

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Problematika rozloučení se s mrtvě rozeným plodem

Bc. Veronika Káplová

Diplomová práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Veronika Káplová
Osobní číslo: Z14253
Studijní program: N5345 Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Perioperační péče v gynekologii a porodnictví
Název tématu: Problematika rozloučení se s mrtvě rozeným plodem
Zadávající katedra: Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

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

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:


1. BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav, MATULAY. Sociologie zdraví, nemoci a rodiny Sociológia zdravia, choroby a rodiny. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
2. BINDER, Tomáš. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. Praktická gynekologie, 2007, roč. 11, č. 2, s. 61 64. ISSN 1211-6645.
3. FUCHS, Vladimír. Vybrané kapitoly z perinatologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 328 s. ISBN 80-246-0114-1.
4. KOHNER, Nancy a Alix Henley A. Když dítě zemře, Praha: Triton, 2013, 349 s. ISBN 978-80-7387-643-2.
5. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví. Praha: AREA, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Marie Macková, Ph.D.
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2014
Termín odevzdání diplomové práce: 6. května 2016


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2016

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 4. 5. 2016

Bc. Veronika Káplová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce paní PhDr. Marii Mackové, PhD. za odborné vedení, pomoc, trpělivost a poskytování cenných rad při psaní diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří si našli chvíli času a vyplnili dotazník. V neposlední řadě bych ráda poděkovala celé své rodině za podporu a trpělivost, se kterou mi dodávali sílu ke studiu.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá problematikou rozloučení se s mrtvě rozeným plodem. V teoretické části, jsou popsány kapitoly o příčinách úmrtí plodu jak ze strany plodu, tak i matky. Dále se práce věnuje ošetrovatelské péči před, při a po porodu mrtvého plodu. V kapitole je popsána psychosociální stránka ztráty, krize, projevy smutku, důležitost rozloučení a i fáze truchlení. Výzkumná část diplomové práce má za cíl zjistit, jaké služby poskytují nemocnice pozůstalým rodičům. Byly stanoveny tři výzkumné otázky. První otázka: Jaké informace nabízejí porodnice pozůstalým rodičům mrtvě rozeného dítěte? Druhá otázka: Jakou pomoc nabízejí porodnice pozůstalým rodičům bezprostředně po porodu na porodním sále? A třetí výzkumná otázka: Mají oslovené porodnice vypracovaný standard, jak postupovat po porodu mrtvého plodu? Výzkumné šetření bylo sestaveno na základě dat shromážděných z dotazníkových šetření zaslaných všem vrchním sestřám porodnických oddělení v ČR.

KLÍČOVÁ SLOVA

Mrtvý plod, porod, psychika, standard

TITLE

The issue of farewell with the stillborn fetus.

ANNOTATION

The thesis deals with the problems of saying goodbye to a stillborn foetus. In the theoretical part there are chapters that describe reasons of foetus death from the side of the foetus as well as the mother. Furthermore, the thesis describes nursing care before, during and after the birth of a stillborn foetus. The chapter describes the psychosocial side of the loss, the crisis, the expressions of sorrow, the importance of saying goodbye and the mourning phase. The practical part of the thesis aims to find out which services are grieving parents provided with. Further, there were three specified research questions. Firstly, what information does the hospital offer grieving parents of stillborn baby? Secondly, what kind of help offered by the hospital grieving parents immediately after birth on the delivery room? Thirdly, has the hospitals addressed the development of standard how to act after the birth of a stillborn foetus? The research survey was compiled on the basis of the collected questionnaire inquiries sent to all charge nurses of the maternity departments in the Czech Republic.

KEY WORDS

Stillborn foetus, birth, psyche, standard

Obsah

SEZNAM OBRÁZKŮ.....	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK.....	12
ÚVOD	13
CÍLE PRÁCE	15
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	16
1 Perinatální úmrtí plodu	16
2 Příčiny úmrtí plodu	19
2.1 Příčiny úmrtí plodu související s placentou	19
2.2 Příčiny úmrtí plodu související s dělohou.....	20
2.3 Příčiny úmrtí plodu ze strany matky	20
2.4 Příčiny úmrtí ze strany plodu	21
2.5 Příčiny úmrtí za porodu.....	21
3 Diagnostika	22
4 Vedení porodu mrtvého plodu	24
4.1 Ošetrovatelská péče o ženu před porodem mrtvého plodu	24
4.2 Ošetrovatelská péče o ženu při porodu mrtvého plodu	24
4.3 Ošetrovatelská péče o ženu po porodu mrtvého plodu	26
4.4 Péče o ženu po porodu mrtvého plodu na standardním oddělení.....	26
5 Psychosociální přijetí ztráty.....	27
5.1 Krizové stavy v souvislosti se ztrátou.....	27
6 Projevy smutku	29
7 Důležitost rozloučení	30
8 Truchlení.....	32

8.1	Fáze truchlení	33
8.1.1	První fáze truchlení	34
8.1.2	Druhá fáze truchlení.....	34
8.1.3	Třetí fáze truchlení.....	35
8.1.4	Čtvrtá fáze truchlení.....	35
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	37
9	Metodika	38
9.1	Výzkumná metoda	38
9.2	Sběr dat.....	38
9.3	Výzkumný soubor	38
9.4	Zpracování dat.....	39
10	Výsledky výzkumu	40
11	Diskuze	60
12	Závěr	65
13	Použitá literatura	67

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Grafické znázornění informovanosti pozůstalých rodičů o možnosti pohřbení dítěte	40
Obrázek 2 Grafické znázornění informovanosti o posmrtném naložení s tělem novorozence	41
Obrázek 3 Grafické znázornění informovanosti rodičů o 96hodinové lhůtě na zařízení pohřbu	42
Obrázek 4 Grafické znázornění informovanosti rodičů o nutnosti vykonání posmrtné pitvy..	43
Obrázek 5 Grafické znázornění informovanosti rodičů o možnosti odmítnutí pitvy	44
Obrázek 6 Grafické znázornění informovanosti rodičů o výsledcích pitvy	45
Obrázek 7 Grafické znázornění možnosti pojmenování novorozence	46
Obrázek 8 Grafické znázornění možnosti rozloučení se s novorozencem podle přání rodičů	47
Obrázek 9 Grafické znázornění možnosti rodičů sahat na dítě	48
Obrázek 10 Grafické znázornění možnosti rodičů držet dítě v náručí	49
Obrázek 11 Grafické znázornění možnosti rodičů vyfotit si dítě	50
Obrázek 12 Grafické znázornění možnosti rodičů být s dítětem o samotě	51
Obrázek 13 Grafické znázornění možnosti rodičů udělat si otisk nožičky.....	52
Obrázek 14 Grafické znázornění možnosti rodičů ustříhnout si pramínek vlasů	53
Obrázek 15 Grafické znázornění informovanosti matky o mateřské dovolené.....	54
Obrázek 16 Grafické znázornění možnosti nabídnutí psychologické pomoci na porodním sále	55
Obrázek 17 Grafické znázornění informovanosti o nutnosti vyzvednutí si rodného listu.....	56
Obrázek 18 Grafické znázornění doporučení rodičům specializované sdružení	57
Obrázek 19 Grafické znázornění využívání standardu	58
Obrázek 20 Grafické znázornění potřeby standardu.....	59
Obrázek 21 Maslowova pyramida potřeb (Vymětal, 2009, s. 70)	71

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Demografické údaje.....	39
-----------------------------------	----

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

TK - Krevní tlak

HELLP - Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets

DM - Diabetes mellitus

GBS - Group B Streptococcus

UZ - Ultrazvuk

DIC - Diseminovaná intravaskulární koagulopatie

i. v. - Intravenozní podání léků

CTG - Kardiotokograf

ÚVOD

Na porodních sálech a novorozeneckých odděleních se obvykle setkáváme s radostí spojenou s příchodem nového života na svět. Pro rodiče, jejich rodiny i pro personál nemocnice je to šťastná chvíle. Na opačné straně těchto radostných událostí však stojí žal, smutek, pláč, bolest, strach. Tyto pocity a chvíle smutku doprovází nitroděložní odumření plodu, narození mrtvého plodu, předčasný porod či porod dítěte v kritickém zdravotním stavu. Citlivý přístup a podporu ze strany zdravotnického personálu nepotřebují jenom novorozenci, ale i rodiče a příbuzní. Postoj a celkový přístup zdravotnického personálu jsou totiž velmi důležité pro ovlivnění reakcí rodičů na smutnou událost (Magyarová, 2006, s. 140-145).

Prvním příznakem, že něco není v pořádku, je ze strany ženy vymizení pohybů plodu. Některé ženy, zvláště potom včasném stadiu těhotenství, si nemusí ničeho všimnout. Mezi další upřesňující příznaky patří potom bolest v podbřišku, v zádech, ochabnutí napětí v prsou někdy i nauzea. Stanovení diagnózy se provádí neprodleně pomocí ultrazvukového vyšetření. Oznamit ženě nepříjemnou diagnózu, že její plod odumřel, je velmi svízelnou situací. Pokud je to možné, měl by být u sdělení diagnózy i partner. O diagnóze informuje většinou nejzkušenější lékař, popřípadě ošetřující lékař. Samozřejmostí je dodržení všech etických pravidel, což se týká toho, kdy, kde, jak a kým se tato informace sděluje. Doba od sdělení diagnózy po porod mrtvého plodu je psychicky velmi náročným obdobím. Žena většinou přemítá, kde mohla udělat chybu, proč se situace stala právě jí, mohou se objevit známky deprese, úzkosti. S prodlužujícím časem pak narůstá nervozita a mohou se objevit i obavy o vlastní zdraví a obavy o fertilitu (Binder, 2007, s. 62).

Porod probíhá s minimem zdravotnického personálu, aby byla zachována pacientčina intimita (Binder, 2007, s. 62). Po porodu se očekává pláč dítěte, ten se však neozývá. Aby byla zhmotněna a naplněna očekávání rodičů, kteří si celé těhotenství představovali, jak bude jejich miminko vypadat, dítě je jim ukázáno. Je tak dán průchod emocím, který je pro proces truchlení velice důležitý. Nejprve je však dítě umyto, ošetřeno a zabaleno do peřinky. Rodiče se na dítě těšili, měli a mají ho rádi a je nutné se s ním rozloučit (Magyarová, 2006, s. 140-145). Smrt dítěte je ten nejnespravedlivější a nejtragičtější ze všech zármutků. Trvá déle než jiný druh zármutku, je traumatictější, hlubší a komplexnější (Firthová et al., 2007, s. 105).

Porodní asistentka už před porodem vysvětlí pacientce důležitost rozloučení se s dítětem pro proces truchlení. Vysvětlí ženě, jak bude celý porod probíhat, zeptá se ženy, co by si přála

a co ne. Informuje ženu o různých rituálech rozloučení se s dítětem. Do ničeho však ženu ani partnera nenutí, je to její rozhodnutí a může ho kdykoliv změnit (Ratislavová, 2008, s. 76). Pro zdravotnický personál je tato situace skutečně zátěžovou. Porodní asistentka se musí chovat empaticky, mít citlivý přístup, být chápající, podporující a směřující k dostatečnému prožitku ztráty a tím i k vyrovnání se s ní. Tento přístup je důležitý, jak pro klienta, tak pro zdravotníka (Křemenová, Fremlová, 2009, s. 97-100).

Diplomová práce je rozdělena do dvou kapitol, teoretická a výzkumná část. Teoretická část má osm subkapitol. První subkapitola se zabývá perinatálním úmrtím plodu ze všeobecného hlediska. Vymezuje zákonem dané hodnoty a normy k porodu a životaschopnosti plodu. Druhá subkapitola vyjmenovává a popisuje jednotlivé příčiny úmrtí plodu a to jak ze strany matky, tak ze strany plodu. Třetí subkapitola se věnuje diagnostice úmrtí plodu, zobecňuje objektivní u subjektivní známky intrauterinní smrti plodu. Ve čtvrté subkapitole je shrnut porod mrtvého plodu. Tato kapitola zahrnuje ošetrovatelskou péči před, při a po porodu mrtvého plodu. Druhá polovina teoretické části práce se věnuje psychické stránce této smutné události. V subkapitole psychosociální přijetí ztráty je popsán moment sdělení a první okamžiky po porodu mrtvého plodu. Kastová (2010, s. 167) nazvala první okamžiky ztráty za moment, kdy je naše lidská existence naprosto pohlcena. Tyto psychicky vypjaté situace jsou těžké nejen pro rodiče samotné, ale i pro ošetřující personál. V této kapitole jsou popsány i krizové stavy v souvislosti se ztrátou, jejich projevy a postupy, jak se s krizí vyrovnat. Šestou subkapitolou jsou projevy smutku a jejich emoce. V sedmé kapitole je popsána důležitost rozloučení se s mrtvě rozeným plodem. V literatuře se o pohřbu dítěte mluví, jako o jakémsi rozloučení, rituálu ukončení. Rodiče mají hrob, kam se mohou jít vyplakat, popovídat si a zavzpomínat. V poslední subkapitole jsou popsány jednotlivé fáze truchlení, od popření, přes bolest, vztek a hněv, po hledání, nacházení a odpoutání, až po konečný nový vztah k sobě a ke světu.

Výzkumná část práce si klade za cíl zjistit, jaké služby nabízejí nemocnice pozůstalým rodičům. První výzkumná otázka zjišťuje, jaké informace nabízejí porodnice pozůstalým rodičům mrtvě narozeného dítěte. Druhá výzkumná otázka zjišťuje, jakou pomoc nabízejí porodnice pozůstalým rodičům bezprostředně po porodu na porodním sále. Třetí výzkumná otázka zjišťuje, mají-li oslovené porodnice vypracovaný standard jak postupovat po porodu mrtvého plodu.

CÍLE PRÁCE

Teoretický cíl práce:

Cílem teoretické části diplomové práce je zpracování teoretického podkladu, zabývajícího se problematikou rozloučení se s mrtvě rozeným plodem.

Výzkumný cíl práce:

Zjistit, jaké služby nabízejí nemocnice pozůstalým rodičům.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Perinatální úmrtí plodu

Dle zákona 372/2011 Sb. O zdravotnických službách se plodem po potratu rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z matčina těla neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500g nebo ji nelze zjistit. Plodem po potratu se rozumí i plod, jehož těhotenské stáří je kratší než 22 týdnů.

V právním řádu České republiky není zakotvena definice mrtvě narozeného dítěte. Avšak ve vyhlášce 297/2012 Sb. O náležitostech *Listu o prohlídce zemřelého* se můžeme dočíst, že mrtvě narozeným dítětem se rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500g a více nebo ji nelze zjistit. Mrtvě narozené dítě je narozené po 22 ukončeném týdnu těhotenství. Pokud nelze délku těhotenství určit, musí být plod alespoň 25 cm dlouhý (od temene hlavy k patě).

Ztráta plodu je v každém trimestru těhotenství vnímána jednotlivými ženami různě. První trimestr začíná oplozením a končí třináctým týdnem těhotenství. Bývá považován za nejrizikovější. Typický je pro něj bouřlivý vývoj zárodku. Plod je velmi citlivý a zranitelný a tělo matky se adaptuje na novou situaci (Gregora, Velemínský, 2011, s. 68). V prvním trimestru nastávající matka o svém dítěti nikdy nemluví jako o plodu. Téměř vždycky je to pro ni její dítě, miminko. Dítě, které stvořila společně s manželem či přítelem. Dítě, na které se těší. Těhotenství je jasně ohraničenou dobou, dobou od početí po porod samotný. Na každou matku toto období klade spoustu otázek a nevyřčených obav. Musí pro dítě zajistit vhodné prostředí, jak v těhotenství, tak po porodu. Pokud se jedná o neplánované těhotenství, je pro nastávající matku mnohem těžší se vypořádat s nečekanou situací. Ukončit rozjednané projekty, a to vše včas, v termínu. Přestat myslet jenom na sebe a přepnout na dítě, na jeho potřeby. Těhotenství a poté mateřství je období, které trvá a přináší i velký díl zodpovědnosti, zodpovědnosti za živou bytost. Je třeba dítě i všechny změny přijmout do svého srdce. Ztrátu v prvním trimestru těhotenství nelze porovnávat se ztrátou v pokročilém stadiu těhotenství. Záleží ale také samozřejmě na tom, jak je matka na dítě zaměřena, jak se na něj těší, jaký má vztah s otcem dítěte, jaké má rodinné zázemí, sociální podmínky. Smrt plodu v prvním trimestru těhotenství je častější situací než v pozdějších stadiích těhotenství. Neznamená to, že by tato ztráta byla nějak zlehčována. Nastávající matka sice zatím pohyby necítí, začala se však na dítě těšit a počítat s ním. Ztráta je tedy bolestivá a těžká. Dalo by se také říci, že jak

roste počet týdnů těhotenství, roste i vztah k dítěti a také bolest z jeho případné ztráty (Špaňhelová, 2015, s. 19).

Druhý trimestr začíná koncem 13. týdne a končí ve 27. týdnu těhotenství. Je ze všech tří trimestrů vůbec nejpříjemnější a nejkrásnější, protože už zpravidla poleví těhotenská nevolnost a počáteční únava a břicho ještě není tak veliké, aby ženu omezovalo (Gregora, Velemínský, 2011, s. 68). Matka ve většině případů dítě přijala, těší se na něj, cítí pohyby. Dítě se začalo ozývat, svým kopáním dává najevo, že je přítomno, a získává si tak přízeň nejen svých rodičů, ale i širší rodiny a přátel. Děťátko sice nevidíme, ale ono nás slyší, plave v plodové vodě, vnímá rozpoložení maminky, stejně jako její hlas. A nejen její-stejně tak hlas otce, svých sourozenců, babičky a všech, kteří za pár měsíců budou tvořit jeho rodinu. Pokud žena o dítě přijde v tomto stadiu těhotenství, je její žal větší. Vždyť rostoucí břicho bylo poznávacím znamením, že z ní bude brzy matka. Měla k němu vytvořený hlubší vztah, mluvila o něm, často ho měla i pojmenované a najednou...nic. Prožívání ztráty je vždy velmi individuální, žena musí čelit otázkám okolí, musí se vyrovnat s tím, že plány, které s dítětem měla do budoucna, jsou pryč, ale i že už ho nebude hladit či zpívat mu...(Špaňhelová, 2015, s. 16).

Třetí trimestr trvá od 27. týdne těhotenství až do porodu. Plod prodělává v děloze rychlý vývoj, který se týká hlavně mozku. Ten se miminku v děloze výrazně zvětšuje a jeho vlnové spektrum ukazuje, že už reaguje na zvuky kolem sebe (Gregora, Velemínský, 2011, s. 68). Třetí trimestr je z hlediska psychického velice náročný. Matka si klade spoustu otázek, které jsou s blížícím se porodem čím dál častější. Mezi ně patří například: Zvládnou porod po psychické i fyzické stránce? Jaký bude personál, který se o nás bude starat? Bude dítě zdravé? Budu já zdravá? Jak poznám, že už je čas jet do porodnice? A co kojení, budu to umět? Budu mít dostatek mléka? Když bude plakat, poznám, co potřebuje, co ho bolí? A jaký bude asi táta, jak ho přijme, bude šťastný? (Špaňhelová, 2015, s. 19-20)

Další velkou psychickou i fyzickou zátěží v tomto období je vyrovnání se se svým novým zevnějškem. Žena je kulatější, obtížněji se jí hýbá, hůře spí a zadýchává se. V tomto období je velice důležitá podpora rodiny, přátel a hlavně partnera. Když před samotným koncem jejich miminko zemře, nastává prázdno. Žena se musí vrátit do práce, domů, do každodenního života bez dítěte. Často je toto období, pokud v něm žena přijde o své dítě, považováno za jedno z nejnáročnějších, nebolavějších a nejcitlivějších období v životě (Špaňhelová, 2015, s. 20).

Podle informací Českého statistického úřadu bylo v České republice v roce 2014 mrtvě narozených dětí 392. Často už když matky odjíždějí z domova, od gynekologa, lékaře do porodnice, tuší, že není něco v pořádku. Jsou neklidné, zmatené, nešťastné. Skoro žádná z nich si nepřipouští, že by její dítě mohlo mít nějaké zdravotní obtíže. Naopak některé už ve svém nitru ví, že jejich dítě zemřelo. Chtěly by zavřít oči a probudit se z tohoto hrozného snu, až bude po všem (Špaňhelová, 2015, s. 21).

2 Příčiny úmrtí plodu

Plodnost žen v České republice je jedna z nejnižších na světě, pohybuje se okolo 1,2-1,3 dítěte. Příčin je mnoho, například zvyšující se věk rodiček i prvorodiček a plánovitost rodičovství. Věk je velkým rizikovým faktorem, se kterým přibývají i další závažná onemocnění. Především se jedná o ženy s hypertenzí a diabetem. V otázce plánovitosti těhotenství se dnes vše mnohem důkladněji rozmýšlí. Narození dítěte je předem naplánované, ženy vědí přesně, kdy chtějí otěhotnět. Možná proto jsou nezdarý spojené s otěhotněním brány mnohem tragičtěji, než tomu bylo v minulosti (Binder, 2007, s. 61-64).

