

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Aneta Vašková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Těhotenská ztráta v druhé polovině těhotenství očima žen

Bakalářská práce

2023

Aneta Vašková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2021/2022

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Aneta Vašková**  
Osobní číslo: **Z20085**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Téma práce: **Těhotenská ztráta v druhé polovině těhotenství očima žen**  
Téma práce anglicky: **Pregnancy loss in the second half of pregnancy through the eyes of women**  
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: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BUŽGOVÁ, Radka a Lucie SIKOROVÁ, 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-0584-7.  
MAZÚCHOVÁ, Lucia a Andrea PORUBSKÁ, 2022. *Respekt a úcta v porodnictví*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-271-3508-0.  
PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.  
RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2016. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.  
RATISLAVOVÁ, Kateřina a Zuzana HRUŠKOVÁ, 2020. *Psychosociální podpora při úmrtí miminka: průvodce pro učitele pomáhajících profesí*. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP. 137 s. ISBN 978-80-270-6935-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Helena Poláčková**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

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

L.S.

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

V Pardubicích dne 6. března 2023

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Těhotenská ztráta v druhé polovině těhotenství očima žen 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 12. 4. 2023

Aneta Vašková v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala především paní Mgr. Heleně Poláčkové za odborné rady a cenné připomínky při vedení mé bakalářské práce a také za předávání vědomostí a zkušeností během celého studia na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. S velkou pokorou a vděčností bych ráda poděkovala respondentkám, které mi vyprávěly své příběhy.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce je zaměřena na zkušenosti žen se ztrátou dítěte v druhé polovině těhotenství. Teoretická část obsahuje základní poznatky týkající těhotenství, předčasného porodu a porodu mrtvého plodu. Důležitou částí je nastínění péče, především komunikace porodní asistentky se ženou, která si ztrátou dítěte prochází. Je zde výčet možných rituálů a způsobů rozloučení. Popsán je proces truchlení i jeho patologie, jež může být posttraumatická stresová porucha. Teoretická část obsahuje také právní legislativu. Průzkumná část je vedena kvalitativní formou pomocí rozhovorů. Prostřednictvím průzkumu byly zjišťovány zkušenosti žen se ztrátou dítěte, následným rozloučením a také hodnocení péče a přístupu zdravotníků, převážně porodních asistentek.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Ztráta v těhotenství, předčasný porod, porod mrtvého dítěte, rituály rozloučení

## **TITLE**

Pregnancy loss in the second half of pregnancy through the eyes of women.

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis focuses on women's experiences with child loss in the second half of pregnancy. The theoretical part contains basic knowledge about pregnancy, premature birth and stillbirth. An important part outlines the care, especially the midwife's communication with a woman going through the loss of a baby. There is a list of possible rituals and ways of saying goodbye. The grieving process is described, as well as its pathology, which may be post-traumatic stress disorder. The theoretical part also includes legal legislation. The exploratory part is conducted in a qualitative way using interviews. Through the survey, women's experiences with the loss of a child, the subsequent separation and also the evaluation of the care and attitude of health professionals, mainly midwives, were collected.

## **KEYWORDS**

Loss in pregnancy, premature birth, stillbirth, rituals of parting

## OBSAH

Úvod.....	8
Cíle práce .....	11
Teoretická část .....	12
1 Těhotenství.....	12
2 Charakteristika základních pojmů .....	13
2.1 Předčasný porod .....	13
2.2 Úmrtí plodu v děloze.....	14
3 Hlavní ukazatele perinatální péče .....	16
4 Postup péče o ženu se ztrátou dítěte v druhé polovině těhotenství.....	17
4.1 Stanovení diagnózy .....	17
4.2 Péče o ženu během porodu.....	19
4.3 Péče o ženu po porodu .....	21
5 Rozloučení se po ztrátě dítěte v těhotenství.....	23
5.1 Vizuální a tělesný kontakt.....	24
5.2 Pohřeb .....	24
5.3 Memorybox .....	25
5.4 Upomínkové předměty .....	25
6 Pomoc rodičům .....	26
6.1 Odborná psychologická pomoc.....	26
6.2 Laická pomoc a svépomocné skupiny.....	26
7 Truchlení a základní pojmy týkající se truchlení.....	29
7.1 Truchlení .....	29
7.2 Rozdílné truchlení otce a matky.....	31
7.3 Posttraumatická stresová porucha .....	31
7.4 Posttraumatický rozvoj člověka .....	32
8 Právní legislativa.....	33



9	Praktická část .....	35
9.1	Metodika průzkumu .....	35
9.2	Dílčí cíle a průzkumné otázky.....	35
9.3	Charakteristika vzorku .....	36
9.4	Zpracování dat.....	38
10	Diskuse.....	48
11	Závěr .....	53
12	Použitá literatura .....	55
13	Přílohy.....	60

## **SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK**

Tabulka 1 Nevhodná a vhodná komunikace (Zemánková, Michalová, 2021, s. 12).....	19
Tabulka 2 Charakteristika respondentek.....	39

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

MBL	Deficit lektinu vázajícího manózu
PA	Porodní asistentka
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WPC	Warn-Pause-Check

## ÚVOD

Bakalářská práce je věnována tématu ztráty dítěte v druhé polovině těhotenství očima žen. Těhotenství pro mnohé znamená nový životní začátek, naplnění svých cílů a také nový smysl života. Ve společnosti je zažité, že nejrizikovějším obdobím v těhotenství je první trimestr. Je to období strachu a nejistoty. Překročením první poloviny těhotenství se žena a blízké okolí začíná těšit a připravovat se na nový život a na novou životní roli. Bohužel ne všechna těhotenství, která překonají rizikové období mají šťastný konec. O nešťastných koncích těhotenství se ve společnosti nemluví, to ale neznamená, že se nestávají. Je těžké si uvědomit, že i přes každodenní pokroky medicíny, se takové ztráty dějí.

Podle Dětského fondu Organizace spojených národů (UNICEF) přichází na svět každých 16 sekund mrtvorozené dítě. Jen za rok tím pádem nastává 2 milióny tzv. stillbirths (tichých porodů) (UNICEF, 2020). Dalším problémem jsou předčasné porody. WHO (World Health Organization) uvádí, že každý rok nastane 15 miliónů předčasných porodů a více než milión končí ztrátou dítěte (WHO, 2022). Je důležité vědět, že porodem lékařská a zdravotní péče o ženu neustává. Je nesmírně potřebné, aby zdravotnický personál ukázal empatii, kolektivní orientaci a univerzalizmus. Zdravotní péče dokáže ovlivnit celý proces truchlení ženy. Proto je důležité, aby žena byla dostatečně informována o možnostech loučení s mrtvým dítětem, dostala upomínkové předměty a byla edukována o možných institucích, které se zabývají péčí o rodiny, jež si prošly touto zkušeností. Nesmírně důležité je také důkladné vyšetření příčin ztráty dítěte během těhotenství, protože mnoha ztrátám lze již dnes předejít a zabránit. I přes tuto snahu, bývají některé ztráty neobjasněné.

Ženy potřebují pomoc, péči a hlavně čas. V dnešním světě už ztráta dítěte není takové tabu, jako dříve. Bohužel se lidé o zkušenosti s úmrtím dítěte v těhotenství bojí mluvit. Dle Ratislavové (2016) se praktikoval v České republice rituál „*zmizení novorozence*“. Rituál byl vyvinut zdravotníky s úmyslem minimalizovat utrpení žen s tím, aby byl jejich návrat do života co nejrychlejší. Tento způsob však odporoval přirozenosti a průběhu fyziologického zármutku. Ženy si i po mnoha letech vyčítají, že se se svým dítětem nerozloučily (Ratislavová, 2016, s. 63).

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První část, teoretická, se zabývá úmrtím plodu v děloze, předčasným porodem, průběhem a možnostmi loučení, truchlením a právní legislativou. Důležitá je část, kde je nastíněna role a přístup porodní asistentky k ženám, které si ztrátou dítěte procházejí. Na teoretickou část práce navazuje průzkumná část, která usiluje

o přiblížení, popsání a zhodnocení průběhu celé ztráty tak, jak ji vnímají ženy. Průzkumná část tak umožní pochopit potřeby a pocity žen. Zjistit, jak ženy vnímají přístup a péči, nejen porodní asistentky, ale celého zdravotnického personálu. Kladen je důraz na zlepšení zdravotní péče, informovanosti žen a přístupu personálu k rodičkám procházející si ztrátou dítěte v těhotenství nehledě na délku.

Mým hnacím motorem pro napsání bakalářské práce jsou ty ženy, které si prošly ztrátou dítěte a mají natolik sil, že mi sdělily své příběhy a já s nimi mohla prožívat jejich bolest, prázdnotu a pochopit, co vše pro ně ztráta dítěte znamená.

***„Nikdy na to člověk nezapomene, ale naučí se s tím žít. Děti nejsou něco, co můžeme takhle ztrácet.“***

Respondentka č. 4

## **CÍLE PRÁCE**

### **Teoretický cíl:**

Předložit a shrnout základní informace o problematice ztráty dítěte v druhé polovině těhotenství.

### **Praktický cíl:**

Zjistit, jak ženy vnímají a prožívají ztrátu dítěte v druhé polovině těhotenství. Zjistit jejich zkušenosti s následným loučením.

# TEORETICKÁ ČÁST

Účelem teoretické části bakalářské práce je shrnout poznatky o problematice ztrátě dítěte v druhé polovině těhotenství, kde je zahrnut jak porod na hranici viability (životaschopnosti), tak porod mrtvého plodu. Důležitá je péče a komunikace zdravotnického personálu. Část práce se zabývá truchlením, legislativou a formami pomoci ženám či rodinám, které si ztrátu dítěte zažily.

## 1 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství (gravidita) je stav, při kterém se v organismu ženy vyvíjí embryo. Z embrya se rostoucím stářím těhotenství stává fetus (plod). Během porodu, kdy plod přechází z nitroděložního prostředí do prostředí mimo tělo matky se z plodu stává novorozenec. Standardní doba těhotenství je určena na 40 týdnů (280 dní) (Procházka, 2020, s. 171; Slezáková et al., 2017, s. 142). 40 týdnů těhotenství je pouze orientačních a vyjadřují základní stanovenou délku trvání. Porod může nastat o 2 týdny dříve i později (Gregora, Velemínský, 2017, s. 17).

Těhotenské trimestry rozdělují 40 týdnů těhotenství na tři časové celky. Každý jednotlivý trimestr je rozdílný a žena prožívá různé pocity a má jiné starosti. První trimestr je pro těhotenství vysoce rizikovým, jelikož je plod nejvíce náchylný na vliv škodlivých vlivů, které mohou ovlivnit samotný vývoj plodu. Je to období největšího rizika potratů. První trimestr je charakterizován časovým obdobím od oplození do 12. týdne těhotenství. Druhý trimestr pokračuje od 12. týdne až po 28. týden těhotenství. Ženy často popisují druhý trimestr jako ten nejhezčí, jelikož většina problémů a negativních pocitů odstoupí. V tomto trimestru ženy začínají cítit pohyby plodu a tím mohou navázat větší citové pouto s budoucím potomkem. Posledním trimestrem vymezujeme období od 28. týdne těhotenství do porodu plodu. S rostoucím stářím těhotenství rostou obavy matky z porodu, která se často fyzicky i psychicky na porod připravuje (Gregora, Velemínský, 2020, s. 74–80).



## 2 CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Pod pojmem **perinatální období** je vytyčen časový úsek těhotenství, který je z jedné strany ohraničen viabilitou plodu, dále pokračuje porodem plodu a trvá sedm dokončených dní po porodu (Ratislavová, 2016, s. 9).

**Viabilitou plodu** (životaschopností plodu) rozumíme období, kdy je plod schopen po porodu přežít pomocí medicínských postupů a ošetrovatelské péče. Hranice viability se neustále posouvá a je závislá na pokročilosti medicíny a kulturních zvyklostech (Ratislavová, 2016, s. 9). Již roku 1902 skotský porodník J. W. Ballantyne tvrdil, že kritérium viability plodu nezáleží pouze na stáří plodu. Počátek samotné viability se neustále snižuje a závisí na průběhu všech měsíců těhotenství. Podle J. W. Ballantyna je viabilita schopnost „*nezávislé existence mimo mateřskou dělohu, která není omezena na několik hodin, ale je potenciálně možná po měsíce a léta*“ (Zlatohlávková, 2011, s. 48). Dnešní dolní hranice viability se řídí zákonem 372/2011 Sb., který vstoupil v platnost 1. 4. 2012 a zároveň se shoduje s mezinárodními definicemi WHO (Procházka, 2020, s. 615; Zákon č. 372/2011 Sb.). V České republice je stanovena hranice viability na ukončený 24. týden těhotenství. Specializovaná pracoviště ve světě, ale i u nás zajišťují péči i v tzv. „šedé zóně“. Neonatologové i porodníci ve své každodenní praxi tento pojem využívají. Šedá zóna charakterizuje plody, u kterých je osud zcela nejasný a odborníci nedokážou predikovat výsledky péče a pozdější kvalitu života narozeného dítěte. Dolní hranice tzv. šedé zóny je stanovena na 22. ukončený týden těhotenství, kdy je plod schopen narodit se živý. Horní hranicí je ukončený 25. týdnem těhotenství, kdy rapidně klesá riziko vážného postižení plodu. Koucký uvádí, že každým dalším gestačním týdnem se zvyšuje šance na přežití až 2,3násobně (Koucký, 2020, s. 133, 135).

### 2.1 Předčasný porod

WHO definuje předčasný porod jako těhotenství, které je ukončené před ukončeným 37. týdnem těhotenství. Z této definice je jasně definovaná horní hranice předčasného porodu. Dolní hranicí je uváděna viabilita plodu, která je celosvětově odlišná vzhledem k rozdílům poskytování a úrovni neonatologické péče. V České republice je považována za dolní mez hranice viability, do které je zařazována i šedá zóna, ve které se ke každému předčasnému porodu v období životaschopnosti přistupuje individuálně a podle možných šancí na život. (Koucký, 2020, s. 133). Pokud nelze určit gestační stáří plodu, je považován za předčasný porod plod o hmotnosti v 500–2500 gramů. Předčasný porod se pohybuje na nejvyšším stupni příčin novorozenecké úmrtnosti (Procházka, 2020, s. 459).

Koucký (2020) i Procházka (2020) se shodují, že v České republice je incidence předčasných porodů okolo 8 % (Koucký, 2020 s. 9; Procházka, 2020, s. 459). V současnosti je předčasný porod chápán jako patologický stav, který ústí v syndrom předčasného porodu (Hájek et al., 2014, s. 247).

Rizikové faktory předčasného porodu je potřeba odlišit od spouštěcích mechanismů, které doopravdy předčasný porod mohou vyvolat. Koucký (2020) uvádí, že rizikové faktory jsou soubor účinků a jevů, které svým působením mohou zvýšit riziko předčasného porodu. Zatímco spouštěcí mechanismy předčasného porodu lze definovat jako soubor příznaků, které jsou typické pro určitou nemoc či stav, avšak jejich cesty a příčiny k dosažení předčasného porodu mohou být zcela odlišné (Koucký, 2020, s. 24).

Koucký (2020) uvádí, že nejnovější vědecké poznatky naznačují, že prostředí dělohy není sterilní, a proto považovat infekci jako za spouštěcí mechanismus je neoprávněné. Spouštěcím mechanismem pro předčasný porod se podle nejnovějších poznatků zdá výpadek mateřské imunity a mateřský mikrobiom (Koucký, 2020, s. 41, 49). Procházka (2020) také uvádí, že důvodem předčasného porodu může být imunologická netolerance mezi matkou a plodem (Procházka, 2020, s. 460). Těhotenství a imunita je předmětem mnoha výzkumů, a proto se do budoucna předpokládá velký zájem o studium poruch této imunologické tolerance nejen v problematice předčasného porodu, ale i jiných patologických stavů v těhotenství (Koucký, Smíšek, 2014, s. 85).

## 2.2 Úmrtí plodu v děloze

V České republice je, podle zákona 372/2011 Sb., za **mrtvě narozený plod** považováno dítě, které nevykazuje ani jednu ze známek života (srdeční akce, dech, křik a aktivní svalové pohyby) a má porodní hmotnost větší než 500 gramů. Zda nelze hmotnost plodu určit, je dalším kritériem gestační stáří, které je stanoveno na 22. těhotenský týden a více. Posledním možným kritériem, pokud nelze určit porodní hmotnost či stáří těhotenství, je délka plodu. O porod mrtvého plodu se jedná, pokud má plod délku větší než 25 centimetrů (Procházka, 2020, s. 616; Zákon č. 372/2011 Sb.).

