

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021/2022

Bc. Kristýna Čapková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Připravenost porodní asistentky z hlediska psychosociální péče v průběhu porodu
mrtvého plodu

Diplomová práce

2021/2022

Bc. Kristýna Čapková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Kristýna Čapková**
Osobní číslo: **Z20371**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Téma práce: **Připravenost porodní asistentky z hlediska psychosociální péče v průběhu porodu mrtvého plodu**
Téma práce anglicky: **Midwife's readiness for psychosocial care during stillbirth**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

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

Seznam doporučené literatury:

1. HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol. *Porodnictví*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
2. KOHNEROVÁ, N. a A. HENLEYOVÁ. *Když dítě zemře*. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-643-2.
3. RATISLAVOVÁ, K. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály a rozloučení, proces truchlení a vyrovnání se se ztrátou*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-4.
4. RATISLAVOVÁ, K. *Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě*. Čes- ké Budějovice, 2015. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.
5. TAKÁCS, L., D. SOBOTKOVÁ, L. ŠULCOVÁ a kol. *Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishnig, 2015. ISBN 978-80-247-9715-1.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Adéla Michková, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **28. dubna 2022**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. Března 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Přípravenost porodní asistentky z hlediska psychosociální péče v průběhu porodu mrtvého plodu jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 23. 04. 2022

.....

Bc. Kristýna Čapková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych na tomto místě chtěla především poděkovat vedoucí diplomové práce paní Mgr. Adéle Michkové, Ph.D., která mi poskytla cenné rady a zkušenosti v rámci zpracování této nelehké problematiky. Také bych chtěla ocenit její trpělivost, vynaložený čas k posuzování mé práce a ochotu pomoci. Mé poděkování také patří porodním asistentkám, které byly ochotny mi věnovat čas k vyplnění dotazníku, vedení daných nemocničních zařízení, které mi umožnilo průzkum k diplomové práci vykonat. Neměla bych opomenout poděkovat své rodině a přáteli, kteří mě plně podporovali po dobu mého studia.

Bc. Kristýna Čapková

ANOTACE

V teoretické oblasti diplomové práce je zpracována problematika psychosociálních intervencí poskytované porodní asistentkou v celém průběhu porodu mrtvého plodu až po následnou hospitalizaci na lůžkovém oddělení. V související perinatální ztrátou je blíže specifikován proces truchlení a vyrovnání se se ztrátou. Poslední kapitola je zaměřena na profesní přípravu porodních asistentek v oblasti perinatální péče.

Hlavním cílem průzkumné části bylo zjistit, zda jsou porodní asistentky připraveny z hlediska psychosociální péče na situaci spojenou s perinatální ztrátou. Tato skutečnost byla zkoumána a následně ověřena kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Perinatální ztráta, psychosociální intervence, porodní asistentka, truchlení

TITLE

Midwife's readiness for psychosocial care during stillbirth

ANNOTATION

In the theoretical area of the diploma thesis, the issue of psychosocial interventions provided by the midwife throughout the delivery of the stillbirth to the subsequent hospitalization in the inpatient department is dealt with. In the related of the perinatal loss is specifies the process of mourning and coping with the loss. The last chapter is focused on the professional training of midwives in the field of perinatal care.

The main goal of the research part was to find out whether the midwives are prepared in terms of psychosocial care for the situation associated with perinatal loss. This fact was investigated and subsequently verified by a quantitative method using a questionnaire survey.

KEYWORDS

Perinatal loss, psychosocial intervention, midwife, mourning

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl a metody práce	14
1.1 Hlavní cíl průzkumné části diplomové práce.....	14
1.1.1 Dílčí cíle.....	14
1.1.2 Hlavní průzkumná otázka	14
1.1.3 Specifické průzkumné otázky.....	14
1.2 Hlavní cíl teoretické roviny diplomové práce	14
1.3 Metody k dosažení cíle.....	15
2 Syndrom mrtvého plodu	16
2.1 Perinatální mortalita	16
2.2 Příčiny nitroděložního úmrtí	17
2.3 Diagnostika	19
2.3.1 Subjektivní příznaky	19
2.3.2 Objektivní příznaky	19
2.4 Komplikace syndromu mrtvého plodu.....	20
2.5 Doporučené intervence vyšetření u ženy s mrtvým plodem	20
2.6 Preventivní opatření před vznikem komplikací	20
2.7 Preindukce/ indukce porodu.....	21
2.8 Tlumení bolesti a vedení porodu.....	21
2.9 Poporodní vyšetření matky a plodu.....	22
3 Komplexní péče porodní asistentky o ženu v průběhu porodu mrtvého plodu a následné hospitalizace.....	24
3.1 Sdělení špatné zprávy rodiče	25
3.1.1 Další postup po sdělení diagnózy	26
3.2 Příjem těhotné ženy k hospitalizaci.....	27

3.3	Péče porodní asistentky z hlediska psychické podpory a komunikace v I. době porodní	28
3.3.1	Ošetřovatelská péče porodní asistentky v I. době porodní	29
3.3.2	Shrnutí.....	29
3.4	Péče porodní asistentky ve II. době porodní	30
3.5	Péče porodní asistentky ve III. a IV. době porodní.....	30
3.6	Rituály a upomínky	31
3.6.1	Vliv kontaktu s mrtvým dítětem na psychický stav ženy	31
3.6.2	Právní problematika rozloučení se zemřelým.....	32
3.6.3	Postoj k rituálům z hlediska zdravotnického personálu.....	32
3.6.4	Prostředí pro vytvoření rituálu	33
3.6.5	Možnosti rituálů a upomínek na dítě	33
3.6.6	Pojmenování dítěte	35
3.7	Péče porodní asistentky o ženu během hospitalizace v šestinedělí.....	35
3.7.1	Zástava laktace po perinatální ztrátě.....	36
3.7.2	Specifika komunikace a psychologické pomoci ženě v průběhu hospitalizace na oddělení	37
3.8	Propuštění do domácí péče.....	38
3.9	Podpůrné svépomocné skupiny jako psychosociální pomoc	39
4	Truchlení.....	40
4.1	Určující determinanty zármutku v souvislosti perinatální ztráty	40
4.2	Fáze truchlení	41
4.3	Truchlení v domácím prostředí	43
4.3.1	Partner ženy/ otec dítěte.....	43
4.3.2	Sourozenci	44
4.3.3	Prarodiče, přátelé, známý.....	44
4.4	Abnormality v procesu truchlení.....	45
4.5	Péče porodní asistentky v době truchlení.....	46

5	Problematika sociálně-právní	48
5.1	List o prohlídce zemřelého a vystavení rodného listu.....	48
5.2	Pohřeb dítěte.....	48
5.3	Peněžité podpora v mateřství a mateřská dovolená	49
5.4	Porodné, otcovská dovolená, ošetřovné, pracovní neschopnost, rodičovská dovolená a příspěvek	50
6	Podpora, rozvoj kompetencí a vzdělání porodní asistentky v oblasti perinatální péče	51
6.1	Přiblížení problematiky supervize.....	51
6.2	Zásady supervize	52
6.3	Supervize v ČR	52
6.4	Duševní hygiena.....	53
6.5	Vzdělávání v psychosociální oblasti v rámci perinatální péče.....	54
	Průzkumná část.....	55
7	Metodika průzkumné práce	55
7.1	Operacionalizace pojmů na průzkumné cíle a otázky.....	56
7.2	Sběr dat pro průzkumné šetření.....	57
7.3	Charakteristika a výběr průzkumného souboru pro kvantitativní průzkum.....	58
7.4	Analýza dat a jejich vyhodnocení	62
8	Prezantace výsledků z dotazníkového šetření.....	63
8.1	Znalosti porodních asistentek o psychosociálních intervencí	63
8.2	Shrnutí znalostních otázek	75
8.3	Hodnocení spokojenosti porodních asistentek z hlediska odborné psychosociální připravenosti v rámci perinatální ztráty	76
8.4	Shrnutí spokojenosti porodních asistentek z hlediska odborné psychosociální připravenosti v rámci perinatální ztráty	82
8.5	Způsob přípravy v rámci celoživotního vzdělávání související s perinatální ztrátou	85
8.6	Shrnutí způsobu přípravy v rámci celoživotního vzdělávání.....	88
8.7	Odpověď na hlavní průzkumný cíl práce	90

9	Diskuze	91
9.1	Znalostní otázky dotazníkového šetření	91
9.1.1	Přednostní vyšetření těhotné ženy	91
9.1.2	Zásady při sdělení diagnózy	91
9.1.3	Umožnění odchodu těhotné ženy do domácího prostředí.....	92
9.1.4	Vhodné označení mrtvého plodu v komunikaci s rodiči	93
9.1.5	Tvorba individuálního porodního plánu	93
9.1.6	Oblasti péče zahrnuté v porodním plánu	94
9.1.7	Odlíšné označení porodního boxu/pokoje	95
9.1.8	Potřeba přítomnosti blízké osoby	95
9.1.9	Potřebné informace v průběhu perinatální ztráty.....	96
9.1.10	Rituály sloužící k rozloučení	97
9.1.11	Tvorba upomínek na zemřelé dítě	98
9.1.12	Podpůrné organizace	99
9.2	Subjektivní zhodnocení připravenosti PA.....	100
9.2.1	Komunikace se ženou/párem	100
9.2.2	Poskytování psychické opory rodičům	100
9.2.3	Ponechání dostatečně dlouhého času	100
9.2.4	Sociální problematika perinatální ztráty	101
9.3	Způsob celoživotního vzdělávání v rámci perinatální ztráty	102
9.3.1	Zajištění odborné připravenosti	102
9.3.2	Možnosti podpory v rámci zvládnání psychické zátěže	103
10	Doporučení pro praxi	105
11	Závěr	107
12	Seznam literatury	109
12.1	Primární zdroje literatury	109
12.2	Sekundární zdroje literatury	109

12.3	Internetové zdroje	110
12.4	Odborné články	112
12.5	Ostatní zdroje.....	113
13	Přílohy.....	115

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Věkové kategorie.....	59
Obrázek 2 – Délka praxe na porodním sále.....	60
Obrázek 3 – Zajištění péče o ženu se syndromem mrtvého plodu.....	61
Obrázek 4 – Zásadní oblasti při sdělení nepříznivé diagnózy.....	64
Obrázek 5 – Umožnění odchodu ženy po sdělení diagnózy do domácího prostředí.....	65
Obrázek 6 – Důvod ano.....	65
Obrázek 7 – Vhodné označení mrtvého plodu v komunikaci s těhotnou ženou/párem.....	66
Obrázek 8 – Vhodnost nabídnutí individuálního porodního plánu při příjmu k hospitalizaci...	67
Obrázek 9 – Oblasti péče/přání ženy jako součást porodního plánu.....	68
Obrázek 10 – Vhodnost odlišného označení porodního boxu/pokoje.....	68
Obrázek 11 – Důvod ano.....	69
Obrázek 12 – Důvod ano.....	70
Obrázek 13- Vhodné informace sdělené v případě perinatální ztráty.....	70
Obrázek 14 – Rituální možnosti sloužící k rozloučení se s dítětem.....	71
Obrázek 15 – Vhodné vzpomínky na zemřelé dítě.....	72
Obrázek 16 – Znalost podpůrných organizací pomáhající v případě perinatální ztráty.....	74
Obrázek 17 - Míra spokojenosti s odbornou psychosociální připraveností v rámci perinatální ztráty.....	76
Obrázek 18 – Komunikace se ženou/ párem.....	77
Obrázek 19 – Poskytování psychické opory rodičům.....	77
Obrázek 20 – Ponechání času na rozmyšlenou.....	78
Obrázek 21 - Odborné znalosti ohledně perinatální problematiky.....	79
Obrázek 22 – Informace o podpůrných organizací.....	79
Obrázek 23 – Předávání informací o pohřbu dítěte.....	80
Obrázek 24 – Předávání informací ohledně zápisu do matriky.....	80
Obrázek 25 - Osobní vyrovnání se s psychickou zátěží.....	81
Obrázek 26 – Způsob zajištění odborné připravenosti.....	85
Obrázek 27 – Získávání informací o vzdělávacích akcích.....	86
Obrázek 28 – Možnosti podpory k zvládnání psychické zátěže.....	86
Obrázek 29 – Přínosnost využití psychologické podpory.....	87

Tabulka 1 – Statistické ukazatele věkového rozmezí.....	59
Tabulka 2 – Statistické ukazatele délky praxe.....	60
Tabulka 3 – Výsledné shrnutí úspěšnosti porodních asistentek ve znalostních otázkách.....	75
Tabulka 4 – Výsledné shrnutí subjektivní spokojenosti s odbornou připraveností.....	82
Tabulka 5 – Shrnutí průměrné subjektivní připravenosti PA v jednotlivých oblastech péče...	83
Tabulka 6 – Porovnání objektivní a subjektivní připravenosti PA.....	84
Tabulka 7 – Souhrn výsledků z dotazníkových otázek č. 18 a 19.....	88
Tabulka 8 – Souhrn výsledků z dotazníkových otázek č. 20 a 21.....	89

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CRP	C-reaktivní protein
ČR	Česká republika
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulace
DM	Diabetes mellitus
DVB	Dirupce vaku blan
IUGR	Intrauterinní růstová retardace
PA	Porodní asistentka
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VVV	Vrozené vývojové vady
WHO	World Health Organization

ÚVOD

Smrtí dítěte nastává nejbolestnější situace života, na kterou se člověk nikdy nemůže dostatečně připravit. Není tomu jinak ani v případě ztráty ještě nenarozeného dítěte. Partnerům, kteří se po celou dobu těhotenství těšili na příchod nového člena rodiny, připravovali se na rodičovskou roli, plánovali a snili o životě svého dítěte, se rázem změnil svět. Radostný příchod miminka vystřídal smutek, bolest, hněv a beznaděj.

Perinatální ztráta představuje nesmírně psychicky náročnou situaci nejen pro nastávající rodiče, ale i pro pečující personál, především pro porodní asistentky. Právě porodní asistentka, je osobou velmi důležitou v této oblasti. Poskytuje rodičům péči a podporu v celém průběhu porodu, od sdělení diagnózy až po následnou hospitalizaci. Je v nejintimnějším kontaktu s rodiči, se kterými spolu sdílí prožívané emoce. Je osobou, na kterou se rodiče obrací s osobním přáním a řadou jimi nezodpovězených dotazů. Svým přístupem napomáhá rodičům přirozeně zvládnout proces truchlení. Na porodní asistentku, jsou tedy kladeny vysoké nároky nejen v oblasti poskytování ošetrovatelské činnosti, ale především v oblasti psychosociální, včetně komunikačních dovedností.

Z vyplývajících statistických ukazatelů se ČR právem řadí mezi země s nejnižší prevalencí mrtvorozenosti na světě. Je to dáno vysoce kvalitní péčí poskytované na úrovni tělesné oblasti. Bohužel, ale každý rok se v ČR narodí okolo 400 mrtvě rozených dětí (ÚZIS 2021). Přestože, je to poměrně nízké číslo, o to více je potřeba být na tuto skutečnost připraven.

Ve druhé polovině 20. století v ČR byla oblast psychosociální péče velmi opomíjena. Z řad výzkumů, které postupem času probíhaly, je pomalu patrný trend měnící se ho přístupu v této oblasti. Aby zdravotnický personál mohl poskytovat kvalitní péči rodičům v situaci perinatální ztráty, je nutností, aby čerpal ze zahraničních zkušeností, své dosavadní znalosti a vědomosti prohluboval celoživotním vzděláváním, poskytoval péči založenou na vědeckých důkazech, k rodičům přistupoval individuálně holistickým přístupem s respektem jejich postoje a přání. Jedině tak, je možné poskytovat vysoce profesionální péči, v tak nelehké situaci, kterou s sebou perinatální ztráta přináší.

Teoretická rovina diplomové práce věnuje pozornost především psychosociálním aspektům poskytované péče porodní asistentkou v průběhu porodu mrtvého dítěte. Právě tato opomíjená oblast je náročnou, ale především nesmírně důležitou součástí péče, která by měla být neustále rozvíjena. S problematikou perinatální ztráty úzce souvisí pojem truchlení, který

v teoretické části také není opomenut. V závěru práce je přiblížena problematika vzdělávání a nutné podpory, která by měla být nezbytnou součástí profesionální přípravy porodních asistentek v náročné situaci, kterou perinatální ztráta přináší.

Cíl průzkumné části diplomové práce vycházel z osobního zájmu, získat širší povědomí o odborné psychosociální připravenosti porodních asistentek v případě perinatální ztráty, která je jednoznačně řazena mezi nenáročnější situaci v rámci vykonávání této profese. Proto cíl, který byl stanoven, zjišťoval skutečnost, zda jsou porodní asistentky připraveny z hlediska psychosociálního, poskytovat péči rodičům v situaci perinatální ztráty. Tato skutečnost byla zkoumána a následně ověřena kvantitativní metodou dotazníkové šetření.

Vést porod mrtvého dítěte, být psychicky pevnou oporou rodičům v této nelehké a velmi traumatizující chvíli života, je i pro samotné porodní asistentky nesmírně náročné. Každá tato zkušenost je velmi osobitá, nelze se na ní vždy a stoprocentně připravit. Ale celoživotním rozvíjením vědomostí a zkušeností, je jistější, že poskytovaná péče bude kvalitnější a sebejistější. Důvodem výběru tohoto tématu bylo nejen získat více vědomostí, ale i načerpat zkušenosti od ostatních kolegyň, díky čemuž bych mohla získat hodnotnější připravenost na tuto situaci.

„Jsou ztráty, se kterými se nikdy nesmíříme“

Lauren Oliver.

1 CÍL A METODY PRÁCE

Z monografie od Ratislavové (2016, s. 173) vyplývá, že pro zdravotnický personál je péče o ženu v rámci perinatální ztráty velmi psychicky obtížná a velmi často jsou si v této situaci nejistí. Zjištění této skutečnosti se stalo jedním z důvodů stanovení následujícího cíle průzkumné části diplomové práce.

1.1 Hlavní cíl průzkumné části diplomové práce

Hlavním průzkumným cílem diplomové práce bylo zjistit, zda jsou porodní asistentky z hlediska psychosociální péče připraveny na situaci související s perinatální ztrátou.

Prostřednictvím dílčích cílů byl zjišťován hlavní cíl průzkumné části.

1.1.1 Dílčí cíle

1. Zjistit úroveň dosavadních znalostí porodních asistentek z hlediska poskytované psychosociální péče v rámci perinatální ztráty.
2. Zjistit způsob, jakým se na tuto problematiku v rámci celoživotního vzdělávání připravují.
3. Prozkoumat, zda svou připravenost z hlediska perinatální ztráty považují za dostačující.

Následují průzkumné otázky, byly zformulovány na základě stanovených dílčích cílů, které jsou odpovědí na určený hlavní průzkumný cíl.

1.1.2 Hlavní průzkumná otázka

Jaká je připravenost porodních asistentek z hlediska psychosociální péče v situaci související s perinatální ztrátou?

1.1.3 Specifické průzkumné otázky

1. Jaká je úroveň dosavadních znalostí porodních asistentek z hlediska psychosociální péče v rámci perinatální ztráty?
2. Jakým způsobem se porodní asistentky připravují na problematiku perinatální ztráty v rámci celoživotního vzdělávání?
3. Jak moc považují svojí odbornou připravenost z hlediska perinatální ztráty za dostačující?

1.2 Hlavní cíl teoretické roviny diplomové práce

Hlavním cílem teoretické roviny diplomové práce bylo především přiblížit problematiku psychosociálních intervencí v případě perinatální ztráty, které rodičům poskytuje porodní

asistentka od sdělení nepříznivé diagnózy, v celém průběhu porodu, až po následnou hospitalizaci na lůžkovém oddělení.

1.3 Metody k dosažení cíle

Základním předpokladem poznání dané problematiky, bylo seskupení aktuálně dostupné odborné literatury, zabývající se problematikou perinatální ztráty a s ní související témata. Teoretická rovina diplomové práce byla zpracována na základě prostudování tištěných i online dostupných odborných publikací a článků.

Problematika perinatální ztráty je velice obsáhlým tématem, kterému se dlouhodobě v ČR věnuje Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D. Její publikace jsou tedy stěžejními a cennými literárními zdroji, ze kterých bylo při psaní teoretické části diplomové práce primárně vycházeno. Neboť při psaní publikace autorka čerpala z vlastních zkušeností, z nejnovějších poznatků a výsledků výzkumů i ze subjektivních zkušeností rodičů, kteří perinatální ztrátu prožili. Dalšími zdroji informací, bylo studium odborných domácích i zahraničních článků. Tvrzení, která byla v práci uvedena, jsou podložena výsledky realizovaných výzkumů ať již domácích či zahraničních. Použitá statistická data byla uvedena na základě uveřejněných údajů z národního Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Potřebné informace byly získávány z tištěných i internetových zdrojů. Velmi cennými zdroji informací se staly i odborné konzultace vedoucí diplomové práce Mgr. Adélou Michkovou, Ph.D.

K dosažení stanoveného výzkumného cíle, byla využita kvantitativní metoda výzkumu na základě nestandardizovaného dotazníkového šetření vlastní konstrukce. Vytvoření dotazníku bylo provedeno po prostudování výše zmíněné odborné literatury, výsledků výzkumů i jiných diplomových a disertačních prací řešící podobné téma. Odborné konzultace s vedoucí práce přispěly k sestavení otázek v dotazníkovém šetření, čímž byla posouzena kvalita, adekvátnost a pochopitelnost stanovených otázek.

TEORETICKÁ ČÁST

Následující teoretická rovina práce je členěna do 5 kapitol. Kapitola druhá je zaměřena na obecný úvod do problematiky syndromu mrtvého plodu z hlediska medicínského, včetně definice základních pojmů perinatální ztráty. Třetí kapitola práce je stěžejní oblastí teoretické roviny, přinášející ucelený přehled psychosociálních intervencí porodní asistentky v celém průběhu porodu mrtvého dítěte až po následnou hospitalizaci na lůžkovém oddělení. V této kapitole nejsou opomenuty rituály sloužící k rozloučení se se zemřelým dítětem, ani důležitost podpůrných svépomocných skupin v případě perinatální ztráty. Následující kapitola je věnována problematice truchlení a vyrovnání se ztrátou. Pátá kapitola práce věnuje pozornost sociálně právním otázkám vztahující se k této problematice. Poslední šestá kapitola poskytuje informace o profesní přípravě porodních asistentek, včetně jejich podpory a vzdělávání v oblasti perinatální péče.

2 SYNDROM MRTVÉHO PLODU

V květnu roku 2016 byl v České republice novelizován zákon 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách k jejich poskytování, který dle doporučení World Health Organization (WHO) určuje hranici mezi potratem a porodem. Definice syndromu mrtvého plodu je tedy dle § 82 odstavce 2 tohoto zákona následující. Jedná se o všechna úmrtí v průběhu těhotenství i za porodu, kdy je plod vypuzen či vyňat z těla matčina a pokud po porodu plod nevykazuje ani jednu ze známek života (srdeční akce, dýchací a svalové pohyby, křik) a jeho porodní hmotnost je více než 500 gramů, jedná se o porod mrtvého plodu. Nelze-li zjistit hmotnost plodu, musí se stanovit gestační stáří plodu, které má být ≤ 22 . týden gravidity, nejsou-li k dispozici důvěryhodné informace o gestačním stáří plodu, poté je vycházeno z délky plodu od temene k patě, což by mělo být 25 cm a více (Klikarová, 2014, str. 121; Ratislavová, 2016, str. 9-10).

2.1 Perinatální mortalita

Perinatální úmrtnost (perinatal mortality death rate) je termín, který sjednocuje pojmy mrtvorozenost a časnou novorozeneckou úmrtnost. Z termínu tedy vyplývá, že se jedná o součet mrtvě narozených dětí a zemřelých do 7. dne života po narození, připadajících na 1000 živě narozených dětí v daném roce. Úroveň perinatální úmrtnosti se mezinárodně využívá jako statistický ukazatel v porodnictví, který slouží k porovnání kvality perinatální péče v jednotlivých zemích. Česká republika se díky vysoké kvalitě péče zdravotnického personálu poskytované těhotným ženám, rodičkám a novorozencům, řadí mezi země s nejnižší perinatální

úmrtností ve světě, která v roce 2019 dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS, 2021) činila 4,54 ‰ (Ratislavová, 2016, s. 9-10).

Jak uvádí Ratislavová (2016, s. 10) mrtvorozenost (fetal death rate) vyjadřuje počet mrtvě narozených dětí na 1000 živě narozených dětí během jednoho roku. Dle statistických údajů z roku 2019 (ÚZIS ČR, 2021) činila mrtvorozenost v ČR 3,57 ‰. Což znamená, že se narodilo 402 mrtvě narozených dětí za daný kalendářní rok. Oproti předešlému roku zaznamenáváme mírný nárůst. Jen pro představu v roce 2017 byla mrtvorozenost v ČR 3,00 ‰, ve srovnání s Francií, kde mrtvorozenost dosáhla 11,8 promile (WHO EUROPE, 2018).

Časnou novorozeneckou úmrtností (early neonatal death rate) se rozumí, počet živě narozených dětí, které zemřou do 7. dne po jejich narození, připadajících na 1000 živě narozených dětí. Aktuální statistická informace z roku 2019 (ÚZIS, 2021) přinesla velmi uspokojivý výsledek. V ČR v daný rok byla časná novorozenecká úmrtnost 0,95 ‰. V současnosti mají největší podíl na časnou novorozeneckou úmrtnost, předčasné porody. Od roku 2002 výskyt předčasných porodů v ČR mírně narůstá. Dle ÚZIS (2021) bylo předčasně narozeno mezi 8-9 tisíc dětí. V tomto spojení je nutné zmínit, že v 70 % se předčasné porody podílejí na perinatální mortalitě i morbiditě. Roztočil (2017, s. 246-247) uvádí, že v 50 % nelze příčinu předčasného porodu identifikovat, ovšem mezi průkazné příčiny předčasného porodu patří: urogenitální infekce, inkompetence hrdla děložního, uteroplacentární ischemie, abrupce placenty, stres matky, oligohydramnion, hypoxie plodu či nadměrná distenze dělohy. I přes stále se vyvíjející prenatalní diagnostiku, mají znatelný podíl na perinatální úmrtnosti také vrozené vývojové vady (VVV) plodu, které dle údajů z ÚZIS (2015) v roce 2013 tvořily 29,4 % úmrtí novorozenců (Ratislavová, 2016, s. 11-12; Roztočil a kol., 2017, s. 245).

2.2 Příčiny nitroděložního úmrtí

I když je těhotenství bráno jako fyziologický děj, v jeho průběhu se může rozvinout nespočetně rizik, které mohou ohrozit zdraví i život matky a plodu. Proto je celý průběh těhotenství podroben důkladným kontrolám. Ovšem i přes rozvoj, který v prenatalní diagnostice nadešel, není možné ve většině případech předvídat intrauterinní smrt plodu. Jen v případech, jedná-li se o velmi závažnou VVV či hydrops plodu. Nejčastěji ale k intrauterinní smrti plodu dochází nečekaně a příčina se dle Hájka (2014, s. 434) ve 20-50 % s jistotou neprokáže (Binder, 2007, s. 61-62; Roztočil, 2017, s. 120).

Hájek (2014, s. 434) ve své publikaci rozděluje příčiny nitroděložního úmrtí plodu do tří kategorií, a to na příčiny ze strany matky, ze strany plodu, příčiny placentární a pupečnickové.

Ratislavová (2016, s. 10) uvádí, že také existuje rozdělení příčin úmrtí plodu podle možnosti jejich odvrácení. Jedná se o příčiny odvrátitelné (př. hypertenze a DM matky, intrauterinní růstová retardace), obtížně odvrátitelné (př. infekce, sepse) a neodvrátitelné (masivní abrupce placenty, závažné VVV plodu, úrazy a nehody).

a) Mateřské příčiny

Mezi mateřské příčiny vedoucí ke smrti plodu se nejčastěji řadí preeklampsie, eklampsie a HELLP syndrom, dále diabetes mellitus (DM), kardiovaskulární a hepatické choroby matky či abúzus drog (Hájek, 2014, s. 434).

b) Fetální příčiny

Mezi příčiny ze strany plodu jsou nejčastěji zahrnuty chromozomální aberace, které smrt plodu způsobují ve frekvenci 5-8 %, dále bakteriální či virové infekce, podílející se na úmrtí plodu okolo 10 %, strukturální malformace ve 12-20 %, hydrops plodu či syndrom fetofetální transfúze u dvojčat. Nejčastějšími podněty vyvolávající infekční onemocnění patří kromě známé GBS infekce, sexuálně přenosné choroby či parvovirus B19 (Hájek, 2014, s. 434-435).

c) Příčiny placentární a pupečnickové

Insuficience placenty, placenta praevia, chorioamnionitida, které bývají posléze příčinou abrupce placenty, patří mezi závažné příčiny ze strany placenty. Mezi nejobávanější porodnickou komplikaci, která vede k intrauterinnímu úmrtí plodu je již zmíněná masivní abrupce placenty, podílející se na úmrtí plodu v 8-20 %. Strangulace pupečnicku, trombóza cév, výhřez pupečnicku, pravé i nepravé uzle jsou nejčastější příčinou smrti plodu z hlediska nepravidelností pupečnicku, které jsou obtížně detekovatelné, ultrazvukovou diagnostikou v antepartálním období (Hájek, 2014, s. 434; Klikarová, 2014, s. 125).

K nitroděložnímu úmrtí plodu může dojít antepartálně, kdy se riziko v průběhu těhotenství mění, tak i intrapartálně. Ovšem v současnosti, pomocí monitorovací techniky, se výskyt úmrtí intrapartum objevuje velmi ojediněle, neboť se podařilo snížit mrtvorozenost o 95 %. Také se podařilo snížit úmrtnost z hlediska Rh izoimunizace (redukce mrtvorozenosti o 95 %), v případech IUGR i z příčin placentární insuficience. Co se týče antenatálního úmrtí plodu v souvislosti s intraamniální infekcí a abrupcí placenty, se toto procento stále nepodařilo snížit (Hájek, 2014, s. 434; Klikarová, 2014, s. 121).

2.3 Diagnostika

Diagnóza, jako syndrom mrtvého plodu, vzniklo z důvodu, že v průběhu těhotenství a porodu mohou nastat komplikace, které velmi závažně ohrožují zdravotní stav i život matky (Hájek, 2014, s. 434).

2.3.1 Subjektivní příznaky

Odebrání anamnestických dat patří mezi základní diagnostický nástroj. Nejčastější pohnutkou, kdy žena vyhledá odbornou pomoc lékaře, je snížená intenzita a frekvence pohybů plodu či jejich úplné vymizení (Klikarová, 2014, s. 122). Pokud se jedná o fyziologický průběh těhotenství, pak by měla být frekvence pohybů plodu ve třetím trimestru okolo 10 epizod za 12 hodin (Koucký, 2006, s. 7). I když je dle Kučery (2000, s. 63) tento údaj brán jako relativně nepřesný, kvůli určitému stupni percepce ženy, je důležité zmíněné pocity nebagatelizovat a ženám naslouchat, byť se může zdát, že vyjadřují iracionalitu. Protože jak uvádí Ratislavová (2016, s. 38), existují ženy, které před jasným stanovením diagnózy, předem pociťovaly buď ohrožení, úzkost či měly představu, že něco není v pořádku. Také bylo ze zahraničních studií zjištěno, že 50 % žen, které měly zkušenost s porodem mrtvého plodu, později přiznaly, že při zaznamenání snížené frekvence pohybů plodu, vyčkaly více jak 24 hodin, než vyhledaly odbornou lékařskou pomoc. Z tohoto důvodu je podstatné edukovat těhotné ženy, aby na vyšetření nečekaly do druhého dne (Ratislavová, 2016, s. 39). Velmi častým důvodem navštívení lékaře bývá zakrvácení v různé míře, masivní fluor i počínající kontraktilita dělohy. Žena zpravidla udává i alteraci celkového zdravotního stavu (zvýšenou vyčerpanost, subfebrilii), někdy i snížené napětí prsů, pokud došlo k úmrtí plodu před delší dobou (Hájek, 2014, s. 435).

2.3.2 Objektivní příznaky

Pokud žena udává pocit snížené intenzity pohybů plodu nebo jejich vymizení, je vždy na prvním místě ověření přítomnosti ozev plodu. Ať už se jedná o kontrolu stetoskopem, dopplerovskou sondou nebo monitorací kardiokografem. Nejprůkaznějším stanovením diagnózy, zůstává ultrazvukové vyšetření, při kterém lékař potvrdí asystolii a dilataci srdce plodu. Dle Roztočila (2017, s. 209) by u stanovení diagnózy měli být přítomni dva porodníci, z nichž jeden má specializovanou způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví. Pokud se jedná o úmrtí delší než sedm dnů, je patrné i tzv. Spaldingovo znamení neboli střečovité překrytí lebečních kostí. Viditelným se stává i otok měkkých tkání, poruchy držení plodu nebo tzv. Holmsovo znamení (projasnění aorty, které je způsobeno nahromaděním

plynu). Díky těmto typickým znakům, které jsou patrné při ultrazvukovém vyšetření, je možné přibližně odhadnout dobu úmrtí plodu (Hájek, 2014, s. 435; Klikarová, 2014, s. 122).

2.4 Komplikace syndromu mrtvého plodu

Jakékoliv onemocnění je spjato s určitým stupněm rizika, které může způsobit rozvoj jiné choroby a posléze vést k závažnému ohrožení zdraví i života. Pokud dojde k odumření viabilního plodu in utero, pro porodnický tým je neobávanější a nejzávažnější život ohrožující komplikací, diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC). Následnou komplikací může být i intraovulární infekce s možným rozvojem sepse. Celkové onemocnění matky, které mělo vliv na příčinu vzniku odumření plodu, se také může rozvinout v závažnou komplikaci (Hájek, 2014, s. 435).

2.5 Doporučené intervence vyšetření u ženy s mrtvým plodem

Při příjmu těhotné ženy s mrtvým plodem je jasně stanoven soubor doporučených vyšetření. Mezi vyšetření rutinního charakteru je zahrnuto: měření krevního tlaku a pulzu, tělesné teploty, ultrazvukové vyšetření, které může být doplněné i o odběr plodové vody ke stanovení karyotypu plodu, vnitřní bimanuální vaginální vyšetření s výtěrem pochvy a hrdla děložního na bakteriologické kultivační vyšetření, popřípadě zevní porodnické vyšetření (Hájek, 2014, s. 436).

Jak uvádí Hájek (2014, s. 436) další vyšetření jsou zaměřené na vznik komplikací, především obávané DIC a rozvoj infekce. Měl by být proveden odběr krve na vyšetření krevního obrazu, krevní skupiny matky + protilátky (nejsou-li předem známy), trombocytů, hemokoagulační vyšetření zahrnující: fibrinogen, antitrombin III., D-dimery, aPTT. Biochemické vyšetření krve, včetně CRP (C-reaktivní protein), jaterního souboru, minerálních iontů, glykémie, popřípadě vyšetření krve na virologické onemocnění (TORCH, VDRL test).

2.6 Preventivní opatření před vznikem komplikací

Před porodem mrtvého plodu by nejprve mělo předcházet provedení preventivních opatření, aby bylo zabráněno případnému vzniku komplikací. Nízkomolekulární heparin je profylakticky aplikován po 12 hodinách z důvodu zabránění vzniku a rozvoji DIC. Jednotlivé dávky jsou podávány na základě předem vypočtené tělesné hmotnosti ženy a dle aktuálních hemokoagulačních výsledků. Aby bylo zabráněno rozvoji infekce, jsou ihned při příjmu těhotné, podávány nitrožilně širokospektrá antibiotika. Pokud v průběhu porodu jsou patrné klinické známky infekce, lékař indikuje další vhodnou antibiotickou terapii. Mezi preventivní

opatření patří také co nejrychlejší porození mrtvého plodu, jedině tak je zabráněno hemokoagulačním komplikacím (Hájek, 2014, s. 436; Kučera, 2000, s. 63).

2.7 Preindukce/ indukce porodu

Nezačne-li porod spontánně, je dle aktuálního vaginálního nálezu a zralosti hrdla děložního, vyvolán medikamentózně. Kučera (2000, s. 63) uvádí, že indukce porodu mrtvého plodu je oproti porodu viabilního plodu snazší a rychlejší.

Metody preindukce se využívají ve chvíli, je-li děložního hrdlo nezralé, ve smyslu jeho zkrácení a prosáknutí. Díky tomu zvýšíme i citlivost tkání k působení indukčních preparátů. Mechanickou preindukční metodou je intracervikální zavedení hydrofilních tyčinek (Dilapan) nebo dilatace hrdla děložního Foleyovým katetrem. Ovšem v současné době se nejčastěji využívají prostaglandinové preparáty (PGE₂ – dinoproston) buď ve formě tablet, gelů (Prepidil 0,5 mg) či pesaru (Propess 10 mg), zavedené intracervikálně nebo do zadní klenby poševní (Hájek, 2014, s. 204-206; Ratislavová, 2016, s. 46; Procházka, 2014, s. 3-4).

Jsou-li splněny podmínky pro indukci porodu, přistupuje se raději k včasné dirupci vaku blan (DVB), a to z důvodu, že při prostinové indukci hrozí vyšší riziko vzniku děložního hypertonu, který může mít významný vliv na vzniku DIC. Nedojde-li po DVB ke spontánnímu nástupu děložních kontrakcí, zahajuje se nitrožilní podání umělého oxytocinu 2-4 j. v infuzi nebo zavedení prostaglandinové tablety (Prostin E2 0,5 - 3mg). Po nezdařilé prostinové indukci porodu je možné opětovné zavedení tablety po 6-8 hodinách. Lékař by měl ženu upozornit na možné vedlejší účinky prostaglandinů. Jedná se především o nauzeu, vomitus, diarhoe, děložní hypertonus a hypotenze. (Hájek, 2014, s. 206-207, 436; Kučera, 2000, s. 63).

2.8 Tlumení bolesti a vedení porodu

Postoje žen k vnímání porodních bolestí jsou odlišné. Některé analgezii striktně odmítají, neboť je jejich přáním prožít porod mrtvého dítěte přirozeně a smysluplně, jiné ženy si bolestivě vnímané kontrakce naopak přejí utlumit. Ratislavová (2016, s. 51) ve své publikaci sděluje, že na těchto postojích mají vliv různé faktory (předešlá porodní zkušenost, parita ženy, délka těhotenství, a především individuální psychický stav). Velmi vhodným krokem je sestavení porodního plánu před samotným porodem, kde se po předchozí diskusi, vytyčí prioritní přání ženy ohledně tlumení bolesti, které bude pečující personál dodržovat (Ratislavová, 2016, s. 50-51).

Jakmile dojde k nástupu děložní kontraktility, je vhodné ženě nabídnout jakékoliv dostupné metody vedoucí k tišení porodních bolestí. Rodícím ženám, kromě běžných nefarmakologických metod (teplá sprcha, vana, obklady, změny poloh, masáže, aromaterapie) jsou také nabízena spasmolytika a menší dávky opiátů. Po začátku pravidelných děložních kontrakcí, se doporučuje ženu obeznámit s možností aplikace epidurální analgezie. Neboť vhodně tlumená bolest dokáže snížit vyplavení stresových hormonů, díky tomu je pošetřena psychická síla ženy na vyrovnání se s traumatizující situací. V případě nutnosti provedení revize dutiny děložní, je svolán anesteziologický tým a jsou aplikována nitrožilní anestetika (Hájek, 2014, s. 436; Ratislavová, 2016, s. 50-51).