Rodiče mrtvého plodu často neshledávají uspokojivým žádné lékařské vysvětlení, ať už je však lékařství rozvinuté jakkoliv, dodnes toho o těhotenství a různých faktorech ovlivňujících těhotenství víme jen málo. Téměř u 50% mrtvě narozených dětí se v současnosti nezjistila ani po pitvě jasná příčina smrti. Toto číslo je tak veliké i přesto, že odborníci dokážou téměř přesně určit, proč dítě během těhotenství či porodních stahů zemřelo, avšak jaké děje předcházely úmrtí zjistit nelze. Stále do porodnic přichází velké množství těhotných s tzv. „tichem ozev“ a u těchto těhotenství se téměř nedá příčina úmrtí vysvětlit. Mnoha rodičům tak není možno smrt jejich dítěte objasnit, a tak tomu zřejmě i zůstane (Kohnerová, 2013, s. 216).

Jedná-li se o plod zemřelý v průběhu těhotenství, bývá plod macerován, to nazýváme tzv. mors intrauterina. Pokud došlo ke smrti plodu při porodu, obvykle k maceraci nedochází. Tyto případy jsou označovány odborně jako mors intrapartum. Riziko úmrtí plodu se zvyšuje vzhledem k blížícímu se termínu porodu a v jedné třetině případů se jedná o plody donošené. Důležité je podrobně vyhodnotit klinickou anamnézu a provést pitvu plodu, s tím souvisí i vyšetření placenty, plodových obalů a pupečníku (Navrátilová, 2013, s. 53).

2.1 Příčiny úmrtí plodu související s placentou

Komplikace v těhotenství mohou souviset s placentou. Tyto nedostatky jsou velmi závažnou příčinou mnoha komplikací při porodu. Placenta je důležitým spojovatelem mezi krevním oběhem matky a plodu, funguje také jako plíce, ledviny a střevo. Slouží k předávání kyslíku, živin a důležitých protilátek od matky a zároveň k předávání zplodin od plodu. Placentární dysfunkce mohou vzniknout, pokud placenta nefunguje dostatečně účinně či je nedostatečně vyvinutá. Tyto komplikace mohou být způsobené například vyšším krevním tlakem matky,

který způsobí nedostatečný přísun kyslíku a živin plodu, ten potom slábne a neroste. V nejzávažnějších případech, pokud není placenta schopna dopravit k plodu už ani nejmenší množství kyslíku, může tento stav způsobit až smrt plodu. Další komplikace mohou být: infarkt placenty, degenerativní změny placenty, předporodní krvácení, předčasné odlučování placenty, včestné lůžko, mola hydatidosa (Kohnerová, 2013, s. 222-228).

2.2 Příčiny úmrtí plodu související s dělohou

Dalšími komplikacemi jsou potíže týkající se dělohy, které mohou způsobit předčasný začátek děložních kontrakcí, obzvláště ve druhém trimestru těhotenství. Jinou komplikací může být nedostatečnost děložního hrdla, která způsobí předčasné otevírání děložního hrdla, a tak i předčasný porod či průnik infekce k plodovým obalům, a tak napadení plodu infekcí a jeho ohrožení. Mezi další komplikace v souvislosti s dělohou patří: děložní myomy, malformace dělohy (Kohnerová, 2013, s. 229-232).

2.3 Příčiny úmrtí plodu ze strany matky

Takovéto potíže mohou být způsobené například těhotenskou cholestázou, což je porucha jater, která se vyskytuje pouze v těhotenství. Tato porucha je charakterizována hromaděním žluči v játrech a následným průchodem do krevního řečiště. Matce tato porucha způsobuje intenzivní svědění kůže, tzv. pruritus, plodu však může ke konci těhotenství způsobit snížení přívodu kyslíku, a tak jeho hypoxii (Kohnerová, 2013, s. 233-243). Dalšími komplikacemi matky v souvislosti s těhotenstvím mohou být preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom, poruchy autoimunní povahy (lupus erythematosus, antifosfolipidový syndrom, některé poruchy štítné žlázy, trombofilní stavy), dále diabetes mellitus, epilepsie, vysoký krevní tlak, onemocnění ledvin, anémie, sepsis matky, kardiovaskulární a kardiopulmonální choroby, krvácení matky, polytraumata (např. autonehoda), malnutrice, životní a pracovní prostředí matky, abúzus léků a omamných látek a různé infekce postihující matku (Hájek, 2004, s. 443). Tyto infekce mohou způsobit organizmy, jež prostupují placentou, či organizmy vyvolávající předčasné porodní stahy (Kohnerová, 2013, s. 233-243). Významné jsou zejména bakteriální infekce genitálního traktu (GBS, Chlamydie, Ureaplasma, Mykoplasma, bakteriální vaginosa), dále virové infekce, Cytomegalovirus (podílí se na úmrtí asi 1 %), Parvovirus B19 (tento virus má příčinu na rozvoji hydrópu plodu a podílí se

na antenatální úmrtnosti asi 10%), a dále také antropozoonózy (toxoplasmóza, brucelóza, listerióza atd.) (Hájek, 2004, s. 443).

2.4 Příčiny úmrtí ze strany plodu

Tak jako může mít nastávající matka nějaká onemocnění, může i plod trpět vývojovými vadami či onemocněními. Jedná se zejména o chromozomové aberace, defekty neurální trubice, hydrocefalus, fetální erytroblastózu, hydrops plodu, vrozené srdeční vady, vrozenou brániční kýlu či jiné vrozené potíže (Kohnerová, 2013, s. 255- 278).

2.5 Příčiny úmrtí za porodu

Komplikace za porodu nejsou tak časté, jelikož většinou plod umírá, ještě než se dostaví porodní stahy. Pokud je ale plod náhle odříznut od přísunu kyslíku, ať už je to při předčasném odlučování placenty, výhřezu pupečníku, uzlu na pupečníku, či při pupečníku omotaném kolem krku plodu, může dítě zemřít během porodních kontrakcí. Dalšími příčinami úmrtí plodu při porodu mohou být nitroděložní hypoxie, vdechnutí smolky, či nedýchání dítěte.

3 Diagnostika

Diagnózu mrtvého plodu může lékař stanovit na základě objektivních a subjektivních příznaků. Subjektivními příznaky jsou: ochablost napětí prsů, únava, subfebrilie, změna vnímání intenzity a frekvence pohybů plodu, či jejich úplné vymizení. Mezi další patří též výtok, krvácení, kontrakce. Objektivními příznaky jsou: vymizení ozev plodu stetoskopem, ultrazvukem, ultrazvukem s Dopplerovským snímačem, kardiokografem (Čech, 2006, s. 356).

Z těchto vyšetření je nejdůležitější ultrazvuk, který prokáže asystolii a dilataci srdce. Pokud je mrtvý plod v dutině děložní déle než 7 dnů, můžeme na UZ vyšetření prokázat střechovité překrytí lebních kostí, tzv. Spaldingovo znamení (Hájek, 2004, s. 374), pokud od odumření plodu uplyne delší doba, můžeme pomocí UZ vyšetření pozorovat v podkoží plodu hyperechogenní kroužek, který se vytvoří vlivem autolytických procesů (Binder, 2007, s. 62).

Při úmrtí plodu je poškozena uteroplacentární bariéra a může docházet k průnikům tromboplastických částic do krevního oběhu matky. Tyto změny vedou k aktivaci prokoagulačních faktorů a postupné spotřebě fibrinogenu a vychytávání krevních destiček. Vytvořené mikrotromby ucpávají terminální řečiště. Takto dochází k rozvoji DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie). Dalším velmi závažným rizikem pro těhotnou je rozvoj infekce plodového vejce. U urgentních stavů, úrazů s masivní abrupcí placenty je ohrožení matky bezprostřední a těhotenství se ukončuje naléhavým císařským řezem. To je ojedinělý případ, kdy se provádí císařský řez při diagnóze mrtvého plodu (Binder, 2007, s. 63). Pokud je diagnostikován mrtvý plod, je nutné těhotnou okamžitě hospitalizovat. Dále je potřeba vyšetřit krevní hodnoty, jako jsou: krevní obraz, C- reaktivní protein, komplexní hemokoagulační a hematologické vyšetření krve. Krevní vyšetření je třeba po 12 hodinách zopakovat a nařídít antikoagulační a protizánětlivou léčbu (Hájek, 2004, s. 394).

Sdělit těhotné ženě, že její miminko v děloze už nežije, je velmi delikátní záležitostí. V takovéto situaci je důležité dodržet všechny zákony etiky. Dobrý výběr místa, času, i toho jak a kým je tato informace sdělena. K takto závažné diagnóze by měl být zavolán jeden z vedoucích lékařů na pracovišti, který by také diagnózu měl sdělit. Pokud není přítomen, smutnou zprávu oznámí ošetřující lékař. Pokud ženu doprovází partner, i ten by měl být přítomen u sdělení diagnózy (Binder, 2007, s. 62). Po sdělení diagnózy by měla žena i partner dostat prostor pro projevení negativních emocí, hněv, pláč, křik (Veglářová, Mahrová, 2006,

s. 119). Počet ošetřujícího personálu starajícího se o těhotnou by měl být co nejmenší (Binder, 2007, s. 62).

4 Vedení porodu mrtvého plodu

Před zahájením porodu je velmi důležité pro ženu vyčlenit speciální místo na porodním sále, kde bude moci v tichosti a o samotě porodit. Místo, kde nebude spolu s ostatními rodičími ženami a pokud je to možné, kde také neuslyší pláč narozených dětí. Totéž platí i o poporodním pokoji. Pokud je to v dané porodnici možné, měla by se o ženu starat pouze jedna porodní asistentka a jeden lékař. Porodní asistentka dokáže navázat se ženou vztah, být empatická a pro rodičí ženu bude snazší tuto chvíli vnímat. Důležitý je také výběr správného člověka, který bude u porodu přítomen. Není dobré, aby u porodu asistovala porodní asistentka či lékař, kteří jsou nějak podobnou situací zatíženi. Mohlo by dojít k otevření ran a přenosu negativních emocí mezi personálem a rodičí ženou. Důležitou roli nehraje jenom ošetřující personál, ale celý kolektiv. Je potřeba být k sobě navzájem empatický, podporovat se a pomáhat si (Špaňhelová, 2015, s. 50).

4.1 Ošetřovatelská péče o ženu před porodem mrtvého plodu

Velmi důležitou věcí, kterou je třeba naplánovat ještě před samotným porodem, je rozloučení se s miminkem. Porodní asistentka by měla těhotné vysvětlit důležitost rozloučení se s miminkem pro další proces truchlení. V žádném případě by se však na ženu nemělo tlačit, spíše sdělit jí, jaké jsou možnosti a nechat ji rozhodnout. Své rozhodnutí však může kdykoliv v průběhu porodu změnit, což je akceptováno (Ratislavová, 2008, s. 76). Během těch devíti měsíců těhotenství si rodiče své miminko představují, říkají si, jaké asi bude a co ho všechno naučí. Je důležité si uvědomit, že při úmrtí novorozence jde tedy o odlišnou situaci, než když zemře někdo, kdo již žil mezi námi (Sobotková a kol., 1999, s. 169).

4.2 Ošetřovatelská péče o ženu při porodu mrtvého plodu

Psychicky velmi traumatizujícím obdobím pro těhotnou je doba mezi sdělením diagnózy a samotným porodem mrtvého plodu. Přechávaní momentů s mrtvým plodem v těle v ženě vyvolává spoustu obav a otázek. Mohou se objevit pocity úzkosti, deprese. Může se přidat také nervozita a obava o své vlastní zdraví. Okamžitě po zjištění diagnózy mrtvého plodu se těhotná hospitalizuje. Jak bylo zmíněno výše, odeberou se jí krevní hodnoty. Ke zklidnění jsou jí aplikovány trankvilizéry (diazepam), nebo je také možné podat antidepressiva (haloperidol). Jako prevenci rozvoje DIC se těhotné aplikuje nízkomolekulární heparin

v dávce odpovídající váze. Kvůli možnému rozvoji septického šoku se dávkují antibiotika i. v. Podle vaginálního nálezu se zvolí možnost indukce, buď infuzí s oxytocinem, nebo intracervikální aplikací prostaglandinů. Ihned po nástupu děložních kontrakcí jsou ženě doporučeny látky tišící bolest. Zcela doporučenou metodou tišení bolesti je v tomto případě epidurální analgezie (Binder, 2007, s. 62 -63). Během porodu mrtvého plodu je nutné ženu povzbuzovat, oceňovat a chválit za její práci na porodu, naslouchat jejím obavám, pochybnostem, pocitům a akceptovat je. Doprovod, většinou otec dítěte, je oceňován za svou podporu, pomoc a účast. Hlavně by nemělo docházet k hodnocení či kritice (Takács, 2015, s. 147).

Pokud žena při porodu chce křičet, zpívat, plakat, mělo by jí to být dovoleno. Od porodní asistentky se očekává, že bude ženě po celý porod nablízku, bude jí srozumitelně říkat, co má dělat. V kritických situacích jí chytne za ruku, pohladí, dodá odvahy. Dle Ratislavové (2014, s. 11) existuje několik pravidel, kterými by se měla řídit každá porodní asistentka rodící mrtvý plod: Poskytnout ženě co nejvíce informací o průběhu porodu, tlumení bolesti, poté i rituálech rozloučení s miminkem. Ženě vždy nabídnout přítomnost blízké osoby. Být pozorná k vyřčeným i nevyřčeným potřebám ženy. Ptát se, nepředpokládat. Být empatická, vlídná, klidná. Povzbuzovat ženu gesty, činy, které by vyjadřovaly k ženě či oběma rodičům úctu a respekt. Poskytnout podrobné informace celému kolektivu porodních asistentek. Označit pokoj, kde se odehrává tato smutná chvíle, aby nedocházelo k omylům. Chválit ženu a ocenit, jak je statečná.

Po porodu mrtvě rozeného plodu není slyšet pláč, jen ticho. V této situaci je důležité dítě rodičům ukázat. Jejich představy o jeho podobě se v tu chvíli zhmotní. Jejich dítě je skutečné. Musíme se však nejdříve přesvědčit, že novorozence je možné rodičům ukázat. Většinou u pokročilých stadií macerace není tělíčko už v takovém stavu, aby to rodiče ustáli. Tak tomu může být i u některých vrozených vývojových vad. V těchto případech je lepší, když novorozenec zůstane pouze v představách. Než je miminko rodičům ukázáno, je důležité jej omýt, ošetřit, obléci a zabalit do peřinky. Miminko je a bude jejich dítětem navždy, a proto jej chtějí vidět, dát mu pusku a říci mu sbohem (Magyarová, 2006, s. 140-145).

4.3 Ošetřovatelská péče o ženu po porodu mrtvého plodu

Z výzkumů je dokázáno, že rodiče, kteří mají na své mrtvorozené dítě nějakou upomínku, se vyrovnávají s jeho ztrátou lépe. Jako upomínka na mrtvě narozené dítě se pořizují např. snímky z ultrazvuku, kardiokografické záznamy, identifikační náramek, fotografie, oblečení, v němž bylo mrtvorozeně po porodu oblečeno (Lasker, Toedter, 1994, s. 313-320). Některé nemocnice nabízejí jako památku a uctění dítěte např.: certifikát o narození nebo otisk nožičky či ručičky mrtvého novorozence (Štembera, 2003, s. 138). Mnoho kultur považuje za důležitý výběr rituálů a symbolů, atmosféry, osvětlení, hudby či zpěvu. Pro porod mrtvého dítěte je vhodný porodní sál umístěný někde stranou od ostatních porodních sálů. Místnost může mít zvláštní tlumené osvětlení či může být vyzdobena náboženskými předměty. Je také velmi důležité, aby všichni personál věděl o přítomnosti rodící ženy na tomto sále. Neměla by být nikým zbytečně vyrušována. Pokud si to truchlící pár žádá, mělo by být možné přivolat i psychologa, sociálního pracovníka či duchovního.

4.4 Péče o ženu po porodu mrtvého plodu na standardním oddělení

Po porodu mrtvého plodu je nejlepším řešením ženu uložit na jiné oddělení, než je oddělení šestinedělí, kde jsou uloženy matky i se svými dětmi. Obvykle tak je žena uložena na standardní gynekologické oddělení. Velmi žádoucí je dovolit rodině, aby ženu navštěvovali, jak si přejí, či aby partner zůstal s ženou přes noc. Ve většině případů chce pár opustit nemocnici v co nejkratší době od porodu, aby mohli svůj smutek prožívat v klidu v domácím prostředí. Po porodu mrtvého plodu se žena ošetřuje jako po standardním porodu. Kontroluje se celkový stav, fyziologické funkce, zavinování dělohy, krvácení, očištění, hojení porodního poranění, péče o vyprazdňování, prevence možných komplikací...). Specifickou péčí po porodu mrtvého plodu je zástava laktace a také edukace v péči o prsy, kterou provede porodní asistentka na standardním oddělení (Ratislavová, 2015, s. 49). Během pobytu na standardním oddělení by ještě žena a partner měli být informováni o nutnosti rozhodnout se ohledně pohřbu dítěte do 96 hodin od vydání *Listu o prohlídce zemřelého*. Měli by též dostat informace o matrice, o úmrtním listu, rodičovské dovolené, nutnosti pitvy či o jejím odmítnutí, o zákonech a jiných formalitách týkajících se úmrtí dítěte. Před propuštěním by rodiče měli dostat kontakt na různá centra, sdružení zabývající se jejich problémem (Takács, 2015, s. 147).

5 Psychosociální přijetí ztráty

Ztráta dítěte je jednou z nejnáročnějších situací v životě daného člověka. Čím je žena v pokročilejším stadiu těhotenství, tím hůře se se ztrátou vyrovnává. Z psychologického hlediska se v takovém případě může mluvit o mimořádně krizové situaci. Ta postihuje především matku, ale i ostatní členy rodiny. Mezi nejnáročnější momenty můžeme zařadit sdělení informace o úmrtí plodu, porod/potrat mrtvého plodu, dobu navazující (Takács, 2015, s. 141). Kastová (2010, s. 167) nazvala první okamžiky ztráty momentem, kdy je naše lidská existence naprosto pohlcena. Žena i její partner prožívají obrovský otřes, který se dotýká jich samých a základů jejich existence. Hroubí se jim jejich dosavadní život, pohled na svět i na ně samé. Tato situace je velmi vypjatá nejen pro rodiče zemřelého dítěte, ale také pro samotný zdravotnický personál, který musí zachovat profesionální přístup a o matku se co nejlépe postarat. Úmrtí dítěte taktéž poukazuje na kvalitu perinatální péče, a tak vyvstává otázka, zda se nedalo ztrátě nějak zabránit (Takács, 2015, s. 141).

Dle Kastové (2010, s. 167) je nejdůležitějším krokem ke změně empatický přístup ke klientovi. To považuje za zásadní a nejdůležitější krok z krize. Dle autorky je u člověka v krizi důležité pracovat na mechanismech zvládnání, teda zaměřit se na obranu proti krizi.

5.1 Krizové stavy v souvislosti se ztrátou

Dle Kastové (2010, s. 167) je pro krizi charakteristické, že se člověk ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problému a možnostmi zvládnání, které má k dispozici. Halík (2009, s. 44) tvrdí, že člověk by neměl vidět krize pouze jako negativní situaci. Krize jsou přirozenými průvodci života, jsou příležitostmi k osobnímu růstu a zrání.

V životě každého člověka vyvolá mimořádná událost řadu specifických potřeb. Většina z těchto potřeb je praktických, některé jsou duševní a jiné duchovní. Při uspořádání těchto potřeb budeme vycházet z Maslowovy pyramidy potřeb (viz příloha A). Maslow stanovil na první místo potřeby základní, fyziologické (ošetření, bezpečí), až po naplnění těchto potřeb můžeme postoupit dále. Dalšími jsou potřeba bezpečí, blízkosti a akceptace, úcty k sobě samému a svému problému. Na konec je kladena růstová potřeba transcendence, pomoc začlenit problém do běžného života a žít s ním dál (Vymětal, 2009, s. 70).

V takovýchto psychicky náročných situacích se většinou aktivují obranné mechanismy, jako je například disociace. Při disociaci dochází k postupnému vytěsnění traumatických myšlenek

z našeho vědomí a ty nejsou nadále pro naši mysl dostupné. V návaznosti na disociaci a vytěsnění negativních myšlenek dochází k amnézii různého stupně. Mohou se začít vytrácet i přirozené fyzické a psychické reakce organismu, takže dotyční neprojevují žádné emoce, s nikým nekomunikují, případně nekladou žádné otázky a všemu se bez jakýchkoliv okolků podřizují. Obranným mechanismem může být i přesunutí pozornosti na jiné, nezbytné detaily, můžeme tak nabýt dojmu, že je jim nastalá situace zcela lhostejná. Z některých rozhovorů vyplynulo, že ženy měly pocit, jakoby se to všechno zlé nedělo jim, jakoby to byl sen (Takács, 2015, s. 141).