Intrauterinní úmrtí plodu v děloze má mnoho stran příčin. Může se jednat o příčiny mateřské, jako například neřešený diabetes mellitus, preeklampsie, intoxikace, trauma a mnoho dalších. Příčiny ze strany plodu jsou nejčastěji vrozené vývojové vady, pupečnickové příhody a jiné. Další příčinou intrauterinního úmrtí mohou být placentární patologie. Jsou to například insuficience placenty, její abrupce a další. Mnoho intrauterinním úmrtím se daří zabránit,

protože dnešní medicína dokáže některé příčiny odhalit dříve, než se stanou fatálními. Odvratitelné příčiny mohou být intrauterinní růstová retardace plodu, hypertenze matky, diabetes mellitus, intrahepatální cholestáza, syndrom fetu-fetální transfuze a sepse. Oproti odvratitelným příčinám se vyskytují i neodvratitelné, proti kterým se nedá nijak bránit. Jsou to nehody, úrazy, vážné abrupce placenty, vrozené vývojové vady neslučitelné se životem a mnoho dalších (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 172). Dle Hájka (2014) bývá 20-50 % intrauterinního úmrtí bez objasnění. Míra rizika intrauterinního úmrtí se rostoucím gestačním stářím až do termínu porodu snižuje. V termínu porodu a přenášení se riziko opět zvyšuje. Například v 26. týdnu těhotenství je riziko na hodnotě 1/150, v termínu porodu 1/475 a po termínu porodu se snižuje na hodnotu 1/375 (Hájek et al., 2014, s. 434).

### 3 HLAVNÍ UKAZATELE PERINATÁLNÍ PÉČE

Ve společnosti se využívají tři základní epidemiologické ukazatele, díky kterým jsme schopni posoudit kvalitu a úroveň poskytované porodnické a neonatologické péče. Ukazateli jsou mortalita, natalita a morbidita (Hájek et al., 2014, s. 452).

**Perinatální mortalita** je řazena k historicky nejstarším ukazatelům úrovně perinatální péče. Perinatální péče a medicína má v České republice nadprůměrné nízké hodnoty perinatální mortality, které ji řadí k nejlepším na světě (Ratislavová, 2016, s. 10). Perinatální mortalita je počet perinatálně zemřelých novorozenců na počet narozených novorozenců. Její hodnoty jsou v promile. Je nutné se umět orientovat v problematice porodu a potratu, znát definice perinatálního období, definice porodu a perinatálního úmrtí. Bez těchto vědomostí nejsme schopni zhodnotit úroveň porodnické a neonatologické péče. Perinatální mortalita se dále rozděluje na dvě složky. Těmi jsou mrtvorozenost (stillbirth rate) a časná novorozenecká úmrtnost (Hájek et al., 2014, s. 452; Ratislavová, 2016, s. 9).

Za **mrtvorozenost** je považováno úmrtí intrauterinní, antepartální a intrapartální. Přičemž dolní hranicí mrtvorozenosti je hranice viability. Mrtvorozenost nám ukazuje počet mrtvě narozených dětí na 1 000 narozených dětí (Ratislavová, 2016, s. 10). Bužgová a Sikorová (2019) ve své knize uvádí, že mrtvorozenost je zásadním problémem perinatální mortality, který lze jen těžko minimalizovat (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 171). V České republice byla **mrtvorozenost** v roce 2019 na hodnotě 3,57 promile (ÚZIS ČR, 2021).

**Časná novorozenecká úmrtnost** je definována jako počet živě narozených novorozenců zemřelých během prvních sedmi dní života, tedy 0.-6. den po porodu, na 1000 živě narozených novorozenců (Ratislavová, 2016, s. 10). V roce 2019 byla časná novorozenecká úmrtnost na hodnotě 0,97 promile (ÚZIS ČR, 2021).

## 4 POSTUP PÉČE O ŽENU SE ZTRÁTOU DÍTĚTE V DRUHÉ POLOVINĚ TĚHOTENSTVÍ

Péče PA (porodní asistentka) je jedním z mnoha faktorů, která ovlivní zkušenosti žen se ztrátou dítěte v těhotenství. Je proto velice potřebné, aby PA věděla, jak se zachovat a postupovat při sdělení diagnózy, při porodu, a především po porodu.

### 4.1 Stanovení diagnózy

Ratislavová (2016), Bužgová a Sikorová (2019) uvádí, že by ženy měly být vedeny k sebedůvěře a k naslouchání vlastních pocitů během těhotenství, a proto při podezření na jakékoliv komplikace by měly navštívit zdravotnické zařízení (Ratislavová, 2016, s. 40; Bužgová, Sikorová, 2019, s. 172).

Pokud žena cítí absenci či změnu pohybů, měla by ihned vyhledat lékařskou péči. V uplynulých letech se praktikovalo počítání pohybů plodu. Toto striktní počítání pohybů se ukázalo jako přínosné a snížilo mrtvorozenost. Na druhém konci signifikantně zvýšilo hospitalizovanost a počet preventivních císařských řezů. Další negativní věcí bylo zvýšení pocitů úzkosti u těhotných žen, které se upnuly na výskyt frekvence pohybů plodu. V roce 2007 byla proto zveřejněna žádost na přezkoumání výzkumů, které se zabývají spojitostí mezi počítáním pohybů a mrtvorozeností (Ratislavová, 2016, st. 39–40). Dalšími příznaky mrtvého plodu, kromě absence pohybů, mohou být subfebrilie, výtok, krvácení a děložní kontrakce (Hájek et al., 2014, s. 435). Prvním krokem při stanovení diagnózy je kontrola ozev plodu. Při absenci ozev plodu je PA povinna informovat lékaře, který provede ultrazvukové vyšetření. Pokud lékař nedetekuje žádnou srdeční akci ani pomocí ultrazvuku, je nutné ženě sdělit diagnózu (Ratislavová, 2016, s. 43; Bužgová, Sikorová 2019, s. 172). Sdělování smutných zpráv je jednou z nejnáročnějších situací v medicíně, tento úkol je v kompetencích lékaře. Je důležitá přítomnost dvou zdravotníků, kdy lékař sděluje opatrně a citlivě zprávu a druhý zdravotník (například PA) je pro ženu či pár oporou. V této situaci se mohou rodiče cítit na vše sami, proto je přítomnost zdravotníků důležitá. I přítomnost a mlčení je forma podpory (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 38–40). Při sdělování zprávy, je vhodné, aby lékař ukázal rodičům nedetekovatelnou srdeční akci plodu, kvůli větší věrohodnosti (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 172).

Při sdělení o neodkladnosti předčasného porodu je nezbytné, vše ženě vysvětlit a informovat, proč k tomu došlo. Toto sdělení by měl vždy předávat ženě/rodičům lékař. Předčasný porod na hranici viability může být pro některé ženy očekávaným rizikem (například pro ženy, které mají

rizikové těhotenství, kde předčasný porod hrozí) nebo se může jednat o zcela nečekané sdělení (Ratislavová, 2016, s. 24–25). PA má nezastupitelnou roli, která se týká jak již samotné edukace o rizicích předčasného porodu, tak poznání symptomů předčasného porodu. Když už se předčasný porod nedá zastavit, je PA psychickou podporou ženě a neustále monitoruje stav plodu i ženy (Procházka, 2020, s. 465).

Je velice důležité, aby lékař oznamoval diagnózu srozumitelně, citlivě a bez medicínských výrazů. Doporučuje se využívat metodu WPC (Warn-Pause-Check). Bužgová a Sikorová (2019) uvádí, že metoda WPC nese ve Velké Británii název „*dilková metoda*“ (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 125). Prvním krokem metody WPC je připravit ženu na sdělení, že ji čeká nepříjemná zpráva. Druhým krokem je vyčkat na verbální či neverbální impulz od ženy, že je na zprávu připravená a poté ji lékař může sdělit diagnózu. Posledním krokem je ověřit, zda informaci žena porozuměla (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 40).

Dalším možným sdělovacím postupem je postup SPIKES. Kdy prvním krokem je připravit vhodné prostředí pro sdělení informací, dále zhodnotit vnímání ženy a vyčkat na její signál, že je připravená lékaře vyslechnout. Po sdělení závažné zprávy následuje pracování s emocemi ženy, kdy se lékař snaží navrhnout vhodný postup péče. V posledním kroku je potřebné ženě vše zopakovat (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 123).

Důležité je při sdělování diagnózy umět reagovat na emoce ženy i partnera. Je potřebné si uvědomit, jaké emoce zažívají. Pokud umíme identifikovat jejich emoční signály, můžeme zvolit adekvátní způsob, jak takového člověka emocemi provést a pomoci jej zpracovat. Často se jedná pouze o nonverbální emoční signály, mezi které se řadí například pláč, utichnutí, neklid a výrazná změna mimiky v obličeji. Častou chybou zdravotníků je snaha emoci zastavit a vrátit ženu či pár do původní emoční situace. Pokud pacient prožívá složité emoce, povinností zdravotníků je pomoci mu pochopit o jaké emoce se jedná a že tyto emoce jsou oprávněné. Nástroj pro vhodný empatický přístup nese název NURSE. Technika NURSE ukazuje vhodné empatické a explorativní slovní obraty. Další důležitou metodou je zrcadlení. Jedná se o vhodnou metodu, jestliže se rozhovor zastavil anebo se ubírá jiným směrem. Zdravotnický personál popisuje, co vidí a co ho napadá (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 125–129).

Jednou ze základních schopností v porodnické péči je komunikace. Jedná se o terapeutický prostředek, který pomáhá zajišťovat, aby žena necítila strach a úzkost (Mazúchová, Porubská, 2022, s. 33–35). Nevhodná komunikace a slovní spojení bývá častým zdrojem traumatu (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 172). Názorné věty, vhodné i nevhodné, jsou v Tabulce 1.

Tabulka 1 – Nevhodná a vhodná komunikace (Zemánková, Michalová, 2021, s. 12)

Co neříkat?	Co říkat?
„Kdybyste přijela dřív...“	„Je mi to moc líto, ale mám pro Vás smutnou zprávu...“
„Rychle na to zapomenete...“	„Zažila jste těžkou situaci, je normální, že pláčete/třesete se/máte vztek...“
„Je to mrtvé, tak to rychle odnese...“	„Je mi to moc líto, ale Vaše miminko nežije...“
„Hlavně rychle zapomeňte...“	„Budeme vás podporovat ve Vašich rozhodnutích...“
„Však to ještě ani nebyl člověk...“	„Je v pořádku plakat...“
„Budete mít jiné miminko...“	„Máte čas, můžete v klidu promyslet, jak chcete dál postupovat...“
„Vždyť jste ani necítla pohyby...“	„Jsem tu pro vás, ptejte se, na co potřebujete...“

## 4.2 Péče o ženu během porodu

Během trvání těhotenství si žena i partner vyvinuli silný vztah k dítěti. Samotný porod je pro partnery velice stresující, jelikož se svým dítětem počítali jako s jistotou. Bohužel se tato jistota při sdělení diagnózy rozplynula. Důležitým krokem je také naplánování porodu a farmakologických možností tlumení bolesti. Za plánování je vždy zodpovědný lékař. Role PA v průběhu porodu je nezastupitelná, protože PA může podrobněji vyslechnout tužby a potřeby ženy či páru. Dále může PA nabídnout nefarmakologické možnosti tišení bolesti, vysvětlit a nabídnout loučení s dítětem (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 57). PA by měly být připravené na emocionální nerovnováhu ženy, tyto pocity nehodnotit a nebrat si je osobně (Ratislavová, 2016, s. 48).

Mazúchová a Porubská (2022) zdůrazňují, že lidský přístup, ohleduplnost a laskavost nečerpá žádné finanční náklady, proto je pouze na zdravotníkovi, zda toto projeví. Aby PA mohla vykonávat respektující péči o ženu, je důležité, aby měla schopnost empatie. Porodnická empatie představuje vcítění se do rodičky a jejího vnímání. Snažit se pochopit její potřeby a přání. Další schopností je naslouchání, kdy PA musí přemýšlet, co žena říká, proč to říká a poté se opatrně ptá otevřenými otázkami a projevuje zájem. Při naslouchání je důležité nespěchat a dát ženě prostor se projevit. Zároveň je vhodné udržovat oční kontakt (Mazúchová, Porubská, 2022, s. 35).

Hájek (2014) uvádí, že těhotná žena s diagnostikovaným **mrtvým plodem**, by měla být ihned odeslána k hospitalizaci (Hájek et al., 2014, s. 435). Naopak Bužgová a Sikorová (2019) ve své knize uvádí, že podle zdravotního stavu je možné, aby žena strávila čas doma a mohla vstřebat vše, co ji bylo řečeno (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 172). Průzkum Trulssonové a Radestadové, který probíhal v Norsku roku 2004, ukázal, že tři čtvrtiny žen, u kterých bylo diagnostikováno intrauterinní úmrtí plodu, strávily noc před vyvoláním porodu raději mimo nemocniční prostředí (Ratislavová, 2016, s. 44). Dále je zdůrazňováno, že čas mezi sdělením diagnózy a samotným porodem by měl být využit k získání potřebných informací o porodu a možnostech loučení se s jejich očekávaným potomkem. V tomto meziobdobí by zdravotníci měli ženu pomalu připravovat na situaci, která ji čeká (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 56).

Důležitými faktory při rozhodování rodičů o záchraně jejich dítěte, při **porodu na hranici viability**, jsou úroveň péče a šance na život jejich dítěte. Vždy se k rozhodnutí přistupuje individuálně, jelikož každý plod má jiné startovací biologické faktory (hmotnost, pohlaví, četnost těhotenství a plicní zralost). Velice potřebná je schůzka s neonatologickým týmem, který by měl rodičům vysvětlit případné neresuscitování a neposkytnutí intenzivní péče extrémně nezralému novorozenci na hranici viability, respektive v šedé zóně (Ratislavová, 2016, s. 25). Kaempff a kol. (in Ratislavová, 2016) uvádí, že je důležité rodičům poskytnout jasné informace o mortalitě a morbiditě těchto novorozenců (Ratislavová, 2016, s. 27).

Žena často přichází s porodním přáním, je však důležité ženu upozornit, že má kdykoliv právo své rozhodnutí změnit (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 172). Zajímavým návrhem je vytvoření jednotných porodních plánů pro dané pracoviště, které by obsahovaly otázky pro lepší představu zdravotníků o přáních a potřebách rodičky během porodu a po porodu (Anderson in Mazúchová, Porubská, 2022, s. 24). Vzor možného porodního plánu pro rodiče procházející si ztrátou dítěte v těhotenství je v knize „*Psychosociální podpora při úmrtí miminka*“ (Ratislavová, 2020, Hrušková, s. 58). Přítomnost blízké osoby při perinatální ztrátě je velice potřebná. Blízká osoba/partner plní roli sociální opory a mnohdy i prostředníka v komunikaci se zdravotním personálem. PA by měla vnímat také potřeby a pocity blízké osoby, jelikož to může ovlivnit ženu i samotný průběh porodu (Ratislavová, 2016, s. 54). Mazúchová a Porubská (2022) zdůrazňují, že přítomnost blízké osoby nejspíš budí u zdravotníků větší respekt k žádostem rodičky, podpoře bondingu a také výrazně zlepšuje komunikaci mezi zdravotníky a rodičkou. Bohren et al. (in Mazúchová, Porubská, 2022) uvádí, že přítomnost blízké osoby může zvyšovat úroveň a kvalitu péče a podporuje větší spokojenost žen s porodem (Mazúchová, Porubská, 2022, s. 16). Při porodu je vhodné, aby se o ženu staral stejný lékař i



PA. Podpora a péče PA je pro ženu při porodu mrtvého dítěte obzvláště potřebná. Je nutností se snažit ženě takovou situaci co nejvíce ulehčit. Je důležité zabránit přítomnosti PA nebo lékaře, kteří nezvládají tyto náročné situace nebo mají osobní zkušenost, protože by mohlo dojít k negativnímu vlivu jak na rodičku, tak i na okolní personál. (Špaňhelová, 2015, s. 50). Během porodu může žena přehodnotit své rozhodnutí o průběhu loučení s dítětem či o zachování vzpomínkových předmětů. Pokud si momentálně rodiče upomínky na dítě nepřejí, je vhodné otisk nožičky či pramínek vlasů ponechat v dokumentaci a vyčkat, zda si rodiče své rozhodnutí nerozmyslí (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 172; Dušová et al., 2019, s. 85).

Po nástupu pravidelných děložních kontrakcí je vhodné tlumit bolest epidurální analgezií, využívat nižší dávky opiátů a aplikovat spasmolytika. Ženě jsou nabídnuty také všechny možné formy nefarmakologických metod tlumení bolesti. Při porodu mrtvého plodu není potřeba se ohlížet na nežádoucí účinky léčiv pro plod. Avšak bolest při porodu mrtvého plodu si některé ženy chtějí prožít a odmítají její tlumení (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 172–173). Vždy je snaha vézt porod bez epiziotomie, zvláště kdy se prokáže pomocí ultrazvukového vyšetření Spaldingovo znamení (střechovité překryvání lebečních kostí plodu). Mrtvý plod se rodí vždy vcelku s placentou bez přerušenoého pupečníku. Po porodu je nutné vyšetření plodu i placenty na patologickém oddělení (Procházka, 2020, s. 618).

### **4.3 Péče o ženu po porodu**

Po porodu je doba hospitalizace zkrácena na nezbytně nutnou dobu. Prostředí domova je pro ženu a její truchlení intimnějším a bezpečnějším prostředím. V nemocnici by žena během hospitalizace měla být edukována o dalších možnostech rozloučení, o správném průběhu truchlení a právních náležitostech. Pokud to nemocniční dispozice dovolí, je ženám po perinatální ztrátě nabízen jednolůžkový pokoj mimo oddělení šestinedělí. Velice důležitým faktorem je podpora a komunikace mezi rodičkou, lékařem a PA. Zdravotnický personál je jeden z faktorů, který může nemálo ovlivnit proces truchlení a může svým přístupem a chováním zvyšovat riziko komplikovaného truchlení (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 176). Psychofarmaka by v době ranného truchlení neměla být užívána, pokud to není nezbytné. Jelikož jejich užívání blokuje prožívání ženy a často komplikují samotný průběh truchlení (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 79). PA by měla být ženě takovou oporou, která se stará nejen o somatické obtíže ženy, ale dbá na rozhodnutí rodičů a k ničemu je nenutí. Snaží se odpovídat na dotazy partnerů a předcházet riziku narušení psychiky (Ratislavová, 2016, s. 48).

