

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence



Bc. Hana Dubová

PROŽÍVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Marie Dlabačová, DiS.

Olomouc 2018

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování práce čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Olomouc 22. června 2018

.....
podpis studentky

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Marii Dlabačové, DiS. za vedení, cenné rady, podněty, trpělivost, podporu i pomoc při zpracování zvoleného tématu diplomové práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Prožívání nového těhotenství po perinatální ztrátě

Název práce: Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě

Název práce v AJ: Experiencing pregnancy after perinatal loss

Datum zadání: 2017-01-29

Datum odevzdání: 2018-06-29

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Hana Dubová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Dlabačová, DiS.

Oponent práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

ABSTRAKT V ČJ

Úvod: Diplomová práce se zabývá problematikou perinatální ztráty u žen. V jednotlivých kapitolách je popsána samotná situace úmrtí dítěte, následné období truchlení a vyrovnání se se ztrátou. Není opomenuta role zdravotníků v procesu truchlení a nabídka pomoci pro pozůstalé.

Cíl: Cílem výzkumu bylo zmapovat a pochopit subjektivní pocity žen v těhotenství po perinatální ztrátě, identifikovat jejich způsoby zvládání zátěže a potřeby v právě probíhajícím dalším těhotenství.

Metodika: Výzkum byl proveden kvalitativní metodou, která pracuje s malým vzorkem respondentů. Tato metoda umožňuje lépe a alespoň částečně nahlédnout do prožívání řešené problematiky respondentek, které spontánně popisovaly pocity, které se u nich objevovaly při prožívání určitých situací. Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, k analýze dat byly využity některé postupy zakotvené teorie.

Výsledky: Na základě analýzy získaných údajů byly následně stanoveny kategorie a podkategorie: **1. Zkušenost perinatální ztráty** - oznámení o problému s dítětem, nabídka rozloučení se s dítětem, reakce okolí, podpora v období truchlení.

2. Prožívání nového těhotenství - přemýšlení nad dalším těhotenstvím, emoční prožitky v novém těhotenství, pomoc při zvládnání nového těhotenství, potřeby v novém těhotenství. Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že ženy po perinatální ztrátě jsou více emocionálně zatíženy, používají různé způsoby vyrovnání se ze zátěží a mají specifické potřeby. Objevují se obavy z neúspěchu v dalším těhotenství.

Závěr: Diplomová práce umožňuje pochopení pocitů žen po perinatální ztrátě. Přínosem může být pro porodní asistentky, které mohou být podporou při zvládnání těchto událostí. Důležitá je návaznost péče, která začíná obdobím perinatální ztráty, a pokračuje přípravou na nové těhotenství, péčí o těhotnou ženu a přípravou na rodičovství.

Klíčová slova: těhotenství, perinatální ztráta, porodní asistentka, truchlení, prožívání, podpora

ABSTRAKT V AJ

Introduction: The diploma thesis deals with the issue of perinatal loss in women. The individual chapters describe the actual situation of the child's death, the subsequent period of mourning and the settlement with the loss. The role of health professionals in the mourning process and the offer of assistance to survivors is not neglected.

Objective: The aim of the research was to map and understand the subjective feelings of women in actual pregnancy after perinatal loss, to identify their ways of coping with burden and their needs in the ongoing pregnancy.

Methodology: The research was done by a qualitative method, which works with a small sample of respondents. This method allows a better and at least partial insight into the experiences of the respondents who spontaneously described the feelings which they had during certain situations. The method of data collection was a semi-structured interview, some methods of grounded theory were used to analyze the data.

Results: Based on the analysis of the data obtained, the following categories and sub-categories were identified: 1. Experience of perinatal loss, notification of a child problem, offer of farewell to the child, neighborhood response, grief support.

2. Newborn pregnancy - thinking about other pregnancies, emotional experience in new pregnancy, helping with managing a new pregnancy, needs in new pregnancy. Analysis of the interviews found that the women are more emotionally burdened after their perinatal loss, use different ways of emotional compensation and have specific needs. There are worries about failure in another pregnancy.

Conclusion: The diploma thesis enables to understand the feelings of women after their perinatal loss. There may be benefits for midwives who may be supportive in coping with these events. It is important to follow the care that begins with the period of perinatal loss and continues to prepare for a new pregnancy, care for a pregnant woman, and preparation for following parenthood.

Key words: pregnancy, perinatal loss, midwife, mourning, experiencing, support

Obsah

ÚVOD.....	9
1 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ	14
1.1 Perinatální období	14
1.2 Perinatální úmrtnost	14
1.2.1 Úmrtí dítěte v průběhu těhotenství.....	15
1.2.2 Mrtvě rozené dítě	16
1.2.3 Smrt dítěte po porodu	17
2 RODINA PO ZTRÁTĚ DÍTĚTE	18
2.1 Psychické změny po perinatální ztrátě	19
2.2 Truchlení	19
2.1.1 Nekomplikované truchlení.....	21
2.1.2 Komplikované truchlení.....	22
2.3 Posttraumatická stresová porucha	23
2.4 Zvládání zátěže	24
2.4.1 Coping	24
2.4.2 Zdroje pro zvládání zátěže.....	24
2.4.3 Obranné mechanismy	26
3 NABÍDKA POMOCI ŽENĚ PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ.....	28
3.1 Přístup zdravotníků	28
3.1.1 Specifika komunikace zdravotníků s pozůstalými	29
3.1.2 Role zdravotníků při rozloučení se s dítětem	29
3.1.3 Program péče o pozůstalé	30
3.1.4 Komunikace mezi zdravotníky	31
3.2 Psychoterapeutická intervence.....	32
3.3 Spirituální potřeby	34
3.4 Laické poradenství	35
3.5 Sociální podpora	36
4 TĚHOTENSTVÍ PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ	38
4.1 Prenatální diagnostika	39
4.2 Životospráva v těhotenství.....	39
4.3 Psychologie období těhotenství.....	41
4.3.1 Psychika těhotné v jednotlivých trimestrech	41
4.3.2 Komunikace s nenarozeným dítětem.....	42
4.4 Psychické poruchy v těhotenství	42
4.4.1 Benigní těhotenská encefalopatie	43
4.4.2 Deprese	43
4.4.3 Úzkost a obava	43

4.4.4 Fobické strachy.....	44
4.5 Komplikace těhotenství a role porodní asistentky	44
5 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	46
5.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu	46
5.2. Metodika práce.....	46
5.2.1 Charakteristika souboru	46
5.2.2 Metodologický přístup	48
5.2.3 Postup sběru dat.....	49
5.2.4 Analýza dat (kódování)	50
5.3 Hodnocení výzkumného šetření	53
6 DISKUZE.....	67
ZÁVĚR	75
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	77
SEZNAM TABULEK	83
SEZNAM PŘÍLOH	84

ÚVOD

Těhotenství je období, které je pro každou ženu významné a které klade na její organismus značnou míru zátěže. Ztráta dítěte a následné reakce ženy na tuto ztrátu jsou zpravidla něčím, co vyvolává neporozumění a rozpaky. Těhotenství, jež následuje po předchozím nezdaru, je jistě psychicky náročnější. Smrt vlastního dítěte je pro většinu lidí nepředstavitelná a vyrovnání se s tak závažnou událostí je závislé na mnoha faktorech. Jde o profesionální a lidský přístup zdravotníků k rodičům, psychosociální situace rodiny, vztahy v rodině. Také osobnost rodičů, jejich psychická a fyzická odolnost, zpracování životních traumat v minulosti a míra celkové současné zátěže. I pro porodní asistentky a lékaře jsou tyto situace mimořádné, úmrtí dítěte představuje velkou emoční zátěž a vyvolává otázky, zda by nebylo možné takové situaci předejít.

Zdravotníkům se dostává do podvědomí nezbytnost podpory procesu truchlení rodičů v průběhu perinatální ztráty, poskytnutí pomoci a dostatku informací. Chování a přístup zdravotníků je velmi významný, rodiče musí být ujištěni, že jsou tu proto, aby jim poskytli pomoc a potřebnou podporu. Z vlastní zkušenosti vím, že rodiče v akutní fázi truchlení ocení často spíše neverbální účast stisknutím ruky nebo pohledem. I když je v dnešní době medicína na velmi vysoké úrovni, není možné zabránit tomu, aby děti umíraly. Jsme ale schopni svým profesionálním přístupem, podporou a zájmem přispět k tomu, aby ženy i jejich rodiny prošly tímto složitým obdobím co možná nejlépe. Následné těhotenství po perinatální ztrátě se řadí mezi těhotenství riziková a žena je systematicky sledovaná v perinatální poradně. Dle mého názoru si těhotné ženy, které postihla perinatální ztráta, v následujícím těhotenství zaslouží více pozornosti, než je jim poskytována. Psychický stav těhotné ženy ovlivňuje průběh gravidity, vývoj plodu i další život dítěte.

Jako porodní asistentka se s danou problematikou setkávám, a proto jsem se rozhodla ji ve své diplomové práci prozkoumat.

Cílem mé diplomové práce je zmapovat pocity žen v těhotenství, které následuje po předchozí perinatální ztrátě. Zaměřím se na psychologii těhotných žen po předchozím nezdaru (potrat, předčasný porod, přerušení těhotenství z důvodu vývojové vady neslučitelné se životem, foetus mortus), dále na jejich potřeby

a způsob zvládnání zátěže v právě probíhajícím těhotenství. Individuální prožitky a zkušenosti budoucích matek, u kterých v minulosti došlo k perinatální ztrátě, se pokusím popsat v praktické části diplomové práce.

Porodním asistentkám i celému týmu zdravotníků mohou tyto poznatky pomoci pochopit pocity žen, možnost řešení určitých situací a tím přispět ke zkvalitnění komplexní ošetrovatelské péče.

VSTUPNÍ LITERATURA

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2012. 106 s.
ISBN 978-80-2542186-4.