V důsledku velkého stresu se může objevit zhoršená schopnost komunikace, rozhodování, ale též zmatenost a neporozumění svému chování. Velmi běžnými reakcemi jsou vztek, podrážděnost, úzkost, impulzivita, iracionální myšlení (útěk z nemocnice), záchvaty pláče a poruchy spánku. Ženy také popisují panické změny chování, neschopnost soustředění na jednu myšlenku, těkavost, časovou zmatenost. Je nutné, aby zdravotnický tým měl s tímto abnormálním chováním trpělivost a pochopení, jinak by mohlo dojít k prohloubení, zvýraznění, zhoršení a prodloužení těchto negativních reakcí (Takács, 2015, s. 142).

U žen se velmi často projevují pocity viny. Zvláště pak, pokud žena v minulosti již potrat či umělé přerušování prodělala. Velké pocity viny se objevují i u žen, které daly přednost kariéře před rodinou. Považují ztrátu dítěte za trest (Takács, 2015, s. 142).

Dle Kastové (2010, s. 167) bývá ztráta hlavním spouštěcím momentem krize. Pokud člověk ztratí sobě blízkou osobu, jedná se o mimořádnou krizi. Závažnost takové krize se odvíjí od vztahu, který jsme k osobě měli, a od její role, kterou hrála nebo hrát měla v životě truchlících. Truchlení se potom stává procesem, který pomáhá překonat krizi. Tento proces by měl posílit naše sebevědomí a obohatit nás o porozumění sám sobě.

6 Projevy smutku

Prožívat emoce v zátěžových situacích je velmi přínosné a je důležité je ventilovat. Ze strany zdravotnického pracovníka je žádoucí tyto emoce pochopit a pracovat s nimi tím, že na ně správně zareagujeme a tím ženě pomůžeme se posunout dál (Vodáčková, 2012, s. 115).

Pláč. Pláč malého dítěte většinou znamená bolest, nepohodlí, hlad, osamělost, příliš intenzivní podnět, nedostatek podnětů, frustraci. U dospělého člověka nemusí být pláč jen voláním o pomoc, může znamenat hluboký zármutek, fyzickou, či psychickou bolest, ale někdy i štěstí. Pláčem se z těla doslova odplavuje napětí, negativní a stresové emoce. Pokud se setkáme s plačící ženou, neměli bychom jí hned nabízet kapesník. Měli bychom jí dát prostor se vyplakat a spíše jí konejšit slovy: „*Tady se může plakat*“ (Vodáčková, 2012, s. 116).

Strach a úzkost. S těmito emocemi se v zátěžových situacích setkáváme velmi často, abychom tyto projevy dobře rozpoznali, měli bychom sledovat i neverbální a paraverbální projevy. Jedná se například o vyděšení, dotyčný může ztuhnout a nehýbat se či mlčet. Dalším projevem je tichá a ustrašená řeč, šepot, tento projev se může jevit jako zneviditelnění, snaha schovat se, utéci. Dále se můžeme setkat s křikem, který evokuje pocit ten hrozný strach překřičet. V neposlední řadě se může objevit zrychlená mluva, či nutkání mluvit. Toto jednání může působit jako vzdálení se z ohrožující situace či zaútočení (Vodáčková, 2012, s. 119).

Panická úzkost se objevuje v situacích, kdy dotyčný trpí návalem úzkosti. Je doslova roztržštěn, nenachází záchytné body, na které by se mohl soustředit. V takovýchto situacích vidíme člověka zmateného, těkajícího z místa na místo, jeho chování může být neúčelné či zmatené (Vodáčková, 2012, s. 121).

Hněv a vztek. Hněv je velmi důležitou lidskou emoci, která nám pomáhá vzchopit se proti nebezpečí, překonávat překážky, stanovit hranice, cítit vlastní individualitu. Rozhněvaný, či vzteklý člověk může o svém hněvu mluvit. Může křičet, dupat, nadávat na všechny, na celý svět, může nadávat i nám. Někdy může být hněv spojen s fyzickou bolestí (Vodáčková, 2012, s. 123).

7 Důležitost rozloučení

Před odchodem rodičů z nemocnice by se měla naplánovat další schůzka v nemocnici, asi 4-6 týdnů od smrti plodu. Na této schůzce by měli mít rodiče možnost projít si výsledky pitvy a popřípadě klást lékařům otázky, které je zajímají (Kohnerová, 2013, s. 74).

Rodičům by měly být sděleny jasné výsledky příčiny úmrtí, i pokud příčina úmrtí není zatím objasněna patologem. Lékař by měl co nejlépe a nejšetrněji rodičům vysvětlit, co už bylo zjištěno a co se ještě zatím zjistit nepodařilo. Podání informací je velice důležité, záleží nejen na obsahu poskytovaných informací, ale také na způsobu informování. Rodiče mohou být rozrušení, neklidní, nemusí informace pochopit. Obecně platí, že pravda bolí, ale některé rodiče může mnohem více bolet, pokud se jim informace zamlčují (Kohnerová, 2013, s. 116).

Sdělování takto citlivých informací je těžké, proto je k tomu potřeba přizpůsobit prostředí i hledat vhodná slova. Rodiče by měli mluvit s lékařem, se kterým se již setkali, či s primářem oddělení. Mělo by to být na klidném místě, kde je nikdo nebude rušit. Lékař by měl volit taková slova, jakým laik porozumí, a pokud rodiče něčemu nebudou rozumět, měl by se k tomu vrátit a zkusit to vysvětlit jinak (Kohnerová, 2013, s. 77).

Informace, jež rodiče potřebují vědět, jsou, kde, jak a jak dlouho bude jejich dítě uloženo. Na koho se mohou obrátit, pokud budou chtít své zemřelé dítě ještě jednou vidět. Zda mohou své dítě vzít na chvíli domů, obléci ho, vykoupat, nechat mu u sebe hračku. Jaké vzpomínkové věci si mohou pořídit- fotku, pramínek vlasů, otisk ručičky, nožičky, snímek z ultrazvuku, kardiografický záznam. Jestli mohou dítě pohřbít. Důležitá je i otázka, jak a proč jejich dítě zemřelo. Při rozhovoru se sdělí též informace o pitvě, včetně toho, jestli bude možno uchovat a použít tkáň a orgány. Měl by být vydán také předpis léků na zástavu laktace a otevřena by měla být prognóza dalšího těhotenství. Rodiče by měli dostat kontakt na podpůrné organizace a jejich služby (Kohnerová, 2013, s. 77).

Pohřeb je pro rodiče velmi důležitou fází rozloučení se s jejich mrtvým dítětem. Mnoho rodičů říká, že se takto ještě více se svým dítětem sžili. Dítě má svůj vlastní hrob, urnu, či místo, kde je rozprášeno. Rodiče se mají, kam přijít vyplakat, popovídat si, zavzpomínat. Tento rituál je pro ně velice důležitý, jedná se o jakési rozloučení, rituál ukončení (Špaňhelová, 2015, s. 64).

Špatenková (2006, s. 43-144) uvádí mýty, které komplikují proces truchlení při úmrtí novorozence. Prvním mylným údajem může být fakt, že pohřeb jen znovu připomíná

a oživuje tragédii. Faktem je, že pohřeb je oficiálním rituálem rozloučení se s někým blízkým, s někým, koho jsme ztratili. Dalším omylem může být: „*Pohřbívat mrtvě narozené dítě nebo novorozeně je nesmysl.*“ Pokud se i takto mrtvě narozené děti nepohřbí, mohou si později rodiče klást otázky: Kam se jejich dítě podělo? Co se s ním stalo? Dále se můžeme zamyslet nad větou: „*Kondolence je zbytečná, stejně truchlící matka nic nevnímá.*“ Kondolence patří k procesu truchlení. Vyjádření, jsme tady s Vámi. Můžete se na nás obrátit. Dalším milníkem může být věta, že: „*Sdílení tragédie s jinými lidmi napomáhá zotavení.*“ Možnost svěřit svoji tragédií je součástí vyrovnání se se smutkem. Člověk může být obklopen spoustou lidí, a přesto se cítit sám. „*Není vhodné mluvit s matkou o jejím mrtvém dítěti.*“ Není to vhodné, pouze pokud o to truchlící matka nestojí. Pokud se chce svěřit, vypovídat se ze svého smutku, ulevit si, měli bychom ji vyslechnout a popovídat si.

8 Truchlení

Zármutek a truchlení je pro každého člověka něco velice osobního, často je člověk velmi osamělý. Jen truchlící osoby si sami uvědomují, co ztratili a co pro ně dotyčný znamenal, a jen s velkými obtížemi dokážou svůj zármutek a s ním spojené pocity někomu interpretovat. Někdo to nedokáže vůbec. Často jsou lidé na svůj zármutek úplně sami, jelikož ani osoby jim nejbližší nedokážou jejich zármutek pochopit. Většinou si sami ani nedokážeme představit, co druzí prožívají, dokud se nám něco podobného nestane. Jak hluboký a zničující dokáže být žal a zármutek uvnitř nás. Smutek se může stát nekonečný, nesnesitelný. Truchlící lidé si často kladou otázku, zda je jejich smutek a myšlenky s ním spojené ještě v normálních mezích a kdy se konečně ten nesnesitelný smutek stane snesitelným (Kohnerová, 2013, s. 94).

Většina rodičů nikdy nezapomene na smrt svého dítěte a na všechno, co s ní souviselo. Často si přehrávají vzpomínky pořád a pořád dokola, vybavují si jednotlivé detaily, které se při této smutné události odehrávaly. Jednotlivé vzpomínky na to, co kdo řekl, udělal, jim může vyvolat zrakový, čichový či sluchový vjem. Během následujících týdnů plných truchlení využívají tyto vzpomínky k tomu, aby se mohli k této smutné události opakovaně vracet a dát tak průchod svým citům. Je to považováno za součást truchlení. Někteří truchlící o svých pocitech hovoří, jiní si je zapisují či přehrávají v paměti (Kohnerová, 2013, s. 61).

Vzpomínky na jejich mrtvé dítě jsou často podbarveny stínem, který na ně vrhla samotná nemocnice, oddělení a hlavně personál. Pokud si rodiče v rámci svého truchlení vybaví milý a ochotný personál, budou jejich vzpomínky příjemnější. Pokud však budou z nemocnice odcházet s negativními vzpomínkami a pokaždé, když si vybaví svoje mrtvé dítě, vybaví si i špatné zacházení či nevhodná slova personálu, může to negativně ovlivnit celý průběh truchlení. Citlivá péče a šetrné zacházení nemůže pozůstalé zbavit jejich smutku a bolesti. Může jim však hezkým zacházením pomoci změnit způsob, jímž je jejich ztráta pocíťována, učinit tak jejich ztrátu snesitelnější. Může to také znamenat, že rodiče najdou vedle bolestivých vzpomínek i ty hezké, vzpomínky na lidskou laskavost, zájem, porozumění a pocit, že v tom nejsou sami (Kohnerová, 2013, s. 64).

Vyjádřit úctu a sdílet s nimi jejich smutek znamená vnímat a docenit závažnost nastalé chvíle a ztráty, která rodiče postihla. Může to také vyjadřovat péči o rodiče jako o lidské bytosti a citlivé reagování na jejich individuální potřeby. Odborný personál by měl rodičům poskytnout prostor pro vyjádření vlastního názoru, aniž by se báli, že je někdo bude za jejich názory a přání odsuzovat. Měli by mít pocit, že jim bude ve všem v největší míře vyhověno.

Rodiče však vždy nejsou schopni svůj názor vyjádřit. V návalu duševního otřesu, rozrušení mohou být i zmatení rychlým spádem událostí, často se pozůstali ještě nikdy se smrtí nesetkali. V těchto situacích je potřeba, aby sloužící nemocniční personál s nimi nastalou situaci znovu prošel, prodiskutoval, naznačil možnosti a pomohl jim rozhodnout se. Někdy je zapotřebí jenom čas. Mnoho rodičů by v takovéto situaci mohlo pociťovat dlouhodobou lítost, protože druhou šanci k vyjádření všeho, co chtěli, či nechtěli, už nedostali. Projevem úcty je i citlivé zacházení s plodem. Rodiče určitě uvítají, když uvidí, že personál s dítětem zachází, jako by bylo živé. Oslovuje ho jménem, které rodiče vybrali. To je pro pozůstalé rodiče důležité a cení si toho. Zcela zásadní je, aby bylo rodičům umožněno spolurozhodovat o všem, co se jejich dítěte týká. Jejich rozhodnutí by měla být v celé své míře respektována. Měli by mít možnost rozhodovat o úkonech, jež se týkají jejich dítěte, a případně i účastnit se na péči o mrtvé tělíčko (např. koupání a oblékání). Někdy může rodičům pomoci jen obyčejné „je mi to líto“ a ví, že v tom nejsou sami. Personál tak projeví účast na této smutné situaci (Kohnerová, 2013, s. 72).

Nemocniční personál může mít někdy potřebu ušetřit rodiče jejich bolesti tím, že za ně přebírá iniciativu a některá rozhodnutí. Avšak tím, že se nemocniční personál bude snažit o všechno starat sám, ochuzuje rodiče o zkušenosti se smrtí jejich dítěte. Tato situace je sice velice bolestivá, ale rodiče se jí potřebují účastnit. Potřebují si ji „prožít“. Prožít si ji, jak oni sami uznají za vhodné. Z psychologického hlediska, rodiče budou mít možnost prožít si tuto událost, pokud je zapojíme do dění. Někdy se jim to celé může zdát jako zlý sen a tím, že se toho budou aktivně účastnit, pochopí, že všechno bylo jejich rozhodnutí a to je správné. Bude to realita (Kohnerová, 2013, s. 71).

8.1 Fáze truchlení

Truchlení je přirozený proces, který je v hlavních bodech stejný u všech truchlících lidí. U někoho však k zahájení truchlení vůbec nemusí dojít, anebo může být proces předčasně ukončen. Rozdíly ve vnímání zátěže obvykle souvisí se zkušenostmi z podobných situací. Velice záleží na tom, jak moc se žena i celá její rodina sblížila s plodem a jaký si k němu vytvořili vztah. Pakliže nemohou rodiče své dítě vidět, držet ho v náručí, dotýkat se ho, starat se o něj, rozhodovat o něm, těžko se s ním loučí a jejich fáze truchlení a loučení může být velmi vážně narušena (Takács, 2015, s. 142).

Pokud postižený dokáže projít procesem truchlení, velmi mu to pomůže vyznat se ve svých citech a bude odolnější vůči krizím. Když však projít celým procesem truchlení nezvládne, může se u něj zpravidla v odstupu několika měsíců objevit úzkost, neúnosné pocity viny a výčitky svědomí, což může způsobit rozvrat celé osobnosti (Takács, 2015, s. 142). Truchlení je celistvou psychologickou, sociální a somatickou reakcí na ztrátu. Špatenková (2011, s. 69) uvádí, že tato reakce se nejčastěji projevuje konfliktní záplavou různorodých emocí, jako například smutkem, zármutkem, žalem, obavami, které mohou způsobovat nejistotu, ale i otázky smyslu života a vlastní existence. Přijít může též hněv, vztek a agrese, pocit viny, pocit opuštěnosti. Dále somatická, tělesná postižení (nechutenství, vyčerpání...), neuspořádanost denního řádu, běžného života. Impulzní, chaotické jednání. Pohlcení představami o zemřelém dítěti, ale i vyhýbání se sociálním kontaktům.

8.1.1 První fáze truchlení

První fáze, kterou je popření, může začínat slovy: „*To přece nemůže být pravda*“, dotyčný se chová, jakoby se nejednalo o realitu. Tato fáze by měla trvat nejdéle do pohřbu. „*Potřebovala jsem slyšet, že se spletli a že moje miminko je zdravé a narodí se v pořádku.*“; „*Dlouho mi trvalo, než mi došlo, že se to opravdu týká nás, mého dítěte, že je konec...*“ (Takács, 2015, s. 143). Na rozdíl od Kastové (2000), uvádí Špaňhelová (2015, s. 67), že první fází truchlení je šok. Šok je reakcí na náhle nastalou situaci. Je to reakce často spojená s otřesem z prožitku vidění svého mrtvě narozeného dítěte. V tuto chvíli je zapotřebí podpory zdravotnického týmu, který je přítomen. Když je matka po porodu ošetřena, měla by dostat možnost dítě vidět, pochovat si ho (Špaňhelová, 2015, 67).

8.1.2 Druhá fáze truchlení

V další fázi se dle Kastové (2000) objevuje bolest, hněv, vztek, agrese. Může se ukázat také radost, pocity viny. Velmi častý bývá neklid, poruchy spánku a zvýšená náchylnost k infekčním onemocněním. Tímto emočně vypjatým obdobím je potřeba si projít, vydržet ho a ventilovat ho. Špaňhelová (2015, s. 67) uvádí jako druhou fázi popření a útěk. V této fázi se často mohou objevit projevy, kdy rodiče hledají viníky. Obviňují Boha, zdravotníky, sebe, partnera, všechny kolem sebe. Kladou si otázky: „*Proč zrovna já?*“. Většina rodičů ve své rodičovské roli přejímá i roli ochranitelů. Mají pocit, že museli někde selhat, protože dítě nedokázali ochránit. Žena může začít nenávidět své tělo, protože má pocit, že selhalo. Rodiče

začnou o sobě pochybovat, podceňovat se. Kladou si otázky, co měli udělat jinak. Tyto výčitky mohou být často až nesmyslné (kdybych nepila kávu, kdybych nechodila na procházky...). Žena může také změnit svůj pohled na ostatní matky, které třeba nedodrží v těhotenství zdravou životosprávu nebo ženy, které nechají své dítě někde brečet. V takovýchto situacích by měl ženě někdo pomoci nastavit zrcadlo, projevit empatii a říci: „To je naprosto přirozené, že jsi na ostatní mámy našťvaná, protože ony mají to, co ty jsi si tak moc přála. Ony ale za nic nemohou. Neboj se pracovat se svým smutkem, vztekem, nepřenášej ho na ostatní, je to přeci tvůj vztek.“ Je zapotřebí, aby se zapojili i rodinní příslušníci a pomohli ve vyjádření pocitů, měli by se snažit najít způsob, jak vztek a smutek dostat z těla.

8.1.3 Třetí fáze truchlení

Fáze hledání, nacházení a odpoutání je další fází v procesu vyrovnávání se se ztrátou. V této fázi rodiče prožívají velmi silné emoce, často se jim o jejich dítěti zdá. Mohou se vracet na místa spojená s mrtvým dítětem (Takács, 2015, s. 143). Jde o velmi silné pocity, kdy se může zdát, že se srdce žalem snad roztrhne. Je dobré, aby se rodiče smutku postavili čelem, je třeba to vyslovit: „*Jsem teď smutný, protože nám zemřelo miminko*“. Je důležité se vyplakat a u smutku i nějakou dobu zůstat a věnovat se mu. Někteří rodiče uvádějí, že možnost truchlit, plakat je jakýmsi procesem očištění. Je to proces, který má otevřený konec. Truchlení může být provázeno psychickými symptomy - celkovou podrážděností, větším strachem, neklidem, pocitem beznaděje, úzkostí a zmatkem. Fyzické symptomy se mohou projevat větší unaveností, stažením v hrdle, ztrátou chuti k jídlu, bušením srdce, dušností. Mohou se dostavovat záchvaty pláče. Žena může pociťovat prázdnotu v břiše. Symptomy v rovině myšlení mohou způsobit jakousi dezorientaci. Rodiče hledají své dítě, volají jej zpět. Může se také stát, že se rodiče izolují od svého okolí, od přátel. Mívají též špatné až depresivní myšlenky (Špaňhelová, 2015, s. 69).

8.1.4 Čtvrtá fáze truchlení

Fáze nového vztahu k sobě a ke světu. V této fázi by mělo dojít k přijetí ztráty. Teprve poté, když člověk přijme ztrátu, je schopen odložit bolest, kterou pociťuje, a může se začít pouštět do nových vztahů. Na mysli však pořád zůstává jakási obava z toho, že se podobná situace bude opakovat a rodiče budou muset znovu prožívat tyto strastiplné chvíle (Takács, 2015,

s. 143). Ženě může velice pomoci, pokud je porod veden šetrně nejen po stránce lékařské, ale také po stránce lidské a psychické. Pokud má možnost rozloučit se s mrtvým miminkem, dostane se jí odpovědi na všechny otázky, které má. V krátkém časovém úseku po porodu je jí nabídnuta pomoc psychologa. Může si otevřeně popovídat o prožívaném smutku s partnerem, nadále si mohou být sobě navzájem oporou a říci si, že se mají rádi (Špaňhelová, 2015, s. 73).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato část diplomové práce je zaměřena na zjištění, jaké služby nabízejí nemocnice pozůstalým rodičům.

