, s. 24-25)

Dopady syndromu vyhoření má široké spektrum. Následkem syndromu může jedinec ztratit schopnost radovat se, pociťovat empatii nebo ztratit práci či kolektiv přátel. Jedinec může mít výkyvy nálad, být výbušný a netrpělivý. Dalšími projevy mohou tělesné příznaky, jako jsou bolesti hlavy a pohybového aparátu, zažívací obtíže nebo se může objevit abúzus alkoholu, drog či léků. (Venglářová a kol., 2011, s. 31)

### **4.2.4 Prevence vyhoření**

Prevenci vyhoření můžeme rozdělit do tří stupňů – primární, sekundární a terciární. Primární prevence se zabývá identifikací a odstraněním stresorů, tak aby nevedly k vyhoření. Obsahuje vytvoření pracovního prostředí tak, aby byla vyrovnaná rovnováha mezi pracovním a soukromým životem. Podporuje komunikaci a poutavé pracovní prostředí, které podporuje úspěchy pracovníků. (Leclercq, Hansez, 2024)

Sekundární prevence se zaměřuje na včasné odhalení příznaků. Snaží se rychlým zásahem zabránit vývoji syndromu vyhoření. Zahrnuje programy a testy se zaměřením na zvládání stresu a hodnocení pohody. Terciární prevence si zakládá na individualitě, kdy jsou poskytovány konzultace pro jedince, kteří syndromem již trpí. Je kladen důraz na uzdravení a obnovení zdraví a vztahu k práci. (Leclercq, Hansez, 2024)

Prevenici vyhoření můžeme také rozdělit na osobní rovinu a rovinu, kterou může realizovat zaměstnavatel. Patří mezi ně například adaptační proces. (Venglářová a kol., 2011, s. 34)

„Adaptační proces je proces začlenění nově nastupujícího zdravotnického pracovníka, který má usnadnit období v novém pracovním prostředí, orientaci a seznámení se s novou prací, vytvořit vztahy ke spolupracovníkům včetně vztahů k nadřízeným a podřízeným a sounáležitosti k zaměstnavateli; v průběhu by si měl zdravotnický pracovník ověřit soubor základních znalostí a dovedností a získat zkušenosti pro výkon práce.“ (Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2024, s. 3)

Mezi další příklady prevence můžeme zařadit supervize, dbát na svůj osobní život, přátele a koníčky. Omezení osobního života je nejčastěji na počátku budování kariéry. Budování si osobního života a vztahů s přáteli je jedním z nejdůležitějších zdrojů energie a emočních prožitků. Zároveň je důležité si uvědomit, že práce by měla patřit pouze do práce. V případě nadměrného soucitu s trpícími, kdy je těžké se od něho oprostit, je vhodné vytvořit si rituál. Ten zajistí změnu myšlenek, aby mohlo dojít k dostatečnému odpočinku v domácím prostředí. (Venglářová a kol., 2011, s. 34-37)

I pracovní prostředí klade velmi důležitou roli. Zvýšením podpory a uznáním na pracovišti, prostor pro rozborů a sebereflexe pracovníků má za cíl předcházet syndromu vyhoření. Také mezilidské a pracovní vztahy mohou ovlivnit míru stresu na pracovišti. (Doherty, O'Brien, 2022)

Zmenšení míry stresu na pracovišti můžeme například ovlivnit poslechem hudby. Muzikoterapie se považuje za jednoduchý, ekonomický a preventivní nástroj, který může snížit stres. (Kacem et al., 2020)

### **4.3 Supervize**

Supervize je proces založený na setkávání se skupiny pracovníků nebo jednotlivců se záměrem podporovat profesní růst zaměstnanců. Je zde prostor pro sebereflexe, hledání nových pohledů a ventilaci emocí. Nejčastěji je využívána v profesích, které jsou zaměřeny na práci a

komunikaci s lidmi. Využití je však širokospektré a supervizi můžeme najít od zaměstnání ve zdravotnictví, sociálních službách, školství až po bankovníctví. (Venglářová Martina a kol., 2013, s. 14)

Jak uvádí L. Špirudová (2015), definic pro pojem supervize je mnoho. Můžeme ale rozlišit specifické detaily, například mezi supervizi v psychoterapii, v sociální práci nebo v ošetřovatelství. Všechny definice však charakterizují typické pojmy. „Jedná se o pojmy: proces, podpora, reflexe, chráněný a bezpečný prostor.“ (Špirudová, 2015. s. 84-85)

Nejdůležitější částí supervizí jsou rozhovory. Jejich cílem je možnost sdílet situace pracovníků, které zažívají nebo zažily během své praxe. Může se jednat o kontakt s nemocnými, s bolestí nebo se smrtí. Můžeme zde zařadit i problémy se vztahy na pracovišti. Zde se nachází prostor pro supervizora, který přinese jiný pohled na situaci a své zkušenosti. (Venglářová Martina a kol., 2013, s. 15)

Základem správné supervize je vytvoření si vztahu mezi pracovníkem a supervizorem. Důležité je vytvořit místo, kde se pracující cítí bezpečně a podporován. Supervizor předává nové podněty a pohledy na vzniklý problém. Součástí supervize nemá být kritizování, poučování nebo řízení. Zároveň by se supervizor měl držet pouze pracovní stránky života a problémů s tím týkajících, osobní témata by měla být vynechána. (Venglářová Martina a kol., 2013, s. 15-17)

#### **4.3.1 Funkce supervize**

Funkce supervize můžeme rozdělit do tří základních skupin. Jedná se o normativní, formativní a posilující. (Špirudová, 2015. s. 85)

Normativní neboli řídicí funkce supervize má hlavní zaměření na kvalitu a odbornost péče. U pracovníků, kteří teprve ve své praxi začínají, může být hlavním cílem supervize začlenit pracovníka do kolektivu, obsahu jeho práce a kontrolovat kvalitu provedené práce. (Venglářová a kol., 2011, s. 156)

Formativní nebo také vzdělávací či edukační funkce je zaměřena na vzdělání pracovníků. Hlavním cílem je podporovat a motivovat zaměstnance k zisku nových vědomostí. Jedinec tak může i rozvíjet dovednosti, které má. (Venglářová a kol., 2011, s. 156)

Posilující funkci můžeme nazvat i jako restorativní nebo podpůrnou. Hlavním cílem této funkce je prevence před vyhořením. Během praxe se zdravotníci mohou setkat s velmi psychicky náročnými situacemi, které mohou vést k vytvoření si obranné zdi. (Venglářová a kol., 2011, s.

156). Podpůrná funkce by tak měla napomáhat k seberozvoji, obnovit energii a motivaci k práci. (Špirudová, 2015. s. 85)

### **4.3.2 Formy supervize**

Typů supervize je mnoho. Můžeme je rozdělit podle několik kritérií – kdo je supervidovaný, v jakém prostředí se supervize bude odehrávat nebo za jakým účelem supervize bude probíhat. Dále zda je supervizor externí, tedy není ze stejného pracoviště, nebo interní. To znamená, že supervizor pracuje na stejném pracovišti. Mezi základní formy patří individuální supervize, skupinová a týmová supervize, intervize a autosupervize. (Venglářová Martina a kol., 2013, s. 36-40)

Supervizor může použít i mnoho technik, jak docílit správné supervize. Často se používá modelování situací, hraní rolí nebo se mohou používat techniky se symboly a pomůckami. Existuje i videoanalýza, která je využívána pro možnost všimnout si věcí, které si pracovníci během své praxe nevšimnou. (Supervize Praha, 2013)

Individuální supervize probíhá formou rozhovoru mezi pracovníkem a supervizorem. Rozhovor je zaměřen na problémy spojené s prací. Úkolem supervizora je udržet hranici mezi supervizí a psychoterapií.

Skupinová supervize je také vedena metodou rozhovoru. Dochází zde ale k setkání více pracovníků a supervizora. Nemusí se jednat o skupinu pracovníků ze stejného pracoviště. Mohou se sejít jedinci z různých pracovišť se stejným obsahem práce. Výhodou pak je, že pracovníci necítí obavy z nadřízených a mohou být ve skupině anonymní. Týmová supervize je zaměřena na všechny členy jednoho týmu, kdy má za cíl zefektivnit práci a komunikaci v týmu.

Intervize je typ supervize, kdy supervizor není přítomen. Vedení setkání je svěřeno jednomu členu ze skupiny, který zajistí čas, místo setkání a pozvání ostatních členů skupiny. Autosupervize je zajímavá metoda, která je založena nad zamyšlením se nad svými postupy. Klade důraz na sebehodnocení a sebezpozorování. Tím dojde k sebereflexi vlastní práce. (Venglářová Martina a kol., 2013, s. 36-40)

### **4.3.3 Peer program**

„Systém psychosociální intervenční služby (dále SPIS) je zajištěn prostřednictvím státní příspěvkové organizace v přímé působnosti Ministerstva zdravotnictví České republiky.“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2024)

Jedná se o službu, která je určená pro zdravotníky prožívající náročné emoční a psychické situace. Hlavním cílem je, aby se zdravotníci naučili pracovat se stresovými situacemi. (Špirudová, 2015. s. 125-126)

SPIS poskytuje dva hlavní pilíře pomoci. Jedná se o pomoc prostřednictvím peerů a psychologů, kteří nabízejí pomoc kolegům tedy zdravotnickým pracovníkům. Druhým pilířem je pomoc interventů a psychologů, kteří poskytují první psychickou pomoc příbuzným a blízkých pacientů. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2024)

SPIS poskytuje mnoho prostředků, technik a jejich kombinací, jak docílit podpory a pomoci. Může se jednat o verbální techniky (rozhovory), psychoterapie, farmakoterapie nebo vzdělávání. Služby mohou být anonymní v prostředí, které si jedinec vybere, tak aby se cítil v bezpečí. (Špirudová, 2015. s. 126)

Podpora peer nebo také kolegiální podpora je jedna z prevencí syndromu vyhoření. Poskytuje péči o duševní zdraví při akutní stresové situaci, ale i při chronickém psychickém zatížení pracovníka. Služba je diskrétní, tedy zaměstnavateli nejsou předány žádné informace. Zdravotník má právo si vybrat službu i v jiné organizaci.

Druhý typ podpory je první psychická pomoc. Ta je určená pro osoby, které postihla akutní stresová reakce. Podporu nabízejí psychologové nebo vyškolení zdravotníci (zdravotní intervent). Nejčastěji je pomoc poskytována pro osoby blízké pacientů či pozůstalých. Obvykle se jedná o první hodiny po situaci, kdy se objevují symptomy akutní stresové reakce. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2024)

## VÝZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST

Hlavním cílem je zjistit, jak subjektivně vnímají těhotenskou ztrátu porodní asistentky. Prvním dílčím cílem je zjistit, jakou formu pomoci by porodní asistentky potřebovaly k tomu, aby předešly vyhoření či psychickému zhroucení z těhotenských ztrát. Druhý dílčí cíl spočívá ve zjištění, zda ovlivňuje vyrovnání se s těhotenskou ztrátou délka praxe.