Dle doporučeného postupu (Procházka, 2014, s. 3) by měl být upřednostňován vaginální porod mrtvého plodu. I v situaci, že plod v děloze zaujímá podélnou polohu koncem pánevním. Pouze v případech akutních kritických stavů (např. abrupce placenty) nebo pro absolutní kontraindikaci vaginálního porodu, se primárně přistupuje k ukončení těhotenství císařským řezem. Indikací k provedení císařského řezu bývá i úmrtí jednoho z plodů u monozygotních dvojčat. Zdravotnický personál se ve své praxi setkává i s ženami, které chtějí primárně ukončit těhotenství císařským řezem. Lékař proto ženě se vsí trpělivostí vysvětlí rizika, která jsou s výkonem spojena (Hájek, 2014, s. 436; Ratislavová, 2014, s. 47).

Vaginální porod mrtvého plodu by měl být v závěru proveden bez epiziotomie, a to především v případě zborcení lebeční klenby. Na rozdíl od porodu viabilního plodu, je mrtvé dítě porozeno vcelku společně s placentou, bez přerušení pupečnicku. Zmenšovací operace při porodu mrtvého plodu jsou zcela vyloučené (Hájek, 2014, s. 436). Binder (2007, s. 64) uvádí, že indikací k zmenšovací operaci je zejména podélná poloha koncem pánevním, patologické uložení plodu v děloze či srostlice.

2.9 Poporodní vyšetření matky a plodu

V ČR není k dispozici ustálený doporučený postup vyšetřovacího algoritmu po porodu mrtvého plodu. Jednotlivá pracoviště mají tak nastavený vlastní interní postup opírající se o doporučené postupy ze zahraničí (Klikarová, 2014, s. 122).

Po porodu by měl být přivolán pediatr k důkladné aspekci mrtvě porozeného plodu a placenty, ještě před jejím odesláním k patologicko-anatomické pitvě. Tento úkon by mohl alespoň napovědět možnou příčinu úmrtí. Důsledným prohlédnutím kůže plodu lze odhadnout přibližnou dobu úmrtí. Na placentě i pupečnicku může být patrný vzniklý edém, barevné změny či úbytek Whartonova rosolu (Hájek, 2014, s. 437).

U matky je pozornost věnována vyšetření zaměřující se na známky infekčního charakteru a počínající koagulopatie. Ženě je také vhodné nabídnout možnost pohovoru s psychologem. Jiná vyšetření jsou provedena pouze v indikovaných případech (Klikarová, 2014, s. 122; Procházka, 2014, s. 5).

Přítomný pediatr provede zvážení plodu i placenty, změří délku plodu a obvod hlavičky. Je doporučeno také zhotovit fotografii k pozdějšímu prohlédnutí. Z placentárního i plodového povrchu je proveden kultivační stěr k průkazu infekce. Po odeslání placenty a plodu k patologicko-anatomické pitvě, je odborným lékařem učiněno cytogenetické a histologické vyšetření, které odhalí příčinu úmrtí. Patologickou pitvou je možné objasnit 26-51 % příčin úmrtí (malformace, abnormality, VVV, infekce, hypoxie, anémie plodu, trombózy pupečníku apod.). Stanovení karyotypu plodu a odhalení genových mutací slouží genetické vyšetření, které dokáže ozřejmit příčinu v 6-12 % (Klikarová, 2014, s. 123; Hájek, 2014, s. 437; Procházka, 2014, s. 5).

3 KOMPLEXNÍ PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU V PRŮBĚHU PORODU MRTVÉHO PLODU A NÁSLEDNÉ HOSPITALIZACE

K nečekanému intrauterinnímu úmrtí dítěte může nastat buď v případě, že byla dítěti diagnostikována neslučitelná vada se životem a rodiče se rozhodli v těhotenství pokračovat, nebo v případě, že celý průběh těhotenství a vývoj miminka probíhal fyziologicky. Pokud ke ztrátě dítěte dojde co nejbližší k termínu porodu, tím hůře se s touto náročnou životní událostí, rodiče srovnávají (Ratislavová, 2016, s. 37; Takács a spol., 2015, s. 141).

Žena, které byla sdělena šokující zpráva o ztrátě nenarozeného dítěte, je odeslána k hospitalizaci do zdravotnického zařízení. Bohužel v ČR neexistuje speciálně určené místo k rození umírajícího nebo již zemřelého dítěte. Rodička je proto odkázána buď do perinatologického centra nebo do běžné porodnice (Ratislavová, 2016, s. 17).

Je nutné si uvědomit, že truchlící žena se při příjmu na porodní sál stále nachází ve fázi traumatického šoku, prožívá zármutek, paniku a zděšení. Prožívaný šok je o to tíživější, pokud k úmrtí došlo náhle a nečekaně. Velmi často sdělenou diagnózu odmítá. Typickým projevem je stav ochromenosti, nereálnosti, emoční otupělosti a osamělosti. Prožívá pocity viny, vzteku, selhání a vyčleněnosti ze společnosti. Není divu, vždyť ztráta nenarozeného dítěte znamená svým způsobem i ztrátu naděje budoucího života, snů i identity rodičů. Prázdnota v srdci bude vždy prožívána i navzdory dalších potomků. Proto přítomný zdravotnický personál musí této situaci adekvátně přizpůsobit své chování a komunikaci, kterou by měl neustále formou celoživotního vzdělávání rozvíjet (Ratislavová, 2014, s. 3,6; Ratislavová, 2008, s. 76).

Nejdůležitějším komponentem profesionální péče, je psychická podpora v celém průběhu perinatální ztráty a jednotné vystupování celého týmu. Navázání kontaktu s rodiči může být mnohem snazší, pokud došlo k úmrtí dítěte v domácím prostředí. Navzdory opačné situaci, kdy přes veškerou snahu došlo k úmrtí během hospitalizace. V takové situaci jsou rodiče plní hněvu, snaží se najít viníka odpovědného za vzniklou situaci a přestávají důvěřovat zdravotnickému personálu. V tuto chvíli je velmi náročné obnovit vzájemný vztah. Na tým odborníků pečující o ženu při perinatální ztrátě, jsou tedy kladeny vysoké nároky nejen v oblasti znalostí komunikace s klienty v tíživých životních situacích, ale i na profesionální zvládnutí traumatizující události (Ratislavová, 2016, s. 20,50).

Velmi podstatnou roli sehrává porodní asistentka, která pečuje o těhotnou ženu/pár po celou dobu hospitalizace. Je v nejintimnějším vztahu s rodiči od sdělení diagnózy, v průběhu celého porodu i během následné hospitalizace. Poskytuje péči v oblasti bio-psycho-socio-spirituální (Ratislavová, 2015, s. 40). Navenek vystupuje citlivým a lidským přístupem, nabízí psychickou podporu rodičům. Neboť přítomnost a opora blízké osoby (porodní asistentka, partner či jiná blízká osoba) eliminuje úzkost, přináší pocity bezpečí a úlevy (Ratislavová, 2016, s. 53-55).

Porodní asistentka by se měla pokusit vytvořit s partnery důvěrný vztah. Docílit tomu lze jedině vzděláváním se ve verbálních i neverbálních komunikačních dovednostech. Správná komunikace je navozena otevřenou atmosférou, využitím techniky aktivního naslouchání, empatickým chováním a spolu sdíleným prožívaným smutkem. Soucitnost lze vyjádřit přiměřeným očním kontaktem, haptikou, prexemikou, mimikou obličeje, pohyby těla a hlasovou intonací. Jelikož jak potvrzují poznatky doporučených postupů (UNIPA, 2021), podstatným faktorem k oboustrannému zvládnutí takto psychicky náročné situace, je správně zvládnutá komunikace, díky níž lze předejít i potencionálně vážným právním následkům (Juřeniková, 2010, s. 18-19; Ratislavová, 2016, s. 55-58).

V následujících kapitolách je blíže specifikována péče porodní asistentky nejen z hlediska psychosociálních aspektů v průběhu porodu mrtvého dítěte a následné hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

3.1 Sdělení špatné zprávy rodiče

Pokud těhotná žena přichází na ambulantní vyšetření ke gynekologovi či do porodnice již se subjektivními pocity, že méně vnímá nebo nezaznamenává pohyby svého dítěte, měla by být brána k vyšetření přednostně, aby stanovení diagnózy bylo provedeno co nejdříve (Ratislavová, 2016, s. 40-41). Jelikož jak uvádí Lucká (2002, s. 75) jakékoliv důvody, které oddalují dobu čekání na vyšetření a sdělení diagnózy, těhotná žena prožívá v nejistém strachu a napětí, což později v procesu truchlení ženu zbytečně zatěžuje.

Těhotná žena se se sdělením diagnózy setkává při ultrazvukovém vyšetření. Již v této chvíli je důležité brát zřetel na neverbální projevy ve tváři a psychologický přístup přítomných zdravotníků. Mnozí si neuvědomují, že je těhotná v této chvíli velmi vnímavá. Nutností je i zajištění intimního, klidného prostředí i přístupu s redukcí počtu osob na minimum. Přítomnost studentů je nepřípustná. Binder (2007, s. 62) ve své publikaci uvádí, že stanovení diagnózy a podání informací ženě, by měl provést služebně nejstarší lékař. Při sdělení diagnózy

jsou zvoleny stručné a jasné informace. Těhotnou ženu není vhodné zatěžovat přílišnými podrobnostmi, jelikož prožívá velmi náročné psychické vypětí a není schopna racionálně vnímat. K podrobnějším informacím je možné se později vrátit v průběhu porodu. V prvotní chvíli je nejvhodnějším způsobem podpory pouhá přítomnost doplněná o aktivní naslouchání. Dotyčné ženě je dáno najevo, že může projevit své pocity, bez toho aniž by byla souzena (Takács a spol., 2015, s. 29-30).

Ratislavová (2016, s. 43) doporučuje při sdělení diagnózy, aby chování zdravotnického personálu bylo empatické, citlivé, sdělené s osobní účastí. Je vhodné vyjádřit lítost nad prožívanou situací. Například: „Je nám to líto, ale srdíčko vašeho děťátka již nebije“. Rozhodně není doporučeno dle Ratislavové (2014, s. 5) používat odborné lékařské termíny a označovat dítě, miminko jako plod. Naprosto nepřístupným chováním je sdělení diagnózy bez empatie, ve spěchu a s arogancí, nebo naopak s mlčenlivostí a projevy řeči těla mezi zdravotníky. Svým chováním by neměli vyvolávat pocity nadřazenosti, manipulativnosti a odměřenosti. Rodičům by měl být ponechán dostatečný prostor pro vstřebání šokující zprávy a k projevení pocitů. Ať se jedná o projev pláčem, obviňováním či vztekem, zdravotníci musí zachovat profesionální přístup a dávku sebekontroly. Rozhodně tyto emoce nejsou mířeny proti zdravotníkům, ale spíše jako obranné faktory, které rodiče při ztrátě chrání (Ratislavová, 2016, s. 42-43, 56, 124; Roztočil, 2017, s. 209).

3.1.1 Další postup po sdělení diagnózy

Lékař by měl po sdělení diagnózy ženu citlivě informovat o nadcházejících postupech, ozřejmit i možné komplikace. Hospitalizace těhotné a indukce porodu by neměla být zbytečně prodlužována. Přesto je nutné těhotnou vyslechnout, nechat prostor pro dotazy, přání a možnost spolurozhodnout se. Umožnit odchod těhotné s doprovodem domů, je v mnohých případech vhodné, především z důvodu zpracování prvotního šoku v domácím prostředí, zvážení možností dalšího postupu, popřípadě získání informací o rozloučení se s dítětem. Jestliže těhotná není v přítomnosti doprovodu, v žádném případě není možné nechat ji o samotě (Ratislavová, 2014, s. 6; Roztočil, 2017, s. 209).

Naopak Ratislavová (2016, s. 45) v jiné publikaci uvádí, že existuje určité riziko vzniku dlouhodobých úzkostných stavů, pokud žena porodí od sdělení diagnózy déle než 24 hodin. Ovšem zdravotnický personál by měl mít na mysli, že potřeby žen jsou odlišné a ke každé je nutné přistupovat individuálně.

3.2 Příjem těhotné ženy k hospitalizaci

Jakmile se těhotná žena domluví s lékařem k načasování hospitalizace, je přijata na porodní sál. V této chvíli by měla být provedena odborná konzultace rodičů s lékařem a porodní asistentkou. Lékař s dotyčnou naplňuje podle osobní představy a přání ženy, jednotlivé kroky ve způsobu vedení a průběhu porodu. Poskytne ji informace ohledně preindukce/indukce porodu, nutná vyšetření související s možným rozvojem komplikací a možnosti tlumení bolesti v průběhu porodu. Porodním asistentkám se doporučuje s těhotnou sepsat individuální porodní plán, kde se předem vytyčí představa těhotné o průběhu porodu. Například: zaujmutí polohy při porodu dítěte, možnosti analgezie, individuální potřeby a přání, rituály sloužící k rozloučení se dítětem, vytvoření vzpomínkového archu apod. (Kohnerová a Henleyová, 2013, s. 72; Ratislavová, 2016, s. 45,49).

Jak lékař, tak porodní asistentka ženě pouze dané možnosti nabízejí. Ale v žádném případě těhotnou nepřesvědčují a direktivně nenutí k dané možnosti. Rozhodnutí rodičů plně respektují, i jejich změnu v průběhu porodu. Porodní asistentka by měla být velmi pozorná i k nevyřčeným přáním. Rozhodně je důležité se ženy tázat, ne pouze předpokládat. Vytvoření důvěryhodného vztahu těhotné se zdravotnickým personálem pozitivně působí na celkový průběh porodu i na psychické zvládnutí traumatizující situace (Ratislavová, 2016, s. 49; Roztočil, 2017, s. 209).

Již ve chvíli příjmu k hospitalizaci dochází k prvotnímu utváření intimního vztahu mezi rodičkou a zdravotnickým personálem. Budování vztahu založené na důvěře je velmi důležitým aspektem právě v situaci perinatální ztráty. Důvěru lze vybudovat na základě symetrické komunikace mezi rodičkou a lékařem/porodní asistentkou. Z toho vyplývá, jak již bylo zmíněno, že zdravotnický personál poskytnuté rady formuluje jako možný návrh či doporučení a svá rozhodnutí logicky odůvodní. Ponechají dostatek času na vstřebání informací, dovysvětlí případné nesrovnalosti. Dalším podstatným komponentem je schopnost vnímání a porozumění citového rozpoložení těhotné ženy. Projevem porozumění může být metoda zrcadlení, shrnutí vyřčených potřeb a přání či požádání o vysvětlení nejasností. Zdravotnický personál dává tímto způsobem navenek svůj skutečný zájem o rodičku. Právě v situaci perinatální ztráty je dobré mít na paměti, že je vhodnější aktivně naslouchat (Takács a spol., 2015, s. 18-19).

Co se týče ošetrovatelských intervencí, úkolem porodní asistentky při hospitalizačním příjmu je zhodnocení aktuálního stavu rodičky a zhotovení dokumentace. Následně jsou změřeny fyziologické funkce těhotné (TK, P, TT), popřípadě odběr krve k doplňujícímu

vyšetření dle ordinace lékaře. Porodní asistentka je přítomna při zevním i vnitřním vyšetření ženy, provede výtěr z pochvy a hrdla děložního. Jsou-li lékařem indikována jiná vyšetření, přesahující rámec běžných intervencí, například interní konzilium, natočení EKG, zajistí i tato vyšetření (Roztočil, 2017, s. 186, 209-211).

3.3 Péče porodní asistentky z hlediska psychické podpory a komunikace v I. době porodní

Porodní asistentka v celém průběhu porodu orientuje svou péči k tomu, aby pomohla rodící ženě zaujmout reálné stanovisko k perinatální ztrátě, vyvolala pocity sebekontroly nad situací, a především by měla poskytnout podporu obou partnerům. Nezbytnou potřebou porodní asistentky ke komunikaci s rodiči v krizové situaci, patří znalost jednotlivých fází šoku dle Ramsay a Grott. Jednotlivé fáze šoku se mohou opakovat či probíhat v různém pořadí (Ratislavová, 2015, s. 41; Zemánková, 2021).

Pokoj, ve kterém bude probíhat porod, je důležité označit, aby nedošlo k chybám komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodiči. Nejčastěji bývá označení květinou, stuhou či obrázkem. S tím souvisí pečlivé předávání informací mezi personálem, aby bylo zabráněno vytvořením pocitů nejistoty u rodičky. Samostatný porodní pokoj by měl být vzdálenější od ostatních pokojů, aby rodička nebyla vystavena pláči jiného novorozence. Dokumentace ženy by měla být také odlišně označena, aby bylo na první pohled zřejmé, že se jedná o úmrtí dítěte (Ratislavová, 2016, s. 60; Roztočil, 2019, s. 209).

Žádoucím faktorem je, aby v průběhu porodu byl přítomen stejný ošetřující personál (porodní asistentka, lékař). Díky tomu je zajištěna stabilní opora a vytvořen důvěrný vztah. Porodní asistentka se snaží o vybudování intimního a bezpečného prostředí se zachováním soukromí, protože v průběhu porodu mohou některé ženy vnímat pocity ohrožení a strachu o své zdraví, což má negativní vliv později v procesu truchlení. Rodičce jsou podávány opakovaně a citlivě jasné a stručné informace, bez použití odborných termínů. Není vhodné zahlcovat příliš mnoho informacemi či příběhy jiných rodičů. V průběhu porodu porodní asistentka nabízí svou pomoc, podporu při vyjádření emocí, je pozorná k potřebám ženy, odpovídá na případné dotazy rodičů. Pokud neví, jak odpovědět či pomoci, je vhodné říci: „Nevím/neznám odpověď, co mohu udělat, ale budu tu s vámi, abych vám pomohla a poskytla potřebnou podporu“ či se optat: „Co bych měla udělat? Co byste si přála?“ (Ratislavová, 2016, s. 58-59; Roztočil, 2019, s. 209; Zemánková, 2021).

Ve vhodné chvíli by porodní asistentka měla s rodiči prodiskutovat možné rituály tykající se rozloučení se s dítětem. Citlivým a empatickým způsobem navrhne možné postupy, které trpělivě opakuje a ponechá rodičům čas na rozmyšlení. Upozorní, že své rozhodnutí může kdykoliv změnit. Informace by měli dostat jak v ústní, tak v písemné podobě. Během komunikace s rodiči je používáno při oslovení dítěte jeho jméno, které dítěti dali. Podrobné informace o rituálech naleznete v kapitole 3.6 (Roztočil, 2019, s. 209).

3.3.1 Ošetrovatelská péče porodní asistentky v I. době porodní

Ošetrovatelská péče porodní asistentky o ženu v průběhu porodu mrtvého plodu, je shodná, jako při běžném fyziologickém porodu s pečlivým sledováním fyziologických funkcí, včetně klinického stavu rodičky. Dle Ratislavové (2016, s. 45-47) porodní asistentka sleduje a hodnotí charakter a pravidelnost kontraktility dělohy, množství a kvalitu plodové vody při jejím odtoku, progresi vaginálního nálezu a intenzitu krvácení. Odlišností je samozřejmě monitoring ozev plodu, který není prováděn (Ratislavová, 2015, s. 43).

Rodičům zajistí i potřebné pohodlí s přísunem jídla a pití. Porodní asistentka ponechá dostatečné soukromí obou partnerům. Ovšem vždy ve chvíli potřeby, je nablízku. Profesionální přístup v situaci perinatální ztráty je proječován poskytnutím dostatečného množství informací o průběhu porodu, dovednostmi a zkušenostmi které jsou rodiče předávány a také schopností komunikovat otevřeně s klidným a empatickým přístupem. V první době porodní se porodní asistentka zaměřuje na tišení porodních bolestí, včetně hodnocení účinnosti analgezie (viz kapitola 2.8). Důležitá je i podpora přítomného partnera, neboť to, v jakém psychickém stavu se nachází, ovlivňuje aktuální stav ženy a průběh porodu. Samozřejmostí je ve vhodný čas rodičku patřičně pochválit a ocenit její sílu, čímž je posíleno její sebevědomí (Ratislavová, 2016, s. 54-55, 60; Ratislavová, 2014, s. 7; Zemánková, 2021).

3.3.2 Shrnutí

V závěru kapitoly je vhodné shrnout nejdůležitější aspekty psychické podpory nabízené rodičům. V první řadě je důležité mít na paměti, že k vyrovnání se s takto tíživou životní situací, potřebují oba partneři dostatečně dlouhý čas. To platí i v situacích rozhodování o načasování porodu, jeho průběhu, o rituálech rozloučení apod. Čímž je dána rodičům jistota, že jsou aktivními účastníky situace, ve které se mohou svobodně rozhodnout a se zdravotnickým personálem naplánovat, jak nejlépe dle jejich představ, zvládnout tuto bolestnou zkušenost. K tomu, aby rodiče mohli co nejlépe porozumět dané situaci, věděli, jaké mají možnosti, jak se správně rozhodnout, potřebují znát veškeré informace o aktuálním dění i o tom co se již stalo.

A v neposlední řadě by měl zdravotnický personál dávat patřičně najevo svou úctu, kterou k rodičům opětuje. Dát jim pocit potřebné podpory (Kohnerová a Henleyová, 2013, s. 66,69,74,79).

3.4 Péče porodní asistentky ve II. době porodní

Druhá doba porodní je charakteristická porodem mrtvého dítěte. Tento znak je výstižně vyjádřen anglickým slovem „stillbirth“, což v překladu znamená tichý porod. Porozené dítě, svůj příchod na svět nehlásí očekávaným křikem, čímž rodičům chybí důkaz o jeho existenci. Ve druhé době porodní z hlediska ošetrovatelské činnosti porodní asistentky, je prováděna monitorace fyziologických funkcí matky, intenzita a pravidelnost děložní kontraktility, míra krvácení a progresu porodu dítěte porodními cestami. Příprava sterilního stolku k porodu, včetně osvětlení a úpravy prostředí, není nikterak odlišná od fyziologického porodu. Je vhodné, aby bylo zajištěno klidné prostředí s počtem osob zredukovaný na minimum. Porodní asistentka ženě průběžně podává informace o následujících krocích a poskytuje potřebnou podporu. Opakovaně ženě vysvětluje správnou techniku tlačení a mezi jednotlivými kontrakcemi doporučí odpočinek (Ratislavová, 2015, s. 39; Slezáková, 2017, s. 182-186).

Samotný porod v průběhu vypuzovací fáze je veden lékařem s asistencí porodní asistentky. Jak již bylo řečeno v kapitole 2.8, konečná fáze porodu je prováděna bez epiziotomie. Odlišností od fyziologického porodu, je vybavení plodu společně s placentou kvůli následnému patologickému vyšetření. V této chvíli je přivolán i neonatolog k ohledání mrtvého dítěte. S touto skutečností je rodička předem seznámena (Hájek, 2014, s. 435; Procházka, 2014, s. 3-4).

3.5 Péče porodní asistentky ve III. a IV. době porodní

Ošetrovatelská péče ve třetí a čtvrté době porodní je shodná jako při fyziologickém porodu. Porodní asistentka po porodu hlavičky dítěte intravenózně aplikuje oxytocin k aktivnímu vedení třetí doby porodní, z důvodu prevence větších krevních ztrát. Lékař po vybavení dítěte, provede vizuální kontrolu lůžka. Poté je provedena revize porodních cest, popřípadě ošetření porodního poranění. Následuje hygienická očista rodičky, monitoring krevního tlaku, pulzu, tělesné teploty, kontrola zavínování dělohy, výška uložení děložního fundu a hodnocení zevního krvácení v pravidelných intervalech v průběhu dvou hodin (Slezáková, 2017, s. 187-192).

Následující chvíle po porodu mrtvého dítěte náleží rodičům k rozloučení se a utváření vzpomínek na jejich zemřelé dítě. Úkolem porodní asistentky je rodiče citlivě a opakovaně

seznámit s možnými způsoby a intervencemi sloužící k rozloučení se s miminkem. Právě porodní asistentka je klíčovou osobou, která může ovlivnit rozhodnutí rodičů o rozloučení. Díky provedeným rituálům a vytvoření vzpomínek se rodiče později v procesu truchlení snáze vyrovnají se ztrátou svého dítěte. Rodičům je vyjádřena upřímná soustrast a lítost nad situací (Ratislavová, 2008 s. 76; Kasparková, Bužgová, 2010, s. 387-388, 395-396)).

3.6 Rituály a upomínky

Od pradávna téměř ve všech kulturách se k úmrtí blízké osoby vázaly ceremoniální obřady. Mají za úkol dotyčným vnášet pocity bezpečí, zmocnění se situace a pomoci zvládnout společenskou situaci a aktuální sociální roli. Umožňují poskytnout čas k snazšímu vyrovnání se se ztrátou, a především uvědomění reálnosti zemřelého dítěte. Odráží se od osobní představy, přání po jistotě i smyslu (Ratislavová, 2016, s. 63).

Perinatální ztráta je bezpochybně považována za velmi tíživou a traumatickou událost, která je velmi náročná jak pro rodiče, tak pro ošetřující personál. Aby zdravotníci dokázali s touto situací lépe pracovat a stali se potřebnou oporou pro rodiče, je vhodné mít k dispozici určité profesní normy a postupy, o které by se dokázali opřít, vědět co říct, jak se chovat a jak pomoci. Cennými informacemi, ze kterých lze čerpat a rozvíjet dosavadní rituály užívaných v ČR, mohou být výsledky ze zahraničních studií. V západních zemích je naprosto běžné, že po porodu mrtvého dítěte mají rodiče možnost své dítě spatřit, pochovat ho v náručí a provést rozloučení o samotě. V posledních letech je také možné uskutečnit koupání a obléknutí dítěte, popřípadě odnést si dítě s sebou domů. I když tyto rituály jsou v ČR pouze budoucí vizí, je pravděpodobné, že se začnou brzy objevovat, a proto je důležité, aby zdravotnická praxe byla na ně připravena (Ratislavová, 2015, s. 46; Ratislavová, 2016, s. 64).

3.6.1 Vliv kontaktu s mrtvým dítětem na psychický stav ženy

Od druhé poloviny 20. století, kdy se porod začal přesouvat z domácího prostředí do zdravotnického zařízení, začalo docházet k rituálu „zmizení zemřelého dítěte“. Hlavním důvodem bylo zmírnit psychické utrpení rodičů. Což se vývojem času ukázalo jako mylný krok, kterého později někteří rodiče litovali. Zdravotnický personál a společnost se dokázala přizpůsobit nárokům a přání rodičů a díky tomu se začal rozšiřovat nový rituál ve smyslu dítě vidět, poznat a chovat v náručí. Tento trend lze spíše spatřit v zemích západní Evropy. V ČR stále převládá rituál „zmizení novorozence a potlačení smutku. Výsledky studií např. Erlandson a kol., (2013) potvrdily pozitivní vliv fyzického i vizuálního kontaktu žen s mrtvým dítětem na jejich duševní stav. Ve smyslu poklesu výskytu posttraumatických stresových poruch či

úzkostných a depresivních příznaků. Ovšem existují i studie např. Cameron a kol., (2008), které potvrzují i negativní dopady těchto rituálů na duševní zdraví rodičů. V závěru vyplývá, že rodičům se dané možnosti pouze nabízejí. Porodní asistentka by se měla snažit zajistit podmínky k uskutečnění rituálů vyplývající z individuálních potřeb a tužeb rodičů, kterých se aktivně účastní (Ratislavová, 2015, s. 45; Ratislavová, 2016, s. 64-66).

3.6.2 Právní problematika rozloučení se zemřelým

V ČR neexistuje zákon, který by jednoznačně upravoval právo pozůstalých na rozloučení se zemřelým. Ministerstvo zdravotnictví vydalo pouze metodický pokyn pro zdravotnické zařízení, ve kterém je uvedeno, že tělo zemřelého může být z oddělení odvezeno po 2 hodinách. To znamená, že v uvedeném čase není nikde specifikováno, jakým způsobem je možné se s pozůstalým rozloučit. Jakékoli rodinné či církevní rituály sloužící k rozloučení, zákon nezakazuje. Naopak je z etického hlediska doporučeno umožnit pozůstalým čas k rozloučení, což později v procesu truchlení zmírňuje prožívané trauma (Mrowetz, 2008).

3.6.3 Postoj k rituálům z hlediska zdravotnického personálu

Samotný fyzický a vizuální kontakt se zemřelým dítětem k pozitivnímu působení na psychický stav ženy nestačí. Důležitým faktorem je postoj a chování zdravotnického personálu v průběhu celého porodu, včetně způsobu, jakým je rituál k rozloučení s dítětem rodičům poskytnut. S tím zřejmě souvisejí vysílané verbální a neverbální signály, které do jisté míry mají vliv na utvoření postoje rodičů a celkového vnímání dané situace jako standardní. Z publikace od Ratislavové (2016, s. 67) vyplývá, že je přínosné, pokud se ženy aktivně povzbuzují ke kontaktu a společně strávenému času se svým miminkem. Není tedy vhodné pokládat otázku: „Chcete své dítě vidět?“ neboť již touto otázkou je možné vyvolat v ženě pocity neobvyklosti a podezření. Výzkum od Radestadové a Christoffersenové (2008) ukazuje, že velmi často rodiče po položení této otázky odmítli vidět své dítě, ovšem po čase svého rozhodnutí litovali. Mnohem vhodnější otázkou je: „Někteří rodiče mají přání své dítě vidět, je to pro ně jedinečná příležitost, jak dítě poznat a tento okamžik se již vrátit nedá“ (Ratislavová, 2014, s. 8). Zdravotníkům je doporučeno, aby nepromeškali především prvním 30 minut po porodu dítěte z důvodu vizuálních změn na těle dítěte. Pokud na těle dítěte jsou patrné tělesné abnormality, úkolem porodní asistentky je rodiče upozornit na tyto vady a zároveň se snaží je vkusně zakrýt (Ratislavová, 2016, s. 66-68; Takács a spol., 2015, s. 148).

Po provedeném shrnutí je vhodné upozornit, že neexistuje shodný názor na uskutečnění této intervence a automaticky doporučit pouze jeden vhodný způsob. Je potřeba, aby porodní

asistentka byla vnímavá k potřebám a přáním rodičů, přistupovala individuálně, otevřeně a empaticky. Neboť zdravotníci jsou v této skutečnosti významným zdrojem informací a mají přímý vliv na rozhodnutí ženy a jejich spokojenost, ať již v pozitivním či negativním smyslu. Rodičům se dané možnosti rozloučení s dítětem podávají opakovaně, jak v písemné i ústní podobě. Vyjádření souhlasu s uskutečněním rituálu postačí ústní formou. Žena je upozorněna na skutečnost, že své rozhodnutí může kdykoliv změnit (Ratislavová, 2015, s. 47-48,71-72).

3.6.4 Prostředí pro vytvoření rituálu

Důležitou součástí při uskutečňování rituálů je zajištění důstojného a klidného prostředí s citlivou a lidskou účastí zdravotnického personálu. Vytvoření místa, které bude mít charakter opravdového ceremoniálního obřadu. Místnost, která v danou chvíli slouží k rozloučení se s dítětem, by měla být místností intimní, označena například černou stužkou, která upozorní na přítomnost truchlících rodičů. Je vhodné symbolicky rozsvítit svíci, otevřít okno, aby duše zemřelého dítěte měla možnost v poklidu odejít (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012 s. 505-506; Ratislavová, Beran, 2010, s. 462-463).

Samotné rozloučení se s dítětem probíhá tak dlouho, jak si rodiče osobně přejí. Není vhodné vytvářet tlak na ukončení rituálu. V některých případech si rodiče mohou přát přítomnost ostatních členů rodiny (děti, prarodiče, příbuzné), je příhodné kontakt nezakazovat. I když se jedná o intimně prožívané chvíle, přítomnost porodní asistentky je důležitá. Svou přítomností vyjadřuje pocit bezpečí a ukazuje svůj skutečný zájem. Nicméně s rodiči by se měla dohodnout, zda si budou přát strávit společné chvíle o samotě či v její přítomnosti. Upozorní, že se v pravidelných intervalech bude navracet a jakým způsobem ji mohou přivolat. Velmi důležité je také v pravou chvíli ocenit sílu a statečnost ženy i podporu, kterou partner ženě nabízí (Ratislavová, 2016, s. 73; Takács a spol., 2015, s. 149).

3.6.5 Možnosti rituálů a upomínek na dítě

Naprosto běžným rituálem v zemích západní Evropy a anglicky mluvících zemí, jak již bylo zmíněno, je rituál charakteru dítě vidět, chovat v náručí a rozloučit se s ním o samotě. Novým trendem v zahraniční zdravotnické praxi je možnost dítě vykoupat a obléct do svátečních šatů, uložit do speciálně určené kolébky s chladicím zařízením, popřípadě odnést si dítě domů a rozloučit se s ním v rodinném kruhu. Koupel je prováděna ve vlažné vodě esenciálními oleji a maximálně jemným způsobem (Ratislavová, 2016, str. 64-64, 74-75 Ratislavová, 2015, s. 46).

V českých porodnicích je již také patrný pomalu se měnící přístup k rituálům při perinatální ztrátě (Ratislavová, 2016, s. 75). Obvykle je dítě rodičům předané ke kontaktu již umyté a zabalené do zavinovačky, ležící v postýlce nebo předáno do náruče ženy. Je vhodné rodičům nabídnout, že mohou být při těchto činnostech přítomni či je sami vykonávat. Rodičům porodní asistentka může poté navrhnout možnost si miminko pohladit, políbit či mu říct, co v danou chvíli cítí. Snahou je, pečovat i o spirituální potřeby rodičů, a pokud si přejí přítomnost duchovního (nemocničního kaplana) či pokřtění dítěte, měla by být tato eventualita v rámci možností zajištěna. V případě, že rodiče odmítnou kontakt se svým dítětem jejich přání je plně respektováno, neboť nechtěný či dokonce nucený kontakt může později prohloubit prožívané trauma. Alternativou v této chvíli může být popis, jak miminko vypadá (Prázdňá kolébka, 2022 [online]; Roztočil, 2017, s. 211).

Rodičům porodní asistentka nabídne možnost pořízení upomínek na své zemřelé dítě a upozorní na jejich důležitost. Rodiče, kteří vlastní jakoukoli památku na dítě, jsou mnohem více spojeni než rodiče, kteří tuto možnost neměli. Pozitivní vliv mají upomínky až později v procesu truchlení, kdy zmírňují především úzkostné stavy. Upomínkou může být snímek z ultrazvuku, kardiokografický záznam, identifikační náramek miminka, pramínek odstřižených vlasů, oblečení, které mělo dítě na sobě, dudlíky, plyšové hračky apod. Velmi častým bývá otisk nožičky či ručičky, popřípadě je i možné vytvoření sádrových odlitků. Všechny hmotné památky se uschovávají do memoryboxu, který se rodičům předá do vlastnictví (Kohnerová a Henleyová, 2013, s. 77-78; Ratislavová, 2016, s. 76).

Mnoho nemocnic má na svém oddělení k dispozici vzpomínkové listy či certifikáty v předem připraveném balíčku určeném v případě perinatální ztrát. Vyplnění vzpomínkové karty má být velmi pečlivé, neboť se stává hmotnou vzpomínkou po zbytek života. Možností je i pořízení fotografií, za předem získaného souhlasu rodičů. V případě odmítnutí, jsou fotografie zakládány do dokumentace dítěte a archivovány v datové podobě, a to po dobu 12 měsíců, dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Porodní asistentka upozorní rodiče, že si je mohou, pokud budou později chtít, kdykoli vyzvednout. Pokud je přáním rodičů pořízení i videozáznamu, snahou personálu by mělo být zachytit ruce, obličej rodičů i dítěte. Žádný z výzkumů např. Blood, Cacciatore, (2014) nepotvrdil, že by pořízení upomínek na dítě mělo později v procesu truchlení negativní dopad. Ze stejného výzkumu vychází doporučení, že každá nemocnice by měla zdravotnickému personálu poskytnout odborné vzdělání a oporu, která se týká psychosociální intervence v perinatální péči (Ratislavová, 2016, s. 76-78; Takács a spol., 2015, s. 148).

Příkladem virtuálního rozloučení se s miminkem může být i vytvoření dopisu, zasazení stromu, vytvoření vzpomínkového místa v domácím prostředí k zapalování svíce, vypuštění balónku se vzkazem pro miminko, utvoření fotoalba. Existují organizace (Dlouhá cesta, Prázdná kolébka, Cesta domů), které nabízejí možnost vytvoření virtuální vzpomínky sepsáním příběhu na jejich serveru. Úkolem porodní asistentky je nabídnutí všech možností, které zná, a po rozhodnutí rodičů je její snahou pomoci při tvoření vzpomínek. Možností k vytvoření vzpomínek je samozřejmě mnohem více a vždy záleží na kulturních zvyklostech, rodinných tradicích a spirituálních potřebách rodičů. Důležité je rodiče nesoudit, neodsuzovat, nezatěžovat příběhy jiných rodin, ale maximálně je v dané chvíli podpořit (Prázdná kolébka, 2022 [online]).

3.6.6 Pojmenování dítěte

Již během těhotenství mají ženy pro své dítě vybrané jméno. Při úmrtí novorozence se nedoporučuje jméno měnit či nedávat jméno žádné. Neboť když mají mrtví jméno, mnohem snáze se o nich mluví a zejména se tím potvrzuje reálná identita. V průběhu porodu i v čase rozloučení, zdravotnický personál používá při oslovení dítěte jeho jméno, které použijí jak na upomínkové kartě, tak v dokumentaci. Užíváním jeho jména dává zdravotnický personál rodičům najevo svůj opravdový zájem. Je nutné si uvědomit, že chování zdravotníků k miminku ovlivňuje postoj rodičů k němu samotnému (Ratislavová, 2016, s. 79,81,84).

3.7 Péče porodní asistentky o ženu během hospitalizace v šestinedělí

Ženy by měly být po porodu mrtvého plodu hospitalizovány po domluvě s rodiči na nezbytně nutnou dobu. Je žádoucí, aby umístění ženy bylo mimo oddělení šestinedělí, z důvodu uchránění ženy před pláčem ostatních novorozenců a návštěvami šestinedělek, ale i těžce nemocnými klientkami. Naprosto nevhodné je umístění šestinedělky na pokoj s ženou, která právě podstoupila výkon umělého ukončení těhotenství. Většinou tedy ženy bývají umístěny na gynekologickém oddělení. Pokoj, na kterém je umístěna žena, by měl být také označen květinou či stuhou. Pokud lze, je ideální, aby byla hospitalizována společně s partnerem. Většinou je přáním šestinedělky opustit nemocniční zařízení co nejdříve po porodu a pokud porod probíhal bez komplikací, je možné ženu následující den propustit do domácí péče. Důvodem je, že domácí prostředí nabízí páru větší pocit bezpečí a prožití zármutku v soukromí. Ovšem i z této krátkodobé hospitalizace plynou pozitiva ve smyslu odeznění prvotního šoku a možností ženu informovat o pohřbu a úředních záležitostech (Ratislavová, 2016, s. 85, 87; Takács a spol., 2015, s. 149).

Ošetrovatelská péče o šestinedělku po porodu mrtvého plodu je naprosto standardní. Porodní asistentka kontroluje involuci dělohy, intenzitu krvácení a odchod lochií, celkový stav ženy včetně monitoringu FF, hojení případného porodního poranění, pečuje o vyměšování. Svou pozornost by měla porodní asistentka zaměřit na hodnocení intenzity bolesti při involuci dělohy, neboť jak vyplývá z výsledků studie od Nijsové (2003, s. 185) je v časném šestinedělí mnohem intenzivnější. Dochází častěji také k nedostatečnému zavinití dělohy podle Harderové (2005, s. 166). Porodní asistentka proto ženě doporučí masáž dělohy, vhodné bylinkové čaje nebo aromaterapii (Ratislavová, 2015, s. 49).