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Jaké informace nabízejí porodnice pozůstalým rodičům mrtvě rozeného dítěte?

Výzkumná otázka č. 2

Jakou pomoc nabízejí porodnice pozůstalým rodičům bezprostředně po porodu na porodním sále?

Výzkumná otázka č. 3

Mají oslovené porodnice vypracovaný standard, jak postupovat po porodu mrtvého plodu?

9 Metodika

9.1 Výzkumná metoda

V diplomové práci byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření pomocí dotazníků. Dotazník byl postupně konzultován s PhDr. Marií Mackovou, PhD. a následovně byly se dvěma vrchními sestrami realizovány dva pilotážní, průzkumné dotazníky. Vrchní sestry se se mnou bavily o daném tématu a pomohly mi upravit dotazník. Na základě jejich poznatků jsem dotazník doplnila o otázku číslo 20: Je rodičům doporučeno nějaké sdružení v okolí jejich bydliště zabývající se problematikou zemřelých novorozenců? A dále jsem z dotazníku vyřadila otázku: Dovoluje nemocniční řád rodičům rozloučit se s novorozencem? Po prostudování literatury a výsledků rozhovorů byl vytvořen dotazník (viz. Příloha B). Dotazník, obsahuje 21 otázek. 19 otázek je uzavřených, 2 otázky mají otevřenou odpověď.

9.2 Sběr dat

Sběr dat probíhal za pomoci anonymního písemného dotazníku v období duben až srpen 2015. Respondentům byl zaslán dotazník s průvodním informačním dopisem a se zpětně označenou obálkou odesílatele. Tento způsob dotazování jsem zvolila kvůli velké míře anonymity a vzhledem ke konkrétní skladbě respondentů.

9.3 Výzkumný soubor

Na základě vytvořeného dotazníku byly osloveny všechny nemocnice s porodnicí v ČR. Celkem se jedná o 106 zařízení. Konkrétně byl dotazník situován do rukou vrchních sester porodnických oddělení jednotlivých nemocnic. Tento soubor byl vybrán vzhledem ke skladbě otázek v dotazníku, zaměřených i mimo porodnické oddělení (patologické oddělení, matriční úřad, spolupracující organizace, psycholog...).

První dvě otázky v dotazníku se váží na demografické otázky, týkající se kraje, ve kterém je umístěna nemocnice dotazované vrchní sestry, a počtu mrtvě narozených dětí. Výsledky jsou znázorněny v Tabulce 1.

Demografické údaje

Kraj	Počet odpovídajících porodnic	Počet mrtvě narozených
Jihočeský	3	10
Plzeňský	3	21
Karlovarský	2	7
Liberecký	3	26
Ústecký	8	21
Pardubický	3	8
Královéhradecký	3	11
Středočeský	6	37
Praha	4	29
Vysočina	1	1
Jihomoravský	6	37
Moravskoslezský	6	31
Olomoucký	3	19
Zlínský	3	13

Tabulka 1 Demografické údaje

V Tabulce 1 je znázorněno rozložení jednotlivých krajů České republiky a počet nemocnic s porodnicí, které odpověděly na náš dotazník. Ve sloupečku nazvaném Počet mrtvě narozených jsme udali počty mrtvě narozených dětí za rok 2014, které nám sdělily v dotazníku vrchní sestry.

9.4 Zpracování dat

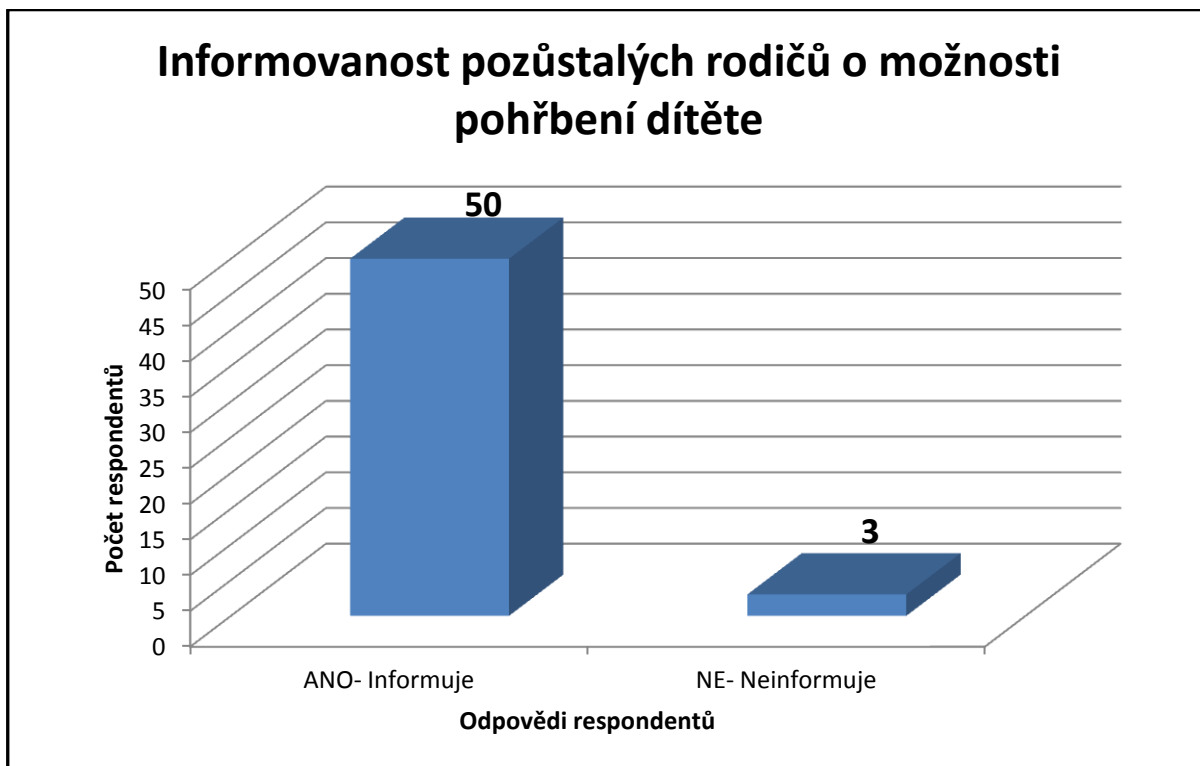
V dotazníkovém šetření bylo rozesláno 106 anonymních dotazníků. 64 dotazníků se vrátilo nazpátek. Těchto 64 navrácených dotazníků tvoří 60% návratnost. 11 dotazníků bylo vyloučeno pro nesprávné vyplnění. Výsledky výzkumného šetření byly počítány z 53 dotazníků, které tvoří 100 %. Všechna data byla zpracována a ke každé otázce byly vytvořeny v programu Microsoft Excel grafy.

10 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu byly interpretovány podle jednotlivých otázek v dotazníku a data znázorněna na grafu.

Otázka č. 3: Informuje lékař pozůstalé rodiče o možnosti pohřbení dítěte (po pitvě)?

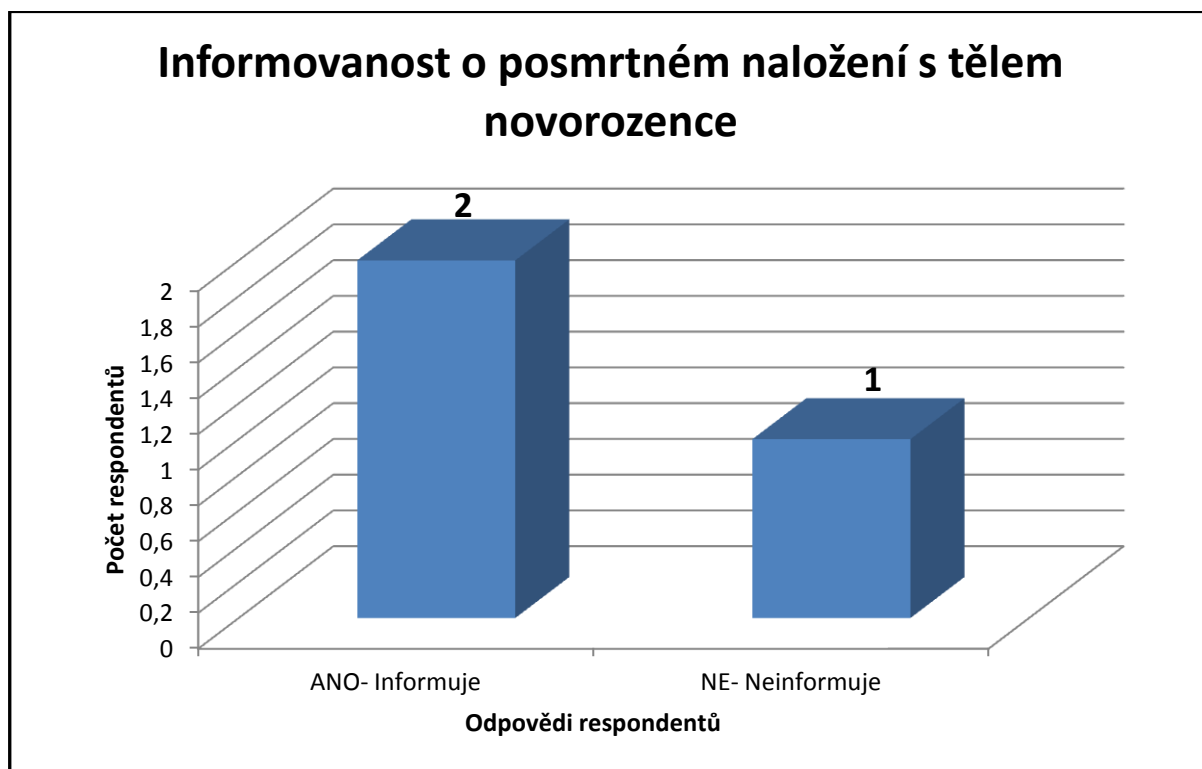
Na otázku č. 3. odpovídalo 53 (100 %) respondentů. Respondenti mohli na otázku týkající se informování o možnosti pohřbení dítěte vybírat ze dvou možností. Nejčastěji zvolená odpověď byla možnost ANO, tak odpovědělo 50 (94 %) dotazovaných vrchních sester. 3 respondenti (6 %) z 53 odpověděli NE, lékař neinformuje pozůstalé rodiče o možnosti pohřbení dítěte (po pitvě). Získaná data jsou uvedena na obrázku 1.



Obrázek 1 Grafické znázornění informovanosti pozůstalých rodičů o možnosti pohřbení dítěte

Otázka č. 4: Informuje lékař rodiče o dalším naložení s tělem novorozence?

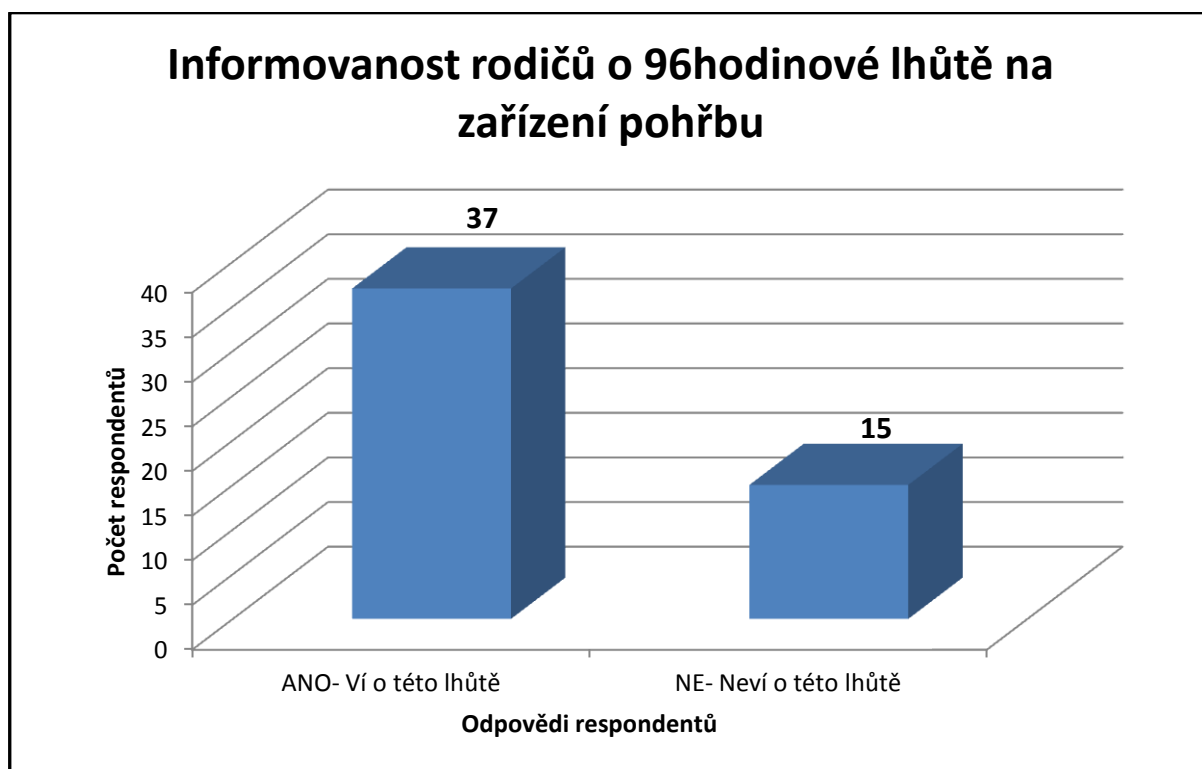
Na tuto otázku odpovídali pouze 3 respondenti (100 %), kteří v předchozí otázce odpověděli NE - Lékař neinformuje pozůstalé rodiče o možnosti pohřbení dítěte. Ze 3 dotazovaných odpověděli 2 (67 %) respondenti ANO, lékař informuje o dalším naložení s tělem novorozence. A 1 respondent (23 %) odpověděl NE. Výsledky jsou znázorněny na obrázku 2.



Obrázek 2 Grafické znázornění informovanosti o posmrtném naložení s tělem novorozence

Otázka č. 5: Je rodičům sděleno, že od předání Listu o prohlídce zemřelého jim běží 96hodinová lhůta na zařízení pohřbu?

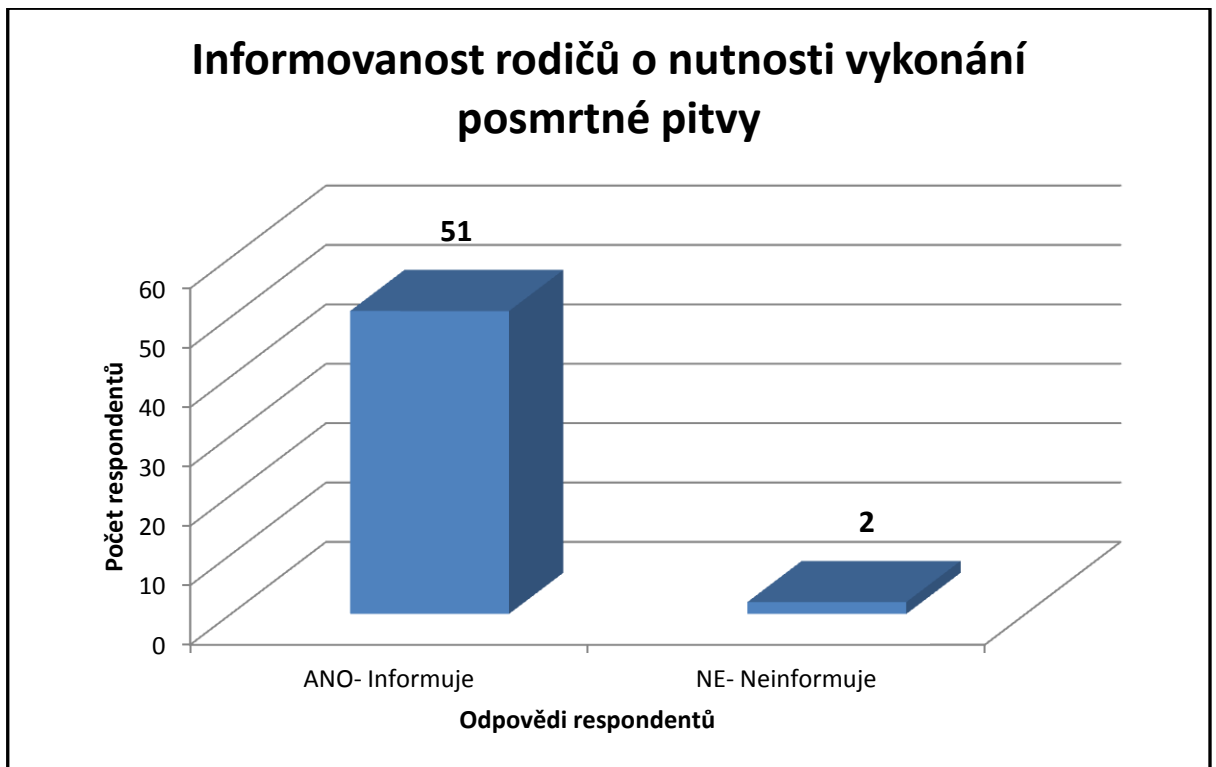
Z celkových 53 (100 %) odpovídajících na dotazník, zvolilo 37 (70 %) respondentů možnost ANO - rodičům je sděleno, že od předání Listu o prohlídce zemřelého jim běží 96hodinová lhůta na zařízení pohřbu. Možnost NE - rodiče nejsou o této lhůtě informováni, zvolilo 15 (30 %) dotazovaných vrchních sester. Výsledky jsou graficky znázorněny na obrázku 3.



Obrázek 3 Grafické znázornění informovanosti rodičů o 96hodinové lhůtě na zařízení pohřbu

Otázka č. 6: Informuje lékař rodiče o nutnosti vykonání posmrtné pitvy?

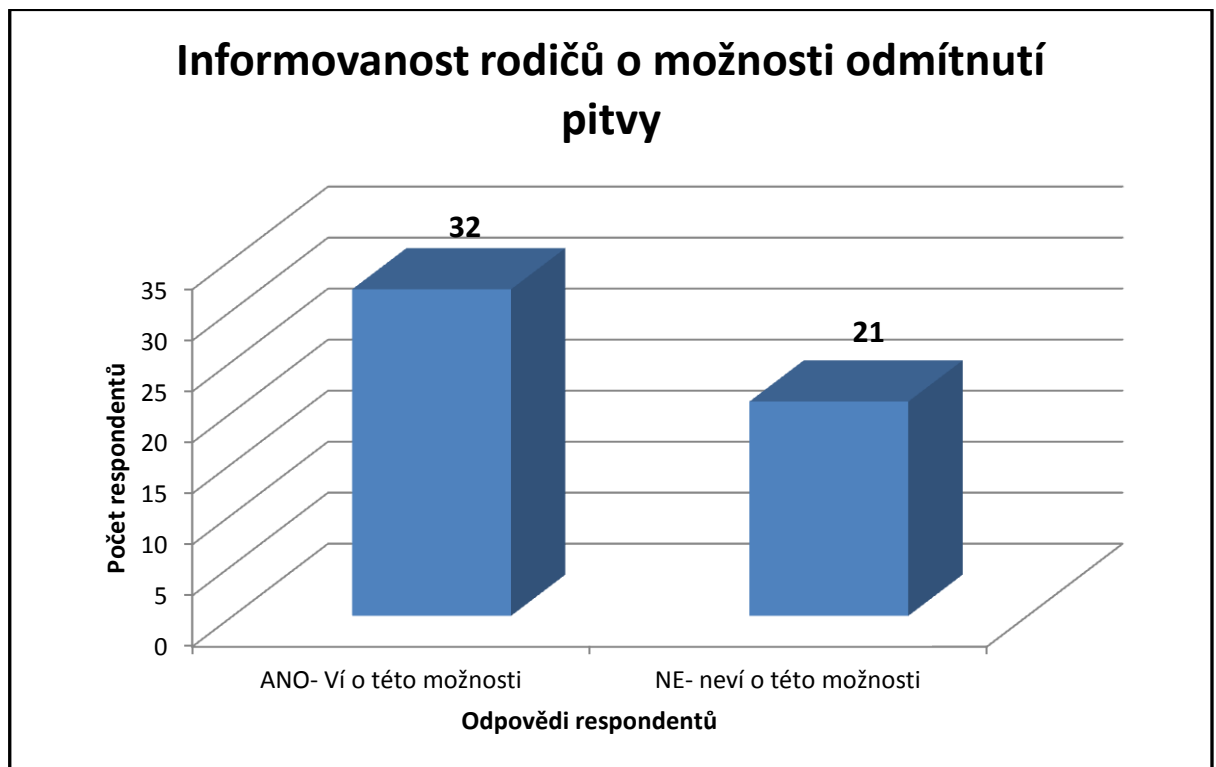
Na otázku, zda lékař informuje rodiče o nutnosti vykonání posmrtné pitvy, odpovídalo 53 (100 %) dotazovaných. Možnost odpovědi ANO zvolilo 51 (96 %) respondentů. Možnost odpovědi NE zvolili 2 respondenti, to jsou 4 %. Výsledky jsou znázorněny na obrázku 4.