### 5 METODIKA VÝZKUMNÉ (PRAKTICKÉ) ČÁSTI

K naplnění hlavního cíle a dílčích cílů mé bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, který probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkum je proces, při kterém je kladen důraz na hledání porozumění na základě různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní obraz, analyzuje různé formy textů a předává názory účastníků výzkumu. Výzkumník vybere na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky se v průběhu výzkumu mohou měnit či doplnit, jelikož kvalitativní typ výzkumu se považuje za typ pružný. (Hendl, 2023, s. 47-49)

Mezi hlavní přednosti kvalitativního výzkumu patří získání podrobného popisu jedince, skupiny či události. Dále umožňuje studovat procesy a reaguje na místní situace a podmínky. Výzkumník se seznamuje s novými lidmi a pracuje přímo v terénu. Nevýhodou kvalitativního výzkumu je, že analýza dat a jejich sběr jsou často časově náročné a získané znalosti se nemohou zobecnit na populaci. (Hendl, 2023, s. 50-51)

Důležitou součástí výzkumů jsou etické jednání v průběhu výzkumu. Jedná se o základní etická pravidla, která by se v průběhu výzkumu měla uplatnit. Základním pravidlem je potřeba získat informovaný souhlas od osoby, která se výzkumu bude účastnit. Může se jednat o aktivní souhlas, tedy podepsání příslušného dokumentu, nebo souhlas pasivní, který podpis nevyžaduje, stačí pouze ústní odsouhlasení. Účastníci by měli být plně informováni o průběhu a okolnostech výzkumu. Dalším pravidlem je svoboda odmítnutí. Účastník se tedy kdykoliv v průběhu výzkumu může rozhodnout ukončit svoji účast. Účastník má právo na anonymitu, kdy jeho identita nesmí být prozrazena. (Hendl, 2023, s. 153-155)

Pro získání dat jsem využila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Vedení rozhovoru vyžaduje citlivost a koncentraci. Je nutné si nejdříve rozmyslet obsah otázek, jejich formu a pořadí. Je vhodné věnovat pozornost začátku a konci rozhovoru. Na začátku je potřeba pomocí dotazování prolomit případné bariéry. Naopak na konci rozhovoru můžeme získat další důležité

informace. Dle Hendla (2023) můžeme rozlišit šest typů otázek, které účastníkům v průběhu rozhovoru pokládáme. Jedná se o otázky vztahující se ke zkušenostem, k názorům, k pocitům, ke znalostem, k vnímání a otázky demografické, které se týkají identifikačních charakteristik jedinců. Pomocí kladených otázek se výzkumník snaží zaznamenat zkušenosti, názory a pocity, které se k danému problému vztahují a tím zjistit, co si respondent o dané věci myslí. (Hendl, 2023, s. 166-168)

Výzkumník si musí na začátku polostrukturovaného rozhovoru připravit tematické okruhy, popřípadě i otázky související se zadaným cílem výzkumu. Okruhy poté slouží jako osnova rozhovoru, která má zajistit, aby se během rozhovoru probrala všechna pro tazatele zajímavá témata. Polostrukturovaný rozhovor může mít i podobu jasně formulovaných otázek, které má výzkumník přesně seřazené. Já jsem využila podobu polostrukturovaného rozhovoru, kdy jsem reagovala na odpovědi dotazovaného a zároveň se snažila položit všechny otázky a okruhy, které jsem si připravila. Výhodou tohoto typu rozhovoru je, že se během konverzace mohou rozkrýt nová zajímavá témata, které mohou výzkumníka navést na nové otázky, které nemusel při přípravě rozhovoru očekávat. (Novotná, 2019, s. 322)

Zrealizování proběhlo ve zdravotnickém zařízení, ve kterém respondentky pracují. S respondentkami jsem se vždy domluvila, zda jim nevadí, pokud si rozhovor nahráju. Pro nahrávání jsem využila svůj osobní telefon. Následně jsem rozhovor přepsala do textového formátu. V případě, že si respondentka nepřála nahrávání rozhovoru, jsem si průběh rozhovor zapisovala na papír. V průběhu rozhovoru jsem si zapisovala poznámky, body a také doslovné celé věty v případě, že pro mě měly velký význam.

Text jsem zpracovala pomocí tzv. segmentace textu. Jedná se o postup, díky němuž rozčleníme text na dílčí části. Významnou jednotkou může být slovo, věta, odstavec anebo také celý dokument. Segmentace probíhá tak, že výzkumník si pročítá celý text a ptá se, zda se jedná o část, která obsahuje z hlediska cílů výzkumu nějaký význam. Danou část si následně nějakým způsobem označí např. podtrhnutím či zvýrazněním. Tím si výzkumník zvýrazní pasáže, které jsou pro něj důležité a zredukuje části, které pro zadané cíle nemají význam. (Hendl, 2023, s. 228-229; Novotná, 2019, s. 430)

Následně jsem k analýze textu využila kódování. Kódování je možné označit jako postup, díky kterému je možné k vytvořeným segmentům přidělit popisek. S jeho pomocí následně segmenty charakterizujeme. Tím dojde ke klasifikaci a rozřídění získaných dat. Kategorie tedy slouží

k snadnějšímu nalezení opakujících se témat a vzorců. (Hendl, 2023, s. 228-229; Novotná, 2019, s. 432)

Dále jsem vybrané kategorie, která mi přinesla důležitá témata, strukturovala do kapitol. Ty jsem následně interpretovala. Zároveň Novotná (2019) upozorňuje, že neexistuje jediná správná interpretace. Tudiž stejná data mohou být různými výzkumníky interpretována různými způsoby. (Novotná, 2019, s. 443)

## **5.1 Výzkumný soubor**

Porodní asistentky, se kterými jsem zrealizovala rozhovor budou dále označené jako respondentky.

Rozhovory proběhly v jednom zdravotnickém zařízení Pardubického kraje. Respondentky jsem kontaktovala po předchozím souhlasu náměstkyně ošetrovatelské péče, vrchní a staniční sestry daného oddělení. Kontakt nejdříve proběhl pomocí písemné prosby a poté osobním setkáním, při němž jsem se s nimi domluvila na uskutečnění rozhovoru.

Při výběru respondentek jsem měla pouze jediné kritérium a to takové, že všechny mé respondentky se musely ve své profesy sekat alespoň dvakrát s porodem mrtvého plodu. Jiné specifické požadavky jsem na své respondentky neměla.

### **5.1.1 Charakteristika respondentů**

Všechny respondentky, se kterými probíhal polostrukturovaný rozhovor, jsou porodní asistentky pracující v jednom zdravotnickém zařízení Pardubického kraje. Jak jsem již zmiňovala, nevyžadovala jsem žádné konkrétní podmínky, které by respondentky měly splňovat. Z důvodu zaměření bakalářské práce jsem měla pouze jediné kritérium a to takové, že všechny mé respondentky se musely ve své profesy setkat alespoň dvakrát s porodem mrtvého plodu.

Rozhovory byly vedeny se sedmi respondentkami. Jejich praxe ve zdravotnictví se pohybovala od 3 do 35 let. Charakteristika každé respondentky je uvedena u shrnutí obsahu rozhovorů a prezentace výsledků.

### **5.1.2 Sběr dat**

Data byla získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru v období od 2.12.-21.12.2024. Z důvodu pracovní i osobní zaneprázdněnosti respondentek byl datum, čas i prostor vybrán právě jimi. Všechny rozhovory proběhly přímo v daném zdravotnickém zařízení, kde respondentky pracují. Před zahájením rozhovorů jsem respondentky uvedla do dané

problematiky. Vysvětlila jsem jim, čím se má bakalářská práce zabývat. Dále jsem jim vysvětlila, že pokud jim bude nějaká otázka nepříjemná, nemusí na ni odpovídat a kdykoliv během rozhovoru se mohou rozhodnout výzkum ukončit.

S respondentkami jsem se vždy domluvila, zda jim nevadí, pokud si rozhovor nahraju. Pro nahrávání jsem využila svůj osobní telefon. V něm jsem měla stáhnutou aplikaci záznamník, díky němuž jsem mohla rozhovory nahrávat a poté je mít uložené. V případě, že si respondentka nepřála nahrávání rozhovoru, jsem si průběh rozhovor zapisovala na papír. Dopředu jsem měla připravené body a otázky, pomocí nichž jsem rozhovor začínala a vedla.

Na začátku rozhovoru jsem se respondentek zeptala, jak dlouho trvá jejich praxe ve zdravotnickém zařízení na pozici porodní asistentky, popřípadě zda pracovaly jinde, jak dlouho trvala praxe tam. Následně mi sdělily, jaké vzdělání mají vystudované. Během rozhovoru jsem se snažila respondentkám poskytnout co nejvíce prostoru, aby se mohly zamyslet a vyjádřit se. Snažila jsem, aby se cítily co nejvíce komfortně a příjemně. Rozhovory průměrně trvaly 15-20 minut. Rozhovory jsem následně z nahrávky přepsala do písemné formy pro lepší analýzu a zpracování dat.

### **5.1.3 Analýza dat**

Analýza dat proběhla pomocí segmentace a kódování. Cílem těchto dvou postupů je zobrazit data, která jsou významná a dále je zpracovat. Pomocí těchto postupů jsem vytvořila segmenty, ke kterým jsem pomocí kódování vytvořila popisek. Ten slouží k pojmenování vytvořeného segmentu. (Novotná, 2019, s. 430)

Pro uskutečnění analýzy dat jsem si nahrané rozhovory přepsala do textové formy. Rozhovory, u kterých mi nebylo dovoleno nahrávání a dělala jsem si poznámky, jsem si také přepsala, tak abych s textem mohla dále pracovat. Kurzívou jsem si poté zvýraznila doslovné citace. Rozhovory jsem si vytiskla na A4 papíry, ze kterých jsem vytvářela segmenty a kódy. Segmenty jsem si zvýrazňovala barevnými fixami. Dále jsem využila techniku myšlenkové mapy, tak abych si lépe uspořádala poznámky a mohla vytvořit kódy, které jsem následně strukturovala do jednotlivých kategorií.

## **5.2 Shrnutí obsahu rozhovorů**

### **Respondentka č. 1**

Respondentka pracuje v daném zdravotnickém zařízení jako porodní asistentka dvacet jedna let. Respondentka vystudovala střední zdravotnickou školu a následně vyšší odbornou školu se zaměřením na porodní asistenci.