Péče o ženu po ztrátě dítěte zahrnuje také laktaci, kdy je nutné ženu informovat o farmakologických i nefarmakologických metodách zastavení laktace. Tvorba mléka začíná již okolo 16. týdne těhotenství (Poloková, 2021, s. 16). Mezi nefarmakologické metody můžeme zařadit popíjení mátových či šalvějových čajů, které mají fytotherapeutické účinky. Dále je doporučováno vkládání zelných listů do podprsenky, které zmírňují bolest a snižují riziko zánětu prsu (Poloková, 2021, s. 19). Farmakologickou metodou zástavy laktace je užívání antagonistů dopaminu. Bužgová, Sikorová (2019) i Ratislavová (2016), uvádí, že PA může nabídnout ženě i možnost darovat mléko do mléčných bank (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 176; Ratislavová, 2016, s. 96-97).

## 5 ROZLOUČENÍ SE PO ZTRÁTĚ DÍTĚTE V TĚHOTENSTVÍ

Partneři si své dítě představovali, vybírali mu jméno a připravovali se na své nové sociální role. Chybí jim často reálné důkazy, že jejich potomek existoval. Proto existují krizové intervence v perinatální péči, které dají možnost partnerům strávit určitý čas se svým dítětem. Vidět ho, poznat ho a věnovat mu lásku (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 172–173).

Ztráta a smrt dítěte je velmi těžkou životní zkouškou. Lidé smrt dítěte chápou jako nespravedlivou věc v biologickém zákonu, který stanovuje, že staří lidé umírají dříve, než mladí (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 189).

Slovo **rituál** pochází z latinského slova *ritus* neboli obřad. Rituály rozloučení, které jsou spojené se smrtí se nazývají také jako přechodové. Každá kultura má své typické pohřební rituály, které se časem vyvíjejí a mění. V různých zemích slovo rituál má také význam pro zvyklost či obvyklý postup, který se využívá při určité činnosti. Samotný průběh rituálu může rozdělit přítomnost na „dříve a potom“, přičemž truchlíci tak mohou uzavřít kapitolu minulosti. Rituály loučení se s mrtvým dítětem mají podporovat a chránit truchlíci rodiče. Zároveň mají dokázat, že ztráta je reálná a tím napomoci k procesu truchlení (Kupka, 2014, s. 65; Ratislavová, 2016, s. 63). PA by se měla sama účastnit rituálů v nemocnici, pokud rodiče chtějí. Vyslyšení potřeb a přání rodičů je povinností PA, která by se měla snažit zajistit vhodné podmínky a prostředí na rodiči vybraný rituál loučení (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 68).

V druhé polovině 20. století, kdy se zásadně změnilo porodnictví v České republice se praktikovalo „*zmizení mrtvého novorozence*“. Zdravotníci praktikovali zmizení novorozence ihned po porodu. Toto zmizení mělo minimalizovat truchlení rodičů po porodu mrtvého dítěte. Ženy nedostaly informace o pohlaví, váze a ani délce novorozence. Neproběhl žádný kontakt, žádný rituál rozloučení, ženy neobdržely žádné upomínkové předměty. Ke konci 20. století bylo úkolem těchto žen přerušit své emoce po porodu mrtvého plodu a naplnit tuto ztrátu dalším těhotenstvím. Ženy naopak všechny emoce a pocity spojené se ztrátou dítěte uchovávaly v sobě. Ženy, kterých se týká zmizení novorozence, zpětně litují, že o dítěti nedostaly žádné informace či si ho nemohly pochovat. Ženy po porodu mrtvého plodu samy nevědí, jak se zachovat a pro co se rozhodnout. Vlivy, které ovlivní jejich rozhodnutí se dělí na vnitřní a zevní. Mezi vnitřní faktory řadíme zvědavost poznat své dítě, vidět ho a pochovat si ho. Dalším vnitřním faktorem je naopak strach z kontaktu s mrtvým novorozencem. Mezi zevní faktory řadíme podporu od blízkých osob, dostatečnou informovanost a samotný postoj zdravotníku k rituálům rozloučení (Ratislavová, 2016, s. 63–71).

## 5.1 Vizuální a tělesný kontakt

Předčasně narozený plod nebo plod delší dobu zemřelý v děloze může mít tělesné změny, které mohou rodiče šokovat. Pokud se žena nedokáže rozhodnout o kontaktu se svým dítětem, je vhodné, aby PA popsala vzhled dítěte a informovala rodiče o tělesných změnách. Pro kontakt po porodu je důležité, aby čas na rozloučení nebyl limitován. Je důležité, aby partneři měli dostatek času se rozloučit se svým potomkem (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 175).

Zahraníční zdravotníci nabízejí speciální chlazenou postýlku (cuddle cot). Chlazená postýlka umožní rodičům být s dítětem, které je v ní uloženo, neomezenou dobu. V roce 2018 jako jediný v České republice nabízel k půjčení chladicí postýlku Nadační fond Klíček (Pazdera, 2018, s. 7). V roce 2021 využívaly chlazenou postýlku také Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s. a Fakultní nemocnice Olomouc (Pazdera, Doucha, 2021, s. 21).

Rodičům mrtvého dítěte je vhodné nabídnout možnost si své dítě obléknout. Dále mají možnost vykoupání dítěte a potření vonnými olejíčky, vše musí být prováděno tak, aby nebyla porušena celistvost a integrita kůže (Ratislavová, 2016, s. 74). Podle Bužgové a Sikorové (2019) je České republice v budoucnu možné, že rodiče budou vyžadovat rozloučení s dítětem v domácím prostředí. Je běžné, že rodiče tuto možnost v zahraničí využívají (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 175).

## 5.2 Pohřeb

Každá země i kultura má své zvyklosti, které se od sebe mohou lišit. Jednou z nejvíce společnou a stejnou zvyklostí při loučení se s mrtvým je pohřeb. Většina společností má svá pravidla, jak se chovat při rituálech loučení a při styku s pozůstalými. Pohřeb má své funkce. První funkcí pohřbu je, aby si pozůstalí uvědomili realitu ztráty. Druhá funkce má za úkol ztrátu ukázat veřejnosti, tím se pozůstalí dělí i o svou bolest (Bowlby, 2011, s. 111-114). Od truchlících se při pohřbu předpokládá, že projeví své emoce a viditelné projevy truchlení, které se považují za adekvátní (Vágnerová in Kupka, 2014, s. 68).

V dnešní společnosti se často uplatňuje „*pohřeb bez rituálu*“ neboli kremace. Pohřeb je považován za velmi náročný a nepříjemný proces, a proto bývá kremací často nahrazován. Nešporová (in Kupka, 2014) dosvědčuje, že lidé preferují kremace z důvodu neosobního kontaktu se smrtí. (Kupka, 2014, s. 82). Hlavním důvodem rozloučení je pozitivní ovlivnění průběhu truchlení. Je důležité uzavřít vztah se zemřelým, protože chybění aktu rozloučení s sebou nese riziko patologického truchlení (Gajdoš, Hříbalová a Soukupová in Kupka, 2014 s. 83-87).

### 5.3 Memorybox

„Krabice, kterou nechcete, ale stane se nejcennějším, co máte.“

(Dítě v srdci, 2022).

Memorybox je velice důležitou úschovnou vzpomínek na dítě. Je to vzpomínková krabička, kde si rodiče mohou uložit vzpomínkové předměty na svoje dítě, které poznali velmi krátce. Perinatální hospic Dítě v srdci distribuuje Memoryboxy nejen do nemocnic, ale také rodičům, kteří si o ně napíší. Memoryboxy jsou v několika variantách a vždy záleží na délce a stáří dítěte. Jsou varianty pro plody narozené v termínu porodu, pro plody narozené od 22. týdne do 35. týdne těhotenství a poslední možnou variantou jsou Memoryboxy pro ranné ztráty v těhotenství. Jejich obsah je však odlišný. Každým rokem se zapojí další zdravotnická zařízení, která chtějí tyto vzpomínkové krabičky předávat rodičům. Momentálně jsou Memoryboxy dodávány do 47 z 89 porodnic v České republice (NRPZS, 2016). Memorybox obsahuje oblečení, do kterého je dítě oblečeno. Dále obsahuje otisky na ručičky a nožičky. Důležitou součástí Memoryboxu jsou dvě identické hračky, kdy jedna hračka zůstane s rodiči a druhá je u dítěte. Další užitečnou věcí je vonný olejíček, který je využíván na potírání dítěte. Později si mohou rodiče vůni olejíčku připomínat své dítě. Nezbytnou je knížka „*Mému miminku*“, která slouží jako deník psaný matkou svému dítěti (Dítě v srdci, 2022).

### 5.4 Upomínkové předměty

Je zcela běžnou situací, že rodiče si své rozhodnutí o zachování upomínkových předmětů po čase rozmyslí. Ratislavová (2016) proto doporučuje, aby v nemocnicích byly **fotografie** pořizovány se souhlasem rodičů a přiřazovány do zdravotnické dokumentace. Truchlící rodiče si tak po čase mohou své rozhodnutí rozmyslet a pro fotografie se kdykoli vrátit. V České republice si fotografii svého dítěte pořizuje přibližně 25 % žen, které si ztrátou projdou. Většina žen potom lituje, že fotografii nevlastní. Fotografie dítěte je totiž jedním z důkazů existence jejich dítěte (Ratislavová, 2016, s. 76–77). Perinatální hospic nabízí rodičům po perinatální ztrátě projekt „*Andělský fotograf*“, který sdružuje dobrovolné fotografy, jenž se snaží pomáhat a vytvářet vzpomínky rodinám, jejichž děti se narodí mrtvé či zemřou ihned po porodu (Pazdera, Doucha, 2021, s. 26). Mezi další upomínkové předměty mohou patřit ultrazvukové snímky, otisk ručičky nebo nožičky dítěte a pramínek vlasů. Významnou vzpomínkou je upomínková karta, která obsahuje jméno, váhu a míru dítěte (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 69).

## 6 POMOC RODIČŮM

Zdravotnický personál, svépomocné skupiny, lidé se stejnou zkušeností, přátelé a příbuzní. Prakticky všichni mohou pomoci rodičům, kteří truchlí. Vyjmenování jedinci mohou truchlícím pomoci podle Dohnalové a Musila (in Špatenková, 2013, s. 15–16) v těchto čtyřech sférách: psychická (naslouchat pozůstalým, pomoci jim pochopit jejich prožívání a reakci), pragmatická (zajištění pohřbu, písemné náležitosti), informační (například práva pozůstalých) a poslední sférou je ekonomická sféra, která zajišťuje podporu, nejčastěji v hmotné nouzi. Výčtem těchto informací lze říct, že na podpoře a pomoci pozůstalým se mohou podílet vysoce specializovaní pracovníci i lidé z řad neoborníků. Pomoc a péče o pozůstalé a truchlící by měla probíhat profesionální službou pod vedením expertů (např. zdravotnický personál, sociální pracovníci a duchovní). Existuje i péče a poradenství v řadách dobrovolníků. Vysoce důležitá je i existence svépomocných skupin, kde funguje podpora pozůstalých navzájem. (Špatenková, 2013, s. 16).

### 6.1 Odborná psychologická pomoc

Odborná psychologická pomoc by měla být ženám po perinatální ztrátě nabízena automaticky. Ratislavová (2016) zdůrazňuje, že pokud není tato možnost nabídnuta, mohou zdravotníci připravit ženy o možnost pochopit správný proces truchlení (Ratislavová, 2016, s. 99). První odborná pomoc se poskytuje ihned po ztrátě dítěte, kdy zdravotnický personál projevuje lidskost, podporu a předává potřebné informace. Poté zdravotnický personál rodičům nabídne následnou další odbornou péči. Existují rodiče zemřelých dětí, kteří pomoc nevyhledávají, i taková možnost je v pořádku (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 108, 113).

Pazdera (2018) uvádí případy, kdy vyhledat odbornou pomoc. V prvním případě doporučuje vyhledat odborníka, pokud pozůstalí prožívají depresi, přemýšlejí nad sebevraždou, mají neustálý stesk po dítěti a zvyšující se spotřebu alkoholu, léčiv nebo omamných látek. Dále odbornou pomoc by měli vyhledat ti, kteří mají problémy se spánkem a vyhýbají se aktivitám, které jim připomínají těhotenství či potomka (Pazdera, 2018, s. 17–18).

### 6.2 Laická pomoc a svépomocné skupiny

**Laickou pomoc** může poskytovat člověk, který si zažil ztrátu dítěte jako rodič, nebo příbuzný rodiny, ve které ke ztrátě dítěte došlo. Laický poradce by měl absolvovat speciální školení, psychologické testy a jeho počínání je zcela na dobrovolnické úrovni (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 201–204).

**Svépomocné skupiny** jsou skupiny lidí, kteří zažili ztrátu dítěte. Tato forma pomoci je charakteristická principem pomáhajících tzn. ti kteří se snaží pomoci ostatním, zároveň pomáhají i sobě. Základem svépomocných skupin je předpoklad, že ti, kteří zažili ztrátu dítěte, si budou navzájem rozumět. Svépomocné skupiny pomohou pozůstalým pochopit, že nejsou sami, které stejná situace potkala. Svépomocné setkání pro pozůstalé rodiče v České republice pořádá například organizace Dlouhá cesta (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 201-204).

#### **Dlouhá cesta - dlouhacesta.cz**

Občanské sdružení Dlouhá cesta vzniklo v roce 2005. Vzniklo v důsledku zkušeností matek, které zažily ztrátu dítěte. Jejich hlavním cílem je poskytování fyzické ale hlavně psychické podpory rodičům zemřelých dětí, ale i dalších pozůstalých. Dlouhá cesta organizuje i několik projektů. Jeden z projektů nese název „*Nejste sami*“, který je i mottem občanského sdružení Dlouhá cesta. Projekt „*Nejste sami*“ má za cíl spojovat lidi se stejnou zkušeností. Zároveň se snaží vytvořit po České republice propojení laických poradců, kteří zažili úmrtí dítěte, našli nový životní cíl a chtějí pomáhat těm, kteří si ztrátou dítěte teprve procházejí. Dalším projektem je „*Prázdná kolébka*“. Tento projekt je pro rodiče, kteří zažili ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po porodu. Důležitým dnem pro rodiče zemřelých dětí je každým rokem druhá neděle v prosinci, která je Světovým dnem památky zesnulých dětí. Projekt pořádaný Dlouhou cestou nese název „*Zapalme svíčku*“. V tento den, po celém světě v 19 hodin večer místního času se zapálí svíčky na počest zemřelých dětí (Haruštiaková, Hráská, 2014, s. 34).

#### **Perinatální hospic - perinatalnihospic.cz**

Perinatální hospic je určen pro rodiče, u kterých byla v těhotenství zjištěna vrozená vývojová vada dítěte. Dále také pro rodiče, kterým zemřelo dítě před, během nebo v krátké době po porodu. Perinatální hospic poskytuje péči také blízkým pozůstalým, přátelům a v neposlední řadě zdravotníkům, kteří se ve své praxi setkávají s touto situací. Od roku 2019 spolupracuje Perinatální hospic s Nadačním fondem Klíček na distribuci balíčků, které napomohou rodičům si na dítě vytvořit vzpomínky. Podobně jako u Memoryboxů lze i Perinatální hospic kontaktovat o zaslání vzpomínkového balíčku. Zároveň publikovali brožuru pro pozůstalé rodiče s názvem „*Když zemře miminko*“ (Pazdera, Doucha, 2021).

#### **Dítě v srdci - ditevsrdci.cz**

Perinatální hospic Dítě v srdci se stará o rodiny, které zažily ztrátu dítěte v jakékoliv fázi těhotenství, při porodu i krátce po porodu. Zároveň se snaží zlepšit perinatální paliativní péči v České republice. Velice známá je jejich skupina na Facebooku, která je soukromá a mohou

vstoupit do této komunity jenom rodiče, kteří si ztrátou dítěte prošli. Odkaz na facebookovou skupinu „*Dítě v srdci – pro rodiny po ztrátě miminka*“ lze najít v průvodci „*Když na začátku přichází konec*“. Perinatální hospic Dítě v srdci má několik svých projektů. Jsou to například podpůrné skupiny, pietní místa, duchovní poutě, koncerty a Memoryboxy (Jelínková, 2021, s. 29–30).

#### **SANDS – Stillbirt and neonatal death charity**

SANDS je organizace ve Spojeném království, která podporuje už od roku 1978 rodiče, kteří utrpěli ztrátu dítěte. Těmto rodičům chybělo pochopení a podpora od společnosti. Proto vznikla tato organizace, která má za cíl poskytovat emocionální podporu, důležité informace a útěchu. Zároveň SANDS vzdělává zdravotníky v problematice potřeb pozůstalých rodičů (Cesta domů, 2018, s. 39).