Obrázek 4 Grafické znázornění informovanosti rodičů o nutnosti vykonání posmrtné pitvy

Otázka č. 7: Je rodičům vysvětlena možnost odmítnutí posmrtné pitvy?

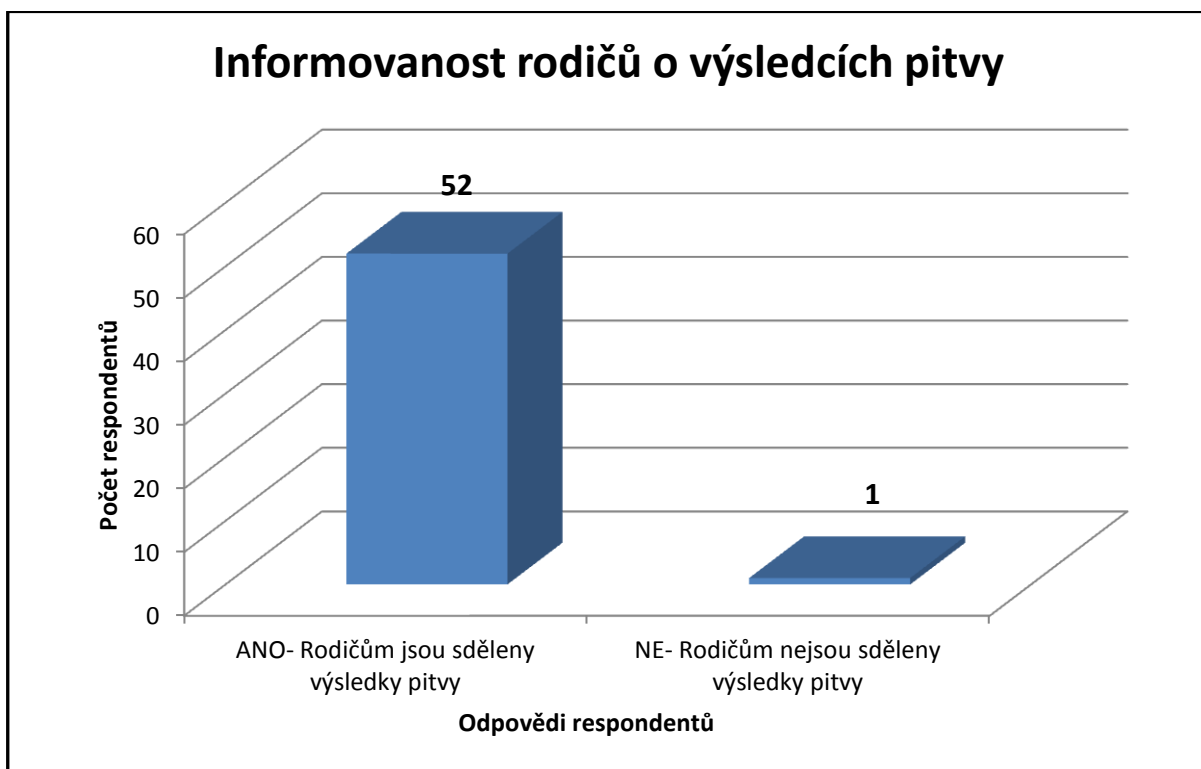
Na otázku, zda je rodičům vysvětlena možnost odmítnutí pitvy, odpovídalo 53 (100 %) respondentů. Respondenti měli na výběr ze dvou možností. Odpověď ANO zvolilo 32 (60 %) respondentů a odpověď NE zvolilo 21 (40 %) respondentů. Grafické znázornění výsledků je vidět na obrázku 5.



Obrázek 5 Grafické znázornění informovanosti rodičů o možnosti odmítnutí pitvy

Otázka č. 8: Jsou rodičům sděleny výsledky pitvy?

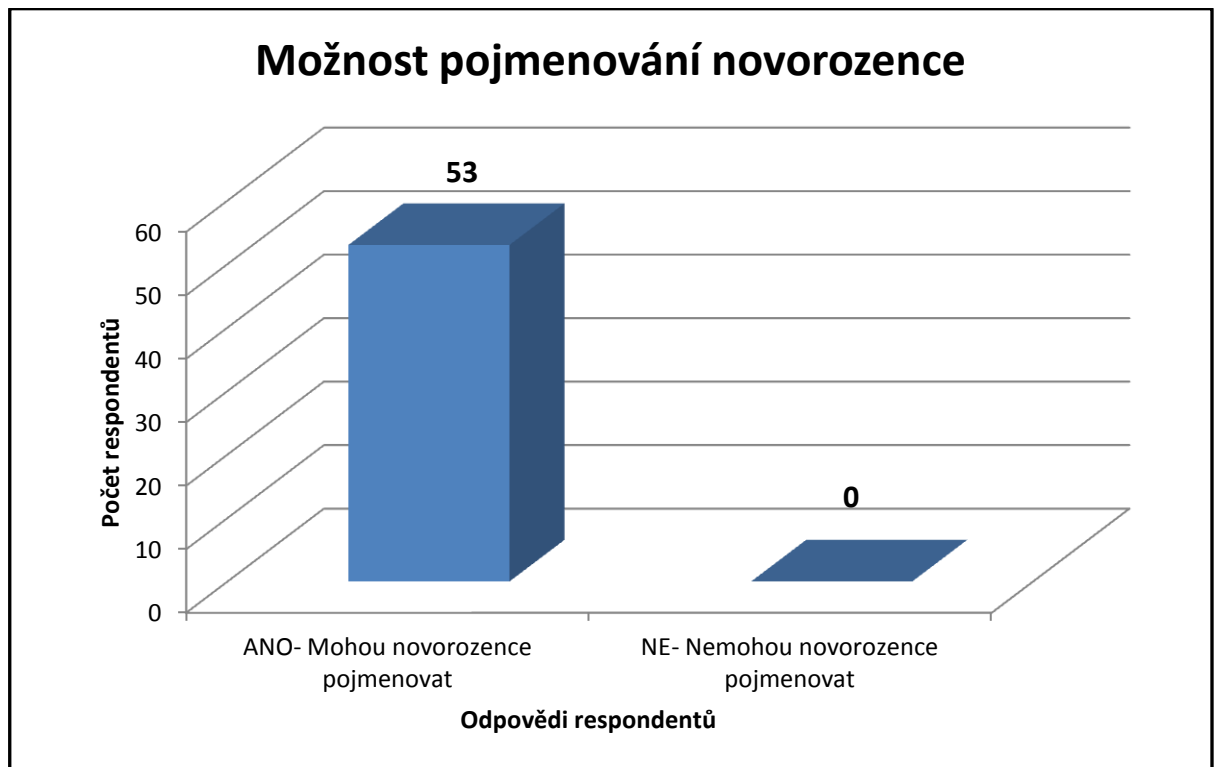
Na otázku, zda jsou rodičům sděleny výsledky pitvy, odpovídalo 53 (100 %) respondentů. Respondenti měli na výběr ze dvou možností, odpověď ANO - rodičům jsou sděleny výsledky pitvy, zvolilo 52 (98 %) respondentů. Možnost odpovědi NE - rodičům nejsou sděleny výsledky pitvy, zvolil 1 respondent, to znamená 2 %.



Obrázek 6 Grafické znázornění informovanosti rodičů o výsledcích pitvy

Otázka č. 9: Pokud rodiče vysloví zájem o pojmenování novorozence, je jim to dovoleno?

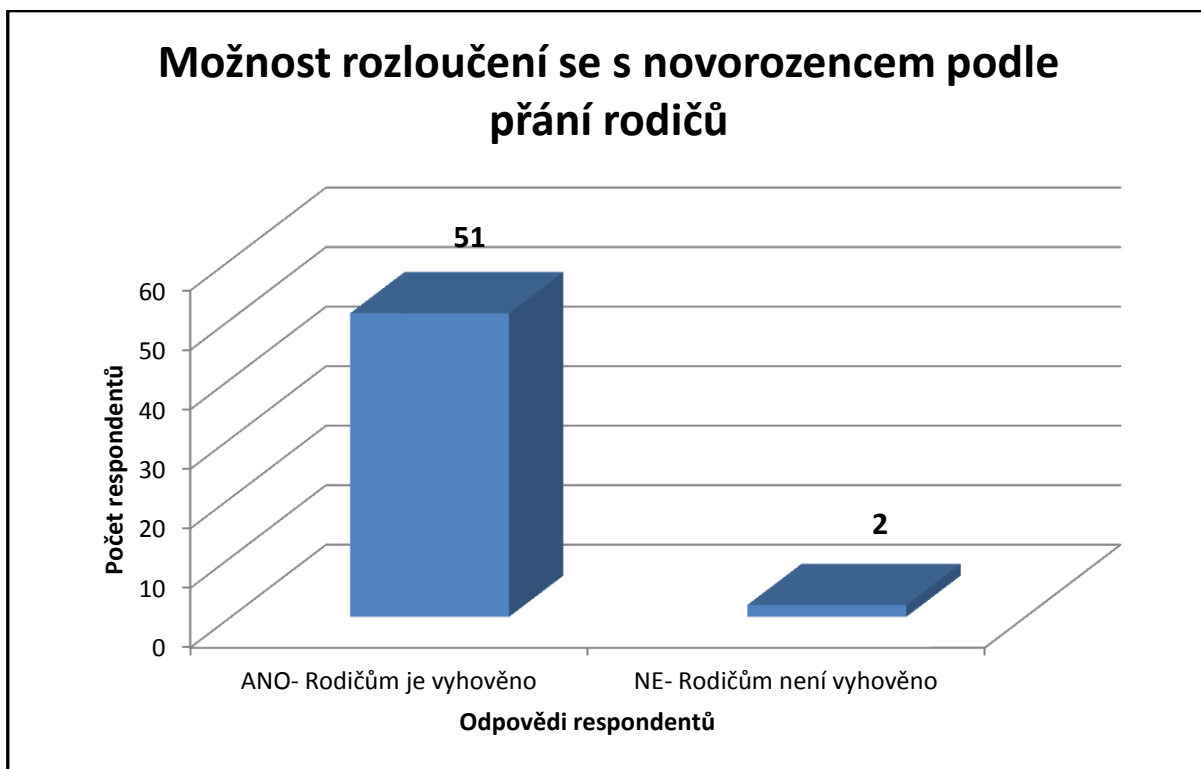
Na tuto otázku odpovídalo 53 (100 %) respondentů. Respondenti měli možnost vybrat si ze dvou odpovědí ANO, či NE. Možnost ANO zvolilo 53 (100 %) respondentů. To znamená, že všichni respondenti dovolí rodičům pojmenovat mrtvě narozené dítě, pokud vysloví zájem. Výsledky jsou graficky znázorněny na obrázku 7.



Obrázek 7 Grafické znázornění možnosti pojmenování novorozence

Otázka č. 10: Vysloví-li rodiče zájem rozloučit se s novorozencem na porodnickém oddělení podle svých přání a představ, je jim vyhověno?

Na otázku týkající se možnosti rozloučení se s mrtvě narozeným novorozencem podle přání a představ rodičů odpovídalo 53 (100 %) respondentů. Respondenti měli na výběr ze dvou možností. Odpověď ANO - rodičům je vyhověno, zvolilo celých 51 (96 %) respondentů. Možnost NE - rodičům není vyhověno, zvolili 2 respondenti, to jsou 4 % dotazovaných.

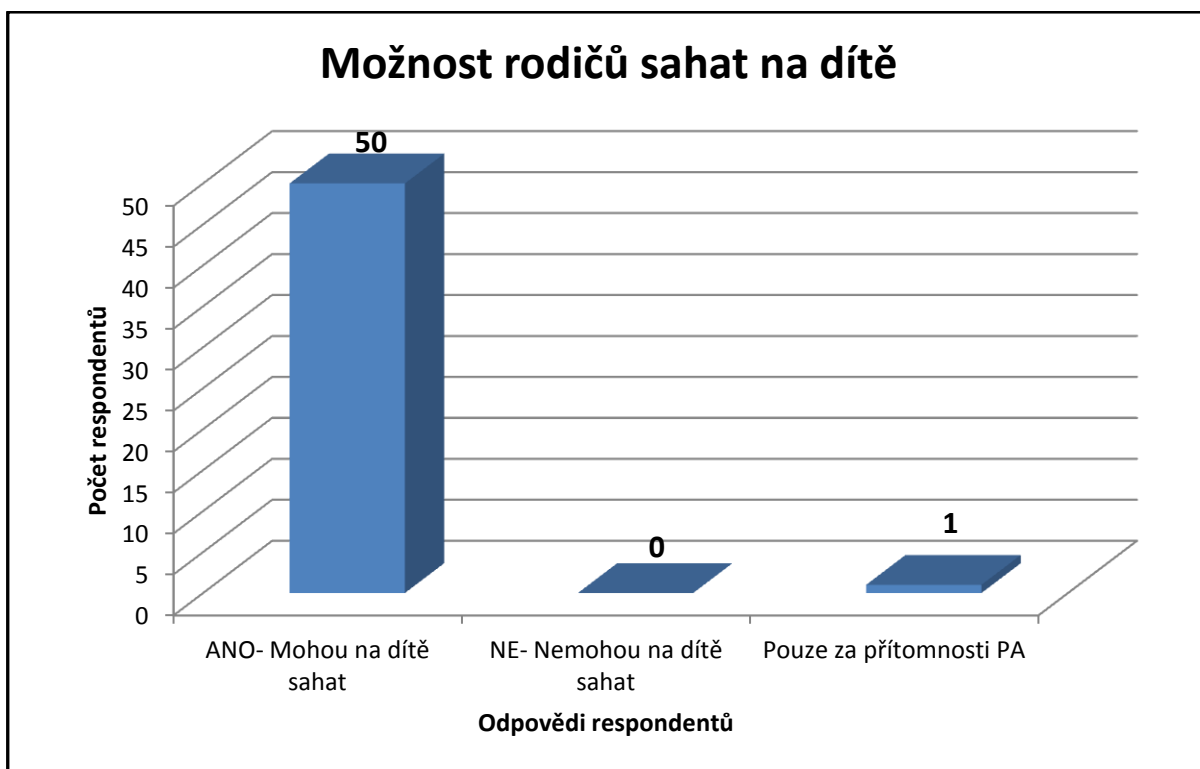


Obrázek 8 Grafické znázornění možnosti rozloučení se s novorozencem podle přání rodičů

Otázka č. 11: Mohou rodiče na dítě sahat?

Na tuto otázku odpovídalo pouze 51 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce: Vysloví-li rodiče zájem rozloučit se s novorozencem na porodnickém oddělení podle svých přání a představ, je jim vyhověno? odpověděli ANO.

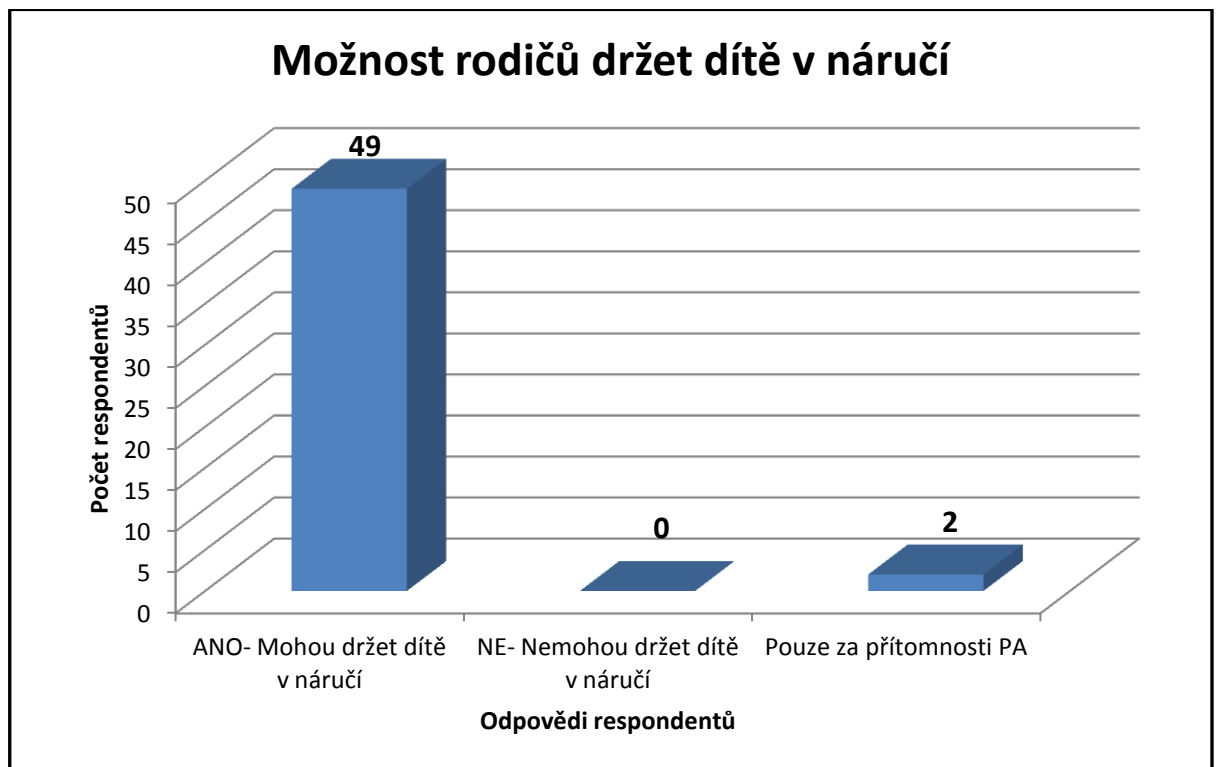
Z 51 (100 %) dotazovaných odpovědělo na otázku, zda mohou rodiče na dítě sahat, ANO 50 (98 %) respondentů. Možnost NE ne zvolil nikdo a odpověď: Pouze za přítomnosti porodní asistentky, zvolil 1 respondent, to jsou 2 %. Grafické znázornění výsledků je na obrázku 9.



Obrázek 9 Grafické znázornění možnosti rodičů sahat na dítě

Otázka č. 12: Držet ho v náručí?

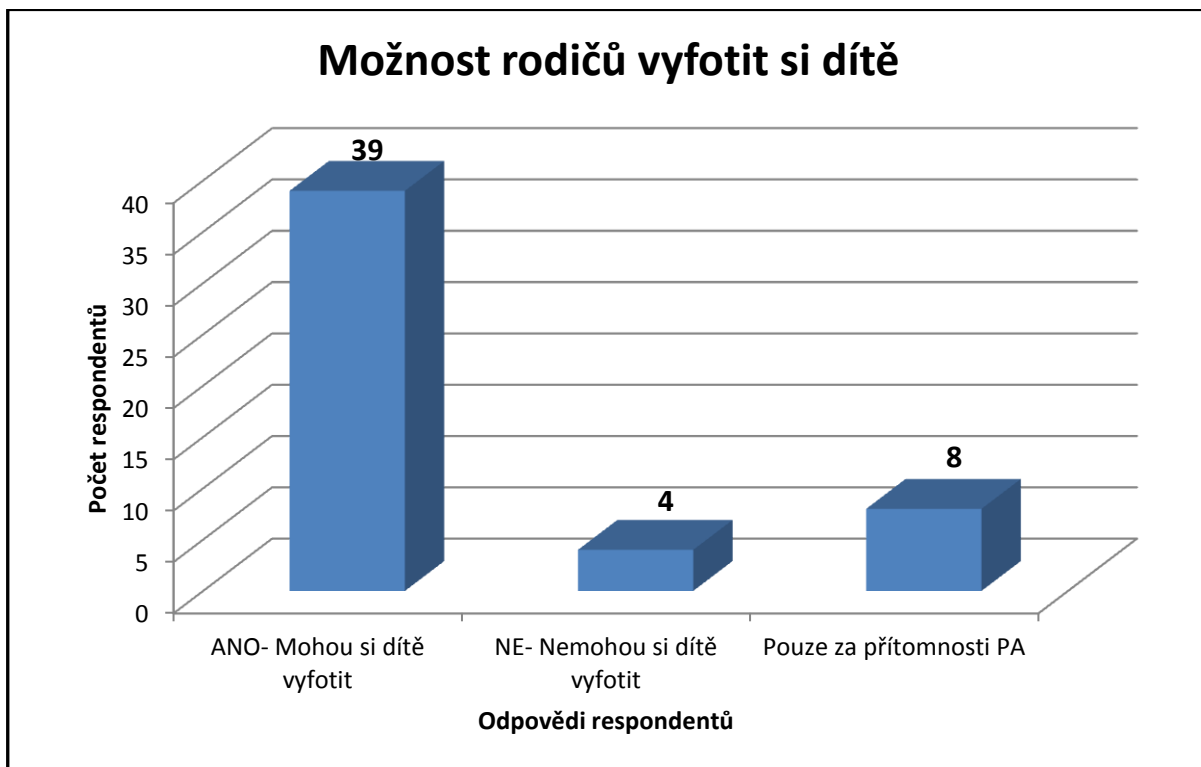
Na tuto otázku odpovídalo 51 (100 %) dotazovaných vrchních sester. Respondenti měli na výběr ze tří možností odpovědi. Možnost ANO zvolilo 49 (96 %) respondentů. Odpověď NE nezvolil žádný respondent a možnost Pouze za přítomnosti porodní asistentky, zvolili 2 (4 %) respondenti. Výsledky jsou znázorněny na obrázku 10.