#### **Shrnutí obsahu rozhovoru:**

Respondentka pracuje na pozici porodní asistentky dvacet jedna let. V daném zdravotnickém zařízení pracuje již od absolvování vyšší odborného školy. Uvedla, že se jí v daném zdravotnickém zařízení líbí a nikdy ji nenapadlo pracoviště změnit. Během své kariéry zažila porod mrtvého plodu pětkrát. Sdělila mi, že je velmi ráda, že jich bylo takto málo a nemusela se s tím zatím tolik setkávat. Zároveň si všech pět porodů pamatuje, i když některé byly na začátku její kariéry. Dále mi sdělila, že na některé ženy myslela více než na ostatní. Jednalo se o detaily, například pokud klientka byla těhotná poprvé, nebo to byla žena ve stejném věku či v podobném aktuální životní situaci. Respondentka uvedla, že v průběhu péče o ženu s touto diagnózou nejvíce pociťuje smutek, beznaděj a bezmoc. Zdůraznila pocit nespravedlnosti, který uvnitř ní velmi rezonuje. Zároveň uvedla, že na počátku své praxe pro ni bylo snažší starat se o tyto rodičky. Rozhodujícím momentem pro ni bylo její vlastní těhotenství a samotný aspekt, že se z respondentky stala matka. Nyní samotná péče o ženy s diagnostikovaným syndromem mrtvého plodu je pro ni náročnější. Často respondentka udávala pocit vděčnosti za to, že jí se tato situace vyhnula a má dvě krásné zdravé děti. Respondentka mi dále sdělila, že za svou kariéru byla pouze na jednom semináři, který se zabýval tímto tématem. Seminář byl zaměřen na komunikaci s ženami, které prožívají těhotenskou ztrátu. Jak se v těchto situacích chovat, co říct a čemu se naopak vyhnout. Bohužel od té doby, co se respondentka vrátila z mateřské dovolené zpět do profese na takovém semináři již nebyla.

### **Respondentka č. 2**

Respondentka pracuje v daném zdravotnickém zařízení jako porodní asistentka čtrnáct let. Respondentka vystudovala všeobecné gymnázium a její nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské studium v oboru porodní asistence.

#### **Shrnutí obsahu rozhovoru:**

Respondentka pracuje na pozici porodní asistentky čtrnáct let. V daném zdravotnickém zařízení pracuje již od absolvování bakalářského studia. O změně pracoviště zatím neuvažuje. Uvedla,

že se jí v daném zdravotnickém zařízení líbí a vyhovuje jí vzdálenost od jejího bydliště. Během své kariéry zažila porod mrtvého plodu desetkrát. Sdělila mi, že bohužel má na tyto situace smůlu a potkává se s nimi pravidelně. Respondentka uvedla, že deset porodů si pamatuje, ale je možné, že jich bylo více. Konkrétně si dokáže vybavit jednu ženu, kdy se bohužel jednalo o syndrom mrtvého plodu ale dvojčat. Na tento porod myslí doteď a kdykoliv nastane situace spojená s porodem mrtvého plodu, ihned si vzpomene na tento případ. Dále mi sdělila, že na některé ženy myslela více než na ostatní. Jednalo se o detaily, například žena ve stejném věku. Také myslela více nad ženami či rodiči, kteří se o miminko snažili delší dobu. Respondentka uvedla, že v průběhu péče o ženu s touto diagnózou nejvíce pociťuje smutek a bezmoc. Zdůraznila také pocit nejistoty a strachu. I přestože se s touto situací setkala vícekrát, stále má strach z komunikace s klientkou. Nejvíce se obává, aby ženě ještě více neublížila a neřekla něco špatného. Respondentka mi sdělila, že velmi často nad ženami přemýšlí i doma a přehrává si celý den, tak aby se ujistila, že udělala vše, co mohla. Respondentka často opakovala pocit vděčnosti, za to že ona sama nikdy pocity ze ztráty dítěte nezažila. Dále mi poskytla informaci, že se nikdy neúčastnila semináře na dané téma. Za tuto možnost by byla velmi vděčná.

### **Respondentka č. 3**

Respondentka pracuje v daném zdravotnickém zařízení jako porodní asistentka třicet tři let. Respondentka vystudovala střední zdravotnickou školu a následně pokračovala v pomaturitním dvouletém studiu se zaměřením na porodní asistenci.

#### **Shrnutí obsahu rozhovoru:**

Respondentka pracuje na pozici porodní asistentky třicet tři let. V daném zdravotnickém zařízení pracuje již od absolvování střední zdravotnické školy. V průběhu studia pomaturitního dvouletého studia se zaměřením na porodní asistenci pracovala jako praktická sestra na jiném oddělení. Během své kariéry zažila porod mrtvého plodu přibližně dvacet pětkrát. Sdělila mi, že přesný počet si nepamatuje z důvodu, že jich bylo opravdu hodně. Zároveň uvedla, že si všimá, že v posledních letech případů syndromu mrtvého plodu ubylo. Na začátku její kariéry jich bylo mnohem více. Dále respondentka uvedla, že když jí skončí směna, tak při cestě domů myslí na každou ženu. Zpětně vzpomíná, jestli neměla udělat něco jinak. Když ale přijde domů snaží se věnovat sama sobě a svému osobnímu životu. Respondentka uvedla, že v průběhu péče o ženu s touto diagnózou nejvíce pociťuje smutek, lítost a soucit. Na druhou stranu velmi ráda o tyto ženy pečuje a pracuje s nimi. Respondentka tuto část náplně své práce bere jako poslání. Udává, že každá věc má svůj smysl. Také mi sdělila, že péče o ženy se syndromem mrtvého

plodu se velmi zlepšila. Pokud by měla porovnat péči na začátku její kariéry a nyní, tak došlo k velkému pokroku, za který je velmi ráda. Za svou praxi se účastnila mnoho seminářů na téma potrat a porod mrtvého plodu. Jak sama respondentka uvedla, nejvíce ji v péči posunul seminář, který se konal před několika roky. Jednalo se o seminář, který byl více zaměřen na praktickou stránku než na stránku teoretickou. Semináře se účastnily herečky, které hrály různé situace, tak aby porodní asistentky byly připravené na jakoukoliv komunikaci. Na druhou stranu uvedla, že se už dalšího semináře účastnit nechce, jelikož zná již spoustu gest nebo slovních spojení vypozerovaných z praxe a ví, že jsou účinné.

#### **Respondentka č. 4**

Respondentka pracuje v daném zdravotnickém zařízení jako porodní asistentka sedmnáct let. Respondentka vystudovala střední zdravotnickou školu a její nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské studium v oboru porodní asistence.

#### **Shrnutí obsahu rozhovoru:**

Respondentka pracuje na pozici porodní asistentky sedmnáct let. V daném zdravotnickém zařízení pracuje již od absolvování bakalářského studia. Změnu pracoviště zatím neplánuje, ale v průběhu své kariéry již změnila místo působnosti. Nyní pracuje již dvanáct let na gynekologicko-porodnickém oddělení. Před tím pracovala pět let na oddělení novorozeneckém, kde se s porodem mrtvého plodu nesetkala. Během své kariéry zažila porod mrtvého plodu přibližně desetkrát. Sdělila mi, že přesné číslo si respondentka nepamatuje, ale na většinu porodů si vzpomenout dokáže. Respondentka uvedla, že v průběhu péče o ženu s touto diagnózou nejvíce pociťuje lítost, soucit a hlavně přání, aby samotný porod proběhl co nejrychleji a nejkomfortněji. Zároveň uvádí, že se snaží celou situaci nebrat jako tragédii, ale naopak se snaží zprostředkovat rodičům co nejlepší rozloučení. V průběhu rozhovoru několikrát zdůraznila, že je velmi důležité, aby se rodiče rozloučili a tento názor se snaží ve své praxi uplatnit. Na druhou stranu, pokud rodiče se rozloučit nechtějí, tak to respektuje a nenutí je. Zároveň uvedla, že nad ženami, které se nerozloučily, přemýšlí mnohem více. Přemýšlí nad důvodem, proč se rozhodly nerozloučit a co je k tomu vedlo. Respondentka mi sdělila, že se o toto téma velmi zajímá. Spolupracuje se skupinou s názvem Perinatální ztráta, na kterou ženy odkazuje. Zde také získává i nové informace, jak s ženou komunikovat a jakým způsobem zprostředkovat rozloučení s dítětem. Dále se také velmi často účastní kurzů, konferencí a seminářů, které si aktivně vyhledává. Respondentka uvedla, že díky právě absolvování tolika kurzů, si je v těchto situacích jistá.

## **Respondentka č. 5**

Respondentka pracuje v daném zdravotnickém zařízení jako porodní asistentka osm let. Dříve pracovala v jiném zdravotnickém zařízení deset let, také na pozici porodní asistentky. Respondentka vystudovala všeobecné gymnázium a její nejvýše dosažené vzdělání je bakalářské studium v oboru porodní asistence.

### **Shrnutí obsahu rozhovoru:**

Respondentka pracuje na pozici porodní asistentky osmnáct let. V daném zdravotnickém zařízení pracuje posledních osm let její kariéry, dříve pracovala také na pozici porodní asistentky ale v jiném zdravotnickém zařízení. Nyní je na pracovišti spokojená a neplánuje změnu. Během své kariéry zažila porod mrtvého plodu pětkrát. Všech pět porodů zažila ještě před mateřskou dovolenou, a tedy mnoho detailů si nevybavuje. Nyní je ráda, že se zatím s touto situací nepotkala. Zároveň mi sdělila, že si uvědomuje, že nad ženami přemýšlela i při cestě domů. Na druhou stranu se snažila při příchodu domů celou situaci vytěsnit a soustředit se na svůj osobní život. Respondentka uvedla, že v průběhu péče o ženu s touto diagnózou nejvíce pociťuje smutek, lítost ale jako první emoci v ní tyto případy vyvolaly překvapení. Dále uvedla, že po sdělení diagnózy se snaží vzchopit a naladit se na klientku, nevnímat sama sebe, ale soustředit se pouze na ženu. Často respondentka udávala pocit vděčnosti za to, že jí se tato situace vyhnula a má zdravé děti. Nyní po mateřské dovolené se respondentka obává, jak bude reagovat, až tato situace nastane. Obává se, že situaci neustojí emocionálně a nebude pro klientku oporou, kterou by si přála. Sdělila mi, že v průběhu kariéry byla na několika seminářích a konferencích, které byly zaměřené na perinatální ztrátu a porod mrtvého plodu. V budoucnu by se respondentka ráda opět nějakého kurzu účastnila. Ideální by pro ni bylo, kdyby nějaká část kurzu byla zaměřená na duševní stránku porodní asistentky, tak aby nemusela mít strach, že situaci nezvládne.

## **Respondentka č. 6**

Respondentka pracuje v daném zdravotnickém zařízení jako porodní asistentka dvanáct let. Dříve zde také pracovala tři roky na pozici všeobecná sestra. Respondentka vystudovala střední zdravotnickou školu a její nejvýše dosažené vzdělání je bakalářské studium v oboru porodní asistence.

