

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Dostálová Daniela

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Daniela Dostálová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

PÉČE O ŽENU PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

PLZEŇ 2018

Prohlašuji, že jsem předloženou kvalifikační práci vypracovala samostatně, veškeré použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů a v práci je řádně cituji.

V Plzni dne 30.05.2018

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytnutí cenných rad a velkou míru trpělivosti. Nezměrný dík patří mé rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia plně podporovali a rovněž účastníci mého výzkumu, jíž děkuji za její upřímnost a otevřenost v rozhovorech, které mi laskavě poskytla.

Anotace

Příjmení a jméno: Dostálová Daniela

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče o ženu po perinatální ztrátě

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 37

Počet stran – nečíslované: 16

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 36

Klíčová slova: perinatální ztráta, truchlení, porod mrtvého dítěte, ošetrovatelská péče, porodní asistence

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá péčí porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě. Práce sestává ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy problematiky a témata týkající se ztráty těhotenství, porodu mrtvého plodu a ošetrovatelské péče o tyto rodičky. Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu, který umožňuje popsat pocity a potřeby ženy v rámci hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Hlavním cílem této práce je zjistit jaké potřeby můžeme ženě se ztrátou miminka zajistit a jak ji můžeme podpořit.

Annotation

Surname and name: Dostálová Daniela

Department: Nursing and Midwifery

Title of Thesis: Caring for a Woman after Perinatal Loss

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 37

Number of pages – unnumbered: 16

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 36

Keywords: perinatal loss, grieving, stillbirth, nursing care, midwifery

Summary:

This thesis describes nursing care of a midwife for a woman after perinatal loss. The thesis is divided into two different parts. First one is theoretical, the other one is practical. In the theoretical part there are the definitions of the basic terms and topics, just like miscarriage, stillbirth and nursing care after these concerned women. The practical part is comprised of a qualitative survey, which allows the description of feelings, emotions and needs of the concerned woman during the hospitalization. The main goal of this thesis is to discover how a midwife herself can support a woman after perinatal loss and which specific needs this woman may have.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 PERINATÁLNÍ ÚMRTÍ VE III. TRIMESTRU TĚHOTENSTVÍ.....	10
1.1 Perinatální období.....	10
1.2 Perinatální úmrtnost.....	10
1.3 Predisponující faktory.....	11
1.4 Příčiny ztráty těhotenství.....	12
1.4.1 Mateřské.....	12
1.4.2 Fetální.....	14
1.4.3 Placentární a pupečnickové.....	14
2 PÉČE O ŽENU PŘI PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ V PORODNÍ ASISTENCI.....	15
2.1 Stanovení a sdělení diagnózy.....	15
2.2 Péče o ženu před a při porodu.....	16
2.2.1 Otec dítěte, doprovod rodičky.....	18
2.3 Péče o ženu ve IV. době porodní.....	18
2.3.1 Rozloučení, Rituály.....	18
2.3.2 Upomínkové předměty.....	20
2.4 Péče o ženu v období šestinedělí.....	20
2.4.1 Zástava laktace.....	21
2.5 Propuštění z nemocnice.....	21
3 BABICTVÍ A PERINATÁLNÍ ZTRÁTA VE ZLOMOVÝCH OBDOBÍCH	
HISTORIE.....	23
3.1 Středověk a povolání porodních bab.....	23
3.2 Osvícenství.....	24
3.3 Československá republika a aktuální situace.....	24
4 TRUCHLENÍ.....	25

4.1	Bezprostřední, časná reakce na ztrátu dítěte	25
4.2	Proces truchlení.....	25
4.2.1	Fáze procesu truchlení	26
4.3	Komplikované truchlení	27
5	SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ PROBLEMATIKA	29
5.1	Porodné	29
5.2	Mateřská a rodičovská dovolená, peněžítá pomoc v mateřství.....	29
5.3	Pitva, pohřeb	30
5.3.1	Pohřebné	31
5.3.2	Uložení pozůstatků	31
	PRAKTICKÁ ČÁST	32
6	ZPRACOVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI	32
6.1	Formulace problému	32
6.2	Stanovení cílů	32
6.3	Výzkumné otázky	33
6.4	Druh výzkumu a výběr metodiky	33
6.5	Metoda	33
6.6	Vzorek respondentů	34
6.7	Způsob získávání informací	34
6.8	Organizace výzkumu	34
7	VÝZKUM.....	36
7.1	Rozhovor s A. H.	36
	DISKUZE	44
	ZÁVĚR.....	47
	POUŽITÁ LITERATURA	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Ačkoliv Česká republika dlouhodobě patří mezi země s nejlepšími výsledky v oborech gynekologie a porodnictví a spoluúčastní se celosvětově na udávání nových trendů v těchto odvětvích, existuje stále poměrně malá informovanost v problematice perinatální ztráty. Málokdo, pokud nezažil sám, nebo prostřednictvím svých blízkých, ztrátu dítěte kolem období porodu, ví, že se něco takového může přihodit. Podle posledních údajů Českého statistického úřadu z roku 2016, se u nás se svým miminkem ročně loučí okolo 420 rodin (ČSÚ, 2017).

Tato práce se ve své teoretické části zabývá stručným vysvětlením základních pojmů, témat a situací, souvisejících s výše zmíněnou problematikou. Je psána se snahou o srozumitelné osvětlení tématu úmrtí dítěte v perinatálním období, péče o rodičku a její doprovod u porodu i po něm a truchlení, které u pozůstalých po úmrtí blízké osoby následuje. Je důležité pochopit, jak se rodiče v těchto chvílích cítí, jaké mají potřeby a jak jim může personál pomoci v bezprostředním zvládnutí těžké životní situace. Citlivě na rodiče působí fakt, že na to najednou nejsou sami. Že jsou možnosti, jak se s miminkem láskyplně rozloučit a přijmout ho do rodiny takové, jaké je. Jistě může konejšit i ujištění, že péče nemusí definitivně skončit překročením práhu porodnice, a tedy že se rodiče nemusejí tvářit, jako by se nic nestalo. Nakonec, i ve zdánlivě bezvýchodné situaci lze nalézt nový smysl života.

Praktická část práce pak stáčí pozornost na příběh jedné ženy. Zmíněná žena je šťastnou maminkou nyní již dvou kouzelných dětí. Druhorozené dceři bude zanedlouho půl roku. Nic nenasvědčuje tomu, že si tato rodina prošla, stále ještě před nedávnem, perinatální ztrátou. A přestože jsme přes dvě desítky let po změně politického režimu, je informovanost v některých oblastech stále ještě v procesu detabuizace. V rozhovoru se zaměřuji na pocity, emoce, myšlenky a zejména potřeby mé klientky, které měla před porodem, při porodu a po něm. Na to, jak vnímala intervence v péči zdravotnického personálu v průběhu hospitalizace. Zajímám se rovněž, co by eventuálně mohlo dopomoci k tomu, aby bezprostřední prožitek ze ztráty byl snazší a citlivější. Svá zjištění shrnuji v doporučení pro praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PERINATÁLNÍ ÚMRTÍ VE III. TRIMESTRU TĚHOTENSTVÍ

1.1 Perinatální období

Pod pojmem perinatální období se skrývá časový úsek, který začíná v těhotenství obdobím viability plodu, pokračuje obdobím porodu a šestinedělí a končí sedm dní po porodu novorozence. Viabilitou plodu je myšlena schopnost plodu živě se narodit a po porodu přežít v podmínkách, do kterých se narodí v rámci dostupné ošetrovatelské i lékařské péče. V České republice je za dolní hranici viability stanoven 22. týden těhotenství. Tato hranice se historicky s rozvojem techniky, výzkumu a díky nejnovějším poznatkům vědy neustále snižovala, až dosáhla současné hodnoty. Po porodu dítěte se rozlišuje také porodní váha. Pokud by u dítěte nebyla zjevná ani jedna ze známek života a porodní váha by byla menší než 500 g, šlo by o mrtvě rozený plod. Známkami života rozumíme srdeční akci, volní pohyby, dech, či pulzaci pupečníku. Při případném úmrtí novorozence v prvních sedmi dnech života se pak jedná o časně novorozenecké úmrtí (Ratislavová, 2016).

1.2 Perinatální úmrtnost

V rámci sousloví mluvíme o mrtvorozenosti a časně novorozenecké úmrtnosti. Mrtvorozenost je definovaná jako počet mrtvě narozených dětí na 1000 všech narozených dětí celkem. Její hranice je stanovena podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jehož znění se změnilo zákonem č. 147/2016 Sb. a praví: „*Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů.*“ (Zákon č. 147/2016 Sb.). V České republice se hodnota mrtvorozenosti, podle posledních údajů Českého statistického úřadu z roku 2016, nalézají na 3,7 promile. Jinak řečeno se jedná o 420 mrtvě rozených dětí za rok (ČSÚ, 2017).

Časná novorozenecká úmrtnost znamená počet dětí, které se živě narodily, ale zemřely v časném novorozeneckém věku, na 1000 živě

narozených dětí. Dle údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2017) se počet časně zesnulých novorozenců v roce 2016 pohyboval okolo 1,2 promile, což znamená v přepočtu 133 úmrtí za 1 rok. Česká republika patří dlouhodobě ke špičkám v oboru porodnictví a perinatologie, což ilustrují velmi dobré výsledky, doložené výše zmíněnými daty. Mortalita v České republice dosahuje k nejnižším v celosvětovém měřítku (Hájek, Čech, Maršál a kol, 2014).

1.3 Predisponující faktory

Predisponující, nebo také rizikové, faktory perinatální ztráty napomáhají objevit rizikové skupiny žen, u nichž by mohlo k perinatální ztrátě dojít a u nichž by se potažmo mohla nalézt i její příčina. Bohužel, často se ztrátě zabránit nedá, protože přestože některé predisponující faktory registrujeme, mají obecně velmi malou prediktivní hodnotu. Často je též nemožné separovat jednotlivé typy faktorů od sebe navzájem, neboť jsou sdruženého charakteru. Často se před ztrátou ani žádné rizikové faktory neodhalí (Chapman, Charles, 2010).

V predisponujících faktorech, pojících se s matkou, lze začít demografickými parametry. Je to věk, kdy rizikově vnímáme velmi mladé ženy, pod 20 let věku, a pak těhotné ženy nad 35 let. U mladých dívek často nejde o zcela chtěnou graviditu, s čímž se mohou pojít další problémy a komplikace, zejména psychického rázu a může k tomu přispět i vyšší míra stresu spojená se situací, ve které se dívka ocitá. U těhotných žen nad 35 let pak mohou potenciálně nasedat i somatické potíže, či se stávající potíže a onemocnění prohlubovat (Edozien, O'Brien, 2017). S demografií se, zvláště v dnešní době, pojí také otázka migrantů/emigrantů. Často emigrují právě ženy těhotné, které nechtějí přivést své dítě na svět v zemi svého původu, z různých důvodů politických, ekonomických i osobních. Díky tomu se naše zdravotnictví stává stále více multikulturním, potýkáme se se specifickými a někdy neznámými problémy, ale i problémy s dorozuměním díky jazykové bariéře. S emigrací přichází jeden z dalších rizikových faktorů, a to je etnikum. Je známo, že některá etnika jsou ke ztrátám těhotenství a předčasným porodům náchylnější. Jsou to ženy afroamerického a asijského původu, které mají riziko

perinatální ztráty až dvakrát vyšší ku ženám jiného původu (Chapman, Charles, 2010). Neopomenutelnými faktory jsou rovněž životní styl, celkové pojetí života, životní jistota a spokojenost v partnerství a v neposlední řadě i důležité socioekonomické podmínky. Vyšší riziko problémů v graviditě se objevuje u žen s body mass indexem nad 30 a u žen, žijících v dlouhodobém stresu a stresovém prostředí. Do životního stylu můžeme zahrnout také problémy se závislostmi, nadužívání alkoholu, abusus drog a dalších návykových látek, včetně kouření (Pařízek, Honzík, 2015). Z hlediska porodnických rizik pak můžeme jmenovat komplikace vznikající s těhotenstvím, kterým předem většinou nelze zabránit: vícečetné gravidity, nízko nasedající lůžko, placenta praevia, předčasné odlučování lůžka, růstová restrikce u plodu a poruchy délky těhotenství. Rh inkompatibilita, tedy případy negativního Rh faktoru matky s Rh pozitivním plodem, je dnes úspěšně a elegantně řešena preventivně, aplikací intramuskulárních injekcí s protilátkami jednorázově v průběhu gravidity a po porodu. Riziko ztráty dítěte nastává dále v průběhu porodu, intrapartálně, kdy jde zejména o pupečnickové a placentární komplikace: výhřez pupečníku, hypoxii plodu, abrupci, předčasné odlučování lůžka a rupturu dělohy (Edozien, O'Brien, 2017).