Obrázek 10 Grafické znázornění možnosti rodičů držet dítě v náručí

Otázka č. 13: Vyfotit si ho?

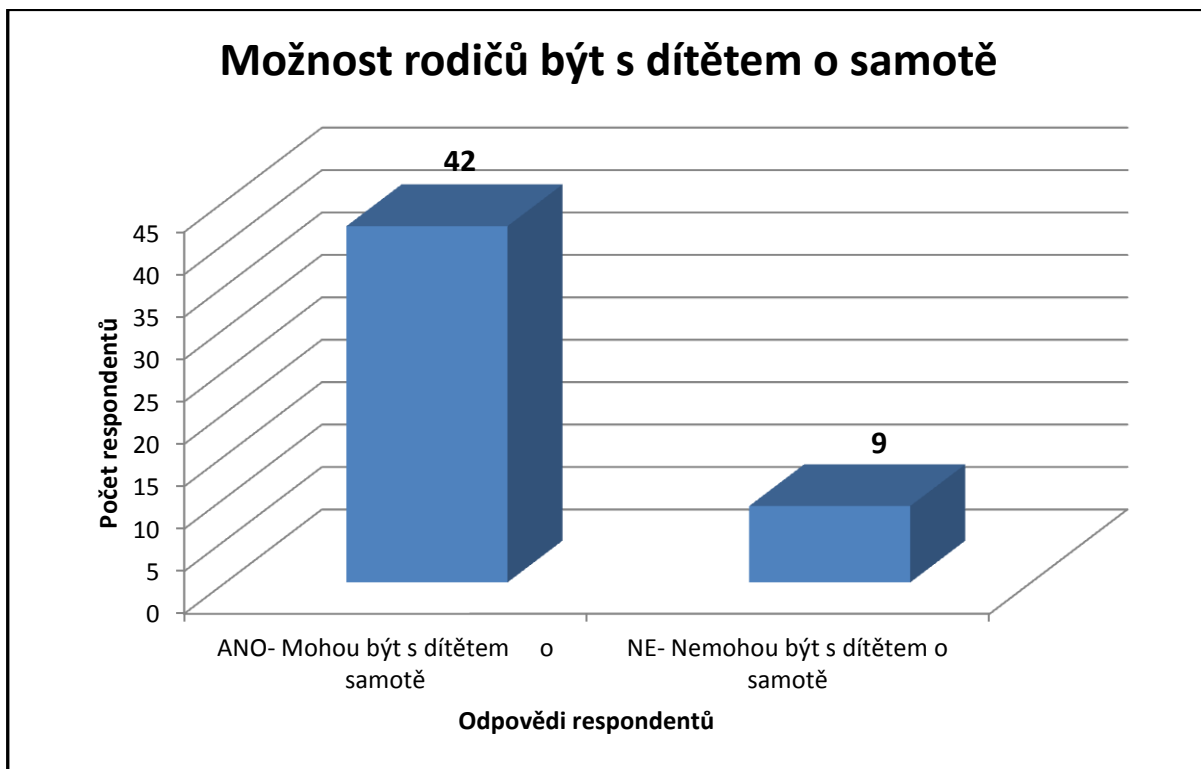
Z celkového počtu 51 (100 %) odpovídajících zvolilo možnost ANO - rodiče si mohou dítě vyfotit 39 (76 %) odpovídajících. Možnost NE - nemohou si dítě vyfotit zvolili 4 (8 %) respondenti a možnost Pouze za přítomnosti porodní asistentky, zvolilo 8 (16 %) dotazovaných respondentů. Výsledky jsou interpretovány na obrázku 11.



Obrázek 11 Grafické znázornění možnosti rodičů vyfotit si dítě

Otázka č. 14: Být s ním o samotě?

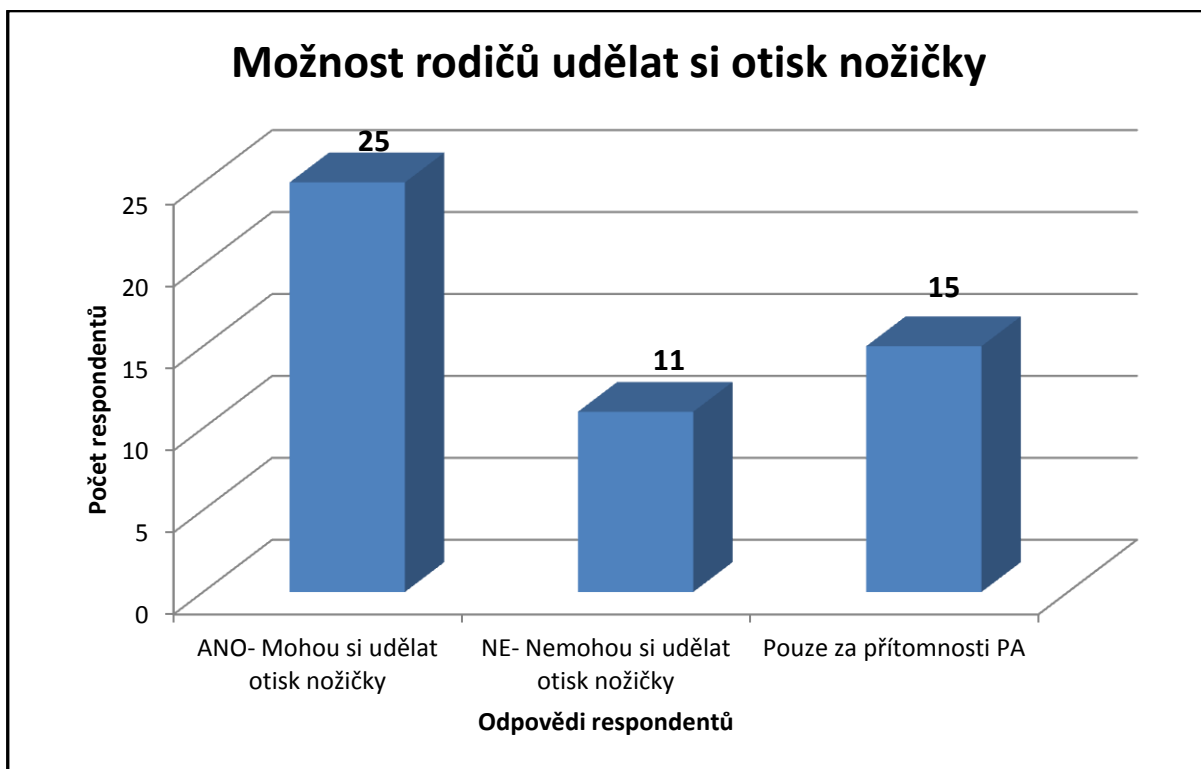
Na otázku týkající se možnosti rodičů být s mrtvým novorozencem o samotě odpovídalo 51 (100 %) vrchních sester. Respondenti měli na výběr ze dvou možností. Odpověď ANO si vybralo 42 (82 %) respondentů. Možnost NE - rodiče nemohou být s dítětem o samotě, si vybralo 9 (18 %) respondentů. Výsledky jsou graficky znázorněny na obrázku 12.



Obrázek 12 Grafické znázornění možnosti rodičů být s dítětem o samotě

Otázka č. 15: Udělat si otisk nožičky?

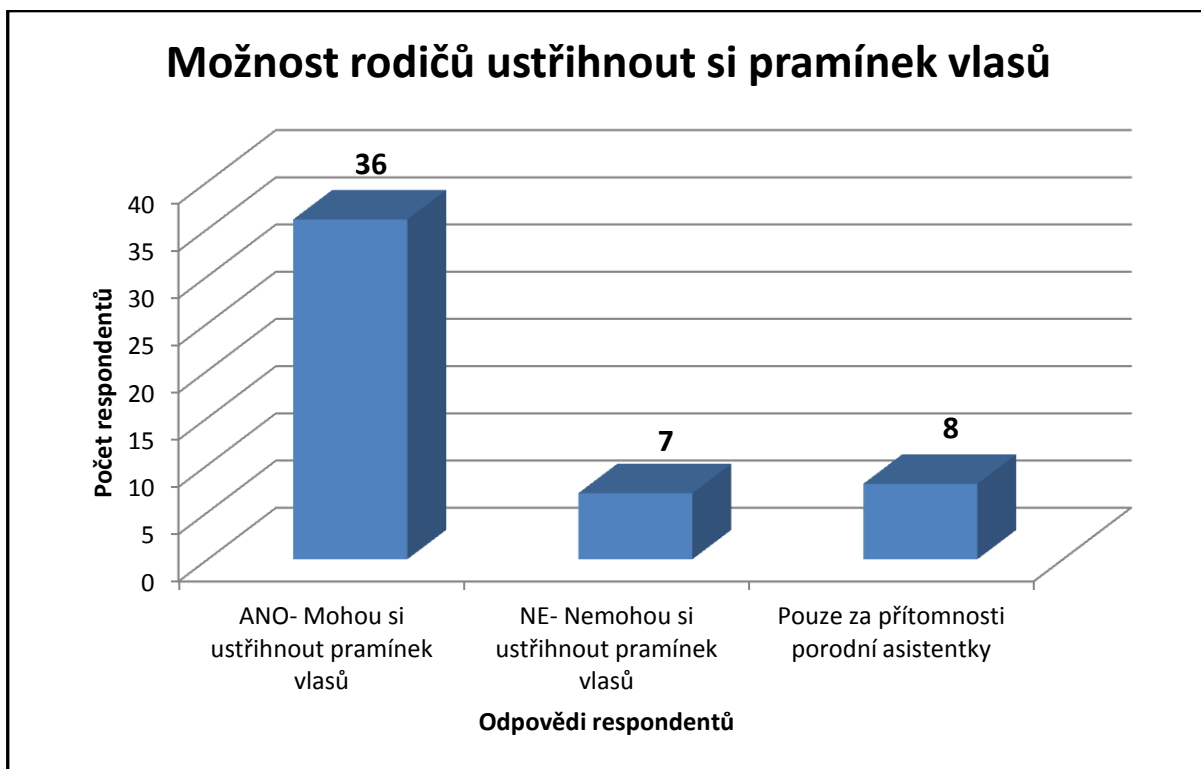
Na otázku, zda si mohou rodiče udělat otisk nožičky, odpovídalo 51 (100 %) respondentů. Respondenti měli na výběr ze tří možností: ANO, NE, Pouze za přítomnosti porodní asistentky. První možnost ANO, zvolilo 25 (49 %) dotazovaných respondentů. Možnost NE zvolilo 11 (22 %) respondentů a odpověď Pouze za přítomnosti porodní asistentky, zvolilo 15 (29 %) dotazovaných respondentů. Výsledky jsou graficky znázorněny na obrázku 13.



Obrázek 13 Grafické znázornění možnosti rodičů udělat si otisk nožičky

Otázka č. 16: Ustříhnout si pramínek vlasů?

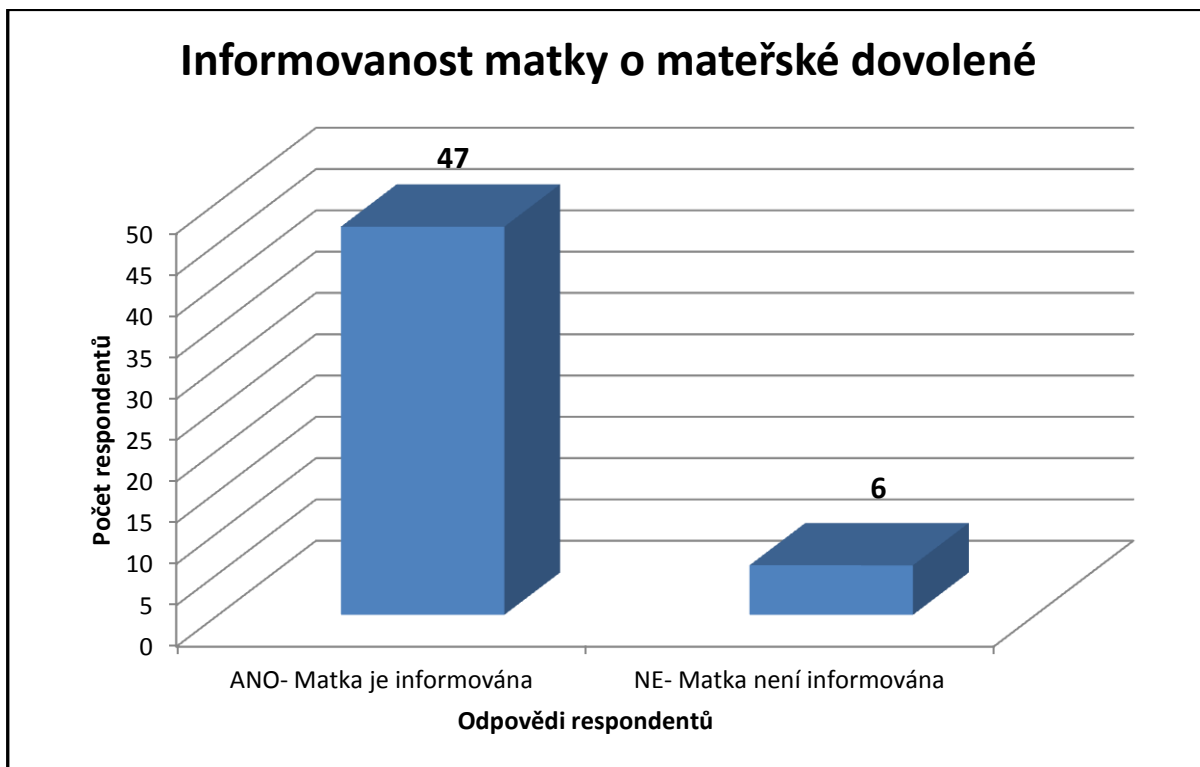
Z celkového počtu 51 (100 %) odpovídajících na tuto otázku zvolilo možnost ANO - rodiče si mohou ustříhnout pramínek vlasů 36 (70 %) respondentů. Odpověď NE - rodiče si nemohou ustříhnout pramínek vlasů, zvolilo 7 (14 %) dotazovaných respondentů. Odpověď Pouze za přítomnosti porodní asistentky, zvolilo 8 respondentů, to je 16 % ze všech odpovídajících. Výsledky jsou graficky znázorněny na obrázku 14.



Obrázek 14 Grafické znázornění možnosti rodičů ustříhnout si pramínek vlasů

Otázka č. 17: Informuje porodní asistentka matku o mateřské dovolené?

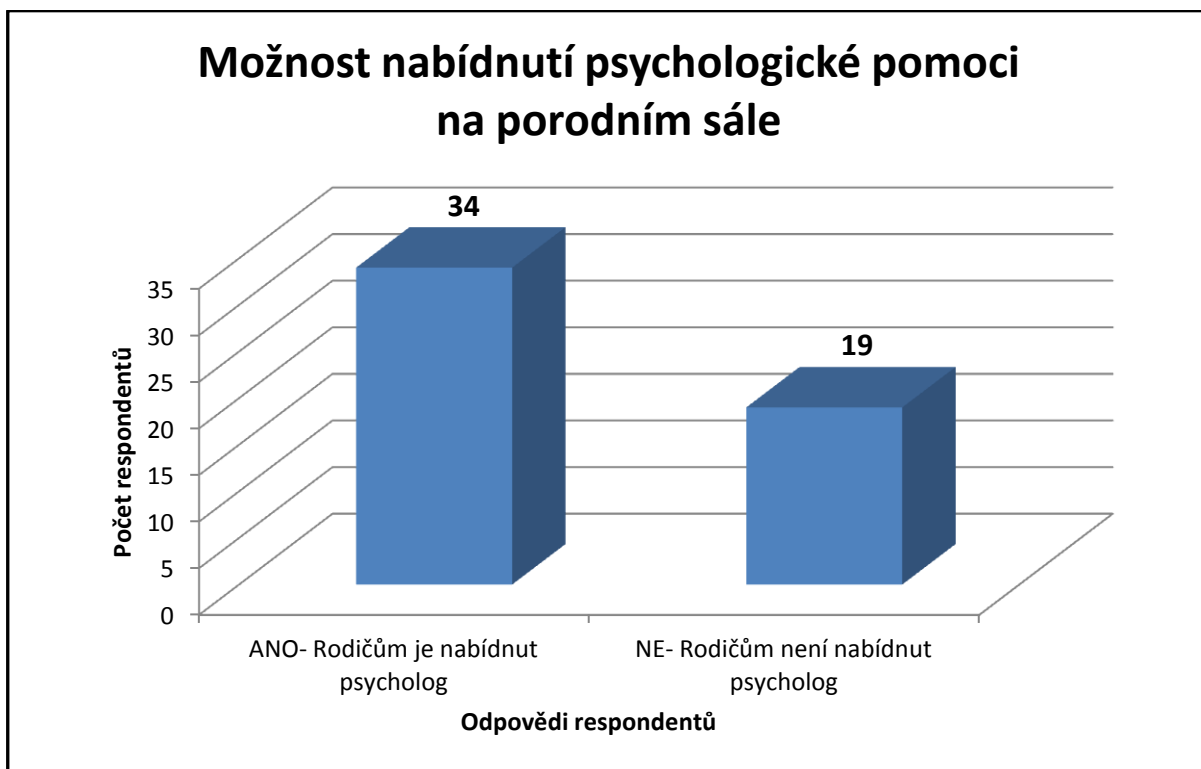
Z celkového počtu 53 (100 %) odpovídajících zvolilo možnost ANO - matka je informována 47 respondentů, to je 89 % ze všech odpovídajících. Možnost NE - matka není informována, zvolilo 6 (11 %) dotazovaných vrchních sester. Grafické znázornění výsledků můžeme vidět na obrázku 15.



Obrázek 15 Grafické znázornění informovanosti matky o mateřské dovolené

Otázka č. 18: Je rodičům ještě na porodním sále nabídnut psycholog?

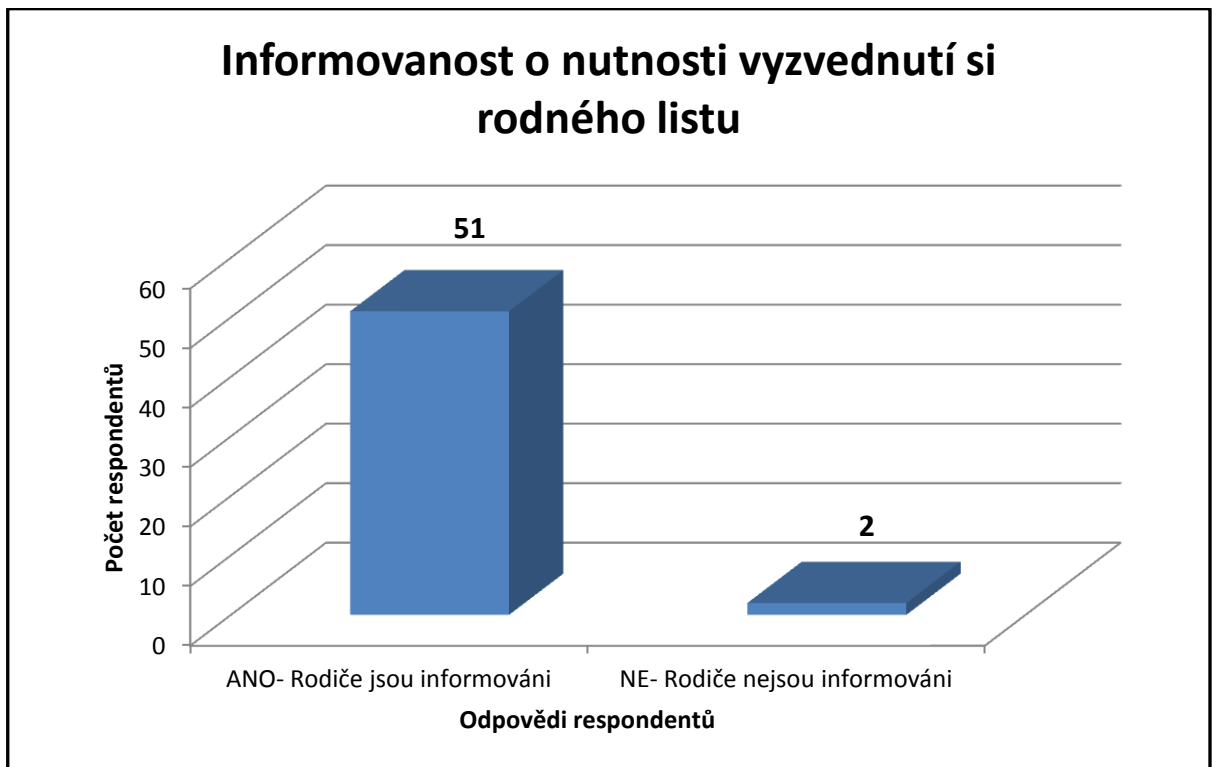
Na otázku týkající se možnosti nabídnutí psychologické pomoci na porodním sále odpovídalo 53 (100 %) respondentů. Měli na výběr za dvou možností. Odpověď ANO - rodičům je nabídnut psycholog, zvolilo 34 (64 %) dotazovaných. Možnost NE - rodičům není nabídnut psycholog, označilo 19 (36 %) dotazovaných respondentů. Výsledky jsou graficky zpracovány na obrázku 16.