### **Shrnutí obsahu rozhovoru:**

Respondentka pracuje na pozici porodní asistentky dvanáct let. V daném zdravotnickém zařízení pracuje již od absolvování střední zdravotnické školy, kdy pracovala na pozici všeobecné sestry po dobu tří let na jiném oddělení. Uvedla, že se jí v daném zdravotnickém zařízení líbí a pracoviště zatím změnit neplánuje. Během své kariéry zažila porod mrtvého plodu několikrát. Číslo odhaduje okolo dvaceti, ale na přesný počet si respondentka nevzpomene. Pamatuje si detailně tři porody, jelikož se jednalo o syndrom mrtvého plodu ve vyšším stádiu těhotenství, v termínové graviditě. Respondentka uvedla, že v průběhu péče o ženu s touto diagnózou nejvíce pociťuje smutek, lítost a bezmoc. Z každého takového porodu se snaží odnést si něco, co by příště mohla udělat jinak, udělat lépe. Snaží se nabádat rodiče k tomu, aby se rozloučili s miminkem a neměli do budoucna trápení a výčitky, že se rozloučit měli. Zároveň během rozhovoru zdůraznila, že jsou pro ni tyto situace velmi náročné. Dále mi sdělila, že na některé ženy myslela více než na ostatní. Jednalo se o klientky, které během její směny neporodily a musela je předat kolegyním. Respondentka se účastnila mnoho seminářů na toto téma, ale už je to delší dobu. Nyní co se vrátila po mateřské dovolené zatím na žádném semináři nebyla. Respondentka uvedla, že i přestože byly semináře velmi přínosné, většinu frází nebo úkonů, které během těchto porodů využívá, má vypořádané.

### **Respondentka č. 7**

Respondentka pracuje v daném zdravotnickém zařízení jako porodní asistentka čtyři roky. Respondentka vystudovala všeobecné gymnázium a její nejvýše dosažené vzdělání je bakalářské studium v oboru porodní asistence.

### **Shrnutí obsahu rozhovoru:**

Respondentka pracuje na pozici porodní asistentky necelé čtyři roky. V daném zdravotnickém zařízení pracuje již od absolvování bakalářského studia. O změně pracoviště uvažuje do budoucna. Ráda by si vyzkoušela i pozici porodní asistentky v ambulanci u obvodního gynekologa. Během své kariéry zažila porod mrtvého plodu dvakrát. Oba porody si pamatuje velmi detailně. Sdělila mi, že tyto situace jsou pro ni velmi psychicky náročné a dlouho jí trvalo, než se s touto částí její profese smířila. V průběhu rozhovoru několikrát opakovala, že tyto porody jsou pro ni velkým strašákem a zároveň doufá, že se do této situace již nedostane. Respondentka mi sdělila, že byla také u jednoho porodu mrtvého plodu ještě jako studentka. Uvedla, že tento první porod v ní rezonuje doteď a ponese si ho po celý život. Dále mi sdělila, že nad všemi ženami přemýšlela velmi dlouho, i několik dní poté. Respondentka uvedla, že

v průběhu péče o ženu s touto diagnózou nejvíce pociťuje smutek, lítost a bezmoc. Zdůraznila také pocit strachu. Uvedla, že hlavní důvod je ten, že pracuje krátce a neví, jak s ženami s touto diagnózou komunikovat. Dále zdůraznila pocit nespravedlnosti, a i trochu hněvu nad tím, že mnoho žen si svého těhotenství neváží a naopak rodičům, kteří si dítě přejí a těší se na něj, se stane taková věc. Respondentka uvedla, že zatím se žádného semináře či kurzu na toto téma nezúčastnila. Byla by za tuto možnost velmi vděčná. Respondentka si tedy aspoň hledá na internetu nebo v knihách informace, které by ji mohly pomoci. Dále se ptá kolegyně, které již nějaké zkušenosti mají a mohou jít tak tyto vědomosti předat.

### 5.3 Prezentace výsledků výzkumu

Kategorie jsem vytvořila na základě kódování. U všech jednotlivých kategorií cituji některé vybrané odpovědi respondentek, které se týkají daného tématu. Kategorie jsem se snažila seřadit postupně podle odpovědí na výzkumné cíle.

#### 5.3.1 Kategorie

Kategorie č. 1: **POCITY**

V této kategorii respondentky popisují pocity, které prožívají při péči o ženu s porodem mrtvého plodu. Všechny respondentky se shodly na podobných pocitech.

Respondentka č. 1 uvádí: „*Určitě si říkám, že mě to strašně mrzí, že je to nespravedlivý. Že spousta žen samo chodí na potratové tablety. A že zrovna lidi, kteří by si dítě strašně přáli, potká taková věc. Takový pocit nespravedlnosti, smutku, beznaděje a bezmoci.*“

Respondentka č. 2 uvádí: „*Tak určitě smutek, bezmoc. Asi mám trochu pořád ještě strach z té komunikace s klientkou, právě, abych se nezeptala na něco, co ještě více tu ženu zabolí.*“ Dále respondentka uvedla, že se snaží co nejvíce tu klientku podpořit a utěšit.

Respondentka č. 3 uvádí: „*Já asi nemám nějaké jako špatné pocity. Já si je dokonce i ráda vezmu na starost. Hrozně ráda s nimi pracuju a komunikuju. Ne že bych měla vyloženě radost, určitě tam je nějaký soucit.*“ Respondentka mi dále sdělila, že věří, že každá věc má svůj smysl. Stejně tak to vnímá u těchto situací.

Podobně se vyjádřila i respondentka č. 4: „*Jako smutek necítím asi vůbec. Hodně tam mám tu empatii. Prostě to nějaký význam má, proč to miminko jako odešlo. Spíš pocity něco jako soucit, snaha o empatii.*“ Dále respondentka sdělila, že tím, že pracuje s perinatální ztrátou, tyto situace nebere jako tragédie. Naopak s touto situací pracuje a snaží se zprostředkovat hlavně rozloučení.

Respondentka č. 5 uvádí: „*Tak nejdřív asi překvapení, smutek, lítost. Pak se většinou vzchopím a snažím se naladit na tu ženu a sebe moc nevnímat, ale soustředím se pouze na ní.*“

Respondentka č. 6 uvádí: „*Ten smutek, lítost, bezmoc. Není to moc příjemné. Slzy na krajíčku má asi každý, ale snažím se držet, vyslechnout, ptám se, ale spíš jsem ticho a čekám, co oni. Většinou se snažím tam být takzvaně neviditelná.*“ Dále mi respondentka sdělila, co znamená být neviditelná. Vysvětlila mi, že se snaží pouze splnit dané úkoly, které jsou potřeba a nabízí možnosti metod tišení bolestí. Zároveň se ale snaží dát prostor rodiče a partnerovi, tak aby měli i soukromí.

Respondentka č. 7 naopak uvádí velmi silné emoce: „*Cítila jsem smutek, lítost a trochu i hněv, že zrovna ti, co si miminko přejí, tak se jim stala taková věc a pak vidím, kolik žen jde na potratovou pilulku. Zároveň jsem pořád ve stresu, abych neřekla něco špatně ale i z té stránky pracovní, co se týče potom skrz pitvu a tak dále.*“

## Kategorie č. 2: **PŘENOS DOMŮ**

Tato kategorie shrnuje odpovědi na otázky, zda na tyto ženy, o které se staraly, myslely i po ukončení směny, popřípadě co po dané směně doma dělají.

Respondentka č. 1 uvádí: „*Ano, myslím na ně. Ale vyloženě mě to netrápí. Vzpomenu si na to, ale vyloženě se s tím už netrápím.*“ Dále mi respondentka sdělila, že doma nic výjimečného nedělá než co po každé směně.

Respondentka č. 2 uvádí: „*Ano. Já nejsem ten typ člověka, který si to uzavře v nemocnici, vyjde z nemocnice a už na to nemyslí. Já si to беру i hodně osobně. Takže pak kolikrát ten den ani nemohu usnout, přemýšlím, zda jsem neměla udělat něco jinak*“

Naopak respondentka č. 3 uvádí podobný pohled: „*Určitě ano. Jak jsem říkala, myslím na ně, když jdu domů. A tak zpětně vzpomínám.*“ Dále respondentka uvedla, že doma dělá běžné věci jako každý den. Sdělila mi ale, že po příchodu domu se již soustředí na sebe a na svou rodinu.

Velmi podobně se vyjádřila i respondentka č. 4. Uvedla, že všechny porody proběhly v průběhu její směny. Tím že klientce pomohla s rozloučením se, respondentka si to uzavřela i uvnitř jí samotné. Dále uvádí: „*Já jsem pro tu ženu přítomná tady a teď v tom okamžiku. Ale doma nepotřebuji nic dělat pro tu maminku nebo miminko. Vnímám to tak, že by to měla spíš udělat ta žena.*“

Respondentka č. 5 uvádí: „*Jo, to určitě myslím. Nejsem, že bych šla domů už s čistým štítem. To je takové, že ty nehezky zážitky, které tady potkáváme, na ty asi nejde úplně zapomenout.*“ Dále respondentka uvedla, že po takovém dni dělá doma klasické věci, záleží na úkolech dětí ze školy či na období.

Velmi podobně se vyjádřila i respondentka č. 6: „*Ano myslím. U žen, které jsem třeba musela předat kolegyni, tak nad těmi více. Nemám to tak, že mi v šest skončí směna a já to vytěsním.*“

Naopak respondentka č. 7 uvádí silné prožívání těchto situací: „*Určitě jsem na ně myslela. Nemohla jsem kvůli tomu i spát. Pořád jsem měla před očima ten porod i to miminko, když jsem ho pak připravovala, aby se s ním paní mohla rozloučit. A myslím, že ani v budoucnu toho nedokážu. Přijít domů a už na to nemyslet.*“ Dále mi respondentka sdělila, že i doma na ženu vzpomínala a plakala. Byla ráda, že při ní vždy stojí partner a je pro ni velkou oporou.

### Kategorie č. 3: **ZPRACOVÁNÍ EMOCÍ**

V této kategorii mi respondentky sdělily, jaký typ a formu pomoci by si představovaly, kdy by se nemohly s touto částí profese nebo s konkrétní situací smířit. Také mi sdělily, jaké prostředí by si vybraly a komu by pomoc svěřily.

Respondentka č. 1 uvádí: „*Já si myslím, že mě by asi stačilo si o tom popovídat. Někomu to prostě říct, s někým to sdílet. Ideálně někde, kde se cítím v bezpečí.* Jako příklad prostoru, ve kterém se cítí v bezpečí, respondentka uvedla svůj vlastní domov. Podporu ve svém domě vnímá jako základní věc.

Respondentka č. 2 uvádí: „*Byla bych určitě vděčná za nějaký ten seminář nebo školení. Ale spíš si o tom s někým promluvit. Probrat to s někým, aby se mi ulevilo.*“ Respondentka mi sdělila, že by si vybrala prostředí, které zná a v přítomnosti daného člověka. Online způsobem přes internet si respondentka tuto pomoc nedokáže představit. Dále respondentka uvedla: „*Chtěla jak už jsem říkala, já jsem člověk, který se právě hodně uzavře. Musím si to nejdřív sama vstřebat a potom až o tom s někým mluvit.*“

Respondentka č. 3 uvádí: „*Spíš asi si s někým popovídat. Popovídat si s někým a uzavřít si to. Ideálně třeba někde doma, nebo i tady v práci s nějakou kolegyní. Pomoc od rodiny očekávám.*“ Respondentka dále sdělila, že ví, že existují peři jako možnost pomoci. Na druhou stranu uvedla, že by tuto formu pomoci nevyužila. Kdyby ale tuto formu potřebovala, ví, kde má hledat.