V ČR dochází velmi často k tlumení projevů truchlení podáním anxiolytik, hypnotik či antidepresiv. Psychofarmaka se doporučují v případě vyčerpanosti ženy po porodu pro následnou regeneraci tělesné stránky, v případě poruch spánku, ale pouze na nezbytně nutnou dobu a velmi ojediněle. Jelikož brání přijetí této situace jako reálné a díky tomu probíhá proces truchlení problematičtěji. Mnohem účinnějším, je zajistit odbornou psychologickou pomoc a empatický přístup přítomných zdravotníků s užitím aktivního naslouchání (Ratislavová, 2016, s. 89-90).

3.7.1 Zástava laktace po perinatální ztrátě

Specifickou léčebnou péče, je zástava laktace u ženy po perinatální ztrátě. Úkolem porodní asistentky je edukovat ženu v péči o prsy. Ženu je také vhodné upozornit, že ukončení tvorby mléka bude zhruba trvat 2 týdny, ať v případě farmakologické, tak nefarmakologické metody léčby. Farmakologickou léčbou je podání léčiv ze skupiny antagonistů dopaminu (př. Dostinex, Medocriptin) či hormonální antikoncepce. Lékař by měl vždy zhodnotit negativní účinky těchto léčiv nad jejich beneficí. Mezi závažné vedlejší účinky antagonistů dopaminu patří: kardiovaskulární, neurologické a psychiatrické účinky (Poloková, 2021, s. 19).

Porodní asistentka je edukátorem v aplikaci nefarmakologických metod. Dle nejnovějších poznatků je mnohem účinnější snížit prokrvení prsů stažením pevnější podprsenkou, oproti dřívějšímu postupu, kdy byla používána elastická bandáž. Dále může být doporučena aplikace chladných obkladů několikrát během dne, která napomáhá snížení bolesti nalitých prsou, eventuálně aplikace analgetik (př. Ibuprofen, Paracetamol). Z oblasti bylinných preparátů je možné doporučit šalvějový či mátový čaj, vhodné tinktury či oleje. V situaci příznaků zánětu a bolesti prsu je možné vkládat zelný list. Pokud laktace již nastoupila, žena by měla mateřské mléko odstříkávat do pocitu úlevy od napětí prsů, ne do úplného vyprázdnění. Postupně jednotlivé intervaly prodlužuje. Méně obvyklou možností, je ženě nabídnout

eventualitu ohledně darování mateřského mléka do mléčné banky s cílem pomoci ostatním ženám a novorozencům. Porodní asistentka by také měla ženu upozornit na možný projev příznaků deprese, nespavosti či úzkostných stavů, po náhlé zástavě laktace (Poloková, 2021, s. 9-11, 14; Ratislavová, 2016, s. 96).

3.7.2 Specifika komunikace a psychologické pomoci ženě v průběhu hospitalizace na oddělení

Reakce žen v akutní fázi stresu bývají odlišné. Některé ženy preferují umístění na jednolůžkový pokoj, kde mohou být o samotě nebo v přítomnosti partnera. Své pocity mnohdy nechtějí dát najevo, kontakty s jinými lidmi nevyhledávají a snaží se ničeho nedožadovat. Prožívaný zármutek a žal potlačují, snahou je na vše zapomenout. Mylnou představou personálu je, že tyto ženy jsou statečné a nic nepotřebují. Ovšem je potřeba i těmto ženám poskytnout zájem a pomoc ze strany personálu a snažit se podat veškeré informace, které ženám dodají pocit psychické podpory. Důležité je ženám vysvětlit vážné důsledky potlačovaného smutku později v procesu truchlení (Dohnalová a Pavlíková, 2011; Ratislavová, 2016, s. 86, 88).

Opačnou situací jsou ženy, které spíše kontakt s ostatními lidmi vyhledávají. Mohou být nervózní, rozrušený, projevovat známky agresivního chování s použitím vulgarismu. Příliv emocí bývá bouřlivý a velmi prudký. Přístup zdravotnického personálu by měl být vůči ženám smířlivý se snahou podání rozumného vysvětlení (Kohnerová a Henleyová, 2013, s. 54; Ratislavová, 2016, s. 86).

V době akutního zármutku je úkolem zdravotnického personálu být připraven aktivně naslouchat, v případě, že si rodiče přejí hovořit o tom, co se přihodilo. Jejich vystupování vůči rodičům by mělo být klidné, rozvážené, empatické s vyjádřením smutku. Vyhýbat by se měli prázdným frázím, srovnávaní a nebát se kontaktu s rodiči. Nevhodným komunikačním sdělení je například věta typu: „Jste ještě mladá, budete mít další dítě“. „Rychle zapomenete“. „Jednalo se spíš o potrat většího plodu, než ztráta dítěte“. Ratislavová (2016, s. 87-88) ve své publikaci zmiňuje, že porodní asistentky truchlícím rodičům poskytují mnohem pevnější psychickou oporu než lékaři. Musí se ale jednat o přístup s věnováním pozornosti a času pro rodiče, poskytovat správné a dostatečné informace. Rodičům je vhodné dát najevo, že je tu zdravotnický personál pro ně a je připraven aktivně naslouchat. V komunikaci by se měly pevně užívat slova: „zemřel“, „smrt“ a vyhýbat se zjemněným slovům typu „usnul“. Velmi důležité je rodiče upozornit, že emoce, které právě prožívají, jsou normální. Zármutek a žal,

kteřé je provází, nejsou nemocí, ale naprosto přirozeným projevem truchlení (Ratislavová, 2016, s. 87-89; Takács a spol., 2015, s. 149).

Zdárný výsledek zvládnutí žalu v procesu truchlení závisí na individuální osobnosti ženy, životních zkušenostech a také na účinnosti pomocné síly od okolí. Úkolem porodní asistentky i lékaře je aktivně nabídnout odbornou pomoc rodičům prostřednictvím návštěvy psychologa, psychoterapeuta či specializovaného poradenství, která je v tomto případě velmi potřebná. Výhodou pomoci je především zvládnutí příznaků smutku a stresu bez zásahu medikace. Rodiče mohou projevit své pocity v prostředí, které nabízí jistotu a bezpečí. Odborná psychologická pomoc dokáže stabilizovat duševní stav rodičů, předejít závažným důsledkům (rozchod partnerů, komplikovaný proces truchlení apod.), pomoci získat skutečné nahlédnutí na prožitou událost (Dohnalová a Pavlíková, 2011; Ratislavová, 2016, s. 98-99).

Rodiče mohou využít psychologickou podporu již při hospitalizaci, v případě, že jim je nabídnuta nebo později v procesu truchlení. Pokud zdravotnické zařízení nemá možnost nabídnout kontakt s klinickým psychologem, měl by alespoň odkázat na externího pracovníka, který tuto službu nabízí (Dohnalová a Pavlíková, 2011; Ratislavová, 2016, s. 99).

3.8 Propuštění do domácí péče

Porodní asistentka by si před propuštěním ženy do domácí péče měla vyhradit čas určený k edukaci jak v oblasti fyzické, tak psychické. Je doporučováno, aby rodiče měli možnost získat veškeré informace vzbuzující v nich pocity nejistoty a strachu, ještě před odchodem do domácího prostředí. Z medicínského hlediska je ženě doporučena nejen návštěva lékaře po šestinedělí, ale je vhodná ještě jedna návštěva v nemocničním zařízení z důvodu ozřejnění příčin úmrtí dítěte na základě výsledků pitvy. Tato návštěva může být velmi příhodná i pro personál ve smyslu poskytnutí zpětné vazby, která by mohla přispět ke zkvalitnění dosavadní péče (Kohnerová a Henleyová, 2013, s. 75-76; Ratislavová, 2016, s. 97-98).

Úkolem porodní asistentky je ženě před odchodem do domácí péče poskytnout jak ústní, tak především písemnou formou kontakty na odbornou i laickou psychologickou pomoc a poradenství, leták shrnující potřebné informace, literaturu zabývající se procesem truchlení, informace o podpůrných skupinách. Velmi důležité je ženu seznámit s procesem truchlení, jeho ozdravném účinku, s metodami zvládnutí žalu, o rozdílech mezi mužem a ženou, individuálních rozdílech v procesu truchlení. Porodní asistentka v rámci předání informací, by měla klást důraz na správnou životosprávu, dostatečný odpočinek a spánek, uskutečňování činností, které jim činí radost. Měla by se také ujistit, zda sociální pracovnice předala veškeré informace

o sociálních záležitostech (pohřebné, rodičovská dovolená, vydání úmrtního listu apod.). Je důležité vyhranit si dostatečný a klidný prostor pro zodpovězení dotazů. V neposlední řadě by měl být informován i obvodní gynekolog ženy, případně komunitní porodní asistentka, která by byla ochotna ženu v domácím prostředí navštívit (Ratislavová, 2014, s. 14-15; Ratislavová, 2016, s. 98).

3.9 Podpůrné svépomocné skupiny jako psychosociální pomoc

Existují ženy, které odmítají odbornou pomoc od psychologa a mnohem raději vyhledají podporu u někoho, kdo zažil obdobnou zkušenost. Takovou podporu nabízí svépomocné skupiny. Jedná se o laické hnutí, které naprosto změnilo přístup zdravotnického personálu k rodičům, kteří prožívají perinatální ztrátu. Organizace nabízí jak laickou (prostřednictvím vlastních zkušeností), tak odbornou (prostřednictvím zkušenosti profesionálů) pomoc nejen pozůstalým rodičům, ale i příbuzným, kteří mají zkušenost s perinatální ztrátou. Spolek s názvem Dlouhá cesta je neziskovou organizací, která v ČR vznikla v roce 2005 a nabízí profesionální pomoc rodičům a ostatním členům rodiny, kteří zažili smrt dítěte. Nabízí prostor pro sdílení vlastních příběhů a pomáhá sdružovat lidi s podobnou životní zkušeností. V roce 2007 byl realizován projekt Prázdná kolébka v rámci sdružení Dlouhá cesta. Další organizací, která poskytuje nejen odborné sociální poradenství, ale i podporu pro pozůstalé rodiče je perinatální hospic Dítě v srdci. Postupem času v ČR vznikají organizace a projekty zaměřující se na perinatální ztrátu, opírající se o zkušenosti žen s prolínajícími profesními znalostmi. Jedná se například o organizace Cesta domů, Ztráta miminka, Čekala jsem miminko, projekty Začít znovu, Nejste sami aj (Prázdná kolébka, 2022 [online]; Ratislavová, 2016, s. 99-100).

Pomoc, kterou tyto organizace nabízejí je bezplatná a po neomezeně dlouhou dobu. Ženy/rodiče mají tak možnost, sdílet svůj příběh i v anonymitě, nebo pokud chtějí, mohou kontaktovat přímo odborného poradce či si sjednat osobní schůzku. Výhodou těchto organizovaných svépomocných skupin oproti internetovým diskuzím, je fakt, že prochází recenzí odborníky a laické poradkyně absolvují pravidelné vzdělávání (Ratislavová, 2016, s. 100).

4 TRUCHLENÍ

Zármutek a truchlení prožívaný nad ztrátou blízké osoby je prožitkem velmi individuálním, diferenciální intenzity, různé délky prožívání i způsobu vyjádření. Jedná se o přirozenou reakci/krizi projevující se v oblasti fyzické, psychické, behaviorální, kognitivní i sociální. Prožívaný akutní žal je spojen s pocity hlubokého smutku, úzkostnými stavy, excitovaností, osamělostí, poruchy soustředění, projevy hněvu, viny, bezmoci, strachu či zbytečnosti. Z hlediska somatických projevů je typickým znakem nechutenství či naopak přejídání, potíže se spánkem, nejasné bolesti hlavy aj. Je nutné upozornit, že proces truchlení není chvilkový, a vyrovnaní se ztrátou blízké osoby trvá několik týdnů, měsíců i roků (Kohnerová a Henleyová, 2013, s. 94-95; Ratislavová, 2016, s. 119).

Mnozí rodiče pociťují s úmrtím svého dítěte, ztrátu budoucího života. Prožívají ztrátu své identity, iluze i naděje na světlejší okamžiky života. Prázdnota v srdci, která nastala a která nikdy nepřestane, je velice bolestná. Dokonce někteří mají pocit nenávratné ztráty smyslu života spojené s pocity vlastního selhání a sebeobviňování. I když je proces truchlení doprovázen negativními prožitky, emocemi i myšlenkami, ve své podstatě má ozdravný účinek vedoucí k celkovému zotavení. Bez procesu truchlení nelze dojít k vyrovnanosti mysli a přijmutí situace za reálnou. Zároveň napomáhá přijmout svět bez přítomnosti dítěte a emoční odpoutanosti, čímž je možné začít „nový život“ s novými činnostmi a vztahy. Po čase smutek a žal z perinatální ztráty postupně odeznívá. Začíná být snesitelnější a méně intenzivní. Jeho působení ovšem neodezní navždy, spíše přichází cyklicky s nezapomenutelnou vazbou k zemřelému dítěti. Mezitím se ovšem začínají objevovat světlejší chvíle života s touhou začít plnohodnotný život. Ratislavová (2016, s. 130) ve své publikaci uvádí, že některé ženy po prožitém zármutku mohou být zranitelnější a citlivější (Kohnerová a Henleyová, 2013, s. 95-96, 130, 136; Prázdna kolébka, 2022 [online]).

Porodní asistentka by měla mít povědomí o znalostech procesu truchlení, včetně jejího abnormálního vývoje, které rodičům v rámci péče předává.

4.1 Určující determinanty zármutku v souvislosti perinatální ztráty

Způsoby, jakými se žena/pár dovedou vyrovnat se ztrátou svého dítěte, záleží na mnoha faktorech i životních situacích. Ratislavová (2016, s. 120) ve své publikaci uvádí schéma z roku 1995 dle Hunfelda, který shrnul nejvýznamnější determinanty perinatálního zármutku. V první řadě se jedná o individuální charakteristiky. Právě z výsledků výzkumného šetření dle Hunfelda (1995) vyplývá určitá spojitost prožívané intenzity zármutku s věkem ženy, na kterém má

především vliv psychické zdraví ženy před samotnou ztrátou. Právě předešlý výskyt psychiatrického onemocnění (př. deprese) zvyšoval v počáteční fázi truchlení prožívanou intenzitu (Ratislavová, 2015, s. 21-22; Ratislavová, 2016, s. 120-121).

Druhým velmi důležitým determinantem prožívaného zármutku jsou porodnické souvislosti. Z řad výzkumů, které Ratislavová (2016, s. 121) předkládá, je patrné, že ženy, které ztratily své dítě ve vyšším trimestru těhotenství, s nižší paritou ženy, absencí živých potomků v rodině či po opakovaném potrácení, trpí mnohem intenzivnějšími pocity zármutku, ba dokonce byl zachycen vyšší výskyt depresivních příznaků.

Partnerský vztah a okolní společenství ženy má také značný vliv na zvládání žalu. Nekvalitní partnerský vztah a nedostatečná komunikace, která byla přítomna již před ztrátou dítěte více, prohlubuje prožívanou krizi nejen v procesu truchlení, ale i v partnerství. Pro zdárné zvládnutí zármutku je nezbytně důležitá podpora od blízké rodiny, přátel i příbuzných. Posledními determinanty perinatálního zármutku je vlastní proces truchlení a přisuzování významu skutečnosti (Ratislavová, 2015, s. 22-23; Ratislavová, 2016, s. 121-122).

Průběh prožívaného truchlení také záleží na pohlaví, věku a individuální osobnosti dotyčného ve smyslu citové stability, temperamentu a charakteru osobnosti. Vtáh, kteří si truchlící rodiče vytvořili k miminku, je bezpochybně odlišný od vztahu prarodičů či sourozenců. Také předchozí zkušenost se ztrátou blízké osoby a prožitkem zármutku má svůj vliv na aktuální vnímání ztráty. Samozřejmý vliv mají i faktory rodinného charakteru (rodinné zázemí, vztahy), socioekonomické, spirituální uvědomění rodičů či okolní skutečnosti (Prázdna kolébka, 2022 [online]).

4.2 Fáze truchlení

Existuje mnoho členění fáze truchlení od řady autorů, kteří rozlišují několik fází (tři, čtyři, pět, šest někdy až deset různých stupňů). Je nutné si uvědomit, že i přes empiricky podloženou předlohu jednotlivých fází procesu truchlení, není možné ke každému jednotlivci přistupovat dle předem stanovených fází. Truchlící jedinec nemusí procházet všemi fázemi v předepsaném pořadí, je i možné, že se po čase k některým opět vrací (Špatenková, 2013, s. 84-85).

Univerzální třífázový model truchlení, který ve své publikaci představuje Špatenková (2013, s. 84) zahrnuje kontuzi, expresi a adaptaci.

1. První fází truchlení je **kontuze**, která začíná obdobím šoku a rozrušením. Projevem truchlícího je nevěřičnost nastalé skutečnosti, do jisté míry prožívaná otupělost.

2. Následnou fází je fáze **exprese**, ve které dotyčný intenzivně projevuje svůj zármutek a žal doprovázen silnými emocemi jako jsou hněv, smutek, obavy, vztek až agrese i pocity viny a osamělosti. Projevy zármutku nastávají i v oblasti somatické.

3. Poslední fází procesu truchlení je postupná **adaptace**. Truchlící se po čase navrácí do běžného života a zároveň se snaží přizpůsobit či přijmout život bez zemřelého.

(Špatenková, 2013, s. 84-85).

Velmi uznávaným modelem procesu truchlení je model dle Kübler-Rossové. Tato švýcarsko-americká psycholožka popsala na základě celoživotního výzkumu jednotlivé fáze prožitků při umírání, které později uplatňuje u pozůstalých reagujících na ztrátu svého blízkého.

1. Fáze: **Popření a izolace**. Jedná se o fázi doprovázenou akutním projevem šoku na zjištění život ohrožující nemoci. Dotyčný není schopen uvěřit reálné skutečnosti, nedokáže vnímat a klasifikovat informace. Prožívá domnění, že se jedná pouze o omyl. Jakmile prvotní chvíle šoku odezní, nastává popírání stanovené diagnózy, často informace selektuje.
2. Fáze: **Hněv a agrese**. V této fázi dominují velmi silné a těžko zvladatelné emoce zlosti, hněvu a vzteku. Emoce upírá na všechny a všechno kolem sebe. Většinou se na povrch vynoří i pocity viny.
3. Fáze: **Smlouvání**. Je charakteristická nadějí pro dotyčného. Reviduje své postoje, potřeby a smlouvá o zbylý čas života. Snaží se hledat pomoc u vyšší moci, hledá zázračný lék na uzdravení či vyhledává jakékoli alternativní metody léčby.
4. Fáze: **Deprese**. Během této fáze dochází k plnému uvědomění blížící se smrti a ztráty budoucích možností. Nachází se v hlubokém smutku, uzavřenosti, pláče a truchlení. Není doporučováno truchlícího rozveselovat.
5. Fáze: **Smíření nebo rezignace**. V případě smíření se s nemocí, dotyčný nachází vnitřní klid a duševní vyrovnanost. V opačném případě může dojít ke stavu úplné rezignace a pocitům beznaděje.

(Kübler-Ross, 2015, s. 51-127).

4.3 Truchlení v domácím prostředí

Jakmile žena po propuštění přichází do domácího prostředí, vybudované místo, které měli s partnerem připravené pro své dítě, podněcuje v srdci bolest a svým způsobem opět vyvolává žal prožívaný na začátku truchlení, při pohledu na prázdné místo. Nejtěžší chvíle rodiče zažívají první rok po ztrátě dítěte včetně prvního výročí úmrtí. Objevují se změny v kognitivních funkcích, pocity viny, které mohou vyústit v myšlenky na sebevraždu. Velmi často se v akutním zármutku žena/pár sociálně izolují, čímž mohou nastat potíže v pracovním životě, ve kterém jsou nespokojeni ba i frustrováni. Prožívaný zármutek nad ztrátou dítěte s sebou přináší obrovský duševní zmatek s pocity hněvu, vzteku, zoufalství, beznaděje, pláče, podrážděnosti, apatie, poruchy pozornosti, paměti, touhy po ztraceném dítěti, které nepředvídatelně kolísají. Samozřejmě projevy jsou i po stránce somatické s důsledky snížení imunitního systému. V prvním roce po perinatální ztrátě se také může objevit situace, která znovu otevře bolestné vzpomínky na zemřelé dítě (Kohnerová a Henleyová, 2013, s. 100-101; Ratislavová, 2016, s. 125-127).

Ztráta dítěte nezasáhne pouze život matky, ale poznamená celou rodinu, včetně příbuzných i blízkých známých rodiny. Proto v následujících podkapitolách bude stručně přiblížen prožívaný smutek v procesu truchlení ostatních členů rodiny a známých.

4.3.1 Partner ženy/ otec dítěte

Partnerský život bývá, ztrátou dítěte velmi poznamenán z důvodu odlišného způsobu truchlení mezi mužem a ženou. Muži povětšinou nedávají své city navenek znát, což ovšem neznamená, že uvnitř duše žádné pocity necítí. Své pocity dávají najevo spíše v soukromí. První týdny po perinatální ztrátě bývá truchlení partnerů obdobné. Oba rodiče pociťují ztrátu smyslu života, rozplývají se sny o budoucnosti, a především ztrácí svou rodičovskou roli. Později dochází k odlišnému vnímání situace a pocitům, což v případě nedostatečné komunikace mezi párem může zapříčinit první zárodky partnerských a sexuálních neshod, které mohou vyústit až v rozpad partnerství. Zejména pokud nedokážou porozumět a komunikovat o aktuálních postojích a prožitcích druhého (Ratislavová, 2016, s. 106-107, 110; Špaňhelová, 2012).

Muži, se orientují na daný problém, během zvládání žalu, zatímco ženy jsou zaměřené spíše na emocionální sféru a snaží se vyhledat pomoc, která by je navedla na správnou cestu ke zvládnutí zármutku. Muž je ženou vnímán jako ochranný štít, který se snaží ženu uchránit před tělesným i psychickým strádáním, což se projevuje především vykonanými činy. Někteří muži se naopak uzavrou před okolním světem a snaží se zaměstnat své myšlenky nejrůznějšími úkoly

či koničky, které by ho odpoutaly od prožívaného zármutku (Kohnerová a Henleyová, 2013, s. 104; Ratislavová, 2016, s. 107-110).

Úkolem porodní asistentky je zapojit oba rodiče do společné komunikace o prožívaných pocitech, neboť vzpomínky, které jsou na zemřelé dítě navzájem sdílené, dokážou mezi rodiči vytvořit velmi silné pouto. Svou péči by měla obrátit i na partnera, zajímat se o to, jak prožívá danou situaci. Pokud porodní asistentka postřehne potíže v partnerském vztahu, měla by doporučit odbornou pomoc v rámci rodinného či partnerského poradenství (Kohnerová a Henleyová, 2013, s. 119; Ratislavová, 2016, s. 109-110).

4.3.2 Sourozenci

Reakce dětí po perinatální ztrátě bývá obvykle problematická. Záleží především na věku dítěte, reakci rodičů a blízkého okolí a také na poutě, které si během těhotenství k sourozenci vytvořilo. Nezbytným úkolem rodičů je dítěti podat jednoduché, citlivé, věku přiměřené vysvětlení aktuálního i následujícího dění, aby se necítilo jakkoli zodpovědné za vzniklou situaci. Změny mohou nastat v chování dítěte, ve snaze získání větší pozornosti rodičů či v oblasti psychosomatické s projevy úzkostných stavů, nočních děsů nebo agresivního a vzdorného chování. Rodiče by se předem měli připravit na rozhovor s dítětem, na případné dotazy odpovídají pravdivě a trpělivě bez použití odborných termínů a nadbytečných detailů. Rodičům je doporučováno nebát se dát své emoce najevo a hovořit o vzniklé situaci. Neboť dítě se od svého rodiče učí poznávat a vyjadřovat emoce, což si později odnáší i do svého dospělého života (Dohnalová a Pavlíková, 2011; Kohnerová, 2013, s. 126-127).

Výchova ostatních dětí po perinatální ztrátě může představovat pro ženu velmi náročné období. U některých žen lze pozorovat ambivalentní pocity k dítěti či emocionální odstup, kterého později i litují. Ovšem výzkumy potvrdily, že díky mateřské roli, kterou žena již ve svém životě zastupuje, se mnohem jednodušeji vyrovnává se ztrátou než ženy, které jsou bezdětné (Ratislavová, 2016, s. 106).

4.3.3 Prarodiče, přátelé, známý

Ze strany prarodičů ženy pocítují buď velmi znatelnou podporu, nebo neuspokojení z hlediska odtažitého chování. Emocionální podpora od nejbližších je v případě perinatální ztráty velmi potřebná. Prarodiče by měli umět svému dítěti naslouchat, pomoci především v sociální podpoře a vytvářet pocit bezpečí. Což bývá velmi složité, jelikož prožívají ztrátu vnoučete i utrpení svého dítěte. Vzpomínek na zemřelé dítě je velmi málo, a tak je velmi obtížné vytvořit silnější vazbu mezi prarodičem a dítětem. Je nutné si uvědomit, že i prarodiče ztrátu

prožívají svým způsobem, která otevírá vzpomínky na bolestné okamžiky života (Ratislavová, 2016, s. 111).

Kontakt rodičů v okamžiku perinatální ztráty s okolním světem bývá nelehký a jeho obnova trvá různě dlouhou dobu. Především se vyhýbají kontaktu s těhotnými či rodinami s dětmi. Jelikož „pocit prázdné náruče“ je nesmírně traumatizujícím zážitkem. Pro řadu lidí je komunikace s rodiči face to face velice obtížná, což často zapříčiní odloučení přátelství na velmi dlouhou dobu, v některých případech i navždy. V prvních chvílích po oznámení zprávy postačí, pokud známý/blízcí/ přátelé vyjádří svou soustrast a nabídnou v případě zájmu svou pomoc. Rodiče si později nabídnuté pomoci váží, na přímý kontakt ovšem potřebují načerpat sílu (Kohnerová a Henleyová, s. 2013, s. 131; Ratislavová, 2016, s. 111-113).

V situaci pokročilého stádia těhotenství se i vzdálené sociální okolí může zajímat o osud dítěte. Případné dotazy bývají velmi nepříjemné až neadekvátní. Často si rodiče pokládají otázky: „Co říci známým/sousedům?“, „Jak to sdělit kolegům v práci?“, „Kdy nastoupit do pracovního procesu?“ V některých případech se rodiče snaží emočně uchránit a rozhodnout se změnit zaměstnání, dokonce i bydliště. Doporučuje se, aby se nejprve snažili o vyrovnání se se ztrátou a poté učinili definitivní rozhodnutí. Porodní asistentka by měla rodiče připravit na reakce širšího okolí, navrhnout možné odpovědi, a pokud se necítí být připravené na rozhovor s ostatními, nemusí se bát komunikaci zdvořile ukončit a odejít (Ratislavová, 2016, s. 113-114).

4.4 Abnormality v procesu truchlení

Lidé, kteří se nacházejí v traumatické situaci, se snaží zvládnout příliv negativních emocí způsobem behaviorálním a kognitivním. Přízpůsobivým behaviorálním chováním je například nová životní záliba, sport, navázání kontaktu s přáteli. V opačném případě se mohou uchýlit k maladaptivnímu způsobu chování (konzumace alkoholu, kouření nebo užívání drog), které aktuálně prožívaný zármutek spíše tlumí a odkládá, což později zapříčiňuje vznik úzkostných, depresivních či posttraumatických stresových poruch. Tato zvolená strategie zvládnání žalu bývá patrná u 10-20 % dotčených. Rozhodující vliv na bez komplikované zvládnutí zármutku mají především osobnostní vlastnosti – emoční labilita, sebekontrola, nebo psychiatrické diagnózy v anamnéze či životní zkušenosti (Ratislavová, 2015, s. 26-27; Ratislavová, 2016, s. 151-152,154-155).

Problematické strategické způsoby narušují přirozený proces truchlení. Jako velmi neúčinná strategie zvládnání žalu byla odborníky označena strategie vyhýbání/popření, která v brzké době pomůže rychleji konat denní povinnosti, později se ale negativně odráží na vzniku

psychosomatických onemocnění. V praktickém životě se nejčastěji setkáváme s pojmem komplikované truchlení, projevující se řadou symptomů, kteří překračují rámec doby adaptace. Odborníci uvádějí, že pro stanovení diagnózy komplikovaného zármutku je nutnost odstoupení 12-14 měsíců od ztráty blízké osoby a příznaky musí přetrvávat po dobu 6 měsíců a déle. Symptomy komplikovaného zármutku mohou být:

- separační distres – projevující se izolací, přetrvávajícími myšlenkami na smrt dítěte a neschopností akceptace vzniklé situace,
- příznaky traumatického distresu – pocity vzteku, pochybností, nedůvěry, šoku, dlouhodobé deprese,
- chorobný strach, záchvaty paniky,
- noční děsy, poruchy spánku,
- somatické obtíže či hypochondrické příznaky,
- sebevražedné myšlenky, sklony,
- symptomy duševních poruch,
- výrazné pocity viny a sebeobviňování

(Ratislavová, 2016, s. 152,154-156; Prázdná kolébka, 2022 [online]).

4.5 Péče porodní asistentky v době truchlení

Nadále je potřebné pečovat v době zármutku o fyziologické a sociální potřeby rodičů. Především velmi významná by měla být podpora emocionální a aktivní naslouchání. Rodičům je nutné poskytnout informace o procesu truchlení, jeho normalitě a také o správných strategiích zvládnutí žalu v době zármutku. Efektivními způsoby vedoucí ke zvládnutí smutku mohou být:

- strategie zaměřené na emoce – umět se zorientovat v pocitech a schopnost uvolnění,
- umění otevřené komunikace a schopnosti spolu sdílet emoce a prožitky,
- vyhledání pomoci u odborných či svépomocných skupin,
- strategie zaměřené na problém – umět porozumět a orientovat se v situaci, získávat a využít dostupné informace ke zvládnutí situace i pochopení příčiny úmrtí dítěte,
- uskutečnění spirituálních a kulturních rituálů – poslední rozloučení s dítětem, vytváření rituálů a vzpomínek na zemřelé dítě (vypuštění balónku, vytvoření památníčku na zemřelé dítě,
- iniciativní zapojení do dobročinných aktivit – pomoc ostatním rodičům procházející perinatální ztrátou,

- odvrácení pozornosti – nástup zpět do zaměstnání, odjezd na dovolenou, odpovídající behaviorální strategické cíle,
- zaměření se na budoucnost – plánování dalšího těhotenství, hledání nového smyslu, činnosti
- hledání pomoci v duchovní sféře.

(Kohnerová a Henleyová, 2013, s. 107-108, 111; Ratislavová, 2016, s. 128, 136-150).

Před zahájením edukační činnosti v oblasti zvládnutí situace spojené s truchlením, by porodní asistentka měla nejprve identifikovat možná rizika, která by potencionálně mohla komplikovat proces truchlení a svou pozornost zaměřit nejdříve na řešení těchto problémů. Přínosné je rodiče seznámit s abnormality v procesu truchlení. Poté upozorní na důležitost ochranných faktorů – sociální opory, hodnotného partnerského vztahu, případně zaměření pozornosti na další děti v rodině a seznámí s protektivními účinky emocionální copingové strategie v rámci zvládnání žalu. Rodičům je opět vhodné nabídnout odbornou literaturu, odkázat na svépomocné skupiny, nejlépe předložit ucelený přehled v tištěné formě (Ratislavová, 2015, s. 25; Ratislavová, 2016, s. 128-129,153).

V případě, že porodní asistentka neidentifikuje žádné hrozby, postačí rodině předat informace v rámci psychoedukace. Pokud by došlo ke zjištění jakékoliv rizik, je vhodné rodiče odkázat na odbornou individuální psychologickou či psychoterapeutickou pomoc nebo rodinné poradenství (Ratislavová, 2016, s. 129, 133; Prázdná kolébka, 2022 [online]).

5 PROBLEMATIKA SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ

Otázky ohledně úředních záležitostí spojené s perinatální ztrátou (porodné, pohřebné, rodičovská dovolená, peněžitá pomoc v mateřství, rodný a úmrtní list dítěte) by měly být zodpovězeny buď sociální pracovníci, nebo porodní asistentkou před propuštěním ženy do domácí péče. Vzhledem k velkému množství informací a psychickému stavu rodičů, je vhodné s informacemi seznámit nejen ústně, ale především v psané podobě, ke kterým se později v případě potřeby mohou kdykoliv vrátit (Kasparková, Bužgová, 2010, 395-396).

Následující podkapitoly stručně přiblíží problematiku sociálně právních záležitostí v přímé souvislosti s perinatální ztrátou.

5.1 List o prohlídce zemřelého a vystavení rodného listu

Z novelizovaného zákona č. 147/2016 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování vychází povinnost vypsání listu o prohlídce zemřelého, což je v kompetencích lékaře. Mrtvý plod je společně s placentou posléze odeslán k uskutečnění pitvy na patologické oddělení, která je ze zákona povinná. Dle zákona č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení je zdravotnické zařízení povinno ohlásit úmrtí dítěte na příslušném matričním úřadě nejpozději do 3 pracovních dnů. Přičemž je na základě obdržení hlášení o mrtvě narozeném dítěti povinností matričního úřadu vystavit rodný list zemřelého dítěte, bez přidělení rodného čísla, v zákonné lhůtě 30 pracovních dní. Úmrtní list zemřelého dítěte není vystaven. Rodiče se mohou se sociální pracovníci domluvit, zda si pro rodný list dítěte zajdou na příslušný úřad osobně, či bude doporučeně zaslán poštou na uvedenou adresu. V případě osobního vyzvednutí rodného listu, rodiče budou potřebovat, doklad o totožnosti, hlášení o narození dítěte (poskytne nemocniční zařízení), popřípadě oddací list a prohlášení o jméně dítěte, pokud jméno chtějí uvést (Prázdna kolébka, 2022 [online]; Zákon č. 147/2016 Sb.; Zákon č. 301/2000 Sb.)

5.2 Pohřeb dítěte

Novela zákona č. 193/2017 Sb. o pohřebnictví, ukládá rodičům možnost do 96 hodin od narození mrtvého dítěte, se rozhodnout, jak naloží s tělem svého dítěte. Dítě je poté vloženo do samostatné nádoby určené ke zpopelnění v krematoriu. Pokud je přáním rodičů své dítě důstojně pohřbít a rozloučit se s ním, měli by kontaktovat pohřební službu ke sjednání ceremoniálního obřadu. Převoz dítěte z porodnice je zajištěn vybranou pohřební službou. V případě sjednání pohřbu budou rodiče potřebovat doklad totožnosti, list o prohlídce zemřelého, vystavený zdravotnickým zařízením a rodný list dítěte. Pokud rodiče možnosti pohřbení dítěte nevyužijí, dochází posléze k zpopelnění a dítě je uloženo do společného

anonymního hrobu. Rodiče tak nemají právo na vydání popela dítěte (Prázdná kolébka, 2022 [online]; Zákon č. 193/2017 Sb.).

Po porodu zemřelého dítěte jsou rodičům zpravidla ihned sděleny informace o možnostech pohřbu. Informovány by měly být i o nároku příspěvku na pohřebné, který vzniká ode dne pohřbu dítěte v trvání 1 roku. O vyplacení příspěvku je nutné si zažádat na příslušné Okresní správě sociálního zabezpečení s vyplněnou žádostí, rodným listem dítěte, s fakturou vystavenou za pohřeb a dokladem o zaplacení zpopelnění či uložení do hrobu. Konečná výše příspěvku činí 5000 Kč a je vyplacena jednorázově (Prázdná kolébka, 2022 [online]; Vybíhal, 2014, s. 408).

V případě mrtvě narozeného dítěte se rodiče musí do 96 hodin rozhodnout, jak bude posléze naloženo s jejich zemřelým dítětem. Tato lhůta je poměrně krátká a vzhledem k prožívanému smutku, je poměrně pravděpodobné, že rodiče lhůtu promeškají. O novelizaci zákona č. 193/2017 Sb., dlouho usiluje dobrovolné a nezávislé sdružení Tobit, které poskytuje rodičům zemřelého dítěte poradenství ohledně důstojného naložení ostatků dítěte. Jejich cílem je reforma zákona o pohřebnictví ohledně získání nároku rodičů k vydání potraceného plodu určeného k pohřbení a prodloužení zákonné lhůty ohledně rozhodnutí pohřbení zemřelých dětí před jejich narozením z aktuálních 96 hodin na 168 hodin (Tobit, 2014 [online]; Hanák, 2015, s. 2015; Koubová 2015).

5.3 Peněžitá podpora v mateřství a mateřská dovolená

V případě perinatální ztráty má žena nárok dle zákona č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění na peněžitou pomoc v mateřství, stejně tak i na mateřskou dovolenou. Ovšem za předpokladu splnění účasti na nemocenském pojištění minimálně 270 dní v průběhu dvou let. Délka čerpání mateřské dovolené je stanovena na 14 týdnů. Pokud žena stihla nastoupit na mateřskou dovolenou ještě před porodem, má právo na vyčerpání zbylých týdnů po porodu. V případě, že na mateřskou dovolenou nestihla nastoupit, má nárok na plné vyčerpání 14 týdnů od prvního dne porodu. Po dobu 14 týdnů má také nárok, při splnění výše uvedených podmínek, na peněžitou podporu v mateřství. Výše příspěvku je vyplácena za kalendářní dny 70 % denního vyměřovacího základu. Povinností ženy je zaměstnavateli předložit vyplněnou žádost o peněžitou podporu v mateřství, kterou následně předá na příslušnou Okresní správu sociálního zabezpečení (Prázdná kolébka, 2022 [online]; Zákon č. 187/2006 Sb., Zákon č. 262/2006 Sb.).

5.4 Porodné, otcovská dovolená, ošetřovné, pracovní neschopnost, rodičovská dovolená a příspěvek

Dle zákona č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře, žena v situaci mrtvě rozeného dítěte, nárok na porodné nemá. Otcovskou dovolenou v tomto případě také nelze čerpat. Ovšem lze uplatnit nárok na čerpání příspěvku na ošetřování osoby nebo dítěte do 10 let žijící ve stejné domácnosti, které z důvodu nemoci či úrazu nemohou o sebe pečovat sami, ale vyžadují ošetřování jiné fyzické osoby. Tiskopis vystavuje ošetřující lékař, který je posléze předán zaměstnavateli a následně na Okresní správu sociálního zabezpečení. Výše ošetřovného je stanovena na 60 % denního vyměřovacího základu vyplácena za jednotlivé kalendářní dny, maximálně po dobu 9 dnů. Rozhodne-li obvodní lékař či gynekolog o dočasné pracovní neschopnosti ženy z hlediska fyzické či psychické nemožnosti, má nárok na náhradu mzdy prvních 14 dnů. V případě delšího trvání neschopnosti, musí zaměstnanec svému zaměstnavateli předložit Žádost o nemocenskou. Po vyčerpání mateřská dovolené, nemá žena již nárok na rodičovskou dovolenou ani rodičovský příspěvek (Informativní důchodová aplikace, 2021; Prázdná kolébka, 2022 [online]; Zákon č. 117/1995 Sb.).