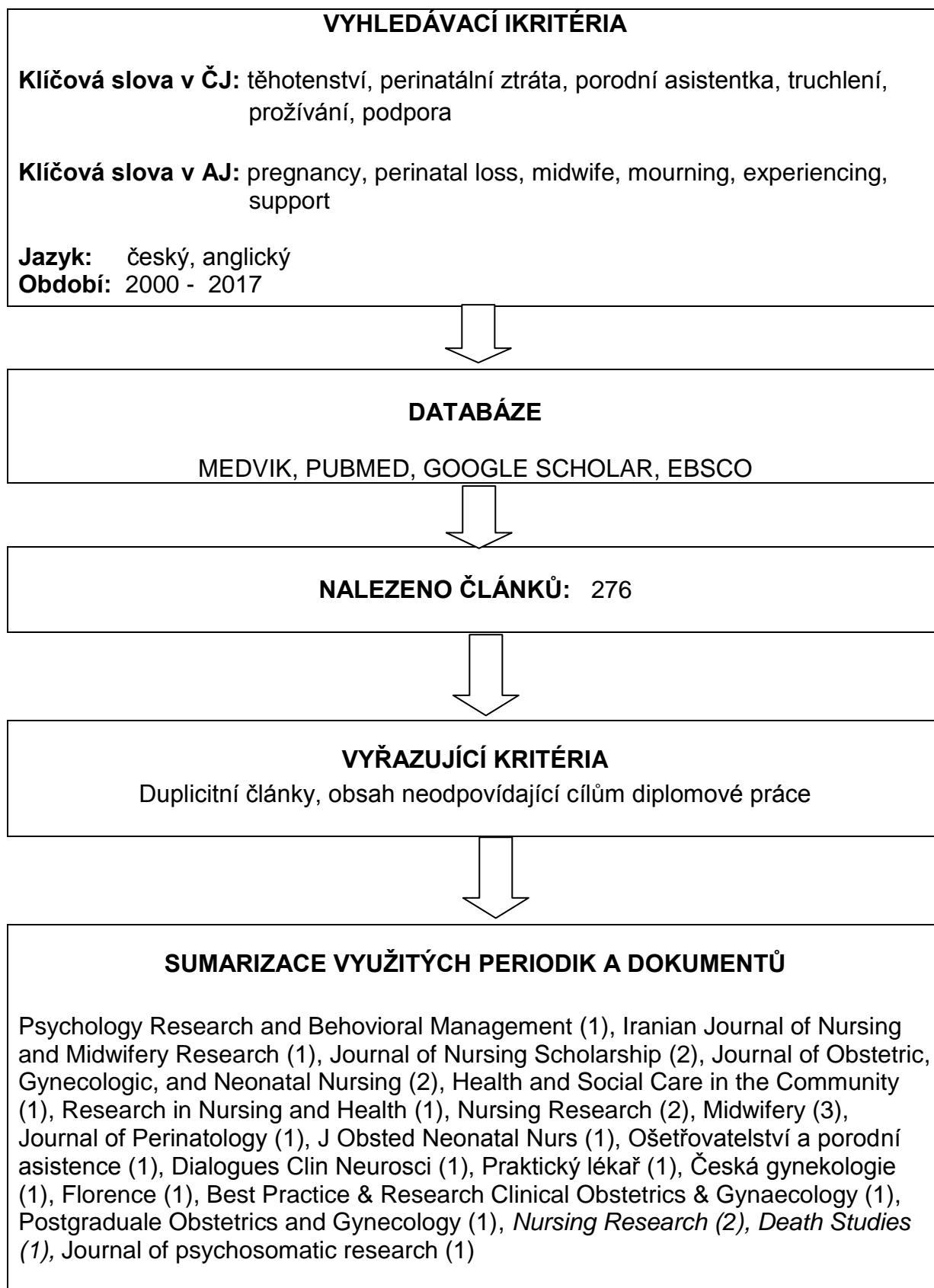
PROCHÁZKA, M., PILKA, R. *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED Olomouc, 2016. 248 s. ISBN 978-80-906280-0-7.

TAKÁCS, L., a kol.: *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada, 2015. 208 s.
ISBN 978-80-247-5127-6.

MAREK, V. *Nová doba porodní*. 1. vydání. Praha: Eminent, 2002. 264 s.
ISBN 807281-090-1.

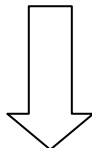
ČECH, E., a kol. *Porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada, 2006. 544 s.
ISBN 978-80-247-1303-9

REŠERŠNÍ ČINNOST



PRO TVORBU TEORETICKÝCH VÝCHODISEK BYLO POUŽITO ZDROJŮ

- Cizojazyčné články
- Časopisy
- Knihy



**Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito
26 ze všech dohledaných článků**

1 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1 Perinatální období

Perinatálním obdobím rozumíme období vztahující se k období kolem porodu. Podle Světové zdravotnické organizace začíná perinatální období ukončeným 22. týdnem těhotenství a končí 7. dnem po porodu (Maternal and perinatal health). Pro potřeby národní registrační praxe je definován začátek perinatálního období hranicí mezi potratem a porodem. Tuto hranici v České republice upravuje zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a jejich poskytování. „V České republice se za živě narozené dítě považuje plod (bez ohledu na délku trvání těhotenství), který po narození dýchá, nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, tj. srdeční činnost, pulzaci pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva, bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena“ (Roztočil, 2017, s. 545).

1.2 Perinatální úmrtnost

Perinatální úmrtnost má dvě hlavní součásti - mrtvorozenost a časnou novorozeneckou úmrtnost. Do skupiny mrtvě rozených dětí náleží intruterinní úmrtí antepartální a intrapartální. Časné novorozenecké období je podle Procházky a Pilky (2016) definováno jako „úmrtí živě narozeného novorozence v období do dovršení 7. dne života“. Celková perinatální úmrtnost je údajem velice souhrnným, jelikož pod celkovou hodnotou se mohou skrývat zcela odlišné situace, nejen z hlediska podílu na celkové úmrtnosti, ale hlavně s ohledem na možnost ovlivnění prostřednictvím efektivních intervencí. Česká republika patří k zemím s vysokou kvalitou perinatální péče a nejnižší perinatální úmrtností na světě. Perinatální mortalita je uváděna v promile a je podílem součtu perinatálních úmrtí z celkového počtu narozených dětí. Perinatální období zahrnuje dobu vývoje plodu v děloze do porodu, porod a novorozenecké období od porodu po dovršení prvního týdne života dítěte (Procházka, Pilka, 2016, s. 225).

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) trvá perinatální období od 22. gestačního týdne do jednoho měsíce po narození. Vědci, kteří se zabývají studii perinatální ztráty, však používají rozšířenější definici. Ta zahrnuje i časné ztráty během prvních týdnů gravidity. Odhaduje se, že 12 - 20% těhotenství končí ranou ztrátou plodu (Scotchie, Fritz, 2006).

Příčiny perinatální úmrtnosti jsou především v důsledku vrozených vývojových vad, které jsou neslučitelné se životem. K intrauterinnímu úmrtí může dojít kdykoliv v průběhu perinatálního období (Čech a kol. 2006, s. 378). K příčinám antepartálního úmrtí se řadí poruchy fetoplacentární jednotky a pupečnickové komplikace, dále jsou to intraovulární infekty a také závažné stavy matky. V průběhu porodu dochází k úmrtí plodu zejména v důsledku intrapartální asfyxie plodu. Příčiny časných novorozeneckých úmrtí jsou především z důvodu perinatální hypoxie a infekčních komplikací u předčasně narozeného novorozence. Řada úmrtí má kořeny v perinatálním období (Čech a kol. 2006, s. 378).

1.2.1 Úmrtí dítěte v průběhu těhotenství

Potratem se rozumí plod, jenž po vypuzení či vyjmutí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 500 gramů, nebo jeho hmotnost není možné zjistit, pokud je těhotenství kratší než 22 týdnů. Podle statistiky přibližně 10- 15% klinicky diagnostikovaných těhotenství končí potratem. Četnost samovolných potratů vzrůstá s věkem matky.

Podle mezinárodní klasifikace nemocí se potraty dělí na:

- 1) potrat spontánní, samovolný (abortus spontaneus) - nejčastější příčinou je defektní plodové vejce nebo mateřské příčiny
 - 2) potrat indukovaný, legální, terapeutický (abortus inductus) - umělé ukončení těhotenství na žádost pacientky, například ze sociálních důvodů, zdravotní indikace ze strany matky při jejím závažném onemocnění, při psychiatrických poruchách, maligních tumorech atd.
- zdravotní indikace ze strany plodu - objektivně prokázané postižení plodu genetickým onemocněním či infekcí (Čech, 2006, s. 182).

1.2.2 Mrtvě rozené dítě

Mrtvě rozené dítě je plod narozený bez známek života o hmotnosti 500 gramů a více. Nelze-li porodní hmotnost zjistit, pak plod narozený po ukončeném 22. týdnu gravidity. Pokud nemůžeme určit délku těhotenství, pak se jedná o plod dlouhý nejméně 25cm od temene hlavy k patě (Procházka, Pilka, 2016, s. 116).

Smrt dítěte v průběhu těhotenství nebo krátce po porodu je pro rodiče jedna z nejtěžších životních událostí. Ke ztrátě dítěte dochází náhle a nečekaně. Jde o něco, co rodiče považují za nespravedlivé, nepřirozené a proti přírodě. Tato událost může trvale poznamenat psychiku žen. Spontánní potrat pro těhotnou ženu zpravidla představuje šok, zoufalství, zhroucení nadějí a veškerého očekávání, které se vztahuje ke graviditě a narození zdravého dítěte. Ať jsou příčiny jakékoliv, emocionální účinek spontánního abortu může mít na ženskou psychiku ničivý vliv. K přirozenému pocitu smutku se přidává i intenzivní pocit viny, zda není za potrat zodpovědná. V případě chtěné, očekávané gravidity je spontánní potrat silnou krizovou situací, přináší zklamání, smutek a všechny příznaky legitimního truchlení (Špatenková 2006, s. 91).

Příčiny samovolného potratu se obtížně objasňují, často se na nich podílí více faktorů. Důvody takto nešťastně probíhajícího těhotenství mohou být v zárodku či v plodu, ale také v organismu matky. Samovolným potratem v prvním trimestru v České republice končí přibližně každé čtvrté až páté těhotenství, příroda jím obvykle řeší svůj omyl (Pařízek, 2015, s. 216).

Po 20. týdnu gravidity je nejčastější stížností těhotných žen, u nichž došlo k odumření plodu v děloze absence pohybů plodu, pocit úbytku tělesné hmotnosti, zmenšení prsou, bolesti v podbřišku, nebo krvavý vodnatý výtok. Nejspolehlivější diagnostickou metodou je vyšetření ultrazvukem (Pařízek a kol. 2012, s. 209).

Skutečnost, že dítě není schopné života, je hlubokým duševním traumatem a negativně ovlivňuje psychický stav postižené ženy. Přichází období zklamání a ztráty nadějí.

Zármutek a úzkost rodičů nad ztrátou dítěte vyžadují emoční podporu postiženým. Ačkoli je žen, které postihl samovolný potrat poměrně mnoho, nebyla jim dosud z hlediska psychologické pomoci věnovaná dostatečná péče (Pařízek, 2015, s. 218). Ženu, která udává v anamnéze intrauterinní úmrtí plodu je třeba

v následujícím těhotenství pečlivě sledovat v prenatální poradně pro riziková těhotenství (Pařízek a kol. 2012, s. 210).