Respondentka č. 4 opět uvedla skupinu Perinatální ztráta. Tuto skupinu by kontaktovala v případě, že by potřebovala pomoc. Dále uvádí: „*Určitě bych to chtěla formou rozhovoru nebo konzultace, ale s někým, kdo s tímto tématem pracuje.*“ Respondentka také uvedla další formy pomoci. Sdělila, že v zdravotnickém zařízení se nachází psycholog či nemocniční kaplan. Tyto osoby by ale respondentka nekontaktovala.

Respondentka č. 5 uvádí: „*Mě velmi pomáhá o tom s někým mluvit. Mám to tak, že přijdu domů a postěžuju si. Já to potřebuju vyventilovat takhle. Taký čekám, že bych tu pomoc dostala, jak od rodiny, tak přátel a kolegyň.*“ I tato respondentka jako další možnost osoby uvedla psychologa. Respondentka mi sdělila, že jednou za určitou dobu chodí v zdravotnickém zařízení informační email, který na tuto možnost pomoci upozorní.

Naopak respondentka č. 6 uvádí zcela jiný pohled na formu pomoci: „*Mě osobně většinou stačí od těch lidí ta zpětná vazba. U toho posledního mi přišli rodiče poděkovat, přinesli mi nějakou kytičku, andílka a že jsem jim hrozně pomohla. A tím mě to stačí. Vzpomenu si na ně, protože samozřejmě tam mám vystaveny ty andílky a tohle. Když pak nevím, jak to mají dál, tak je to pro mě horší.*“ Dále respondentka sdělila, že nezapadá do tabulek a v těchto věcech má komplikovaný přístup. Respondentka se mi svěřila, že se nerada svěřuje a toto vnímá jako velký problém. Nejdříve si vše potřebuje srovnat ve své hlavě a následně až potom, by se někomu svěřila.

Respondentka č. 7 uvádí: „*Určitě bych chtěla, aby tu pro mě někdo byl. Někdo, komu bych se mohla vyzpovídat. Takže asi to popovídání si o tom. S partnerem nebo s mamkou.*“ Dále respondentka uvedla, že pokud by pomoc byla od někoho, koho zná, zvolila by si také i raději místo, které zná. Naopak v případě pomoci od cizího člověka, zvolila by raději formu online a anonymně. Také se mi svěřila: „*Tím, že dojíždím autem, tak mám určitý čas sama pro sebe, než přijedu domů. Trochu si srovnat myšlenky. Ale potom určitě bych byla radši v obklopení blízkých lidí.*“ I tato respondentka ví o možnosti pomoci od psychologa. Nicméně uvedla, že k takovému kroku by potřebovala odvalu, kterou zatím nemá.

#### Kategorie č. 4: **KOLEGYNĚ**

Tato kategorie vznikla z důvodu, že všechny respondentky v průběhu rozhovoru velmi často zmiňovaly pomoc od kolegyň.

Respondentka č. 1 uvádí, že by byla ráda za podporu doma: „*Na druhou stranu ty kolegyně vědí, co vše to obnáší. Vím, že kolegyně bude vědět, o čem mluvím a pochopí mě.*“

Podobně se vyjádřila i respondentka č. 2 uvádí: „*Doma, to je pro mě samozřejmost, že mě ten partner podrží. Ale od té kolegyně bych byla raději z toho důvodu, že ví. Ví, co se vše přitom dělá a co to obnáší.*“ Stejný názor uvedla i respondentka č. 3, kdy uvedla, že ideální prostředí by pro ni bylo v práci s kolegyní.

Také respondentka č. 4 uvedla, že by ocenila pomoc od kolegyně. Na druhou stranu uvádí: „*Promluvit si s kolegyní by mi asi taky vyhovovalo. Ale já potřebuji, aby byla stejně naladěná jako já. A já vím, že třeba v tom mám hodně věci jinak.*“

I respondentka č. 5 uvádí stejný názor: „*Nejvíc mě asi pomáhá o tom mluvit s kolegyněmi.*“

Respondentka č. 6 uvedla, že se nerada svěřuje, na druhou stranu sdělila: „*Kdybych si měla popovídat tak určitě s kolegyněmi. Já si myslím, že tady se všichni tak nějak navzájem chápeme.*“

Respondentka č. 7 zmínila jak rozhovor s kolegyněmi v práci, ale také i s kolegyní v jiném zdravotnickém zařízení. Respondentka uvedla: „*Já mám zrovna to štěstí, že jedna z mých blízkých kamarádek se mnou studovala porodní asistenci a je porodní asistentka. Takže bych šla asi primárně za ní. Bude vědět, o čem mluvím.*“

#### Kategorie č. 5: **RITUÁL A ROZLOUČENÍ SE**

V této kategorii jsou popsány rituály či metody rozloučení se, které respondentky praktikují ve svém životě. Těmito rituály se respondentky většinou s celou situací smíří a překonají ji. Odpovědi respondentek se v této kategorii byly různé.

Respondentka č. 1 mi sdělila, že rituál ani metodu rozloučení se nemá. Pouze se věnuje své rodině, za kterou je velmi ráda. Stejnou odpověď jsem také získala od respondentky č. 2.

Respondentka č. 5 sdělila, že také žádný rituál nemá. Dále uvedla: „*Většinou akorát po takových vážných situacích si jdu zakouřit.*“

Respondentka č. 4 má svůj rituál hned po porodu. Sdělila: „*Já dělám to, že vlastně, když potratí, tak otvírám okno pro tu duši.*“

Také respondentka č. 6 má svůj rituál: „*Když rodím mrtvý plod, tak si venku sednu a zapálím svíčku, zavzpomínám a tím se snažím to ukončit.*“

Kladně se o možnosti rituálu a rozloučení se vyjádřila respondentka č. 7. Respondentka zatím svůj rituál nemá, ale přemýšlí, že si nějaký vytvoří. Sdělila mi, že „*Ale přemýšlela jsem, že bych*

*třeba si udělala nějaký vzpomínkový deník, do kterého bych se vypsala a nějak to uzavřela. Časem se třeba k tomu i vrátila a zavzpomínala.“*

#### Kategorie č. 6: **EMOCIONÁLNÍ ODOLNOST**

V této kategorii jsou shrnuty odpovědi na otázku, zda si myslí, že jejich délka praxe jim umožňuje se lépe vyrovnat s těhotenskou ztrátou. Popřípadě proč si myslí, že to tak je.

Respondentka č. 1 uvádí: *„Já si myslím, že u mě to na to nemá vliv. Já jsem se nikdy z toho nekácela. Vyloženě mě to nikdy nesebralo na tolik, že bych nemohla vůbec fungovat.“* Dále mi respondentka sdělila, že tuto část její práce vnímá tak, že to k její profesi patří. Závěrem ale zdůraznila, že si nemyslí, že je necitlivá. Pouze tuto část profese přijala automaticky.

Respondentka č. 2 uvádí podobný pohled: *„Myslím, že délka praxe na mě vliv nemá. Já jsem velmi emoční člověk, takže ty emoce mám pořád stejné. Ta délka praxe mi spíše umožnila nesoustředit se už na ty praktické věci, ale mohu se více věnovat ženě.“*

Také respondentka č. 3 mi sdělila podobnou odpověď jako respondentka č. 1: *„To mě to jako nevadilo asi nikdy. Akorát spíš, že jsem s těmi lidmi neuměla povídat. Ale postupem té praxe se mi to zlepšilo. Takže asi ano, ta délka praxe pomůže.“* Dále mi respondentka sdělila, že pozitivní pocity z komunikace v průběhu porodu jsou pro ni velmi důležité.

Respondentka č. 4 vnesla zajímavou myšlenku: *„Myslím si, že jo, že třeba někdo může otupět jakoby tou praxí.“* Respondentka mi sdělila, že ona to ale takto nevnímá. Uvádí: *„Já totiž pracuji s perinatální ztrátou. Různě chodím na kurzy a konference a snažím se to mu věnovat. Takže se spíš člověk naučí líp a líp pracovat s tím.“*

Respondentka č. 5 uvádí velmi jasný názor: *„To určitě. Hlavně, získáváme zkušenosti. Ne jenom v nemocnici, ale samozřejmě i v tom soukromém životě a ono se to tak jako prolíná.“* Dále respondentka uvedla, že všechny tyto zkušenosti nás v životě posouvají dál ať v dobrém nebo ve zlém. Všechno, co se v životě stane následně může pomoci i v profesním životě v takovýchto náročných situacích.

Respondentka č. 6 uvádí: *„Je to jednodušší v tom, že vím, co mám dělat, ale vždycky to potom doma obrečím. Vždycky mě to je líto u těch lidí. Ale myslím si, že to je lidské, že by bylo divné, kdybychom pracovaly jako roboti. Takže po té emoční asi ne, ale po té praktické ano.“*

Naopak respondentka č. 7 uvádí: *„Tím, že pracuji takhle krátce, tak to asi nedokážu úplně posoudit. Asi pak časem si na to trochu člověk zvykne, ale myslím, že zrovna mě to sebere asi*

vždycky.“ Dále respondentka sdělila, že si myslí, že postupem času si některé osoby na tyto situace zvyknou, ale pouze po stránce praktické. Myslí si, že délka praxe nepomůže si na tyto situace zvyknout a lépe je vstřebat.

#### Kategorie č. 7: POROVNÁNÍ POCITŮ

Tato kategorie je zaměřená na porovnání pocitů, které respondentky prožívaly u prvních porodů mrtvých plodů a u posledního porodu. Dále tato kategorie ukazuje, zda se jejich pocity změnily.

Respondentka č. 1 uvádí: „*Když mám srovnat první a poslední porod, tak ty první, co se staly před mýma dětma, byly pro mě určitě snažší, než teď když mám svoje děti.*“ Respondentka mi sdělila, že je velmi vděčná za to, že taková situace se i v osobním životě nestala. Z toho důvodu si i velmi váží, že má krásné zdravé děti. Pocity v průběhu péče o tyto ženy se respondentce v průběhu let nemění a jsou stále stejné.

Respondentka č. 2 v odpovědi poukazovala na důležitost komunikace: „*Pocity se mi asi nemění. U toho prvního se člověk hodně soustředí, aby něco nepokazil. U těch posledních se už asi ani tolik nebojím s tou ženou komunikovat. U toho prvního jsem se bála, na cokoli zeptat, abych neublížila ještě více.*“

Podobnou odpověď mi sdělila i respondentka č. 3: „*Co se týče mého prvního porodu tak dřív tohle téma bylo hodně tabu. Takže jsem se spíš bála, spíš v té komunikaci, že jsem nevěděla, co mám těm lidem říct. Teď už tak nějak vím, co čekat a jsem si jistější.*“ Dále mi respondentka sdělila, že pocity se jí v průběhu let nezměnily, a to ani v případě intenzity emocí.

Respondentka č. 4 uvádí: „*Co se týče těch pocitů, tak to mám takhle pořád stejný. Spíš pocity něco jako soucit, snaha o empatii.*“ Respondentka dále uvedla, že tím, že pracuje s perinatální ztrátou si je v těchto situacích jistější, ale emoce jsou stále stejné.