6 PODPORA, ROZVOJ KOMPETENCÍ A VZDĚLÁNÍ PORODNÍ ASISTENTKY V OBLASTI PERINATÁLNÍ PÉČE

Pomáhající profese, kterou vykonávají porodní asistentky, patří bezpochybně mezi profese, kde hrají velmi důležitou roli psychosociální aspekty, především komunikace se ženou/párem a umění vyrovnat se s klientovi emocemi. Jedná se tedy o velmi náročnou oblast poskytované péče, a proto je potřebné zajistit efektivní podporu a péči i na straně odborníků s cílem eliminovat negativní dopady psychosociálních faktorů na samotný výkon povolání (Takács a spol., 2015, s. 163).

Z hlediska komplexní připravenosti porodní asistentky v oblasti psychosociální péče poskytované rodičkám v perinatální péči, pokládám supervizi, jako jednu z metod podpory za velmi potřebnou k odbornému vykonávání samotné profese. Také v publikaci od Ratislavové (2014, s. 16) je zmíněna důležitost sebereflexe zkušeností a zážitků v rámci supervize nebo reflexe v kolektivu jako nezbytná součást psychohygieny.

6.1 Přiblížení problematiky supervize

Základním cílem již při počátku vzniku myšlenky supervize, bylo zajistit potřebnou podporu osobám v profesi poskytující pomoc druhým. V současném pojetí vymezuje proces, ve kterém dochází k formování úvahy nad vlastními i společnými priority v dané pracovní situaci s cílem dokázat zvládnout a řešit obtížné okolnosti, které vykonávající profese s sebou přináší (Takács a spol., 2015, s. 163).

Supervizi na daném pracovišti může vykonávat vedoucí pracovník v roli supervizora, jedná se tedy o tzv. manažerskou supervizi. V opačném případě se jedná o samostatnou profesní disciplínu. Reflexe zkušeností, zážitků a problémů může být uskutečněna samostatně, mezi supervizorem a dotyčným = klinická supervize, v páru, ve skupině či v týmu (maximálně do 6-10 osob). V současné době supervizor bývá externím pracovníkem, což s sebou přináší výhodu v podobě vyšší důvěry a pocitu jistoty zaměstnanců (zúčastněných zdravotníků) k supervizorovi a na druhé straně objektivně nezabarveného vztahu supervizora k zúčastněným. Dle nejoblíbenějšího modelu podle Proctorové, používaného ve zdravotnickém prostředí, zahrnuje tři hlavní funkce, kterými je: normativní funkce, která vymezuje organizační odpovědnost, dále formativní funkce sloužící k rozvoji dovedností, kterou je možné srovnávat se samotným mentoringem, a poslední funkcí je podpůrná, která má za úkol zdravotníkovi

pomoci podpořit jeho psychické zdraví či pomoci zvládnout syndrom vyhoření (Takács a spol., 2015, s. 163-164, 168; Venglářová, 2011, s. 154-156).

6.2 Zásady supervize

Aby supervize nabyla své efektivity, zásadním faktorem je její postupné a nenucené zavádění do praxe, s předešlou motivací zaměstnanců, ale také i vedoucích pracovníků. Příslušní pracovníci musí dané podpoře důvěřovat a do jisté míry projevovat svou angažovanost. Přípravná fáze je stanovena na základě předem sjednaných podmínek o průběhu a předpokládaných výsledcích supervize zakomponovaných v písemné dohodě (Takács a spol., 2015, s. 166; Venglářová, 2011, s. 162).

Jednoznačně nejdůležitější zásadou supervizní práce je zájem a řešení aktuálních potřeb účastníků či samotné organizace. Během společného sezení je to právě účastník, který otevírá obsah řešeného tématu. Ovšem podmínkou je, aby dané téma mělo pro něj stěžejní význam. Úkolem supervizora při sezení je, aby zúčastnění dokázali pojmenovat hlavní problém, který je trápí, zvládli navrhnout řešení daného problému, či jak by se zachovali, aby k situaci vůbec nedošlo. Supervizor se také snaží, aby dotyčný došel k sebepoznání a dokázal si v životě stanovit své priority. Při řešení problému supervizor vkládá svůj objektivní pohled, zkušenosti a navrhuje potřebná doporučení (Takács a spol., 2015, s. 166-167; Venglářová, 2011, s. 153).

Výhodou supervizní práce probíhající v týmu je získání zpětné vazby od druhých kolegů, vytváření vzájemné ohleduplnosti a naslouchání, podpory a soustředění myslí na společně řešené téma. Je to také vhodné prostředí pro sdělení případných neshod či nedorozumění, které by mohlo najít své vyjasnění. Zároveň je možné navrhnout případné možnosti řešení či experimentů, z nichž si každý vybere, co je mu nejvíc sympatické. Právě díky tomu, se supervize postupně stává místem, ve kterém každý najde své uspokojení (Takács a spol., 2015, s. 167).

6.3 Supervize v ČR

I když v posledních letech stoupá zájem o supervizi, v ČR na rozdíl od jiných evropských zemích (Velká Británie, Německo) není až tak běžným jevem, který můžeme ve zdravotnictví spatřit. Přičemž důsledky postmoderní společnosti stále více zhoršují vztahy mezi lidmi, komunikace se stává obtížnější, a především je kladen vyšší důraz na samostatnost jedince, což zapříčiňuje větší odpovědnost s přímo úměrně rostoucím stresem. Proto by se supervize měla stát běžnou součástí praxe, neboť nejen díky ní lze zvýšit individuální profesní činnost zdravotníka, zajistit lepší kvalitu poskytované péče a předejít syndromu vyhoření. V ČR se od

roku 2009 věnuje této problematice Unie porodních asistentek, pod kterou je registrováno 15 porodních asistentek scházející se v pravidelných intervalech. Jedná se pouze o jedinou formu celoplošné supervize na území ČR (Takács a spol., 2015, s. 164,170; UNIPA, 2022 [online]).

6.4 Duševní hygiena

Termín duševní hygiena je možné chápat jako metodu, kterou lze překonat náročnou životní situaci ve smyslu eliminace negativních důsledků stresu a zátěže či jako osobní přípravu na potencionální stresovou situaci, kterou nepochybně perinatální ztráta přináší. Pozitivním důsledkem užívaných metod psychohygieny je především prevence somatických a psychických onemocnění a rozvíjející se pracovní výkonnost (Takács a spol., 2015, s. 175).

Nejen porodní asistentky, ale všechny osoby pomáhající profesi by měly mít povědomí o metodách duševní hygieny. Technik a postupů, které pomohou úspěšně překonat těžké životní situace je velmi mnoho. Následující text stručně přiblíží některé z technik psychohygieny.

- Fyziologické postupy – jedná se o postup, který vede k zvýšení fyzické energie a tím vyplavení hormonů endorfinu (běh, tanec, jízda na kole apod.) v opačném případě se jedná o techniky, které vedou ke zklidnění (relaxační masáž, koupel, poslechnutí hudby apod.).
- Dechové techniky – odborníci kladou důraz na kvalitní způsob dýchání. Příkladem dechové aktivity může být dlouhý výdechový proud při zpěvu či zanáčování, nebo kontrolovaný hluboký silný nádech a pomalý dlouhý výdech.
- Získání odstupu od tíživé situace – ve smyslu relaxace a pohlížení na situaci z jiné perspektivy, popřípadě provést změnu prostředí (sledování filmu, četba knih, procházka v přírodě apod.).
- Sociální opora – sdílení vlastních pocitů a potíží s druhou osobou či domácím mazlíčkem. Na tomto principu funguje i metoda supervize.
- Spánek a odpočinek – má svůj pozitivní dopad na fyzický, psychický i mentální stav. Bez neuspokojení základní potřeby se dotyčným snižuje pozornost, pracovní výkonnost, cítí se unavený a podrážděný.
- Odpovídající stravovací návyky – patří stejně jako spánek a odpočinek mezi základní potřeby člověka, odrážející se na fyzickém a psychickém zdraví. Strava by měla být pestrá, vyvážená a obsahovat důležité vitamíny a minerály potřebné pro tělo.
- Humor - „Umožňuje vidět věci z nové perspektivy a v nečekaných kontextech, uvolňuje tvořivá řešení ve zdánlivě bezvýchodných momentech“ (Nešpor, 2011).

- Pozitivní ladění mysle – umožňuje člověku odpoutat pozornost od tíživé situace a umět se vyrovnat s negativními dopady situace
- Nepatrné duševní hygienické a přechodové rituály – jedná se o prvky našeho počinání v každodenním životě, které umožní tzv. přepnout mezi prostředími, nejčastěji mezi pracovním a domácím životem. Takovými rituály mohou být: očistná sprcha po pracovním dnu, rituální uvaření ranní kávy či čaje, převlečení z pracovního oděvu do domácího, zapnutí počítače, TV apod.
(Takács a spol., 2015, s. 180-182).

6.5 Vzdělávání v psychosociální oblasti v rámci perinatální péče

Odborné podpůrné skupiny nenabízí pouze pomoc ženám/rodičům, ale jsou určeny pro všechny zdravotnické pomáhající profese (lékaře, porodní asistentky, všeobecné sestry, duly apod.) i pro studenty zdravotnických oborů a lékařských fakult. Cílem vzdělávacích kurzů seminářů, odborných konferencí, besed a workshopů je prohloubit dosavadní znalosti, čímž pomohou zdravotnickému personálu získat stabilnější jistotu v oblasti psychosociální péče poskytované v rámci perinatální ztráty. V rámci celoživotního vzdělávání je podstatně důležité vzdělávat se ve sféře psychosociálních intervencí, které se uplatňují při péči o rodiče během perinatální ztráty. Neboť právě tato oblast péče je pro zdravotníky velmi nelehká a přináší s sebou pocity nejistoty. Nejen podpůrné skupiny, ale studium odborných publikací, výzkumných článků, zahraničních studií aj. rozšíří a zdokonalí dosavadní znalosti a zkušenosti (Dítě v srdci, 2022 [online]; Ratislavová, 2016, s. 8).

Péče poskytovaná rodičům v případě perinatální ztráty je pro pečující zdravotnický personál obzvláště náročnou situací. Úmrtí dítěte bezpochybně zasáhne a ovlivní i je. Aby dokázali odvádět svou práci na velmi dobré úrovni a pečovat o potřeby druhých, je potřeba, aby se jim dostávalo nezbytného adekvátního vzdělávání. Nelze tedy předpokládat, že bez odborného vyškolení, bude personál schopen poskytovat péči na patřičné úrovni, bez předešlých dovedností a vědomostí. Nestačí pouze disponovat praktickými zkušenostmi a vědomosti, ale je potřebné, aby prostředí, ve kterém pracují, mělo nastavené profesionální prostředí a systém interních pravidel i vypracovaných zásad, o které je možné se opřít při poskytování péče. A v neposlední řadě velmi důležitým faktorem pro poskytování kvalitní péče, je především podpora zdravotnického personálu ze strany zaměstnavatele (Kohnerová a Henleyová, 2013, s. 88-89).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Následující kapitoly a podkapitoly diplomové práce blíže specifikují metodiku práce v jednotlivě navazujících krocích, které byly při zpracování průzkumné části práce striktně dodrženy. Po zpracování sesbíraných dat z dotazníkového šetření následovala prezentace zjištěných výsledků, které byly posléze interpretovány a komparovány s výsledky jiných výzkumných prací. Vyjádření k celkovému zhodnocení práce, je uvedeno v závěru.

7 METODIKA PRŮZKUMNÉ PRÁCE

Diplomová práce je prací teoreticko-průzkumnou, využívající k ověření stanoveného průzkumného cíle, kvantitativní metodu. Prvním krokem k zdárnému zpracování a dokončení diplomové práce, bylo zformulování zkoumaného problému/cíle práce (více kapitola 1), na základě důkladného prostudování aktuálních poznatků z dostupných tištěných i internetových zdrojů, výsledků výzkumů diplomových i disertačních prací řešící obdobné téma a konzultacemi s vedoucí diplomové práce.

Na základě prostudování odborné literatury a konzultacemi s vedoucí práce, byl vytvořen i nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Před zahájením průzkumného šetření byla ověřena srozumitelnost zhotoveného dotazníku pretestem, který byl rozdán výběrovému vzorku respondentů. Po zjištěných nesrovnalostech a připomínkách, byly provedeny drobné úpravy dotazníkových otázek. Dotazník je přiložen k nahlédnutí v příloze této práce (příloha A).

Dotazníkové šetření bylo určeno pro porodní asistentky pracující na porodním sále, jejichž účast na průzkumu byla zcela dobrovolná a anonymní. V úvodním odstavci dotazníku je uvedeno krátké představení tématu a cíle diplomové práce, včetně mé osoby s kontaktem, pro případné dotazy. V případě žádosti respondenta, byla nabídnuta možnost zaslání výsledků dotazníkového šetření.

Nestandardizovaný dotazník celkem obsahoval 21 kombinovaných otázek. První tři otázky, byly otázkami identifikačními, dotazující se na věk, délku praxe na porodním sále, a zda již během své praxe na porodním sále, zajišťovaly péči ženě v případě perinatální ztráty. V dotazníku je obsaženo celkem 12 otázek, vztahující se k 1. průzkumnému cíli (č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15). Tyto otázky byly charakterem znalostního, s možností výběru single choice i multiple choice. K 3. průzkumnému cíli se vztahovaly otázky č. 16 a 17. Otázka č. 16 zohledňovala míru subjektivní spokojenosti porodních asistentek se svou odbornou

připraveností z hlediska psychosociální péče v situaci perinatální ztráty za pomoci využití Likertovy škály. Respondentky měly zaznamenat výběrovou číselnou hodnotu (od 1-5), dle subjektivního zhodnocení své osobní odborné připravenosti. Číselné hodnoty byly stanoveny dle hodnotícího školního systému, kde hodnota 1 vyjadřovala hodnocení velmi dobrou připravenost, naproti tomu hodnota 5, vyjadřující naprostou nepřipravenost. Otázka č. 17 zahrnovala tabulku na hodnocení míry připravenosti porodních asistentek v jednotlivých oblastech poskytované péče, kterých bylo stanoveno celkem 8 s možností o doplnění „jiné“ jimi zvolené oblasti péče. Jednotlivé oblasti péče respondentky hodnotily pomocí měřicího nástroje, Likertovy škály (od číselné hodnoty 1-5), dle vlastního uvážení. Ke 2. průzkumnému cíli se vztahovaly poslední dotazníkové otázky č. 18, 19, 20 a 21.

7.1 Operacionalizace pojmů na průzkumné cíle a otázky

Pro konkretizaci průzkumných cílů a průzkumných otázek jsou následně určeny výchozí aplikované pojmy.

Perinatální ztráta je vyjádřena přirozeným procesem truchlení po následném úmrtí plodu či novorozence v perinatálním období. Je provázena pocity smutku, beznaděje a žalu za zemřelé dítě (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 505).

Psychosociální intervence porodní asistentky v přímé souvislosti v případě perinatální ztráty:

- Psychická podpora zaměřená na truchlící rodiče v celém průběhu porodu mrtvého dítěte.
- Vystupování lidským, důstojným a citlivým přístupem.
- Respektování individuálních přání a rozhodnutí rodičů, ponechání dostatečně dlouhého času na rozhodování (rodiče jsou aktivními účastníky komunikace).
- Podpora přítomnosti blízké osoby, vytváření bezpečného a klidného prostředí.
- Adekvátní verbální a nonverbální komunikace s využitím technik aktivního naslouchání.
- Poskytnutí individuální péče v oblasti bio-psycho-socio-spirituálních potřebách.
- Rodičům jsou opakovaně podávány jasné a stručné informace, vždy s přihlédnutím k vhodnosti chvíle (informace o průběhu porodu, tlumení porodní bolesti, rituálech sloužící k rozloučení se s miminkem, úředních náležitostech).
- Pomoci rodičům s realizací rituálů rozloučení se s miminkem, vytváření nabídek vedoucí k utváření upomínek na zemřelé dítě.

- Podání vysvětlení o ozdravném účinku procesu truchlení i o rizikových faktorech a abnormalitách

Podpora porodních asistentek a jejich vzdělávání v oblasti perinatální ztráty:

- Znalosti o různých metodách psychohygieny k efektivnímu poskytování profesionální péče a předcházení syndromu vyhoření.
- Podpora zdravotnického personálu ze strany zaměstnavatele (př. Zajištění psychologické podpory od psychologa, psychoterapeuta, peer konzultanta, pravidelné uskutečnění supervize apod.).
- Aktivní prohlubování dosavadních znalostí v oblasti psychosociálních intervencí perinatální ztráty (účast na odborných konferencích, kurzů, seminářů, samostudium odborné domácí i zahraniční publikace apod.).

7.2 Sběr dat pro průzkumné šetření

Průzkumné šetření pomocí nestandardizovaného dotazníku probíhalo ve dvou zdravotnických zařízeních Královéhradeckého kraje. Z nichž jedna nemocnice byla krajského typu, druhá nemocnice byla oblastního typu. Samotný sběr dat byl uskutečněn na porodním sále daných zdravotnických zařízení po předchozím souhlasu náměstkyně ošetrovatelské péče, včetně vrchní a staniční sestry daného oddělení, v období února až března roku 2022.

Před zhotovením dotazníku byla provedena pilotáž v podobě předem domluveného rozhovoru se staničními sestrami daných zdravotnických zařízení a prozkoumání interních postupů a pravidel při poskytování péče v případě perinatální ztráty na jejich oddělení.

Na základě získaného souhlasu staniční sestry ze zdravotnického zařízení krajského typu, mohu uveřejnit část obsahu našeho rozhovoru.

Otázka: *„Máte na svém oddělení vypracovaný interní postup v případě porodu mrtvého plodu, o který se opíráte při poskytování péče v situaci perinatální ztráty?“*

Odpověď: *Interní standard "černý na bílém" vypracovaný nemáme, ale postup v péči o rodičku i její blízké má svá pravidla, která dodržujeme. Řada z nás absolvovala kurzy či semináře se zaměřením na peripartální ztrátu, velmi úzce spolupracujeme s intervenční službou a perinatálním hospicem Dítě v srdci.“*

Otázka: *„Jaké rituály a upomínky k rozloučení s dítětem na Vašem oddělení nejvíce využíváte?“*

Odpověď: „K rozloučení používáme memory boxy od perinatálního hospice Dítě v srdci. Miminko ošetřujeme vonným olejem, který si rodiče odnášejí domů a mohou si kdykoliv vůni miminko připomenout. Na památku děláme otisk nožky barvou, otisk do tvarovací hmoty, je-li to možné, odstříhneme vlásy. Rodiče si v boxu odnášejí žinilkovou deku a oblečení, které při rozloučení použijeme. Pokud na to mají sílu, mohou z knížky přečíst pohádku nebo říkanku, čímž aspoň v něčem naplní svou rodičovskou roli, na kterou se těšili. Vždy uděláme citlivé fotografie miminka, které jim můžeme ihned odeslat nebo je ukládáme na PS. Některé páry si v čase porodu nepřejí žádné upomínky, ale často se s odstupem vracejí a my jim otisky a fotografie vydáme později.“

Souhlas s uveřejněním rozhovoru se staniční sestrou zdravotnického zařízení oblastního typu, udělen nebyl. Mohu pouze konstatovat, že byly shledány drobné rozdíly mezi možnostmi rituálů, sloužící k rozloučení s dítětem.

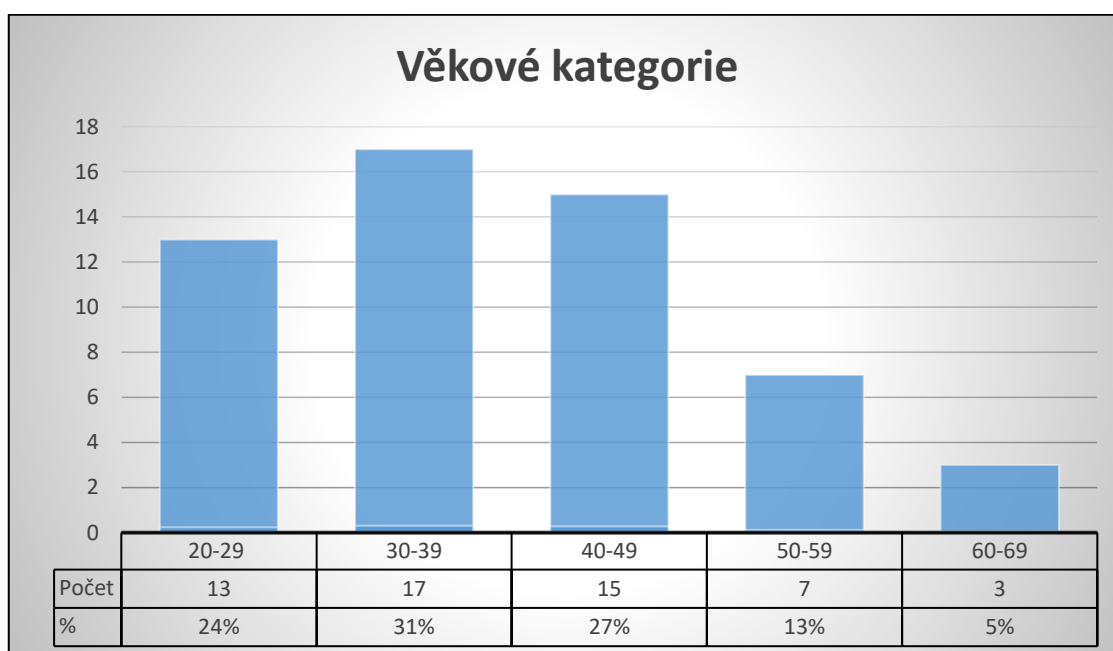
Ve zdravotnickém zařízení krajského typu je na porodním sále zaměstnáno celkem 35 porodních asistentek. Ve zdravotnickém zařízení oblastního typu pracuje na porodním sále 30 porodních asistentek. Aby byl dodržen dostatečně mohutný soubor kvantitativního průzkumu, byly osloveny i porodní asistentky online formou, které měly aktuálně přerušovaný pracovní poměr, mateřskou dovolenou. Ovšem kritérium po výběr zůstal stejný. Musely splnit podmínku výběru, vykonáváním profese na porodním sále. Dotazníky byly distribuovány jak tištěnou formou, tak i online formou.

Během analýzy dat z dotazníkového šetření nebyl zjištěn žádný zásadní rozdíl mezi úrovněmi znalostí porodních asistentek a interních postupů obou zdravotnických zařízení při poskytování psychosociální péče v případě perinatální ztráty. Z tohoto důvodu byla prezentace výsledků uskutečněna ve společném celku. V konečné fázi byl celkový počet oslovených respondentek **n=65** (základní populace), přičemž k průzkumného šetření mohlo být z celkového počtu využito **85%** dotazníků, tedy průzkumu se účastnilo **55** respondentek.

7.3 Charakteristika a výběr průzkumného souboru pro kvantitativní průzkum

V konečné fázi, bylo pracováno s průzkumným vzorkem (n=55). Jednalo se o porodní asistentky pracující na porodním sále. Další kritérium pro výběr vzorku respondentů nebyl stanoven. Tištěné dotazníky byly osobně po ukončeném období probíhajícího průzkumu odneseny z daných oddělení. Dotazníky distribuované online formou byly zpět získány odesláním na e-mailovou adresu.

Identifikační otázky



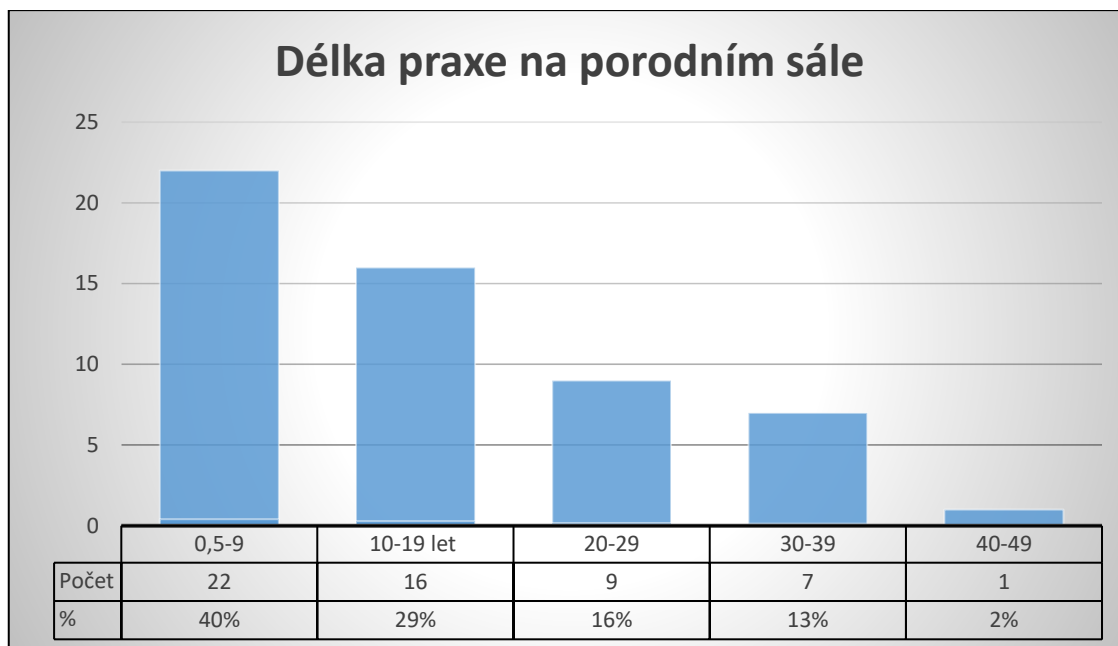
Obrázek 1 – Věkové kategorie

Tabulka 1 – Statistické ukazatele věkového rozmezí

Statistické ukazatele		Medián	Modus	Průměr	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Rozmezí věkové kategorie	22-68	38	35	39	22	68	10,6

Jak již bylo zmíněno, první dotazníková otázka se respondentek dotazovala na jejich věk. Jednalo se o otázku otevřeného charakteru. Následně při vyhodnocení dat, byly vytvořeny jednotlivé věkové kategorie dotázaných respondentek, které jsou znázorněny ve výše přiloženém grafu, tabulka poukazuje na základní statistické ukazatele. Porodní asistentky byly zastoupeny ve věkovém rozložení od 22 do 68 let.

Z celkového průzkumného vzorku byla nejmladší respondentka ve věku 22 let, která svou profesní kariéru na porodním sále teprve začínala. Její délka praxe na porodnici trvala teprve půl roku a s poskytováním péče v situaci perinatální ztráty se prozatím nesečkala. Naopak nejstarší respondentkou, ve věku 68 let, byla porodní asistentka s délkou praxe na porodním sále v trvání 45 let.

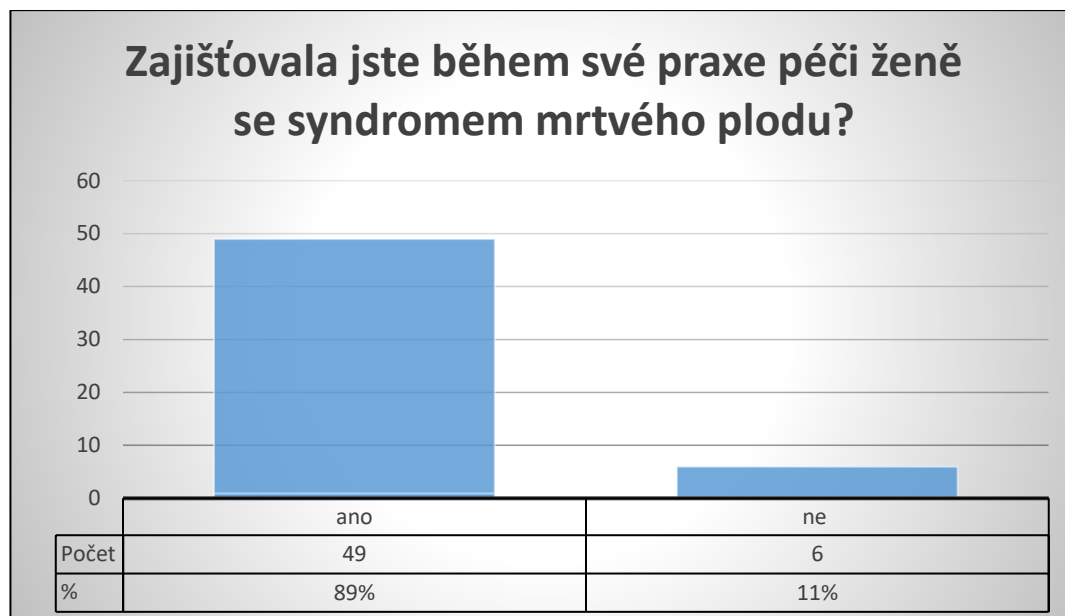


Obrázek 2 – Délka praxe na porodním sále

Tabulka 2 – Statistické ukazatele délky praxe

Statistické ukazatele		Medián	Modus	Průměr	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Délka praxe	0,5-45	12	10	14,3	0,5	45	10,5

Výše přiložený graf poukazuje na vykonávající délku praxe jednotlivých porodních asistentek na porodním sále. Nejpočetnější skupinu (**40 %**) zastupuje **22** porodních asistentek, které pracují na porodním sále od půl roku do 9 let. Nejméně početnou skupinu tvořila **1** porodní asistentka (**2 %**) s délkou trvání praxe na porodním sále 45 let.



Obrázek 3 – Zajištění péče o ženu se syndromem mrtvého plodu

Pokud během jednoho roku v ČR, dojde přibližně okolo 400 perinatálního úmrtí novorozenců, je vysoká pravděpodobnost, že během vykonávání profese na porodním sále, se i porodní asistentka setká s poskytováním péče rodičkám v situaci perinatální ztráty. Pro zařazení do průzkumného souboru nebyla relevantní vlastní zkušenost porodní asistentky s perinatální ztrátou, a proto nebyly vyloučeny z průzkumného šetření. Naopak bylo záměrem zjistit, zda i tato skupina porodních asistentek, dokáže poskytovat péči v situaci perinatální ztráty. Během analýzy dat, nebyly shledány významné znalostní rozdíly mezi porodními asistentkami, které péči zajišťovaly a které nezajišťovaly.

Dotazníková otázka č. 3, která byla dichotomického charakteru, se dotazovala respondentek, zda již během vykonávání své praxe na porodním sále, zajišťovaly péči ženě se syndromem mrtvého plodu. Z grafického znázornění je patrné, že **89 % (49)** respondentek se během své profese na porodním sále, setkalo s perinatálním úmrtím. Pouze **6** respondentek (**11 %**), nemělo prozatím tuto zkušenost. Z 6 porodních asistentek, se jednalo o 3 respondentky ve věku od 22-26 let a jejich délka praxe na porodním sále byla velmi krátká. Je tedy velmi pravděpodobné, že v průběhu dalších let, je tato zkušenost čeká.

7.4 Analýza dat a jejich vyhodnocení

Základní program pro zpracování, následné vyhodnocení a importování získaných dat z dotazníkového šetření, byl použit Microsoft Office Excel 365. Výsledné tabulky a grafy byly posléze exportovány do textového editoru Microsoft Office Word 365. Získané data z dotazníkového šetření jsou téměř ve všech případech nominálního typu, které nelze srovnat, a proto z tohoto důvodu byla data analyzována pomocí popisné statistiky. Následující vzorec pro výpočet absolutní a relativní četnosti, který byl využit při zpracování dat.

$$f_i = (n_i/n) * 100 \% \text{ (Chrásková, 2016, s. 35)}$$

Relativní četnost je ve vzorci znázorněna symbolem (F_i). Jedná se výsledný poměr absolutní četnosti a celkové četnosti zkoumaného souboru, vyjádřen procentuálním znázorněním. **Celková četnost** respondentek n , vyjadřuje v uvedeném vzorci celkový počet zúčastněných respondentek průzkumného šetření. Naproti tomu **absolutní četnost** (n_i), vyjadřuje počet jednotlivých respondentek, které na otázku odpověděly.

Za prezentacemi výsledných dat dotazníkového šetření je uvedeno shrnutí výsledků k odpovědi na průzkumné cíle diplomové práce. Pro přehlednost výsledků byly vytvořeny tabulky s výslednými daty. Znalostní otázky dotazníkového šetření byly vyhodnoceny na základě stanovené hranice úspěšnosti/dostatečnosti, **70 %**, přičemž bylo vycházeno z doporučení od Cermatu (2019). Zde sice uvádí minimální hranici úspěšnosti 60 %, ovšem dle mého názoru, je tato hranice v mé zkoumané oblasti poměrně nízká a z hlediska náročnosti situace, vyžaduje vyšší procentuální úspěšnost. Proto byla stanovena po konzultaci s vedoucí diplomové práce na vyšší procentuální úroveň. Při konstrukci znalostních otázek bylo vycházeno z aktuálních odborných publikací, která jsou uvedena v teoretické části.

Hranice rovnající se 70 % a výše, znamenala, že úroveň dosavadních znalostí porodních asistentek z hlediska poskytované psychosociální péče v rámci perinatální ztráty, je dostačující. Znalostních otázek, ze kterých byly výsledky zahrnuty do procentuálního hodnocení úspěšnosti, bylo celkem 9 s maximálně získanými **body, 25**. Dotazníkové otázky č. 4, 6, 7, 8, 10 a 11, disponovaly vždy jednou správnou odpovědí. Otázka č. 12 byla postavena na 5 správných odpovědí (a, b, d, e, f). Dotazníková otázka č. 13 měla maximálně 6 správných odpovědí (a, b, c, d, e, f). Maximální počet získaných bodů u dotazníkové otázky č. 14, bylo 8 (a, b, c, d, e, f, g, h). Po vypočtení procentuální úspěšnosti bylo dovršeno závěru, že **18** a více bodů znamená více jak **70 % úspěšnost a byla dostačující**. **17** a méně získaných bodů, byla úspěšnost respondentek považována za **nedostačující**.

8 PREZANTACE VÝSLEDKŮ Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole průzkumné části diplomové práce je věnovaný prostor pro vyhodnocení dat z dotazníkového šetření. Získaná data jsou prezentována pomocí grafů a tabulek.

8.1 Znalosti porodních asistentek o psychosociálních intervencí

Prostřednictvím znalostních otázek z dotazníkového šetření (č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15), bylo účelem zjistit, úroveň dosavadních znalostí porodních asistentek z hlediska poskytované psychosociální péče v rámci perinatální ztráty, čímž mohlo být odpovězeno na první dílčí cíl průzkumné části diplomové práce.

Správnou odpovědí na otázku č. 4, byla odpověď ano. Zjištěný výsledek pokládám za velmi uspokojivý, neboť všech 55 respondentek odpovědělo správně. Což v tomto případě potvrzuje jejich **100 %** připravenost.

Dotazníková otázka č. 5 byla otevřeného charakteru a dotazované respondenty měly stručně vypsat oblasti, které jsou dle jejich názoru zásadní při sdělování nepříznivé diagnózy těhotné ženě/páru. Cílem této otázky bylo, ponechání volnosti v odpovědi a prostoru k zamýšlení respondenta a žádným způsobem neovlivňovat jeho osobní odpověď. Čímž byly prověřeny jejich znalosti v oblasti sdělování nepříznivé diagnózy.

V prvé řadě je nutné definovat, co je vlastně považováno za správnou odpověď, aby na tomto základě, mohlo posléze dojít k celkovému vyhodnocení. V níže uvedeném odstavci jsou stručně uvedeny nejdůležitější oblasti, které jsou zásadní při sdělení nepříznivé diagnózy.

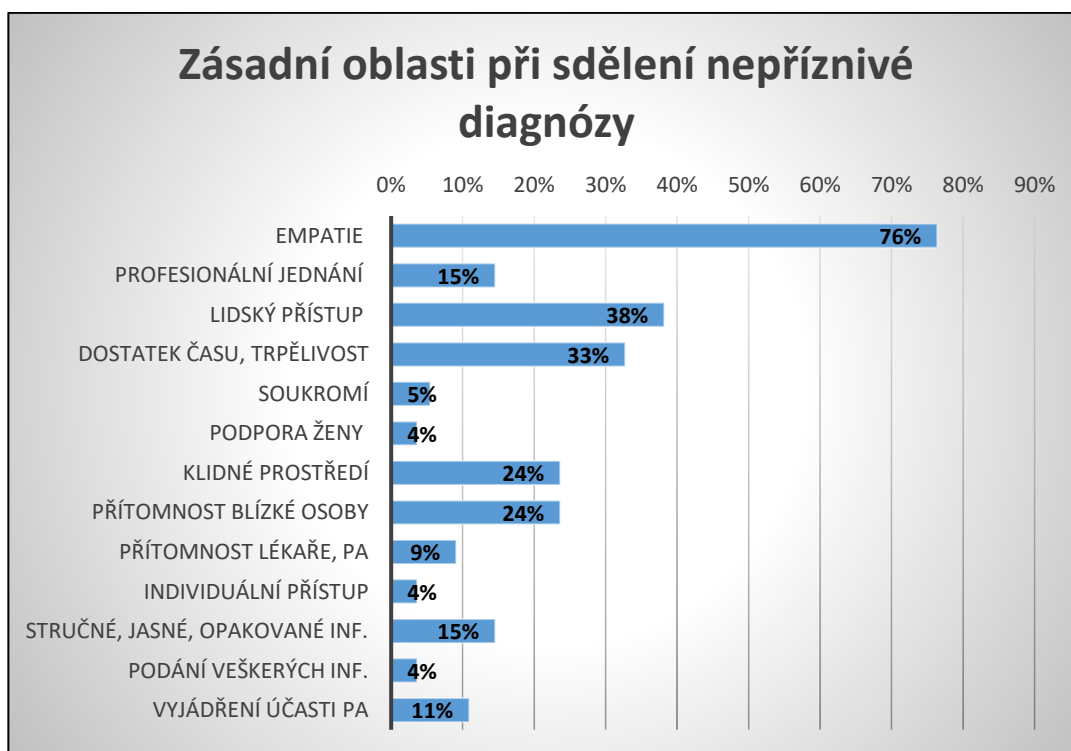
- Užití psychologického přístupu k těhotné/páru
- Využití taktiky aktivní naslouchání
- Kontrolování neverbálních projevů ve tváři zdravotnického personálu
- Vytvoření klidného, intimního prostředí
- Redukovat nadbytečnou přítomnost osob, bez přítomnosti studentů
- Zajistit přítomnost blízké osoby
- Vyjádření lítosti, soustrasti nad vzniklou situací
- Podání jasných, stručných a opakovaných informací, bez použití odborných termínů
- Empatické a citlivé chování zdravotnického personálu
- Jednotné vystupování týmu

- Ponechání dostatečně dlouhého času na vstřebání šokující zprávy
- Ponechání prostoru pro vyjádření emocí těhotné ženy/páru

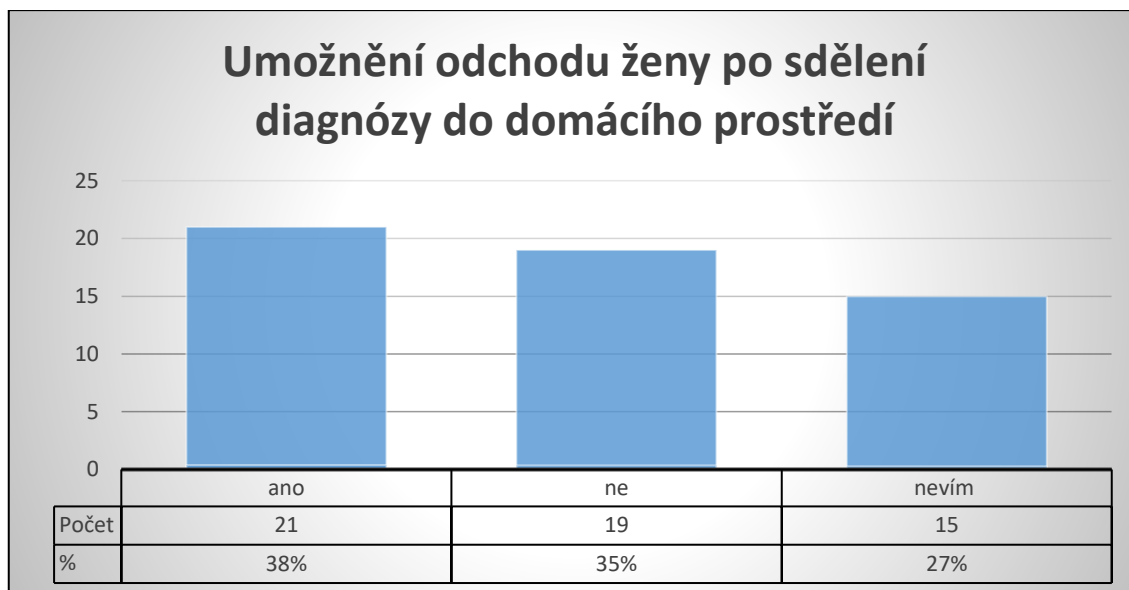
(Ratislavová, 2016, s. 43; Roztočil, 2017, s. 209; Takács a spol., 2015, s. 29-30).