1.2.3 Smrt dítěte po porodu

V případě kritického stavu novorozence je klíčová správná komunikace zdravotníků s rodiči. Sdělování infaustní prognózy nebo oznámení náhlé, ale i očekávané smrti novorozence, je lékařskou povinností. Rodičům by měly být informace oznámeny dostatečně citlivě ale konkrétně, ideálně ve spolupráci s psychologem. U rodičů a nejbližších příbuzných dítěte probíhají stadia, ve kterých se vyrovnávají s infaustní prognózou.

V různé míře mohou rodiče prožívat období šoku, popření, objevují se pocit viny, popření pocitu viny, pocit marnosti, smíření a oplakávání. Pokud je to možné, je důležité, aby byli rodiče kontaktováni s dostatečným předstihem, byla jim podle jejich přání dána možnost prožít s dítětem poslední chvílky jeho života v klidném a nerušeném prostředí, případně umožnit případné rituály, které plynou z etnické nebo náboženské příslušnosti.

Bylo prokázáno, že pokud mohli být rodiče s dítětem do posledních chvil, proběhla adaptace na jeho odchod klidněji a bez tzv. patologických forem šoku (Straňák, 2015, s. 519).

Zármutek rodičů po smrti již narozeného dítěte bývá traumatictější, dlouhodobější, hlubší a komplexnější než kterýkoli jiný zármutek. Ztráta dítěte je nejtragičtější a je prožívána jako nejnespravedlivější ze všech ztrát (Firth a kol. 2007, s. 105).

2 RODINA PO ZTRÁTĚ DÍTĚTE

Každým rokem prochází tisíce rodičů a nejbližších příbuzných obdobím nesmírné bolesti, zmatku a změn, které přináší do života smrt dítěte. Ta zasáhne do fungování rodiny a do komunikace mezi nejbližšími. V mnoha případech tato zkušenost nejbližší stmelí, přestože v prvních chvílích, dnech i týdnech si někteří rodiče přejí být sami, chtějí si sami prožít svou bolest, své zoufalství, vyplakat se, zbavit se výčitek. Toto nejtěžší období v životě rodiče může být prožíváno různým způsobem a může to být období velmi dlouhé, ve kterém rodič prožívá svou bolest a nevnímá okolí. Takový prožitek může přejít i do zoufalství a deprese, což vyžaduje vždy citlivý přístup a mnohdy doporučení k vyhledání psychoterapeuta. Může také nastat situace, kdy se rodič vrátí velmi brzy do starých kolejí a snaží se navenek chovat tak, že život jde dál, že vše zvládá, ačkoli se uvnitř velmi trápí. Po různě dlouhém časovém období se však může objevit deprese nebo jiná nemoc, jako následek traumatické zkušenosti.

Po období prožití hlubokého vnitřního žalu se člověk obvykle chce vrátit zase zpět do normálního života, vrací se však s novou, hlubokou zkušeností (Špaňhelová, 2012).

Ztráta dítěte patří mezi nejnáročnější životní situace. Čím blíže k termínu porodu k ní dojde, tím hůře se s ní rodiče vyrovnávají. Z psychologického hlediska je možné hovořit o krizové situaci, která postihuje především matku, jejíž dítě zemřelo, ale samozřejmě i ostatní členy rodiny. Za nejnáročnější okamžiky lze považovat sdělení o smrti dítěte, samotný potrat či porod mrtvého plodu a dobu bezprostředně následující. Kastová (2000) popisuje první okamžik ztráty jako moment, kdy je naše existence zcela pohlcena a žena i její partner prožívají otřes, který se dotýká základů jejich existence. Hrouť se jejich dosavadní porozumění sobě sama i světu (Sobotková, 2015, s. 141).

Řada teorií se zabývá rozdílností truchlení u žen a u mužů po ztrátě dítěte. Muži, obzvláště v rané fázi těhotenství nemusí mít k plodu stejný vztah jako jejich partnerka. Mohou mít obavu, že pokud budou svůj smutek projevovat, zhorší se jejich partnerský vztah. Často se snaží spíše než mluvit o svých pocitech odvracet pozornost jinam. Gold a kol. (2007) zjistili, že u párů, které prožily perinatální ztrátu,

je větší riziko rozpadu manželství. U většiny z nich byl tento jev zaznamenán 1,5 až 3 roky po ztrátě dítěte.

2.1 Psychické změny po perinatální ztrátě

U rodičů a blízkých, kteří prožili perinatální ztrátu, probíhají psychické změny různé intenzity:

Smutek - stav, ve kterém se prolínají okamžiky zoufalství s okamžiky vzdoru a mnoho dalších pocitů.

Zarmoucení – lehčí forma smutku, vyvolaná například ztrátou nějakého předmětu či drobným neúspěchem.

Žal – silnější forma smutku vyvolaná zážitkem velkého neštěstí, jako je třeba ztráta blízké, milované osoby. Hluboký smutek je tichý a odevzdaný. Je to stav, ve kterém se člověk uzavírá světu a který obvykle přichází poté, co se hoře utišilo. Žal v sobě zahrnuje touhu zaměřenou do minulosti, touhu po návratu něčeho, co již bylo ztraceno. Je to především reakce na ztrátu nejbližší osoby a člověk postižený takovou ztrátou pociťuje touhu po tom, aby k ní nedošlo, a je zoufalý z její neodvratitelnosti.

Hoře – extrémní forma smutku, která se vyznačuje průvodními motorickými a verbálními reakcemi (hořekování, nařikání, spínáním rukou a dalšími reakcemi).

Intenzita smutku je tím větší, čím větší hodnotu mělo to, co bylo ztraceno. Smutek, i když je hluboký, nemusí být doprovázen pláčem. Velmi intenzivní žal bývá tichý a provázený jen stékáním slz (Nakonečný 2000, s. 251- 252).

2.2 Truchlení

Zármutek je směs různých pocitů, které se někdy objeví všechny současně, někdy jednotlivě po sobě. I jedince, kteří se považují za velmi vyrovnané a racionální, může zaskočit poznání, jak se jejich emoce každou minutou mění. V takové chvíli

je důležité ženu ujistit, že to, co prožívá je zcela normální, zákonité a dočasné (Hayes, 2003, s. 83).

Prožívání truchlení může u rodičovského páru probíhat rozdílně, jak do tempa, způsobu i intenzity. Rozdílnosti v prožívání vyplývají z rozdílných rodinných podmínek, osobnostních charakteristik apod. Také proto, že jejich pouto k dítěti bývá rozdílné. Během těhotenství navazuje matka k dítěti silnější pouto než otec. Ten vnímá dítě až do doby narození mnohem abstraktněji. Otcové se obvykle stávají prostředníky mezi ženou a zdravotnickým personálem, často jsou to oni, kdo sděluje informace rodině a blízkým. Mnoho mužů reaguje tak, že se stáhnou a truchlení potlačují či oddalují, unikají do pracovních povinností, zahrnují se úkoly (Sobotková, 2015, s. 143, 144).

U pozůstalých rodičů se mohou objevit pocity jako je úzkost, zlost, případně mohou obviňovat ošetřující zdravotníky, členy rodiny, i sami sebe. To může být částečně způsobeno náhlostí úmrtí, jestliže neexistuje vědecké vysvětlení situace. Pokud je možno nalézt příčinu ve vrozené vadě či extrémní nezralosti, přijímají realitu snadněji (Enkin a kol. 1998, s. 356).

Výchozím teoretickým konceptem u většiny studií o truchlení je esej Sigmunda Freuda „Truchlení a melancholie“. V souladu s Freudovými úvahami je truchlení chápáno jako „těžká práce, která je odměněna v okamžiku, kdy je obnoven normální stav“. Tato aktivita se zakládá především na vzpomínkách a Freudem byla označena jako práce truchlení (FREUD, A., Já a obranné mechanismy, 2006).

Truchlení představuje jistý způsob zpracování zármutku. Je to proces, kdy se smutek ze ztráty rozplývá nebo mění. Intenzita a délka reakcí na ztrátu je daná mnoha faktory, některé z nich mohou průběh truchlení usnadnit, jiné komplikovat, a to podle okolnosti úmrtí.

V některých kulturách dodnes existuje tzv. povinná doba smutku (např. Židé).

V české společnosti se obvykle akceptuje otevřený žal po dobu 3-6 týdnů, i když pozůstalí většinou trpí déle. Truchlení rodičů nad smrtí dítěte může trvat celý život (Baštecká, 2009, s. 405). Rituály (pohřeb a vzpomínkové obřady) a možnost pozůstalých hovořit o jejich ztrátě a jejím významu, sociální opora a kulturní vlivy, které umožňují vyjádření jejich smutku, patří mezi faktory, které podporují normální smutek a truchlení (Kupka, 2014, s. 178).

V procesu truchlení rozlišujeme čtyři fáze:

Fáze popření - v tomto období je snižena schopnost uvědomit si ztrátu, pocity prázdnoty, vyhýbání se myšlenkám na ztrátu, vyhýbání se zármutku. Člověk se chová tak, jako by ke ztrátě vůbec nedošlo.

Fáze propukajících chaotických emocí - psychická bolest, hněv, úzkost, strach, pocity viny, hledání viníka, neklid, poruchy spánku. Je nutné si tímto emočním chaosem projít, vydržet a ventilovat ho.

Fáze hledání a odpoutávání - zesnulý člověk je zpřítomňován ve vzpomínkách a snech, oslovován ve vnitřních rozhovorech, připomínán na fotografiích, vzpomínán na oblíbených místech, idealizován.

Fáze nového vztahu k sobě - v této fázi je dosaženo přijetí ztráty, nalezení nových životních možností, kromě bolestných pocitů se aktivují i vzpomínky na šťastně prožité chvíle. Teprve poté přestane žena pociťovat bolest a je schopna přemýšlet o dalším dítěti.

Je nutné mít na mysli, že zármutek a proces truchlení po úmrtí dítěte je jedním z nejdelších, nejhlubších a nejkomplexnějších zármutků ze všech a rodiči i pozůstalými je vnímán velmi nespravedlivě a tragicky (Firth a kol., 2007). Proces truchlení lze také považovat za model, jak překonat těžkou krizi. Získané možnosti můžeme integrovat do svého života. Potom je člověk schopen žít dál s novými možnostmi jednání (Kastová, 2000, s. 79).

2.1.1 Nekomplikované truchlení

Jedná se o normální smutek a zahrnuje široké spektrum psychických prožitků a způsobů chování, které můžeme po ztrátě někoho blízkého identifikovat u pozůstalých (Kubíčková 2001, s. 17).

V časně reakci na ztrátu někdy přetrvává pocit, že jde o zlý sen a objevuje se naděje, že mohlo dojít k omylu. Často mají ženy pocit, že v dnešní době se nemůže nic podobného stát. Mohou se dostavit typické somatické potíže jako nespavost, bušení srdce, sucho v ústech, časté močení, průjem, pocení. Mohou se objevit změny ve vnímání času, prostoru i sama sebe, které jsou označovány jako

rizikové faktory pro vznik posttraumatické stresové poruchy. Někdy se mohou objevit i myšlenky na sebevraždu (Ratislavová, 2016, s. 123).