Obrázek 16 Grafické znázornění možnosti nabídnutí psychologické pomoci na porodním sále

Otázka č. 19: Jsou rodiče informováni o nutnosti vyzvednutí si rodného listu na příslušné matrice?

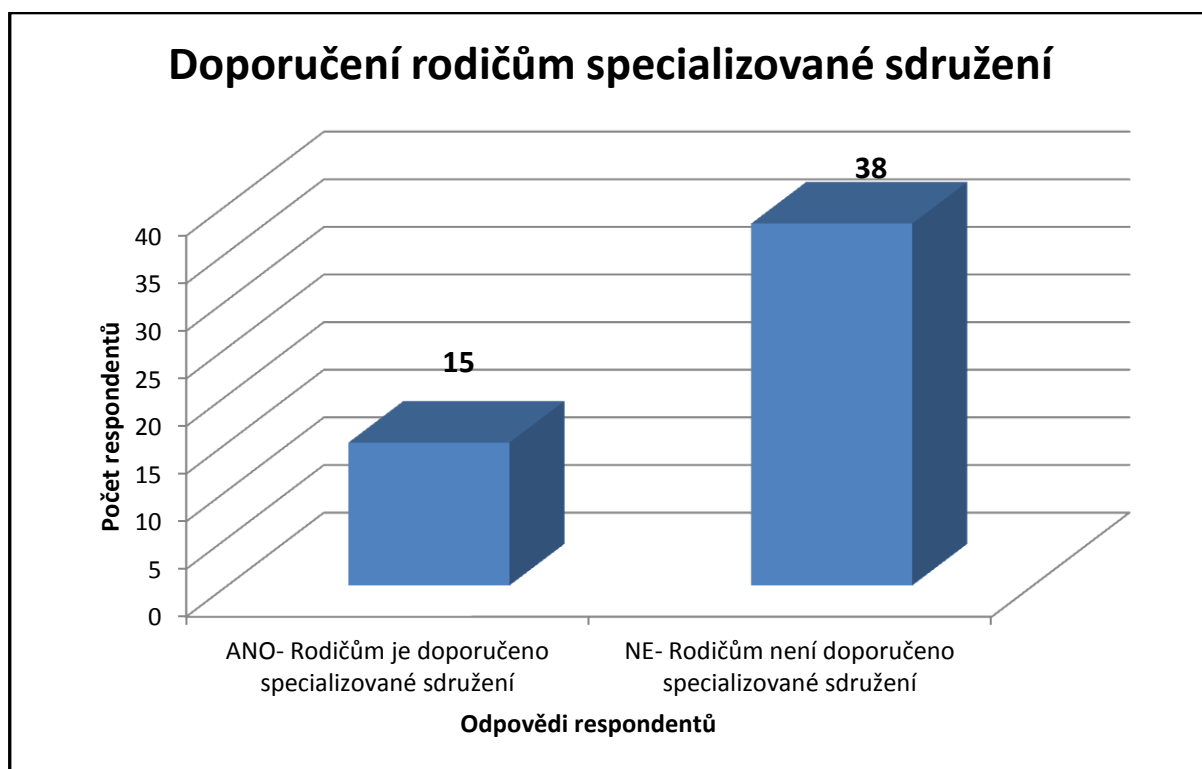
Na tuto otázku odpovídalo 53 (100 %) dotazovaných vrchních sester. Respondenti měli na výběr ze dvou možností. Odpověď ANO - rodiče jsou informováni, zvolilo 51 (96 %) respondentů. Možnost odpovědi NE - rodiče nejsou informováni, zvolili 2 respondenti, to jsou 4 % ze všech odpovídajících na tuto otázku. Výsledky jsou uvedeny na obrázku 17.



Obrázek 17 Grafické znázornění informovanosti o nutnosti vyzvednutí si rodného listu

Otázka č. 20: Je rodičům doporučeno nějaké sdružení v okolí jejich bydliště zabývající se problematikou zemřelých novorozenců?

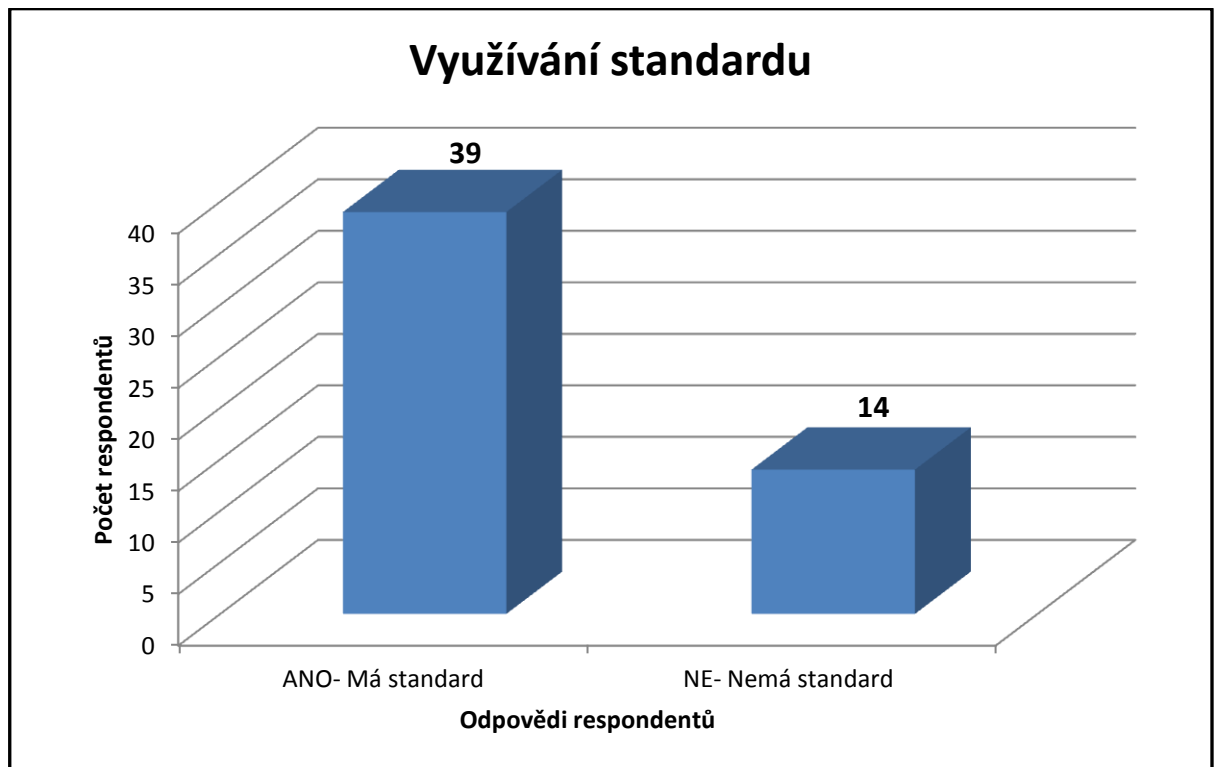
Z celkového počtu odpovídajících 53 (100 %), na otázku odpovědělo ANO - rodičům je doporučeno specializované sdružení 15 (28 %) respondentů. Naopak odpověď NE - rodičům není doporučeno specializované sdružení, zvolilo 38 respondentů, to je 72 % ze všech odpovídajících na tuto otázku. Výsledky jsou graficky interpretovány na obrázku 18.



Obrázek 18 Grafické znázornění doporučení rodičům specializované sdružení

Otázka č. 21: Má porodnické oddělení vypracovaný standard, jak postupovat po porodu mrtvého plodu?

Na otázku, zda má porodnické oddělení vypracovaný standard, jak postupovat po porodu mrtvého plodu odpovídalo 53 (100 %) respondentů. Možnost odpovědi ANO zvolilo 39 (74 %) respondentů. Odpověď NE zvolilo 14 respondentů, to je 26 % ze všech odpovídajících na tuto otázku. Výsledky jsou znázorněny na obrázku 19.

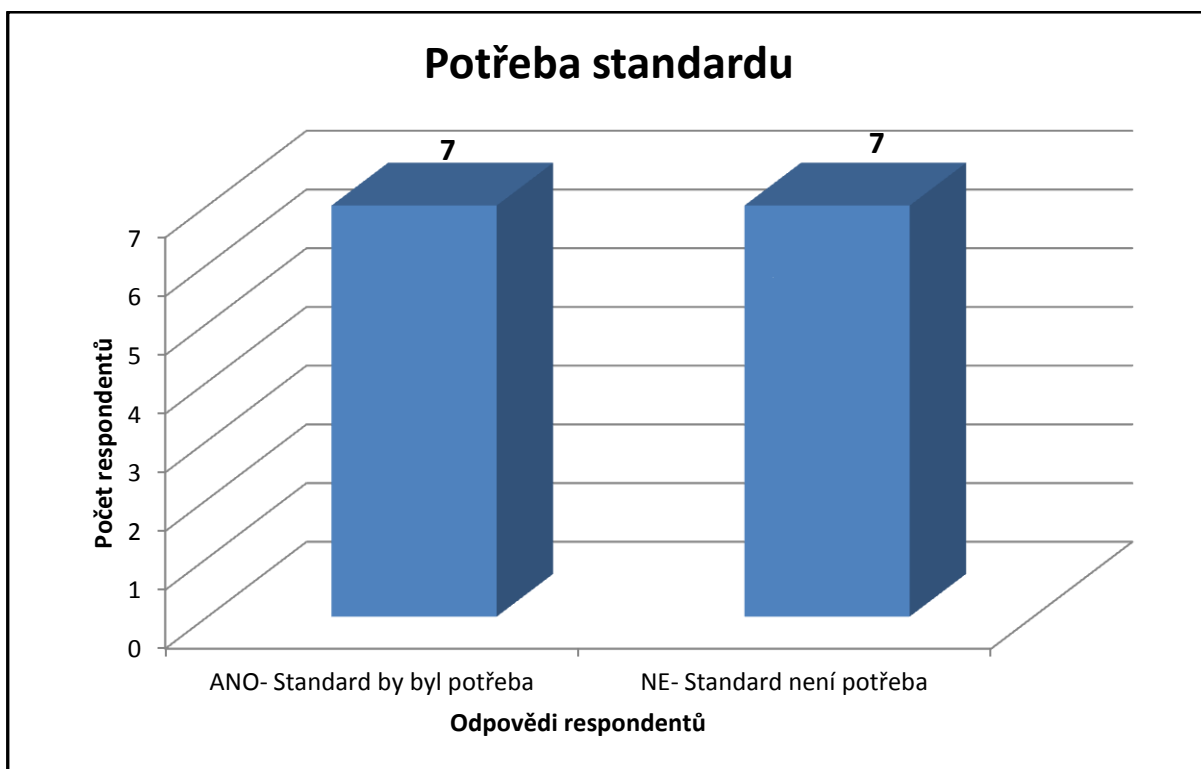


Obrázek 19 Grafické znázornění využívání standardu

Otázka č. 22: Myslíte si, že by byl standard potřeba?

Na tuto otázku odpovídalo pouze 14 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že jejich porodnické oddělení nemá vypracovaný standard, jak postupovat po porodu mrtvého plodu.

Z dotazníku vyplynulo, že 7 (50 %) respondentů si myslí, že by byl standard potřeba a 7 (50 %) odpovídajících míní, že standard potřeba není. Výsledky jsou graficky zpracovány na obrázku 20.



Obrázek 20 Grafické znázornění potřeby standardu

11 Diskuze

Diplomová práce se věnuje problematice rozloučení se s mrtvě rozeným plodem. Jedná se o velice citlivé téma, a proto je důležité, aby zdravotnický personál měl o této problematice co nejvíce informací, které bude moci předávat rodičům postiženým touto smutnou ztrátou. Informací, jak po stránce informační, ošetrovatelské, tak i psychologické.

Otázky v dotazníku zaměřující se na demografické determinanty byly zařazeny z důvodu zjištění míry zkušeností nemocnice s porody mrtvě rozených plodů. Tyto informace jsem zjistila z udaného počtu mrtvě narozených dětí. Nejméně mrtvě rozených dětí podle rozdělení na kraje udala porodnice v kraji Vysočina, zde se v roce 2014 narodilo pouze 1 mrtvé dítě. Naopak nejvíce mrtvě rozených dětí za rok 2014 udali v Jihomoravském a Středočeském kraji, vypovídá o tom číslo 37. Nejvíce odpovídajících porodnic bylo v Ústeckém kraji, 8 nemocnic s porodnicí. Naopak nejméně odpovídajících bylo v již zmiňovaném kraji Vysočina, pouze 1 porodnice, která zaslala dotazník zpět.

První výzkumná otázka: Jaké informace nabízejí porodnice pozůstalým rodičům mrtvě rozeného dítěte? K této problematice jsou výsledky graficky znázorněny na obrázcích 3-8.

Z první otázky týkající se informovanosti rodičů o možnosti pohřbení dítěte vyplynulo, že 94 % porodnic informuje rodiče o možnosti pohřbení dítěte. Kotrlý (2012) uvádí, že Evropa má k této problematice vytvořeny zákony regulující pohřebnictví. Tyto zákony upravují způsoby, jak nakládat s mrtvě narozenými dětmi a zpravidla i plody po potratu. Orgány dohledu nad těmito zákony kontrolují, zda jsou jako lidské ostatky ukládány do rakve, převáženy ve speciálním vozidle, zpopelněny v krematoriu, či pohřbeny do hrobu. Pokud nemocnice neposkytují informace týkající se dalšího naložení s tělem mrtvého dítěte, může se jednat o jednání proti právu na pietní ochranu těla mrtvorozeného dítěte.

Následující otázka se týkala informovanosti o dalším naložení s tělem novorozence (pokud rodiče nejsou informováni o možnosti pohřbení dítěte). Z výsledků vyplývá, že ve dvou, ze tří případů lékař rodiče informuje o dalším naložení s tělem. Nejenom lékař by však měl rodiče informovat o všem, co se s tělem bude dále dít, zda ho mohou rodiče dítě ještě před pohřbením vidět, pochovat si ho. Podle zákona č. 256/2001 Sb. Zákona o pohřebnictví a o změně některých zákonů, se v hlavě I., § 4, odstavec 3 původně přijatého zákona o pohřebnictví píše, že poskytovatel zdravotní služby, kde je zřízeno oddělení patologie, či soudního lékařství, má povinnost mrtvě narozené dítě a plod po potratu předat provozovateli pohřební služby nebo jiné odpovědné osobě zajišťující pohřbení. Tělíčko by

muselo být předáno umyté a po pitvě zašité. Nemá-li porodnice určenou místnost pro provádění anatomicko-patologické pitvy, musela by nemocnice zajistit před převozem k pitvě možnost úpravy těla mrtvorozeného dítěte ve vhodné místnosti. Dle Kotrlého (2012) se měl takto přijatý zákon stát „úhelným kamenem nových pohřebních praktik při porodu mrtvého dítěte“. Rodiče by mohli mít možnost vidět ještě před pohřbem své mrtvorozené dítě v místnosti speciálně k tomu určené, v rubáši zabalené a připravené na vložení do rakve. Tento zákonný model však bohužel nikdy nenabyl účinnosti.

Z položené otázky týkající se informovanosti o zákonné lhůtě 96 hodin vyplynulo, že většina tj. 70 % rodičů je o této lhůtě informována, ale je otázkou, jak rodiče s informací dokážou v takto psychicky vypjaté situaci pracovat. Zda by nebylo lepší počkat až několik dní po porodu. To už by však tato stanovená lhůta nemusela stačit. Z dotazníkového průzkumu, který provedla Ratislavová (2010) vyplývá, že 96hodinová lhůta na zařízení pohřbu nestačí. Z ústní komunikace Ratislavové s maminkami vyplynulo, že se většina začala zajímat, kam byly uloženy ostatky jejich dítěte, až po delší době, než je zákonná lhůta 96 hodin. Některé z matek dotazovaných v průzkumu si stěžovalo, že zdravotnický personál na ně příliš naléhal ohledně rozhodnutí o pohřbení. Ideálem by asi bylo danou lhůtu měřit až od ověřeného předání „Listu o prohlídce zemřelého“ oběma rodičům.

Posmrtná pitva je důležitou součástí hledání příčin úmrtí plodu, ať už k němu došlo intrauterinně, či za porodu. Většina rodičů, kterým zemřelo dítě ještě před svým narozením, chce znát odpověď na otázku „Proč?“. Ve výzkumném šetření se ukázalo, že lékař rodiče informuje o vykonání posmrtné pitvy v 96 % případů. Na druhé straně je třeba podotknout a zmínit i rodiče, kteří si posmrtnou pitvu nepřejí. Z výsledků vyplynulo, že pouze 60 % dotazovaných porodnic informuje rodiče o možnosti odmítnutí posmrtné pitvy. Někteří rodiče mrtvorozeného dítěte však nechtějí vědět, z jakého důvodu jejich dítě zemřelo. Důvodem může být například náboženství, či dedukce, že při posmrtné pitvě se narušuje průběh posmrtných rituálů v těle. Z toho vyplývá, že informovat o možnosti odmítnutí pitvy je důležité.

Po provedení posmrtné pitvy informuje patolog ošetřujícího lékaře o jejích výsledcích. Na žádost může podat informace i praktickému lékaři, či osobám blízkým. Z výzkumného šetření vyplynulo, že rodiče jsou o výsledcích pitvy informováni v 98 % případů. Informace by měly být předány v klidném prostředí, vedoucím, či ošetřujícím lékařem, ke kterému už mají pozůstalí rodiče určitý vztah.

Druhá výzkumná otázka: Jakou pomoc nabízejí porodnice pozůstalým rodičům bezprostředně po porodu na porodním sále? Výsledky výzkumného šetření jsou znázorněny na obrázcích 9-20.

Z výsledků otázky týkající se možnosti pojmenování novorozence vyplynulo, že všechny nemocnice bez výjimky dovolují rodičům dítě pojmenovat. Dle Vaníčkové (2009), která ve svém výzkumném šetření uvádí, že 97 % porodních asistentek zná zákon č. 301/2000 Sb. O matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů § 19, ve kterém je stanoveno, že jméno a příjmení dítěte musí být oznámeno na matričním úřadě poskytovatelem zdravotnických služeb.

Pokud rodiče vysloví přání se s dítětem rozloučit podle svých představ, je jim vyhověno? Tak zní další otázka, z výsledků výzkumu vyplynulo, že porodnice rodičům umožní se s dítětem rozloučit v 96 % případů. Možná si ale každá nemocnice pod pojmem „rozloučit se podle přání rodičů“ představuje něco jiného. Dle sumarizace dalších otázek z dotazníku vyplývá, že nemocnice dovolují rodičům na dítě sahat, držet ho v náručí, někdy pouze za přítomnosti porodní asistentky. Vyfotit si dítě dovoluje 76 % dotazovaných porodnic. Být s dítětem o samotě dovoluje 82 % dotazovaných porodnic. Možnost udělat si otisk nožičky dítěte dovoluje oproti ostatním otázkám pouze 49 % dotazovaných porodnic. Z výsledků další otázky se dá vyčíst, že 70 % dotazovaných porodnic umožňuje rodičům ustříhnout si pramínek vlasů. Všechny tyto výsledky jsou, více než kladné, vždyť jak píše Ratislavová a Beran (2010), rituály jsou jen jednou ze součástí doprovázení truchlících rodičů. Tento proces zahrnuje jak lékařskou a ošetřovatelskou péči tělesnou, tak komunikaci a respektující, tolerantní i empatický přístup zdravotnického personálu. Rituály mohou péči vhodně doplnit, truchlícím mohou poskytnout podporu, orientaci v těžké životní situaci, čas na zpracování ztráty a mohou i pomáhat transformovat smutek. Pokud rodičům chybí konkrétní vzpomínky na dítě, může se ztráta jevit jako nereálná. Rituály umožňují symbolické spojení s dítětem, potvrzují realitu jeho existence a realitu jeho ztráty. V poslední otázce dotazníku je dán prostor připomínkám a zajímavostem. V jednom z dotazníků je uvedeno: „*Na našem pracovišti vytvářejí porodní asistentky upomínkové karty, kde je otisk ručky, nožky, pramínek vlasů, datum narození a jméno dítěte*“. V jiném dotazníku bylo uvedeno: „*s otiskem nožičky a ustřížením vlásků jsme se neseťkali. Pouze malé procento rodiček se chce rozloučit s novorozencem*“.