Pro lepší grafickou přehlednost byly vytvořeny kategorie, zaznamenávající jednotlivé odpovědi respondentů. Z celkového počtu 55 respondentů, 42 porodních asistentek (**76 %**) zaznamenalo jako zásadní oblast, empatické chování zdravotnického personálu. Do kategorie lidského přístupu, byly zahrnuty i odpovědi typu: vlídnost, úcta, ochota a ohleduplnost. Tato odpověď byla zaznamenána u 21 respondentek (**38 %**). Nejčastěji byly jednou respondentkou uvedeny 3 odpovědi (celkem 19). Nejvíce zaznamenaných odpovědí bylo 1 respondentkou a to 7 položek. Celkem 12 respondentek uvedlo pouze 1 položku odpovědi, přičemž nejčastěji uváděly důležitost empatie a ponechání dostatečně dlouhého času.

Celkově lze tedy říci, že téměř všechny zaznamenané odpovědi respondentek byly považovány za správné. Kromě odpovědi podání veškerých informací. Tuto odpověď pokládám za nesprávnou, neboť ve chvíli sdělení diagnózy, se žena nachází ve fázi akutního šoku a její vnímání je omezené. Proto je zásadní sdělovat pouze stručné a jasné informace, které se posléze opakují a jsou průběžně doplňovány. Na základě prostudované odborné literatury, je při sdělení nepříznivé diagnózy zásadní, aby přítomnost personálu, byla redukována na minimálně možný počet, samozřejmě bez přítomnosti studentů. Tato odpověď se bohužel ani v jednom případě neobjevila.



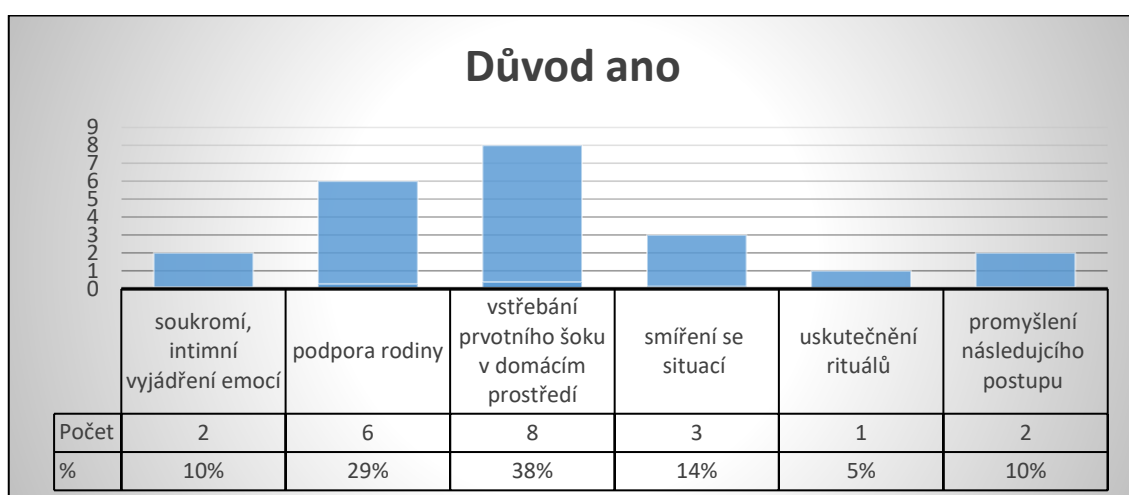
Obrázek 4 – Zásadní oblasti při sdělení nepříznivé diagnózy



Obrázek 5 – Umožnění odchodu ženy po sdělení diagnózy do domácího prostředí

Jak je vidět ve výše uvedeném grafu, ani odpovědi respondentek nebyly zcela jednoznačné. Poměrně nečekaným zjištěním, byl fakt, že 21 respondentek (**38 %**) by těhotné ženě odchod do domácího prostředí umožnilo. Spíše jsem dle vlastního uvážení očekávala, větší procento odpovědi: neumožnit odchod do domácího prostředí, to ovšem získalo **35 %** úspěšnost, tedy 19 respondentek se přiklonilo k neumožnění odchodu do domácího prostředí. 15 respondentek (**27 %**) odpověděly neutrálním postojem.

Jelikož obě možnosti výběru odpovědi, měly respondentky zdůvodnit, níže uvedený graf vytyčuje vzniklé kategorie nejčastějších odpovědí.



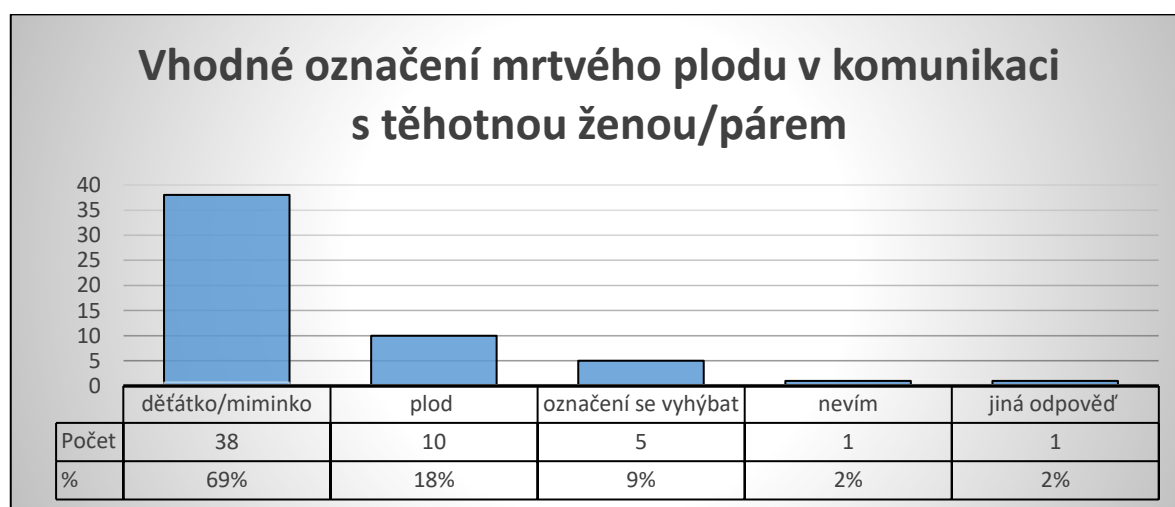
Obrázek 6 – Důvod ano

Velmi uspokojivým zjištěním bylo, že **38 %** z 21 respondentek, které se přiklonily k umožnění odchodu do domácího prostředí, uvedly jako důvod, vstřebání prvotního šoku.

Posléze druhou nejčastější odpovědí (**29 %**) byla podpora od blízkých osob rodiny. **14 %** respondentek uvedlo jako důvod, že se těhotná žena se situací lépe smíří v domácím prostředí. Shodná **10 %** úspěšnost byla jak, pro rozmyšlení následujícího postupu ohledně porodu mrtvého dítěte, tak pro zajištění soukromí a intimního vyjádření emocí.

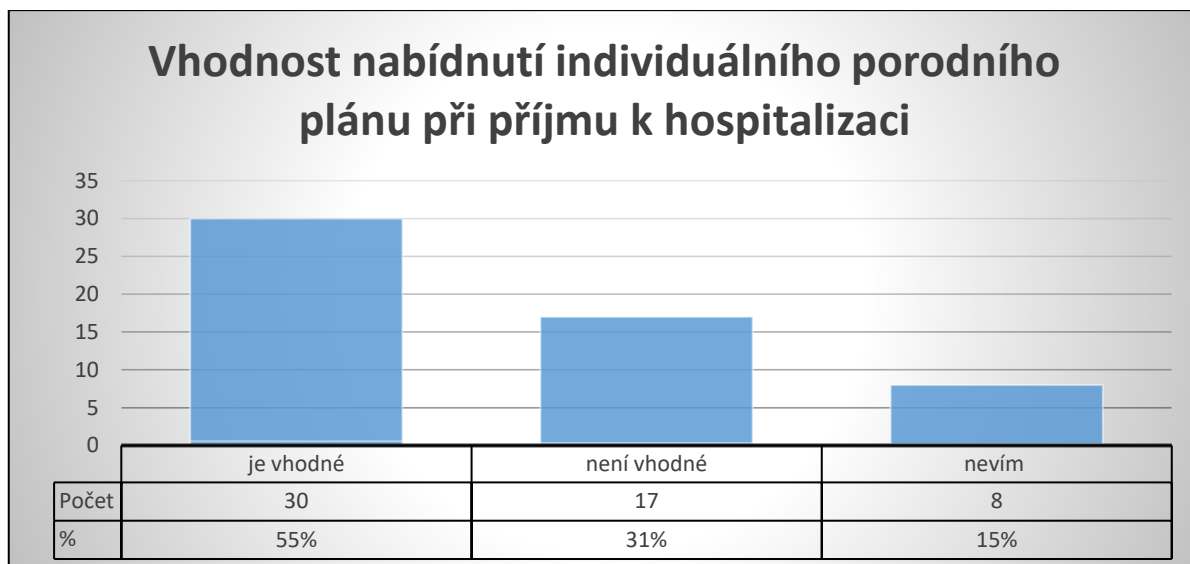
Důvod, který 19 respondentek uvedlo u záporné odpovědi, byl naprosto jednoznačný. **100 %** uvedlo, že odchod do domácího prostředí není vhodný, z důvodu zdravotních rizik, který pro těhotnou ženu mohou nastat.

Výsledné zjištění otázky č. 7, ukázalo, že 38 respondentek (**69 %**), odpovědělo na otázku správně, tedy dítě by v komunikaci s rodiči nazvalo děťátkem či miminkem. Naopak **18 %** respondentek by zvolilo označení dítěte jako „plod“. Dle mého názoru, poměrně vysoké procento. Naprosto překvapujícím zjištěním byl fakt, že 5 respondentek (**9 %**) by zvolilo strategii vyhýbání se označení. V průběhu porodu nastanou chvíle, kdy se označení nedá zcela vyhnout. Jedna respondentka (**2 %**) uvedla jinou odpověď, která je uvedena zde: „*V průběhu komunikace s rodiči bych volila označení dítěte na základě oboustranné domluvy*“



Obrázek 7 – Vhodné označení mrtvého plodu v komunikaci s těhotnou ženou/párem

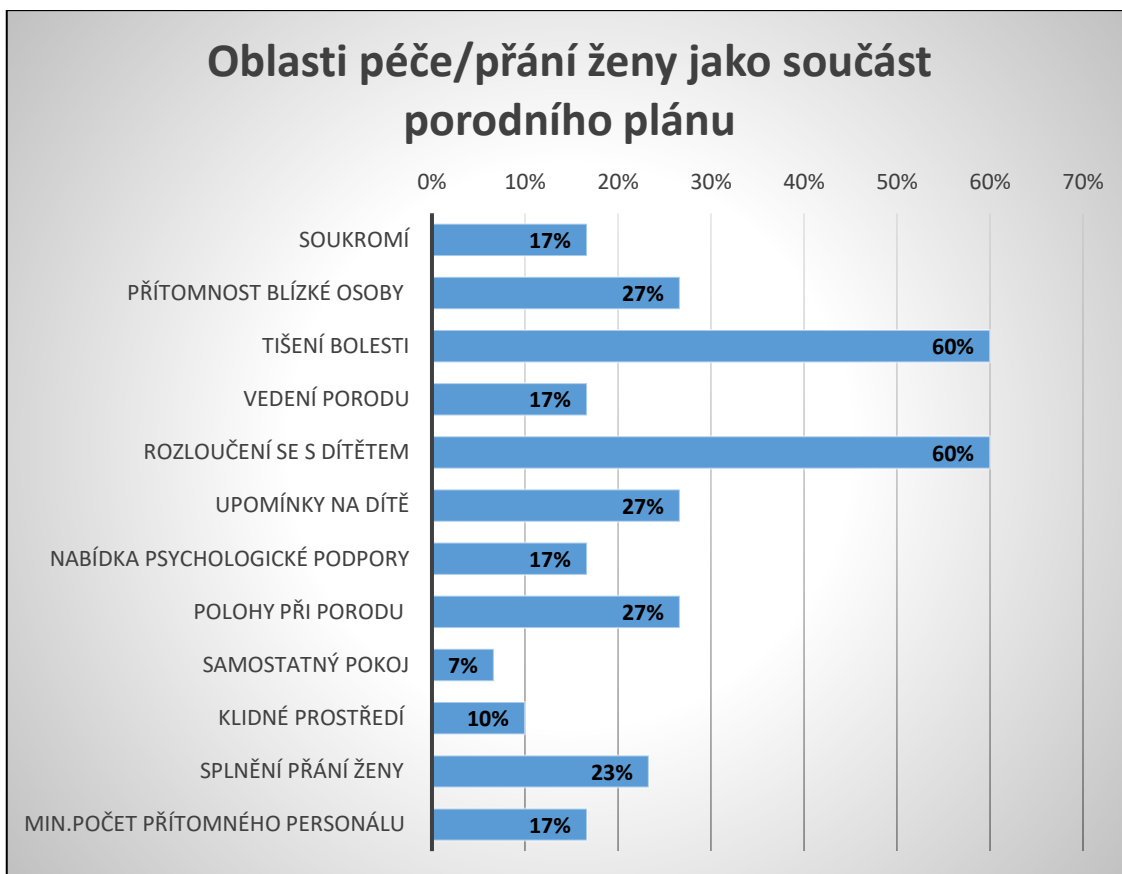
Po vyhodnocení dat dotazníkové otázky č. 8, bylo patrné, že respondentky, které by navrhly těhotné ženě/páru vytvoření individuálního porodního plánu při příjmu k hospitalizaci, byly porodní asistentky věkové kategorie do 39 let. Jako jedno z možných vysvětlení, pokládám za součást vzdělávání ve školním systému nebo individuální studium nově příchozích přístupů. Z celkového počtu 55 respondentek, by navrhlo vytvoření porodního plánu 30 porodních asistentek (**55 %**). Čímž je patrný pomalu měnící se přístup v poskytování psychosociálních intervencí. 17 respondentek (**31 %**), ovšem zaznamenalo, že vytvoření porodního plánu není vhodné a 8 respondentek (**15 %**) vyjádřily neutrálním postojem.



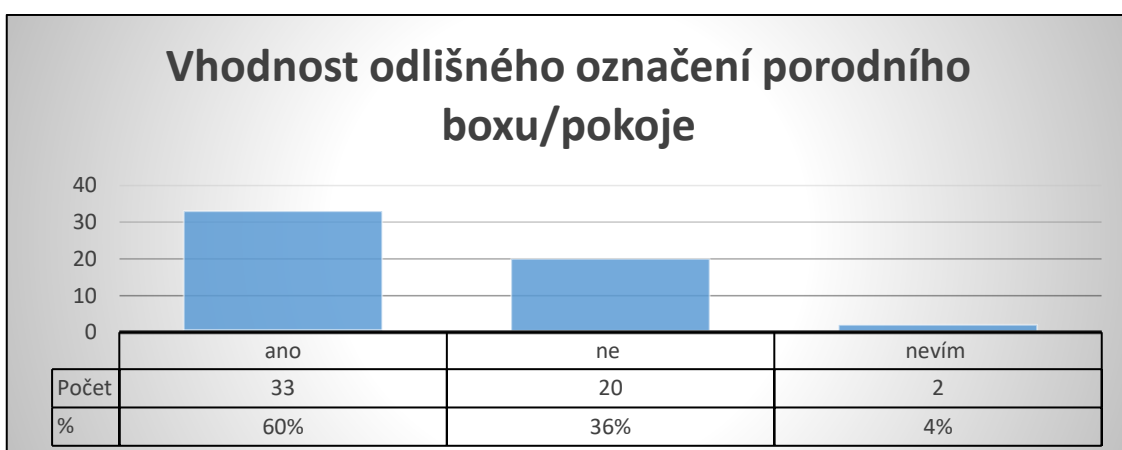
Obrázek 8 – Vhodnost nabídnutí individuálního porodního plánu při příjmu k hospitalizaci

Pokud se respondentky domnívaly, že je vhodné při příjmu k hospitalizaci těhotné ženě nabídnout možnost vytvoření individuálního porodního plánu, měly v následující otázce vytyčit oblasti péče/individuálních přání ženy, které by měly být v porodním plánu zaznamenány. Jelikož tato otázka byla otevřeného charakteru, byly z jednotlivých odpovědí vytvořeny kategorie, které jsou v níže uvedeném grafu znázorněny.

Nejčastější zmíněnou oblastí, ve stejném procentuálním zastoupení (**60 %**) byla oblast tišení porodních bolestí a rozloučení se s mrtvě narozeným dítětem. Nejméně zmiňovanou oblastí, bylo vyhrazení samostatného pokoje v celém průběhu porodu (**7 %**). Po prostudování odborné literatury, lze říci, že ty respondentky, které v předchozí otázce odpověděly správně, zaznamenaly nejdůležitější oblasti péče, které by měly být v individuálním porodním plánu uvedeny.



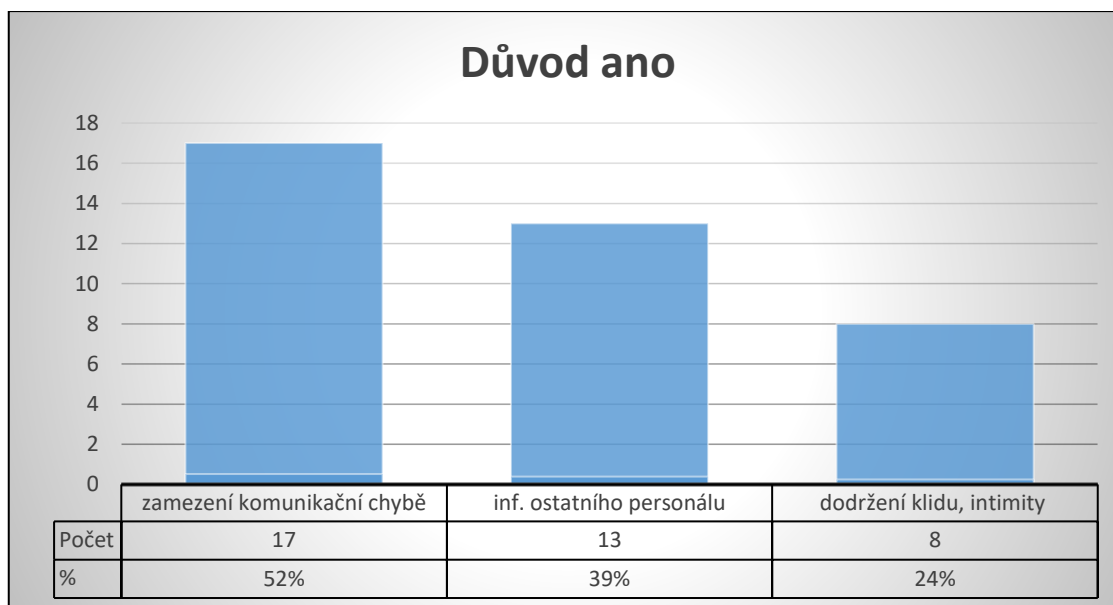
Obrázek 9 – Oblasti péče/ přání ženy jako součást porodního plánu



Obrázek 10 – Vhodnost odlišného označení porodního boxu/pokoje

Z výsledků 10. dotazníkové otázky je patrná **60 %** úspěšnost správné odpovědi (33 respondentek). 20 respondentek (**36 %**) by odlišné označení pokoje neprovedlo a 2 respondentky (**4 %**) by v tomhle případě zvolily možnost „nevím“.

V případě zvolení jak kladné, tak i záporné odpovědi, měly respondentky za úkol, vysvětlit důvod, proč danou možnost zvolily. Následující graf a tabulka graficky znázorňují jednotlivé odpovědi.

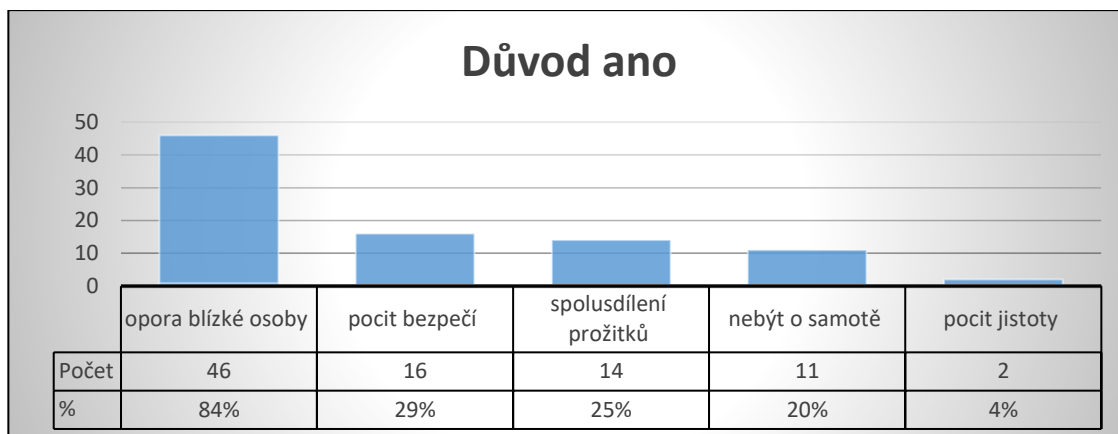


Obrázek 11 – Důvod ano

Z 60 respondentek, které odpověděly na otázku číslo 10, že by porodní box/pokoj, ve kterém probíhá porod mrtvého dítěte, odlišně označily, jich nejvíce, 17 (**52 %**) uvedlo, jako důvod, aby bylo zamezeno komunikačním chybám mezi přítomným zdravotnickým personálem.

Jako důvod, proč by dle 20 respondentek nebylo vhodné porodní box/pokoj odlišně označit, bylo ve **100 %** shodnosti uvedeno, že všechen zdravotnický personál, který v ten den vykonává pracovní službu, je obeznámen se situací a informace si mezi sebou důkladně předává.

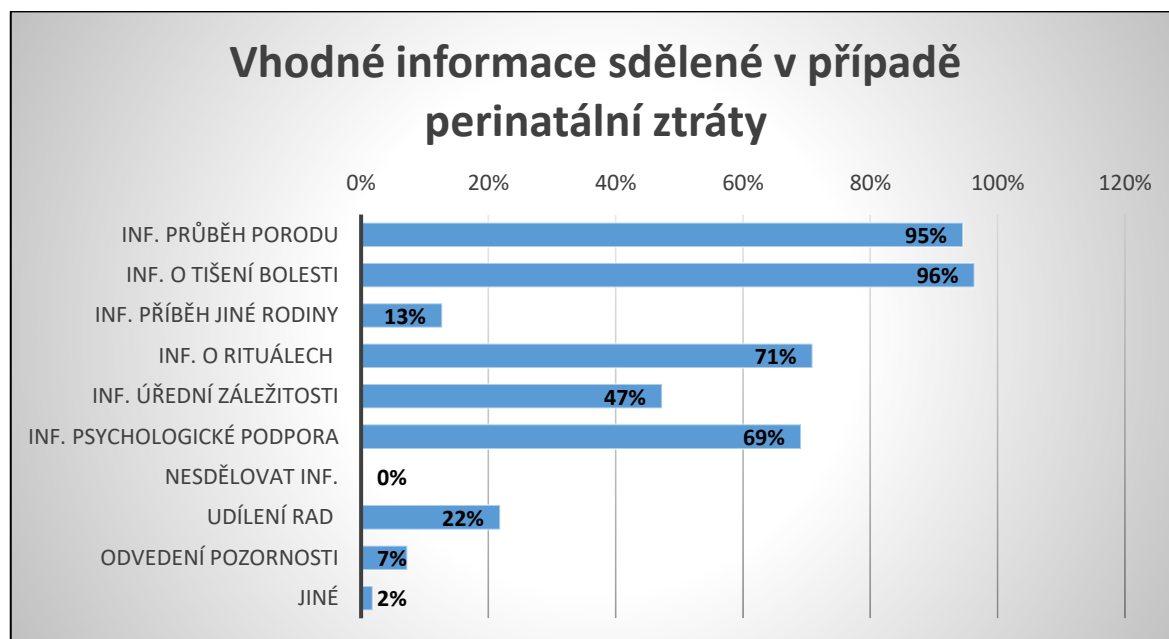
Naprostá většina respondentek (**100 %**) odpověděla na 11. dotazníkovou otázku, shodným názorem. Považují přítomnost blízké osoby v situaci perinatální ztráty za důležitou. Opět bylo záměrem se respondentek dotázat, proč je dle jejich uvážení, důležitá přítomnost blízké osoby. Což předkládá níže prezentovaný graf.



Obrázek 12 – Důvod ano

Z jednotlivých odpovědí respondentek, byly posléze vytvořeny kategorie, které jsou vyjádřeny absolutní a relativní četností. Nejpočetněji zastoupenou kategorií (**84 %**), byla odpověď důležitosti psychické opory blízké osoby. Pouze 2 respondentky (**4 %**) se domnívaly, že přítomná osoba, vytváří pocit jistoty.

Dotazníková otázka č. 12 zjišťovala, zda dotazované respondentky mají povědomí o tom, jaké informace by truchlící rodiče v průběhu pobytu v porodnici měli obdržet. Respondentky měly možnost výběru multiple choice. Dle doporučení UNIPA, se jedná o informace: o průběhu porodu, možnostech tišení bolesti, informace o možných rituálech sloužící k rozloučení se s dítětem, o úředních záležitostech (pohřbu dítěte) a informace ohledně psychologické podpory. Získané výsledky dat, předkládá níže uvedený graf.

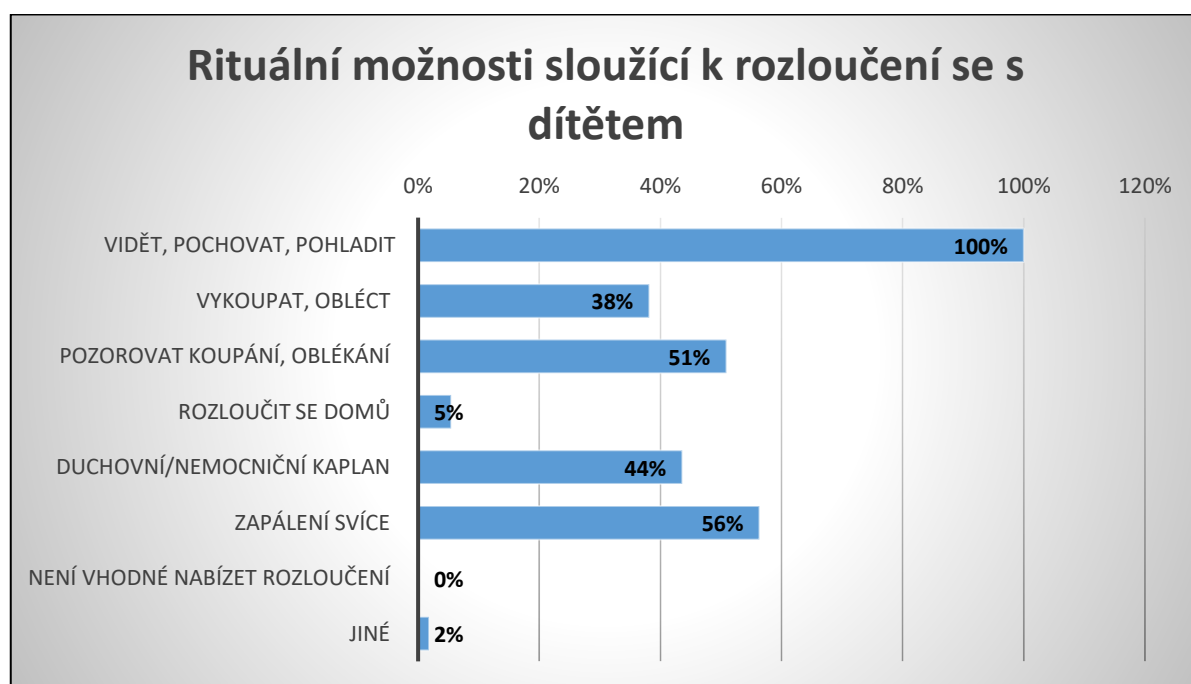


Obrázek 13 – Vhodné informace sdělené v případě perinatální ztráty

Z procentuálního rozložení grafických sloupců je na první pohled patrné, že informace, které mají být ženě v situaci perinatální ztráty poskytnuty, získaly největší úspěšnost. Pouze jedna respondentka (2 %) využila možnosti „jiné“ a sdělila, že by ženě navrhla konkrétní pomoc při ztrátě dítěte (např. kontakt na Dítě v srdci).

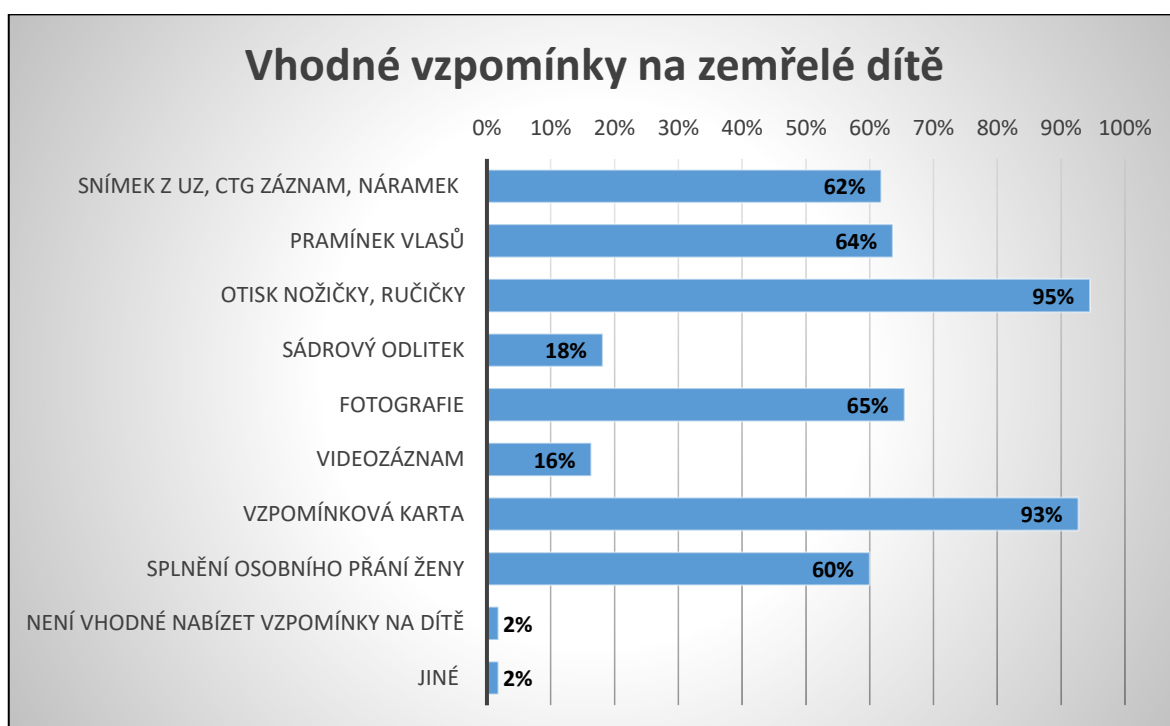
Velmi uspokojivým zjištěním je fakt, že chybně označené odpovědi, byli oproti správným, v poměrně nižším procentuálním zastoupení. Podle 12 respondentek (22 %) by bylo vhodné v udělovat rodičům rady. Sdělovat informace o příběhu jiné rodiny, je dle 7 respondentek (13 %) správné a 4 respondentky (7 %) by se snažily odvést pozornost od dané situace. Žádná respondentka nepovažovala za správné, nesdělovat truchlícím rodičům informace.

Otázkou číslo 13, kde dotazované respondentky měly možnost multiple choice, bylo cílem zjistit, jaké rituální možnosti by porodní asistentky považovaly za vhodné nabídnout rodičům k rozloučení se s dítětem. V první řadě je nutné opět zmínit, že neexistuje žádný jednotný názor na uskutečnění vhodného rituálního obřadu sloužícího k rozloučení se s mrtvě narozeným dítětem. Zdravotnický personál by proto měl být otevřený k přáním a potřebám rodičů a aktivně dané možnosti nabízet. K tomu, aby je mohl rodičům nabízet, je důležité, aby disponovali znalostmi o rituálech sloužící k rozloučení se.



Obrázek 14 – Rituální možnosti sloužící k rozloučení se s dítětem

Prozkoumáním této oblasti, bylo zjištěno, že z 55 respondentek, by všechny dotázané (100 %), umožnily rodičům fyzický kontakt se svým zemřelým dítěte. Ani v této chvíli, není možné zapomenout pečovat o spirituální potřeby rodičů, a pokud si přejí přítomnost nemocničního kaplana či duchovního, snahou porodní asistentky, by mělo být přání splnit. Ovšem tuto možnost by zvolilo pouze 24 respondentek (44 %). V zemích západní Evropy je naprosto běžné v případě osobního přání rodičů, si své dítě odnést domů a rozloučit se s ním v rodinném kruhu. Jak ukazuje grafické rozložení dat, z dotázaných, by pouze 3 respondentky (5 %) umožnily tuto variantu. Z 55 respondentek, žádná nezmínila, že by nebylo vhodné jakékoli rituální možnosti rodičům nabízet. Jedna respondentka (2 %) ovšem využila možnosti „jiné“, kde zmínila, že by rodičům k rozloučení se s dítětem nabídla využití memory boxu, který je k dispozici na jejich oddělení.



Obrázek 15 – Vhodné vzpomínky na zemřelé dítě

Stejně jako v případě nabízení rituálních obřadů rodičům, neexistuje jen jedna správně utvořená vzpomínka na zemřelé dítě. Porodní asistentky mají k dispozici celou škálu vzpomínek, které by měly rodičům aktivně nabízet. Také by měly upozornit na důležitost upomínek později v procesu truchlení, díky kterým se může zmírnit prožívaná úzkost. Zároveň

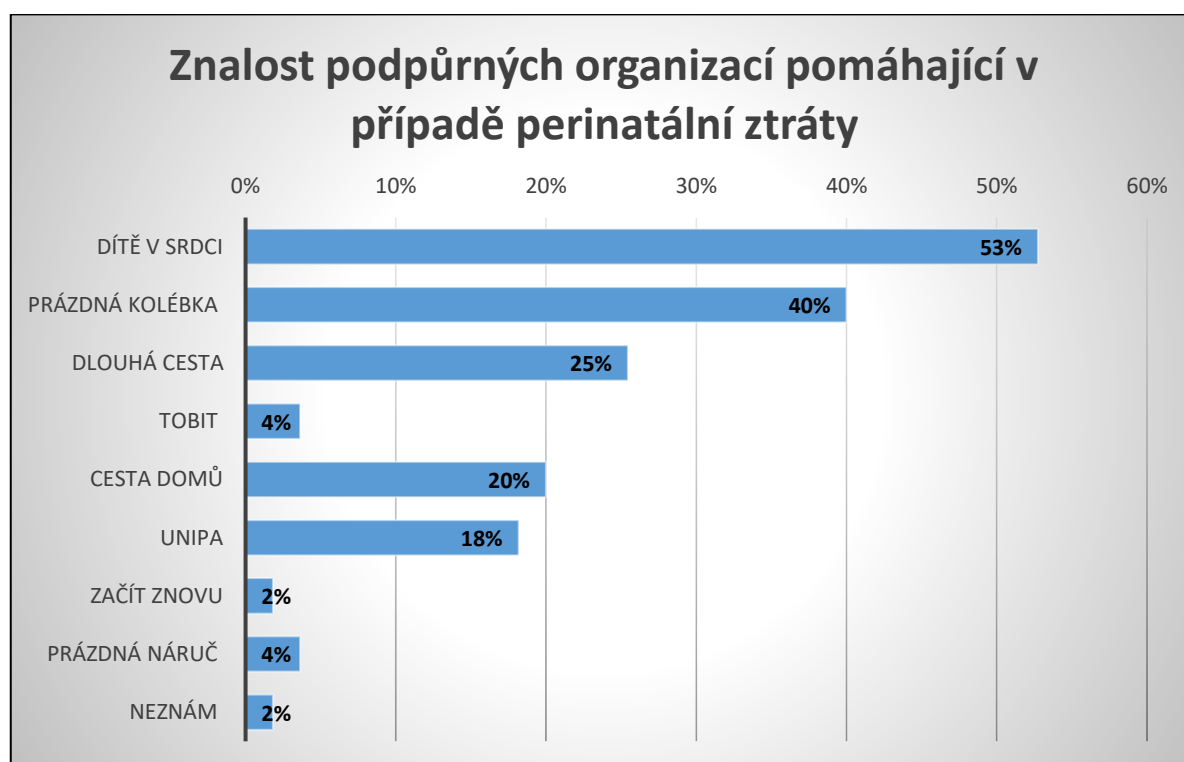
by porodní asistentky měly být nakloněny k plnění osobních přání rodičů, ať mají názor na upomínku jakýkoliv.

Cílem dotazníkové otázky č. 14, bylo prozkoumat znalosti ohledně vytvoření vzpomínek na zemřelé dítě, přičemž všechny odpovědi (kromě odpovědi i), jsou považovány za správné. Výše přiložený graf poukazuje na procentuální rozložení nejčastějších odpovědí respondentek.

Poměrně šokujícím zjištěním, byl fakt, že 1 respondentka (2 %) z celkového počtu 55, považuje za nevhodné nabízet rodičům utvoření vzpomínek na zemřelé dítě. Taktéž 1 respondentka (2 %) odpověděla na možnost „jiné“ a doplnila, že by rodičům nabídla možnost ponechání těhotenské průkazky nebo dětské hračky.

Znalostní dotazníková otázka č. 15, byla otevřeného charakteru a dotazované respondentky, měly možnost vypsát jimi známé podpůrné organizace, zabývající se perinatální ztrátou. Nejčastěji, ve 29 případech (**53 %**), respondentky uvedly organizaci **Dítě v srdci**. Po provedené pilotáži před započítáním průzkumného šetření, jsem došla k zjištění, že ve zdravotnickém zařízení oblastního typu, byly k dispozici memory boxy právě od organizace Dítě v srdci. Z tohoto důvodu si osvětluji, proč právě tato organizace získala nejvíce procent. Na druhém místě se umístil projekt s názvem **Prázdná kolébka (40 %)**. Neziskovou organizaci **Dlouhá cesta**, znalo pouhých 14 respondentek (**25 %**), přičemž Prázdná kolébka je projektem právě organizace Dlouhá cesta. Pouhé 2 respondentky (**4 %**) znaly dobrovolné sdružení **Tobit**, řešící sociální problematiku v případě perinatální ztráty. Jen jedna respondentka (**2 %**) neznala žádnou podpůrnou organizaci.