Člověk, jenž úspěšně projde krizovou situací, je po této stránce nejen stabilizovaný, ale je také obohacený a pravděpodobně i více imunní proti dalším možným krizím, což platí také naopak (Vácha a kol. 2012, s. 83).

2.1.2 Komplikované truchlení

Komplikovaný smutek

Komplikovaný smutek je provázen intenzivním truchlením, touhou po přítomnosti zemřelého ve spojení s častými prudkými a bolestnými emocemi, které překračují dobu, která se považuje za adaptivní. Od normálních reakcí na ztrátu se ve své podstatě neliší, rozdílná je intenzita a délka trvání reaktivních příznaků. Jak ale správně poznamenává Baštecká (2009): „*Kdo posoudí, že smutek trvá „příliš dlouho a je nadměrný“?*“

Komplikovaný zármutek po perinatální ztrátě je vymezen především touhou po dítěti, každodenní bolestí v srdci, potřebou spojení s dítětem. Tuto potřebu nemohou jiní ukojit. Jsou potíže s přijetím smrti milované osoby, nedůvěra v okolí, pocity vzteku a hořkosti ve vztahu ke ztrátě, necitlivostí a odstupem od ostatních. Pocity, že svět je bez dítěte prázdný, černou budoucností, nervozitou a sociální dysfunkcí. Pro stanovení diagnózy komplikovaného zármutku je důležité časové hledisko. Období trvání symptomů je pro stanovení diagnózy nejméně šest měsíců.

Komplikovaný zármutek by měl být odlišen od duševních poruch, jako je depresivní a úzkostná nebo posttraumatická stresová porucha (Ratislavová, 2016, s. 56, 154).

Ztráta blízké osoby vyvolává zcela mimořádnou krizi: V jediném okamžiku pohltní celou naši existenci. Touto ztrátou je otřesena vlastní identita, člověk už nechápe, jak sám sebe prožívá, a také přestává rozumět světu (Kastová 2000, s. 75).

Traumatická krize

K traumatické krizi dochází, pokud je spouštěč krize extrémně intenzivní a ohrožuje život jedince nebo jeho blízkého. Tato krize vzniká po náhlé ztrátě blízké osoby. V teorii krize se předpokládá, že jedinec v krizi funguje psychicky, emočně nebo behaviorálně na nižší úrovni než před vznikem tragické události.

Za cíl krizové intervence se považuje „vrátit se na předkrizovou úroveň fungování“ (Baštecká, 2009, s. 149).

Posttraumatický stres

Nejextrémnější formou stresu je jistě stres, který pramení z nějaké traumatické události - traumatický stres. Posttraumatický stres je takový, který přetrvává i následně po traumatické události. Jestliže se posttraumatický stres naakumuluje do úrovně, jež s sebou nese dysfunkce v každodenním životě, je možné použít termín posttraumatická stresová porucha, o které budeme pojednávat v následující kapitole (Rothschildová, 2015, s. 9).

2.3 Posttraumatická stresová porucha

Rozdíl mezi truchlením a posttraumatickou poruchou je ten, že truchlící matka chce být dotazována na své zesnulé dítě i na to, čím teď prochází. Chce si pamatovat a vzpomínat. Oběť traumatu s posttraumatickou poruchou si zpravidla nechce pamatovat, ani vzpomínat, natož otevřeně hovořit o své zkušenosti. Ráda by na vše zapomněla, tento zážitek vymazala ze své paměti i ze svého života (Špatenková 2006, s. 143).

Posttraumatický stresový syndrom je vyvolaný traumatickým prožitkem a projevuje se opakovaným prožíváním v mysli postiženého nebo ve snech, psychosociální otupělostí, somatickými reakcemi, poruchou spánku, změnou přístupu k životu, obtížemi v mezilidských vztazích, sebedestruktivním chováním, špatnou kontrolou impulzů, vznikem fobie, podrážděností, výbušností (Doenges, Moorhouse, 2001, s. 525). Vedle projevů psychických bývají i výrazné projevy vegetativní (záchvatová tachykardie, pocení, sucho v ústech, dušnost). Potíže mohou být zhoršovány alkoholem nebo jinými drogami (Dušek, 2015, s. 255).

Příznaky obvykle začínají po traumatu po období latence, které může být od několika dnů až do šesti měsíců. U některých postižených dle Duška (2015) porucha postupně sama odeznívá, někdy za podpory psychoterapie a medikamentózní léčby, a to v závislosti na charakteru potíží. U malého procenta

postižených chronifikuje a dlouhodobě přetrvává (může trvat i několik let a vyvolat změny nebo poruchy osobnosti).

2.4 Zvládání zátěže

2.4.1 Coping

S označením „coping“ (z anglického slovesa „to cope with“, což v překladu znamená – „vyrovnat se s něčím, zvládat něco, poradit si) se můžeme setkat ve významu zvládací reakce nebo mechanismy, jimiž se rozumí relativně přirozené formy reakce na stresovou situaci. Zvládací strategie či styly jsou zase vědomě řízené aktivity zaměřené na zvládnutí stresové situace, tedy na takzvané moderování, zmírňování reakce na zátěž. Do psychologie zavedl pojem coping Abraham H. Maslow v 50. letech 20. stol. a popisuje ho jako *„chování, které slouží ke zvládnutí požadavků prostředí“*. Jeho snahou bylo odlišit ho od jiného chování, které vzniká např. pro potěšení.

V roce 1966 popsal pojetí copingových strategií Richard Stanley Lazarus: *„Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu vyhodnoceny jako zdroje ohrožení- stresory“* (Baštecká, 2009, s. 55). Psychické stresory je možné rozdělit na akutní a chronické. Dlouhodobý stres má za následek téměř vždy supresi mnohých imunitních funkcí, a to především protiinfekční a protinádorové obrany. Mezi největší psychické stresory řadíme úmrtí dítěte nebo životního partnera (Ferenčík 2005, s. 225). Tabulku stresových události T. H. Holmese a R. H. Raheha uvádíme v Příloze 3.

2.4.2 Zdroje pro zvládání zátěže

Zvládáním dle klasické definice Lazaruse (In Vágnerová, 1966) se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující zdroje. Jádrem zvládání je využívání snah jak intrapsychických, tak i typu určité aktivity, a řídit vnitřní či vnější požadavky, které těžce doléhají

na člověka. Zvládání složitých životních situací je chápáno jako dynamický proces, kdy dochází k vzájemným interakcím mezi člověkem a danou zdravotní situací (Křivohlavý, 2002, s. 98). Způsoby vyrovnávání se se zátěžovými situacemi lze diferencovat podle toho, zda jsou vědomé či neuvědomované. Mezi oběma možnostmi existuje plynulý přechod, člověk zároveň může mít různou reakci. Coping je vědomou volbou řešení zátěžové situace (Vágnerová, 2005, s. 267).

Zdroje zvládání zátěže lze nejčastěji rozdělit na vnitřní a vnější:

Vnitřní zdroje jsou osobnostní charakteristiky, jimiž je jedinec vybaven a které mu pomáhají s vyrovnáním se zátěžovou situací.

1. **Optimismus** neboli sklon očekávat pozitivní budoucnost.
2. **Místo kontroly** (locus of control) určuje přesvědčení jedince o tom, do jaké míry určuje a řídí výsledky své činnosti. Nositel externího místa kontroly má tendence přisuzovat výsledky své práce spíše náhodě či svému okolí, zatímco nositel interního místa kontroly je přesvědčený o tom, že je za ně sám zodpovědný.
3. **Smysl pro soudržnost** či integritu (sense of coherence). Čím vyšší má jedinec smysl pro soudržnost osobnosti jako smysluplného celku, tím je odolnější v situacích zátěže. Sense of coherence se skládá ze srozumitelnosti, smysluplnosti a zvládnutelnosti.
4. **Nezdolnost** nebo tuhost (hardiness) označuje představu, že má jedinec situaci pod kontrolou i v situaci zátěže a nenechá se odradit od řešení problémů či započatých aktivit
5. **Životní smysl** je motivační silou jedince. Smysl může člověk nalézat v jednotlivých, i malých situacích, a v životě jako celku. Není tedy divu, že pokud člověk vidí smysl i v zátěži a zkouškách, lépe se s nimi vypořádá.
6. **Sebehodnocení** jako výsledek mezi tím, jak člověk vidí sám sebe a očekáváním od okolí. Pokud je sebehodnocení pozitivní, plyne z něho i vysoká míra sebeúcty.
7. **Očekávaná osobní zdatnost** (self-efficacy) je výsledkem sebehodnotících procesů na základě minulých zkušeností a označuje víru v to, že je jedinec schopen dosahovat kýžených výsledků.

Vnější zdroje jsou ty, které jsou jedinci k dispozici ze strany druhých osob. Lze je souhrnně nazvat jako sociální opora. Ta může být dvojího druhu - opora faktická, které se jedinci skutečně dostane ve chvílích zátěže, a opora očekávaná, se kterou jedinec počítá a která ho posiluje v boji se zátěží, i kdyby byla jen v představách.

1. **Emocionální opora** nabízí přijetí, porozumění a pochopení ve chvílích zátěže.
2. **Opora sebehodnocení** posiluje jedince v jeho vlastním sebehodnocení ve chvílích, kdy o sobě pochybuje.
3. **Opora sociální sítě** naznačuje, že jedinec není na situaci sám a také není jediný, kdo podobnou situací prochází.
4. **Informační opora** představuje souhrn všech informací, které jsou jedinci poskytnuty v případě potřeby jeho blízkými, odborníky i např. v knihách nebo na internetu.
5. **Materiální oporou** se rozumí jakákoli pomoc materiálního druhu, ať už se jedná o finance, věci, fyzickou pomoc či nabídnutí přístřeší (Kliment, 2014, s. 31-32).

2.4.3 Obranné mechanismy

Zármutek rodičů je zpravidla tak intenzivní, že u nich dochází k aktivaci obranných mechanismů, které je ochraňují před nesnesitelnou bolestí.

Obranné mechanismy představují nevědomou obranu ega před nezvládnutými afekty a pudovými přáními. Člověk jimi získává čas, aby nashromáždil dostatečné množství energie a mohl racionálně čelit věcem takovým, jaké jsou. Problém nastává, pokud jich jedinec užívá příliš často a příliš dlouho, když nahrazují reálné řešení jeho problémů. Problematiku obranných mechanismů zavedl do psychologie Sigmund Freud a dále je rozpracovala Anna Freudová, nejmladší z jeho čtyř dětí.