Respondentka č. 5 uvádí: „*Ten první, jasný. Tohle je, myslím si, že můžu mluvit za všechny strašák pro nás všechny, že tohle prostě nechcete potkat. Všechny víme, že to k naší práci patří, ale prostě nechcete. A ten první, prostě z toho má každý strach.*“ Respondentka mi sdělila, že důvod strachu se může objevit i z důvodu, že většinou se porodní asistentka setká s takovouto situací setká krátce po ukončení vzdělání. Tudíž porodní asistentka je většinou nezkušená a nepřipravená na porod mrtvého plodu. Dále poukazuje: „*Teďka už to je automatický, že víte, jak to přibližně probíhá. Pro mě to je hlavně ustát to emocionálně. Ale teď je to o té ženě a já tam přece nemůžu s ní sedět a brečet, že mi to je líto a že jí nedokážu pomoci. Teďka to je spíš takové prostě ustát to po téhle stránce psychické a být tam pro tu ženu.*“

Respondentka č. 6 sdělila, že u prvního porodu mrtvého plodu měla strach: „*U toho prvního porodu jsem byla spíš zmatená. Nechtěla jsem udělat nějakou chybu, aby to měli hezký a zároveň mě to bylo líto, ale spíš jsem se zaměřila na tu medicínskou stránku.*“ Dále respondentka sdělila, že u posledního porodu mrtvého plodu už tolik praktickou stránku nevnímala a praktické intervence prováděla automaticky. Zároveň dodala: „*Ale jinak ty pocity, já si myslím, že to je pořád stejný, že si na to člověk nezvykne. Tedy pořád smutek, lítost, empatii.*“

Respondentka č. 7 uvádí: „*Nijak se mi emoce u těch dvou případů nezměnily. U toho druhého jsem aspoň věděla už přibližně, co mám a nemám dělat. Jak se chovat. Ale pořád to je a bude situace, na kterou se nedá asi úplně připravit.*“

#### **5.4 Shrnutí výsledků dle výzkumných cílů**

- Zjistit, jak subjektivně vnímají těhotenskou ztrátu porodní asistentky.
- Zjistit, jakou formu pomoci by porodní asistentky potřebovaly k tomu, aby předešly vyhoření či psychickému zhroucení z těhotenských ztrát.
- Zjistit, zda ovlivňuje vyrovnání se s těhotenskou ztrátou délka praxe.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak respondentky subjektivně vnímají těhotenskou ztrátu. Všechny respondentky popisují silné emocionální reakce při asistenci u porodu mrtvého plodu. Nejčastějšími pocity jsou smutek, lítost, bezmoc a soucit. Některé respondentky, například respondentka č. 1 a č. 7, popisují i pocit nespravedlnosti a hněvu vůči tomu, že ženy, které si dítě přejí, čelí takové situaci, zatímco jiné se rozhodují pro potrat.

U některých respondentek se v průběhu času mění jejich postoj k těmto situacím. Například respondentka č. 3 popisuje, že situaci nyní vnímá jako součást životního cyklu a věří, že každý osud dítěte má svůj smysl. Také respondentka č. 4 se zaměřuje na to, aby porod probíhal co nejkomfortněji a s co největší empatií, přičemž již necítí smutek, ale soucit. Jiné respondentky, jako například respondentka č. 6, se naopak přiznávají, že i po letech to stále vnímají jako smutnou a emocionálně těžkou situaci. Respondentka č. 2 vyjadřovala obavy z komunikace s rodinami. Zejména má strach, že by mohla neúmyslně způsobit ještě větší bolest.

U několika respondentek se objevuje tendence se emocionálně distancovat a soustředit se na podporu ženy v průběhu porodu. Respondentka č. 5 vyjadřuje, že se soustředí především na to, aby ustála situaci emocionálně, aniž by vyjadřovala své vlastní pocity. Zaměřuje se tedy na to, jak být pro ženu co nejvíce nápomocná. Podobný názor vyjádřila i respondentka č. 6. Uvedla,

že se snaží být co nejméně viditelná a soustředí se na to, jak situaci co nejvíce zjednodušit pro rodinu, a to jak z hlediska praktického, tak emocionálního. Některé respondentky, jako respondentka č. 3 a č. 4, se zaměřují na to, aby ženám pomohly vytvořit prostor pro rozloučení se s mrtvým dítětem. Tuto situaci už neberou jako tragédii, ale spíše jako důležitou součást života.

Respondentky vnímají těhotenskou ztrátu a porod mrtvého plodu jako hluboce emocionální a těžkou zkušenost, která u nich vyvolává smutek, lítost a bezmoc. Zároveň je patrný vývoj směrem k větší jistotě a profesionalitě. Respondentky se stále potýkají s náročnými emocemi spojenými s těhotenskými ztrátami, ale naučily se lépe zvládat tuto situaci a soustředit se na potřeby ženy, kterou provázejí touto těžkou zkušeností.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jakou formu pomoci by porodní asistentky potřebovaly k tomu, aby přešly vyhoření či psychickému zhroucení z těhotenských ztrát. Tomuto cíli se věnují kategorie č. 3 s názvem „zpracování emocí“ a kategorie č. 4 „kolegyně“. Výsledky o volbě pomoci v případě, kdyby respondentky měly problém se smířením s těhotenskou ztrátou, ukazují různé formy a typy pomoci, které si každá respondentka představuje. Zároveň se objevuje preference pro určité prostředí a konkrétní osoby, kterým by pomoci svěřily.

Většina respondentek preferuje osobní přímou komunikaci s lidmi, které znají, přičemž nejčastěji zmiňují kolegyně a blízké osoby, jako jsou partneři nebo rodinní příslušníci. Respondentky tyto osoby vnímají jako hlavní podporovatele. Respondentka č. 1 a č. 2 vyjadřují potřebu si o svých emocích a zkušenostech popovídat s někým, kdo rozumí jejich práci. Ideální pro ně je tuto potřebu uspokojit v práci s kolegyní. Respondentka č. 5 zdůrazňuje, že jí také pomáhá rozhovor s rodinou. Dále ji pomůže, když ji podpoří ti, kdo mají podobné pracovní zkušenosti.

Naopak respondentka č. 6, se cítí lépe, když získá zpětnou vazbu od rodičů, kteří ji ocení a poděkují ji za její práci. Právě toto poděkování ji poskytne uvolnění a pocit toho, že udělala vše správně. Tato respondentka také vyjádřila, že nejdříve potřebuje mít čas pro sebe a vyrovnat se s emocemi ve vlastním nitru, než se svěří někomu dalšímu.

Respondentka č. 4 a č. 7 zmiňují odbornou pomoc v případě potřeby, ale mají různý postoj k tomu, kdo by jim měl tuto pomoc poskytnout. Respondentka č. 4 by se obrátila na specializovanou skupinu, protože by svěřila někomu, kdo má největší zkušenosti s tímto tématem. Například několikrát zmínila skupinu s názvem Perinatální ztráta. Respondentka č. 7 by byla otevřená svěřit se psychologovi. Dále ale uvedla, že v případě, kdyby se jednalo o cizího

člověka, raději by volila metodu anonymně a online. Pokud by daného člověka znala, raději by zvolila osobní kontakt v prostředí, které zná.

Celkově se dá říci, že pro většinu respondentek je klíčová podpora od lidí, kteří rozumí jejich profesi. Zároveň by respondentky volily prostředí, které jim poskytuje bezpečí a důvěru. Ačkoli odbornou pomoc některé z nich zvažují, většina preferuje osobní rozhovory a možnost sdílet své pocity s kolegyněmi a blízkými.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda si respondentky myslí, že jejich délka praxe jim umožní se lépe vyrovnat s těhotenskou ztrátou. Tomuto dílčímu cíli se věnuje kategorie č. 6 s názvem „emocionální odolnost“ a kategorie č. 7 s názvem „porovnání pocitů“. Názory, které jsem získala od respondentek, ukazují různorodost. Většina respondentek tvrdí, že délka praxe nemá výrazný vliv na jejich emoce v průběhu těchto situací. Naopak se respondentky shodují, že délka praxe spíše ovlivňuje jejich schopnost efektivně se vyrovnat s těmito situacemi na praktické úrovni. Postupem času je pro respondentky jednodušší provést praktické intervence, na které se tolik už nemusí soustředit. Díky tomu se respondentky mohou více soustředit na komunikaci s klientkou.

Respondentky, které pracují delší dobu, uvádějí, že praxe jim pomáhá zlepšit jejich schopnost komunikovat s ženami s diagnostikovaným syndromem mrtvého plodu a lépe zvládat praktické aspekty jejich práce. Například respondentka č. 3 zaznamenala zlepšení v komunikaci s klientkami a uvedla, že dlouhodobá praxe jí pomáhá získat lepší pocit z průběhu takových situací. Respondentka č. 4 rovněž souhlasí, že praxe ji naučila lépe pracovat s těhotenskou ztrátou a umožnila jí se dále vzdělávat v této oblasti. Zároveň připustila, že některé porodní asistentky mohou délkou praxe tzv. otupět a tím tyto situace tolik nevnímat. Na druhé straně, některé respondentky, zejména ty s kratší praxí, pociťují stále silné emocionální reakce na ztrátu. Respondentka č. 7, která má kratší praxi, uvedla, že situace ji vždy emocionálně zasáhnou, přičemž vnímá, že časem se spíše zlepšují praktické aspekty její práce.

Pokud jde o vliv délky praxe na emoční stránku této problematiky, většina respondentek se shoduje, že praxe příliš neovlivňuje jejich emoce. Jejich emoce zůstávají v průběhu let stabilní a nijak se nemění. Například respondentka č. 2 uvedla, že i po mnoha letech praxe stále prožívá stejné emoce, avšak zkušenosti jí umožňují se více soustředit na ženu a její potřeby.

Závěrem lze říci, že délka praxe spíše přispívá k praktickým dovednostem a schopnosti lépe zvládat technické stránky situace, zatímco emoční stránka zůstává u většiny respondentek neměnná.

## 6 DISKUZE

V této kapitole považuji za důležité připomenout, že rozhovory byly provedeny se sedmi respondentkami pracující v jednom zdravotnickém zařízení. Získané informace tedy nelze zobecnit na všechny porodní asistentky pracující ve zdravotnických zařízení ČR. Tato kapitola rekapituluje základní zjištění z průzkumné části mé bakalářské práce a zároveň propojuje data, která se shodují s informacemi z odborné literatury a různých výzkumů.

Tato bakalářská práce se zaměřila na významný a citlivý problém, kterým je těhotenská ztráta, a zkoumala, jak tento zážitek vnímají porodní asistentky. Význam tohoto tématu spočívá nejen v podpoře žen, které procházejí těhotenskou ztrátou, ale i v tom, že se jedná o emocionálně vyčerpávající zkušenost, která ovlivňuje i samotné zdravotnické pracovníky, především porodní asistentky. Odborná literatura a velké množství výzkumu se věnuje pouze truchlící rodině, porodní asistentky a jejich emoce v tyto okamžiky jsou trochu uvedeny do pozadí.