Nejčastěji byla 28 respondentkami uvedena pouze 1 podpůrná organizace. Poměrně často uváděly perinatální hospic Dítě v srdci a Prázdnou kolébku. 2 respondentky uvedly, 4 jimi známé podpůrné organizace, což představovalo nejvíce zaznamenaných odpovědí.



Obrázek 16 – Znalost podpůrných organizací pomáhajících v případě perinatální ztráty

8.2 Shrnutí znalostních otázek

1. Průzkumný dílčí cíl:

Zjistit úroveň dosavadních znalostí porodních asistentek z hlediska poskytované psychosociální péče v rámci perinatální ztráty.

K odpovědi na stanovený první průzkumný dílčí cíl, posloužily především dotazníkové otázky uzavřeného a polouzavřeného charakteru (č. 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13 a 14). Dotazníkové otázky otevřeného charakteru (č. 5, 9 a 15) byly využity jako doplňkové, k bližšímu porozumění tématu. Z polouzavřených otázek č. 6, 10 a 11, byly pro celkové procentuální vyhodnocení použity pouze odpovědi ano x ne. Jejichž doplňkové otevřené odpovědi posloužily pro dokreslení kontextu.

Níže uvedená tabulka představuje komplexní shrnutí úspěšnosti porodních asistentek ze znalostních otázek dotazníkového šetření.

Tabulka 3 - Výsledné shrnutí úspěšnosti porodních asistentek ve znalostních otázkách

Výsledek úspěšnosti porodních asistentek	Bodové rozmezí	Počet porodních asistentek	Procentuální úspěšnost porodních asistentek
Výborné	25-22	10	18 %
Vyhovující	21-18	14	26 %
Nevyhovující	17-9	25	45 %
Kritické	8-0	6	11 %
Dostatečné	25-18 bodů	24	44 %
Nedostatečné	17-0 bodů	31	56 %

Znalostní otázky nestandardizovaného dotazníku měly porodní asistentky prověřit v úrovni jejich dosavadních znalostí ohledně poskytované psychosociální péče v rámci perinatální ztráty. Jak již bylo zmíněno, stanovená hranice, která byla považována za hranici úspěšnosti/dostatečnosti, se rovnala **70 % a více**. To znamená, že u 24 porodních asistentek, lze považovat úroveň jejich dosavadních znalostí v této oblasti péče, za dostačující, neboť

získaly 18 bodů a více. Nejvyšších možných dosažených bodů (25), získaly 3 porodní asistentky. 18 bodů získaly 4 porodní asistentky.

Jelikož 31 porodních asistentek získalo 17 bodů a méně, nelze jejich dosavadní znalosti ohledně této problematiky považovat za dostačující. Nejmenší počet bodů (6) získala jedna porodní asistentka. V závěru tedy vyplývá, že **44 %** porodních asistentek disponuje dostatečnou úrovní, zatímco u **56 %** porodních asistentek je úroveň znalostí považována za nedostatečnou.

8.3 Hodnocení spokojenosti porodních asistentek z hlediska odborné psychosociální připravenosti v rámci perinatální ztráty

Dotazníkové otázky č. 16 a 17 byly vytvořeny za účelem odpovědi na stanovený třetí průzkumný dílčí cíl diplomové práce. Zjišťovaly míru subjektivní spokojenosti dotazovaných respondentek z hlediska jejich odborné psychosociální připravenosti v rámci poskytování péče klientkám v situaci perinatální ztráty.

Dotazované respondentky měly dle svého uvážení, u otázky č. 16, zakroužkovat jednu číselnou hodnotu na Likertově škále míry spokojenosti.

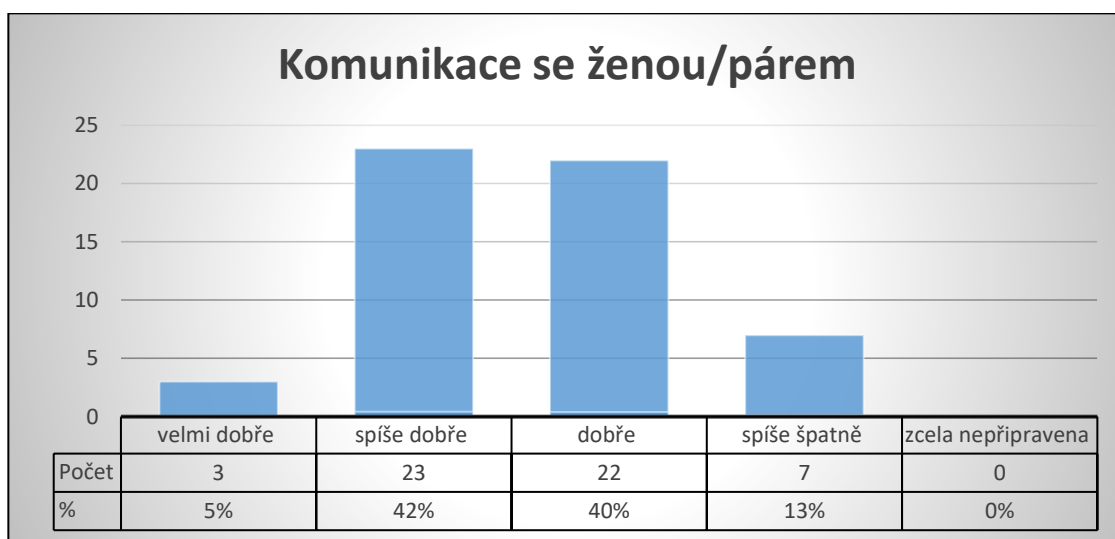


Obrázek 17 – Míra spokojenosti s odbornou psychosociální připraveností v rámci perinatální ztráty

Z grafického znázornění je patrné, že většina respondentek ohodnotila svou odbornou připravenost z hlediska psychosociální péče v rámci perinatální ztráty za spíše dobrou až dobrou. **Zcela nepřipravena**, z hlediska psychosociální připravenosti v rámci perinatální ztráty, se nepovažovala **žádná** z respondentek.

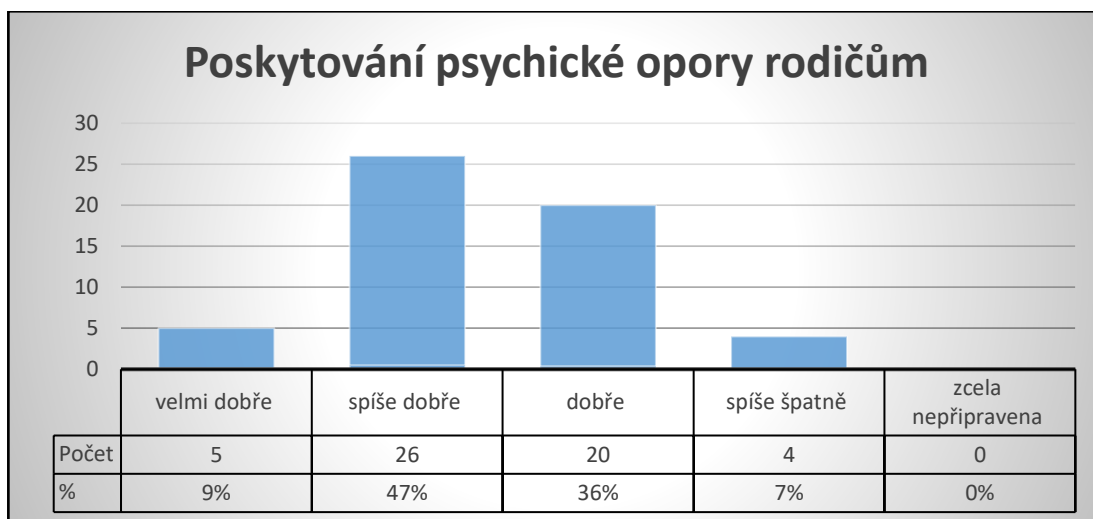
Dotazníková otázka č. 17 zahrnovala taktéž tabulku Likertovy škály, kde respondentky, měly u každé oblasti péče, zakroužkovat vždy jednu číselnou hodnotu, dle vlastního uvážení, do jaké míry se cítí být připraveni v poskytování péče v jednotlivých oblastech. Jednotlivé oblasti péče byly vytvořeny po prostudování odborné literatury a zahrnují nejdůležitější aspekty psychosociálních intervencí v případě perinatální ztráty.

Níže jsou přiloženy jednotlivé grafy, které popisnou statistikou ukazují, na rozložení získaných dat.



Obrázek 18 – Komunikace se ženou/párem

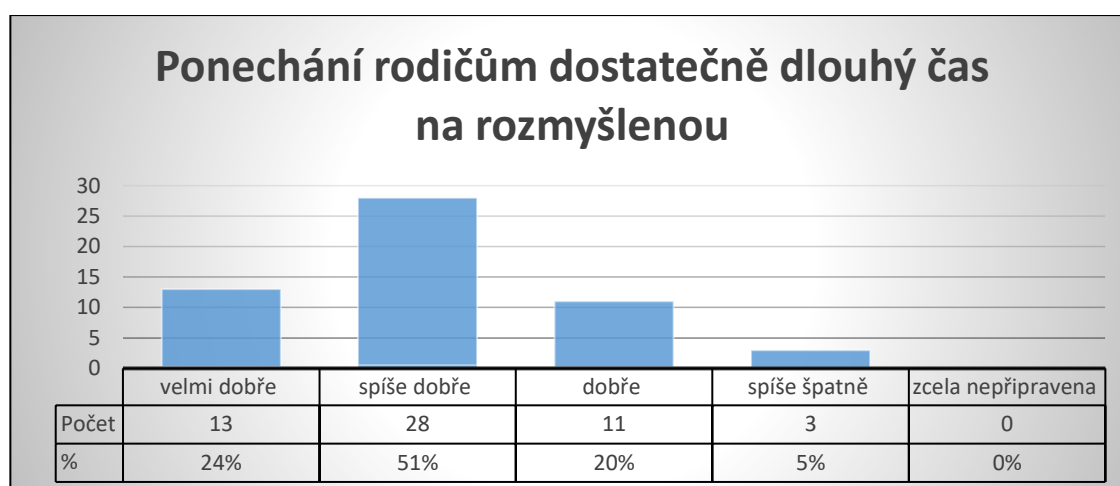
Z grafického rozložení dat, je zřejmé, že nejvíce respondentek (23), své komunikační dovedností považovaly za **spíše dobré (42 %)**. **Žádná** z 55 respondentek neuvedla možnost, **zcela nepřípravena**.



Obrázek 19 – Poskytování psychické opory rodičům

Psychická opora partnerům v případě perinatální ztráty je nesmírně důležitou oblastí poskytované péče. Troufám si říci, že patří mezi nejdůležitější intervence. Neboť kvalitní psychická opora ze strany zdravotnického personálu, dodává těhotné ženě/páru významný pocit bezpečí, jistoty a psychické síly k zvládnutí situace, který je velmi potřebný.

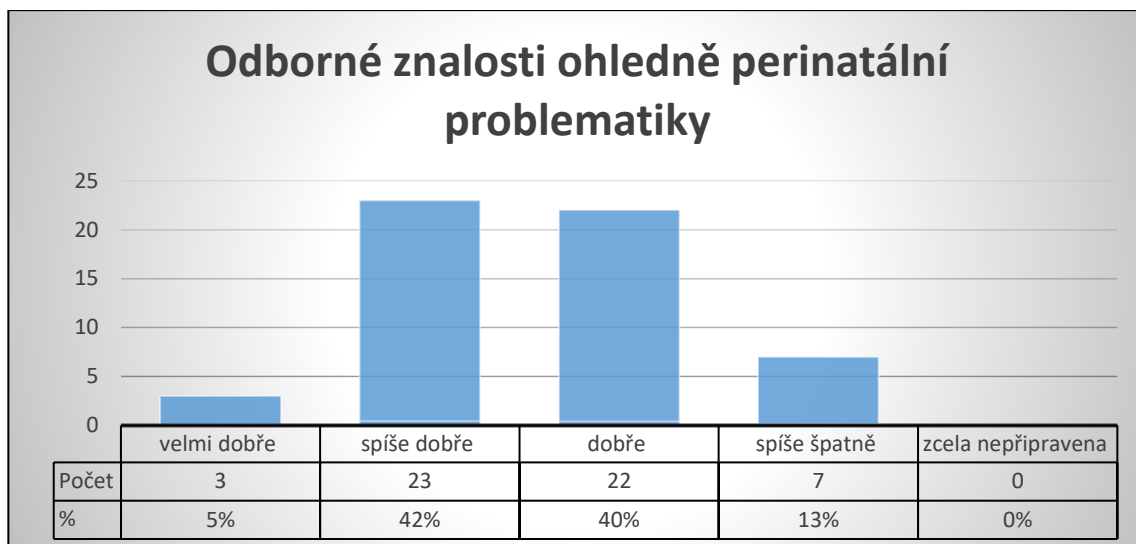
Opět nejpočetnější číselná hodnota, byla hodnotou 2, kdy 26 respondentek (**47 %**) vyjádřilo míru spokojenosti v poskytování psychické opory rodičům, za **spíše dobrou**. **Žádná** z respondentek se necítila být **zcela nepřipravena**.



Obrázek 20 – Ponechání času na rozmyšlenou

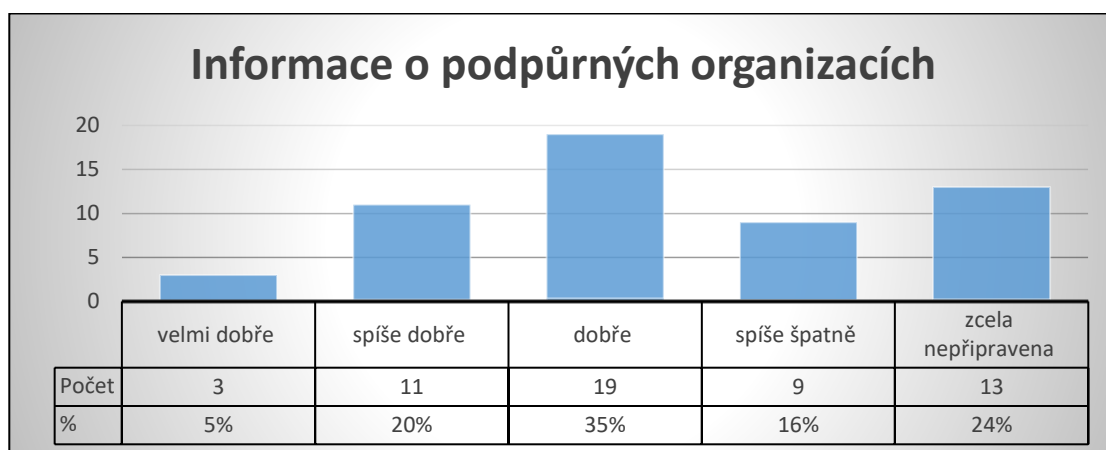
Těhotná žena/pár se v případě perinatální ztráty, nachází ve fázi akutního šoku a její vnímání a psychická rovnováha je velmi narušená. K tomu je nutné přizpůsobit komunikaci a naučit se nezbytné trpělivosti. Rodičům je ponechán dostatečně dlouhý čas na rozmyšlení všech skutečností. V žádném případě se k ničemu direktivně nenutí, návrh možností je pouze logicky odůvodněn. Také je důležité, aby rodiče byli upozorněni, že rozhodnutí, které učinili, nejsou závazná.

Z obrázku 20 je na první pohled zřejmé, že nejvíce respondentek (28) ohodnotilo tuto oblast péče za **spíše dobrou (51 %)**. Neutrálním postojem se vyjádřilo 11 respondentek (**20 %**). Pouhé 3 respondentky (**5 %**) považovaly svou připravenost za **spíše špatnou** a **žádná** z respondentek se necítila být v této oblasti **zcela nepřipravena**.



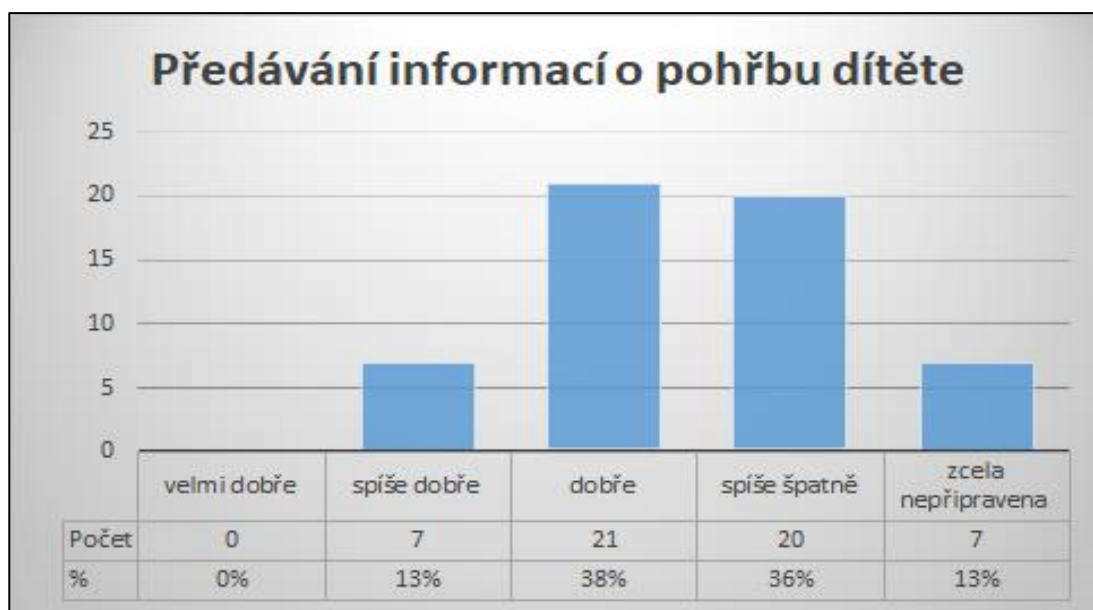
Obrázek 21 – Odborné znalosti ohledně perinatální problematiky

Nejvíce respondentek (23) vyjádřilo, že se cítí být připravené z hlediska odborných znalostí této problematiky a jejich následné předávání rodičům, **spíše dobře (42 %)**. Velmi malé procento, **5 %**, zaznamenaly 3 respondentky, které pocit'ovaly svou připravenost za **velmi dobrou**. Opět **žádná** z respondentek se nepovažovala za **zcela nepřipravenou**.



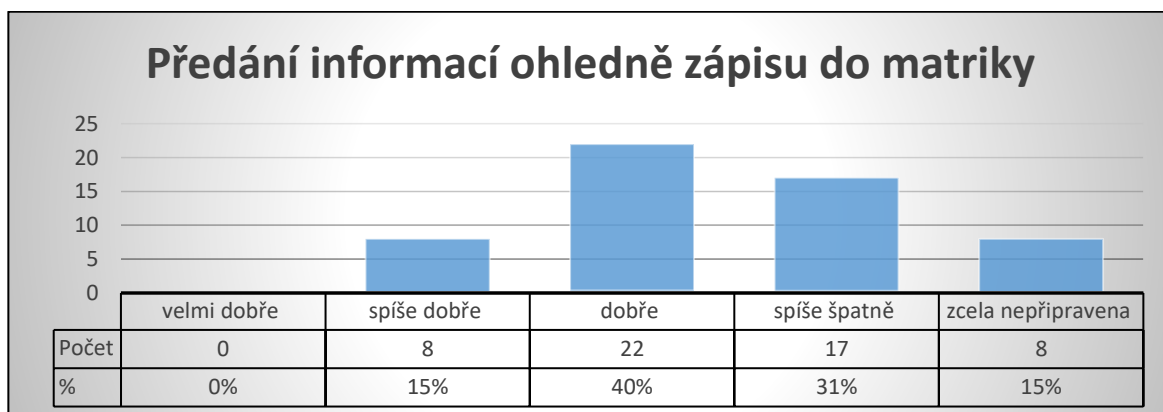
Obrázek 22 – Informace o podpůrných organizacích

Jak ukazuje výše předložený graf, v této oblasti respondentky hodnotily své znalosti o podpůrných organizacích za spíše nedostatečné. Poměrně početnou skupinou bylo 13 porodních asistentek (**24 %**), které zaznamenaly, že jejich znalosti ohledně podpůrných organizací považují za zcela nepřipravené. Pouhé 3 respondentky, v **5 %** zastoupení, mají povědomí, že jejich znalosti jsou na **velmi dobré** úrovni.



Obrázek 23 – Předávání informací o pohřbu dítěte

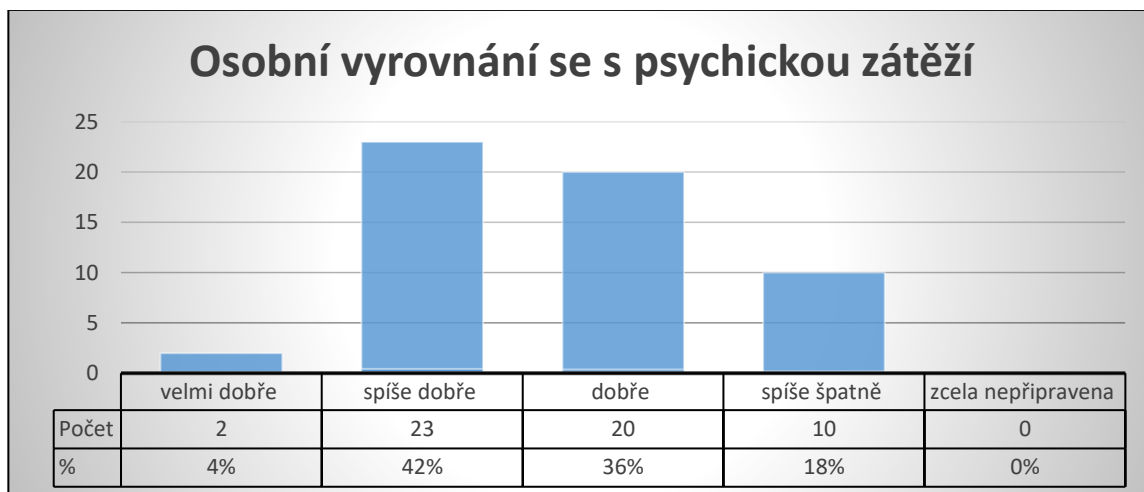
Z hlediska podávání informací ohledně pohřbu dítěte, výsledné rozložení dat nebylo na tak dobré úrovni. 21 respondentek (**38 %**) se v této oblasti cítilo být **dobře** připraveno. Téměř podobné zastoupení 20 respondentek, se cítilo být **spíše špatně** připravené (**36 %**). Jak na úrovni **spíše dobré**, tak na úrovni **zcela nepřípravene** (**13 %**), odpovědělo shodně 7 respondentek. Naopak **žádná** z respondentek neuvedla možnost, že své znalosti považuje v této oblasti za **velmi dobré**.



Obrázek 24 – Předávání informací ohledně zápisu do matriky

Po provedené pilotáži na příslušných oddělení, bylo zjištěno, že informace ohledně pohřbu dítěte a zápisu do matriky, předává truchlícím rodičům sociální pracovnice, popřípadě sekretářka. Z čehož usuzuji, proč výsledná data ohledně znalostí respondentek ze sociální sféry, byly na horší úrovni.

Z grafického znázornění je patrné, že 22 respondentek (**40 %**), považuje své znalosti za **dobré**. Stejně procentuální rozložení dat (**15 %**) bylo, jak u číselné hodnoty vyjádřené jako **spíše dobré**, tak u číselné hodnoty vyjádřené **naprostou nepřipraveností**. **Žádná** z respondentek nevedla, že by jejich znalosti byly na **velmi dobré** úrovni.



Obrázek 25 – Osobní vyrovnání se s psychickou zátěží

Umění osobní psychohygieny, ve smyslu dokázat eliminovat negativní důsledky stresové zátěže, především v situaci perinatální ztráty, je velmi podstatnou oblastí k následnému poskytování kvalitní profesní péče na straně zdravotnického personálu.

Nejvíce respondentek (23) odpovědělo, že se dokáže osobně vyrovnat s psychickou zátěží v této situaci, **spíše dobře (42 %)**. Neutrálním postojem se vyjádřilo 20 respondentek (**36 %**). Třetí nejpočetnější skupina respondentek uvedla, že se osobně dokáže vyrovnat **spíše špatně (18 %)**. 2 respondentky (**4 %**) uvedly, nevyšší možnou míru, tedy **velmi dobrou**. **Žádná** z respondentek by neměla pocit, že se **zcela neumí** osobně vyrovnat se stresovou zátěží, kterou perinatální ztráta přináší. Možnosti „jiné“, uvedené pod textem tabulky, nevyužila žádná z dotazovaných respondentek.

8.4 Shrnutí spokojenosti porodních asistentek z hlediska odborné psychosociální připravenosti v rámci perinatální ztráty

3. Průzkumný dílčí cíl:

Prozkoumat, zda svou připravenost z hlediska perinatální ztráty považují za dostačující.

K odpovědi na 3. průzkumný dílčí cíl, posloužily dvě dotazníkové otázky (č. 16 a 17).

Následující tabulka přináší shrnutí výsledků z dotazníkové otázky č. 16.

Tabulka č. 4 – Výsledné shrnutí subjektivní spokojenosti s odbornou připraveností

Míra spokojenosti PA s odbornou psychosociální připraveností	Počet respondentek	Procentuální vyjádření
Velmi dobře připravena	2	4 %
Spíše dobře připravena	23	42 %
Dobře připravena	20	36 %
Spíše špatně připravena	10	18 %
Zcela nepřipravena	0	0

Po vyhodnocení výsledků je patrné, že pouhé 2 porodní asistentky (**4 %**) považují svou odbornou připravenost z hlediska psychosociální péče v rámci perinatální ztráty na **velmi dobré** úrovni. Nejpočetnější skupinu tvořilo 23 porodních asistentek (**42 %**), které ohodnotily úroveň své připravenosti za **spíše dobrou**. **Neutrálním** postojem se vyjádřilo 20 porodních asistentek (**36 %**). Na úrovni spíše špatně, se cítí být 10 porodních asistentek (**18 %**). Uspokojivým zjištěním byl fakt, že **žádná** z porodních asistentek, se nepovažuje za **zcela nepřipravenou**.

Níže předložená tabulka byla vytvořena pro přehledné shrnutí výsledné průměrné subjektivní připravenosti porodních asistentek v jednotlivých oblastech poskytované péče v rámci perinatální ztráty.

Tabulka č. 5 – Shrnutí průměrné subjektivní připravenosti PA v jednotlivých oblastech péče

Jednotlivé oblasti péče v rámci perinatální ztráty	Průměrná hodnota subjektivní připravenosti PA
Ponechání dostatečně dlouhého času	2,1
Poskytování psychické opory	2,4
Komunikace se ženou/párem	2,6
Odborné znalosti v rámci PP	2,6
Osobní vyrovnání s psychickou zátěží	2,7
Znalosti ohledně podpůrných organizací	3,3
Informace ohledně pohřbu dítěte	3,5
Informace ohledně zápisu do matriky	3,5

Průměrná hodnota subjektivní připravenosti porodních asistentek je v tabulce uvedena od nejlepšího výsledku, po nejhorší (od nejmenší po nevyšší hodnotu). Jednotlivá čísla vyjadřují průměrnou hodnotu na Likertově škále (od 1- 5), tedy průměrnou známku, kdy 1 znamená nejlepší ohodnocení, naproti tomu 5, nejhorší hodnocení. Z tabulky vyplývá, že porodní asistentky, se nejvíce připravené cítí být v oblasti: ponechání rodičům dostatečně dlouhého času na rozmyšlenou. Naopak horší výsledky jsou viditelné v oblastech poskytování informací ohledně podpůrných organizací, pohřbu dítěte a zápisu do matriky. Právě v těchto oblastech shledávám poměrně vysoké znalostní mezery, které by mohly být vhodným edukačním materiálem doplněny.

Tabulka č. 6 – Porovnání objektivní a subjektivní připravenosti PA

Prokázaná připravenost	Subjektivní hodnocení připravenosti				
	Velmi dobře	Spíše dobře	Dobře	Spíše špatně	Zcela nepřipravena
Výborná	0	3	7	0	0
Vyhovující	1	7	5	1	0
Nevyhovující	1	11	6	7	0
Kritická	0	2	2	2	0

Výše uvedená tabulka přináší informace ohledně porovnání objektivní připravenosti se subjektivním vnímáním připravenosti porodních asistentek. Cílem bylo poukázat na skutečnou objektivní připravenost, která byla zkoumána na základě znalostních otázek dotazníkového šetření. Posléze byla porovnána se subjektivním vnímáním připravenosti, kterou porodní asistentky zaznamenaly v dotazníkové otázce č. 16.

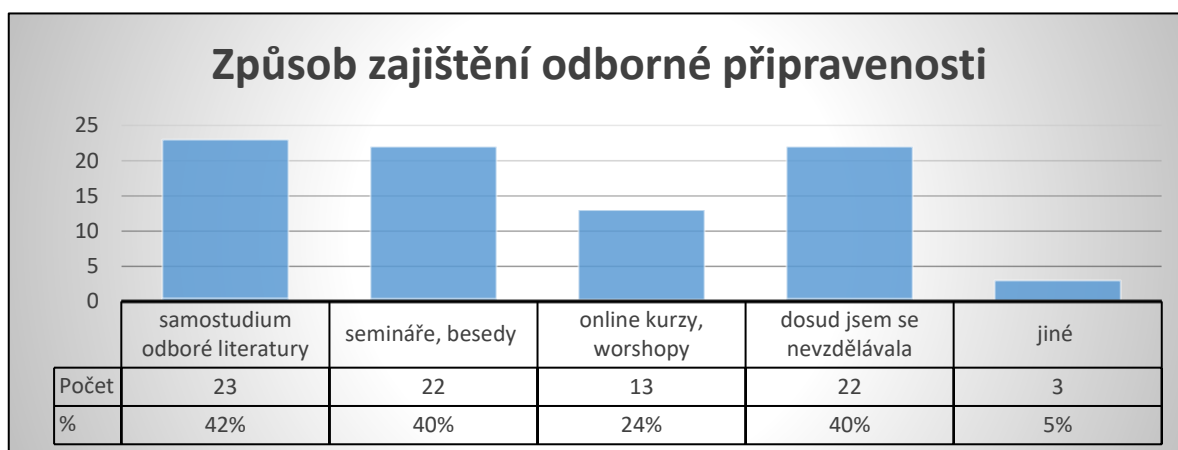
Celkově lze říci, že porodní asistentky, u kterých byla považována odborná připravenost za dostačující, se ohodnocovaly za spíše až dobře připravenou. Například porodní asistentka, která získala 23 bodů a se svými znalostmi byla na velmi dobré úrovni, se ohodnotila jako dobře připravena, přičemž uvedla poznámku, že je vždy co vylepšovat. Myslím si, že tato skupina porodních asistentek se subjektivně trochu méně podcenila. Zatímco skupina, která získala 17 bodů a méně a jejich připravenost byla považována za nedostatečnou, spíše subjektivně nadhodnotily svou reálnou připravenost, když se domnívaly, že znalostí mají dostatek.

Za vytyčení stojí výsledek 3 porodních asistentek, které se ohodnotily za spíše připravené, přičemž ve znalostních otázkách dosáhly nejvyššího možného skóre (25 bodů). Porodní asistentka, která získala ve znalostních otázkách pouhých 11 bodů a její připravenost byla považována za velmi nedostatečnou, se cítila být v poskytování péče, zcela připravena. Zde považují její subjektivní zhodnocení za nadsazené. Naopak porodní asistentka, která získala ve znalostních otázkách 6 bodů, se správně zařadila do skupiny disponující nedostatečností.

8.5 Způsob přípravy v rámci celoživotního vzdělávání související s perinatální ztrátou

Poslední 4 dotazníkové otázky (č. 18, 19, 20 a 21) zjišťovaly, jakým způsobem se porodní asistentky v rámci celoživotního vzdělávání připravují na problematiku spojenou s perinatální ztrátou. Kromě získávání a rozvíjení teoretických vědomostí, pokládám jako důležitou součást profesní přípravy i psychickou podporu porodních asistentek ze strany zaměstnavatele.

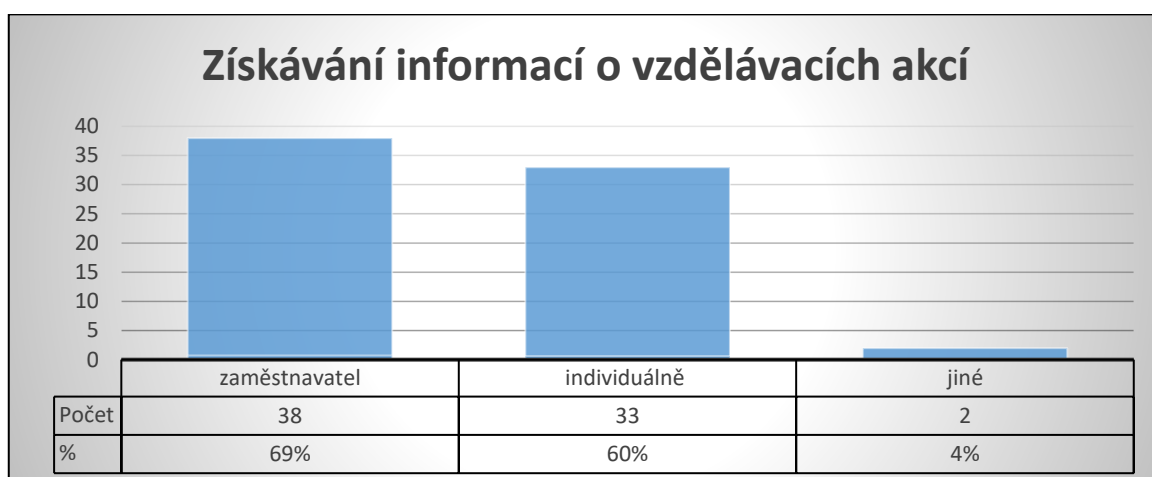
V dotazníkové otázce č. 18, měly respondentky možnost výběru multiple choice. Nejvíce respondentek (23) uvedlo, že se na problematiku perinatální ztráty připravují samostudiem odborné literatury (42 %). Poměrně negativním překvapením, bylo zjištění, že podobný počet respondentek (22), se v této oblasti dosud nevzdělávala (40 %). 3 respondentky (5 %) uvedly možnost „jiné“. Z 3 respondentek, 2 uvedly, jako možnost vzdělávání, vlastní profesní praxi a 1 respondentka uvedla, tvorbu své vlastní bakalářské práce.



Obrázek 26 – Způsob zajištění odborné připravenosti

Dotazníková otázka č. 19 měla možnost multiple choice. Jak je patrné, 60 % porodních asistentek se snaží informace o vzdělávacích akcích shánět i osobně, nespolehají pouze na informovanost od svého zaměstnavatele.

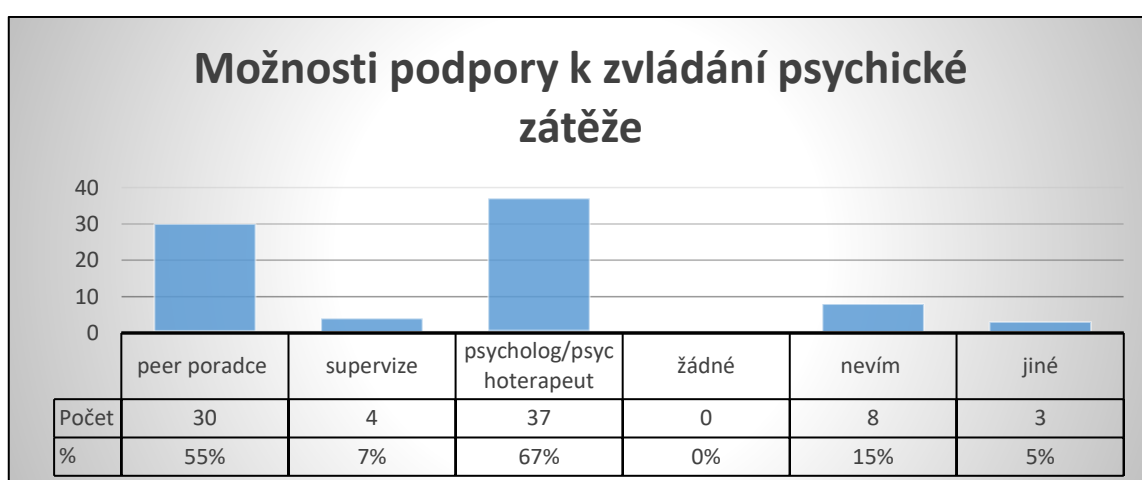
Z grafického znázornění získaných dat je objektivní, že získávání informací o vzdělávacích akcích či seminářích, je téměř shodné. 38 respondentek (69 %) uvedlo, že informace získává od zaměstnavatele, a 33 respondentek (60 %), uvedlo, že si informace zjišťuje individuálně. 2 respondentky využily možnosti „jiné“, kde se v obou případech dostalo stejné odpovědi: informace získávají od kolegyně z práce.



Obrázek 27 – Získávání informací o vzdělávacích akcích

Zdravotnické zařízení by mělo pro své zaměstnance disponovat nějakou možností podpory, která by jim pomohla k zdárnému zvládnutí psychické zátěže.

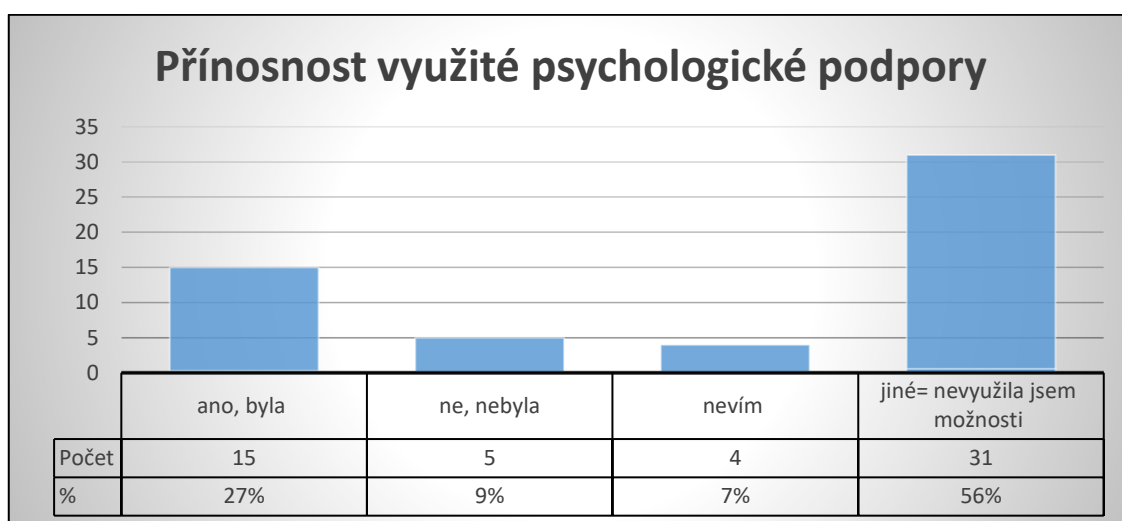
Z níže přiloženého grafu je zřejmé, že nejčastější možností podpory, kterou nabízí daný zaměstnavatel, je přítomnost nemocničního psychologa či psychoterapeuta (**67 %**). Podporu ve formě supervize, uvedly pouze 4 respondentky (**7 %**). 8 respondentek (**15 %**) nevědělo, že jejich zaměstnavatel, takovou možnost nabízí. 3 respondentky (**5 %**), uvedly možnost „jiné“. Kdy dvě respondentky, využívají k lepšímu zvládnutí psychické zátěže rozhovor s ostatními kolegyněmi a jedna z nich uvedla možnost linky psychologické pomoci. Žádná z respondentek neuvedla možnosti **žádné** podpory.