V následující části uvádíme jen nejčastější obranné mechanismy, které se mohou po perinatální ztrátě objevit. Všechny mají společné to, že překrucují či popírají realitu a jedinec si je neuvědomuje:

Disociace - při disociaci dochází k oddělení traumatických myšlenek a pocitů. Nejčastějším projevem disociace je amnézie různého stupně. Může se týkat nejen jednotlivých prožitků, ale také jejich chronologické posloupnosti. Důsledkem disociace se mohou vytrácet psychické či fyziologické reakce tak, že žena či její

partner neprojevují žádné emoce, přestanou komunikovat, případně se všemu bez komentáře a otázek podřizují, nebo se zaměřují někdy až na bizarní technické detaily. Mohou tak působit dojmem že je jim tato situace lhostejná.

Ženy mnohdy uváděly pocit, jako by se to nepříhodilo jim, jako by to nebyla skutečnost, ale jen zlý sen. Toto oddělení sice umožňuje návrat k obvyklému fungování, ale znemožňuje emoční kontakt s traumatickým zážitkem a jeho zpracování (Sobotková, 2015, s. 141).

Racionalizace – jedná se o snahu vyhledávat argumenty k popření vlastních názorů nebo jednání. Ty však vykládají skutečnost jinak, a to takovým způsobem, aby nepoškodili obraz, který o sobě máme. Rozumově je zdůvodněno a ospravedlněno chování, které by jinak bylo nepřípustné nebo nevysvětlitelné. V případě perinatální ztráty žena může hledat pozitiva této události (např. „možná by dítě bylo postižené a bylo by to ještě náročnější“).

Sublimace – při sublimaci dochází k obrácení vytěsněných negativních emocí a zážitků do jiné, společensky přijatelné podoby. Např. žena po ztrátě dítěte se začne věnovat umění nebo něco vytvářet (malba obrazů, pečení dortů).

3 NABÍDKA POMOCI ŽENĚ PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ

Ačkoli existuje mnoho článků o rizikových faktorech a modelech smutku, je jen velmi málo výzkumů, které dokumentují účinnost různých intervencí. Současná zjištění z randomizovaných kontrolovaných studií však poukazují na význam psychoterapeutického monitorování a podpory. Přestože je obecně známo, že perinatální ztráta může vést k psychickým poruchám, jen málo žen po potratu dostane rutinně nabídku následné psychologické podpory (Kersting, Wagner, 2012, s. 187-194).

V následující kapitole uvádíme možnosti dostupné pomoci ženě nebo páru, kteří prožili perinatální ztrátu. Velmi významná je role doprovázejících zdravotníků, kteří jsou většinou prvními, kdo jsou přítomni oznámení zprávy o smrti dítěte, doprovází ženu obdobím samotného porodu a v následujícím období. Důležitými lidmi jsou také rodinní příslušníci a přátelé, kteří mohou umožnit nekomplikovaný proces truchlení. Některé ženy stále více využívají podporu laického poradenství, především sdílení svých příběhů pomocí sdružení nebo internetových portálů.

3.1 Přístup zdravotníků

Přístup a chování zdravotníků je v procesu truchlení velmi důležitým momentem. Rodiče vstupují se zdravotníky do kontaktu především v akutní fázi prožívání perinatální ztráty. Mnoho rodičů oceňuje, když porodní asistentky a lékaři své emoce projeví v přiměřené míře a účast vyjadřují třeba i beze slov, jen pohledem nebo stiskem ruky. Někdy se však rodiče setkávají s neadekvátním přístupem a nedostatečnou podporou. Například respondentky výzkumu Borůvkové (2012) často postrádaly uznání a respektování významu ztráty dítěte a negativně hodnotily necitlivý a neosobní postoj, resp. emoční odstup zdravotníků. Zaměření se na somatickou stránku věci, emoční odstup, omezený kontakt s rodičkou a vyhýbavé chování mnohdy volí zdravotníci jako způsob ochránit sami sebe před mimořádnou emocionální zátěží (Sobotková, 2015, s. 147).

3.1.1 Specifika komunikace zdravotníků s pozůstalými

S rodiči je nutné jednat v klidné atmosféře, ohleduplně, beze spěchu. Není možné se nechat strhnout jejich emocemi, které mohou být zvláště při nečekaném úmrtí velice dramatické. Lékař by měl srozumitelně vysvětlit příčinu úmrtí, klidně a pravdivě odpovědět na dotazy rodičů. Pochopení pro citovou situaci rodičů může vyjádřit i sestra, dát jim najevo sympatizující postoj, zodpovědět jejich dotazy, které se týkají posledních chvil jejich dítěte.

Není vhodné matku, resp. rodiče rozptýlit, nebo příliš rychle utěšovat. Je důležité chránit prožití smutku. V některých zemích je naprosto běžné, že si rodiče své umírající či zemřelé dítě chovají, potom si je omyjí a obléknou a rozloučí se s ním. Mnohé matky, které viděly své dítě naposledy živé, a nebylo jim umožněno je spatřit po jeho úmrtí, prožívají dlouhodobě pocit prázdnoty, pocit něčeho neukončeného (Fendrychová, Borek, 2007, s. 181).

3.1.2 Role zdravotníků při rozloučení se s dítětem

Rituály rozloučení se s dítětem nejsou v České republice nijak upraveny zákonem, většina zdravotnických zařízení má k dispozici pouze metodický pokyn. Po úmrtí zůstává zemřelý ještě povinně dvě hodiny na oddělení a rozloučení s dítětem zákon nijak nezakazuje. Porodní asistentka by tedy měla rodičům rozloučení umožnit. Jak uvádí Mrowetz, rozloučení zvyšuje naději na lepší vypořádání se s perinatální ztrátou (Mrowetz, 2008).

Plán pro porod mrtvého dítěte musí zahrnovat i přání rodičů o způsobu rozloučení se s ním.

K nevyřčeným potřebám rodičky musí být porodní asistentka pozorná. „*Nepředpokládáme, ptáme se*“. Porodní asistentka se rodičů zeptá na jméno, které rodiče pro své dítě zvolili a v komunikaci s nimi toto jméno používá (Roztočil, 2017, s. 209).

Pokud u matky byla zjištěna porucha plodu neslučitelná se životem již v průběhu těhotenství a matka byla postupně na možné úmrtí dítěte připravovaná, je situace jednodušší.

Při úmrtí novorozence hraje důležitou roli první informace rodičům. Sdělení musí provést lékař, ideálně ten, který dítě ošetřoval, kterého rodiče znají a mají k němu důvěru. Je třeba informaci podat co nejdříve, zbytečně sdělení neodkládat. O smrti dítěte by se měli dříve dozvědět rodiče a především matka, než jejich okolí (Fendrychová, Borek, 2012, s. 180).

Po neúspěšném porodu by měla být žena ošetřována spíše na gynekologickém než porodním oddělení a ošetřujícím personálem jí má být poskytnuta veškerá možnost k vyjádření svého smutku a lítosti (Zwinger, 2004, s. 461).

Informace o možnostech rozloučení by měli rodiče dostat jak ústní, tak i písemnou formou (např. leták „*Prázdná kolébka*“). Je možné, aby byl novorozenec při rozloučení oblečen ve vlastním oblečení. V naší zemi nebývá příliš obvyklé, aby umírajícího novorozence ošetřovala matka, případně oba rodiče. Pokud ale jde o přání rodičů a provozní podmínky to umožňují, mělo by jim to být umožněno. Je vhodné je připravit na to, jak bude novorozenec vypadat. Jestliže je novorozenec odpojen od přístrojů, musíme rodiče upozornit na možné svalové kontrakce a lapání po dechu. Je nutné rodiče ujistit, že jejich dítě není samo, nemá bolesti a nebojí se. Před odpojením z přístrojů může být dítě pokřtěno a podle spirituálních potřeb rodičů nabídneme možnost duchovní podpory. Podle přání rodičů umožníme rozloučení i příbuzným či sourozencům dítěte. Je nezbytné, aby chování porodního týmu bylo nediskriminační a podpůrné pro všechny rodiče barvy pleti, národnosti, víry či věku. Rodiče musíme ujistit, že jsme jak my, tak i oni, udělali pro novorozence maximum (Roztočil, 2017, s. 211).

V případě, kdy rodiče nebyli přítomni úmrtí dítěte, je na místě vhodně vedený rozhovor se sdělením o posledních chvílích života dítěte a ujištěním, že nebylo samo a netrpělo bolestí. Je také vhodné nabídnout pomoc při pořízení památek na dítě - fotografie dítěte, karta se jménem dítěte, otisky ručky, nožky, odstřížení pramene vlasů (Straňák, 2015, s. 520).

3.1.3 Program péče o pozůstalé

Program péče o pozůstalé má truchlícím rodičům dodat odvalu, umožnit, aby své dítě viděli, chvíli podrželi, dali mu jméno a také uspořádali pohřeb. Je nutné

dohodnout pohovor s vedoucím porodnice, vedoucí porodní asistentkou i s pediatry a vysvětlit rodičům, co proběhlo špatně. Důležitou roli hraje také genetické a porodnické poradenství a obeznámení rodičů s výsledkem pitvy. Soucitná a informovaná péče jim pomůže se lépe vzchopit.

Informace týkající se vyřizování rodného a úmrtního listu, zařizování pohřbu a peněžité pomoci po porodu, předává sociální pracovnice FN v Olomouci. Informace také předává v tištěné podobě (viz Příloha 6).

Potřeba vyhledat profesionální pomoc může u rodičů nastat za různě dlouhou dobu po ztrátě dítěte. Často k ní dochází tehdy, pokud nejsou dostatečně účinné nebo selhávají ostatní zdroje (rodina, přátelé, svépomoc). Pokud mají rodiče dostatek informací o možných způsobech podpory, může jim být toto rozhodnutí usnadněno a mohou si zvolit formu pomoci, kterou potřebují. Ideálně by tyto informace měli rodiče obdržet už v porodnici. Je taktéž vhodné, aby intervence po perinatální ztrátě byly zaměřeny nejen na ženu, ale i na ostatní členy rodiny (Cacciatore, Schnebly & Froen, 2009).

3.1.4 Komunikace mezi zdravotníky

Nejen rodiče, ale také zdravotnický personál je vystaven silným emočním prožitkům. Nejistota v situaci ztráty může u porodních asistentek vést k vyhýbavému chování, rutinnímu zacházení se ženou a omezení ošetřovatelské péče na péči tělesnou, nebo také k úniku do bezúčelné aktivity (Ratislavová, Lorenzová, 2013, s. 23-25).

Mezi zdravotníky navzájem je nezbytná dobrá komunikace a vzájemné vztahy, aby tak nedocházelo k bolestným situacím, kdy se např. někdo z personálu z důvodu nevědomosti zeptá na dítě v domnění, že je živé (Enkin, 1998, s. 357). Samotné vztahy mezi spolupracovníky mají důležitý etický aspekt, protože se často řeší otázky týkající se základních lidských hodnot (Plevová, 2012, s. 108).