Na závěr, jak píše Dort (2011), za rizikové faktory časně novorozenecké úmrtnosti se považují předtermínové porody, které se pojí s nízkou porodní hmotností a rizikem vzniku porodního traumatu, dále vrozené vývojové vady a chromozomální aberace a nakonec časně a pozdní neonatální infekce.

1.4 Příčiny ztráty těhotenství

Až ve 20 – 50 % nemůžeme jednoznačně říci, čím byla perinatální ztráta způsobena. Pokud jsme ovšem schopni prokázat určitou příčinu, pak je rozlišujeme na mateřské, fetální a placentární, popřípadě pupečnickové (Chapman, Charles, 2010).

1.4.1 Mateřské

Za nejčastější příčinu se v dnešní době považují především infekce. Hlavně infekce jdoucí ascendentně k děloze z genitálního traktu. Infekce bakteriálního původu způsobují záněty plodových obalů, zánět deciduy, rozvoj

vzniku nekrotických ložisek, s čímž poté souvisí riziko předčasného odlučování placenty i předčasného porodu. Z bakteriálních infekcí je to taktéž původce *Streptococcus agalactiae*, na nějž se provádí u všech těhotných žen screening ve 36. týdnu gravidity, známý pod pojmem GBS. V České republice se provádí tzv. vagino – rektální stěr. V případě jeho pozitivity se proti riziku přenosu na dítě, teprve za samotného porodu, podávají antibiotika. Dále můžeme jmenovat infekce, které se přenášejí sexuálně, tedy chlamydie, ureaplazmata, mykoplazmata, či bakteriální vaginózu. Velmi vzácné jsou zvířecí antropozoonózy. Na druhé straně stojí pak infekce s virovými původci, jinými slovy kongenitální infekce. Nezjištěné mohou způsobovat časně novorozenecké infekce, až úmrtí. V závěru infekčních příčin stojí infekce, vznikající uvnitř dělohy, jakožto zánětlivá onemocnění placenty, trombóza cév placenty a hydrops u plodu. Hydrops je však nejčastěji spojen spíše s parvovirem B19, dnes až v 10 % případů infekčních příčin (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014; Dort, 2011).

Mateřskou příčinou mohou být rovněž dekompenzovaná onemocnění, pregestačně vzniklá, která těhotenství prohloubí v mnohem komplikovanější průběh. Z výčtu lze vybrat diabetes mellitus, kardiopulmonální a kardiovaskulární problémy, nefropatie a hepatopatie. Pregestačně je nutno se zmínit také o požívání návykových látek a alkoholu v těhotenství, kterážto jsou spojována se vznikem vývojových vad u plodu. Existuje zde velké riziko potratů, popřípadě vad neslučitelných se životem, či s horší poporodní adaptací dítěte (Edozien, O'Brien, 2017). Kapitola, samo o sobě, jsou posléze onemocnění matky vzniklá až s progredujícím těhotenstvím a vlivem těhotenských změn v organismu ženy. Preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom a gestační diabetes mellitus. Těhotné jsou sledovány a při výrazném zhoršení stavu se těhotenství ukončuje co možná nejdříve i za cenu porodu před termínem.

V menší míře se objevují i případy úmrtí plodu v děloze po úrazech, především spojených s autonehodami a údery do oblasti břicha, krvácením a šokovým stavem. Po úrazech se bojíme zejména abrupcí placenty (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

1.4.2 Fetální

Z fetálních příčin, ve frekvenci 12 - 20 %, se vyskytují jako příčina nitroděložního úmrtí vrozené vývojové vady a z dalších 5 – 8 % chromozomální aberace, jak uvádí Hájek, Čech, Maršál a kol. (2014). Řadíme sem komplikaci u dvojčat, nazývanou se fetofetální transfuze, u níž dochází k nerovnoměrné cirkulaci krve a k odlišným průtokům. Jedno z dvojčat je tedy přetěžováno na oběhu, druhé naopak anemizuje (Hartl, Hartlová, 2010). O bakteriálních a virových infekcích jsme již mluvili v předchozí podkapitole, nebudu je tudíž již rozvádět.

1.4.3 Placentární a pupečnickové

Tato podkapitola zahrnuje velké množství možných příčin, z nichž nejhorší je zřejmě abrupce placenty, ve spojení s intraamniální infekcí, u které se příliš nedaří snížit úmrtnost. Při abrupci žena cítí velké bolesti v břiše, děloha je prknavitě tvrdá a citlivá na dotek, někdy je provázená vnějším znakem v podobě krvácení (Chapman, Charles, 2010; Hartl, Hartlová, 2010). Krvácení se objevuje v případě, kdy se jedná o parciální odloučení a placenta se odlučuje od své periferie. Při centrálním odlučování, od středu, se tvoří mezi deciduou a maternální stranou placenty retroplacentární hematoma, který se navenek neprojevuje krvácením a je zaznamenán až ultrasonograficky. Masivní abrupce jsou řešeny akutním Císařským řezem. S krvácením se pojí také výskyt placenty praevie. Dalšími příčinami jsou pupečnickové komplikace, strangulace, torze, trombóza cév, hemangiomy a výhřez pupečníku. Hraje zde roli také chorioamnitida, kterou jsem výše zmínila (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

2 PÉČE O ŽENU PŘI PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ V PORODNÍ ASISTENCI

„K náhlému úmrtí dítěte v děloze může dojít jak v případě miminka, kterému byla diagnostikována život limitující vada a rodiče se rozhodli těhotenství dovést, tak bohužel i v případě, že těhotenství probíhalo zcela normálně a rodiče očekávali narození živého a zdravého dítěte.“ (Ratislavová, 2016). Pro porodní asistentku je důležité vědět, jak se šetrně starat o ženu, která zažívá perinatální ztrátu. Ač tuto situaci neřeší úplně běžně, čas od času se může při poskytování péče se ženou s touto diagnózou setkat a pak je o to lepší vědět, co dělat a jak s klientkou komunikovat (Chapman, Charles, 2010).

2.1 Stanovení a sdělení diagnózy

Absence pohybů plodu je u řady žen primárním důvodem návštěvy gynekologa anebo ambulance. Warlandová a kol. (2015) ve svém výzkumu uvádí, že ze 1714 respondentek po pozdní perinatální ztrátě jich, před stanovením diagnózy, 63 % cítilo změny v pohybech u svého miminka. U některých žen jsou pak důvodem bolesti v podbříšku, někdy spojené se slabým krvácením. Jiné ženy měly pocit, že dítě není v pořádku a vztah, který k němu cítily není tak silný, jako býval. Z uvedeného vyplývá, že většina úmrtí plodů v děloze se zaznamená při ultrasonografickém vyšetření. Diagnózu stanovuje a následně také sděluje ženě, či rodičům, výhradně lékař. Porodní asistentka však bývá první, kdo zjistí, že něco není v pořádku, když nenachází ozvy plodu (Ratislavová, 2015). Po provedení kontroly by, v nerušeném maximálně intimním prostředí, mělo zaznít krátké, jasné sdělení, vyslovené klidným hlasem a co možná nejrychleji, zároveň ale citlivě, s projevem lítosti. „Je mi to opravdu líto, ale srdíčko vašeho dítěte netluče.“, nebo „Je mi to velmi líto, ale vaše miminko již nežije.“. Ženy před příchodem lékaře cítí velkou nejistotu, nervozitu, strach, někdy dokonce úzkost a poté, co lékař vstoupí do místnosti se upínají na výrazy jeho tváře, pozorují mimiku, gesta a jsou velice vnímavé na způsob sdělení, zejména pokud se jedná o špatnou zprávu (Ratislavová, 2016). Hůře ženy reagují na dlouhé mlčení a hledění do obrazovky beze slov. Tehdy doslova „visí“ lékaři na rtech. Zprvu žena, která se dozví, že její těhotenství skončilo, nemusí chápat vyřčená slova, že „srdíčko

miminka nebije“, nechápe, co to znamená, opakovaně se ptá a chce znát příčinu. Potřebuje nyní čas, aby změnu, o které se dozvěděla, přijala. Avšak neměla by zůstat sama, ač k tomu situace někdy vybízí. Je lepší polohlasem vytrvale vysvětlovat odpovědi na ženiny otázky, aby se tím v místnosti vytvořilo alespoň jisté pozadí. Ženy uvádějí, že vlastně nevnímaly, co přesně lékař nebo porodní asistentka říkali, ale bylo pro ně konejšivé slyšet jejich tlumený klidný hlas. Některým ženám také může pomoci spatřit na obrazovce ultrazvuku srdíčko dítěte (Borůvková, 2012).

2.2 Péče o ženu před a při porodu

Po sdělení diagnózy je těhotná žena odeslána k hospitalizaci, na porodní sál. Ženu by měl na porodní sál přijímat zkušený zdravotník. Povětšinou je to porodní asistentka, která je s klientkou v kontaktu jako první, ještě před lékařem. Po úvodním představení je dobré, když porodní asistentka dá najevo lítost nad nastalou těžkou situací, ve které se žena s partnerem, pokud je již přítomen, nachází a tím jim zároveň dává najevo, že je o situaci vyrozuměna (Ratislavová, 2016). Zavede je na porodní pokoj a představí jeho zázemí, které budou mít k dispozici. Chová se klidně, vlídně, citlivě a je lepší, pokud mluví spíše příjemnějším polohlasem, než hlasem plným. Poskytuje, společně s ošetřujícím lékařem, rodičům informace o tom, co se bude v nejbližších chvílích dít, jak bude porod probíhat a o možnostech tlumení porodních bolestí a sepíše se ženou příjmovou dokumentaci (Edoziem, O'Brien, 2017). Zmíní se o možnosti rodičů rozloučit se se svým dítětem, o rituálech rozloučení a také možnosti získat na dítě upomínkové předměty. V neposlední řadě rovněž o možnosti posledního rozloučení v podobě pohřbu. Většina rodičů o těchto věcech bude přemýšlet poprvé, nesdělí tedy ihned, co si přejí. Zde je nanejvýš vhodné zdůraznit, že mají dostatek času na přemýšlení a rozhodnutí. A pokud by se kdykoliv v průběhu porodu, či po něm jejich přání anebo rozhodnutí změnila, bude to v pořádku a pečující zdravotníci to budou respektovat bez jakéhokoliv posuzování. Protože v této situaci není žádné rozhodnutí špatné (Ratislavová, Beran, Lorenzová, 2016).

V případě, že lékař stanoví diagnózu úmrtí dítěte v děloze a porod se nerozbíhá spontánně, pak bývá preventivně indukován. Indukuje se většinou

aplikací prostaglandinů a infuzemi s oxytocinem, tedy medikamentózně, nebo jinými způsoby jako je dirupce vaku blan. Může se stát, že se medikamenty určené k indukci podávají opakovaně, než se dostaví patřičný účinek. V tomto případě se u ženy může střídát personál, čemuž bohužel nelze zcela zabránit, nemluvě o psychickém stavu rodičky. Když se rodička potýká s neúspěšnými pokusy o indukci porodu, nemá to příliš dobrý vliv na její psychiku a psychiku partnera, ale i na její celkový stav. Vzhledem k uvedeným důvodům je možné, že se poporodně u těchto žen projeví posttraumatická stresová porucha (Ratislavová, 2015; Mareš, 2012). Indikací k indukci porodu je také riziko komplikací, které by mohly vzniknout jako následek vyplavení tkáňového tromboplastinu do krevního oběhu klientky z důvodu přítomnosti mrtvého plodu. Tkáňový faktor následně aktivuje u matky plazmatický koagulační systém a rozvíjí se diseminovaná intravaskulární koagulopatie, tzv. DIC, které bráníme profylaktickou aplikací nízkomolekulárního heparinu. Aplikuje se s opakováním po dvanácti hodinách. Krevní srážlivost se kontroluje krevními náběry. Mezi další komplikace bychom mohli zařadit i rozvoj infekce, potažmo sepse, čemuž bráníme preventivním podáváním širokospektrých antibiotik, zpravidla intravenózně. Další komplikací je zhoršení primárního onemocnění matky, kteréžto i mohlo k úmrtí plodu vést (Edozien, O'Brien, 2017).