Obrázek 28 – Možnosti podpory k zvládnutí psychické zátěže

Z předešlé dotazníkové otázky bylo zřejmé, že většina porodních asistentek měla povědomí o nabízené psychologické podpory k zvládnutí stresové zátěže od svého zaměstnavatele. Poslední dotazníková otázka se dotazovala respondentek, zda této podpory v minulosti někdy využily a zda byla pro ně přínosná.

Z níže předloženého grafu je patrné, že 31 respondentek zaznamenalo možnost „jiné“, kde všechny odpovědi byly shodné. A to, že této možnosti nikdy v minulosti předtím nevyužily (56 %). 15 respondentek (27 %) uvedlo, že kdysi v minulosti psychologické podpory již využily a měly dojem, že svou přínosnost splnila. 5 respondentek (9 %) uvedlo, že psychologická podpora pro ně neměla žádný přínos a 4 respondentky (7 %) nevěděly, zda pro ně měla podpora přínos či nikoliv.



Obrázek 29 – Přínosnost využití psychologické podpory

8.6 Shrnutí způsobu přípravy v rámci celoživotního vzdělávání

2. Průzkumný dílčí cíl:

Zjistit způsob jakým se na tuto problematiku v rámci celoživotního vzdělávání připravují.

Tabulka 7 – Souhrn výsledků z dotazníkových otázek č. 18 a 19

Způsob odborného vzdělávání v rámci psychosociální péče PZ.	Procentuální vyjádření	Získávání informací o vzdělávacích akcích	Procentuální vyjádření
Samostudium odborné literatury	42 %	Informace poskytuje zaměstnavatel	69 %
Účastí odborných seminářů či besed	40 %	Informace zjišťuji individuálně	60 %
Dosud jsem se nevzdělávala	40 %	Jiné	4 %
Vzdělávání formou online kurzů, workshopů	24 %		
Jiné	5 %		

Výše uvedená tabulka přináší ucelený procentuální přehled výsledků dat dotazníkového šetření. Procentuální vyjádření dat je sestupné, od nejvyšších získaných dat po nejnižší.

Z celkového počtu (55) dotazovaných respondentek, si **33** porodních asistentek rozvíjí své dosavadní vědomosti vzděláváním v této sféře. Nejčastější způsob, který porodní asistentky využívají k celoživotnímu vzdělávání v problematice perinatální ztráty je samostudium odborné literatury. Druhým nejčastějším způsobem je osobní účast odborných seminářů a besed. Na stejné procentuální úrovni, **22** porodních asistentek odpovědělo, že se dosud v této sféře nevzdělávalo. Což je z celkového počtu dotazovaných respondentek, poměrně vysoké procento, blízké se téměř k polovině. Třetím nejčastějším způsobem bylo pro porodní asistentky vzdělávání formou online kurzů a workshopů. 5 % porodních asistentek uvedlo, že se vzdělává vykonáváním profesní praxe a tvorbou vlastní bakalářské práce.

Doplňující otázka, která měla blíže objasnit 2 průzkumný cíl, se respondentek dotazovala, kdo jim poskytuje informace o vzdělávacích akcích. Nejčastěji informace získávají od zaměstnavatele. Téměř stejné procento porodních asistentek, si navíc informace o vzdělávacích

akcí a seminářů zjišťuje individuálně. 4 % porodních asistentek získalo informace od kolegyně z práce.

Tabulka 8 - Souhrn výsledků z dotazníkových otázek č. 20 a 21

Možnosti podpory k zvládnutí psychické zátěže	Procentuální vyjádření	Přínosnost využití psychologické podpory	Procentuální vyjádření
Nemocniční psycholog/psychoterapeut	67 %	Podpory jsem dosud nevyužila	56 %
Pomocí peer konzultanta	55 %	Ano, byla	27 %
Nevím	15 %	Ne, nebyla	9 %
Podpora ve formě supervize	7 %	Nevím	7 %
Jiné	5 %		

Nejen formou celoživotního vzdělávání se rozvíjí profesní kvalita porodních asistentek. Péče o rodiče v případě perinatální ztráty je nesmírně psychicky náročnou situací, a aby mohla porodní asistentka svou profesi vykonávat na nejvyšší možné úrovni, je potřeba, aby se jí dostávalo patřičné podpory k zvládnutí psychické zátěže. Zaměstnavatel by měl být schopen v případě potřeby a zájmu, zajistit alespoň jednu z možných psychologických podpor, pro své zaměstnance.

Největší procento dotazovaných porodních asistentek uvedlo, že jim zaměstnavatel nabízí možnost nemocničního psychologa či psychoterapeuta. Dále nejčastější odpovědí, byla nabídka psychologické pomoci od peer konzultanta. Bohužel 15 % dotazovaných nemělo povědomí, že jim nějakou možnost psychologické podpory zaměstnavatel nabízí. Poměrně velmi nízké procento, zaujmula odpověď podpory ve formě supervize. 5 % porodních asistentek uvedlo, že využívají podporu rozhovorem s kolegyněmi a využitím linky psychologické pomoci.

Dotazované porodní asistentky uvedly, že v 56 % možnost psychologické podpory k zvládnutí psychické zátěže, nevyužily, patrně proto, že se psychickou zátěž, která plyne z poskytování péče v případě perinatální ztráty, dokáží zvládnout samy, popřípadě jinou neúvedenou možností. 15 dotázaných porodních asistentek již v minulosti využily možnosti psychologické podpory a zároveň byla pro ně přínosem. 5 porodních asistentek, které této

možnosti také využily, ovšem přínosnost pro ně nebyla žádná. 4 porodní asistentky se vyjádřila neutrálním postojem.

8.7 Odpověď na hlavní průzkumný cíl práce

Hlavní průzkumný cíl:

Zjistit, zda jsou porodní asistentky z hlediska psychosociální péče připraveny na situaci související s perinatální ztrátou.

Zjištěná úroveň dosavadních znalostí porodních asistentek ohledně poskytování psychosociální péče v rámci perinatální ztráty, nebyla na tak vysoké úrovni, jaké bylo očekáváno (**44 %**). Je tedy možné říci, že by zvýšená úroveň vzdělávání v psychosociálních intervencích perinatální problematiky byla přínosná a zajistila by zvýšení kvality poskytované péče, včetně připravenosti porodních asistentek.

Co se týče subjektivního zhodnocení vlastní připravenosti porodních asistentek na situaci poskytování péče v případě perinatální ztráty, nejvíce porodních asistentek považuje svou připravenost za **spíše dobrou až dobrou**. Ovšem **18 %** porodních asistentek, ohodnotilo připravenost za spíše špatnou. Což je dle mého názoru poměrně vysoký počet porodních asistentek, které se aktuálně cítí být nejistý v tak náročné situaci, kterou s sebou skýtá perinatální ztráta. Na základě zjištěných výsledků z dotazníkové otázky č. 17, je patrná zvýšená subjektivní nejistota porodních asistentek ohledně předávání informací ze strany podpůrných organizací a sociální problematiky. Tento fakt potvrzují výsledky i ze znalostních otázek.

Jak vyplývá z tabulky č. 7, dosud se v oblasti psychosociálních intervencí v případě perinatální ztráty, nevzdělávalo **40 %** porodních asistentek. Což je poměrně vysoké procento a odpovídá výsledkům zjištěným ze znalostních otázek dotazníkového šetření. Také by velmi prospěl, zvýšený zájem ohledně zajištění sebe péče, především metodou supervize pro porodní asistentky.

Porodní asistentky se celkově cítí být připravené na poskytování péče v rámci perinatální ztráty, ovšem zjištěná úroveň dosavadních znalostí u **56 %** porodních asistentek, nedosáhla požadované hranici dostatečnosti. Což je více než polovina porodních asistentek, které mají nedostatečné znalosti ohledně perinatální problematiky.

9 DISKUZE

Následující kapitola diplomové práce přináší shrnutí poznatků průzkumného šetření. Výsledné poznatky z průzkumného šetření jsou interpretovány a komparovány s poznatky i výslednými daty jiných akademických prací, popřípadě s vědeckými články či s odbornými publikacemi.

9.1 Znalostní otázky dotazníkového šetření

V následujících podkapitolách je provedena diskuze vybraných témat.

9.1.1 Přednostní vyšetření těhotné ženy

Potřeba přednostního vyšetření těhotné ženy, která méně cítí pohyby plodu či je nezaznamenává vůbec, se zdá být v praxi porodních asistentek (PA), bezpečně ukotvena. Výsledné šetření v mém průzkumu, stejně jako v bakalářské práci od Hájíčkové (2010) a Sýkorové (2018), všechny dotazované PA, jsou s touto skutečností seznámené, což je v souladu s aktuálním doporučeným postupem (viz. Kapitola 3.1).

Dle mého názoru, důležitým faktorem je, aby těhotné ženy byly dostatečně edukovány již od svého obvodního gynekologa a pokud mají pochybnosti či nejasné pocity, že s jejich miminkem není něco v pořádku, neměly by návštěvu lékaře podceňovat a co nejrychleji se dostavit k vyšetření. A na druhou stranu, přítomný zdravotnický personál by neměl pocity ženy bagatelizovat.

9.1.2 Zásady při sdělení diagnózy

Sdělení nepříznivé diagnózy těhotné ženě, která se po celou dobu těhotenství těšila na příchod děťátka a na přijetí rodičovské role, že její miminko již nežije, je velmi náročnou a traumatizující situací. Zdravotnický personál by se měl opírat a zásady správné komunikace, které jsou uvedeny v kapitole 3.1. V celku lze říci, že všechny zaznamenané odpovědi, byly správné. Bohužel ani u jedné z odpovědí, nebyla zaznamenána důležitost minimálního počtu přítomných osob při sdělení diagnózy, na rozdíl z výzkumu od Černé (2013) a Sýkorové (2018). Ovšem na druhou stranu, v odpovědích z otázky č. 9, 17 % porodních asistentek zmínilo, že je důležité v porodním plánu vytyčit minimální počet přítomného zdravotnického personálu, který bude o rodičku pečovat.

Nejčastější odpovědí, byla zmiňovaná důležitost empatického chování personálu, která by ovšem měla být základním předpokladem naší profese. Téměř všechny zaznamenané odpovědi, byly strohé. Velmi líbivou a procítěnou odpověď jsem zaznamenala u jedné

z respondentek a ráda bych se o ní podělila: „*Empatický přístup, mluvit k ženě, ne k doprovodu. Mluvit jednoduše, uctivě, ujišťovat se, že žena porozuměla. Netlačit na ženu s rozhodnutím, být tu pro ní a čekat, až bude moci v rozhovoru pokračovat. Dodržovat její intimitu a soukromí. Poskytovat jí potřebnou pomoc v danou chvíli (obejmout, podržet za ruku atd.). Informovat postupně o následných krocích*“. Nutno podotknout, že právě tato PA, patřila mezi tři porodní asistentky, které získaly nejvyšší počet bodů ze znalostních otázek.

Z výsledků od Hájíčkové (2010), bylo zjištěno, že sdělení diagnózy bylo pro těhotnou ženu velmi rychlé a zůstala bez přítomnosti blízké osoby. Toto zjištění pokládám za velmi neprofesionální, které by se nemělo vyskytovat.

Naopak z výzkumu od Černé (2013) sledávám podobné výsledky. Dotazované porodní asistentky (n=8) poukazovaly na důležitost: přítomnosti partnera, empatického chování přítomného personálu, podání informací v soukromí, sdělení diagnózy prováděno lékařem se snahou šetrného přístupu a ponechání ženě dostatku času a prostoru pro vyjádření emocí.

Výsledné šetření z výzkumu od Sýkorové (2018), taktéž ukázalo téměř shodné odpovědi. Diagnózu sděluje lékař, popřípadě je zavolán služebně starší. Také všechny dotazované respondenty uvedly, že pokud žena je při sdělení diagnózy bez doprovodu, není ponechána o samotě. Jedna respondentka uvedla, že informace jsou ženě sděleny laicky (dětátku již srdíčko nebije). Všech 9 (100 %) respondentek také uvedlo, že zachovávají pravidlo, aby o rodičku pečovala vždy jedna porodní asistentka a lékař.

Staniční sestry v rozhovoru od Burdové (2019) uvedly, že empatický přístup PA je velmi důležitý, aby rodiče mohli snadněji situaci zvládnout. Taktéž uvádí, že 48,6 % porodních asistentek pokládá komunikaci s rodiči za významnou.

9.1.3 Umožnění odchodu těhotné ženy do domácího prostředí

Dotazníková otázka č. 6 prověřovala nejen, do jaké míry porodní asistentky čerpají informace z domácích a zahraničních studií, ale také jejich individuální názor. Je samozřejmostí, že jednotlivá pracoviště mají nastavený interní postup, o který se při poskytování péče opírají, a že i když by porodní asistentky odchod do domácího prostředí umožnily, ve skutečnosti by závěrečné rozhodnutí záleželo na lékaři či vedení daného oddělení.

I z vlastních zkušeností, které jsem během praxe zažila, byla každá těhotná žena po sdělení diagnózy ihned přijímána k hospitalizaci. Což potvrzuje výzkum od Sýkorové (2018)

i Hájíčkové (2010). Jednoznačně odpovídá doporučenému postupu uvedeném v teoretické části (kapitola 3.1.1.).

Výsledné zjištění ve finále nebylo vůbec jednoznačné. Více porodních asistentek se přiklánělo k umožnění odchodu těhotné do domácího prostředí (38 %), přičemž nejčastějším důvodem, který uvedly, bylo vstřebání prvotního šoku v domácím prostředí. Jenže téměř stejné procento, by naopak odchod do domácího prostředí neumožnilo (35 %), z důvodu zdravotního rizika, které by těhotnou ženu mohlo ohrozit. Opět bych chtěla uveřejnit jednu z odpovědí PA, která správně vyjádřila, že je důležité ponechat ženě možnost spolurozhodování o péči. „*Odchod do domácího prostředí je vhodný pro ženy, které mají zajištěné klidné a vstřícné domácí prostředí. Ale nemyslím si, že to lze říct jako pravidlo. Některé ženy chtějí raději zůstat v nemocnici. Tuto možnost bych ženě dala na výběr a rozhodnutí nechala na ní*”.

V závěru bych chtěla upozornit na důležitost zapojení klientky do procesu rozhodování a dát jí najevo, že je aktivním účastníkem komunikace. Ke každé ženě je také nutno přistupovat individuálním přístupem. Pevně doufám, že se brzy tyto zásady stanou běžnou součástí naší praxe.

9.1.4 Vhodné označení mrtvého plodu v komunikaci s rodiči

Z hlediska psychického, by během komunikace s rodiči nemělo být jejich děťátko, nazýváno odborným termínem (plodem), neboť nedává najevo bližší vztah, který rodiče k zemřelému dítěti cítí (Ratislavová, 2016, s. 8). Vhodným označením může být miminko, děťátko či po domluvě s rodiči užívat jména, které nenarozenému dítěti dali. Tímto způsobem PA vyjadřuje svůj opravdový zájem a pomáhá s utvořením pozitivního postoje rodičů k děťátku. Ne příliš uspokojivým výsledkem bylo zjištění, že 69 % porodních asistentek, by při komunikaci s rodiči, zvolily tuto možnost. Předpoklad úspěšnosti, byl mnohem vyšší.

9.1.5 Tvorba individuálního porodního plánu

Porodní plán je poměrně novou součástí porodnictví, který do ČR přišel ze západních zemí. Těhotné ženy jím dávají najevo svůj laický pohled na průběh porodu a vyjádření svých osobních přání a představ. Jedná se o charakteristický příklad rozvíjejícího psychosociálního přístupu v porodnictví, díky kterému získává zdravotnický personál zpětnou vazbu (Roztočil, 2017, s. 185).

Důležitou součástí by měly být jednotlivé kroky průběhu a vedení samotného porodu, tišení porodních bolestí, zaujmutí polohy při porodu, kterou si rodička zvolí, nabídka rituálů

sloužící k rozloučení se s dítětem, vytvoření vzpomínek na zemřelé dítě a jakékoli osobní přání ženy.

Právě v situaci perinatální ztráty pokládám vytvoření individuálního porodního plánu jako velmi užitečné. Přínosnost představuje i pro porodní asistentky. Na základě předem domluvených přání, postojů, rozhodnutí a kritérií, by měla být poskytována péče rodičům v tak nelehké situaci, pro porodní asistentky při nejmenším snazší. Péče by tak byla orientována na zaměřená na oblasti, které mají pro truchlící rodiče skutečný význam. Porodní asistentka by měla navrhané možnosti péče formulovat jako doporučení. Velmi podstatným faktorem je dodržení slibu, že své rozhodnutí můžou rodiče kdykoli změnit či zrušit.

Poměrně překvapujícím zjištěním byl fakt, že 55 % porodních asistentek by bylo ochotno s těhotnou ženou/párem, individuální porodní plán vytvořit. Je patrný pomalu měnící se přístup v psychosociální sféře. Z výzkumu od Zadinové (2021) potvrdilo z 31 dotazovaných respondentů z řad odborného zdravotnického personálu, znalost ohledně tvorby porodního plánu 74 % respondentů.

Ovšem stále je viditelný biomedicínský přístup, uplatňovaný v dřívějších dobách. Neboť z průzkumného šetření by 31 % PA při příjmu k hospitalizaci porodní plán nevytvořilo a 15 % by se nedokázalo rozhodnout, zda ano či ne. Příkladem může být i výsledek z výzkumu od Hájíčkové (2010), kde respondentka zasažená perinatální ztrátou uvedla, že paní doktorka jí pouze sdělila, že se porod musí vyvolat, přičemž dotyčná neměla tušení, jaké následující kroky jí čekají. Výzkumné šetření od Černé (2013) ukazuje na skutečnost, že znalosti ohledně ošetrovatelské péče jsou všemi porodními asistentkami (n=8) na dobré úrovni.

9.1.6 Oblasti péče zahrnuté v porodním plánu

Ve své podstatě byli všechny zmíněné oblasti péče respondentkami zaznamenány. Nejčastější odpovědí byla důležitost tišení bolesti a rituálů sloužící k rozloučení se s dítětem. Poměrně malé procento porodních asistentek (27 %) přikládalo významu vytvoření upomínek na zemřelé miminko, včetně plnění osobního přání ženy (23 %). V těchto oblastech bych očekávala mnohem vyšší procentuální výsledky.

Chtěla bych zde uvést jednu z odpovědí respondentek, která vystihla všechny důležité oblasti péče: „*Vedení porodu, tišení bolesti fyzické, ale i psychické, psychická podpora odborníka, přítomnost blízkých, možnost rozloučení. Uvědomit si, že porodem vše nekončí*

a nabídnout možnosti dlouhodobé podpory a poradenství (organizace, skupiny), respektovat změny potřeb a přání v průběhu péče''.

9.1.7 Odlišné označení porodního boxu/pokoje

Na základě doporučení, vymezené v odborné publikaci od Ratislavové (2016) a Roztočila (2017), ohledně odlišného označení porodního pokoje v situaci perinatální ztráty, nebyla znalostní úroveň PA v mém průzkumného šetření, tak dostatečná (60 %). Jako nejčastější důvod uvedli: zamezení komunikačním chybám, informovanost ostatního personálu, dodržení klidu a intimního prostředí. Jedna z respondentek průzkumu uvedla: „*Aby nedošlo ke komunikační chybě a tím zhoršení psychického stavu ženy (např. po porození mrtvého miminka se mi zdá nevhodné, kdyby netušící porodní asistentka, řekla, gratuluji Vám k narození miminka, ať je hlavně zdravé a roste Vám do krásy''.*

Jiná z respondentek uvedla: „*Aby ti, kteří potřebují něco jít na ten box zařídit, věděli, jaká tam je situace, chovali se tiše a uctivě, popřípadě pokud nemusí, nechodili tam vůbec''.*

Druhá skupina 20 respondentek, by z důvodu všeobecné informovanosti mezi personálem, porodní pokoj neodlišovala. Tento výrok byl potvrzen i z výzkumu od Burdové (2019). 7 respondentek z výzkumu od Sýkorové (2018) zmínilo, že žádným způsobem neodlišují porodní pokoj, kde probíhá porod mrtvého dítěte, neboť si mezi sebou informace ústně předávají. Ovšem dvě respondentky, z celkového počtu R9, uvedly, že označují dokumentaci nálepkou.

I když by se mohlo zdát zbytečné, pokoj odlišně označit, z důvodu, že přítomný zdravotnický personál si mezi sebou informace předá, nicméně může nastat situace, kdyby některý z personálu (lékař, porodní asistentka, sanitářka či pracovnice úklidu) o této skutečnosti nevěděl, čímž by se mohla zvýšit nejistota rodičů, která je z psychického hlediska velmi potřebná, kdyby došlo k nevhodnému výroku. Z osobního uvážení považuji označení porodního pokoje pro porod mrtvého dítěte za vhodný, ne-li potřebný.

9.1.8 Potřeba přítomnosti blízké osoby

Z výzkumu od Černé (2013), všechny respondentky (n=8) uvedly, že je pro ně maximální snahou zajistit dostatečné soukromí pro rodičku, i když s obtížemi z důvodu stavebního uspořádání porodních sálů. Sýkorová (2018) taktéž z výzkumného šetření potvrdila, že dotazované porodní asistentky se snaží o zajištění soukromí, vždy s jednou pečující porodní asistentkou a lékařem a co nejdále umístěném porodním pokoji od ostatních rodiček. S výsledným zhodnocením naprosto souhlasím, neboť perinatální ztráta je dosti bolestivou

zkušeností, kterou by měli oba partneři společně zvládnout, se všemi prožívanými pocity, nikým a ničím nerušeném prostředí s maximálně možnou psychickou podporou.

Nejen potřeba klidného a nerušeného prostředí je podstatnou součástí porodu mrtvého dítěte. Významný vliv na psychický stav ženy má přítomnost blízké osoby. V průběhu porodu rodička potřebuje cítit potřebnou oporu, bezpečí a jistotu, kterou nejvíce vnímá od partnera či jiné osoby z blízkého okruhu. Tento výrok potvrzuje i výzkum od Borůvkové (2012, s. 122). Osobně ctím a v praxi dodržuji výše uvedené mínění. Neboť se dokáží vcítit do situace, která je velmi náročnou pro oba partnery. Proto jsem velmi ráda, že všechny dotázané respondentky (100 %) v mém průzkumném šetření, tuto potřebu cítily naprosto shodně.

Z výzkumného šetření od Černé (2013) i Burdové (2019), také všechny respondentky (n=8) uvedly, že je přítomnost blízké osoby v případě perinatální ztráty možná. Sýkorová (2018) zjistila, že všechny dotázané PA umožňují těhotné ženě přítomnost i dvou blízkých osob zároveň, ovšem ve většině případů to bývá pouze partner. Pokud se podíváme na výsledné zjištění Pešoutové (2016), uvádí, že v 38 % byl u porodu mrtvého dítěte přítomen partner. Ve 24 % případech mohl být přítomen i jiný člen rodiny. 15 % žen využilo možnosti prožít porod o samotě, avšak 24 % případů, nebyla možnost přítomnosti blízké osoby umožněna. Což pokládám za velmi neprofesionální chování zdravotnického personálu. Ovšem také zjistila skutečnost, že v 9 % případů, přítomnost partnera umožněna byla, ale partner přítomen nebyl z důvodu psychické nezvladatelnosti.

9.1.9 Potřebné informace v průběhu perinatální ztráty

Porodní asistentka také seznamuje rodiče s možnými postupy, praktickými úkony, které formuluje jako možný návrh, konečné rozhodnutí záleží na rodičích. Z tohoto důvodu není odpověď (*udílení rad v průběhu porodu*) správná. Naopak není vhodné rodiče zatěžovat příběhem jiné rodiny i ve smyslu odvedení pozornosti od situace. Příliš velké množství informací také není vhodné podávat. Rodiče se nachází ve fázi šoku a jejich kapacita paměti a soustředěnosti neumožňuje plné vnímání.

Výsledky, které nám přineslo průzkumné šetření, ukázalo, že téměř 100 % úspěšnost, získaly informace týkající se medicínského postupu. Informace týkající se psychosociálních intervencí, byly v poněkud nižším procentuálním zastoupení. To potvrzuje informace, vyplývající z výzkumu diplomové práce od Borůvkové (2012), která tvrdí, že zdravotníci mají obvykle problém s předáváním informací ohledně úmrtí dítěte. Výsledné shrnutí otázky nedopadlo nikterak hrozivě, ale co se týče psychosociální problematiky, výsledky mohly dopadnout mnohem lépe, neboť poukazují na znalostní mezery PA.

Výsledné šetření od Hájíčkové (2010) ukázalo, že dotázaná respondentka nedostala nabídku od zdravotnického personálu na psychologickou pomoc. Což po porovnání s výsledky tohoto průzkumného šetření, dopadly mnohem lépe. Co se týče předávání informací ohledně sociálních záležitostí, Hájíčková (2010) uvádí, že respondentka byla informována před odchodem od domácího prostředí sociální pracovníci.

Černá (2013) ve svém výzkumu zjistila, že všech 8 respondentek považuje jako důležitou součást péče, tišení bolesti co nejdříve, aby bylo zmírněno prožívané trauma. Což potvrzuje i výzkum od Sýkorové (2018). Co se týče informace o možnosti rozloučení se s dítětem, 8 respondentek z výzkumu od Sýkorové (2018) uvedlo, že tyto informace sděluje rodičům jak lékař, tak i PA, přičemž jedna z PA zmínila důležitost opakovaně tuto možnost nabízet. R3, taktéž z tohoto výzkumu, potvrdila, že velmi záleží na přístupu PA.

Respondentky (R3) z výzkumu od Drahoňovské (2021), se shodly, že od zdravotnického personálu, neobdržely dostatek informací ohledně průběhu porodu. Co se týče nabídky psychologické podpory rodičům v případě perinatální ztráty, z mého průzkumného šetření vyplynulo, že by tyto informace sdělilo pouhých 69 % PA, což přináší uspokojivější výsledek, než v případě od Pešoutové (2016), kde pouhých 32 % respondentek uvedlo, že pro ně sdělené informace od PA byly srozumitelné. Ani v případě výzkumu od Černé (2013) není možné shledat 100 % možnost nabídky psychologické podpory rodičům.

Neuspokojivější výsledek přinesl výzkum od Sýkorové (2018), kde všechny dotázané PA (n=9) uvedly, že ženy mají možnost využít nabídky psychologické či psychiatrické pomoci. Dle mého názoru, perinatální ztráta je velmi náročnou chvílí života rodičů, ať již nabídky odborné psychologické pomoci nevyžijí, tato možnost by měla být ve všech nemocničních zařízeních běžně dostupná.

9.1.10 Rituály sloužící k rozloučení

Jak již bylo zmíněno v teoretické části diplomové práce, v ČR je vidět pomalu se měnící trend v přístupu k rituálním obřadům v případě perinatální ztráty. Naprosto běžným rituálem by mělo být rodičům umožněno své dítě spatřit, pochovat, pohladit či umožnit jakýkoliv jiný fyzický kontakt, což potvrdilo průzkumné šetření, kde 100 % PA, by rodičům tuto možnost nabídlo. Stejně tomu bylo i ve výzkumu od Sýkorové (2018). V případě možnosti povolení přítomnosti rodičů u koupání a oblékání dítěte, výsledky dopadly podstatně hůř.

V zemích západní Evropy, především v anglicky mluvících zemích, je přirozené, že rodiče mohou své dítě nejen pozorovat při koupání a oblékání, ale sami tento úkon provádět

(Ratislavová, 2015, s. 46). Jak je patrné z výsledků, je potvrzeno, že tento rituál není v ČR příliš zainteresovaný.

Úkolem PA je pečovat i o spirituální potřeby rodičů, a pokud si přejí přítomnost duchovního, měly by přání splnit. Neboť jak uvádí ve svém výzkumu Borůvková (2012), spiritualita rodičům pomáhá hledat způsob, se kterým mohou zůstat s dítětem v kontaktu. V tomto případě také výsledky nedopadly příliš příznivě, jakož tomu bylo ve výzkumu od Sýkorové (2018), která uvedla, že ve všech případech (R1-R9) mají ženy možnost přítomnosti duchovního. I v případě výzkumu od Zadinové (2021), kde znalost ohledně možnosti přítomnosti duchovního potvrdilo 80 % dotázaných respondentů.

Velmi překvapující výsledek, v negativním slova smyslu, nastal ve výsledku od Hájíčkové (2010), kde respondentka neměla možnost se svým děťátkem rozloučit. Což musela respondentka prožívat velmi traumaticky. Neboť jak uvádí Drahoňovská (2021), všechny respondentky, zasažené perinatální ztrátou, prožívaly omezený čas určený k rozloučení se s dítětem za velmi stresující až zdrcující.

Po provedeném shrnutí výsledků mých i jiných akademických prací, je tedy patrné, že stále více převládá biomedicínský přístup zdravotnického personálu. Důkazem může být i výsledek od Černé (2013), kde 4 z 5 nemocničních zařízení, postupuje nejdříve osušením, změřením a zvážením dítěte, poté ohledáním těla neonatologem a posléze je zajištěna přeprava dítěte na patologii. Také zjištění od Pešoutové (2016), která uvádí, že 35 % zdravotnického personálu se v průběhu poskytování péče chovalo vyhubavě a zaměřovalo se pouze na fyzickou stránku péče. Pevně doufám, že časem se i v nemocnicích ČR přístup změní a bude více soustředěn na potřeby a přání klientů.

9.1.11 Tvorba upomínek na zemřelé dítě

Upomínek, které rodiče mohou využít, jako památku na své zemřelé dítě, existuje celá řada. Ať hmotných či virtuálních. Porodní asistentka by měla disponovat znalostmi o uskutečnění upomínek a rodičům tuto možnost aktivně nabízet, přičemž vysvětlí jejich pozdější přínos v procesu truchlení. Z grafického znázornění výsledků dotazníkové otázky č. 14, je vidět, které upomínky jsou nejvíce PA, rodičům nabízeny. Naprosto nejčastějším je možnost vytvoření otisku nožičky či ručičky (95 %). Není divu, neboť tato forma upomínky, je běžně prováděna i u fyziologického porodu a je tedy velmi dostupnou metodou. Stejně tomu je i u vyplnění vzpomínkové karty (93 %), kde výsledky dopadly mnohem pozitivněji, naproti výsledkům od Sýkorové (2018) a Burdové (2019), kde pouze 78 % a 21,6 % respondentek vyplňuje vzpomínkový list zemřelému dítěti. Vytvoření fotografie, by v mém průzkumném

šetření navrhlo jen 65 % PA. Což jsou ale mnohem lepší výsledky, než v případě od Pešoutové (2016) a Burdové (2019).

Z pohledu mého názoru, je důležité, aby nejen PA, ale i ostatní zdravotnický personál, znal možnosti rituálů a upomínek, které rodiče mohou využít. Nebál se je aktivně nabízet i za předpokladu, že je rodiče odmítnout. Součástí praxe by tedy nemělo dojít k situaci, že si rodiče budou muset sami o vytvoření upomínky zažádat, jako tomu bylo ve výzkumu od Pešoutové (2016), kde 24 % respondentek muselo personál požádat, jinak by upomínku na dvě dítě nevlastnilo. Či zjištění, že 47 % respondentek, taktéž z výzkumu od Pešoutové (2016), upomínku nevlastní z důvodu, že nebyla personálem nabídnuta. Toto zjištění pokládám za velmi neprofesionální. Protože rodiče, kteří vlastní jakoukoli upomínku na své dítě, jsou mnohem více spokojeni, než ty, kteří žádnou nemají. Také není potvrzeno, že by vytvoření upomínek mělo negativní dopad na psychiku rodičů. Což opět dokazuje výsledek od Pešoutové (2016), kde 47 % respondentek je rádo, že upomínku vlastní a dalších 35 % je také rádo, ovšem litují, že upomínek nevlastní více. Borůvková (2012) ve své práci došla k závěru, že jakýkoli rituál sloužící k rozloučení s dítětem, poskytuje rodičům „zábradlí“, které člověku pomáhá zvládnout prožívanou situaci. Přeci pokud nám v životě zemře blízká osoba, také vlastníme různé upomínky, předměty, které nám dotyčného připomínají. Proč by tomu mělo být jinak v případě úmrtí ještě nenarozeného děťátka?

9.1.12 Podpůrné organizace

Porodní asistentky by měly rodičům, poskytnou informace, jak v ústní, tak v písemné podobě, a odkázat na existující podpůrné organizace, ve kterých by našli odpovědi na nezodpovězené otázky, seznámili i s příběhy jiných rodin, což jim dává pocit, že v situaci nejsou sami a mají se na koho obrátit.

Po provedeném shrnutí průměrné subjektivní připravenosti PA z hlediska předávání informací ohledně podpůrných organizací, byla zjištěna vyšší míra nejistoty v této oblasti péče. Přičemž výsledek tohoto průzkumu, dopadl podstatně lépe, než v případě výzkumu od Zadinové (2021) a Burdové (2019), kde znalost podpůrných organizací potvrdilo velmi malé procento respondentek. Což mě přivádí k zjištění, že v této oblasti mají PA poměrně nedostatečné znalosti, které by byly vhodné doplnit. Neboť jak uvádí respondentka (R1) z výzkumu od Drahoňovské (2021), vhodnou metodou, která by ji byla nápomocná v procesu uzdravení, by byla skupina jiných žen, které zažily obdobnou situaci.

9.2 Subjektivní zhodnocení připravenosti PA

Jak již bylo zmíněno, větší počet porodních asistentek subjektivně zhodnotilo svou odbornou připravenost z hlediska psychosociální péče v rámci perinatální ztráty za spíše dobrou až dobrou. Z výsledků dotazníkové otázky č. 17, je patrná vyšší míra nejistoty poskytované péče, v sociální sféře této problematiky.

9.2.1 Komunikace se ženou/párem

Drahoňovská (2021) ve svém shrnutí uvedla, že respondenti považovali komunikaci personálu za velmi důležitou, pokud mluvili srozumitelným, jasným a otevřeným způsobem. Například Borůvková (2012) zjistila, že 3 respondenty (n=13), byly nespokojeny s podáním informací ze strany zdravotnického personálu, z důvodu protichůdných informací, díky čemuž se cítily více nejistý. Jako vysvětlení uvedla, že zdravotnický personál nedokázal přizpůsobit svou komunikaci vůči sníženým kognitivním schopnostem těhotných žen v tak traumatické situaci. Také uváděly, že v komunikaci se zdravotnickým personálem postrádaly individuální a lidský přístup. A v tomto spojení uvádí, že těhotné ženy jsou velmi citlivé a pozorné na neverbální komunikaci personálu, včetně tónu a konotace sdělení. Burdová (2019) zjistila, že 51,3 % respondentek vnímá jako největší úskalí v poskytování péče, právě komunikační dovednosti. Proto velmi uspokojujícím zjištěním bylo, že 87 % PA v mém průzkumné šetření mělo pocit, že komunikační dovednosti v případě perinatální ztráty, ovládají dostatečně, ovšem nedošlo k bližšímu ověření, zda jsou opravdu jejich komunikační dovednosti na takové úrovni.

9.2.2 Poskytování psychické opory rodičům

Výsledné zjištění této oblasti dopadl velmi pozitivně. 93 % PA se cítí být dostatečně připravený poskytovat psychickou oporu rodičům. Bohužel z výzkumného šetření od Borůvkové (2012) vyšlo najevo, že pro zdravotnický personál představuje poskytování péče v rámci perinatální ztráty i určitou obtížnost doprovázenou negativní psychickou zátěží. A aby se dokázali uchránit před sekundární traumatizací, jejich snahou je co nejrychlejší odbytí dané situace. Přičemž bylo zjištěno z výzkumu od Zadinové (2021), že 35,5 % dotazovaných neposkytuje psychosociální podporu rodičům. Ovšem je nutné zmínit, že mezi dotazovanými, byla i sálková sestra, směnová sestra, sociální pracovnice, staniční sestra, lékař a porodní asistentka, což mohlo mít vliv na výsledné zjištění.

9.2.3 Ponechání dostatečně dlouhého času

Především v situaci, kterou s sebou perinatální ztráta přináší, je dle mého názoru důležité, aby rodičům byl ponechán dostatečný prostor a čas, na vstřebání šokující zprávy,

včetně rozhodnutí, které se chystají učinit. Není vhodné, aby zdravotnický personál svým chováním vytvářel tlak a nutnost rychlého a nezbytného rozhodnutí, především v době rozloučení se s dítětem. Vše ale záleží na individualitě dané situace a povaze rodičů. Což potvrzuje i Borůvková (2012), která přisuzuje důraz, pokud to situace umožňuje, aby rodičům personál poskytl dostatečně dlouhý čas na vstřebání poskytnutých informací. S čímž se ztotožňuje i autorka bakalářské práce, Drahoňovská (2021), která došla k závěru, že jedna z nejefektivnější pomoci, kterou PA můžou rodičům nabídnout, je ponechání dostatečného času na rozhodování.

Po dotazu, zda PA ponechávají rodičům ve všech sférách dostatečně dlouhý čas na rozmyšlenou, byl výsledek velmi uspokojivý. I v případě výsledků od Zadinové (2021), ve kterém autorka zjistila, že 71,4 % respondentů, ponechává rodičům dostatečně dlouhý čas věnovaný rozloučení. Ovšem Pešoutová (2016) svým šetřením zjistila, že 39 % dotázaných žen, mělo nastavené časové omezení během doby rozloučení a 17 % vnímalo, nepřímé časové omezení vyplývající z tlaku personálu. Zatímco ve 22 % případů, bylo dítě pouze ukázáno rodičům a ihned odneseno.

9.2.4 Sociální problematika perinatální ztráty

Jedná-li se o předávání informací z hlediska sociálních záležitostí (uskutečnění pohřbu, peněžité pomoci po porodu, zápisu do matriky apod.), ve většině případech rodiče informace obdrží nejčastěji od sociální pracovnice (popř. administrativní pracovnice) před propuštěním do domácího prostředí či od pediatra ihned po porodu dítěte. Příkladem může být výsledné zjištění od Černé (2013), která uvádí, že 4 z 8 respondentek potvrdily předávání informací o pohřbu dítěte sociální pracovníci, přičemž 2 z nich uvedly, že si nejsou jisté jejich dostatečností. Po celkovém zhodnocení tohoto průzkumného šetření je patrné, že v této oblasti mají PA znalostní mezery, neboť 27 respondentek (49 %) disponuje nedostatečnými znalostmi ohledně předávání informací ze strany pohřbu dítěte a 25 PA (45 %) nemá dostatečné znalosti ohledně zápisu do matriky. I z výsledků od Pešoutové (2016), vyšlo najevo, že 38 % respondentek, pokládalo srozumitelnost informací za nedostatečnou. Burdová (2019) uvádí, že 27 % PA vnímá nedostatečnost v rámci předávání informací ohledně pohřbu dítěte. Myslím si, že je vhodné, aby PA měly alespoň základní přehled ohledně sociálních záležitostí perinatální problematiky a dokázaly rodičům odpovědět na jimi vyřčené dotazy nebo alespoň odkázat na osobu či organizaci zabývající se touto problematikou.