#### **Tobit – tobit.cz**

V České republice poskytuje pomoc a podporu rodičům, kteří chtějí pohřbit své mrtvorozené dítě občanské sdružení Tobit, které zároveň spolupracuje se zdravotnickými zařízeními (Pazdera, 2018, s. 13; Tobit, [online]). Na základě iniciativy se snaží změnit zacházení a pohřbívání dětí zemřelých v těhotenství (Kuebelbeck, Davis, 2020, s. 425).



## 7 TRUCHLENÍ A ZÁKLADNÍ POJMY TÝKAJÍCÍ SE TRUCHLENÍ

Termínem **ztráta** rozumíme odpojení se od někoho či něčeho, co je pro nás důležité. Fyzickou ztrátou rozumíme ztrátu něčeho hmatatelného, například blízké osoby. Psychologická ztráta je ztráta nehmatatelné věci či psychosociální. Přírozenou reakcí na ztrátu je **zármutek**. Zármutek v sobě nese nespočet dalších emocí jako je smutek, žal, bolest, znechucení a hněv. (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 26). Hněv se může vyskytnout i u zdravého zármutku, kdy ho můžeme pociťovat proti ztracené osobě, proti blízkým osobám a proti zdravotnickému personálu. Cítit hněv je možné i proti své existenci (Bowlby, 2011, s. 110). Zármutek je také popisován v teorii duálního modelu zármutku, která chápe zármutek jako nikdy nekončící děj, který se vyvíjí cyklicky na závislostech na orientaci sebe samého nebo na ztrátu milované osoby. Pokud se truchlící soustředí na ztrátu (při výročí úmrtí, pohřbu), znovuotevívá tím proces truchlení a neposune se dál. Pakliže se truchlící soustředí na obnovu své osobnosti, prožívá tak radost ze života a dokáže se v životě otevřít novým věcem a vztahům. Tím se truchlení stává méně bolestivým (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 205).

### 7.1 Truchlení

Na začátku je důležité si uvědomit, že truchlení je přirozeným a velice potřebným procesem pro přijetí ztráty a nacházení psychické rovnováhy. Při truchlení je potřeba ke každému jedinci přistupovat holisticky. Každý prožívá ztrátu blízké osoby odlišně. Vše se poté odráží na délce a samotném průběhu truchlení. Proto neexistuje jeden vzorec, který by ukazoval, jak má správné truchlení probíhat a neexistuje klasifikace truchlení, která by se dala aplikovat na každého. Je důležité si uvědomit, že každá kultura, společnost truchlí odlišně (Orel, 2020, s. 301–305; Bužgová, Sikorová, 2019, s. 189–191).

Mezi možné symptomy truchlení po fyzické stránce mohou být zvláštní pocity v okolí žaludku, bolesti na hrudi, únava svalů i bušení srdce. Dalším příznakem je emocionální nerovnováha, která se projevuje strachem, náladovostí, pocitem smutku, žalu a vyčerpání. Dále se mohou objevovat poruchy pozornosti, paměti i spánku (Cesta domů, 2018, s. 7).

Projít procesem truchlení je přirozený a důležitý průběh, protože když truchlení neproběhne správně nebo neúplně, může nastat nečekaný zlom v životě jedince. Truchlení může přejít i do fáze patologické. Je proto důležité umět rozlišit zdravé truchlení od patologického, které představuje například deprese, úzkosti a může vyvrcholit v posttraumatickou stresovou poruchu (Takács et al., 2015, s. 143; Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 30).

První fáze je charakteristická **šokem a popíráním**. Psychika nebyla na sdělení o ztrátě dítěte připravena, a proto není schopná si se sdělením diagnózy poradit. Důležité je v této fázi ukázat, že na to není jedinec sám, dát mu najevo podporu a pochopení. Důležité je také získat si důvěru (Takács et al., 2015, s. 143; Ratislavová, 2020, Hrušková, s. 33).

Ve fázi **otevření emocí** dochází k ventilaci emocí. Jedinec prožívá pocity viny, hněvu a žalu. Jedinec také hledá viníka. Otázky, které si klade jsou naprosto přirozené. Proč se to stalo nám? Kdo to zavinil? Je důležité, aby jedinec dostal maximum informací a odpovědí. Pocity viny mohou jedinci vyčítat i zemřelému, obzvlášť, když jim nebylo umožněno se rozloučit. Jedinci mohou své negativní emoce přenášet na zdravotnický personál, zde je potřeba si nebrat reakci osobně (Orel, 2020, s. 85–86; Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 33).

Třetí fází je **smlouvání**, kdy jedinec hledá způsoby, jak celou situaci vrátit. Mohou se vyskytnout iluze, apatie či hluboký vnitřní rozhovor se zemřelým. Tato fáze je neméně důležitá jako všechny ostatní. Jelikož i zde probíhá vyrovnávání se se ztrátou. Pro zdravotnický personál je v této fázi vhodná trpělivost (Orel, 2020, s. 86–87; Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 33).

V poslední fázi – **smíření** – přijímá jedinec skutečnost ztráty. Je schopen žít dál, hledá nové životní smysly a své role. Zkušenost se ztrátou jedinec chápe jako novou životní zkušenost, kterou přijal jako další součást života. V každé jednotlivé fázi je riziko, že ji jedinec nezvládne překonat a zůstane v ní uvězněn. Proces truchlení může také probíhat střídavě, kdy se k jednotlivým fázím jedinec vrací, či je přeskakuje. Zde je důležité zvládnout fázi, kde se vyskytuje pocit viny a zloba (Takács et al, 2015, s. 143; Orel, 2020, s. 88; Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 33).

Jedním z hlavních faktorů, který ovlivní vyrovnávání se se ztrátou je ten, kdy partneři už nějaké dítě mají. Když partneři ztratí jediné dítě, ztratí tím i svou sociální roli, roli otce či matky. Zatímco přítomnost dalších dětí nedovolí ztratit rodičovskou roli. Potomci jsou pro ně každodenní motivací a smyslem života. Druhým faktorem ovlivňující truchlení je celkový vztah partnerů. Špatná kvalita partnerského vztahu se promítne do procesu truchlení, který může více prohloubit dřívější problémy partnerů. Podpora a vzájemná péče v partnerském vztahu má příznivý vliv na psychické zdraví. Průběh a trvání truchlení také závisí na pohlaví dítěte (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 196).

## 7.2 Rozdílné truchlení otce a matky

Ztráta dítěte je obrovský zásah do života rodiny. Některé páry spolu zvládnou projít touto náročnou situací a cesty některých párů se spíše rozejdou. Jelikož proces truchlení bývá u partnerů odlišný, je pro to využíván termín inkongruentní zármutek, který zdůrazňuje genderové rozdíly mezi partnery. První týdny po ztrátě dítěte obvykle pár truchlí stejně. Po čase se jejich způsob a intenzita truchlení mění. Někteří partneři toto mohou chápat od druhého jako nezájem, necitlivost nebo naopak hysterii a emoční nestabilitu. Důvod, proč žena i muž truchlí odlišně, je jejich rozdílné pouto k dítěti. Pro ženy je mužské neprojevení emocí a citů možným projevem jejich emocionální neutrality k dítěti (Bužgová, Sikorová, 2019, s. 195; Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 91).

Pro otce je často období těhotenství abstraktní a nereálné, jelikož necítí pohyby plodu jako matka. V dnešní době se ale mohou účastnit předporodních kurzů, navštěvují s partnerkou těhotenské prohlídky, mají fotografie či videa z ultrazvuků, čímž mohou vztah k dítěti budovat. Opravdové otcovské pouto k dítěti se prohlubuje až po narození. Významnou roli hrají otcové při komunikaci se zdravotnickým personálem, rodinou a přáteli, jelikož jsou to většinou oni, kteří sdělují blízkému okolí informaci o ztrátě dítěte. Muži často skrývají své starosti, snaží se být silní a chránit svoji partnerku. Často tak muži nesou dvě břemena. Prvním je stres a vlastní žal a druhým břemenem je partnerka a její truchlení, pro kterou by měli být oporou (Ratislavová, 2016, s. 107; Takács et al., 2015, s. 143-144). Ratislavová a Hrušková (2020) uvádí, že muži často tíhnou k alkoholu, který jim pomáhá zapomínat. Dále se muži snaží co nejdříve počít další dítě v domnění, že se tím vše vyřeší. Ženy toto cítí často odlišně (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 92-94).

## 7.3 Posttraumatická stresová porucha

Proces truchlení a jeho jednotlivé fáze mohou probíhat patologicky. Pokud se tomu tak děje, může se projevit posttraumatická stresová porucha. Jedná se o úzkostný stav, který je vyvolán **traumatem**. Rizikovým faktorem vzniku PTSP (posttraumatická stresová porucha) může být nedostatečná podpora a nerespektující péče od zdravotnického personálu (Ayers et al. in Mazúchová, Porubská, 2022, s. 46). Příznaky PTSP jsou pocity agrese, hněvu a mohou se vyskytnout i zdravotní problémy a nespavost. PTSP je rozdílná od truchlení tím, že při truchlení si žena chce vybavovat vzpomínky na dítě, potřebuje o zkušenosti hovořit a rozebírat její momentální pocity a emoce. Zatímco PTSP je charakteristická tím, že žena nechce na dítě vzpomínat ani mluvit o svém prožitku a emocích. Žena odmítá aktivity, které by mohly připomínat prožité trauma (Ratislavová, 2016, s. 159; Vodáčková, 2020, s. 364).

PTSP se může vyskytnout měsíce i roky od vyvolávajícího traumatu. Častou formou PTSP je výroční reakce, která se vyskytuje v důležitých milnicích, jako například rok od prožití stresové situace (Vodáčková, 2020, s. 363). Ženy s PTSP zažívají nekontrolovatelný strach o své děti (narozené před nebo po perinatální ztrátě) a o svou rodinu. Vhodnou diagnostikou pro zhodnocení psychického stavu po potratu, mimoděložní graviditě i porodu mrtvého plodu, je hojně využívaná „*Perinatal grief scale*“ (Perinatální škála žalu) (Ratislavová, 2016, s. 159,163).

Mareš (2012) udává, že odborníci mají různé pohledy na členění a průběh vyrovnávání se s traumatem. Ve své knize upřednostňuje členění adaptace na trauma dle Kořána (2009), který popisuje pět fází. První fází je omráčení a šok, které trvá 24–36 hodin po traumatické události a nastupuje ihned po prožití traumatu. Druhou fází je výkřik, která trvá v délce tří dnů a je charakteristická zmateností a ochromením. Třetí fáze je hledání podstaty události, kdy se jedinec snaží pochopit, proč to potkalo zrovna jeho. Tato fáze trvá až 14 dní po prožití traumatu. Čtvrtou fází jedinec prožívá přibližně do osmi týdnů od traumatu. Tato fáze je charakteristická vyhýbáním se vzpomínkám, které se ale naopak stále objevují. Poslední fáze je posttraumatická a probíhá od jednoho měsíce až do tří měsíců (Mareš, 2012, s. 18). Ratislavová a Hrušková (2020) popisují rozdíl mezi truchlením a PTSP. Jedinec s PTSP vyžaduje odbornou léčbu, zatímco truchlící jedinec může vyhledat odbornou pomoc (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 105).

#### **7.4 Posttraumatický rozvoj člověka**

Tímto termínem se označují osoby, které zažily traumatickou událost či zkušenost a natolik ovlivnila jejich život, že dokázaly změnit své psychologické fungování. Dokázaly se adaptovat na svůj nový pohled na svět. Tento rozvoj je důsledkem prožití stresové situace a zároveň protikladem PTSP. Model Jannof-Bulmanové ukazuje tři velké změny v pochopení celého traumatu. První změnou je, že jedinec najde v sobě vnitřní sílu. Druhá změna je charakterizována jako přehodnocení života. Poslední a nejzásadnější změnou je připravenost na další traumatické situace. Pokud taková situace nastane, je jedinec méně traumatizován a je připravenější na to, co ho čeká (Mareš, 2012, s. 25).

Zásadním rozdílem mezi PTSP a posttraumatickým rozvojem je rozlišné chápání událostí. Při PTSP se jedinec snaží pochopit, co se vlastně odehrálo a zorientovat se. Naopak posttraumatický rozvoj osobnosti je charakterizován jako postupné hledání smyslu a přínosu prožitého traumatu, který vede k hledání nového smyslu života (Mareš, 2012, s. 25).

## 8 PRÁVNÍ LEGISLATIVA

Ztráta dítěte zasáhne život a vnímání obou rodičů. Často nejsou schopni vnímat ani sami sebe, natož okolí, jako je zdravotnický personál. Po porodu je úkolem zdravotnického personálu předat rodičům potřebné informace. Je nesmírně důležité pozůstalé rodiče informovat na co mají právo, jaké povinnosti by měli zařídit a co vše je čeká. Doporučuje se všechny důležité informace předávat pozůstalým rodičům i v psané podobě.

Po porodu mrtvého plodu matrika vystaví na základě lékařské dokumentace **rodný list**, kde bude uvedené, že se dítě narodilo mrtvé. Pokud se dítě narodilo živé a zemřelo krátce po porodu, matrika vystaví rodný i úmrtní list, kde bude popsána prohlídka zemřelého. Rodný list se vystavuje pouze tehdy, kdy plod splňoval definici porodu. Zákonná lhůta na vystavení je stanovena na 30 dní. Je však nutné si uvědomit, že definice neurčuje míru tragické ztráty dítěte. Proto je dobré ženám, které nesplňují definici porodu, předávat vzpomínkový list, kde bude otisknutá končetina dítěte (Pazdera, 2018, s. 10).

Dle zákona č. 117/1995 o státní sociální podpoře je **porodné** jednorázová dávka, která je poskytována rodičům, kterým se narodilo živé dítě. Vyplácí se rodičům při porodu prvního nebo druhého dítěte, kteří splnili podmínky. Rodině, ve které se narodilo mrtvorozené dítě se porodné nevyplácí (Pazdera, Doucha, 2021, s. 35; Zákon č. 117/195 Sb.).

Podle novely zákona o pohřbnictví č. 193/2017 Sb., která řeší problematiku o vypravení **pohřbu** mrtvorozenému nebo potracenému plodu, mají rodiče nárok se v 96hodinové lhůtě rozhodnout o pohřbu svého dítěte. V dnešní době je peněžní hodnota **pohřebného** stanovena na 5 000 Kč. Osoba vypravující pohřeb mrtvorozenému dítěti nebo dítěti nezaopatřenému musí do 1 roku od úmrtí podat žádost na příspěvek na Úřad práce. Dále musí žadatel doložit zprávu o úmrtí (pokud se dítě narodilo živé a poté zemřelo), rodný list dítěte, občanský průkaz jednoho z rodičů a fakturu o vystavení pohřbu (mmr.cz 2013; Zákon 193/2017 Sb.). Perinatální Hospic Dítě v srdci nabízí dohledání ostatků dětí jejich rodičům, kteří neprojeví zájem o uložení ostatků dítěte do 96 hodin. Ostatky dítěte jsou pohřbeny do anonymního společného hrobu. Pokud se rodiče po lhůtě rozhodnou a chtějí lokalizovat ostatky dítěte, mohou Perinatální hospic dítě v srdci kontaktovat a společně dohledat místo pohřbení (Jelínková, 2021, s. 12).

Pokud žena byla před porodem plátcem nemocenského pojištění alespoň 270 dnů v uplynulých dvou letech, má nárok na **peněžitou pomoc v mateřství**. Po porodu mrtvého plodu je čerpání peněžité pomoci stanoveno na 14 týdnů mateřské dovolené ve výši 70 % vyměřovacího denního základu. Pokud žena nesplňuje podmínky porodu mrtvého plodu má nárok na nemocenské

dávky. Nemocenské dávky nejčastěji vystavuje gynekolog, psychiatr a praktický lékař (Jelínková, 2021, s. 17; Pazdera, Doucha, 2021, s. 35).

Nově od 1. 12. 2022 má nárok na **otcovskou dovolenou** i muž, jestliže se jeho dítě narodí mrtvé. Doposud měli muži nárok na otcovskou dovolenou pouze v případech narození živého dítěte (Knížková, 2022).

Zákon č. 147/2016 Sb., který upravuje zákon 372/2011 Sb., uvádí, že u porodů mrtvě narozených dětí se **patologicko-anatomická pitva** provádí vždy. Pitva se neprovádí pouze, pokud lékař předloží nesouhlas rodičů a pokud je příčina úmrtí zřejmá (zákon č. 372/2011 Sb.; Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 76-77).

## 9 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická (průzkumná) část je zaměřena na prožívání ztráty dítěte v druhé polovině těhotenství očima žen.

### 9.1 Metodika průzkumu

Bakalářská práce je teoreticko-průzkumná. Její průzkumná část je vedena kvalitativní formou. Hendl (2016) přirovnává kvalitativní výzkum k detektivní práci, jelikož výzkumník analyzuje a sbírá informace, které vedou k zodpovězení výzkumných otázek, kde využívá dedukci a indukci (Hendl, 2016, s. 50). Podstatou kvalitativního výzkumu je vnímání problému jako komplexního a holistického celku. Na samotném začátku průzkumu se sbírají data, která se zpracují, zhodnotí, hledají se pravidelnosti a vzorce, které se formulují v předběžné závěry. Nástrojem pro sbírání dat je výzkumník sám, který sbírá data formou přepisu výpovědí, pozorování, rozhovorů, audiozáznamů a dalších možností, které přiblíží všední život respondentů (Zháněl et al., 2014, s. 16, 49). Kvalitativní metoda výzkumu je charakteristická nízkou reliabilitou, ale vysokou validitou, proto nelze výsledky aplikovat a zobecnit na celou populaci (Plevová, 2018, s. 220–221).