Při porodu je, z hlediska tišení bolestí farmakologicky, doporučována epidurální analgezie, která mimo jiné redukuje vyplavování stresových hormonů a šetří rodičce energii. Možností jsou i nefarmakologické metody. Mezi ně patří teplo – teplé obklady, sprcha, pak také masáže a tlumení bolesti pohybem – chůzí, či pomocí balónu, a další. Většina rodiček nějakého analgetika využije. Volba záleží na různých faktorech, ať už paritě, předchozí zkušenosti, nebo třeba aktuálním psychickém a fyzickém stavu (Ratislavová, 2016). Nesmíme ovšem zapomínat, že prožitek alespoň částečné tělesné bolesti je pro ženu určitým způsobem důležitý, neboť bolest je průvodním jevem uzdravování duše (Stadelmann, 2009).

Jsou případy, ve kterých výše popsany postup plánovaného porodu není možný. Jedná se o akutní stavy, při nichž může jít o život jak dítěti, tak matce. Do této kategorie patří hlavně abrupce placenty, stavy spojené s krvácením a úrazy. Tyto situace se řeší akutními Císařskými řezy (Hájek,

Čech, Maršál a kol, 2014). Pak je komunikace se ženou, a to hlavně posléze v období po porodu, esenciální. Tyto stavy, jak známo, přicházejí náhle a bez varování, někdy také z nevysvětlitelných důvodů a bývají proto, ze svého prudkého rychlého průběhu, stresovější, s větší mírou šoku a rovněž s rizikem následných psychických poruch. Například ve smyslu posttraumatické stresové poruchy. Chybí zde totiž mezistupně, které jsme zmiňovali v předchozích odstavcích a klientka je ve velmi krátkém čase postavena do nové životní situace. Hledá vysvětlení, pomoc, potýká se s obdobím bezmoci a vykořenění (Adolfsson, 2011).

2.2.1 Otec dítěte, doprovod rodičky

Je vhodné zmínit, že pokud partner není se ženou v období sdělení diagnózy, mohou se rozcházet počátky a průběhy v procesu truchlení a vyrovnávání se se ztrátou u obou rodičů. Partner naskakuje většinou již 'do rozjetého vlaku' a má tedy méně času na pochopení a vyrovnání se se sdělením nepříjemné zprávy. Musí pak být složité být své partnerce oporou, kterou ona tak moc potřebuje, když právě propuká smutek v něm samém. Proto ani na partnera, či doprovod rodičky u porodu, bychom neměli v péči zapomínat (Avelin; Radestad; Säflund a kol., 2013).

2.3 Péče o ženu ve IV. době porodní

Poporodní období definujeme jako období od porodu dítěte do uplynutí 2 hodin od porodu. Toto období nazýváme též čtvrtá doba porodní. Ve čtvrté době porodní se pečující porodní asistentka u ženy po porodu zaměřuje zejména na kontrolu poporodního krvácení a na zavínování dělohy, se kterým se úzce pojí pravidelné vyprazdňování močového měchýře, aby ten svou náplní nebránil sestupu dělohy zpět do pánve (Hájek, Čech, Maršál a kol, 2014). Nesmíme zapomínat na nabídnutí možností rozloučení s dítětem a jejich šetrné opakování v průběhu péče, protože mohou velmi pomoci ve vyrovnání se se ztrátou (Ratislavová, 2015).

2.3.1 Rozloučení, Rituály

Pojmem rituály se označují zvyklosti, činnosti a postupy, které se pojí s procesem vyrovnávání se s perinatální ztrátou. Jedná se o rituály

poskytující truchlícím tolik potřebný čas. Jejich funkce je hlavně podpůrná a ochranná a jsou pomyslným prvním krokem k iniciaci procesu truchlení, jenž předchází vyrovnání se se ztrátou dítěte. Tyto postupy poskytují a dodávají rodičům nad nově vzniklou zraňující situací pocit kontroly nad svým žalem a rovněž esenciální pocit uvědomění si sebe sama, partnera a dítěte. Dle autorů umožňují takto těžké životní zkoušky zvládnout a přestát (Ratislavová, Beran, 2010).

Jedním z možných rituálů může být pochování dítěte v náručí, či s ním jen pobýt v jedné místnosti anebo ho prostě jenom vidět, přičemž lze umožnit kontakt v rámci možností a přání ženy a partnera i těsně po porodu. V rámci možností zde znamená kontakt po porodu po zabalení dítěte do látkové pleny/osušky, po nasazení čepičky a oblečení, po koupeli apod.. Po vyslovení přání a předchozí dohodě provedou vykoupání rodiče. Vždy se může naskytnout chvíle, kdy si žena nebo její doprovod své rozhodnutí rozmyslí, pak tuto změnu plně respektujeme. Ovšem po dobu péče o ženu na porodním sále citlivě nabídku rozloučení opakujeme a pokud se nic ani po uplynutí této doby nezmění, alespoň informujeme o místě, kam bude dítě po odvezení z porodního sálu uloženo (Kohner, Henley, 2013). Dle výzkumu Ratislavové (2016), byl kontakt se svým mrtvým dítětem umožněn 39,7 % českých žen. Pokud srovnáme Českou republiku s některými ostatními státy světa, pak je právě již výše zmíněná možnost rozloučení u nás nedostatečná. Na rozdíl například od Kanady, kde kontakt s mrtvým dítětem je věcí přirozenou a mrtvé miminko s rodiči na pokoji po narození zůstává, samozřejmě pokud si to přejí (Kasparková, Bužgová, 2013).

V České republice aktuálně není tato problematika legislativně upravená. Neexistuje zde zákon, jenž by v sobě měl zanesené informace o rituálech a rozloučení s perinatálně zemřelým dítětem. Avšak ve většině zdravotnických zařízení existuje vlastní metodické schéma o tom, jak jednat v případě konfrontace s obdobnou situací, s perinatálním zármutkem a ztrátou. Obecně platné je pravidlo, že žádný zemřelý nesmí opustit inkriminované oddělení, aniž by uplynula doba 2 hodin od úmrtí. Ani v případě mrtvého dítěte, či novorozence tomu není jinak, a tak by zdravotnický personál měl rodičům ponechat možnost rozloučení a času na rozmyšlenou. Rodiče by měli,

pakliže se rozhodnou své dítě vidět, mít k dispozici i případnou možnost změnit svůj názor. Pokud jsou ale plně rozhodnuti, místnost rozloučení by měla být uzavřená, soukromá, ničím nerušená, popřípadě doplněná smuteční výzdobou. Při rozloučení, pokud je to přáním rodičů, by měl být umožněn také přístup širší rodině (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012). V případě, že je přáním rodičů také spirituální péče, nabídneme kontakt na duchovního a pokud zařízení má k dispozici svého spřízněného nemocničního kaplana, pak nabídneme jeho služby (Takács, Šulová, Sobotková, 2015). Další možností, jak se naposledy a určitým způsobem hmotně rozloučit se svým dítětem, vzdát mu úctu, dar a poděkovat mu za společně strávenou dobu, je pohřeb (Doležal, Černý, Doležal, 2013).

2.3.2 Upomínkové předměty

V upomínku na dítě lze rodičům na porodním sále pořídit fotografie, otisky nožiček a ručiček, ustřižený pramínek vlásků, náramek se jménem miminka anebo třeba věnovat obrázky z ultrazvuků ze zdravotnické dokumentace. V některých porodnicích mají k tomuto účelu zařízeny celé upomínkové krabičky a balíčky, díky nimž si rodiče domů odnášejí již zmíněný upomínkový materiál. Jiná zdravotnická zařízení vydávají vzpomínkové kartičky s údaji o dni porodu, brožury s kondolencí a vyjádřením soustrasti od personálu. Někde se zesnulý novorozenec fotografuje s tím, že pokud rodiče upomínku nechtějí, založí se fotografie do dokumentace, kde si je mohou rodiče vyzvednout i s odstupem času kdykoliv, v případě změny názoru (Takács, Šulová, Sobotková, 2015).

2.4 Péče o ženu v období šestinedělí

Po přeložení z porodního sálu se žena ocitá většinou na jednom z pokojů gynekologického oddělení, pobyt na oddělení šestinedělí s blízkostí novorozenců se nedoporučuje. Po dohodě s klientkou je nabídnut buďto nadstandardní jednolůžkový pokoj, kde může klientka strávit nutný pobyt v nemocnici se svým partnerem a rodinou, nebo pokoj standardní. Některé ženy mohou preferovat pobyt s ostatními pacientkami na klasických pokojích (Ratislavová, 2016). U žen po porodu mrtvého plodu se porodní asistentky v péči zaměřují standardně na kontrolu celkového stavu, fyziologických funkcí,

krvácení, odchodu očítků a kontrolu zavinování dělohy dle výšky děložního fundu, také pečují o vyprazdňování močového měchýře a hojení porodních poranění. Kromě toho je dobré se ženou pohovořit o tom, co se stalo, vysvětlit případné vyvstalé otázky a osvětlit další průběh hospitalizace (Ratislavová, 2015). Dále mohou porodní asistentky těmto ženám doporučit a poskytnout bylinnou podporu v podobě aromaterapie a pití bylinných čajů a v neposlední řadě pomoci se zástavou laktace edukací v péči o prsy a také například využitím homeopatických preparátů. Popřípadě dát ženě kontakt na komunitní porodní asistentku (Stadelmann, 2009).

2.4.1 Zástava laktace

V rámci rozhovoru s klientkou po porodu mrtvého plodu nebo po úmrtí novorozence nabízíme způsoby zástavy laktace. Zástavu laktace farmakologicky, či nejprve alternativními metodami, které pokud by nebyly úspěšné, se nakombinují s již zmíněnými farmaky. Principem je snížit hladinu prolaktinu - hormonu předního laloku hypofýzy, jehož tvorbu po porodu již neblokuje progesteron - gestagen prudce se snižující poporodně, a vzniká tak přirozený stav hyperprolaktinémie. S farmaky se mohou pojit nežádoucí účinky, ať už v podobě nausey, zvracení, nechutenství, bolestí hlavy, zácpy, zvýšeného pocení, křečí ve svalech a hypotenze při vstávání, tak třeba i změnami v oblasti psychiky. Může se objevit nespavost, poruchy koncentrace, dysforie, či třeba agitovanost. Látkou používanou k zástavě laktace je cabergolin. Je to derivát námelových alkaloidů, centrálně působící agonista dopaminu, jenž ovlivňuje produkci prolaktinu. Podávají se 2 tablety jednorázově, obsahující každá 0,5 mg cabergolinu. K farmakologické léčbě se v každém případě připojuje komprese prsů elastickou bandáží za současného omezení přísunu tekutin. Podpůrně lze také využít homeopatik i aromaterapie (Fait, 2008; Pařízek, Honzík, 2015).

2.5 Propuštění z nemocnice

Před samotným propuštěním z nemocnice je dobré si se ženou sednout a v klidu pohovořit. Naslouchat, odpovědět na dotazy, nabídnout podporu. Nabídka odborné a laické pomoci je důležitou součástí rozhovoru. Jde o předání různých informačních letáčků a brožur, kontaktů na odborníky

i laické skupiny a sdružení, zabývající se podobnou problematikou. Přírozenou ženskou vlastností je sdružovat se, sdělovat anebo i předávat své zkušenosti, je tedy opravdu důležité jemně klientku upozornit na existenci takovýchto skupin. Může to hrát značnou roli v procesu truchlení a hlavně vyrovnávání se se ztrátou, kterou prožívají. Neznamená to jen pomoc pro dotyčnou klientku, ale pro celou její rodinu, které se může dostat podpory, vysvětlení a pochopení (Borůvková, 2012). Velice těžký je rovněž návrat do domácího prostředí, kde byla již spousta věcí zařízena pro příchod miminka. Někdy partner ženy stihne před jejím návratem věci, které by jim miminko mohly připomínat, uklidit, přesto se proces truchlení může tímto přesunout zpět na začátek (Ratislavová, 2016).