3.2 Psychoterapeutická intervence

Pojmem psychoterapie jsou označovány takové formy léčby, při nichž se používají psychologické poznatky. Cílem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti. Rozlišujeme terapii individuální, skupinovou a rodinnou. Těžištěm může být rozhovor, umělecká práce, psychogymnastika, dramatizace, nácvik dovedností, nebo hraní rolí. Psychoterapie napomáhá obnovit přirozený pocit kontroly svého vnímání, myšlenek a představ, emocí a chování (Praško, 2015, s. 86). Pro zmírnění bolesti těžce trpících pozůstalých byla vypracována psychoterapeutická opatření, jelikož často hrozí riziko, že zármutek bude spojen s hlubokou depresí, někdy až sklonem k sebevraždě. Prožívání bolesti se může stát nesnesitelné, zejména pokud se jedná o ztrátu tragickou, ke které nemuselo dojít. Ztráta milované osoby je vždy nenahraditelná, ale lidé nábožensky cítící se s ní mohou smířit (Nakonečný, 2000, s. 253).

Řada studií prokázala nárůst depresivních příznaků po potratu. Neugebauer a kol. zjistili, že v raných týdnech po ztrátě mělo 36% žen středně těžké až těžké depresivní příznaky, které postupně klesaly během šesti měsíců (Robinson a kol, 2014, s. 178).

Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, představami a myšlenkami, chováním a emocemi. Může pomoci hlouběji porozumět tomu, co se s člověkem v depresi děje. Učí, jakým způsobem zacházet s problémy v životě. Psychoterapie je velmi účinnou metodou, pokud deprese probíhá pod lehkým či středně závažným obrazem. Pro lidi, kteří trpí velmi hlubokou depresí, není psychoterapie dostatečně účinná, může ale pomoci v době odeznívání depresivní fáze a zkrátit dobu léčby.

Poradenští a kliničtí psychologové pomáhají lidem vyrovnat se s náročnými životními situacemi. Úmrtí blízké osoby je jedním z nejčastějších témat. Jedinci, kteří touto zátěžovou situací procházejí poprvé, mohou být až zaskočeni hloubkou emocionální reakce. V tomto případě je pomoc poradenského psychologa více než užitečná. Pokud chce psycholog pomáhat efektivně, je nezbytné důkladně poznat, jaký dopad má na pozůstalé ztráta blízké osoby. Každý má svůj způsob, jak se se ztrátou vyrovnat. Je-li nám známo, že je častou součástí procesu truchlení hněv,

psychologovi a klientovi se nabízí užitečná pomoc ve vyhledávání konstruktivních způsobů, jak se vyrovnat s danou situací (Hayes, 2003, s. 82).

Diagnostickým prostředkem pro zjištění intenzity zármutku ženy nebo obou rodičů po perinatální ztrátě je škála perinatálního zármutku (CzSVPGS - Short vision Perinatal Grief Scale, česká verze), kterou uvádíme v Příloze 4. Škála perinatálního zármutku je vhodným nástrojem pro měření intenzity zármutku žen po perinatální ztrátě v České republice. Tímto způsobem je možné vyhledat ženy, které jsou po perinatální ztrátě více zranitelné než ostatní, a kterým je na místě poskytnout odborné poradenství nebo pomoc zdravotnickým či sociálním systémem.

Škála byla vyvinuta a validizována v Leigh Valley a v Pensylvánii mezi lety 1984 - 1989. V originále obsahovala 104 výroky, které se posuzovaly na pětistupňové Likertově škále. Výsledky výzkumu potom vedly k vytvoření zkrácené verze, která byla přeložena do mnoha jazyků, v nichž je i validizovaná a z hlediska vnitřní konzistence je hodnocena jako vysoce kvalitní (Toedter et al., 2001, s. 208).

Faktorová analýza dat odhalila tři velmi odlišné struktury (subškály): aktivní zármutek, obtížné zvládnutí a zoufalství. Součet bodů SGPS se pohybuje mezi 33- 165 body. Čím více bodů, tím je větší intenzita zármutku. Jako možnou psychiatrickou morbiditu označuje hodnota nad 91 bodů (Toedter et al., 2001, s. 220).

CzSVPGS není diagnostickým prostředkem komplikovaného zármutku, depresivní či jiné psychické poruchy. *„Měřením zármutku můžeme identifikovat ženy, jejichž zármutek je za hranicí normálních limitů a těmto ženám může být poskytnuta pomoc zdravotnickým systémem, pokud je pomoc v intimním kruhu rodiny, přátel a známých neadekvátní“* (Adolfsson, 2011, s. 38). Dle výzkumů lze pomocí škály předvídat budoucí zármutek těchto žen (Hutti et col., 2017).

3.3 Spirituální potřeby

Některé ženy jsou vnímavé k duchovním potřebám. Sem můžeme zařadit potřebu ke smíření, potřebu vyrovnat se s vinou, potřebu vědět, co se děje se zemřelým, potřebu nalezení nového smyslu života. Po smutné události si mohou rodiče přát přítomnost kněze a vykonání obřadu křtu v případě ohrožení života dítěte, v dlouhodobější rovině se spíše uplatňuje rozhovor na duchovní úrovni a provádění obřadů ve dny výročí (Baštecká a kol., 2013). Londa a Consoling uvádí, že pastorační péče je nedílnou součástí celkové péče o ženy s perinatální ztrátou a ženy, které prožily ztrátu dítěte, mají svůj smutek vyplakat, vykřičet (Londa, Consoling, 2010).

Spirituální péče o pacienta je definovaná Sekcí spirituální péče Společnosti Jana Evangelisty Purkyně (Kalvínská, 2010). *„Spirituální péče se týká člověka jako celistvé bytosti. Nabízí možnost pomoci porozumět příběhu života, lidsky důstojně přijímat obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možno důvěřovat v další fázi existence. Zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty a může obsahovat specifické prvky, přiměřené zvyklostem klientů.“*

Poskytovatelem spirituální péče by měl být člověk, který je připraven jak odborně, tak i lidsky. V této souvislosti jsou zmiňovaná povolání jako je nemocniční kaplan, pastorační asistentky a duchovní. V širokém slova smyslu je spirituální péče součástí holistického přístupu k člověku.

Z tohoto důvodu je třeba i do péče porodní asistentky zahrnout otázky o víře, rituálech, hodnotách, tradicích a přáních ohledně péče o mrtvý plod. Takovému rozhovoru s rodiči mohou pečující přistoupit až ve chvíli, kdy je navázaná důvěra a blízký kontakt. Také je důležité, aby tomu odpovídala atmosféra a nastavení rodičů. Těžko lze navázat kontakt, pokud jsou rodiče uzavřeni ve svém zármutku. Je možné pouze zmínit možnost takový rozhovor vést, budou-li rodiče chtít. U zdravotnických pracovníků je nezbytný respekt k rozdílným spirituálním potřebám klientů, empatie, naslouchání a možnost kompromisů (Kalvínská, 2007).

Ve Fakultní nemocnici Olomouc působí od 5. června 2015 Poradna Hořec, která nabízí pastorační poradenství v prožívání obtížných situací, mezi které patří také ztráta blízké osoby. Jejím posláním je zdarma poskytnout psychosociální pomoc

a podporu prostřednictvím poradenského vztahu, mezi které patří také umírání a ztráta blízké osoby, smuteční a pohřební rituály, zármutek a truchlení. Součástí poradenství je nabídka péče o existenciální, duchovní a náboženské potřeby formou rozhovoru, poskytnutí blízkosti, čtení z Bible, modlitby, slavení svátostí, doprovázení v náročných životních situacích, nebo poskytnutí kontaktů na katolické kněze nebo duchovní registrovaných církví a náboženských společností v ČR. V poradně pracují nemocniční kaplani, kteří absolvovali kurz doprovázení pozůstalých pod vedením psycholožky a socioložky Naděždy Špatenkové, která je průkopnicí poradenství pro pozůstalé v České republice. Leták Poradny Hořec je uveden v Příloze 5.

(Fakultní nemocnice Olomouc. Poradenství nejen pro pozůstalé [online]. [cit. 19. 1. 2018]. Dostupné z: <www.fnol.cz/poradenstvi-nejen-pro-pozustale.asp>).

Ve FN Olomouc pracovníci poradny Hořec každoročně, v den Památky zesnulých, pořádají v prostorách nemocnice setkání nazvané „Vzpomínat s láskou“, na kterém mohou pozůstalí vzpomenout na své zemřelé. Další příležitostí, kde mohou rodiny zemřelých dětí vzpomínat, je pouť na Svatém Kopečku, která se koná každoročně ve spolupráci s Novorozeneckým oddělením FN Olomouc.

3.4 Laické poradenství

Základem laického poradenství je pomoc jedincem, který získal postavení poradce neformálním způsobem díky svým psychickým vlastnostem, referencích jiných, zkušenostem, atd. Špatenková (2013) upozorňuje na problémy, které může laické poradenství skrývat. Je to nedodržení či překročení hranice poradenského vztahu, neschopnost rozlišit komplikovanou reakci na ztrátu jako jsou deprese či závislost.

Takovým laickým poradenstvím je například projekt „Nejste sami“ občanského sdružení Dlouhá cesta, jehož cílem je vytvořit z rodičů nebo příslušníků rodin, kteří utrpěli ztrátu dítěte, síť dobrovolných poradců. Ve spolku Dlouhá cesta působí dobrovolníci, což jsou rodiče, kteří prožili perinatální ztrátu, nebo rodinní příslušníci (www.dlouchacesta.cz).

V roce 2007 vznikl v České republice pod občanským sdružením Dlouhá cesta projekt „Prázdná kolébka“. Jeho cílem je pomoc a podpora rodičům i blízkým

příbuzným, jimž zemřelo miminko před porodem či krátce po něm. Rodiče mají možnost kontaktovat tzv. laického poradce, to znamená rodiče, kteří sami přešli o dítě a mohou se spolu podělit o své pocity. Protože smrt miminka obvykle přichází zcela nečekaně, rodiče potřebují podporu a informace. Netuší, jaké další situace a záležitosti musí řešit a hledají někoho, koho potkala stejná zkušenost. Na webových stránkách mohou informace a doporučení, jak se v této mezní situaci chovat najít i rodinní příslušníci, přátelé, zaměstnavatelé. Projekt poskytuje kurzy pro zdravotníky, jedním z nich je kurz „*Péče o rodiče po perinatální ztrátě*“, který probíhá formou e-learningu. Ty jsou určeny pro lékaře, porodní asistentky, zdravotní sestry ale také pro vyučující a studenty zdravotnických škol i lékařských fakult. Je také vhodný pro sociální pracovníky a pro doly (www.prazdnakolebka.cz).