Cílem průzkumu je zjistit zkušenosti žen, které si prožily ztrátu dítěte v druhé polovině těhotenství a následné loučení. Kvůli citlivosti a zranitelnosti respondentek je průzkum veden formou polostrukturovaného rozhovoru (příloha B). Jsou stanoveny čtyři okruhy. Každý okruh pojednává o jiné problematice. Polostrukturovaný rozhovor obsahuje dvanáct hlavních otázek vlastní tvorby, které jsou předem připravené. Otázky mohou obsahovat podotázky, či doplňující otázky, které jsou přizpůsobené vždy dané respondentce.

Na samotném počátku rozhovoru probíhalo představení průzkumníka, představení cílů praktické části a informovaný souhlas s účastí (příloha A). Respondentky byly informovány, že rozhovor bude nahráván na diktafon a bude zakódován pro pozdější účely. Dále byly obeznámeny, že vše bude probíhat anonymně. Respondentky měly možnost kdykoliv rozhovor přerušit a ukončit. Výše uvedené informace se nacházejí na informovaném souhlasu, který respondentky podepsaly před zahájením spolupráce.

### 9.2 Dílčí cíle a průzkumné otázky

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, jak ženy vnímají a prožívají ztrátu dítěte v druhé polovině těhotenství.

**Dílčí cíle** byly stanoveny:

1. Zjistit, jak ženy hodnotí těhotenství, sdělení diagnózy a porod.
2. Zjistit, jakým způsobem bylo ženám nabídnuto loučení a jak samotné loučení hodnotí.
3. Zjistit, jak ženy hodnotí podporu a péči od zdravotnického personálu.
4. Zjistit, jaké odborné či laické formy pomoci byly ženám nabídnuty.

**Průzkumné otázky** bakalářské práce:

1. Jak ženy subjektivně hodnotí těhotenství, sdělení diagnózy a porod?
2. Jaké možnosti loučení byly ženám nabídnuty a jaké možnosti se rozhodly využít?
3. Jak přistupoval zdravotnický personál z pohledu žen k ženám, které zažily ztrátu dítěte v druhé polovině těhotenství?
4. Jakou pomoc ženy hodnotí jako nejvíce přínosnou?

### **9.3 Charakteristika vzorku**

Zkoumaným souborem jsou ženy, které si prošly ztrátou dítěte během těhotenství a splňují definice předčasného porodu nebo porodu mrtvého plodu, které jsou definovány v teoretické části práce. Dalším kritériem byla doba od ztráty, která byla stanovena na dobu od 6 měsíců až do 2 let do současnosti. Vzhledem k mé první zkušenosti s takto náročnou a bolestivou situací jsem se rozhodla vyslechnout ženy, které mají své příběhy „vstřebané“ alespoň půl roku, jelikož Ratislavová (2016) uvádí, že v období 6 až 24 měsíců se u žen/rodičů opět vyvine touha žít plnohodnotný život (Ratislavová, 2016, s. 130). Poslední kritérium bylo stanoveno na porod v České republice. Je důležité si uvědomit že životní situace každé z respondentek je odlišná a závisí na mnoha faktorech, jako jsou například počet dětí (ztráta prvního dítěte v těhotenství či ztráta dítěte u vícerodíček) a četnost ztrát těhotenství (první ztráta těhotenství, jindy se jednalo již o třetí ztrátu po sobě jdoucí).

Respondentky jsem kontaktovala osobně přes sociální síť Instagram, jelikož samy sdílely svůj příběh ztráty dítěte v druhé polovině těhotenství na sociálních sítích. Dále byla využita metoda „*Snowball*“ (Sněhová koule). Tato metoda využívá kontaktu s respondenty, díky kterým se výzkumník dostává k dalším vhodným respondentům (Plevová, 2018, s. 227). Celkově se na spolupráci přihlásilo 39 žen, z toho nesplňovalo podmínku porodu mrtvého plodu 20 žen. Časový interval od ztráty nesplňovalo 12 žen. Porod mrtvého plodu nezažily v České republice 2 ženy, které si touto zkušeností prošly v Polsku a na Novém Zélandě. Vhodné respondentky



dostaly podrobné informace, jak bude rozhovor probíhat a jak s ním nadále bude zacházeno. Nakonec byl rozhovor uskutečněn s pěti ženami, jelikož již nedocházelo k saturaci dat. Výzkumník v kvalitativním výzkumu nedokáže na začátku konstatovat vhodný počet respondentů, protože neví, kdy přesně dojde k saturaci dat (tzn. výzkumník nenalézá již nová data) (Plevová, 2018, s. 227).

Ratislavová a Hrušková (2020) uvádí, že zdravotníky používaný termín plod nesnižuje hodnotu člověka. Je to pouze zásadní termín v porodnictví, který je každodenní součástí práce PA či lékaře a nelze na odborné úrovni ničím nahradit. Pro rodiče však tento termín nevyjadřuje dostatečně jejich pouto, city a vztah. Při komunikaci s rodiči je vhodné používat pojem děťátko, miminko či dítě (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 38). Proto jsou v praktické části bakalářské práce tyto pojmy využívány. Vzhledem k zachování anonymity, nebyla použita ani jména dětí, které respondentky běžně používaly. Respondentky jsou v bakalářské práci označovány čísly, z důvodu zachování anonymity. Vzhledem k citlivosti tématu je využíván termín dítě a miminko. Dále ženy měly možnost určit prostředí, kde bude samotné setkání probíhat. Samotná realizace průzkumu proběhla od října 2022 do ledna 2023.

### **Respondentka č. 1**

S respondentkou č. 1 jsem navázala kontakt přes sociální síť Instagram, kde má respondentka svůj profil a snaží se detabuizovat téma prostřednictvím své vlastní zkušenosti porodu mrtvého plodu. Následovalo domluvení schůzky u respondentky doma. Schůzka byla velice milá, i přes strach nás obou o tomto tématu mluvit, byl rozhovor klidný a plynulý. Respondentka č. 1 si prošla perinatální ztrátou v 38. týdnu v roce 2021 a bylo to její první těhotenství. Momentálně má respondentka č. 1 holčičku, která brzy oslaví první narozeniny.

### **Respondentka č. 2**

S respondentkou č. 2 jsem opět navázala kontakt přes Instagram. Schůzka probíhala u respondentky č. 2 doma. Rozhovor byl jeden z veselejších, jelikož během celého rozhovoru nás chodily navštívit její dvě malé děti. Respondentka č. 2 si prošla ztrátou dítěte v 39. týdnu těhotenství v roce 2021. Bylo to její třetí těhotenství. Po této zkušenosti vzápětí otěhotněla počtvrté. Nejmenší čtyřměsíční děťátko leželo hned vedle nás v kočárku.

### **Respondentka č. 3**

S respondentkou č. 3 jsem navázala kontakt přes její instagramový profil, kde propaguje osvětu o ztrátách v těhotenství. První ztráta v druhé polovině těhotenství proběhla v roce 2019. Druhá

ztráta, o které byl veden rozhovor, proběhla v roce 2021 ve 23. týdnu těhotenství. Schůzka probíhala v kavárně. Vzhledem ke dvěma ztrátám ve druhé polovině těhotenství se respondentka, i přes snahu předních českých lékařů, rozhodla jít cestou adopce a nadále se nepokouší otěhotnět.

#### **Respondentka č. 4**

Čtvrtá respondentka také sdílí své příběhy na instagramové síti. Kontakt jsme spolu navázaly přes Instagram. Respondentka č. 4 zažila ztrátu dítěte v těhotenství třikrát. V prvních dvou případech se jednalo o potraty ve vyšším týdnu těhotenství v letech 2012 a 2019. Ztráta v druhé polovině těhotenství proběhla roku 2020 ve 23. týdnu těhotenství. Respondentka č. 4 v době realizace rozhovoru byla hospitalizovaná v nemocnici s dvojčátky, která porodila v 26. týdnu těhotenství, proto rozhovor probíhal v nemocničním prostředí. Zároveň v době porodu respondentky jsem vykonávala praxe na oddělení novorozenecké jednotky intenzivní a resuscitační péče a mohla se tak načas o dvojčátka starat. Spouštěcím mechanismem všech ztrát i předčasného porodu dvojčat byl později diagnostikovaný deficit imunity MBL (deficit imunity lektinu vázajícího manózu). Respondentka je také zapsaná jako zájemce o adopci.

#### **Respondentka č. 5**

Respondentka č. 5 je z blízkého okolí, a proto se sama nabídla přispět do praktické části bakalářské práce. Respondentka se také opět pohybuje na instagramové síti. Respondentka si prošla dvěma ztrátami těhotenství. První ztráta proběhla v roce 2019 v 10. týdnu těhotenství. Poté respondentka otěhotněla a má již dnes dvouletou dceru. Ztráta v druhé polovině těhotenství proběhla v roce 2021 v 23. týdnu těhotenství, kde se možnou příčinou prokázal také deficit imunity MBL. Další těhotenství v roce 2022, které bylo striktně hlídané, mělo šťastný konec a děťátko se narodilo v 31. týdnu těhotenství. Dnes již má 4 měsíce.

### **9.4 Zpracování dat**

Rozhovory jsou strukturovány tak, aby nastínily celý kontext, díky kterému je možné více pochopit problematiku ztráty dítěte v těhotenství a následné loučení z pohledu žen. Samotné nahrávání rozhovoru probíhalo na diktafon, který byl poté zpracován do písemné formy a převeden do spisovného jazyka. Získaná data byla analyzována otevřeným kódováním a metodou „*tužka a papír*“.

Na začátku schůzky byly kladeny základní demografické otázky pro bližší seznámení s respondentkami. Na základě odpovědí byla sestavena Tabulka 2, která obsahuje základní údaje.

**Tabulka 2 - Charakteristika respondentek**

	Věk	Těhotenství	Délka těhotenství	Doba od ztráty
Respondentka č. 1	27	první	38. týden těhotenství	22 měsíců
Respondentka č. 2	32	třetí	39. týden těhotenství	14 měsíců
Respondentka č. 3	35	druhé	23. týden těhotenství	21 měsíců
Respondentka č. 4	36	čtvrté	23. týden těhotenství	24 měsíců
Respondentka č. 5	29	třetí	23. týden těhotenství	14 měsíců

### **Odpovědi na průzkumnou otázku č. 1 – Jak ženy subjektivně hodnotí těhotenství, sdělení diagnózy a porod?**

První průzkumná otázka má za úkol zjistit subjektivní hodnocení žen, které se týká těhotenství, sdělení diagnózy a porodu. Ke zjištění první průzkumné otázky bylo použito 5 otázek.

#### ***1. Jednalo se o těhotenství plánované? Jak probíhalo? Jak jste zjistila, že je něco v nepořádku?***

Respondentky č. 1, 3 a 4 uvádějí, že těhotenství bylo plánované. Pouze respondentka č. 3 uvedla, že těhotenství proběhlo v centru asistované reprodukce s darovaným vajíčkem. Respondentky č. 2 a 5 otěhotněly neplánovaně vzhledem k malým dětem, které v té době měly. Všechna těhotenství probíhala naprosto bez komplikací. Dvě respondentky popisují pouze slabé krvácení na začátku těhotenství. Respondentka č. 1 vzpomínala, co nejspíš bylo zlomovým okamžikem. Respondentka č. 1 zvládla v osmém měsíci těhotenství úspěšně splnit státní závěrečné zkoušky, kdy říká: „Právě i tím, že jsem šla v osmém měsíci těhotenství ke státním závěrečným zkouškám, tak jsem si zpětně vyčítala, že třeba ten stres to mohl taky zapříčinit.“ Na otázku, která se týká zjištění, že je něco v nepořádku se respondentky shodují ve dvou případech. Prvním případem je necítění pohybů u respondentek č. 1 a č. 2. Respondentka č. 1 uvádí, že v pátek cítila pohyby děťátka mnohem četněji než obvykle. Uvádí: „Říkala jsem si, že to v sobotu bylo kopnutí a pak už nic nepřicházelo. Já jsem byla unavená, takže jsem brzo usnula a víc jsem to neřešila. Přišlo mi, že jsem asi stejně tak něco málo zacítila, ale prostě

nekopal. Takže jsem byla nervózní, každopádně jsem chtěla počkat do pondělí, že je děťátko určitě unavené a jsem ve vysokém týdnu těhotenství a nemusí tolik být aktivní.“ Respondentka č. 2 uvádí: „No, necítila jsem pohyby, necítila jsem je tak, jak bych je normálně cítila. Ono to bylo zvláštní. Vy si asi řeknete že jsem hloupá, že jsem to nepoznala a že jsem vlastně dva dny nosila mrtvé dítě.“ Obě respondentky jely na kontrolu dva dny po cítění posledního pohybu. Respondentka č. 1 jela do nemocnice, kde chtěla provést registraci k porodu. Respondentka č. 2 jela ke svému obvodnímu gynekologovi i se svými dětmi, protože neměla hlídání. Respondentky č. 3, 4 a 5, kterých se týká předčasný porod na hranici viability popisují druhý případ a tím jsou bolesti zad, špinění a tušení, že se něco děje. Respondentky č. 3, 4 a 5 vyrazily ihned do nemocnice, kde probíhalo vyšetření a sdělení diagnózy. Respondentka č. 3 říká: „Já jsem byla na homeoffice a začala mě trochu bolet záda. Tím, že to bylo podruhé, věděla jsem, co to může znamenat. Volala jsem porodní asistentce, ale než se to vykomunikovalo, tak se bolesti rozjely do celého břicha a tím pádem jsme hned jeli.“

## **2. Jakým způsobem a kde Vám byla sdělena diagnóza?**

4 z 5 respondentek byla smutná zpráva sdělena při kontrole v nemocnici. Pouze respondentce č. 2 sděloval diagnózu mrtvého plodu její obvodní gynekolog v ambulanci. Respondentka popisuje reakci a chování lékaře: „Vlastně ho to jako taky velmi mrzelo, šlo to na něm vidět. Já jsem se vlastně ani nedívala na tu obrazovku, nevím, jestli jsem to tušila. Pak mi říká, že je mu to strašně líto, ale dál si to už nepamatuji. Pak se staral, jestli se mám, jak dostat domů. Myslím si, že kdybych se neměla, jak dostat domu, tak mě třeba odveze i svým autem.“ Zbývajícím čtyřem respondentkám byla nepříjemná a zdrcující zpráva sdělena v nemocnici. U respondentek č. 3, 4, 5 vše začalo nepříjemným pocitem a mírnými bolestmi zad. Při vyšetření popisují respondentky necitlivé chování lékařů. Respondentka č. 4 uvedla: „Po příjezdu mi bylo řečeno že už se nedá nic dělat a že mám velký prolaps plodových obalů. Moje zkušenost je taková, že ty mužský doktoři nevědí, co říkat, více méně mě tak poplácal po noze a řekl, že se nedá nic dělat.“ Respondentka č. 5 má podobný příběh z krajské nemocnice: „Na ambulanci mi řekli, že mám nožičku v porodních cestách, že prolabuje vak blan, kde mi následně řekli, že porodím a že se s tím nedá nic dělat. Že maximálně mohou kontaktovat fakultní nemocnici, jestli by TO nepokusili zachránit. Po telefonické konzultaci mě zavrhly obě nemocnice, normálně jsem cítila furt pohyby.“ Všechny respondentky se shodují, že mlčení a výraz lékařů při ultrazvukovém vyšetření jim napověděl, že něco není v pořádku. Respondentka č. 3 říká, že ihned po výrazu v obličeji u lékařky věděla, že je konec. Zásadní moment, který ovlivnil zkušenost u respondentky č. 1, bylo mylné poslechnutí ozev dítěte. Při standartní monitoraci

plodu kardiokardografem PA oznámila respondentce, že ozvy miminka slyší: „*Tak mě se strašně ulevilo, jenže ultrazvuk ukázal, že to byly moje ozvy. Tím mi dala planou naději. Bylo to naposled, kdy jsem se cítila šťastnou mámou.*“ PA si nezkontrolovala puls matky. Po monitoraci následovalo vyšetření ultrazvukem, kdy podle výrazu lékařky respondentka poznala, že je něco v nepořádku. Respondentka č. 1 dále uvádí, že byl ihned zavolán primář, který ji oznámil v soukromí na ambulanci, že děťátku netluče srdíčko. Sdělení lékaře respondentka č. 1 hodnotí jako empatické a uvádí slova lékaře: „*Bohužel už se nedá nic dělat, miminku netluče srdíčko.*“ Negativum, na které si respondentka č. 1 vzpomíná při sdělení diagnózy, je zachování PA, kdy ji nevhodně sdělila, že těhotenskou průkazku si vezme: „*To je taky taková situace, kdy se personál nezachoval nejlépe, tak v podstatě mi porodní asistentka řekla, já už si to asi vezmu tu průkazku, tu už stejně nebudete potřebovat.*“ Z důvodu Covid 19 pandemie byla diagnóza všem respondentkám sdělena bez přítomnosti partnerů. Respondentce č. 1 a č. 3 byla nabídnuta možnost přítomnosti partnera při sdělení podrobnější diagnózy a průběhu následné péče.