3 BABICTVÍ A PERINATÁLNÍ ZTRÁTA VE ZLOMOVÝCH OBDOBÍCH HISTORIE

Umění babictví, dnes známo pod pojmem porodní asistence, se dříve předávalo především ústní formou v rámci rodiny, osady, či vesnice z generace na generaci. Porodní bába jakožto profese zprvu neexistovala. Za porodní bábu byla ostatními ženami vesnice volena žena, která již sama porodila a měla tak s porodem vlastní zkušenosti. Protože nemáme žádné zmínky o tom, jak probíhala těhotenství a porody na počátku našich dějin, můžeme se pouze domnívat a domýšlet, jak to všechno probíhalo a kdo všechno byl tomuto procesu přítomen (Ezrová, 2014). Z pramenů, jaké máme, se ale můžeme domnívat, že tehdejší lidé, a rovněž tak pomocnice u porodu, se se smrtí stýkali ve velké míře. Z jiného pohledu se však smrt a to, co k ní náleží, brala jako součást lidského života, jako přirozený proces a vývoj. Byla obávaná, ale ne tabuizovaná ani vylučovaná ze svého kontextu. Samozřejmě to nebylo pro tehdejší rodiny lehké. Nicméně ženám se rodilo více dětí a přestože se jich poměrně málo dožívalo produktivního dospělého věku, tak přijetí ztráty bylo jiné, možná jednodušší, na rozdíl od současnosti. Mimo jiné mívaly ženy na starosti povětšinou celá hospodářství a zvířata, staraly se mnohdy o stále ještě malé děti, manžela a popřípadě staré rodiče, což jim dávalo možnost uniknout před realitou do každodenního shonu a určitého stereotypu. Přestát tak těžké chvíle. Byla to ale především nutnost, ženy měly své povinnosti, a tak, i kdyby nechtěly, musely „jít dál“ (Ratislavová, 2011).

3.1 Středověk a povolání porodních bab

Se středověkou etudou našich dějin, kdy sílila moc církve a dosahovala svého největšího rozmachu, se vývoj oborů, které se zabývaly lidským tělem, pozastavil. Důraz se kladl na duchovno. Sílila tendence k ovládnání a reorganizování životních hodnot a lidí obecně, a poněvadž lidské tělo se nedá nikdy zcela ovládnout, bylo přirovnáváno k „hříšné nečisté nádobě“. V obyčejných občanech se systematicky vzbuzoval strach ze silných nezávislých žen, které dovedly pomáhat a léčit, včetně porodních bab. Porodní báby ve středověku musely být, zejména od platnosti Tridentského koncilu, katolického vyznání, morálně bezúhonné. Od poloviny 16. století tedy jejich

praxi kontrolovala církev. Evidovala prostřednictvím porodních bab všechny těhotné ženy, porody, potraty, utajené porody. V této době také nabyl na významu křest, tzv. nouzový. Mohl být dán dítěti ještě nenarozenému, mrtvému, nebo umírajícímu, které bylo poté předáno faráři. Bez vědomí faráře nesmělo být pochováno. Pozitivním zůstává zakládání klášterů, špitálů a ústavů. S rozvojem knihtisku se počínají objevovat rovněž první učebnice a odborné knihy. Vysoká úmrtnost v tomto období velice úzce souvisela hlavně se špatnou hygienou, na níž se v ústavech nedbalo a lékaři často přecházeli k porodům rovnou od pitevních stolů. Babictví bylo v obecnosti systematicky potlačováno a porodní báby persekvovány (Ezrová, 2014; Borůvková, 2012).

3.2 Osvícenství

V době osvícenství a vládou Marie Terezie jsou zaznamenány snahy o překlad lékařských knih a učebnic také do češtiny. Marie Terezie také ve spolupráci se svým dvorním porodníkem Gerhardem Van Swietenem vypracovala Generální řád pro Království české, který mimo jiné upravoval i postavení porodních babiček, jejich vzdělávání a zavedl nutné zkoušky pro tuto profesi. Posléze z tohoto vyplynula i povinnost babiček vésti si deník o účasti u porodů (Ezrová, 2014).

3.3 Československá republika a aktuální situace

Toto období značně poznamenaly dvě světové války, během nichž čísla mortality i morbidity dosáhla vysokých úrovní. Souvisí s tím i velice úsporný životní styl, dlouhodobý stres a nedostatečné stravování těhotných žen, které jsou na vině vzniku množství vrozených vad a chromozomálních aberací u plodů. V porodnictví se čelilo vysokým číslům perinatálních ztrát. Po válce již panovala veliká tabuizace témat porodu a perinatálních ztrát, smrti. Péče byla centralizovaná v nemocnicích, pod patronací profesních spolků, ale hlavně tehdejší politické scény. Tato tabuizace přežívá v malé míře dodnes, stále je těžké rozptýlit oblaka řízené nevědomosti a podpořit ženy, které perinatální ztrátu prožijí. S pohledem na dnešní situaci, v již České republice, se situace viditelně zlepšila, nicméně i tento vývoj jistě potřebuje svůj čas, například i vzhledem k nepřílišné existenci komunitní péče porodních asistentek u nás (Ezrová, 2014; Borůvková, 2012).

4 TRUCHLENÍ

Truchlení je proces, jenž následuje po ztrátě blízkého člověka. Společností je truchlení vnímáno především ve spojitosti se stářím, málokdy člověku přijde na mysl, že smrt může přijít i ve chvíli, kdy je očekáván nebo právě rozen nový život. Proces, který následuje po smrti u pozůstalých, zahrnuje širokou škálu pocitů, prožitků, nálad a různých typů chování. Truchlení může probíhat nekomplikovaně, prostřednictvím pocitů zármutku a smutku nebo také komplikovaně, patologicky (Kasparková, Bužgová, 2013).

4.1 Bezprostřední, časná reakce na ztrátu dítěte

Některé ženy ve chvílích po sdělení diagnózy v reakci pláčou a může jít o neutišitelný pláč, některé nemohou uvěřit a cítí se jako ochromené, jako by se na místo v tu chvíli dívaly zpovzdálí a nerozuměly slovům, která lékař říká. Je to zřejmě obranný mechanismus bránící přetížení. Období sdělení diagnózy je časem traumatizujícím a velmi intenzivním. Je možné, že v ženě zasije základ pro posttraumatickou stresovou poruchu, která se projevuje až v následujících týdnech a měsících a stává se dlouhodobým problémem. Její neléčení je nebezpečné a může značně znepríjemnit kvalitu života (Ratislavová, 2015). V časné reakci na ztrátu také zjišťujeme některé z tělesných projevů, například bušení srdce, nespavost, pocení, častější nutkání na močení, průjem, ale i psychické projevy, dokonce myšlenky na sebevraždu (Kast, 2015).

4.2 Proces truchlení

Jedná se o přirozený proces postihující všechny oblasti osobnosti, tedy obsahuje jevy fyzické, psychické, behaviorální, spirituální a sociální. Je charakterizován změnami, které se dějí ve sférách kognice i emocí. Proces je většinou dlouhodobé perspektivy (Ratislavová, 2016).

Průběh procesu truchlení sestává z několika fází, z nichž všechny se ovlivňují a jsou navzájem závislé a mají dynamický průběh. Je velmi důležité se jim postavit a projít si jimi. Pokud by se stalo, že truchlíci všemi fázemi tohoto procesu neprojde či projde nedostatečně, mohl by mít perspektivně v budoucnu problémy s řešením krizových situací, jejich zvládnutím

a psychickým vyrovnáním (Kast, 2015). Při nezvládnutém projití procesem pak u některých žen dochází k nezvladatelným pocitům úzkosti, bezmoci a provinění, k pocitům vlastního selhání nebo také k selhání v životních rolích, ženské, mateřské, dokonce i partnerské. Žena se může ocitnout ve stavu, v němž se systematicky podhodnocuje, začíná žít v omezeném měřítku anebo jinak vnímá a nahlíží na okolní svět (Takács, Šulová, Sobotková, 2015).

4.2.1 Fáze procesu truchlení

Dle modelu Elisabeth Kübler – Rossové člověk v zármutku prochází celkem pěti fázemi smutku. Jsou to šok a popření, hněv a agrese, smlouvání, deprese a nakonec akceptace.

Na počátku stojí první fáze šoku, popření. V této fázi převládají pocity nereálnosti až absurdity situace, v níž se osoba v šoku nachází (Ratislavová, 2015). Toto chování je obranného charakteru, slouží k tomu, aby dotyčný mohl nějakým způsobem jít dál a fungovat ve světě, který pro něho zcela náhle ztratil význam a smysl a kdy se cítí bezmocný. Umožní to člověku přežívat ze dne na den a také začít přijímat zármutek. Někdy jsou zde tendence k popírání toho, co se stalo. Veškeré popírané emoce a pocity však na závěr této fáze pozvolna vyplouvají na povrch a stávají se skutečnými. Mohou v člověku doposud uzavřené potlačené pocity rozjistřit, až se ten překlene do druhé fáze v procesu truchlení (Mareš, 2012).

Hněv a agrese, tedy druhá fáze procesu truchlení. Toto období se vyznačuje velikou bolestí, jež je ale průvodním jevem uzdravování, v tomto případě hlavně duše a mysli. V člověku převládá pocit naštvání a vzteku. Konfrontuje se jistým způsobem s existencí smutné události, které byl svědkem. Pod maskou hněvu se ale skrývá mnoho dalších emocí, které člověka spoutávají a ovlivňují tak jeho jednání. Hněv je zároveň nejsnazší k vyjádření, a proto se jím tato fáze nejčastěji navenek projevuje. Stává se jakýmsi mostem mezi člověkem v zármutku a ostatními lidmi. Je to prostředek ke komunikaci (Kast, 2015; Ratislavová, 2016).

Nadcházející fáze se nazývá smlouvání. Pokud člověk čelí skutečnosti, že někdo jemu blízký zemře, pak je přirozené, že by dal v tu chvíli

cokoliv, jen, aby jeho život ušetřil. Projevuje se to rovněž po smrti milované osoby, kdy blízký zemřelého smlouvá se smrtí a doufá v zázrak. Člověk by se nejraději vrátil v čase, prodlévá často dlouze v minulosti. Přestože se původní událost prožívá pouze několik minut nebo hodin, vstřebává se týdny i měsíce. Je to vysoce individuální, stejně jako předchozí i nastávající fáze v truchlícím procesu. Je také možné, že v průběhu člověk přeskočí z fáze do fáze, či se navrátí až k počátku procesu a prochází jím poté znovu (Avelin, Radestad, Säflund, 2013).

Za čtvrté je popisována deprese, jakožto další stupeň, ke kterému se truchlící člověk od smlouvání přesouvá. Od minulosti se zde člověk navrácí do přítomnosti. Zármutek propuká na hluboké vnitřní úrovni. Fáze se může jevit jako definitivní a nekonečná. Nesmíme ovšem depresi chápat v jejím normálním smyslu, tedy mentální nemoci, ale ve smyslu reakce na úmrtí, setkání se smrtí. Okolí může mít tendenci tuto fázi truchlícímu krátit, vyvádět ho ze stavu smutku. Smutek je vnímán jako něco, co je třeba spravit, opravit. Smutek po ztrátě milovaného člověka je normálním projevem, nenormální by naopak bylo ho necítit. Je důležité v této chvíli nespěchat, fázi prožít a přirozeně přejít (Kast, 2015).