9.3 Způsob celoživotního vzdělávání v rámci perinatální ztráty

Poslední podkapitola diskuze, je věnována komparaci dat vztahující se odpovědi na 2. průzkumný dílčí cíl.

9.3.1 Zajištění odborné připravenosti

Zákon 96/2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, ukládá dle § 53 odstavce 1, pro všechny zdravotnické pracovníky, povinnost celoživotního vzdělávání. Ať již formou certifikovaných, inovačních i online kurzů, specializačního vzdělávání, účasti odborných školicích akcí, konferencí, stáží v akreditovaných zařízeních či samostudiem odborné literatury. Zdravotnický personál, tak prohlubuje a zvyšuje, své dosavadní znalosti a dovednosti. Díky čemuž je schopen poskytovat péči na velmi kvalitní úrovni.

V této spojitosti jsem se více zamyslela, zda již v průběhu studia je student připraven na poskytování péče v rámci perinatální ztráty. Co se týká předání znalostí ze strany medicínské oblasti, domnívám se, že v rámci studia byly na kvalitní úrovni. I v případě seznámení studenta se zásadami péče v případě krizových situací člověka, nebyla vyučovací úroveň špatná, postrádala jsem pouze intenzivnější praktický nácvik komunikace v krizových situacích. Avšak musím přiznat, že až samotné prožití dané situace v praxi a individuální nastudování dané problematiky, přineslo pozitivnější výsledky. Například z výzkumu od Škvorové (2021), respondentka v rozhovoru uvedla, že teoretické znalosti v rámci bakalářského studia v předmětu psychologie, nebyly na špatné úrovni, ale nejdůležitějším mezníkem, je samotná praxe a výcvik komunikačních dovedností. S čímž si dovoluji souhlasit.

Výsledná data 18. dotazníkové otázky, dospěly k závěru, že 42 % PA zajišťuje svou odbornou psychosociální připravenost v rámci perinatální ztráty, samostudiem odborné literatury. Což představuje poměrně malou část PA, snažící se rozvíjet své znalosti z vlastního iniciativního zájmu. Jenže také došlo ke zjištění, že 40 % PA si doposud nerozvíjelo své aktuální vědomosti, žádnou z forem vzdělávání. Což poměrně odpovídá i výsledkům od Burdové (2019), kdy 54 % PA se prozatím nezúčastnilo žádného odborného semináře. I v případě výzkumu Zadinové (2021), 74,2 % respondentek uvedlo, že žádné školení doposud nenavštívilo, ale mělo by do budoucna zájem.

V průzkumném šetření bylo dále sledováno, že v 69 % získávají PA informace o vzdělávacích seminářích od svého zaměstnavatele, avšak v 60 % dohledávají informace individuálně. Taktéž z výzkumu od Burdové (2019) je patrné, že v 64,7 % je zdrojem čerpání

informací o seminářích pro PA, zaměstnavatel. Jen v pouhých 11,8 %, je zdrojem čerpání, vlastní zájem porodních asistentek. 3 staniční sestry z výzkumu od Burdové (2019) uvedly, že na jejich pracovišti není zdravotnický personál nikterak vyškolený, pro poskytování péče v případě perinatální ztráty. Starší kolegyně předávají zkušenosti a zvyklosti mladším, méně zkušeným kolegyním. Avšak R4 zmiňuje, že z vlastní iniciativy vyhledávají odborné semináře, aby dokázaly na základě nových metod, uspokojit potřeby rodičů.

Usuzuji, že pokud by se zvýšil zájem o rozvíjení vědomostí ohledně perinatální problematiky jakoukoli vzdělávací akcí, vzrostla by i úroveň psychosociální připravenosti porodních asistentek, která je v rámci celoživotního studia, velmi nezbytná.

9.3.2 Možnosti podpory v rámci zvládnutí psychické zátěže

Zmínkou v diplomové práci byl fakt, že perinatální ztráta nepřináší psychickou zátěž pouze pro truchlící rodiče, ale i poskytovatelům péče. Obě respondentky ve výzkumu od Škvorové (2021), popsaly, že v průběhu péče, pociťují především lítost a smutek nad prožívanou situací. Zároveň se vědomě snaží, udržet osobní odstup od prožívaného zármutku, což jim ve finále pomáhá odvádět péči na kvalitní úrovni. Taktéž respondentky z výzkumu od Tóthové (2018) uvedly, obdobné fragmenty výpovědí. Respondentka (R1) popsala, že dokonce prožívá určitý zmatek a vztek. Poměrně smutné vyjádření bylo vzneseno od respondentky (R5), která prožívá pocity prázdnoty z důvodu nenaplnění očekávaného cíle. Jak je vidět z uvedených výsledků, pocity, které porodní asistentky během poskytování péče provází, nejsou nikterak pozitivní a je nutností, nezapomínat na patřičnou podporu, která dokáže eliminovat negativní dopady psychosociálních faktorů na samotný výkon povolání.

I když porodní asistentky v průzkumné šetření uvedly, že se spíše dokáží osobně vyrovnat s psychickou zátěží, kterou s sebou perinatální ztráta přináší a 56 % PA uvedlo, že doposud možnosti podpory nevyužilo, není pochyb, že může nastat situace, kdy bude určitá forma psychologické podpory pro PA nepostradatelná, ne-li existenční. Proto je velmi důležité, aby PA měly v nejnútnejší chvíli, možnost psychologické podpory, kterou by měl zajistit stávající zaměstnavatel. Z tohoto důvodu, mě zajímalo, zda dotazované PA, znají některé z forem podpory, kterou nabízí jejich zaměstnavatel. V naprosté většině bylo nejdostupnější formou podpory, možnost zajištění nemocničního psychologa či psychoterapeuta (67 %). Druhou jimi nejnámější metodou, byla nabídka pomoci od peer konzultanta (55 %). Z rozhovorů od Tóthové (2018), 4 z 5 porodních asistentek zhodnotily vzájemnou podporu v pracovním kolektivu za velmi kladnou. Pouze jedna respondentka (R1) nebyla spokojena s přístupem

zdravotnického personálu. Ovšem všech pět respondentek (R5) má snahu v zájmu zachování profesionality, nalézt nejdříve oporu v dialogu s kolegyněmi, kde mohou navzájem vyjádřit své sebehodnocení. Velmi působivým a stojícím za zamyšlení, bylo usnesení respondentek z výzkumu od Drahoňovské (2021), které doporučují, aby zdravotníci přijali smrt dítěte za přirozenou součást života a měli by si uvědomit, že nedokáží 100 % ovlivnit realitu. Pokud tuhle skutečnost přijmou za svou, dokáží snáze pochopit a přijmout ztrátu, kterou rodiče prožívají.

Takács a spol. (2015, s. 164) ve své publikaci uvádí, že překážkou, která brání pro zavedení supervize do běžné klinické praxe, je především kultura zdravotnické organizace a charakter vztahů na pracovišti, které zde dominují. Toto tvrzení se mohlo stát příčinou, zjištěného výsledku dotazníkové otázky č. 20, kde pouhých 7 % porodních asistentek znalo možnost podpory ve formě supervize. Což alespoň naznačuje, že tato metoda není prozatím všedně zaběhlou metodou k zvládnutí psychické zátěže. Přičemž z odpovědí respondentek z výzkumu Drahoňovské (2021) je patrné, že potřeba vzájemného spolu sdílení prožitků, podporování se v tak nelehké situaci, je více než potřebné. Velmi bych si přála, aby zavedení metody supervize, alespoň na úrovni manažerské, byla již běžnou součástí naší profese.

10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vytvoření informačního letáku bylo na základě návrhu jedné z lékařek příslušného zdravotnického zařízení a také po získání výsledků z dotazníkového šetření. Informační leták je především určen pro rodiče zasažené perinatální ztrátou, ale mohl by být i vhodnou edukační metodu pro porodní asistentky. Jeho tvorba byla konzultována s vyškoleným pracovníkem perinatální problematiky a vedoucí diplomové práce. Jeho srozumitelnost a grafická podoba byla ověřena rozdáním letáků na příslušném oddělení. Po vyřčených připomínkách, byly opraveny nesrovnalosti do aktuální podoby a informační leták byl zkušebně využit v praxi na příslušném oddělení. Edukační materiál, ve formě letáku, je přiložen k nahlédnutí, v příloze B.

Finální verze informačního letáku má podobu jednostranné stránky ve formátu A4 jejichž pozadí je decentně graficky podbarveno. V úvodu informačního letáku je vyjádřena soustrast nad úmrtím miminka s vysvětlením účelu edukačního materiálu. Posléze jsou rodičům heslovitě představeny možnosti, které mohou na daném oddělení využít k rozloučení se s jejich děťátkem. Dále jsou shrnuty nejdůležitější a nejvíce dotazované otázky ohledně sociálně-právní problematiky s odkazem na webovou stránku, pro bližší informace. Posledním zpracovaným tématem, jsou odkazy na nejznámější podpůrné organizace ČR, poskytující osobám zasažené perinatální ztrátou odbornou i laickou pomoc. V příloze C je také k dispozici přiložený stručný manuál pro porodní asistentky, pro snadnější manipulaci s informačním letákem. Před předáním edukačního materiálu, by měla porodní asistentka citlivým způsobem seznámit rodiče s následujícími kroky v celém průběhu porodu. Upozornit rodiče, že v případě dotazů a nesrovnalostí, které objevili v informačním letáku, se mohou na ní kdykoliv obrátit.

Ve zdravotnictví se každý den personál ocitá v roli edukátora. V situaci, ve které se pozůstaly rodiče po úmrtí svého dítěte nachází, je velmi náročnou chvílí na vstřebávání všech řečených informací. Rodiče nemají v tuto chvíli kapacitu na přijímání a následné zapamatování důležitých informací, týkající se nejen samotného průběhu porodu, ale také následných záležitostí související s perinatální ztrátou. Tištěný edukační materiál by v této situaci mohl být vhodnou doplňující edukační metodou, ke které by se truchlící rodiče mohli později kdykoli navrátit.

Ve zdravotnictví je k edukaci využíváno mnoho edukačních metod, především těch tištěných, jako je například informační mapa péče, brožury, plakáty či články v odborných časopisech. Písemné edukační materiály, by měly být vždy doplněny jinou edukační metodou (př. vysvětlením, konzultací či názornou ukázkou). Při tvorbě písemného edukačního materiálu

je důležité mít na paměti, aby jasně naplnil vytyčených cílů a byl určen takové skupině edukantů, pro které byl původně zamýšlen. Styl a jazyková korektura by měly být přizpůsobeny cílové edukační skupině, která je po většinou z řad laické veřejnosti. Pro cílenější zaujmutí, je vhodnější edukační materiál graficky zpracovat, popřípadě doplnit souvisejícími obrázky či schémata. Při tvorbě je důležité, aby bylo vycházeno z norem a standardů, platných v daném zdravotnickém zařízení (Juřeníková, 2010, s. 45-46).

Pro uživatele z tištěného materiálu plynou výhody, jako je dostupnost a snadná manipulace. K informacím se edukanti mohou v textu kdykoli navrátit a s nejasnostmi se obrátit na příslušný zdravotnický personál. Učební tempo, tak mohou přizpůsobit vhodné chvíli a svým potřebám. Nevýhodami může být pozdější ztráta aktuálnosti, delší doba přípravy na zhotovení edukačního materiálu i poměrně nízká zpětná vazba od edukanta (Juřeníková, 2010, s. 49-50).

11 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá pojetím perinatální ztráty z hlediska psychosociálních intervencí poskytované porodními asistentkami. Jelikož se jedná o velmi rozsáhlé téma, cílem teoretické roviny práce, bylo čtenáři přinést ucelené informace související s perinatální ztrátou, jak z hlediska medicínského, tak i z hlediska psychosociálního.

Perinatální ztráta představuje velmi náročnou životní situaci nejen pro truchlící rodiče, ale i pro pečující personál. Porodní asistentka je osobou, která provází rodiče celým průběhem ztráty a není pochyb, že i ona, je vystavena silným prožitkům smutku, bezmoci i strachu. Péče o rodiče v případě perinatální ztráty není každodenní rutinou praxe a tak prožívané negativní pocity mohou uvádět porodní asistentky do situace, ve které se cítí být nejistí. Poskytovanou péči tak zužují na úroveň tělesné stránky, uchylují se k vyhýbavému chování či k rutinnímu jednání. Důležité si je uvědomit, že takovéto chování, mylně považované za ochranný prvek před psychickou újmou, brání k zvyšování kvalitní profesionální péče. Základem je své dosavadní vědomosti a zkušenosti formou celoživotního vzdělávání rozvíjet, být otevřeným novým možnostem a vědeckým důkazům, které vychází z denní praxe a opírají se o aktuální potřeby klientů. Na druhou stranu personál, který pečuje o potřeby druhých, potřebuje cítit, že v případě potřeby, se má na koho obrátit a že se mu dostane adekvátní podpory i ze strany zaměstnavatele. Jen tak je schopen poskytovat péči na velmi vysoké a kvalitní úrovni a ochránit svou duševní vyrovnanost.

Cílem průzkumné části diplomové práce bylo zjistit, zda jsou porodní asistentky připraveny, právě z hlediska psychosociálního, na situaci spojenou s perinatální ztrátou. Po provedeném zhodnocení znalostních otázek dotazníkového šetření, vyšlo najevo, že úroveň dosavadních znalostí v oblasti psychosociálních intervencí, byla v 56 % považována za nedostatečnou, přičemž 89 % porodních asistentek mělo zkušenost s poskytováním péče v případě perinatální ztráty. I když porodní asistentky subjektivně ohodnotily svou připravenost za spíše dobrou až dobrou, jsou patrné určité znalostní mezery, především ve sféře sociální problematiky, které by bylo vhodné účelnou vzdělávací formou doplnit. Toto tvrzení si dovoluji vznést, na základě zjištěného výsledku, ve kterém 40 % porodních asistentek uvedlo, že se doposud v této sféře, nevzdělávalo.

Na porodní asistentky jsou kladeny velmi vysoké nároky, jak v oblasti komunikačních dovedností, tak na množství odborných znalostí, kterými musí disponovat. Poskytovaná péče

by také měla být zaměřena na individualitu ženy/páru s respektem jejich rozhodnutí a přání. Proto zhotoveným informačním letákem, jsem chtěla porodním asistentkám alespoň trochu usnadnit předávání informací rodičům, kteří nepochybně během porodu, ale i po něm, potřebují znát odpovědi na spoustu otázek související se ztrátou dítěte. Tištěná forma informačního letáku je především určena pro truchlící rodiče. Přináší informace o možnostech, které jsou vhodné využít ve chvíli patřící rozloučení s dítětem. Také shrnuje odpovědi, na nejvíce tázané otázky z oblasti sociálně právní. A v neposlední, řadě přináší odkazy na podpůrné organizace, které v případě dobrovolného zájmu rodičů, mohou poskytnout bližší informace ohledně perinatální ztráty. Edukační materiál může být přínosem i pro porodní asistentky, ze kterého načerpají informace, na které možná doposud neznaly odpověď.

Závěrem bych chtěla zmínit vděčnost, kterou jsem osobně pocítila v situaci poskytování péče, přítelkyni a jejímu partnerovi, kteří prožívali ztrátu svého prvorozeného děťátka. Byla jsem schopna poskytnout mnohem kvalitnější individuální péči, ve které jsem se cítila značně jistější a prožívaný strach a stres, kterou vždy tato situace přináší, byl patřičně nižší. A to vše díky tvorbě diplomové práce, ročním prohlubováním znalostí v této problematice, studováním domácích i zahraničních výzkumů. Proto z vlastní zkušenosti mohu říct, že je důležité, vědomosti neustále rozvíjet a nebát se čelit smrti, která je odpradáвна součástí našich životů.

12 SEZNAM LITERATURY

V podkapitolách seznamu literatury jsou uvedeny veškeré tištěné i online dostupné zdroje, které posloužily k vytvoření diplomové práce.

12.1 Primární zdroje literatury

HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol. *Porodnictví 3*. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

KOHNEROVÁ, N a A. HENLEYOVÁ. *Když dítě zemře*. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-643-2.

RATISLAOVÁ, K. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály a rozloučení, proces truchlení a vyrovnání se se ztrátou*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-4.

ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví 2*. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-9757-6.

TAKÁCS, L., D. SOBOTKOVÁ, L. ŠULCOVÁ a kol. *Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-9715-1.

12.2 Sekundární zdroje literatury

HÁJEK, Z. et. kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2.*, aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: GRADA, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

KÜBLER-ROSS, E a KRÁLOVEC, J. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

POLOKOVÁ, A. *Zastavení tvorby mléka po ztrátě miminka*. UNIPA, 2021.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

RATISLAVOVÁ, K. *Psychosociální péče o ženy po perinatální ztrátě: Doporučené intervence porodních asistentek*. I. vydání. Praha: Tiskárna Domanja, 2014. ISBN 978-80-260 7134-1.

SLEZÁKOVÁ, L., M. KYASOVÁ. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-3373-9.

ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-3736-2.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing. 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

VYBÍHAL, V. *Mzdové účetnictví 2014: praktický průvodce*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-8960-6.

ZEMÁNKOVÁ, Kristina a Petra MICHALOVÁ. *Komunikace s rodiči v situaci perinatální ztráty: Doporučení pro zdravotníky*. Unie porodních asistentek, 2021.

12.3 Internetové zdroje

BINDER, T. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie* [online]. 2007, roč. 11, č. 2, s. 61-64 [cit. 2021-10-11]. ISSN 1211-6645. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_07_02_03.pdf

Centrum pro zjišťování výsledků a vzdělávání: *Jednotná přijímací zkouška 2022* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2019 [cit. 2022-04-17]. Dostupné z: <https://prijmacky.ceremat.cz/menu/jednotna-prijimaci-zkouska>

DLOUHÁ CESTA. Prázdná kolébka. [online]. Dlouhá cesta, 2022 [cit. 2022-01-24]. Dostupné z: <https://www.prazdnakolebka.cz/uvod>

EVROPSKÁ ZDRAVOTNICKÁ INFORMAČNÍ BRÁNA. *Perinatální úmrtí na 1000 porodů: World Health Organization Europe* [online]. Kodaň: WHO, 2021 [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_84-1170-perinatal-deaths-per-1000-births/visualizations/#id=19421

HANÁK, M. Budou v České republice soukromé hřbitovy? *Moderní obec* [online] 2015, roč. 22, č. 6, s. 48-49 [cit. 2022-01-29]. ISSN 1211-0507. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/domov/hrbitovy-na-zahrade-a-dustojny-pohreb-deti-jez-se-narodily-mrtve-resort-navrhuje-zmenu.A150718_145816_ln_domov_sk

INFORMATIVNÍ A DŮCHODOVÁ APLIKACE: Ošetrovné. *Česká správa sociálního zabezpečení* [online]. Praha: 27. 07. 2021 [cit. 2022-01-30]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/osetrovne>

KASPARKOVÁ, P. a R. BUŽGOVÁ. Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. Supporting parents in the case of foetus perinatal death. *Kontakt*. [online] 2010, roč. 12, č. 4, s. 387-398 [cit. 2022-01-23]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/332220345_Supporting_parents_in_the_case_of_foetus_perinatal_death

KOUCKÝ, M. Ohrožený plod. *Moderní babičtví* [online]. 2006, roč. 4, č. 11 [cit. 2021-12-30]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-11/?pdf=45>

KOUBOVÁ, M. Novela zákona o pohřebnictví má rodičům umožnit pohřeb ostatků po potratu. *Zdravotnický deník: zdravé je vědět* [online]. 2015-07-31 [cit. 2022-01-29]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/07/novela-zakona-o-pohrebnictvi-ma-rodicum-umoznit-pohreb-ostatku-po-potratu/>

KUČERA, J. Syndrom mrtvého plodu. *Gynekolog: časopis ženských lékařů* [online]. 2000, roč. 9, č. 2, s. 63-69 [cit. 2021-10-11]. ISSN 1210-1133. Dostupné z: <http://www.gyne.cz/clanky/2000/200cl3.htm>

KLIKAROVÁ, J., K. ŠNAJBERGOVÁ, A. MĚCHUROVÁ, P. VELEBIL a J. FEYEREISL. Syndrom intrauterinního úmrtí plodu: analýza souboru za období 2008–2012 v Ústavu pro péči o matku dítě. *Česká gynekologie* [online]. 2014, 79(2), 120-127 [cit. 2021-11-04]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2014-2-11/syndrom-intrauterinniho-umrti-plodu-analyza-souboru-za-obdobi-2008-2012-v-ustavu-pro-peci-o-matku-dite-48694/download?hl=cs>

LUCKÁ, Y. Mrtvě narozené děti. *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět* [online]. Praha: Aperio, 2002, s. 75-76 [cit. 2021-10-11]. ISBN 80-903-0871-6. Dostupné z: http://www.aperio.cz/data/1/APERIO_sbornik_Privadime_deti_na_svet.pdf.

MROWETZ, M. Smrt na dvouhodinový předpis. In: *AZ RODINA.cz* [online]. 2008-11-01 [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/2709-smrt-na-dvouhodinovy-predpis>.

PERINATÁLNÍ HOSPIC DÍTĚ V SRDCI. *Dítě v srdci* [online]. Kostelec nad Orlicí, 2022 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: <https://ditevsrdci.cz/cz/dite-v-srdci>

PROCHÁZKA, M., A. MĚCHUROVÁ, P. ČEPICKÝ a P. CALDA. Základní a fakultativní vyšetření po porodu mrtvého plodu. *Česká gynekologie* [online]. 2014, 213., 79 (supplementum), 5 [cit. 2021-11-04]. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2014-supplementum/zakladni-a-fakultativni-vysetreni-po-porodu-mrtveho-plodu-48704/download?hl=cs>

PROCHÁZKA, M., A. MĚCHUROVÁ, P. ČEPICKÝ a P. CALDA. Vedení porodu mrtvého plodu-doporučený postup. *Česká gynekologie* [online]. 2014, 21. 3. 79 (supplementum), 3-4 [cit. 2021-11-04]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2014-supplementum/vedeni-porodu-mrtveho-plodu-doporuceny-postup-48703>

ŠPAŇHELOVÁ, N. *Rodina po ztrátě dítěte* [online]. 2.vyd. Dlouhá cesta, 2012 [cit. 2021-09-09]. Dostupné z: <http://www.prazdnakolebka.cz/files/files/articlecategory/rodina-po-ztrate-ditete.pdf>

TOBIT, Z. S. Tobit [online]. Tobit z.s., © 2014 [cit. 2022-01-29]. Dostupné z: <http://tobit.cz/>

UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK. *Supervize* [online]. Praha: Igemakers.cz, 2022 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/porodni-asistentky/supervize/>

12.4 Odborné články

BLOOD, C., CACCIATORE, J. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. *BMC Psychology*, 2014, 2-15. ISSN 2050-7283.

CAMERON, J., TAYLOR, J., GREEN, A. *Representations of rituals and care in perinatal death in British midwifery textbooks 1937-2004*. *Midwifery*, 2008, 24(3), 335-343. ISSN 0266-6138.

DOHNALOVÁ, Z., E. PAVLÍKOVÁ. Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence. *Florence* [online]. 10. 01. 2011, roč. 2011, č. 1. [cit. 2022-03-01]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archivflorence/2011/1/psychosocialni-podpora-predcasne-porodivsih-zen-po-umrti-novorozence/>

ERLANDSSON, K. WARLAND, J., CACCIATORE, J. a kol., Seeing and Holding a Stillborn Baby: Mothers feelings in relation to how their babies were presented to them after birth – findings from online questionnaire. *Midwifery*, 2013, 29(3), 246-250. ISSN 0266-6138.

HARDER, U. Betreuung nach Kindsverlust. In: HARDER, Ulrik. *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause*. Vyd. 2. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 2005, s. 158-168. ISBN 978-3-8304-5530-7.

HUNFELD, J. A. M. The Grief of Late Pregnancy Loss. A Four Year Follow up. Amsterdam: Delf Eburon, 1995. ISBN 90-5651011-8.

NIJS, M. *Trauern hat seine Zeit. Abschiedsrituale beim fruhen Tod eines Kindes*. 2. vyd., Gottingen: Hogrefe-Verlag, 2003, s. 207. ISBN 3-8017-1808-5.

RADESTAD, I. a CHRISOFFERSEN, L. Helping a Woman meet her still-born Baby while it is Soft and Warm. *British Journal of Midwifery*, 2008, 16 (9), 588-591. ISSN 0969-4900.

RATISLAVOVÁ, K. a J. BERAN. Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes. *Česká gynekologie*. 2010, roč. 75, č. 5, s. 462-466. ISSN 1210-7832.

RATISLAVOVÁ, K., J. BERAN a L. KAŠOVÁ. Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Praktický lékař*. 2012, roč. 92, č. 9, s. 505-508. ISSN 1080-2711.

12.5 Ostatní zdroje

BORŮVKOVÁ, K. *Psychosociální intervence u žen s perinatální ztrátou*. Praha, 2012, 174 s. Diplomová práce. Filozofická fakulta univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí práce PhDr. Simona Horáková Hoskovcová, Ph.D.

BURDOVÁ, M. *Perinatální ztráta očima porodních asistentek*. Pardubice, 2019, 87 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

ČERNÁ, L. *Zkušenosti porodní asistentky v péči o ženu při porodu mrtvého plodu*. České Budějovice, 2013, 79 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová.

DRAHOŇOVSKÁ, M. *Podpora rodičky při ztrátě dítěte*. Pardubice, 2021, 63 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Michal Kopecký.

HÁJÍČKOVÁ, N. *Porod mrtvého plodu*. Brno, 2010, 88 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Katedra porodní asistence. Vedoucí práce Bc. Miloslava Kameníková.

PEŠOUTOVÁ, M. *Porod mrtvého plodu*. Pardubice, 2016, 90 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Věra Erbenová.

RATISLAVOVÁ, K. *Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě*. České Budějovice, 2015, 218 s. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.

SÝKOROVÁ, E. *Perinatální ztráta z pohledu porodních asistentek*. České Budějovice, 2018, 79 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová.

ŠKVOROVÁ, A. *Potřeby zdravotníků pečujících o rodiče při perinatální ztrátě*. Plzeň, 2021, 102 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

TÓTHOVÁ, E. *Subjektivní prožívání perinatální ztráty porodními asistentkami*. Praha, 2018, 89 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Milena Vaňková Ph.D.

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

ZADINOVÁ, M. *Perinatální ztráta*. Pardubice, 2021, 85 s. Bakalářská práce Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Adéla Michková, Ph.D.

13 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník vlastní konstrukce</i>	116
Příloha B - <i>Informační leták</i>	122
Příloha C - <i>Manuál pro porodní asistentky</i>	123

Příloha A – Dotazník vlastní konstrukce

Vážené kolegyně-porodní asistentky,

jmenuji se Kristýna Čapková a jsem studentkou 2. ročníku oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro mou diplomovou práci na téma: „Připravenost porodní asistentky z hlediska psychosociální péče v průběhu porodu mrtvého plodu“.

Účelem dotazníku je zjistit, Vaši odbornou připravenost v rámci poskytování psychosociální péče ženám v průběhu porodu mrtvého dítěte a jakým způsobem rozvíjíte své dosavadní profesní znalosti. Dotazník obsahuje 21 otázek a jeho vyplnění by nemělo trvat více než 20 minut. Informace, které zde vyplníte, jsou zcela anonymní a dobrovolné. Veškeré získané informace budou uvedeny pouze v mé diplomové práci. U otázek zakroužkujte vždy jednu správnou odpověď, není-li uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci.

V případě nejasností, dotazů či zájmu o zaslání výsledků, neváhejte mě kontaktovat na e-mailovou adresu:

st52703@student.upce.cz

-
1. Kolik je Vám let (prosím vypište)

 2. Jak dlouhá je Vaše dosavadní praxe na porodním sále? (prosím vypište)

 3. Zajišťovala jste během své praxe péči ženě se syndromem mrtvého plodu?
 - a) Ano
 - b) Ne
 4. Myslíte si, že by těhotná žena, která přichází se subjektivními pocity, že necítí pohyby plodu či vnímá jejich sníženou intenzitu, měla být brána k vyšetření přednostně?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
 5. Co je podle Vás zásadní při sdělení nepříznivé diagnózy? (stručně vypište)

 6. Domníváte se, že je vhodné po sdělení diagnózy ženě umožnit odchod do domácího prostředí, pokud to nevyklučuje její zdravotní stav?
 - a) Odchod do domácího prostředí je vhodný (zdůvodněte proč) _____
 - b) Odchod do domácího prostředí není vhodný (zdůvodněte proč) _____

- c) Nevím/nemám na to názor
7. Jakým způsobem považujete za vhodné označovat v komunikaci s těhotnou ženou/párem mrtvý plod? (možnost více odpovědí)
- a) Děťátko/ miminko
 - b) Plod
 - c) Označení se vyhýbat
 - d) Nevím
 - e) Jiná odpověď (prosím uveďte) _____
8. Domníváte se, že je vhodné nabídnout těhotné ženě/páru vytvoření individuálního porodního plánu při příjmu k hospitalizaci?
- a) Domnívám se, že to v danou chvíli je vhodné (odpovězte na následující otázku)
 - b) Domnívám se, že to v danou chvíli není vhodné (přeskočte následující otázku)
 - c) Nevím
9. Pokud se domníváte, že je vhodné vytvořit individuální porodní plán, jaké oblasti péče/individuální přání ženy by dle Vás měly být v plánu zahrnuty?
- _____
- _____
- _____
10. Domníváte se, že je vhodné odlišně označit porodní box, ve kterém probíhá porod mrtvého dítěte?
- a) Ano, z jakého důvodu: _____
 - b) Ne, z jakého důvodu: _____
 - c) Nevím
11. Je podle Vás důležité, aby těhotná žena v situaci perinatální ztráty měla možnost přítomnosti blízké osoby?
- a) Ano (proč) _____
 - b) Ne (proč) _____
 - c) Nevím

12. Jaké informace by podle Vás měli zdravotníci (ve vhodné chvíli) poskytnout ženě v situaci perinatální ztráty? (možnost více odpovědí)

- a) Informace o průběhu porodu
- b) Informace o možnostech tišení bolesti
- c) Informace o příběhu jiné rodiny ve smyslu povzbuzení rodičů
- d) Informace o možných rituálech sloužících k rozloučení se s dítětem
- e) Informace ohledně úředních záležitostech, pohřbu
- f) Informace ohledně psychologické podpory
- g) V průběhu porodu není vhodné sdělovat informace
- h) Udílení rad v průběhu porodu
- i) Odvedení pozornosti od dané situace
- j) Jiné (vypište) _____

13. Jaké možnosti dle Vás je vhodné rodičům nabídnout k rozloučení se s dítětem? (možnost více odpovědí)

- a) Dítě rodiče mohou vidět, pochovat, pohladit
- b) Dítě rodiče mohou vykoupat, obléct
- c) Rodiče mohou být přítomni a pozorovat koupání a oblékání dítěte
- d) Mohou jít s dítětem rozloučit domů
- e) Je možností, zařídít přítomnost duchovního/nemocničního kaplana
- f) Možnost zapálení svíce v místnosti
- g) Aktivní nabízení možnosti rozloučení se není vhodné
- h) Jiné (vypište) _____

14. Jaké vzpomínky na zemřelé dítě Vám osobně přijde vhodné nabídnout rodičům? (možnost více odpovědí)

- a) Snímek z ultrazvuku, kardiografický záznam, identifikační náramek dítěte
- b) Pramínek odstřižených vlasů
- c) Otisk nožičky, ručičky
- d) Sádrový odlitek končetin
- e) Možnost vytvoření fotografie
- f) Možnost vytvoření videozáznamu
- g) Vyplnění vzpomínkové karty
- h) Snažím se splnit jejich osobní přání
- i) Pořizování vzpomínek na zemřelé dítě není vhodné nabízet
- j) Jiné (vypište) _____

15. Jaké znáte podpůrné organizace pomáhající rodičům i odbornému personálu z hlediska perinatální ztráty? (prosím vypište)

16. Do jaké míry, byste ohodnotila svou odbornou připravenost z hlediska psychosociální péče v rámci perinatální ztráty? (prosím zakroužkujte jednu možnost)

Velmi dobře připravena	Spíše dobře připravena	Dobře připravena	Spíše špatně připravena	Zcela nepřipravena
1	2	3	4	5

17. Jak jistě se cítíte být připravena v jednotlivých oblastech péče? (prosím u každé oblasti zakroužkujte vždy jednu možnost)

Oblast péče	Velmi dobře připravena	Spíše dobře připravena	Dobře připravena	Spíše špatně připravena	Zcela nepřipravena
Komunikace se ženou/párem	1	2	3	4	5
Poskytování psychické opory rodičům	1	2	3	4	5
Ponechání rodičům dostatečně dlouhý čas na rozmyšlenou	1	2	3	4	5
Odborné znalosti ohledně perinatální problematiky a jejich předávání	1	2	3	4	5
Předávání informací o podpůrných organizacích, které rodiče mohou využít	1	2	3	4	5
Předávání informací o pohřbu dítěte (jak se zařizují, kde se uskutečňují, jejich cena)	1	2	3	4	5
Předání informací ohledně zápisu do matriky	1	2	3	4	5
Osobní vyrovnání se s psychickou zátěží	1	2	3	4	5

Jiné (vypište) _____

18. Jakým způsobem zajišťujete svou odbornou připravenost ohledně poskytování psychosociální péče v rámci perinatální ztráty? (možnost více odpovědí)

- Samostudiem odborné literatury
- Odbornými semináři, besedy
- Online kurzy, workshopy
- Dosud jsem se v této oblasti nevzdělávala
- Jiné (vypište) _____

19. Kdo Vás informuje o seminářích či vzdělávacích akcích? (možnost více odpovědí)

- Zaměstnavatel
- Informace zjišťuji individuálně
- Jiné (vypište) _____

20. Jaké možnosti podpory Vám nabízí aktuální pracoviště v rámci zvládnání psychické zátěže? (možnost více odpovědí)

- a) Peer poradce
- b) Podpora ve formě supervize
- c) Nemocniční psycholog/psychoterapeut
- d) Žádné
- e) Nevím
- f) Jiné (vypište)_____

21. Pokud jste možnost podpory již někdy využila, byla pro Vás přínosná?

- a) Ano, byla
- b) Ne, nebyla
- c) Nevím
- d) Jiné (vypište)_____

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Příloha B – Informační leták

Vážení rodiče

Chtěli bychom Vám vyjádřit hlubokou soustrast nad úmrtím Vašeho miminka.

Ani při nejmenším si nedokážeme představit, jakou náročnou životní situaci si právě procházíte.

Bohužel porodem Vašeho děťátka to nekončí. Dozajista si kladete spoustu otázek.

Touto cestou bychom Vám chtěli alespoň trochu ulehčit a poskytnout důležité informace.

- ✓ Možnosti rozloučení se s Vaším miminkem:
 - ✓ Otisk nožičky
 - ✓ Možnost ofocení těhotenské průkazky
 - ✓ Možnost vytvoření fotografie Vašeho miminka
 - ✓ Možnost pochovat a rozloučit se s Vaším miminkem
 - ✓ Zapálení svíce
 - ✓ Máte možnost pojmenovat své miminko
 - ✓ Nebojte se sdělit Vaše osobní přání, které chcete uskutečnit k rozloučení

- ✓ Sociálně – právní otázky:
 - ✓ Po porodu Vašeho děťátka, máte 96 hod. na rozhodnutí o pohřbu svého dítěte
 - ✓ Pokud se rozhodnete pro pohřeb – kontaktujte vybranou pohřební službu, která převoz miminka zajistí
 - ✓ Pokud se rozhodne pohřeb neuskutečnit, nemocnice bude konat dle standardního postupu (po pitvě dojde k zpopelnění)
 - ✓ V případě zájmu máte nárok na příspěvek na pohřebné (ode dne pohřbu do 1 roku, zažádat můžete na příslušné Okresní správě sociálního zabezpečení)
 - ✓ Máte možnost nechat si vystavit rodný list miminka (příslušný matriční úřad -do 30 pracovních dnů, úmrtní list se nevystavuje)
 - ✓ Máte nárok na peněžitou pomoc v mateřství i na mateřskou dovolenou, délka MD je v trvání 14 týdnů
 - ✓ Po vyčerpání MD, již nemáte nárok na rodičovskou dovolenou ani rodičovský příspěvek
 - ✓ Nárok na porodné a otcovskou dovolenou nevzniká
 - ✓ Bližší informace naleznete na webových stránkách: <http://tobit.cz/>

- ✓ Podpůrné organizace:
 - ✓ V případě zájmu, můžete využít diskrétní a bezplatnou odbornou i laickou pomoc, kterou níže zmíněné organizace nabízí rodičům, kteří přišli o své milované děťátko
 - ✓ **Dlouhá cesta** – poskytují komplexní podporu rodičům a rodinám zasažené ztrátou děťátka
 - ✓ **Prázdná kolébka** – je projektem sdružení Dlouhá cesta, poskytují psychologickou pomoc rodičům, pomáhají s praktickými informacemi, doprovází procesem truchlení
 - ✓ **Dítě v srdci** – Perinatální hospic – poskytují rodinám maximální podporu a dostatek informací
 - ✓ **Cesta domů** – poskytují podporu všem, kteří ztrátou prochází
 - ✓ **Ztráta miminka**
 - ✓ **Čekala jsem miminko**
 - ✓ **Začít znovu** – UNIPA – terapeutická podpora rodičům, kteří procházejí ztrátou miminka
 - ✓ **Nejste sami**
 - ✓ **Prázdná náruč**

MANUÁL PRO PORODNÍ ASISTENTKY K INFORMAČNÍMU LETÁKU

Vážené porodní asistentky,

Dostává se Vám do rukou edukační materiál v podobě informačního letáku. Tiskopis je určený rodičům procházející si perinatální ztrátou. Ovšem může posloužit i pro Vás jako zdroj důležitých informací.

Informační leták obsahuje základní a stručné informace ohledně možnostech rozloučení se rodičů s jejich dítětkem. Dále jsou zpracovány odpovědi na nejčastější otázky rodičů ohledně sociálně právní problematiky. Posledními body informačního letáku jsou odkazy na nejznámější podpůrné organizace ČR, poskytující rodičům v případě perinatální ztráty odbornou i laickou pomoc. Jejich působení není zaměřené jen na truchlící rodiče, ale jejich záměrem je i edukace odborné veřejnosti se zásady psychosociální péče v případě perinatální ztráty.

Níže je uveden stručný postup užití informačního letáku.

Postup při užívání informačního letáku:

1. Při příjmu k hospitalizaci citlivě rodiče seznámte s následujícími kroky průběhu porodu.
2. Dbejte na podání jasných a stručných informací, které ve vhodné chvíli průběžně opakujte.
3. Mějte na paměti, že se rodiče nachází v akutní fázi šoku a jejich vnímání je proto omezené.
4. Nabídněte rodičům k dispozici informační leták a odůvodněte jeho účel.
5. Jednotlivě uvedené informace rodičům vysvětlete, popřípadě jim navrhněte, že se s dotazy mohou kdykoliv na Vás obrátit.
6. Ponechejte rodičům dostatek času a prostoru na vstřebání informací.
7. Na jejich rozhodnutí nespěchejte a upozorněte, že své rozhodnutí mohou kdykoliv změnit.

Pevně věřím, že Vám i rodičům bude edukační materiál přínosný.