### **3. Jak hodnotíte Vaši informovanost o průběhu porodu? Měla jste možnost přítomnosti blízké osoby po celou dobu porodu?**

Respondentka č. 5 popisuje informovanost jako „strašnou“. „*Po telefonické konzultaci mě a záchranu mého dítěte odepsaly jak jedna krajská, tak blízká fakultní nemocnice. Mě napadlo, že si mě může převzít pražská porodnice, protože jsem se tam léčila po prvním potratu. Naštěstí mi telefon vzali. Sama jsem musela volat do Prahy do ambulance. V krajské nemocnici ani pomalu nevěděly, jakou mi mají dát kapačku a neustále řešili, že toho mají málo a že jim to na převoz nedá. Poté zjistili, že ani nevědí, jak to naředit. V Praze se nejdřív pár hodin všichni snažili porod zastavit ale i po X hodinách to prostě nešlo, a proto se šlo rodit.*“ Respondentky č. 1 a 3 se shodují, že nevnímaly, co podepisují. Respondentka č. 1 říká: „*Kdyby mi dali podepsat cokoliv, tak jim podepíšu vše, protože absolutně jsem na to neměla náladu a energii.*“ Respondentky č. 3, 4, 5 by uvítaly možnost mít u sebe partnera, kdy respondentka č. 3 sama uvádí: „*Pak mi tam nosil zdravotní bratr, který neuměl česky, souhlasy, jestli souhlasím s nějakým výzkumem, že mi dají po kyretáži gel na srůsty a pak budu muset na kontrolu. Volala jsem partnerovi, že vůbec nevím, co podepisuji. Partner mi do telefonu řekl, ať souhlasím se vším. Ono by bylo asi taky něco jiného, kdyby tam ten partner mohl být.*“ Respondentka č. 2 se před těhotenstvím sama zajímala o to, co se děje při ztrátě dítěte v těhotenství: „*Já jsem měla informace i před tím, co kdyby se něco takového stalo.*“ Respondentka č. 2 se rozhodla být na porod sama, kdy partner dorazil až na samotné loučení se s děťátkem po porodu.

#### **4. Jak probíhal samotný porod?**

Respondentky č. 3, 4 a 5 mají z porodu negativní vzpomínky. Respondentka č. 4 popisuje porod: „Přišel lékař, že to chce urychlovat, že bude lepší, když to budu mít rychleji za sebou. Já chtěla těhotenství prodloužit, přišlo za mnou celé procesí doktorů, že nikdy nezažily, že by se zachraňovalo takové malé miminko a já souhlasila a podlehla tlaku lékařů a nechala si zavést tabletu.“ Podobnou zkušenost má i respondentka č. 5, která popisuje také urychlování porodu ze strany lékaře v krajské porodnici. „Tam mi okamžitě řekli, že mi píchnou vodu a jdeme rodit. Zatímco v pražské nemocnici se snažili o co nejpřirozenější porod, už jenom kvůli srůstům a přirostlé placentě.“ Respondentka č. 3 má také velice negativní zkušenost a vzpomínku na porod, kdy uvádí: „Taktnost toho doktora byla strašná. On tam seděl, tak naproti mně a bavil se se sestřičkami, kde je vrchní a ty tam rodiš prostě mrtvý dítě. Pak jsem tam hodinu ležela na porodním křesle, než jsem se dostala na sál, protože nešla placenta. Furt jsem byla v té stejné poloze, zima mi byla, záda mi bolela a pak mi řekli ať počkám.“

Naopak respondentky č. 1 a 2 na porod vzpomínají v dobrém. Respondentka č. 1 uvádí: „Tím, jak se vědělo, že se děťátko narodí spící, tak to byl jakoby hodně klidný a tichý porod. Já mám z toho hezký zážitek z porodu.“ Respondentka č. 2 rodila čtyřikrát a při rozhovoru poznamenala: „Je to zvláštní, ale pro mě to byl nejhezčí porod ze všech. Měla jsem klid, byla jsem pouze sama se sebou a s miminkem.“

#### **5. Jak na Vás působilo prostředí, kde jste rodila?**

Respondentky č. 3 a 4 uvedly, že byly hospitalizovány na samostatném pokoji na oddělení gynekologie. Respondentky č. 1, 2 a 5 rodily na porodních sálech. Respondentka č. 2 uvádí, že pro ni prostředí není zásadní, ale tím, že ve stejné porodnici měla i předchozí dva porody, dobře věděla, co ji čeká. Respondentka č. 1 uvedla, že prostředí ovlivnilo její zkušenost. Negativum, na které si vzpomíná, jsou fotky novorozenců na zdech, které v ní vzbuzovaly nepříjemné pocity a dále uvádí: „Už vlastně jak jsem rodila, tak vedle rodily ženy, kterým ty miminka plakaly, to bylo taky psychicky náročné.“ Respondentka č. 5 říká, že prostředí jí a její zkušenost velice ovlivnilo, jelikož jak sama říká: „Prostředí bylo strašné, X kóji vedle sebe, kde slyšíte, jak vedle paní s partnerem se radují a vy vedle za dřevotřískovou deskou přicházíte o miminko.“

#### **Odpovědi na průzkumnou otázku č. 2 – Jaké možnosti loučení byly ženám nabídnuty. Pokud byly nabídnuty, pro jaké možnosti loučení se ženy rozhodly?**

Ke zjištění druhé průzkumné otázky byly použity tři otázky, týkající se samotného loučení a vlastnění upomínkových předmětů.

## **6. Jak hodnotíte informování o průběhu loučení od zdravotnického personálu?**

4 z 5 respondentek hodnotí kladně informovanost o průběhu a možnostech loučení. Pouze respondentka č. 3 lituje nulové informovanosti: „*Ještě ten zdravotní bratr mi zapomněl položit otázku, zda chci vidět miminko. Jak jsem u prvního porodu vůbec nic nevěděla a neuvědomovala si možnosti rozloučení. Tak jsem netušila že to jde, jakou formou to jde, že ho uvidím, že ho uvidím sama. Nikdo mi neřekl, že ho můžu vidět, že ho můžu pochovat, udělat si fotku a že může přijít partner a dají nám prostor. Já se to dozvěděla až od holek na Instagramu. Informovanost o průběhu loučení nebyla žádná.*“ Všechny 4 respondentky hodnotí informovanost o průběhu loučení jako dostatečnou. Za respondentkou č. 4 přišla i krizová interventka, která popsala, jak může samotné loučení probíhat. Respondentky č. 1, 2, 4 dostaly dostatečně dlouhou dobu před porodem informační letáčky, které si mohly přečíst. Respondentka č. 1 sama říká, že díky letáčkům změnil názor na loučení i její partner, který je momentálně za své rozhodnutí děťátko vidět velice vděčný. Respondentka č. 5 uvádí: „*Vše mi vysvětlili a přišel za mnou neonatolog, říct mi možnosti a rizika. Ty vyhlídky prostě nebyly vůbec dobré, byl by to veliký risk.*“

## **7. Jak probíhalo samotné loučení? Kolik času Vám bylo na loučení poskytnuto? Měla jste možnost blízké osoby po dobu loučení?**

4 z 5 respondentek, které prožily loučení s děťátkem jsou vděčné. Respondentka č. 3 neměla možnost se rozloučit. Při každém loučení bylo děťátko zabaleno do šátečku či zavinovačky a poté přineseno ženě/rodičům. Respondentka č. 1 popisuje loučení, jako krásný a tichý moment, kdy mohla poslouchat, jak partner děťátku zpívá. Zároveň je ráda za možnost návštěvy dalších dvou blízkých osob, které mohly děťátko také vidět. Respondentka č. 2 čekala s loučením na příchod partnera. Když se oba cítili připraveni na první a zároveň poslední kontakt s miminkem, přinesla PA děťátko se slovy: „*Klidně si ji vybalte, je vaše. Nemusíte se ničeho bát. Až budete chtít, zase si ji odnesu.*“ Tato slova byla pro respondentku důležitá, dodala jí odvahu a pocit strachu opadl. Respondentka č. 5 je vděčná za PA, která si byla vědoma vhodné chvíle, kdy děťátko ukázat: „*Jsem vděčná, nebo aspoň já to tak cítím, že porodní asistentka věděla, kdy mi malou přinést. Vybrala správný okamžik, kdy jsem byla ještě omámená narkózou po revizi. Víím, že loučení proběhlo, víím, jak vypadala a že jsem ji měla v náručí. Ale nemám to ostré a pro mě to bylo nejlepší řešení. Ta porodní asistentka prostě věděla, co dělá.*“

Respondentky se shodují, že časem na rozloučení a kontakt s miminkem nebyly nijak limitovány. Vždy, když cítily, že už je vhodné miminko odnést, zdravotnický personál jim vyhověl.

Na otázku přítomnosti blízké osoby při loučení se s děťátkem (i v předchozí otázce týkající se přítomnosti blízké osoby u porodu) odpověděly kladně pouze dvě respondentky. Vzhledem k pandemii Covid 19 byl zákaz návštěv, ale při takto smutných a psychicky náročných porodech mohly alespoň dvě respondentky mít blízkou osobu po svém boku, buď při porodu nebo následném loučení. Respondentka č. 3, která neměla možnost přítomnosti partnera říká: „*Ono by bylo asi taky něco jiného, kdyby tam ten manžel mohl být, tak sama vlastně asi nechceš.*“

#### **8. *Byly Vám nabídnuty upomínkové předměty? Případně jaké, a proč jste se rozhodla je ne/využít?***

Jedna z 5 respondentek neměla možnost ani nebyla informována o upomínkových předmětech na své děťátko. Respondentka č. 3 uvádí: „*Upomínkové předměty jsem nedostala také žádné. Doktorka ti řekne, že vlastně TO nechceš vidět, tak v tu chvíli přemýšlíš, že jsi ztratila dítě a jak budete žít a nepřemýšlíš, jestli ho chceš vidět. Až pak zpětně jsem si říkala, že mě to mrzí a že bych ho chtěla vidět. Je to za mě hrozně krásná vzpomínka. Je něco jiného dostat vzpomínkovou věc z porodnice než doma si něco dávat do kupy.*“ Na otázku týkající se možnosti vlastnit Memorybox respondentka č. 3 odpověděla: „*Já, kdybych mohla mít Memorybox, byla bych ráda. Pro mě je Memorybox vlastně vzpomínka, že se něco stalo, že to není, jakože nic. Ono to je prostě dítě i v 23. týdnu. Je jedno, jestli je to ztráta v 8. týdnu nebo 23. týdnu, bolí to stejně. Mám pocit, že se zároveň nic nestalo, když nemám upomínkové předměty ani vzpomínku, ale zároveň vím, že se toho stalo strašně moc.*“

Zbylé 4 respondentky vlastní alespoň jednu upomínku na své děťátko. Respondentky č. 1 a 4 jsou rády za Memorybox. Respondentka č. 2 neměla možnost vlastnit Memorybox, jelikož v té době nebyl dodáván do porodnice, kde porodila. Nevěděla ani o možnosti si o zaslání Memoryboxu napsat organizaci Dítě v srdci. Dále respondentky č. 1, 2, 4 a 5 vlastní otisky ručičky či nožičky. Respondentky č. 1, a 2 jsou rády za pořízení fotografií, ale respondentka č. 2 dodává: „*Měli jsme se vyfotit všichni spolu, jedna fotka je málo.*“

#### **Odpovědi na průzkumnou otázku č. 3 - Jak přistupoval zdravotnický personál z pohledu žen k ženám, které zažily ztrátu dítěte v druhé polovině těhotenství?**

Třetí průzkumná otázka se snaží zjistit a popsat přístup zdravotnického personálu pomocí hodnocení žen. Ke zjištění třetí průzkumné otázky byly použity dvě otázky.

#### **9. *Byla jste informována zdravotnickým personálem o pohřbu miminka či nároku na mateřskou?***



Možnost pohřbení využily respondentky č. 1 a 2. Respondentka č. 1 uvádí, že je personál dostatečně informoval o možnostech pohřbu děťátka a předal kontakty na sociální pracovníci, která se zabývá legislativou týkající se úmrtí dítěte. Dále uvádí, že vše okolo pohřbu dítěte zařizoval partner. Respondentka č. 1 uvádí: *„Děťátko jsme se rozhodli pohřbit vlastní cestou. Měli jsme smuteční obřad, ale děťátko jsme nikam neuložili a máme ho u nás doma.“* Respondentka č. 2 byla srozumitelně informovaná o pohřbu a nároku na mateřskou i písemnou formou, jelikož si byl personál vědom, že je dostatečně nevnímá. Toto chování respondentka č. 2 hodnotí kladně a uvádí pro jaký způsob pohřbení se rozhodli: *„Dceru jsme se rozhodli nechat zpopelnit. Vše zařizovala pohřební služba. Vyzvedli jsme si jen urnu s tím, že si ji necháme doma, dokud nepřijdeme na jiné řešení. Líbilo se nám i vysypání popela a zasazení stromu. Nakonec jsme si od uměleckého kováře nechali vyrobit krásnou urnu a máme ji doma i s fotkou.“*

Respondentka č. 4 lituje, že v tom stresu si nepřečetla o pohřbu dítěte. Říká: *„Informovali mě o pohřbu a já si to v tom stresu v nemocnici nepřečetla a pak už bylo pozdě. Takže jsme měli smůlu.“* Respondentka č. 3 popisuje velice zvláštní a nepříjemnou situaci, která celý proces vyrovnávání se se ztrátou ovlivnila. *„Co mě prostě zmátlo a zaskočilo, že mě pouštěli se zprávou, kde byl napsán potrat kvůli váze a pak mi dva dny potom volali, ať si přijdu pro papíry, že mám nárok na mateřskou, že váha byla jiná. Ted' jsi v šoku, co se stalo a najednou jiná váha. Tak jsem si vyzvedla zprávu bez toho, aniž by mi sestra cokoliv řekla a já byla zmatená. Ted' nevíš, jak neschopenka, kdo mi poradí a co mám dělat. No a pak mi pomohla organizace Dítě v srdci a vše mi vysvětlili. Ze strany porodnice ale nic.“* Respondentka č. 5 nebyla vůbec o různých možnostech pohřbení informována, ale mateřskou pobírala.

#### **10. Jak hodnotíte chování zdravotnického personálu, který se o Vás během porodu staral?**

Respondentky se shodují, že vkládaly do personálu důvěru. Věřily, že je zdravotnický personál dokáže podpořit a pomoci jim, bohužel ne vždy tomu tak bylo. Respondentka č. 3 říká: *„Celkově chování personálu mě ovlivnilo. Jednou je ten člověk zdravotník a v tu chvíli je to jediný člověk, od kterého očekáváš pomoc. Já nepotřebovala, aby měla milión titulů. Já bych byla vděčná, kdyby mě jen chytla za ruku a řekla, mrzí mě to.“* Respondentka č. 1 uvádí: *„No hodně mě tedy zarazilo, že museli řešit, diskutovat, jestli pro mě uvolní a otevřou pokoj na gynekologii. Byla i ta varianta, že půjdu i na šestinedělí. To si nedokážu představit, že bych byla na pokoji s další maminkou a poslouchala brečet jiné děti.“* Respondentka č. 4 zhodnotila posun chování personálu z roku 2012: *„Ten rozdíl od poslední ztráty je znát, sestry se snažily, abych byla sama na pokoji. V roce 2012 byla jediným empatickým člověkem uklízečka. Ted' byl problém u lékařů,*

*kdy pouze jeden doktor byl empatický.*“ Respondentky č. 2 a 5 hodnotí personál kladně a popisují jejich vliv na celé vnímání zkušenosti.

### **Odpovědi na průzkumnou otázku č. 4 – Jakou pomoc hodnotí ženy jako nejvíce přínosnou?**

Poslední průzkumná otázka se týká přínosné pomoci z pohledu žen. Jelikož respondentky začaly mluvit i o pomoci, která jim ublížila, rozhodla jsem se jejich výpovědi využít. Pro zjištění poslední průzkumné otázky byly použity dvě otázky.