Po absolvování všech výše popsanych složek se na konci procesu truchlení objevuje fáze akceptace, fáze přijetí. Často se přijetí ovšem plete s názorem, že je nyní již všechno v pořádku a jako by se nic nestalo. Tato úroveň má za účel pochopení a přijetí smrti jako součásti našeho života a faktu, že někdo blízký nás opustil. Ale není to stejný život, je nový a zkusíme žít tady, teď, v přítomnosti. Patří k tomu nabytí, ale i ztracení životních rolí. Člověk by měl přijmout tento nový stav, ale zároveň nezapomenout, co mu předcházelo. Zkoušet žít, znovu se radovat, propojovat svůj život s ostatními. Avšak nemůže, aniž by dal průchodu zármutku potřebný čas (Lynau, Sandvik, 2009; Kohner, Henley, 2013).

4.3 Komplikované truchlení

Komplikované truchlení, nebo také zármutek, lze charakterizovat pomocí přídavných jmen abnormální, atypický, prolongovaný, nepřítomný, opožděný, potlačený, dysfunkční, deformovaný, traumatický, či chronický.

Projevuje se prožíváním maladaptivně intenzivního truchlení a prudkých emocí. Na místě je taktéž uvedení možnosti fyzického onemocnění, které vzniká somatizací psychických problémů (Ratislavová, 2015). Ke komplikovanému průběhu procesu truchlení může snadněji dojít u osob, které mají nižší míru odolnosti vůči stresu, u osob s přehnaným sebeovládáním, emoční labilitou, nebo s psychiatrickou anamnézou. Hraje zde roli rovněž sociální a osobnostní vyspělost. Mezi rizikově působící faktory, nyní ve smyslu perinatální ztráty, patří opakované potraty a porody mrtvých plodů v anamnéze, předčasné porody, stavy po umělém oplodnění, nevyvážené partnerské vztahy, narušené rodinné vazby a situace, kdy ženám nebylo umožněno rozloučit se se zemřelým dítětem po porodu. Ženám s těmito projevy doporučujeme odbornou pomoc (Špaňhelová, 2015). Nutno dodat, že abnormální truchlení by se mohlo na první pohled zaměnit s depresí, či některou z úzkostných poruch. A i proto je dobré spolupracovat multidisciplinárně. Pokud taková možnost je, alespoň se snažit pozorovat chování žen, naslouchat jim a nepodceňovat rozpoznání rizikových žen, čehož by porodní asistentka měla být schopná (Češková; Příkryl, 2013).

5 SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ PROBLEMATIKA

Je to nedílná součást problematiky, věnující se perinatálnímu období a ztrátě. Ovšem pouhá představa vyčerpávajícího vyřizování administrativních záležitostí, ve chvíli, kdy žena potřebuje především klid, čas a soukromí, děsí. Ve většině případů si tyto záležitosti bere za své a vyřizuje partner, kterému jest to jistou obrannou metodou k odvedení pozornosti od smutné situace, která ho tedy nemůže zcela pohltnout. Přesto je ale vhodné, a zdravotnická zařízení to povětšinou dělají automaticky, nabídnout pomoc sociální pracovníce. Dostupná je v téměř každém zdravotnickém zařízení (Kohner, Henley, 2013). Mezi sociálně právní záležitosti patří také fakt, že mrtvému dítěti se vystavuje rodné číslo (Vališová, Kotrlý, 2015).

5.1 Porodné

Porodné je dávka, kterou státní sociální podpora jednorázově přispívá rodinám s nízkými příjmy na náklady, vzniklé v souvislosti s porodem prvního a druhého živého dítěte. Výše dávky je vázána na konkrétní příjem rodiny. Nárok vzniká tehdy, pokud rodina (popřípadě oba rodiče dohromady) měla v kalendářním čtvrtletí, které předcházelo čtvrtletí s narozením potomka příjmy nižší než 2,7 násobek životního minima (MPSV, 2016). Pokud se jedná o perinatální ztrátu a porodné, lze vyplatit částku 13 000 korun českých a 19 500 korun českých při vícečetném těhotenství ženě, která své první dítě porodila živé a splnila výše uvedené požadavky. Bohužel ženy po porodu dítěte, které zemřelo již před narozením, nemají na porodné nárok. Dávka může být vyplacena do jednoho roku od porodu, po podání žádosti na příslušný Úřad práce, pod jaký rodina spadá (Zákon č. 200/2017 Sb.).

5.2 Mateřská a rodičovská dovolená, peněžitá pomoc v mateřství

Matka má v souvislosti s porodem a péčí o novorozence ze zákona nárok na mateřskou dovolenou v délce 28 týdnů, pokud se jedná o porod jednoho dítěte. Po porodu vícero dětí pak matce přísluší 37 týdenní mateřská dovolená. Za normálních okolností nasedá na mateřskou dovolenou dovolená rodičovská, sloužící k další péči o dítě, kterou je zaměstnavatel povinen ženě poskytnout. Jde o libovolně zvolenou dobu, maximálně však do 3 let věku

dítěte. Pokud mluvíme o porodu mrtvého dítěte, pak je délka mateřské dovolené 14 týdnů. Obecně délka mateřské dovolené nesmí být kratší, než 14 týdnů a nesmí být přerušena ani ukončena před uplynutím šestinedělí. V případech úmrtí dítěte po porodu, ale v době čerpání mateřské dovolené, má žena právo na dovolenou ještě po dobu 2 týdnů od úmrtí. Zároveň po dobu, kdy žena čerpá mateřskou dovolenou, může ošetřující lékař vydat s potvrzením formulář o peněžité pomoci v mateřství, který žena dále předává svému zaměstnavateli, či Okresní správě sociálního zabezpečení u žen s OSVČ, který přiznává nárok na výplatu na příjmech závislé dávky z nemocenského pojištění. Otci dítěte vzniká nárok až 7. den od porodu (Zákon č. 262/2006 Sb.; Zákon č. 200/2017 Sb.).

5.3 Pitva, pohřeb

Pitvu stanovuje Zákon o zdravotnických službách č. 147/2016 Sb., který změnil znění zákona č. 372/2011 Sb. a ukládá u dětí mrtvě rozených a dětí zemřelých do 18 let věku povinnou patologicko-anatomickou pitvu. Zde ovšem musíme přihlížet také k nabití účinnosti nového Občanského zákoníku, dnem 1. ledna 2014, který automaticky předpokládá nesouhlas s pitvou na svém těle každým člověkem, u nezletilých zákonným zástupcem. Občanský zákoník pak ale zcela nedefinuje, jakým způsobem by se měl prokazatelný nesouhlas projevit. (Zákon č. 147/2016 Sb.; Zákon č. 89/2012 Sb.). V případě mrtvě narozeného dítěte by měla existovat zvláštní forma nesouhlasu s pitvou a zároveň přesná definice mrtvě narozeného dítěte tak, aby se minimalizovaly varianty výkladů v této problematice. Pokud totiž chybí již zmíněná definice, může se stát, že tím otevře dveře svévolnosti v zacházení s mrtvým tělíčkem a posléze jeho vydáváním. Je také důležité včas informovat rodiče o tom, jaké možnosti mají a jaké lhůty se s tím pojí, aby se mohli v klidu rozhodnout, popřípadě měli ještě nějaký čas na rozmyšlenou. Lékař, jenž ohledá mrtvé dítě, vypisuje a předává rodičům List o prohlídce zemřelého. Od tohoto okamžiku se musí rodiče do 96 hodin rozhodnout a projevit nebo neprojevit zájem o pohřeb (Vališová, Kotrlý, 2015; Zákon 193/2017 Sb.). Tato lhůta 96 hodin se vztahuje též na dítě živě rozené, zemřelé až po porodu, s rozdílem, že pokud by v rámci lhůty nikdo z rodiny nebo příbuzných pohřeb nevypravil, je povinna ho slušným způsobem vypravit příslušná obec (Zákon č. 193/2017 Sb.).

5.3.1 Pohřebné

Jedná se o jednorázovou peněžní částku, jejímž prostřednictvím stát přispívá na náklady pojící se s vypravením pohřbu. Pohřebné náleží vypraviteli, za podmínky, že osoba zemřelá měla ke dni úmrtí trvalý pobyt na území České republiky. Mrtvě narozené dítě je však v tomto případě výjimkou, na niž se podmínka nevztahuje. Částka je stanovena pevná ve výši 5000 korun českých, bez ohledu na příjmy rodiny, či osoby vypravující pohřeb. Může být vyplacena maximálně do jednoho roku od oznámení o úmrtí, dle zákona č. 98/2017 Sb. v platném znění. Žádost se podává na příslušný Úřad práce (Zákon č. 200/2017 Sb.; MPSV, 2016; Černý, Doležal, Černý, 2013).

5.3.2 Uložení pozůstatků

Máme dva základní druhy pohřbívání, pohřbívání po kremaci a pohřbívání do země. Po kremaci je možné si urnu s popelem odnést a uložit doma, či vytvořit na místě významném pro rodinu upomínkové místo anebo uložit pozůstatky do země, na hřbitově. Popel lze také rozprášit na nějakém oblíbeném význačném místě pro loučící se osoby, popřípadě na hřbitově na loučce k tomu určené. Pokud se rodina rozhodne pro rozprášení pozůstatků na místě, které nevlastní, měla by to vykonat s předchozím souhlasem vlastníka daného pozemku. Pohřeb lze doprovodit i obřadem, záleží především na vyznání rodičů a jejich přání. Obřad může být jak soukromý a v kruhu rodinném, tak veřejný (Borůvková, 2012).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 ZPRACOVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

6.1 Formulace problému

„Perinatální ztrátou rozumíme úmrtí dítěte v perinatálním období doprovázené většinou u ženy/rodičů pocity smutku, bezmoci, žalem různé intenzity a myšlenkami na zemřelé dítě. Jde o přirozenou reakci, která provází ztrátu blízkých a je popisována jako proces truchlení. Zpracování ztráty probíhá vyrovnáváním se s danou situací, přičemž doba truchlení závisí na síle vazby ke ztracenému objektu, na osobnosti truchlícího i na kulturních zvyklostech.“ (Ratislavová, 2016, str. 13).

Myslím si, že tato problematika je dnes velmi aktuální a důležitá. Ještě na přelomu 19. a 20. století byly ženy, v jistém smyslu, na ztrátu dítěte připravené a vnímaly a přijímaly ji jako reálnou. Rodily mnohem více potomků a vzhledem k úrovni tehdejší zdravotnické péče, vysoké nemocnosti i úmrtnosti, se na své malé děti nevázaly tolik, jako my dnes. Samozřejmě k tomu přispělo velké množství faktorů a změn. Zmíním pouze, že ženy postupem času získaly stejná práva jako muži a měnily se tak poměry jak sociální, tak pracovní a mnoho dalších. Vnímám, že doba se změnila a je proto potřeba se změně přizpůsobit a přijmout ji tak, jak před našimi zraky již delší dobu probíhá, relativně málo povšimnuta. Proto si tedy kladu otázku: „Jaké pocity má žena po perinatální ztrátě?“

6.2 Stanovení cílů

Má kvalifikační práce si stanovuje tyto cíle výzkumu:

Hlavní cíl:

Hlavním cílem výzkumu, pro mě, bylo zjistit, jak žena vnímá perinatální ztrátu v pozdním stádiu těhotenství.

Dílčí cíle:

Stanovením dílčích cílů, na základě cíle hlavního, si určujeme jednotlivé oblasti výzkumného šetření, na jaké se chceme ve vlastním výzkumu zaměřit.

- Vypracovat kazuistiku jedné vybrané ženy.
- Analyzovat průběh hospitalizace a očekávání respondentky v konfrontaci s objektivní realitou.
- Zjistit, jak prožití ztráty dítěte může ovlivnit další život respondentky.
- Navrhnout možnosti, které by pomohly zmírnit negativní prožitek ženy, vzešlý z hospitalizace, se snahou zamezit jeho promítnutí do dalšího života respondentky.

6.3 Výzkumné otázky

Abych dokázala dosáhnout cílů, jež jsem si výše vytyčila, stanovuji si tyto výzkumné otázky.