Tóthová (2018, s. 43-44) ve své bakalářské práci uvádí, že všech pět respondentek uvedlo podobné emoce, které prožívají v procesu péče o klientky s těhotenskou ztrátou. Uvádí, že se jedná především o lítost, beznaděj, bezmoc a smutek. Také se u jedné respondentky objevil pocit vzteku. Tyto emoce popisují i respondentky této bakalářské práce. Na pocit vzteku a nespravedlnosti poukazovaly respondentky č. 1 a č. 7, které tyto pocity popisují vůči tomu, že ženy, které si dítě přejí, čelí takové situaci, zatímco jiné se rozhodují pro potrat. Obě práce potvrzují, že těhotenská nebo perinatální ztráta je pro porodní asistentky silným emocionálním stresem, který vyvolává negativní emoce, jako je smutek, bezmoc a soucit.

Tóthová (2018, s. 45-46) dále ve své bakalářské práci uvádí, že tři respondentky mají potřebu své zážitky a zkušenosti ventilovat, tak aby se s celou situací vyrovnaly. Tuto potřebu se pak snaží najít ve svých kolegyních na pracovišti. Většina respondentek v této bakalářské práci také preferuje komunikaci s lidmi, které znají, přičemž nejčastěji zmiňují kolegyně. Například respondentky č. 1 a č. 2 vyjadřují potřebu si o svých emocích a zkušenostech popovídat s někým, kdo rozumí jejich práci. Ideální pro ně je tuto potřebu uspokojit v práci s kolegyněmi. V obou těchto pracích se klade důraz na důležitost vzájemné podpory mezi kolegyněmi a podpůrného prostředí, které porodní asistentky potřebují, aby zvládaly tuto náročnou situaci.

Sedláková (2021, s. 60) se ve své bakalářské práci vyjadřuje velmi podobně. Ve svém výzkumu zjistila, že všechny respondentky prožívají těhotenskou ztrátu rozdílně, ale společnými emocemi jsou smutek a lítost. Dále uvádí, že respondentky mají obavy z toho, jak správně s klientkou komunikovat v těchto těžkých a náročných chvílích. V této bakalářské práci

respondentka č. 2 taktéž vyjadřovala obavy z komunikace s rodinami. Zejména má strach, že by mohla neúmyslně způsobit ještě větší bolest. Obě tyto práce se shodují i v aspektu, zda délka praxe může ovlivnit vnímání těhotenské ztráty. Sedláková (2021, s. 60) zmiňuje, že ani jedna z respondentek se necítila dobře připravena na první setkání s perinatální ztrátou, a to i přes zkušenosti, což naznačuje, že i dlouhodobé profesionální zkušenosti nemohou připravit na emocionální náročnost této situace. Na psychosociální připravenost porodních asistentek na situace spojené s těhotenskou ztrátou se zaměřuje diplomová práce Čapkové (2022, s. 111). Čapková poukazuje, že po provedeném výzkumu zjistila, že i když porodní asistentky subjektivně ohodnotily svou připravenost kladně, byly patrné určité znalostní mezery.

Burdová (2019, s. 70) ve své diplomové práci zdůrazňuje důležitost rozloučení se s dítětem. Více než polovina oslovených respondentek pracuje s přáními rodičů a umožňuje jim rozloučení dle jejich vlastních představ. Umožňují tím rodičům prožít svůj žal jinak a tím tak celou situaci lépe zpracovat. Také respondentka č. 4 v této bakalářské práci zdůrazňuje důležitost rozloučení se. Na významnost této problematiky poukazovala i respondentka č. 6. Obě se ale shodují, že je důležité rozloučení nabízet ale klientky nenutit. Sýkorová (2018, s. 67) ve své bakalářské práci také poukazuje na důležitost rozloučení se. Ve svém výzkumu zjistila, že rodičům je velmi často nabízena možnost pochování si dítěte, pohřazení, vyfotografování i pořízení videozáznamu.

Ostatní bakalářské práce týkající se tématu perinatální ztráty jsem nemohla do porovnávání zařadit, jelikož se netýkaly přímo otázky subjektivního prožívání porodních asistentek. Shledala jsem, že odborných prací v posledních deseti letech na toto téma je v České republice málo a je zde veliký prostor pro další zpracovávání tématu subjektivního prožívání porodních asistentek v rámci setkání s perinatální ztrátou. Tento problém zaznamenala ve svých výzkumech Tóthová i Sedláková. Tóthová uvádí: „*Převážná většina literatury se zaměřuje na prožívání pouze z pohledu truchlící rodiny a zdravotnický personál je v tomto případě ponechán trochu stranou.*“ (Tóthová, 2018, s. 66)

## 7 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce s názvem Těhotenská ztráta očima porodních asistentek byla autorkou rozdělena na část teoretickou a průzkumnou. Cílem teoretické části bakalářské práce bylo vysvětlení pojmů, které souvisí s těhotenskou ztrátou. Jedná se např. o definici potratu, porodu mrtvého plodu, viability plodu a perinatální mortalita. Dále byly popsány kompetence porodních asistentek a péče v průběhu celého porodu. Poslední kapitola popisuje oblast duševní hygieny a syndromu vyhoření, kterému se dá předejít pomocí supervizí. Účelem teoretické části bakalářské práce bylo za pomoci získaných informací a teorie, vytvořit podklad, který bude sloužit ke snadnějšímu a správnému pochopení tématu a zároveň poslouží k lepší orientaci v části výzkumné.

Bakalářská práce se prostřednictvím hlavního cíle a dvou dílčích cílů zaměřila na téma těhotenské ztráty a jejího subjektivního vnímání porodními asistentkami. Těhotenská ztráta je jedním z nejvíce emocionálně vyčerpávajících zážitků, který může mít emoční dopad nejen na ženy a jejich rodiny, ale i na porodní asistentky, které se podílejí na péči.

Výzkum ukázal, že porodní asistentky, které se účastnily výzkumu, subjektivně vnímají těhotenskou ztrátu jako velmi silný a emotivní zážitek, který u nich vyvolává pocity smutku, soucitu a bezmoci. Některé respondentky přiznávají, že tento zážitek ovlivňuje jejich profesní i osobní život. Zajímavým zjištěním bylo, že zkušenosti a délka praxe mohou mít vliv na způsob, jakým se porodní asistentky k těhotenské ztrátě staví. Na emoční stránku této problematiky však délka praxe významný vliv nemá. Ačkoliv zkušenosti a praxe přispívají k lepší schopnosti zvládat praktické a technické aspekty situace, emocionální reakce zůstávají u většiny respondentek stabilní a neměnné. Délka praxe tedy zřejmě pomáhá porodním asistentkám v praktických dovednostech, ale neovlivňuje zásadně jejich emoční vnímání této citlivé oblasti.

Další důležitou součástí výzkumu bylo zjištění, jakou pomoc by porodní asistentky potřebovaly k prevenci syndromu vyhoření a psychickému zhroucení. Důraz na prostředí bezpečí, důvěry a otevřenosti je klíčový pro jejich psychickou pohodu. Většina respondentek se shoduje, že podpora od lidí, kteří rozumí jejich profesi, je velmi žádoucí. V rozhovorech se respondentky shodly na důležitosti vzájemné podpory mezi kolegyněmi, což může výrazně přispět k jejich duševní pohodě a profesionálnímu výkonu.

Za nevýhodu této bakalářské práce považují skutečnost, že vzhledem k omezenému počtu respondentů a tomu, že jsou prezentovány pouze subjektivní názory vybraných jednotlivců,

nelze získaná data generalizovat na všechny porodní asistentky pracující ve zdravotnických zařízeních ČR. I když se v některých odpovědích objevují podobnosti nebo shody v názorech, nelze je považovat za univerzální nebo obecně platný závěr, který by dokládal, že se tyto situace vyskytují u všech porodních asistentek.

Na základě výsledků výzkumu a zkušeností respondentek bych ráda doplnila doporučení pro praxi, díky kterým mohou porodní asistentky zlepšit svou praxi a zvládnutí těhotenských ztrát. Doporučuji zajistit pravidelné vzdělávání v oblasti emocí a podpory klientek. Je důležité, aby porodní asistentky měly přístup k odbornému vzdělávání nejen v oblasti praktických dovedností, ale také jak správně komunikovat s rodiči. Dále by bylo vhodné vytvořit podpůrné pracovní prostředí. Podpora mezi kolegyněmi a blízkými osobami je klíčová pro zvládnutí těchto těžkých situací, stejně jako zajištění psychické péče o porodní asistentky samotné. Prostřednictvím kolegiálního sdílení zkušeností je možné předejít zhroucení či syndromu vyhoření. Doporučila bych zavedení pravidelných supervizí, kde by se porodní asistentky mohly otevřeně vyjadřovat o svých emocích a procházet podpůrnými intervencemi. Dále bych doporučila, aby porodní asistentky, zejména s kratší praxí, měly příležitost k mentorování zkušenějšími kolegyněmi, které jim pomohou zlepšit komunikaci a technické dovednosti při porodu mrtvého plodu.

Potenciální přínos této práce vidím v tom, že může čtenáři rozšířit povědomí o této problematice a tématu, který není běžně diskutován. Zároveň tato práce poukazuje na roli porodních asistentek v péči o ženy procházející těhotenskou ztrátou. Tato práce zdůrazňuje nutnost otevřeného přístupu k tématu těhotenských ztrát a zajistit tím podpůrné intervence pro porodní asistentky, aby mohly adekvátně reagovat na emocionální a profesionální výzvy, které tyto situace přinášejí. Také může zároveň sloužit jako zdroj informací pro další průzkumy, které se zabývají tematikou těhotenské ztráty očima porodních asistentek.