#### ***11. Byla Vám nabídnuta psychická pomoc ze strany personálu, nebo jste pomoc vyhledávala sama např. podpůrné skupiny? Kterou pomoc hodnotíte jako nejvíce přínosnou?***

Pomoc ze strany personálu popisují pouze respondentky č. 2, 3 a 5. Respondentka č. 2 nabídla PA, že kdykoliv za ní může přijít, když se bude potřebovat vypovídat. Respondentka č. 5 uvádí: *„Říkali, mi že mají psycholožku, ale spíš jsem si sama hledala skupiny.“* Respondentka č. 3 říká: *„Když jsem přišla ze sprchy, tak na posteli ležel papírek, že mají psychologa, a to bylo všechno“.*

Všech 5 respondentek se shoduje na velikém přínosu sociálních sítí (Instagram a Facebook). Respondentka č. 2 říká: *„Nejvíc mně pomohlo ve skupině to, že jsem si četla ty příběhy a že jsem zjistila, že je to normální. No normální. Že se to stává prostě.“* Stejný názor reprezentuje i respondentka č. 5: *„Hledala jsem skupiny, kde už ty ženy zažily ztrátu a chtěla jsem vědět, že nejsem jediná. Že tam dávaly zprávy i ženy, že porodily po ztrátě zdravé krásné miminko.“* Respondentky č. 1, 3 a 4 si na základě těchto smutných zkušeností založily instagramové profily, kde se snaží šířit osvětu, dodávat ženám sílu a navzájem se podporovat. Respondentka č. 1 si založila instagramový profil a web. Respondentka č. 4 hodnotí kladně své založení instagramového účtu: *„Založila jsem si instagramový profil, kde jsem začala psát ty nepříjemné situace a objevilo se plno lidí, kteří to mají stejně. Tam jsem si dost ulevovala.“* Respondentka č. 3 uvádí: *„Zní to divně, ale Instagram a Facebook jsou pro někoho jen sociální sítě. Ale pro mě ten pocit, že to můžu s někým sdílet a psát ten svůj příběh, tak to mi pomohlo doopravdy nejvíc.“*

#### ***12. Vyskytlo se i něco, co jste postrádala? Něco, co Vám ublížilo?***

Respondentky č. 4 a 5 se shodují, že by se měly vždy vyšetřovat podrobněji příčiny ztráty dítěte v těhotenství. Jelikož oběma respondentkám byl zjištěn MBL deficit imunity, který podle Kouckého (2020) může zapříčinit předčasný porod i na hranici viability. Respondentka č. 4

říká: „*Stane se jedna ztráta, druhá ztráta a nikdo to neřeší. Vím, že někdy to nelze určit, jen nechci, aby se nad tím mávlo rukou. Mně se ukázal MBL deficit až po ztrátě dvou dětí. Nemyslím si, že děti jsou něco, co může člověk takhle ztrácet. Nechápu, že po víc potratech nebo porodech nepošlou ženu na podrobnější vyšetření, ať už genetické nebo imunologické.*“ Respondentka č. 5 dodává: „*Potkala jsem skvělého doktora, který mi řekl, že se to jen tak nestává a až znova otěhotním, ať se mu ozvu, že si mě vezme do péče. Jela jsem k němu, protože většina řekne, že se to stává. No mě by se to s vysokou pravděpodobností stalo znovu, protože mám deficit imunity MBL a moje tělo nedokáže chránit těhotenství. Příčina vždy nějaká může být a dá se řešit. Díky hledání příčin mám teď druhou dceru, narozenou v 31. týdnu těhotenství, kdy se moje tělo už od 28. týdne těhotenství snažilo dceru vypudit. Jenom díky léčbě imunity jsem dokázala porodit zdravou dceru.*“ Z obou respondentek byla cítit vděčnost a neskutečná radost, že takový lékař existuje. Obě říkají, že jeho zásluhou mohou plnit roli matky.

Zároveň se všechny respondentky shodly, že jim ublížilo blízké okolí. Je jasné, že i pro blízké, je navázání komunikace po takovéto zkušenosti těžké. Na otázku nevyžádané či bolestné pomoci se hrnuly respondentce č. 1 slzy do očí. Sama uvádí: „*Kamarád řekl, že jsem zralá na psychinu, protože o tom sama furt mluvím. Přitom já jsem na tom už byla dobře, protože jsem o tom mluvila. Bohužel okolí už to nechtělo slyšet a díky tomu se mi vytrýbili kamarádi.*“ Respondentka č. 2 popisuje komunikaci s babičkou: „*Babička mi řekla v šestinedělí, že sestřenka to má horší. Tohle se prostě neříká v šestinedělí někomu, komu umřelo dítě.*“ Sestřenka respondentky má doma handicapované dítě. „*Ti lidé, kterým se to nestalo, nevědí, jak reagovat a na jednu stranu je chápu. Věřím, že se vše děje z nějakého důvodu. Zkušenost mě posunula dál.*“ Respondentka č. 3 vzpomíná na komunikaci ohledně dětí: „*Nejhorší jsou otázky ohledně dětí. Každý se ptá na děti, tak někdy odpovím ano, máme, ale nežijí.*“ Otázky ohledně dětí byly nepříjemné i respondentce č. 5: „*Od příbuzných slýchat, ty jsi měla břicho, teď ho nemáš, kde máš dítě? To se stává. Ne, nestává, tohle se nemá stávat. Vždyť budete mít jiný dítě, ale my jsme nechtěli jiné dítě. My jsme chtěli to, co mělo být na světě. Strašná škoda, že se o tom nemluví. Nesmíme se schovávat a stydět se. Já potřebovala o tom s někým mluvit. Nejsou jenom ideální matky, které porodí jak nic.*“

## 10 DISKUSE

Tato kapitola je souhrn odpovědí na stanovené průzkumné otázky. Kvalitativního šetření se zúčastnilo 5 respondentek, které zažily ztrátu dítěte v druhé polovině těhotenství v rozmezí od uplynulých šesti měsíců až po dobu dvou let. Výsledky kvalitativního průzkumu jsou porovnány s průzkumy a odbornou literaturou, zabývající se stejnou/podobnou problematikou.

Mezi limity průzkumné části bakalářské práce se řadí prostředí, kde bylo samotné průzkumné šetření realizováno. Rozhovory probíhaly u respondentek doma, v nemocničním prostředí a v kavárně. Dále je důležité zmínit, že u některých respondentek se nejednalo o první ztrátu dítěte v těhotenství a že každá z respondentek rodila v jiném zdravotnickém zařízení. Prvkem, který mohl ovlivnit nynější pohled respondentek na celou zkušenost od ztráty dítěte, je různá doba od ztráty. Vzhledem k tomu, že průzkumné šetření obsahuje pět respondentek, nelze výsledky zobecnit na celou populaci žen, které mají stejnou nebo podobnou zkušenost.

### **Průzkumná otázka č. 1: Jak ženy subjektivně hodnotí těhotenství, sdělení diagnózy a porod?**

Průzkumná otázka č. 1 měla zjistit a zhodnotit, jak ženy prožívaly těhotenství, jak a kde jim byla sdělena diagnóza a jak vzpomínají na porod svého dítěte. Pro zodpovězení první průzkumné otázky bylo využito 5 otázek vlastní tvorby.

Respondentky se v případě zjištění, že je něco v nepořádku, rozdělují do dvou skupin. První skupinou jsou respondentky, které přestaly cítit pohyby. Vyhledání lékaře bylo po dvou dnech od zjištění absence pohybů. Podobné zjištění uvádí výzkum Raynes-Greenowa a kol. (2013 in Ratislavová, 2016, s. 39) kdy až 50 % žen, které zažily perinatální ztrátu počkaly na kontaktování lékaře déle než 24 hodin. Druhá skupina respondentek jsou ženy s předčasným porodem na hranici viability, které pociťovaly bolesti zad a divný pocit, že se něco děje. Tyto ženy vyhledaly lékaře ihned.

Při vyšetření lékařem popisuje většina respondentek necitlivé chování lékařů nebo nevhodnou komunikaci. Zároveň se všechny respondentky shodly na faktu, že mlčení a ticho během ultrazvukového vyšetření bylo pro ně velice stresující a věděly, že lékař jim nesdělí nic pozitivního. Diagnózu je vhodné sdělovat v soukromém a klidném prostředí, zvolit adekvátní slovní spojení. Ratislavová a Hrušková (2020) také uvádí, že ticho během ultrazvukového vyšetření v ženách budí strach. Dále uvádí, že jednání s ženou by mělo být upřímné, důstojné, citlivé a doporučuje využívat metodu WPC (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 39). Respondentky

byly vždy při sdělování smutné zprávy samy. Dvě respondentky si mohly dojít pro partnera a bylo jim společně odpovězeno na otázky a detailně popsán postup péče. Na přítomnost blízké osoby ženy v této situaci mají právo. V průzkumném šetření měla při porodu pouze jedna respondentka partnera při svém boku, kdy sama uvedla, že to bylo zásadní pro její vzpomínku a celkovou zkušenost s porodem mrtvého plodu. Další respondentka dobrovolně byla sama a nelituje toho. Zbylé tři respondentky by byly rády, kdyby při porodu mohly mít partnera či blízkou osobu. Všechny respondentky rodily v pandemii Covid-19, kdy byl zákaz návštěv i otců u porodu. V kvalitativním výzkumu Kašpárkové (2018, s. 65) uvedlo 8 žen (100 %), které si zažily perinatální ztrátu, že přítomnost partnera byla pro ně největší oporou a pomocí. Procházka (2020) také doporučuje přítomnost partnera či blízké osoby, pokud si žena tuto možnost přeje a okolnosti to dovolí (Procházka, 2020, s. 618).

Vzpomínky na porod opět rozdělují respondentky do dvou skupin. Ženy, které rodily mrtvý plod v termínu, nemají z porodu traumatizující zážitek. Na porod obě respondentky vzpomínají jako na netraumatizující a klidný zážitek, kdy personál poskytoval dostatek soukromí, projevoval empatii a snažil se vyhovět potřebám žen. Personál předal ženám potřebné informace, které ženy využily jak v procesu truchlení, tak i při vyřizování pohřbu. Ženy měly čas se na samotný porod psychicky připravit a zdravotnický personál se snažil je na celou zkušenost připravit. Naopak ženy, které rodily dítě na hranici viability, mají výpovědi zcela jiné. Popisují necitlivé chování personálu, který se snažil celou situaci urychlit, neodpovídal ženám na jejich otázky a neposkytoval takovou péči, jakou ženy potřebovaly. Ratislavová (2016) zdůrazňuje důležitost informování rodičky a jejího partnera lékařem, proč nelze porod zastavit a jaký bude další postup (Ratislavová, 2016, s. 24).

### **Průzkumná otázka č. 2: Jaké možnosti loučení byly ženám nabídnuty a jaké možnosti se rozhodly využít?**

V průzkumném šetření se vyskytuje jedna respondentka, která nebyla o možnostech loučení informovaná, a proto žádné loučení neproběhlo. Respondentka č. 3 nevlastní ani upomínkové předměty. Velice lituje, že se dozvěděla o různých možnostech loučení až ze sociálních sítí. Zbylé čtyři respondentky byly informovány o možnostech loučení nejčastěji prostřednictvím informačních letáček či brožur. Procházka (2020) zdůrazňuje právo a nárok rodičů při ztrátě dítěte na uchování vzpomínkových předmětů a na důstojné rozloučení se se svým dítětem (Procházka, 2020, s. 619). V průzkumném šetření 4 z 5 respondentek, které měly možnost se se svým dítětem rozloučit, byl vždy nabídnut kontakt pochováním. Všechny respondentky tuto

možnost využily a jsou za to vděčné. U dvou respondentek, které měly u sebe partnera, při loučení probíhal kontakt dítěte i s ním. Výzkum Ratislavové (2015), který probíhal v České republice jak kvalitativní formou (18 respondentek), tak kvantitativní formou (100 respondentek) došel k výsledku, že 60,3 % respondentek nevidělo po porodu své dítě. (Ratislavová, 2015, s. 162). Výzkum Avelinové et al. (2012), který probíhal ve Švédsku, obsahoval 350 respondentek a dosáhl rozdílných výsledků. Po porodu mrtvorozeného dítěte vidělo 328 (97,3 %) respondentek své mrtvorozené dítě a 266 (76 %) respondentek své dítě chovalo (Avelinová et al. 2012).

Další vzpomínkou, kterou čtyři respondentky vlastní, je otisk nožičky či ručičky. Dvě respondentky vlastní Memorybox, ve kterém mají uložené všechny upomínkové věci. Dvě respondentky jsou rády za vlastnění společné fotografie s dítětem. Ve výzkumu Ratislavové (2015) mělo upomínku na své mrtvorozené dítě jen 23,1 % žen (Ratislavová, 2015, s. 168). Podobných výsledku dosáhl výzkum Pešoutové (2016), kde vlastnilo alespoň jednu upomínku na své dítě 12 (35 %) respondentek (Pešoutová, 2016, s. 52). Ve výzkumu Avelinové et al. (2012) vlastnilo fotografii svého dítěte 310 (88,6 %) respondentek (Avelinová et al. 2012).

### **Průzkumná otázka č. 3: Jak přistupoval zdravotnický personál z pohledu žen k ženám, které zažily ztrátu dítěte v druhé polovině těhotenství?**

Průzkumná otázka č. 3 měla za úkol zodpovědět, jaký je přístup zdravotnického personálu k ženám a jejich informování o právech a nárocích rodičky.

Výpovědi respondentek na přístup personálu jsou velice variabilní. Respondentky, které rodily dítě v termínu porodu, hodnotí přístup personálu kladně. Chválí si empatické chování personálu, který dopřával soukromí a klid. Naopak ženy s předčasným porodem na hranici viability mají opačnou zkušenost a uvítaly by empatické chování personálu, který projeví podporu, zájem a pochopení. Je potřebné, aby zdravotnický personál přistupoval ke všem ženám stejně, nehledě na délku těhotenství, jelikož jejich chování velice ovlivní přijetí a zpracování ztráty. Z rozhovorů vyplývá, že respondentky si pamatují doslovně komunikaci se zdravotnickým personálem. Stejně uvádí i Vaňková (2022), která ve svém průzkumu na ztrátu v těhotenství během prvního trimestru vedla rozhovor s dvanácti respondentkami a většina z nich uvedla, že si pamatují přesné věty, které zdravotníci použili (Vaňková, 2022, s. 72). Proto je důležité využívat vhodné slovní spojení a správné zásady komunikace s člověkem, který si prochází nejen ranou intenzivní fází truchlení. Výzkum Kasparkové a Bužgové (2010), který se zabýval pocity a zkušenostmi žen po porodu mrtvého dítěte, probíhal kvalitativní formou a

obsahoval sedm respondentek. Je zde popisováno citlivé vnímání žen při komunikaci s personálem. I v tomto výzkumu je chování personálu hodnoceno respondentkami odlišně. Na obranu zdravotníků, jak uvádí Sedláková (2021) ve svém kvalitativním průzkumu, by sami zdravotníci uvítali možnost vzdělávání se v problematice perinatální ztráty více komplexně. Konkrétně tento kvalitativní průzkum obsahuje tři PA, které se shodly, že na první setkání s perinatální ztrátou nebyly vůbec připravené. Jelikož během studia byl kladen důraz na medicínskou stránku, nikoliv na psychologickou stránku ženy (Sedláková, 2021, s. 47). Proto je důležité se zabývat problematikou ztráty dítěte již během studia a vzdělávat zdravotnický personál v této problematice v celé délce těhotenství. Podobných výsledků dosáhl výzkum ve Finsku v letech 2016–2020, který zjišťoval pomocí kvantitativního šetření zkušenosti rodičů se ztrátou dítěte po 22. týdnu těhotenství. Tento výzkum prezentuje výsledky, ve kterých doporučuje neustálé školení zdravotníků v oblasti komunikace s truchlícími a snahu vytvořit strukturovanější postup pro podporu a péči rodičů po perinatální ztrátě (Pekkola et al., 2022).

Z rozhovorů vyplývá, že respondentky, které porodily mrtvý plod v termínu, se rozhodly díky informacím od zdravotnického personálu pro pohřbení děťátka. Respondentky se rozhodly na základě dostatečné informovanosti o možnostech pohřbení a institucí, které jim s realizací pohřbu pomohou. Svého rozhodnutí nelitují a jsou za možnost pohřbení vděčné. Naopak tři respondentky, které rodily dítě na hranici viability, nebyly dostatečně informované o této možnosti, a proto ani jedna z respondentek možnost pohřbu nevyužila. Naopak kdyby o takové možnosti věděly, využily by ji. Procházka (2020, s. 619) uvádí: „*Co není uzavřeno, nedovolí nám vykročit dále.*“ Je tedy vhodné informovat každou ženu o právech a nárocích, do kterých se řadí možnosti loučení, pohřeb a upomínkové předměty. Respondentky kladně hodnotí informování formou písemnou i slovní, například pomocí informačních letáčků či brožur, jelikož vnímání ženy po ztrátě je otupené, jak uvádí i Ratislavová (2016, s. 124).

#### **Průzkumná otázka č. 4: Jakou pomoc ženy hodnotí jako nejvíce přínosnou?**

Využívají ženy nabídky pomoci od zdravotnického personálu nebo vyhledávají spíše podpůrné skupiny či jiné formy pomoci? Jakou formu pomoci hodnotí jako nejvíce prospěšnou? Na tyto otázky odpovídá poslední průzkumná otázka č. 4, která obsahuje dvě otázky.

Velmi kladný přínos pomoci ženy popisují u sociálních sítí jako je Instagram a Facebook. Sdílení svého příběhu na Instagramu respondentky hodnotí jako nejvíce přínosnou formu pomoci. Sdílely zde své příběhy příjemné i nepříjemné, situace z nemocničního prostředí a tím vytvořily prostor pro ženy se stejnou zkušeností. Navzájem se zde ženy podporují a sdílí své

pocity. Velice přínosné jsou i skupiny na Facebooku či diskusní fóra, kde ženy také sdílí (i anonymně) své příběhy. Na těchto skupinách si ženy čtou i šťastné konce těhotenství žen, které prožily ztrátu dítěte a tím dostávají naději, že další těhotenství bude mít šťastný závěr. Přínos internetových stránek uvádí i Kašpárková (2018) ve svém výzkumu uvádí, že respondentky na internetu hledaly ženy s podobnými zážitky a tím prožívaly potřebu sounáležitosti (Kašpárková, 2018, s. 64). Ratislavová (2016) uvádí, že ženy často potřebují ztrátu vstřebávat kreativně, například formou psaní příběhů (Ratislavová, 2016, s. 142).