- Jak na respondentku působilo předčasné přijetí do porodnice?
- Jak ovlivnilo prožívání hospitalizace chování a jednání zdravotnického personálu?
- Bylo vyhověno potřebám, jaké respondentka po dobu hospitalizace měla?
- Jak se se ztrátou dítěte respondentka vyrovnávala?
- Existuje něco, co by respondentka změnila, v rámci hospitalizace, pokud by to bylo v její moci?

6.4 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro získávání informací do své odborné práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum mi umožňuje, abych se hloubkově zajímala pouze o jednu ženu. Téma mé bakalářské práce je vysoce individuální a potřebuji podrobný popis problematiky. Zajímám se o reakce, pocity a porozumění při péči o ženu po perinatální ztrátě, a to vše mi zajistí tento druh výzkumu.

6.5 Metoda

V odborné práci popisují stav respondentky v anamnéze, nejvíce kladu důraz na anamnézu rodinnou, osobní a nynější, které jsou důležité pro její

pochopení. Neopomím ani sociální, pracovní a farmakologickou anamnézu. Zejména se věnuji biologické, psychické, sociální a spirituální složce osobnosti vybrané ženy, což je esenciální v hledání, bohužel v mnoha případech nenalezitelné, příčiny perinatální ztráty. Ve vybraných otázkách se soustředím na stav respondentky. Následně otázky zpracuji a hloubkově zanalyzuji problém.

6.6 Vzorek respondentů

Výběr respondentky byl záměrný, protože pro problematiku, o kterou se zajímám, bylo nejvhodnější, abych si vybrala ženu, která perinatální ztrátu osobně prožila a byla by zároveň ochotná svůj příběh sdílet. Zajímám se konkrétně o případ, kdy došlo ke ztrátě těhotenství v pozdním stádiu, tedy během III. trimestru gravidity, zejména pak bez jednoznačně dokázané příčiny. Právě do této kategorie spadá také má respondentka.

6.7 Způsob získávání informací

Informace do odborné práce jsem získávala dvěma polostrukturovanými rozhovory. K provedení rozhovorů jsem oslovila ženu, která si zkušeností s perinatální ztrátou osobně prošla a ráda by tak svůj příběh mým prostřednictvím sdílela. Dotazovaná respondentka podepsala informovaný souhlas, ve kterém se zmiňuji o absolutní anonymitě. Informovaný souhlas naleznete v příloze. Jeden z rozhovorů jsem, po předchozí konzultaci s klientkou, prováděla v oboustranně neutrálním prostředí, mimo zdravotnické zařízení, v menší kavárně, kde panoval klid, příjemná atmosféra a především velká míra soukromí. Druhý a stěžejní rozhovor ale proběhl v domácím prostředí u respondentky. Před zahájením rozhovorů jsem informovala o tom, že pokud bude nějaká otázka nepříjemná, nemusí na ni nutně odpovídat. Rozhovory jsem nahrávala se svolením na diktafon, objektivní pocity dotazované jsem si také zaznamenala. Setkání trvala okolo padesáti minut, kdy jsem se snažila pokládat především otevřené otázky.

6.8 Organizace výzkumu

Výzkum jsem prováděla v rámci dvou setkání, z nichž první se uskutečnilo v září roku 2017, druhé v březnu roku 2018.

Na začátku kapitoly popíšu anamnézu respondentky. Sběru anamnestických údajů jsem se věnovala při prvním společném sezení. Další sezení a rozhovor je zaměřen na dobu těhotenství, dobu těsně po ztrátě těhotenství ve zdravotnickém zařízení, na pocity ženy a chování zdravotnického personálu při hospitalizaci a v neposlední řadě na následné období až po současný stav. Zde se zajímám zejména o vlivy, změny, které se v životě respondentky objevily a jakým způsobem ovlivnily její psychický stav a proces vyrovnávání se se ztrátou gravidity. Rozhovory pak analyzuji v následné diskusi. Veškeré stanovené cíle hodnotím na závěr své bakalářské práce.

7 VÝZKUM

A. H. ... 34 let, vysokoškolské vzdělání, učitelka t. č. na mateřské dovolené, vdaná. Sběr anamnestických údajů proběhl v oboustranně neutrálním prostředí malé klidné kavárny, v soukromí, jeden a půl roku po perinatální ztrátě. Trval okolo 50 minut.

Rodinná anamnéza:

mater. dědeček – IM, *mater. babička* - Ca prsu, *pater. babička* - arteriální hypertenze, *matka* – stav po TEN komplikacích, poté zjištěna Leidenská mutace, trvalá léčba warfarinem, *otec* – zdrav, *sestra* – Leidenská mutace, *manžel* – zdrav;

Osobní anamnéza:

prodělaná běžná dětská onemocnění, jinak anamnéza bezvýznamná, alergie neguje, TEN komplikace neměla, transfuzi nedostala;

Gynekologická anamnéza:

menstruace od 13 let (pravidelná 28+5, zpravidla nebolestivá), úrazy a gynekologické operace neguje, hormonální antikoncepci užívala několik let bez komplikací (přesně neví);

Porodnická anamnéza:

P1: 2012/XII, chlapec 2950 g/47 cm, spont., III. doba porodní spont. bez komplikací, šestinedělí afeb., kojila 12 měs,

p1: 2015/IV, abortus spontaneus in grav. hebd. 34 t. g., chlapec, S. C., III. doba porodní bez komplikací, šestinedělí afeb.,

P2: 2017/XII, děvče 2600 g/44 cm, S. C., III. doba porodní bez komplikací, šestinedělí afeb., kojí.

Sociální podmínky a životní styl:

Sociální podmínky vyhovují. Respondentka žije v rodinném domku s manželem a dětmi v klidném prostředí menšího městečka, nekouří a ráda se

setkává s rodinou a přáteli. Ve zdravotnické péči preferuje spíše konzervativní přístup, doplněný přírodními metodami.

7.1 Rozhovor s A. H.

Tento výzkumný rozhovor proběhl v domácím prostředí u respondentky. Byl veden pomocí 20 otevřených otázek, trval okolo 50 minut. A. H. byla necelé 2 roky po zkušenosti s perinatální ztrátou a zároveň už téměř 4 měsíce po porodu zdravé dcery.

Plánovala jsi otěhotnění?

„S manželem jsme věděli, že bychom rádi synovi pořídili sourozence, ale zároveň jsme to neplánovali. Nechali jsme život plynout, až se to povedlo. Otěhotněla jsem spontánně.“

Jak probíhalo těhotenství a jak jsi se při něm cítila?

„Těhotenství bylo vlastně po celou dobu úplně v pořádku. Všechna vyšetření miminka i moje dopadla dobře. Mě v průběhu těhotenství nic netrápilo a poslední kontrolu u gynekoložky jsem měla ještě těsně před víkendem, kdy se to stalo. Nic nenasvědčovalo, že by se dělo něco špatně.“

Chodila jsi na předporodní přípravu? Myslíš, že by zde mělo být téma perinatální ztráty probíráno?

„Na předporodní přípravu jsem nechodila. Nechodila jsem ani, když jsem čekala prvního syna. Byla jsem jen na informativní schůzce někdy těsně před porodem. Jinak jsem si většinu věcí zjistila na internetu, když jsem si prvně vybírala porodnici, nebo od kamarádek a sestry. A jestli by mělo být tohle téma někde probíráno, asi ano. Předtím jsem o tom vlastně nic nevěděla ani neslyšela. Že se něco podobného může stát, jsem si popravdě vůbec nepřipouštěla, vůbec mi to nepřišlo na mysl. Někaké informace jsem si začala shánět až potom, co se mě to osobně dotklo. Takže myslím, že nějaké větší obecné povědomí by být mohlo, to ano.“

Co bylo impulsem k návštěvě ambulantního gynekologa, nebo porodnice?

„Stalo se to, když jsme byli s rodinou na víkend v lázních. Bylo to v noci, když jsem se probudila a cítila, že asi trochu krvácím. Nebylo to nic příjemného, ale zase jsem nechtěla zbytečně plašit. Vzala jsem si ale vložku a protože manžel zrovna tehdy nebyl s námi, tak jsem zavolala na rodiče. Odvezli mě do krajské porodnice, místní nejbližší porodnice byla zavřená.“

Jak probíhal příjem ve zdravotnickém zařízení?

„Docela dlouho jsem čekala na ambulanci, než přišel někdo, kdo by mě vyšetřil. Po vyšetření mi bylo řečeno, že si mě tam nechají k preventivní hospitalizaci, na pozorování. Konkrétní vyšetření, které mi dělali, si už moc nepamatuju. Rozloučila jsem se s tátou, poslala ho domů a odvedli mě na oddělení. Nevím, které oddělení to bylo, asi rizikové. Vím, že tam přes noc byla jedna sestřička.“

Jak s tebou komunikoval zdravotnický personál, dostalo se ti informací o tom, co bude následovat?

„Na ambulanci jsme dorazili v noci, takže tam nikdo, kromě nás, asi nebyl. Všude byl klid. Dlouho jsme čekali na lékaře a pak nám bylo sděleno, že si mě tam nechají. Na oddělení jsem pak v pokoji byla sama, asi jsem moc nespala. Nevím, jestli se někde něco dělo jinde, ale sestřička mě skoro nekontrolovala a já jsem pořád trochu krvácela. Chtěla jsem se někoho zeptat, jestli je všechno v pořádku a jestli by mě někdo nemohl vyšetřit, ale nebylo koho. Na druhou stranu jsem nechtěla obtěžovat, ale potřebovala jsem slyšet alespoň nějakou informaci. Odchytila jsem doktorku, která procházela po chodbě a požádala jí o vyšetření. Vyhověla mi, podívala se na mě a pak už se to seběhlo hrozně rychle.“

Jak byl vedený porod?

„Pak už to běželo najednou rychle, seběhli se sestry a doktoři, převezli mě na sál, uspali mě a udělali císařský řez.“

Byl partner přítomen u porodu?

„Nebyl u porodu. Asi by ho tam ani nestačili pustit.“

Kdo a jak sděloval zprávu o úmrtí miminka?

„Po tom, co jsem se probrala, za mnou přišel lékař, který mi sdělil, že je mu to velice líto, ale dítě se nepodařilo zachránit. Sdělil to pak i partnerovi, který dorazil hned, jak to šlo. Ten doktor vypadal, že je mu to upřímně líto, byl citlivý, ale v tu chvíli mi to přišlo nereálné. Myslím, že jsem se rozbrečela.“

Byla ti nabídnuta možnost vidět své dítě, popř. jiné možnosti rozloučení, či získání upomínkových předmětů na miminko?

„Od personálu takhle nabídka nepřišla, ale já bych to popravdě ani nechtěla. Rozhodli jsme se s manželem ale na pohřbu u nás v městečku na hřbitově. To vyřídil manžel se sociální pracovnící porodnice, která byla opravdu vstřícná a pomohla nám zařídit veškeré papírování a vyřizování, co se na tebe po tom sesype. Na hřbitov teď chodíme i se synem, kterému jsme záhy vysvětlili, co se stalo. Bylo by nefér mu něco zatajovat, prožíval s námi celé těhotenství. Děti tohle všechno vnímají a zřejmě ví občas i víc, než my dospělí.“

Jsi spokojená s rozhodnutím své dítě nevidět?

„Ano. Nelituju toho. Myslím, že kdybych byla své dítě viděla, bylo by těžší se s tím pak vyrovnat. Asi bych ho pak stále viděla před sebou. Manžel to respektoval, ani on našeho chlapečka neviděl.“

Jaké péče se ti dostalo po porodu na oddělení?

„Byl nám s partnerem nabídnut nadstandardní pokoj, kde jsme mohli být spolu. Využili jsme toho, manžel byl celý pobyt v porodnici se mnou, syna hlídali prarodiče.“

Jak jsi se po porodu cítila po psychické stránce?