Mezi další internetové poradce patří doména „*Ztráta miminka*“, která je určena pro ženy s perinatální ztrátou. Zde také mohou sdílet své vzpomínky a prožitky (Ztráta miminka, 2017).

Ženy často vyhledávají vzájemnou oporu právě na internetových fórech. Informace, že podobný osud potkal i jiné ženy, jsou pro ně velmi důležité. V příbězích hledají informace, povzbuzení a inspiraci, mohou jim pomoci pojmenovat a znovu prožít některé emoce. Zvláště posilující jsou příběhy s dobrým koncem, zjištění, že nějaká žena perinatální ztrátu zvládla a porodila další dítě. Podpůrné skupiny mohou hrát významnou roli v praktické pomoci v souvislosti se strategiemi adaptace, snižují úzkost a depresivní symptomy u žen (Cacciatore et al., 2013).

3.5 Sociální podpora

Jeden z hlavních faktorů, který může napomoci k vyrovnání se s perinatální ztrátou, je sociální opora. Bylo prokázáno, že poskytnutí dostatečné opory je u žen spojeno s nižší hladinou úzkosti a deprese (Cacciatore et al, 2013).

Sociální opora je dle Paulíka (2010, s. 23- 24) součástí naplnění lidských sociálních potřeb. Zahrnuje různé vlivy lidí v okolí jedince, jež jsou mu blízcí, hodnotí jej pozitivně, mají ho rádi. Přirozeným zdrojem sociální opory je především rodina, ve které akceptování, povzbuzení i pomoc každému členu tvoří součást jejich funkcí.

Tím se podílí na utváření pocitu jistoty a bezpečí. Uspokojivá sociální opora ochraňuje osoby vystavené stresorům před jejich negativními dopady.

Sociální podpora pro ženu, která se vyrovnává se ztrátou, je velice nápomocná a důležitá. Pokud ženu podporuje okolí, je schopna se se situací vyrovnat lépe než žena osamělá. Na zhodnocení významu ztráty je nejobtížnější odhad důležitosti samotného těhotenství pro ženu. Na emoční reakci může mít vliv srovnání plánovaného a neplánovaného těhotenství. Pokud bylo těhotenství plánované a s radostí očekávané, citová reakce na ztrátu bude zřejmě závažná. Každá žena je jiná a její žal je vyjadřovaný, pociťovaný a přiznávaný originálním způsobem.

Sdělující by měli mít na paměti, že reakce mohou čítat široké spektrum pocitů, a pocit zármutku z naprosté ztráty smyslu může nastat až po propuštění pacientky. Proto by mělo být vyvinuto maximální úsilí pro zabezpečení adekvátní následné zdravotní péče a náležité emoční podpory (Pilka, 2011, s. 225).

Emocionální reakce na úmrtí plodu může být ovlivněna více faktory. Velice často hraje roli prenatální věk plodu. Obecně platí, že čím je těhotenství pokročilejší, tím intenzivnější bývá zármutek. Je to způsobeno nejen očekáváním narození živého potomka, ale také přípravou matky rodiny na přijetí nového dítěte. Čím více proběhlo příprav na potomka, tím bude horší citové vyrovnání se ztrátou. Také životní zkušenosti rodičů mohou sehrát roli. Mladí rodiče většinou ve svém životě zažili málo neštěstí, proto přijmou úmrtí plodu obtížněji než starší rodiče, kteří mají se ztrátou větší zkušenosti. Žena, která zažila dlouhodobou stimulaci pro neplodnost za účelem otěhotnění, má oproti ženě, jejíž těhotenství plánované nebylo, větší sklony k prožívání velkého žalu (Doležal, 2009, s. 89).

Ženy se často brání informování přátel o svém těhotenství až do konce prvního trimestru. Pokud dojde ke ztrátě těhotenství, mohou mít pocit nedostatečné podpory z důvodu neinformovanosti okolí. Může také dojít k situaci, že i když známí vědí, mohou nesprávně předpokládat, že ztráta v počátku gravidity je zanedbatelná, protože ještě neexistovalo žádné „skutečné“ dítě (Robinson, 2014, s. 176).

4 TĚHOTENSTVÍ PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ

Po neúspěšném ukončení těhotenství se většina žen pokusí znovu otěhotnět. Pokud se jim to podaří, je pravděpodobné, že pro ně bude toto období psychicky náročné a stává se další zátěžovou situací v životě žen (Kašpárková, Bužgová, 2013, s. 643- 644).

Výzkumy prokazují, že těhotenství po perinatální ztrátě je čas plný intenzivních emocí pro nastávající matky a podle omezených studií v nižší míře i pro otce. Nejčastěji jde o úzkost a depresi, což není překvapující, protože tyto reakce jsou přirozené v důsledku obavy z další ztráty těhotenství (Cote-Arsenaut, 2001, s. 239-242).

Rozhodnutí rodičů mít další dítě může mít za následek značný stres. Mimo trvalé úzkosti, že se může opět všechno zvrtnout, vyžaduje i jistý čas na početí. Mohou se prolínat období dobrá a zlá, období nadějí i rozčarování, rozjaření i depresí. V počátku nového těhotenství často dochází k překvapení rodičů, jak může být těhotenství složité. Rozjaření a naděje, které vkládají do nového očekávání, bývají nezdědka vystřídány obavami a navrácením smutku nad smrtí původního dítěte. Stres z nového těhotenství může vést k problémům ve vzájemném vztahu partnerů, jindy ale naopak společný boj a víra v úspěšnost nového těhotenství soudržnost rodičovského páru upevní. Vědomí rodičů, že jsou schopni své životy jistým způsobem ovládat a napomáhají zajišťovat úspěšný výsledek dalšího těhotenství, je velice důležité. Často se stává, že k překonání následujícího složitého životního období pomohou velice jednoduchá opatření - například zdravější strava, více pohybu a pobytu na čerstvém vzduchu, omezení zbytečného stresu a vědomé trávení volného času příjemnými činnostmi (Kohnerová, Henleyová, 2013, s. 154).

4.1 Prenatální diagnostika

Péče o těhotnou ženu je důležitou součástí preventivní medicíny, je to péče o novou generaci.

O osudu a průběhu gestace rozhodují namnoze prekoncepční faktory týkající se kvality gamet, stavu reprodukčních orgánů i celkového stavu organismu. Gestace může skončit raným nebo pozdním potratem, předčasným porodem, operačním porodem, samovolným porodem v termínu, jednočetným či mnohočetným, s vrozenou vadou nebo zdravým dítětem. Prekoncepční poradenství se orientuje také na ženy opakovaně potrácející (Zwinger, 2004, s. 77).

V průběhu dalšího těhotenství mohou být rodičkám nabídnuta vyšetření navíc, buď z důvodu pátrání po konkrétních zdravotních obtížích, nebo pro zklidnění jejich vystupňovaného strachu i obav lidí, jež o ně pečují. Antenatální screening a diagnostické testy představují nepříjemnou zkoušku, jelikož přinejmenším naznačují, že se nevyklučuje další smrt a další ztráta. Rodiče tudíž potřebují hodně podpory, aby se s testy a potom čekáním na výsledky vyrovnali (Kohnerová, Henleyová, 2013, s. 171,172).

4.2 Životospráva v těhotenství

Těhotenství klade na organismus ženy vysoké nároky a dodržování správné životosprávy snižuje možnost zdravotních komplikací. Základem je zachování pravidelnosti spánku, zdravé stravy, vyměšování, dostatek pohybu i odpočinku a správně orientované duševní činnosti. Těhotná by se měla vyhýbat duševním stresům i nadměrné tělesné námaze a nesmí pobývat v prostředí, které ohrožuje ji nebo plod (Čech, 2006, s. 74).

Kouření: U kuřaček je vyšší riziko samovolných potratů, je u nich dokonce i vyšší pravděpodobnost poškození plodu. Z důvodu komplikací placenty je vyšší riziko předčasného porodu a vyšší riziko úmrtí dítěte v peripartálním období. Přibližně polovina syndromů náhlého úmrtí dítěte se přičítá kouření matky v těhotenství a také pasivnímu kouření v domácnosti dítěte (Pařízek, 2015, s. 426).

Kouření se často považuje za rizikový faktor spontánního potratu, ale epidemiologické údaje nejsou jednotné. Vliv kouření těhotných žen na riziko spontánních potratů byl vyhodnocen v rozsáhlé případové studii. Byly analyzovány vztahy mezi kouřením cigaret a spontánním potratem. Z výsledků studie nebyla zjištěna souvislost mezi aktivním kouřením a spontánním potratem. To ovšem neznamená, že je kouření v těhotenství bezpečné (Klaus, 1993, s. 44).

Alkohol: Vliv alkoholu je v současnosti nejčastějším důvodem mentální retardace plodu. Chronická konzumace alkoholu ženou v těhotenství též souvisí se spontánním potratem, předčasným odlučováním placenty, poruchou výživy plodu a poruchami chování dítěte (Pařízek, 2015, s. 422).

Zdravá výživa: Škodlivé mohou být i některé potraviny, jelikož bakterie, které tyto potraviny obsahují, mohou vyvolat potrat nebo úmrtí plodu v děloze. Jsou to především salmonely a listerie. Nadbytečné užívání vitamínu A může způsobovat vrozené vady dítěte. Také je lépe vyhnout se konzumaci nepasterizovaných mléčných výrobků, kam se řadí některé druhy sýrů. Není bezpečná konzumace nevařeného masa, včetně syrových ryb (sushi). Další skupinou potravin, které by mohly přivodit obtíže, jsou játra a játrové paštiky, tepelně nezpracovaná nebo částečně uvařená vejce (Pařízek, 2008, s. 71).

Zdravé prostředí: Zejména na počátku těhotenství je vhodné vyvarovat se kontaktu s malými dětmi, které by mohly být přenašeči nákazy planých neštovic, zarděnek či příušnic. Tyto infekční nemoci mohou být nebezpečné pro zárodek a plod. V prvních 14 týdnech těhotenství není vhodné provádět u těhotné ženy radiodiagnostická vyšetření. V případě, že je ale rentgenologické vyšetření nezbytné, je nutné informovat o těhotenství radiologa, který by měl použít co nejnižší dávku záření.

Existují také choroby, které se mohou přenášet ze zvířete na člověka a vyvolat poškození plodu, příkladem je toxoplazmóza. Proto se doporučuje vyhýbat se přímému kontaktu se zvířaty (Pařízek, 2008, s. 72).

Užívání medikamentů: Rovněž je prokázáno, že medikamenty, zvláště jsou-li užívány v prvním trimestru, který je pro vývoj plodu a jeho orgánů nejdůležitější, jsou škodlivé.

Jak se má tedy žena nejlépe zachovat v případě onemocnění? Vždy je potřeba poradit se s lékařem. Ten rozhodne, jaký léčebný postup bude pro dítě nejbezpečnější a předepíše nevhodnější lék, který neohrozí zdraví plodu (Pařízek, 2008, s. 72).