Podpora a péče od zdravotnického personálu by měla být na prvním místě. Bohužel z rozhovorů vyplývá, že tato pomoc se vyskytuje minimálně a je nabízena nedostatečnou formou. Ženy by ocenily i pouhou přítomnost zdravotnického personálu v průběhu porodu. Potřebné jsou organizace zabývající se ztrátou dítěte a následnou pomocí rodičům. Tyto organizace jsou od žen hodnoceny velice kladně a jejich kontaktování doporučují. Ženy po ztrátě dítěte je velice lehké ranit, proto by blízké okolí mělo zvažovat, jaká slova použijí a pomoc nabízet opatrně. Kašpárková (2018) také uvádí, že v jejím výzkumu respondentky čelily nevhodným reakcím blízkého okolí (Kašpárková, 2018, s. 49). Zároveň pokud ženy chtějí a potřebují o této zkušenosti mluvit, je vhodné je vyslechnout. Ženy potřebují vědět, že s někým mohou sdílet své pocity, bez toho, aniž by je naslouchající osoba soudila, jak uvádí i Ratislavová (2016, s. 48).

Respondentky hodnotí kladně zjišťování příčin jejich ztráty. Je pochopitelné, že pokaždé se příčina určit nedá, ale pro ženy je důležité, že jim někdo/ lékař dodá naději a odvahu, v příštím těhotenství. Ve výzkumu Kasparkové a Bužgové (2010) projevilo všech 7 (100 %) respondentek důležitost objasnění příčiny smrti dítěte. U jedné respondentky se vyskytly pochybnosti o pravdivosti sdělení příčiny. V rozhovorech s respondentkami se jako v našem případě také objevovaly pocity viny a hledání, kde respondentky udělaly chybu (Kasparková, Bužgová, 2010, s. 651).



## 11 ZÁVĚR

Zásadním cílem teoreticko-praktické bakalářské práce s názvem Těhotenská ztráta v druhé polovině těhotenství očima žen bylo přiblížit, popsat a zhodnotit průběh ztráty dítěte v těhotenství tak, jak ztrátu vnímají a prožívají samotné ženy.

V teoretické části bakalářské práce bylo cílem shrnout a předložit základní informace o problematice ztráty dítěte v druhé polovině těhotenství, proto byly charakterizovány základní problematické celky. První část se zabývá těhotenstvím, podrobněji předčasným porodem na hranici viability a intrauterinním úmrtím plodu. Následuje důležitá kapitola popisující problematiku péče zdravotnického personálu, respektive PA, o ženu procházející si ztrátou dítěte v druhé polovině těhotenství. Zde je popsána obtížnost sdělení závažné diagnózy a zároveň popsán vhodný postup, jak by měl zdravotnický personál diagnózu sdělovat. Po informování zdrcující zprávy následuje péče během porodu a po porodu. V této podkapitole je kladen důraz na přístup PA k ženě, která má právo na informovanost a spolurozhodování o průběhu porodu a loučení se s dítětem. Jsou zde popsány i základní vlastnosti a schopnosti, které by měla PA využít při péči o ženu. Zásadní je kapitola, která obsahuje výčet možností, jež může žena nebo pár využít při loučení se se svým dítětem. Truchlení je bezpodmínečnou součástí ztráty dítěte, proto je důležité o něm mluvit jako o fyziologické součásti vyrovnávání se se ztrátou dítěte. Je však potřebné vědět i o patologickém truchlení a jeho formách, které jsou v teoretické části také charakterizovány. Velkou pomocí při osvětě o perinatální ztrátě jsou organizace, dobrovolné skupiny a sociální síť.

V průzkumné části bakalářské práce bylo cílem přiblížit a popsat ztrátu dítěte očima žen. K tomuto zjištění byl využit kvalitativní průzkum formou rozhovorů. Z rozhovorů s pěti ženami, které si touto zkušeností prošly, vyplynulo, že zásadním problémem je malá informovanost celé naší populace o této problematice, kdy ani zdravotnický personál si v psychosociální péči o ženu při perinatální ztrátě neví někdy rady. Dalším cílem bylo zjistit chování zdravotnického personálu a předání důležitých informací na které mají ženy právo. V tomto cíli byla rozdílnost ve výpovědích žen, proto je důležité kvalitu poskytované psychosociální péče všem ženám sjednotit. Ovlivňujícím faktorem je i forma komunikace a přítomnost blízké osoby. Ženy, které si prochází ztrátou dítěte v těhotenství, nehledě na jeho délku, si všímají komunikace se zdravotnickým personálem a tato zkušenost zásadně ovlivní jejich vnímání celé ztráty. Dále se potvrdila významnost přítomné blízké osoby při perinatální

ztrátě. Průzkumné šetření také potvrdilo smysl vlastnění upomínek, realizování rituálů a snahu zjistit možné příčiny ztrát dětí v těhotenství, které jsou mnohdy četné.

Perinatální ztráta není příjemnou situací pro ženy, ani pro zdravotníky. Přesto je důležité si vyslechnout příběhy ztrát dětí v těhotenství i z druhé strany, než je my, zdravotníci, vidíme a prožíváme. Bakalářská práce by měla pomoci uvědomit si zdravotníkům, obzvláště porodním asistentkám, jak důležitá je jejich péče, způsob komunikace, přístup a samotná přítomnost porodních asistentek pro ženu rodící dítě na hranici viability či dítě zemřelé v těhotenství.

Možnost rozšíření tématu bakalářské práce vidíme ve větší konkretizaci mezer v psychosociální péči porodních asistentek, jelikož respondentky očekávaly největší pomoc právě od nich. Bohužel této pomoci se mnohdy nedočkaly. Proto se domníváme, že zaměřit rozšíření práce na problematiku správné komunikace, aktivního naslouchání a důsledné edukace o důležitosti truchlení a rituálů ze strany zdravotníků, je velmi potřebné.

## 12 POUŽITÁ LITERATURA

AVELIN P., ERLANDSSON K., HILDINGSSON I., BREMBORG A., RÅDESTAD I., 2012. Make the stillborn baby and the loss real for the siblings: parents' advice on how the siblings of a stillborn baby can be supported. *J Perinat Educ.* [online].21(2):90-98 [cit. 2023-04-07]. ISSN: 1548-8519. doi:10.1891/1058-1243.21.2.90

BUŽGOVÁ, Radka a Lucie SIKOROVÁ, 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). 240 s. ISBN 978-80-271-0584-7.

CESTA DOMŮ, přeložil Freiová Zora, 2018. *Naše miminko zemřelo*. Praha. 46 s. ISBN: 978-80-88126-48-5.

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6.listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. částka 82, 88. Dostupný také z: [372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách \(zakonyprolidi.cz\)](#)

ČESKO. Zákon č. 117 ze dne 26. května 1995 o státní sociální podpoře. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995 částka 44. Dostupný také z: [117/1995 Sb. Zákon o státní sociální podpoře \(zakonyprolidi.cz\)](#)

ČESKO. Zákon č. 147 ze dne 20. dubna 2016, kterým se mění zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2016. částka 88. Dostupný také z: [147/2016 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ... \(zakonyprolidi.cz\)](#)

ČESKO. Zákon č. 193 ze dne 31. května 2017, kterým se mění zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017. částka 1 a 2. Dostupný také z: [193/2017 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění poz... \(zakonyprolidi.cz\)](#)

DLOUHÁ CESTA. *Prázdná kolébka*. [online]. Dlouhá cesta, 2022 [cit. 2022-12-25]. Dostupné z: <https://www.prazdnakolebka.cz>

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ, 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN: 978-80-271-0836-7.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2020. *Čekáme dítěátko*. 3., aktualizované vydání. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-271-1343-9.

- GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2017. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.
- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl.* vyd. Praha: Grada. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HARUŠTIAKOVÁ Lucia a Martina HRÁSKÁ, 2014. Občanské sdružení „Dlouhá cesta“ – možnosti podpory rodičů po ztrátě dítěte. *Neonatologické listy*. roč. 20, č.2, s. 34. ISSN 1211-160.
- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- JELÍNKOVÁ, Kateřina, 2021. *...když na začátku přichází konec...: průvodce při ztrátě miminka*. Kostelec nad Orlicí: Perinatální hospic Dítě v srdci. 19 s. ISBN 978-80-11-00801-7.
- KASPARKOVÁ Pavla a Radka BUŽGOVÁ, 2010. 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. 2023-02-28]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: [Supporting parents in the case of foetus perinatal death \(jcu.cz\)](#)
- KAŠPÁRKOVÁ, Hana, 2018. *Potřeby pozůstalých žen po perinatální ztrátě dítěte* [online]. Brno, 2018 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/zbz23/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Zdeňka DOHNALOVÁ.
- KNÍŽKOVÁ, Jana, 2022. *Změny u poskytování otcovské platí už od prosince* *Podnikatel.cz* [online]. 9.12.2022 [cit. 2022-12-25]. Dostupné z: <https://www.podnikatel.cz/aktuality/zmeny-u-poskytovani-otcovske-plati-uz-od-prosince-2022/>
- KOUCKÝ, Michal a Jan SMÍŠEK, 2014. *Spontánní předčasný porod*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 160 s. ISBN 978-80-7345-416-6.
- KOUCKÝ, Michal. *Současný pohled na pozadí a management spontánního předčasného porodu*. Praha, 2020, 208 s. Habilitační práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
- KUEBELBECK, Amy a Deborah L. DAVIS, 2020. *Darovaný čas: čekáme dítě, jehož život bude jen krátký*. Přeložil Zora FREIOVÁ. V Praze: Cesta domů. 460 s. ISBN: 978-80-88126-75-1.

KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.

MAREŠ, Jiří, 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 200 s. ISBN 978-80-247-3007-3.

MAZÚCHOVÁ, Lucia a Andrea PORUBSKÁ, 2022. *Respekt a úcta v porodnictví*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 112 s. ISBN 978-80-271-3508-0.

MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR (MMR), 2013. *Základní informace pro pozůstalé* [online]. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2013 [cit. 2022-12-27]. ISBN 978-80-87147-38-2. Dostupné z: <http://www.mmr.cz/getmedia/84e7b4c0-1ebb-487c-9773-058d1b429b6f/MMR-brozura-pozustali-design-MMR-DL-final3nahled.pdf>

NÁRODNÍ REGISTR POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (NRPZS) [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR, 2016 [cit. 2023-3-20]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz>.

OREL, Miroslav, 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). 432 s. ISBN 978-80-271-2529-6.

PAZDERA, Lenka, 2018. *Když zemře miminko: informace pro rodiče*. Uhlířské Janovice Nadační fond Klíček. ISBN 978-80-905881-2-7.

PAZDERA Lenka a Marie Doucha, 2021. *Když zemře miminko: informace pro rodiče*. 2., aktualizované vydání. Uhlířské Janovice Nadační fond klíček. ISBN: 978-80-905881-4-1

PEKKOLA, M., TIKKANEN, M., LOUKOVAARA, M., PAAVONEN, J. a STEFANOVIC, V., 2022. Stillbirth aftercare in a tertiary obstetric center – parents' experiences. *Journal of perinatal medicine* [online]., 50(6), 844–853 [cit. 2023-04-07]. ISSN: 1619-3997. DOI: 10.1515/jpm-2022-0422

PERINATÁLNÍ HOSPIC DÍTĚ V SRDCI, 2022. *Dítě v srdci* [online]. Kostelec nad Orlicí, [cit. 2022-12-25]. Dostupné z: <https://ditevsrdci.cz/cz/dite-v-srdci>

PEŠOUTOVÁ, Markéta. *Porod mrtvého plodu* [online]. Pardubice, 2016 [cit. 2023-04-06]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ov59i3/>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Věra Erbenová.

PLEVOVÁ, Ilona, 2018. Ošetrovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). S. 286. ISBN 978-80-271-0888-6.

POLOKOVÁ, Andrea, 2021. *Zastavení tvorby mléka po ztrátě miminka*. UNIPA. 25 s.

PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě. Č. Bud., 2015. disertační práce (Ph.D.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDEJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2016. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina a Zuzana HRUŠKOVÁ, 2020. *Psychosociální podpora při úmrtí miminka: průvodce pro učitele pomáhajících profesí*. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP. 137 s. ISBN 978-80-270-6935-4.

SEDLÁKOVÁ JULIE. 2021. *Perinatální úmrtí z pohledu porodní asistentky*. Praha, 2021. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5. Vedoucí práce PhDr. Markéta Školoudová

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ, 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 272 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona, 2015. Prázdná kolébka: *Jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. 1. vyd. Praha: Portál, 143 s. ISBN 978-80-262-0942-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada. Psyché (Grada). 223 s. ISBN 978-80-247-3736-2.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6

TOBIT, Z. S. Tobit [online]. Tobit z.s., © 2014 [cit. 2022-12-27]. Dostupné z: <http://tobit.cz/>

UNICEF. 2020. *A Neglected Tragedy The global burden of stillbirths: Report of the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2020* [online]. New York: UNICEF, 2020 [cit. 2023-02-10]. ISBN 978-92-806-5141-6. Dostupné z: [file:///C:/Users/42060/Downloads/UN-IGME-2020-Stillbirth-Report-updated%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/42060/Downloads/UN-IGME-2020-Stillbirth-Report-updated%20(1).pdf)

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

VAŇKOVÁ, Michaela. *Těhotenská ztráta v prvním trimestru očima žen* [online]. Brno, 2022 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/xbaug/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Radka WILHELMOVÁ.

VODÁČKOVÁ, Daniela, 2020. *Krizová intervence*. 4., aktualizované vydání. Praha: Portál. 543 s. ISBN 978-80-262-1704-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2022. *Preterm birth*. World health organization [online]. © WHO, 14. listopad 2022 [cit. 2022-12-25]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

ZEMÁNKOVÁ Kristina a Petra MICHALOVÁ, 2021. *Komunikace s Rodiči v situaci perinatální ztráty. Doporučení pro zdravotníky*. © Unie porodních asistentek, z. s. 17 s.

ZHÁNĚL, Jiří, Vladimír HELLEBRANDT a Martin SEBERA, 2014. *Metodologie výzkumné práce*. Brno: Masarykova univerzita. 65 s. ISBN 978-80-210-6696-0.

ZLATOHLÁVKOVÁ, Blanka, 2011. *Aktuální gynekologie a porodnictví: Viabilita plodu a novorozence*. Praha: Aprofema. ISSN 1803-9588.

## **13 PŘÍLOHY**

Příloha A – *Informovaný souhlas*

Příloha B – *Rozhovor*



## Příloha A – *Informovaný souhlas*

Informovaný souhlas: Těhotenská ztráta v druhé polovině těhotenství očima žen.

Jmenuji se Aneta Vašková, jsem studentkou 3.ročníku programu Porodní asistence na Univerzitě Pardubice. Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma Těhotenská ztráta v druhé polovině těhotenství očima žen. Hlavní cíl bakalářské práce je zjistit, jak jste vnímala a prožívala ztrátu dítěte v druhé polovině těhotenství. V rozhovoru se budu ptát na otázky, jak subjektivně hodnotíte průběh těhotenství, sdělení diagnózy, porod a samotné loučení. Jaké možnosti loučení a formy pomoci Vám byly nabídnuty. Také jak k Vám přistupoval zdravotnický personál.

Pokud se rozhodnete pro účast v průzkumu, je důležité vědět, že nejsem profesionální psycholog, terapeut či sociální pracovníce. Jsem studentka, která chce více nahlédnout do tohoto křehkého tématu.

- Byla jsem informována o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby průzkumu bakalářské práce.
- Bylo mi sděleno, jak dlouho bude rozhovor probíhat a jaký bude mít průběh. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce, jinak nikomu až na části citovány v textu práce, který bude volně dostupný online.
- Byla jsem obeznámena s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohla být identifikována.
- Dávám své svolení k tomu, aby průzkumnice použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a některé části v ní může citovat.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis průzkumníka:

## Příloha B – *Rozhovor*

- 1) Jednalo se o těhotenství plánované? Jak probíhalo? Jak jste zjistila, že je něco v nepořádku?
- 2) Jakým způsobem a kde Vám byla sdělena diagnóza?
- 3) Jak hodnotíte Vaši informovanost o průběhu porodu? Měla jste možnost přítomnosti blízké osoby po celou dobu porodu?
- 4) Jak probíhal samotný porod?
- 5) Jak na Vás působilo prostředí, kde jste rodila?
- 6) Jak hodnotíte informování o průběhu loučení od zdravotnického personálu?
- 7) Jak probíhalo samotné loučení? Kolik času Vám bylo na loučení poskytnuto? Měla jste možnost blízké osoby po dobu loučení?
- 8) Byly Vám nabídnuty upomínkové předměty? Případně jaké, a proč jste se rozhodla je ne/využít?
- 9) Byla jste informována zdravotnickým personálem o pohřbu miminka či nároku na mateřskou?
- 10) Jak hodnotíte chování zdravotnického personálu, který se o Vás během porodu staral?
- 11) Byla Vám nabídnuta psychická pomoc ze strany personálu nebo jste pomoc vyhledávala sama např. podpůrné skupiny? Kterou pomoc hodnotíte jako nejvíce přínosnou?
- 12) Vyskytlo se i něco, co jste postrádala? Něco, co Vám ublížilo?