## 8 POUŽITÁ LITERATURA

BERKOVÁ, Klára. *Hranice Viability*. [Online]. Neopaliativa, 2022. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://neopaliativa.cz/hranice-viability/>

BURDOVÁ, Marcela. *Perinatální ztráta očima porodních asistentek*. [Online]. Diplomová práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. 2019. [cit. 2025-01-30] Dostupné z: <https://theses.cz/id/klfpm/>

BUŽGOVÁ, Radka a SIKOROVÁ, Lucie a kol. *Dětská paliativní péče*. [Online]. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0584-7. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/detska-paliativni-pece-5101/>

ČAPKOVÁ, Kristýna. *Připravenost porodní asistentky z hlediska psychosociální péče v průběhu porodu mrtvého plodu*. [Online]. Diplomová práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2022. [cit. 2025-01-30] Dostupné také z: <https://hdl.handle.net/10195/79854>

ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST (ČGPS) ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ (ČLS JEP). *Porod mrtvého plodu*. Sbírka doporučených postupů. [online]. 2019. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://cgps.cz/doporucene-postupy/perinatologie-a-fetomaternalni-medicina/porod-mrtveho-plodu/?layout=default>

ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST (ČGPS) ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ (ČLS JEP). *Preindukce a indukce porodu*. Sbírka doporučených postupů. [online]. 2016. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://cgps.cz/doporucene-postupy/perinatologie-a-fetomaternalni-medicina/preindukce-a-indukce-porodu/?layout=default>

ČESKO: Vyhláška č. 55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků – znění od 1.1.2025. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2025 [cit. 2025-01-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO: Zákon č. 193/2017 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony – znění od 1.1.2024. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2025 [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-193?text=96>

ČESKO: Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) – znění od 1.1.2025. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2025 [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO: Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) – znění od 1.8.2024. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2025 [cit. 2025-01-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

DÍTĚ V SRDCI. *Když na začátku přichází konec – průvodce při ztrátě miminka*. 2. vydání. [Online] Kostelec nad Orlicí: Dítě v srdci, z. s., 2023. ISBN 978-80-11-02806-0. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: [https://ditevsrdci.cz/\\_files/userfiles/soubory\\_ke\\_stazeni/brozurka/dite\\_v\\_srdci\\_brozurka\\_pro\\_rodice.pdf](https://ditevsrdci.cz/_files/userfiles/soubory_ke_stazeni/brozurka/dite_v_srdci_brozurka_pro_rodice.pdf)

DOHERTY, Jean a O'BRIEN, Denise. Giving of the self and Midwife Burnout – An exploration of the consequences of being 'with woman' and how individual midwives can reduce or prevent burnout. *Women and Birth*. [Online]. Amsterdam: Elsevier, 2023, roč. 36, č. 4, s. 349-356. ISSN 1871-5192. [cit. 2025-01-23]. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.12.002>

DUŠOVÁ, Bohdana a kol. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7

DUTKOVÁ, Andrea. *Jak vnímat stres – Průvodce pro vnitřní pohodu*. [Online]. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-2568-5. [cit. 2025-01-25]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/jak-vnimat-stres-11707/>

GREENBERG, Melanie. *Jak lépe zvládat nepříjemné situace a konflikty – Cesta k odolnější a vyrovnanější mysli*. [Online]. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2584-5. [cit. 2025-01-25]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/jak-lepe-zvladat-neprijemne-situace-a-konflikty-6025/>

HÁJEK, Zdeněk. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9

HALMO, Renata. *Sebepéče v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4811-5

HAN, Peng et al. Experience in the development of nurses' personal resilience: A meta-synthesis. *Nursing Open*. [Online] United Kingdom: Wiley, 2023, roč. 10, č. 5, s. 2780-2792. ISSN 2054-1058. [cit. 2025-01-25]. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.1556>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5. přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2

CHOO, Xin Hui et al. Risk score to stratify miscarriage risk levels in preconception women. *Scientific Reports (Nature Publisher Group)*. [Online] United Kingdom: Nature Publishing Group, 2021, roč. 11, č. 1, s. 41598-021-91567-8. ISSN 2045-2322. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: [https://www.proquest.com/publication/publications\\_2041939?accountid=17239](https://www.proquest.com/publication/publications_2041939?accountid=17239)

JANDOVÁ, Eva. *Využití supervize u nelékařských zdravotnických profesí - scoping review* [online]. Diplomová práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2024. [cit. 2025-01-23]. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/10195/82938>

JONEŠOVÁ, Markéta. *Supervize během studia - pohled absolventů* [online]. Bakalářská práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2021. [cit. 2025-01-23]. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/10195/78086>

KACEM, I. et al. Effects of music therapy on occupational stress and burn-out risk of operating room staff. *The Libyan journal of medicine*. [Online]. United States: Ibnosina Medical Association, 2020, roč. 15, č. 1, s. 1768024. [cit. 2025-01-23]. ISSN 1819-6357. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/19932820.2020.1768024>

LEBLANC, Lise. *Sebepéče pro pečující – Průvodce vědomou péčí*. [Online]. Praha: Alferia, 2021. ISBN 978-80-271-1395-8. [cit. 2025-01-25]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/sebepece-pro-pecujici-10818/>

LECLERCQ, Céline a HANSEZ, Isabelle. Temporal Stages of Burnout: How to Design Prevention? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [Online]. Basel: ProQuest Central, 2024, roč. 21, č. 12, s. 1617. [cit. 2025-01-23]. ISSN 1661-7827. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph21121617>

MAZÚCHOVÁ, Lucia a PORUBSKÁ, Andrea. *Respekt a úcta v porodnictví*. [Online]. Praha, Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3508-0. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/respekt-a-ucta-v-porodnictvi-11216/>

MILFAIT, René a STEINLAUF, Barbora. *Etika a právo v péči o rodiny po ztrátě dítěte: perinatální ztráta a perinatální paliativní péče*. [Online]. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-5268-1. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/etika-a-pravo-v-peci-o-rodiny-po-ztrate-ditete-perinatalni-ztrata-a-perinatalni-paliativni-pece-12590/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha, 2019 [cit. 2025-01-25] Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18700/40551/Zdravi2030\\_FINAL16122019.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18700/40551/Zdravi2030_FINAL16122019.pdf)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. [Online]. MZČR: 2019. [cit. 2025-01-23] Dostupné z [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/10/2024-metodika-AP\\_doskoleni.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/10/2024-metodika-AP_doskoleni.pdf)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. [Online]. MZČR: 2024. [cit. 2025-01-23] Dostupné z [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/10/2024-metodika-AP\\_doskoleni.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/10/2024-metodika-AP_doskoleni.pdf)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zpráva o aktivitách SPIS za rok 2023 [Online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky Praha, 2023. [cit. 2025-01-24] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zprava-o-aktivitach-spis-za-rok-2023>

NAVRÁTIL, Leoš a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. zcela přepracované a doplněné vydání. [Online] Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/vnitri-lekarstvi-pro-nelekarske-zdravotnicke-obory-4235/>

NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Univerzita Karlova, 2019. ISBN 978-80-7571-025-3

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti - POROD - kniha druhá*. 5. vydání. Praha: Galén, spol., 2015. ISBN 978-80-7492-215-2

PASNIŠINOVÁ, Eliška. *Porod mrtvého dítěte ve třetím trimestru očima žen*. [Online]. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2023. [cit. 2025-01-30] Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/ki5o9/>

PERINATÁLNÍ ZTRÁTA – UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK. *Porod mrtvého plodu*. [Online]. Unie porodních asistentek, 2025. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://www.perinatalniztrata.cz/postupy-pri-perinatalni-ztrate/prakticke-informace/porod-mrtveho-miminka/>.

PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření - Jak se prací a pomáháním druhým nezničit: Pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-8816-300-8

POLOKOVÁ, Andrea. *Zastavení tvorby mléka po ztrátě miminka*. [Online]. Perinatální ztráta, Unie porodních asistentek, 2021. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://www.perinatalniztrata.cz/kniha/zastaveni-tvorby-mleka-po-ztrate-miminka/>

PROCHÁZKA, Martin a kol. *Porodní asistence - Učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi*. Praha: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-618-4

RATISLAVOVÁ, Kateřina a HRUŠKOVÁ, Zuzana. *Psychosociální podpora při úmrtí miminka – Průvodce pro učitele pomáhajících profesí*. [Online]. Perinatální ztráta, Unie porodních asistentek, 2019. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://www.perinatalniztrata.cz/kniha/katerina-ratislavova-zuzana-hruskova-psychosocialni-podpora-pri-umrti-miminka-pruvodce-pro-ucitele-pomahajicich-profesi/>

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče*. [Online]. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0121-4. [cit. 2025-01-30]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/perinatalni-paliativni-pece-1759/>

ROBINSON, Jennifer. *How Does Mental Health Affect Physical Health?* [Online]. WebMD, 2023. [cit. 2025-01-25]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/how-does-mental-health-affect-physical-health>

ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. [Online] Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-2005-5. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/moderni-gynekologie-12591/>

ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. [Online] Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/moderni-porodnictvi-3112/>

SEDLÁKOVÁ, Julie. *Perinatální úmrtí z pohledu porodní asistentky*. [Online]. Bakalářská práce. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. 2021. [cit. 2025-01-30] Dostupné z: <https://theses.cz/id/orjzat/>

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3

SOJÁK, Petr. *Osobnostní a sociální rozvoj – aneb Strom, mozaika a vzducholod'*. [Online]. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0342-3. [cit. 2025-01-25]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/osobnostni-a-socialni-rozvoj-4281/>

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Duševní zdraví. [online] Státní zdravotní ústav, Praha, 2023 [cit. 2025-01-24] Dostupné z: <https://szu.gov.cz/odborna-centra-a-pracoviste/centrum-podpory-verejneho-zdravi/dusevni-zdravi/>

SUPERVIZE PRAHA. Supervize Praha [online]. 2013 [cit.2025-01-25]. Dostupné z: <https://www.supervizepraha.cz/>

ŠÝKOROVÁ, Eva. *Perinatální ztráta z pohledu porodních asistentek*. [Online]. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2018. [cit. 2025-03-20] Dostupné z: <https://theses.cz/id/53q4p5/>

SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY. *Spánková hygiena v kostce*. [Online]. SPIS, 2021. [cit. 2025-01-25]. Dostupné z: <https://spis.cz/wp-content/uploads/2021/03/Spankova-hygiena-v-kostce.pdf>

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978- 80-247-5711-7

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. [Online]. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0470-3. [cit. 2025-01-25]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/techniky-osobnostniho-rozvoje-a-dusevni-hygieny-ucitele-4277/>

TÓTHOVÁ, Eva. *Subjektivní prožívání perinatální ztráty porodními asistentkami*. [Online]. Bakalářská práce. Praha:1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova. 2018. [cit. 2025-03-20] Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/99535>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Narození a zemřelí do 1 roku 2019*. Praha: ÚZIS ČR, 2021, 76 s. ISSN 1211-071X

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi - Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024731742

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9

VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA, *Psychohygienu*. [Online]. VoZP, 2023. [cit. 2025-01-25]. Dostupné z: <https://www.zdravisvozp.cz/clanky/psychohygienu>

WOLKIN, Jennifer R. *5minutové meditace na každý den – Uklidněte svůj mozek za pouhých pět minut denně!* [Online]. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3373-4. [cit. 2025-01-25]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/5minutove-meditace-na-kazdy-den-10821/>

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha A – *Seznam otázek vlastní konstrukce použitých pro polostrukturovaný rozhovor*

## **10 OTÁZKY PRO ROZHOVORY:**

- Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka?
- Jaké vzdělání máte vystudované?
- Zažila jste za svou praxi porod mrtvého plodu? Popřípadě kolikrát.
- Myslíte si, že délka Vaší praxe Vám umožňuje se lépe vyrovnávat s těhotenskou ztrátou?
- Když jste odpověděla ano, řeknete mi, čím to je?
- Porovnála byste mi pocity u Vašeho prvního porodu mrtvého plodu a u porodu, u kterého jste byla naposledy?
  
- Co cítíte, když přijde žena s mrtvým plodem? Popsala byste mi vaše pocity?
- Myslíte na tyto ženy i poté, co Vám skončí směna?
- Co děláte po takové směně doma?
- Máte nějaké rituály nebo návyky, které Vám pomáhají překonat tyto situace?
  
- Jakou formu pomoci byste si představovala?
- Jaké prostředí byste si eventuálně vybrala?
- Od koho očekáváte pomoc?
- Víte, kam se můžete obrátit v případě, že cítíte, že jste se s touto situací nedokázaly vyrovnat?
- Absolvovala jste nějaké školení, konference nebo přednášky na toto téma?