„V prvních chvílích jsem si asi moc neuvědomovala, co se vlastně stalo. Cítila jsem takovou divnou prázdnotu, už jsem neměla těhotenský bříško, zato jsem měla jizvu po císaři... Pocity se ve mně střídali, už si je neumím zpětně přesně vybavit. Víím, že jsem byla hrozně smutná, chtělo se mi brečet, ale je to všechno zahalený takovou zvláštní mlhou. Nemůžu to popsat. Pak na pokoji,

když už jsme byli s manželem spolu, nám trvalo si uvědomit, co se stalo. Nečekali jsme to, všechno v těhotenství bylo do té doby úplně v pořádku. Necháпали jsme proč se to stalo zrovna nám. Pak po nějaký době jsme si o všem začali povídat, i když jsme u toho kolikrát brečeli, byla jsem strašně vděčná, že tam manžel mohl být se mnou a mohli jsme si to prožít sami. Měla jsem nadstandardní pokoj.“

Přemýšlela jsi nad tím, proč se ztráta stala? Vysvětlil ti někdo, čím jsi prošla?

„Samozřejmě přemýšlela, tomu se nedá vyhnout. S manželem jsme o tom mluvili. Člověka napadne, že kdyby něco neudělal, nebo naopak třeba udělal, nestalo by se to. Sklouzne k sebeobviňování. Ptali jsme se sestřičky a doktora. Bylo nám řečeno, že příčina je někdy nejasná. Že s určitostí můžou říct, že v tom sehrálo roli předčasné odloučení placenty, ale příčinu nám neřeknou a někdy se nedá zjistit ani po pitvě. Samozřejmě jsme s manželem byli smutní, ale nakonec jsme se dostali k tomu, že se to asi mělo stát, že nám to má něco dát. To nám pomohlo ve smíření.“

Jaké pocity jsi měla z propuštění z porodnice?

„Na jednu stranu jsem měla trošku pocit jakoby si personál oddychl, že už mě propouští, na druhou stranu jsem ale i já byla ráda, že můžu jít domů. Po porodu pak na oddělení se personál ptal, jestli je nebudeme chtít s manželem žalovat, vlastně omlouvali tu péči, jaké se mi dostalo po přijetí. Alespoň takový jsem z toho měla dojem, i když jsem v tu chvíli vůbec nechápala, proč nám to říkají! V jednu chvíli jsme o tom asi i s manželem uvažovali, ale pak jsme vlastně byli rádi, že to všechno končí. Představa nějaké další žaloby a vracení se ke všemu znova, to jsme nechtěli. Jinak se ale na oddělení snažili, chodili mě kontrolovat, měřit tlak a podobně, to ano, ale spíš jsem sestřičky moc neviděla. Možná jsem tenkrát byla radši, nevím.“

Dostala jsi od porodní asistentky nějaké kontakty na odbornou, nebo laickou pomoc? Pokud ne, kde jsi hledala potřebné informace?

„Nedostala. Když jsem se vrátila domů z porodnice, tak jsem hledala hlavně na internetu a nějaké informace jsem dostala i od kamarádek. Našla

jsem si třeba internetový portál Prázdná kolébka, kde jsou příběhy žen, které si ztrátou miminka taky prošly. Když jsem se vrátila z porodnice, tak jsem mluvila se svojí gynekoložkou a domluvili jsme se na kontrole. Takže nějaké informace jsem pak dostala od ní.“

Jak jsi se vyrovnávala s novou životní situací? Jak jsi viděla svou budoucnost?

„Napadlo nás, že až přijde čas, určitě to zkusíme znovu. Hodně věci jsme si s manželem pověděli už v porodnici. Bylo skvělé, že jsme tam mohli být spolu. Povídali jsme si, postupně jsme se s tím vyrovnávali. Chvílema jsme byli smutní, i plakali. Samozřejmě pak, když jsme se vrátili domů, jsme to každý prožíval trochu jinak. Manžel chodil do práce. A já jsem měla doma syna. Nemohla jsem se zastavit a řešit jenom sebe a ztraceného chlapečka. To mě udržovalo a znova a znova nabíjelo. Nejen mě, ale i manžela. Bylo snazší jít dál. Na našeho chlapečka jsme ale nezapomněli, bereme ho jako součást naší rodiny.“

Jak na ztrátu miminka reagoval partner a tví blízcí? Kdo ti byl oporou?

„Manžel se mnou byl po porodu na pokoji až skoro do propuštění. Jsme spolu hodně propojeni, myslím, že ta zkušenost, kterou jsme spolu prošli, nás ještě víc sblížila. Náš vztah se nezměnil, naopak se posílil. Takže oporou mi byl hlavně manžel, ale taky moje rodina.“

Jak proběhlo šestinedělí, psychicky, fyzicky?

„Šestinedělí proběhlo celkem bez problémů. Hodně mi pomáhala moje rodina. Nebylo to lehké, ale se starším synem jsem musela fungovat a i to mi hodně pomohlo. To, že jsem se neuzavřela úplně do sebe. Po nějaký době mě pak napadlo, že bych mohla začít znova pracovat, na částečný úvazek, nebo brigádně. A potom, co jsem mluvila se svojí gynekoložkou, která mi řekla, že všechno se hojí a vypadá dobře, jsem se uklidnila a zjistila, že to chce čas, ale že to budeme moct zkusit znova.“

Kdybys nyní zpětně měla možnost něco změnit, co by ti v hospitalizaci více pomohlo?

„Bylo by fajn, kdyby se tohle téma dostalo nějak víc do povědomí. Aby se i personál v nemocnici nebál o tom mluvit a hlavně víc komunikoval s pacientkami. A pak nabízení možností rozloučení s miminkem. Já jsem chlapečka sice vidět nechtěla, ale jiná maminka by třeba chtěla, a tak by měly mít alespoň možnost si vybrat. Myslím si, že by to některým ženám hodně pomohlo. Já se všechno tohle dozvěděla až po návratu domů z internetu. Kromě pohřbu, který jsme s manželem chtěli a rozhodli se pro něj v porodnici.“

Shrnutí výzkumu:

Respondentka byla velice ochotná, odpověděla laskavě na všechny mé otázky. Nebála se mluvit. Rozhovor probíhal plynule v přátelské domácí atmosféře. Spontánně byl navázán, i nenuceně udržen, oční kontakt.

Analýza rozhovoru metodou kódování

- Respondentka přiznává, že jí nebyl poskytnut dostatek informací při příjmu.
- Respondentka hodnotí ztrátu těhotenství jako nečekanou a náhlou.
- Respondentka před vlastní zkušeností s perinatální ztrátou o této problematice nevěděla.
- Respondentka cítí zklamání z komunikace se zdravotnickým personálem.
- Když nyní respondentka ví, že jsou možnosti, jak se rozloučit se zemřelým miminkem přímo v porodnici, uvědomuje si, že jí to nebylo nabídnuto.
- Respondentka s manželem se dokázali navzájem podpořit v procesu truchlení a spontánně přijmout své zemřelé dítě do rodiny.
- Respondentka cítí, že by se mělo zvětšit povědomí o problematice hlavně ve zdravotnickém prostředí.

Diskuze

Z hospitalizace má A. H. ambivalentní pocity. Pozitiva vyplývají především z účasti manžela, nikoliv například z podpory personálu. Má respondentka neměla možnost odjet do porodnice, kterou znala už z předchozího porodu, a kde měla svou gynekoložku. Vliv neznámého, ne

úplně přátelského prostředí, a nečekaná hospitalizace, nic z toho nedělá situaci lehčí. Je důležité, že si ztrátou prošli oba partneři společně, neboť to posílilo jejich vztah.

Vyvození doporučení pro praxi

Intervenovala jsem v tomto směru poučením o existenci laické i odborné psychologické pomoci. Ke konci rozhovoru jsem dodala, že se může s čímkoliv obrátit i na mě a nechala jí na sebe svůj kontakt.

DISKUZE

Za téma své bakalářské práce jsem si vybrala problematiku, která se věnuje péči o ženu, jež je hospitalizovaná s perinatální ztrátou. Dotyčné téma jsem si vybrala, protože jsem věděla o ženě s touto zkušeností z mého blízkého okolí. Jakožto cíl práce jsem zvolila otázku zjištění potřeb, které má žena hospitalizovaná se ztrátou těhotenství v pozdním stádiu. Jsem si vědoma rozsáhlosti tématu i souvisejícího faktu, že do bakalářské práce mohu pojmout jen nepatrný zlomek. Snažila jsem se svou práci napsat co možná nejvíc smysluplně a srozumitelně.

Do svého výzkumu jsem zahrnula jednu konkrétně vybranou ženu, která ztratila své miminko ve třetím trimestru těhotenství a byla zároveň připravená se podělit o své zkušenosti, pocity a svůj příběh prostřednictvím této práce. Jelikož je diskutované téma velice intimní a zasahuje nejhlubší vrstvy lidské osobnosti, rozhodla jsem se pro kvalitativní typ výzkumu, který mi umožňuje se respondentce věnovat hluboce holisticky. Informace jsem získávala metodou polostrukturovaného rozhovoru, kde jsem se snažila pokládat otevřené otázky, které jsem stanovovala s přihlédnutím k výzkumným otázkám.

Zkušenosti a pocity mé respondentky porovnávám s dostupnou literaturou a pracemi jiných autorů, které lze nalézt zároveň v teoretické části. Nutno zde dodat, že se jedná o vysoce individuální situace, kde neexistuje přesně daný rámec postupů, reakcí, chování, prožívání. Průzkumy mohou vycházet podobně a v částečné shodě i několika žen, ale přesto budou všechny jistým způsobem odlišné.

První výzkumná otázka zní jak na ženu působí předčasné přijetí do zdravotnického zařízení. Konkrétně u mé respondentky se jednalo o přijetí nečekané, jelikož šlo do té doby o bezproblémové těhotenství. Konalo se navíc v neznámém prostředí, kde přístup zdravotnického personálu nezapůsobil příliš vhodně. Nejednalo se zde ještě o sdělení diagnózy, špatné zprávy, ale přesto má atmosféra příjmu k hospitalizaci velký vliv na aktuální i budoucí psychiku ženy. Potvrdilo se zde tvrzení, že české zdravotnictví se stále potýká s řadou zažitých postupů, vzniklých za minulého režimu, které nekorespondují se

současnou filozofií života dnešních žen a párů. Mezi ně patří tabuizace určitých témat, rutinní postupy, neosobní komunikace a zapomínání na individualitu člověka (Ezrová, 2014). Dosud se s nimi pacienti setkávají tváří v tvář, přestože snahy o změnu se dějí už od konce minulého století.

Ve druhé výzkumné otázce je řešeno již výše zmíněné chování zdravotnického personálu a jeho vliv na prožívání hospitalizace respondentkou. Zde bude odpověď vzhledem k personálu negativní povahy. Personál by měl vystupovat profesionálně, je vycvičen v technikách komunikace a podpory svých pacientů, měl by se chovat ohleduplně a citlivě (Ratislavová, 2015). Jde o věc, na níž velmi záleží, a která by neměla být podceňována. Respondentka A. H. přijela na ambulanci pro akutní problém, dlouho čekala na vyšetření, po kterém se jí nedostalo dostatečných informací a ani na oddělení, kam byla přijata, se komunikace příliš nezlepšila. Naopak zájem o její osobu a problémy klesl. Po porodu zůstává pozitivním sdělení diagnózy, kterou sdělil lékař. Zde byla komunikace v pořádku. Posléze se ovšem personál o osobu mé respondentky nezajímal, nýbrž prováděl především nutné kontroly fyzického stavu.

Třetí výzkumná otázka se ptá na to, zda bylo při hospitalizaci vyhověno potřebám, jaké respondentka měla. Má respondentka v rozhovoru uvádí, že pro ni byly důležité potřeby soukromí, bezpečí, klidu a přítomnosti blízkého člověka. Odpovědí na výzkumnou otázku je tedy ano, potřebám respondentky zdravotnické zařízení vyhovělo. Ženě byl nabídnut nadstandardní pokoj s možností přistýlky pro jednoho blízkého člena rodiny, čehož s manželem využili. Bytí s manželem po ztrátě miminka je věcí důležitou. Může ovlivnit budoucí vývoj dotyčného vztahu mezi mužem a ženou, jak píše ve své práci Drahotová (2016). V tomto případě přítomnost manžela byla pro ženu nepostradatelná, uklidňovala, dodávala pocit bezpečí, sounáležitosti a porozumění, a proto i se další vztah mé respondentky s manželem dostal prostřednictvím perinatální ztráty na vyšší úroveň.