Další otázka zahrnutá do tohoto okruhu se zajímá, zda má matka informace o mateřské dovolené. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že 89 % dotazovaných porodnic, matku o mateřské dovolené informuje. Dále je z výsledků patrné, že 96 % dotazovaných porodnic rodičům sděluje nutnost vyzvednutí si rodného listu na příslušné matrice. To je rodičům sděleno ihned při sepisování podkladů pro matriku. Je však otázkou, zda to rodiče v této chvíli pochopí. Možná by bylo dobré pozvat si rodiče několik dní po propuštění domů a znovu jim říci důležité informace např. o mateřské dovolené, vyzvednutí si rodného listu i o zákonné lhůtě 96 hodin. V následující otázce jsme se z výsledků dočetli, že 64 % porodnic nabízí odbornou pomoc psychologa na porodním sále. V jednom z dotazníků bylo napsáno: „naše zdravotnické zařízení nemá k dispozici psychologa, což bychom uvítali“. V jiném dotazníku poznamenávají, že: „péče psychologa by byla vždy namístě, ale bohužel to není možné“. Dle Kasparkové (2010) je velice důležité nabídnout ženě odbornou pomoc psychologa. Otázka č. 18 se zajímala o to, zda je rodičům doporučeno nějaké sdružení v okolí zabývající se problematikou zemřelých novorozenců. Výsledky ukázaly, že pouze 28 % odpovídajících porodnic takovéto sdružení rodičům doporučuje. Dle Kasparkové (2010), která ve svém výzkumu uvádí, že svépomocné skupiny mají pro ženu, která si prožila ztrátu dítěte, veliký význam. Proto je důležité, aby porodní asistentka ještě v porodnici informovala ženu o této možnosti psychické podpory při ztrátě. Ženy, které si prožily stejně těžkou situaci, mohou ženě výrazně pomoci při zvládnání této situace.

Třetí výzkumná otázka: Mají oslovené porodnice vypracovaný standard jak postupovat po porodu mrtvého plodu? Výsledky výzkumného šetření jsou znázorněny na obrázcích 19 a 20.

Z výsledků otázky, zda má porodnické oddělení vypracovaný standard, jak postupovat po porodu mrtvého plodu vyplynulo, že 74 % odpovídajících porodnic, má takovýto standard vypracovaný. Polovina dotazovaných nemocnic, které uvedly, že standard k dispozici nemají, by vypracování standardu ocenilo. Dle výzkumu Vaničkové (2009) vyplývá, že 42 % porodních asistentek vůbec nepoužívá standard při ošetřování ženy s mrtvým plodem, jelikož ho nemají vypracovaný. Můžeme tedy říct, že porodnic, které mají tento standard vypracovaný a využívají jej je více a to je dobře. V jednom z dotazníků bylo v otázce Vaše připomínky a zajímavosti k danému tématu napsáno: „ Naše porodní asistentka absolvovala certifikovaný kurz zabývající se touto problematikou. Proto se pracuje i na vytvoření standardu a změnil se i přístup personálu. Není to již tabu. Vždy se respektují přání rodičů“. Další uvedla: „Důležité je mít propracovaný standard, což nám chybí“.

Na závěr práce je dána možnost všem odpovídajícím vrchním sestřám projevit své připomínky, či zajímavosti k danému tématu. V jednom z dotazníků je možné se dočíst: „ *Za mé dlouholeté praxe se nám na porodnici stalo pouze 1 krát, kdy rodiče se chtěli rozloučit s miminkem. Pitvu nikdy neodmítají, chtějí vědět příčinu úmrtí*“.

Cílem celé práce bylo zjistit, jaké služby nabízejí nemocnice pozůstalým rodičům. Po zpracování všech dat bylo zjištěno, že lékař informuje pozůstalé rodiče o možnosti pohřbení dítěte (po pitvě), dále jsou jim předány informace o dalším naložení s tělem dítěte, o 96hodinové lhůtě na zařízení pohřbu. Jsou informováni o nutnosti vykonání posmrtné pitvy i o jejím možném odmítnutí a jsou jim také sděleny výsledky pitvy. Rodiče mají možnost dítě pojmenovat a rozloučit se s ním podle svých přání a představ. Dovolují jim sahat na dítě, držet ho v náručí, vyfotit si ho, být s ním o samotě, udělat si otisk nožičky, ustříhnout si pramínek vlasů. Porodní asistentka informuje matku o mateřské dovolené. Menší pochybení ze strany nemocnic se týká psychologické pomoci. Dostupnost odborné psychologické péče je spíše záležitostí nemocnic krajského typu, či nemocnic ve větších městech. Nedostupnost odborné psychologické péče udaly nemocnice, kde je počet zemřelých dětí za rok 2014 od 0 do 3 dětí. Dále jsou rodiče informováni o nutnosti vyzvednout si rodný list na příslušné matrice. Co se týče možnosti nabídnout rodičům sdružení, které se zabývá problematikou zemřelých novorozenců, takové služby nabízí pouze 28 % dotazovaných porodnic. Abychom mohli rodičům zaručit co nejvíce odbornou a specializovanou péči, zaměřenou na komplexní služby v péči o matku a zemřelé dítě, je třeba mít tyto služby zformulované. To proto, aby se každý, kdo si není něčím jist, mohl do standardu podívat a ujistit se, že jedná správně. Právě proto byly do dotazníku zařazeny otázky týkající se standardu, jak postupovat po porodu mrtvého dítěte. Takový standard má vypracováno 74 % porodnic, které se šetření zúčastnily. Což je podle mě velice slušný výsledek, přihlédneme-li k tomu, že dalších 13 % porodnic by vypracování takového standardu ocenilo.

12 Závěr

Diplomová práce se zabývá *Problematikou rozloučení se s mrtvě rozeným plodem*. 21 století se stalo stoletím velice revolučním, co se týče porodnictví a neonatologie. Vždyť neonatologické týmy dokážou zachránit i 500g plod ve 24. týdnu těhotenství, pokud jeví některou ze známek života. Dále se jedná o novinky v podobě přítomnosti otce u porodu, porodních plánů, epidurální analgezie a samozřejmě i možnosti rozloučit se s mrtvě rozeným plodem přímo na porodním sále.

Předložená práce se v teoretické části zabývala příčinami úmrtí plodu, jeho diagnostikou, vedením porodu a psychickou stránkou této události, kde byla pozornost soustředěna na důležitost rozloučení se. Výzkumná část pomocí kvantitativní výzkumné metody zkoumala jednotlivé služby (ošetřovatelské, informativní) českých nemocnic - porodnic vzhledem k rodičům mrtvě narozeného dítěte.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké služby nabízejí nemocnice pozůstalým rodičům. Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že 74 % odpovídajících nemocnic – porodnic má vypracovaný standard týkající se toho, jak postupovat po porodu mrtvého plodu. Mít v takovýchto náročných situacích dobře proškolený a vzdělaný personál je nesmírně důležité. Je nutné vědět, na co má rodička nárok a co je pro ni dobré. Je důležité vysvětlit jí, jak bude porod probíhat a co bude následovat po něm. Ošetřující personál v těchto situacích čelí velkému emočnímu šoku (rodičů i svému) a musí s ním umět pracovat, rodiče podpořit a být jim oporou.

Na základě předloženého výzkumu se jeví jako pozitivní, že většina odpovídajících nemocnic s porodnickým oddělením se problematice rozloučení s mrtvě narozeným plodem věnuje a je s touto problematikou seznámena. Z výzkumu je ale také patrné, že stále se najdou v České republice porodnice, které se touto problematikou dosud zabývaly jen málo a jejich komunikace k pozůstalým rodičům tedy není úplná. Právě fakt, že porodnické oddělení má důkladně vypracovaný standard, jak postupovat po porodu mrtvého plodu, může práci ošetřujícího zdravotnického personálu velice zkvalitnit. Zkvalitnit se tak může nejenom profesionální práce zdravotnického personálu, ale i kontakt pacient-zdravotník. Zdravotničtí pracovníci budou mít všechny potřebné dokumenty, informace, poučky i morální, etické a psychické dovednosti na jednom místě. Tím pádem budou vědět, že v jejich nemocnici je například dovoleno udělat otisk nožičky, ustříhnout pramínek vlasů či udělat fotografii novorozence jako součást důležitého truchlícího rituálu pozůstalých rodičů. Dále bude jasné,

že mrtvě rozený plod musí být pojmenován a nahlášen na matrice, kde bude vystavený rodný list, který si rodiče vyzvednou. Žena bude informována o délce mateřské dovolené, na kterou má nárok a také rodiče budou vědět, na koho se obrátit, pokud budou žádat o odbornou pomoc, či o pomoc z řad rodičů zasažených stejnou situací. Vždyť právě zajistit pozůstalým rodičům co nejsnadnější cestu, jak se se ztrátou vyrovnat, by mělo být to nejdůležitější.

13 Použitá literatura

1. BINDER, Tomáš. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie*, 2007. č. 2, ročník 11. s. 61-63. ISSN 1801-8750.
2. LASKER, N. Judith, TOEDTER, J. Lori. In: CACCIATORE, Joanne et all. Effects of contact with stillborn babies on maternity anxiety and depression. *Birth*, 2008, č. 4. ročník 35. s. 313-320. ISBN 10-1111.
3. ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007, 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
4. FIRTHOVÁ, Pam. a kol. *Ztráta, změny a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3.
5. GREGORA, Martin, Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3
6. HALÍK, Tomáš. *Stromu zbývá naděje. Krize jako šance*. Praha: Lidové noviny, 2009, 235 s. ISBN 978-80-7106-989-8.
7. HÁJEK, Zdeněk a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
8. KASPARKOVÁ, Pavla, Radka BUŽGOVÁ. Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. *Kontakt*, 2010. č. 4, ročník 12. s. 387-398. ISSN 1212-4117.
9. KASTOVÁ, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, 168 s. ISBN 978-80-7367-800-5.
10. KOHNEROVÁ, Nancy, Alix HENLEYOVÁ. *Když dítě zemře*. 1. vyd. Praha: Triton, 2013, 349 s. ISBN 978-80-7387-643-2.
11. KŘEMENOVÁ, Jana, Helena FREMLOVÁ. Jak eticky zvládnout situaci po porodu mrtvého plodu. In: Binarová, Ivana, Martina Cichá. *Etické aspekty ošetrovatelské péče v teorii a praxi*. Zlín: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů v Brně, 2009, s. 100. ISBN 978-80-7013-514-3.

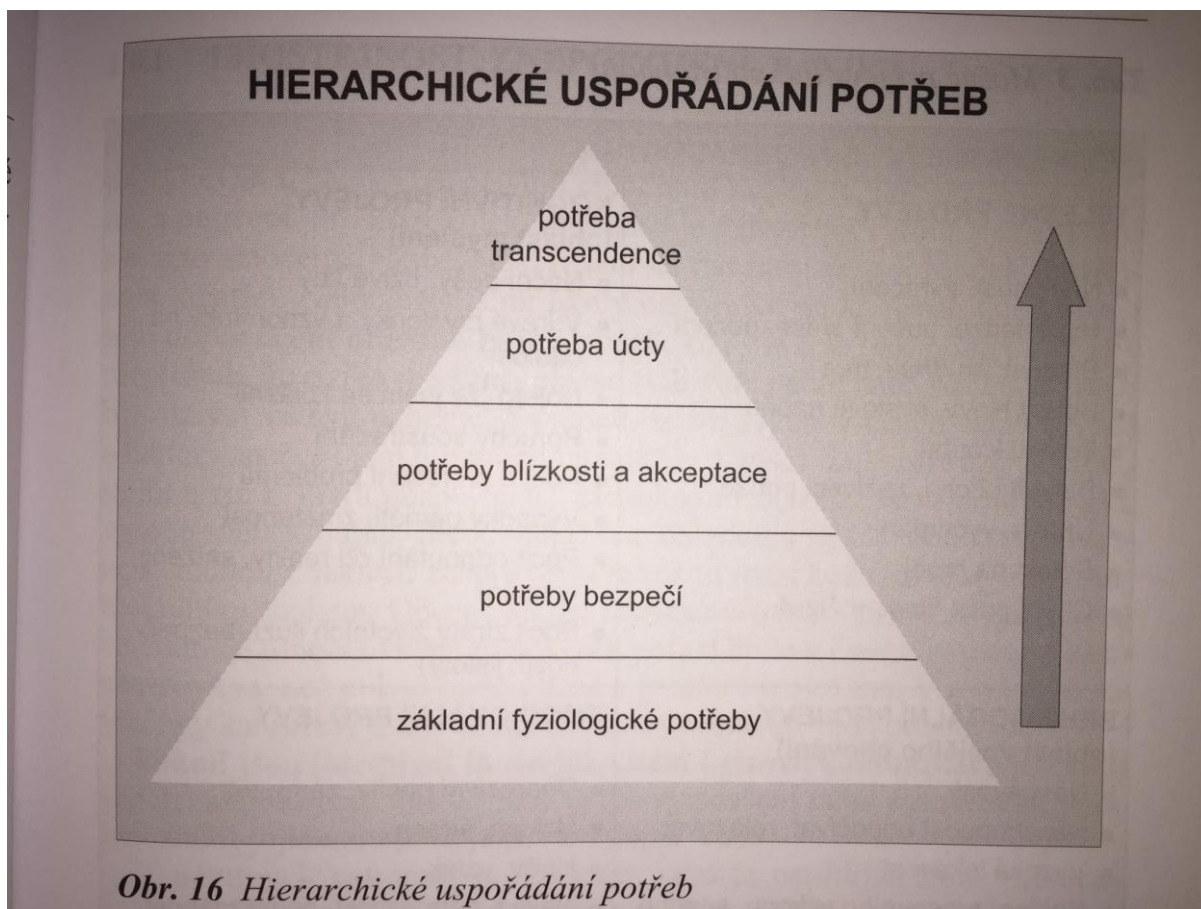
12. KOTRLÝ, Tomáš. K pohřbívání mrtvorozených. *Zdravotnické noviny*, 2012, č. 8. ročník 61. s. 20-23. ISSN 1805-2355
13. MAGYAROVÁ, Gabriela. Podpora rodičů při úmrtí novorozence - naše zkušenosti s aplikací standardu. In: Kalužová, Naděžda, Jana Volná. *V. Mezinárodní symposium ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, s. 145. ISBN 80-7169-031-7
14. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní ateliér Arca s.r.o., 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
15. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Psychosociální péče o ženy po perinatální ztrátě: doporučené intervence porodních asistentek*. 1. vyd. Praha: Dlouhá cesta, 2014, 11 s. ISBN 978-80-260-7134-1.
16. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Psycho-socio-spirituální péče o porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě*. [online] 2015. [cit. 2016-03-16] Disertační práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Školitel: Jiří Beran, Fakulta zdravotně sociální. Dostupné z: <http://theses.cz/id/d1vwzt/Disertan_prce-Ratislavov.pdf>
17. RATISLAVOVÁ, Kateřina, Jiří BERAN. Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes. *Česká gynekologie*, 2010, č. 5. ročník 75. s. 462-466. ISSN 1210-7832
18. SOBOTKOVÁ, Daniela a kol. Narození mrtvého dítěte, perinatální úmrtí. In: Čepický, Pavel. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. Praha: Euroagentur, Levret, 1999, s. 169-172. ISBN 80-238-4740-6.
19. ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015, 143 s. ISBN 978-80-262-0942-3.
20. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011, 200 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
21. ŠTEMBERA, Zdeněk, Petr VELEBIL. Vývoj perinatální úmrtnosti v ČR. *Interní medicína pro praxi*, 2003, č. 3. ročník 5. s. 21-25. ISSN 1212-7299.
22. TAKÁCS, Lea a kol. *Psychologie v perinatální péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-9716-8.

23. VANÍČKOVÁ, Marie. *Problematika péče porodních asistentek o ženy s mrtvým plodem*. [online], 2009. [cit. 2016-04-24] Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce: Vlasta Koudelková. Fakulta zdravotně sociální. Dostupné z: <http://theses.cz/id/jec7ne/downloadPraceContent_adipIdno_13093>.
24. VEGLÁŘOVÁ, Martina, Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.
25. VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 544 s. ISBN 978-80-262-0212-7.
26. VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
27. Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. [online], 2011 [cit. 2016-03-16], Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html>.
28. Zákon č. 297/2012 Sb. Vyhláška o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého, způsobu jeho vyplňování a předávání místům určení, a o náležitostech hlášení ukončení těhotenství porodem mrtvého dítěte, o úmrtí dítěte a hlášení o úmrtí matky. [online], 2012 [cit. 2016-03-16], Dostupné z: <<https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?k=2&dx=20151221>>.

Seznam příloh

Příloha A– <i>Maslowova pyramida potřeb</i>	71
Příloha B– <i>Použitý dotazník</i>	72

Příloha A – Maslowova pyramida potřeb



Obr. 16 Hierarchické uspořádání potřeb

Obrázek 21 Maslowova pyramida potřeb (Vymětal, 2009, s. 70)

Příloha B – Použitý dotazník

Dotazník

Vaši odpověď prosím zakroužkujte

1) V jakém kraji České republiky se nachází nemocnice s porodnicí, v níž pracujete?

- Jihočeský
- Plzeňský
- Karlovarský
- Liberecký
- Ústecký
- Pardubický
- Královéhradecký
- Středočeský
- Praha
- Vysočina
- Jihomoravský
- Moravskoslezský
- Olomoucký
- Zlínský

2) Počet mrtvě rozených novorozenců ve Vaší porodnici za uplynulý rok 2014?

- Prosím uveďte počet.....

3) Informuje lékař pozůstalé rodiče o možnosti pohřbení dítěte (po pitvě)?

- Ano

- Ne

Pokud jste zvolila možnost ANO, pokračujte otázkou číslo 5. Pokud jste zvolila možnost NE, pokračujte následující otázkou číslo 4.

4) Informuje lékař rodiče o dalším naložení s tělem novorozence?

- Ano

- Ne

5) Je rodičům sděleno, že od předání Listu o prohlídce zemřelého jim běží 96hodinová lhůta na zařízení pohřbu?

- Ano

- Ne

6) Informuje lékař rodiče o nutnosti vykonání posmrtné pitvy?

- Ano

- Ne

7) Je rodičům vysvětlena možnost odmítnutí pitvy?

- Ano

- Ne

8) Jsou rodičům sděleny výsledky pitvy?

- Ano

- Ne

9) Pokud rodiče vysloví zájem o pojmenování novorozence, je jim to dovoleno?

- Ano

- Ne

10) Vysloví-li rodiče zájem rozloučit se s novorozencem na porodnickém oddělení podle svých přání a představ, je jim vyhověno?

- Ano

- Ne

Pokud jste zvolila možnost ANO, pokračujte otázkou číslo 11. Pokud jste zvolila možnost NE, pokračujte následující otázkou číslo 17.

11) Mohou rodiče na dítě sahat?

- Ano
- Ne
- Pouze za přítomnosti porodní asistentky

12) Držet ho v náručí?

- Ano
- Ne
- Pouze za přítomnosti porodní asistentky

13) Vyfotit si ho?

- Ano
- Ne
- Pouze za přítomnosti porodní asistentky

14) Být s ním o samotě?

- Ano
- Ne

15) Udělat si otisk nožičky?

- Ano
- Ne
- Pouze za přítomnosti porodní asistentky

16) Ustříhnout si pramínek vlasů?

- Ano
- Ne
- Pouze za přítomnosti porodní asistentky

17) Informuje porodní asistentka matku o mateřské dovolené?

- Ano
- Ne

18) Je rodičům ještě na porodním sále nabídnut psycholog?

- Ano
- Ne

19) Jsou rodiče informováni o nutnosti vyzvednutí si Rodného listu na příslušné matrice?

- Ano
- Ne

20) Je rodičům doporučeno nějaké sdružení v okolí jejich bydliště zabývající se problematikou zemřelých novorozenců?

- Ano
- Ne

21) Má porodnické oddělení vypracovaný standard, jak postupovat po porodu mrtvého plodu?

- Ano
- Ne

Pokud jste zvolila možnost ANO, pokračujte prosím otázkou č 23. Pokud jste zvolila možnost NE, pokračujte prosím v otázce číslo 22.

22) Myslíte si, že by byl standard potřeba?

- Ano
- Ne

23) Připomínky, zajímavosti k danému tématu:

.....
.....
.....