Další výzkumnou otázkou bylo, jak se se ztrátou miminka respondentka vyrovnávala. V bezprostřední reakci na ztrátu bylo pro respondentku důležité být se svým manželem a smutek nad ztrátou prožívat s ním. Z ženina vyjádření

v rozhovoru vyplynulo, že ač vnímá nekomunikativnost personálu jako pochybení, bylo partnerům tím umožněno se se situací vyrovnat pomocí vlastních sil, což v konečném důsledku posílilo jejich partnerský vztah. Se ztrátou miminka se vyrovnávali hlavně rozhovory, povídáním, vzájemnou přítomností a podporou. Neomezovali průchod smutku, dovolili si plakat. Smutek nakonec přerostl v pocit, že těhotenství sice skončilo, ale nic to nemění na tom, že jejich chlapeček se stal součástí rodiny. Po příjezdu z porodnice sdělili ztrátu sourozence i staršímu synovi, čímž se proces vyrovnání rovněž posunul do jiných úrovní. Partneri chápali, že proces truchlení a vyrovnání chce svůj čas. Z druhého pohledu partnerům nebyl nabídnut od personálu jediný kontakt na laickou, ani odbornou pomoc, ani žádné vysvětlení, co by v nejbližších chvílích měli očekávat. V tomto směru je vidět velký prostor pro zlepšení v rámci praxe u zdravotnického personálu. Proces vyrovnání se dovršil pohřbem, kde kladnou roli sehrála nemocniční sociální pracovnice.

Poslední výzkumná otázka zněla jestli by respondentka zpětně některé věci v souvislosti s hospitalizací změnila. Pokud by mohla, byl by to rozhodně přístup zdravotnického personálu, ocenila by rovněž lepší sdělování informací v průběhu péče. Další věcí by bylo propuštění, kdy by měl následovat rozhovor s pacientkou o tom, co může v nejbližší době následovat, že vyrovnání se situací potřebuje svůj čas a lze nabídnout kontakt na psychologickou pomoc, což by respondentka uvítala. Respondentka uvedla, že by to mělo jistě význam i pro ostatní ženy v podobné situaci a zdravotnický personál tím zároveň získal větší důvěru.

Výzkum ukázal, že porodní asistentka je důležitou osobou, která může být ženě v těžké chvíli velkou oporou. Že je také osobou sdělující informace v širokém smyslu slova a dokáže tak nejen samotné ženě, ale i celé rodině, pomoci v překlenutí bezprostředního zármutku v adaptační truchlící proces, který vede potažmo k vyrovnání se s konkrétní situací, s okolím a hlavně se sebou samým. Práce porodní asistentky je dnes, podle mého názoru, stále potřebnější, je to práce smysluplná s přesahem do různých ženských životních aspektů – ženství, partnerství, mateřství, stáří, smrti a naopak zrodu nového života.

ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce je jak citlivě pečovat o ženu po perinatální ztrátě v porodní asistenci. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické.

Teoretická část práce je zaměřena na seznámení čtenáře s pojmy, pojícími se s touto problematikou, s rizikovými faktory a možnými příčinami perinatální ztráty v pozdním stádiu gravidity, dále text nabízí náhled do samotného tématu péče o ženu v prostředí zdravotnického zařízení, společně s krátkým pozastavením nad historickými souvislostmi v rámci oboru, následuje obecné představení truchlícího procesu a na konci teoretického textu je zařazena jistě neopomenutelná socioekonomická problematika.

Po přechodu do druhé části práce, tedy do části praktické, se pozornost zaměřuje již zcela na jednu konkrétní ženu. Při výběru bylo důležité, aby to byla žena, která perinatální ztrátu prožila a souhlasila by rovněž s rozhovorem, který by sděloval její vnímání a pocity jaké při ztrátě svého miminka zažívala. Z rozhovoru analyzuji jaké potřeby může žena při hospitalizaci mít, jak s ní ohleduplně komunikovat a jednat a v čem ji jako zdravotník podpořit. Po analýze jsem sestavila doporučení pro praxi, jaké by, podle mého názoru, mohlo zlepšit úroveň péče o ženy s podobnou nebo stejnou diagnózou.

Podrobným popsáním výsledků výzkumu a důležitých zjištění se zabývám v diskuzi na závěr bakalářské práce. Výsledky výzkumu pro mě nebyly příliš překvapivé, spíše korespondují s aktuální realitou a postoji, které můžeme pozorovat ve zdravotnických zařízeních. Ač se již můžeme setkat se snahami o změnu, v přístupu a náhledu na perinatální ztrátu, myslím, že širší osvěta je v této problematice stále na místě.

Zpracováním bakalářské práce, jejíž téma jsem si sama vybrala, jsem si rozšířila vlastní obzory a doufám, že pokud se v budoucnu při své praxi s podobnou situací setkám, budu schopná v ní citlivě intervenovat.

POUŽITÁ LITERATURA

- 1) ADOLFSSON, A. *Meta-analysis to Obtain a Scale of Psychological Reaction after Perinatal Loss: Focus on Miscarriage*. Psychology Research and Behavioral Management, 2011, 4, p. 29 - 39. ISSN 1179-1578.
- 2) AVELIN, P.; RADESTAD, I.; SÄFLUND, K. a kol. *Parental Grief and Relationships after the Loss of a Stillborn Baby*. Midwifery, 2013, 29(6), p. 668 - 673. ISSN 0266-6138.
- 3) BORŮVKOVÁ, K. *Psychosociální intervence u žen s perinatální ztrátou*. Praha, 2012. 175 s. Diplomová práce. Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, Katedra psychologie.
- 4) Český statistický úřad. *Statistická ročenka České republiky 2017*. 1. vyd., Praha: ČSÚ, 2017, 824 s. ISBN: 978-80-250-2778-3.
- 5) ČEŠKOVÁ, E.; PŘIKRYL, R. *Praktická psychiatrie*. Maxdorf, 2013, 144 s. ISBN 978-80-7345-316-9.
- 6) CHAPMAN, V.; CHARLES, C. *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. Wiley-Blackwell, 2013, 412 p. ISBN 978-0-470-65513-9.
- 7) DOLEŽAL, A.; ČERNÝ, D.; DOLEŽAL, T. *Kmenové buňky. Etické a právní aspekty výzkumu*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013, 128 s. ISBN 978-80-8743-913-5.
- 8) DORT. *Ošetřovatelské postupy v neonatologii*. 1. vyd., Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2011, 237 s. ISBN 978-807-0439-449.
- 9) DRAHOTOVÁ, M. *Perinatální ztráta a její dopad na partnerský vztah*. Praha, 2016. 67 s. Bakalářská práce. Fakulta teologická evangelická, Univerzita Karlova v Praze.
- 10) EDOZIEN, L. C.; O'BRIEN, P., M., S. *Biopsychosocial factors in obstetrics and gynaecology*. New York, NY: University Printing House, 2017, 406 p. ISBN 978-1-107-12014-3.
- 11) EZROVÁ, M. *Antropologie porodu*. Praha, 2014. 101 s. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
- 12) FAIT, T. *Zástava laktace*. Moderní babičtví, 2008, 15. ISSN 1214-5572.
- 13) HÁJEK, Z.; ČECH, E.; MARŠÁL, K. a kol. *Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vydání*. Praha: Grada Publishing, 2014, 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

- 14) HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd., Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- 15) KASPARKOVÁ, P.; BUŽGOVÁ, R. *Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě*. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2013, 4(4). ISSN 1804-2740.
- 16) KAST, V. *Truchlení. Fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál, 2015, 144 s. ISBN 978-80-262-0789-4.
- 17) KOHNER, N.; HENLEY, A. *Když dítě zemře*. Triton, 2013, 349 s. ISBN 978-80-7387-643-2.
- 18) MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3007-3.
- 19) *Co se mění od ledna 2016? Novinky Ministerstva práce a sociálních věcí*, 2018 [online]. MPSV. Poslední aktualizace 10. 1. 2018 [cit. 24. 5. 2018] Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/23673>.
- 20) PAŘÍZEK, A; HONZÍK, T. *Knih o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vyd., Praha: Galén, 2015, 1352 s. ISBN 978-80-7492-213-8.
- 21) RATISLAVOVÁ, K. *Perinatální paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016, 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.
- 22) RATISLAVOVÁ, K. *Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě*. České Budějovice, 2015, 250 s. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- 23) RATISLAVOVÁ, K. *Historické souvislosti péče porodní asistentky o ženu při perinatální ztrátě*. Sborník z 1.mezinárodního kongresu Historie ošetrovatelství v kontextu historie medicíny a porodní asistence ve Zlíně, 2011.
- 24) RATISLAVOVÁ, K., BERAN, J., LORENZOVÁ, E. *Decision-making of Czech mothers about contact with their baby after perinatal loss*. *Kontakt*, 18, č. 1, 2016, s. 32-37. ISSN 1212-4117.
- 25) RATISLAVOVÁ, K.; BERAN, J. *Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes*. *Česká gynekologie*, 2011, 75(5), s. 462 – 466. ISSN 1210-7832.
- 26) STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických*

- přípravků a éterických olejů*. Praha: One Woman Press, 2009, 514 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
- 27) ŠPAŇHELOVÁ, I. *Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál, 2015, 144 s. ISBN 978-80-262-0942-3.
- 28) TAKÁCS, D.; ŠULOVÁ, L.; SOBOTKOVÁ, L. a kol. *Psychologie v perinatální péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
- 29) VALIŠOVÁ, J.; KOTRLÝ, T. *Přidělování rodných čísel mrtvě narozeným dětem*. In: STODOLA, J.; KRATOCHVÍL, M. (eds.). *Nejmenší z nás 2015: sborník příspěvků*. Brno: Moravská Ostrava-Bios, 2015, s. 116 – 141. ISBN 978-80-905358-3-1.
- 30) WARLAND, J. a kol. *Parenting Paradox: Parenting after Infant Loss*. [online] Midwifery, 2010. [cit. 24. 5. 2018] Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613810000239>.
- 31) LYNAU, K; SANDVIK, O. *Relationships and grieving after the loss of the child*. 1. edition, Norwegian SIDS and Stillbirth Society, 2009. ISBN: 978-82-91154-22-0.
- 32) Zákon č. 147/2016 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*. 17. 05. 2016. ISSN 1211-1244.
- 33) Zákon č. 262/2006 Sb., zákon zákoník práce. In: *Sbírka zákonů*. 07. 06. 2006. ISSN 1211-1244.
- 34) Zákon č. 200/2017 Sb., o státní sociální podpoře. In: *Sbírka zákonů*. 12. 07. 2017 ISSN 1211-1244.
- 35) Zákon č. 89/2012 Sb., zákon občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů*. 22. 03. 2012. ISSN 1211-1244.
- 36) Zákon č. 193/2017 Sb., o pohřebnictví. In: *Sbírka zákonů*. 10. 07. 2017. ISSN 1211-1244.

SEZNAM ZKRATEK

afeb.....	afebrilní
aj.....	a jiné
Ca.....	carcinom
cm.....	centimetr
g.....	gram
IM.....	infarkt myokardu
in grav. hebd.....	in graviditas hebdominis
např.....	například
mater.....	maternálně
měs.....	měsíc
p.....	potrat
P.....	porod
pater.....	paternálně
S. C.....	Sectio cesaream
spont.....	spontánní
TEN.....	tromboembolická nemoc
t. č.....	toho času
t. g.....	týden gravidity
tzv.....	takzvaně

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – INFORMOVANÝ SOUHLAS

PŘÍLOHA 1 - INFORMOVANÝ SOUHLAS

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PÉČE O ŽENU PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ

STUDENT:

Dostálová Daniela
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
dostalod@student.zcu.cz

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Ratislavová Kateřina, PhD.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
ratislavova@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE:

Cílem studie je získat informace o tom, jak se cítí žena, která prožije perinatální ztrátu. Jaké má potřeby během doby, během níž ke ztrátě dochází a jaké v období šestinedělí a po něm.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:..... Datum:

Podpis studenta:..... Datum:

Zdroj: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D., KOS FZS ZČU