4.3 Psychologie období těhotenství

Těhotenství je pojímáno jako výrazná fyziologická změna, která s sebou nese i výrazné změny a nestabilitu psychického stavu (Roztočil 2008, s. 360). Každá těhotná žena prožívá v menší nebo větší míře obavy. Zcela opodstatněná je úzkost partnerských párů, kterým se předchozí těhotenství nevydařilo (Pařízek, 2015, s. 44).

Z psychologického pohledu je chápáno těhotenství jako období psychické nestability postihující i jiné úrovně, jako je sociální nebo somatická. Těhotenství také způsobuje změny v partnerských a rodinných vztazích. Je chápáno jako výrazná fyziologická změna, která sebou nese i nestabilitu v psychickém stavu a změny postoje za odpovědnost k plodu. Předchozí neúspěch v těhotenství vyvolává zvýšenou úzkostnost, depresivitu a senzibilizuje těhotnou ženu k přijímání okolních vlivů mnohem více, hypersenzitivněji, než v období před těhotenstvím (Roztočil, 2008, s. 360).

4.3.1 Psychika těhotné v jednotlivých trimestrech

Období těhotenství se ze somatického hlediska rozděluje do tří trimestrů, přičemž každý trimestr trvá 13 kalendářních týdnů. Jednotlivé trimestry s sebou přináší specifické změny odehrávající se u matky i plodu. Matka se na ně může připravit, jelikož tyto změny jsou předem známé a doprovázejí každé fyziologicky probíhající těhotenství.

První období těhotenství začíná diagnózou gravidity a končí prvními pohyby plodu. Hlavním úkolem je přijetí těhotenství a přizpůsobení se tělesnému obrazu, přijetí pocitu dva v jednom.

Druhé období trvající od pohybů plodu k dosažení životaschopnosti plodu dominuje motivační zaměření na příchod nového jedince a přijetí změny rodinného systému. Žena se připravuje na novou roli a pozici matky. Důkazem životaschopnosti plodu jsou pohyby, které jsou prvním způsobem komunikace v neverbální rovině. V současnosti již výrazně pominula možnost překvapení pohlaví dítěte, často se rodiče na pohlaví dotazují. V tomto období ženy neznáma trpí obavami z možnosti vzniku vrozených vývojových vad, může docházet k odmítání sexuální aktivity. Některé ženy špatně přijímají změnu fyzického vzhledu a narůstání hmotnosti.

Třetí období nastává asi šest týdnů před porodem. Zde dominuje přijetí nadcházející reality a zintenzivňují se obavy z porodu. Také z jeho průběhu, intenzity a charakteru bolesti a ze zdravotního stavu novorozence. Nejobtížněji tuto etapu prožívají osobnosti neurotické a emočně labilnější (Roztočil, 2008, s. 92, 361- 362).

4.3.2 Komunikace s nenarozeným dítětem

V prenatálním období dochází ke specifické komunikaci matky s dítětem, kdy lidský plod získává schopnost dostávat se do jistého kontaktu s matkou. Matka reaguje emocionálně na spontánní pohyby dítěte a její emoce opět ovlivňují dítě. Empirické studie potvrzují, že změny emočního stavu vedou už ve 30. týdnu těhotenství u dítěte ke změnám tepu a spontánních pohybů. Dítě je tedy již prenatálně s matkou „emočně sladěno“.

Už před narozením se tvoří určitý dialog mezi matkou a dítětem a ten se po narození rychle rozvíjí ve smysluplnou neverbální komunikaci (Průcha, 2011, s. 37).

4.4 Psychické poruchy v těhotenství

Mírné poruchy nálady či pocity napětí jsou běžné, obzvláště v pozdější fázi těhotenství, kdy může mít žena strach z porodu, nebo z porození poškozeného dítěte. Psychické poruchy v období těhotenství nemusí být ovlivněny jen stavem a perspektivami budoucí matky, ale také její sociální situací. Těhotenství

je v závislosti na okolnostech mimořádné v tom, že může vzbudit pocity velké radosti, nebo naopak pocity hlubokého zoufalství (Zwinger, 2004, s. 460).

Těhotnou ženu psychologicky nepříznivě ovlivňuje neúspěch v minulém těhotenství, pokud skončilo potratem spontánním, ale především ukončením těhotenství z genetické indikace. Negativní zážitky z předchozího těhotenství nepříznivě ovlivňují psychickou stránku ženské osobnosti.

4.4.1 Benigní těhotenská encefalopatie

Psychické změny, které způsobují poruchu kognitivních funkcí u těhotných žen, označujeme termínem benigní těhotenská encefalopatie. Výskyt je vysoký (až u 50% žen). Popisují se poruchy paměti, poruchy koncentrace, únavnost, nespavost a dezorientace. Tento stav se většinou spontánně upravuje po porodu (Ratislavová, 2008, s. 26).

4.4.2 Deprese

Depresivní nálada v těhotenství je spojena se smutkem, ztrátou perspektivy a motivace, pesimismem, zpomalením psychomotorického tempa, výkonnosti a myšlení. Často také výrazně klesá sebevědomí. Bezradná nálada je spojená s bezradností až neschopností rozhodovat se.

4.4.3 Úzkost a obava

Úzkostné stavy bývají spojeny s chorobnou úzkostí či patologickým strachem. Úzkost (anxieta) je subjektivně velice nepříjemný pocit nejasných a neurčitých obav a strachu, který nemá konkrétní obsah a při kterém výrazně narůstá vnitřní tenze. Časté bývají vegetativní příznaky, například zrychlení dechové a tepové frekvence, pocení.

Vážnou obavou některých těhotných žen je strach, že se její dítě narodí mrtvé. Péče o klid budoucí matky, její psychické blaho a respektování jejich požadavků patří k základním vzorům chování rodiny i celé společnosti. Je ovlivněno vzděláním,

schopností lásky k bližnímu obecně a velmi podstatně může ovlivnit průběh gravidity (Čech, 2006, s. 71-72).

4.4.4 Fobické strachy

Patologický strach (fobie) má odlišně od neurčité úzkostné obavy konkrétní obsah. Může jím být objekt, činnost nebo situace. Fobie bývají iracionální a neovladatelné vlastní vůlí. Bývají provázeny vegetativní příznaky a silným vnitřním napětím vedoucím k vyhýbání se fobickým podnětům (Orel a kol. 2012, s. 71).

4.5 Komplikace těhotenství a role porodní asistentky

Ženy, kterým se podaří znovu otěhotnět, by neměly záměrně vyvolávat negativní myšlenky a pocity z dalšího neúspěchu. Měly by být trpělivé a hlavně věřit v jedinečnost svého těhotenství. U ženy, která třikrát potratila je 30-70% riziko dalšího neúspěchu, proto by měla být porodní asistentka velice empatická, citlivá a schopna naslouchat. Páry, u kterých došlo k perinatální ztrátě, by neměly s dalším oplozením spěchat a měly by se o dalšího potomka snažit až po ukončení procesu truchlení. Již tak labilní psychika je ještě více zatížena a těhotná žena prožívá intenzivněji strach a úzkost. Nejnáročnější jsou situace, kdy hrozí potrat nebo předčasný porod (nedostatečnost hrdla děložního, krvácení, předčasné kontrakce dělohy, placenta praevia apod). Těmto ženám je předepsán klid na lůžku a často i dlouhodobá hospitalizace. Nápor na psychiku je velký, u dlouhodobě ležících rizikových těhotných může dojít k hospitalismu, je ohrožena potřeba jistoty, budoucnosti, objevuje se anticipační úzkost (strach ze strachu, strach z toho, co bude).

Úkolem porodní asistentky je zajistit takový ústavní režim, který by se co nejvíce přibližoval běžným životním podmínkám ženy, umožnit návštěvy příbuzných a přátel, stimulovat psychiku klientky, sledovat sociální klima na pokoji. Ideální by bylo vložit do režimu dlouhodobě hospitalizovaných těhotných s klidem na lůžku například ergoterapii nebo muzikoterapii. Tyto metody vedou ke zklidnění, exploraci emocí,

psychické stimulaci a odpoutání pozornosti. Nejdůležitější jsou však jednotné informace a podpora terapeutických vztahů a vztahů důvěry v personál a zdravotnické zařízení (Ratislavová, 2008, s. 29).

Porodním asistentkám a všem, kteří pracují v týmu poskytovatelů péče, může pochopení pocitů gravidní ženy po perinatální ztrátě pomoci rozpoznat potřeby i potenciální problémy.

Časté intervence technologických vyšetřovacích metod mohou způsobit, že se žena při zvýšené lékařské péči dostane do pozice, kdy může mít pocit „jako by těhotenství nebylo její“. Vhodné působení porodní asistentky má schopnost těhotné ženě snadněji zvládnout psychickou zátěž i posílit její sebedůvěru (Simmons, Goldberg, 2011, s. 452-457). Proto je důležité, aby porodní asistentky a zdravotní pracovníci pochopili dopad perinatální ztráty na následné těhotenství.

Porodní asistentka je členem týmu v péči o těhotnou ženu. Pochopení pocitů těhotné ženy po perinatální ztrátě může pomoci porodním asistentkám a všem poskytovatelům péče rozpoznat potenciální problémy a potřeby této skupiny žen. Bylo zjištěno, že ženy, které prožily perinatální ztrátu, si přejí, aby zdravotničtí pracovníci porozuměli jejich emocím (Amstrong, 2004, s. 765-773).

Snad nejdůležitějším aspektem ošetrovatelské péče o těhotnou ženu, která prožila těhotenskou ztrátu, je myslet na to, že každá matka je jiná. To znamená, že porodní asistentka by měla individuálně zhodnotit potřeby každé těhotné ženy, nebát se otevřeného rozhovoru na téma předchozí těhotenské ztráty. Je nezbytné poskytnout těhotné ženě příležitost kontaktovat tým zdravotní péče kdykoli bude potřebovat (Hill, De Backere, Kavanaugh, 2008, s. 525-527).

5 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu

Pro rodiče i pro ty, kteří o ženu v průběhu těhotenství a porodu pečují, je porod zdravého dítěte naplněním jejich očekávání. Naopak porod mrtvého dítěte je jeho úmrtí po porodu, je tragická událost, která se ve většině případů stane nečekaně. Jak se s ní žena vyrovná, je závislé v mnoha ohledech na přístupu gynekologů, pediatrů i porodních asistentek.

Těhotenství, které následuje po perinatální ztrátě je jistě specifické a jeho prožívání může být ovlivněno negativní zkušeností předchozího nevydařeného těhotenství.

Cíl výzkumu:

1. Zmapovat subjektivní pocity žen v těhotenství, které následuje po perinatální ztrátě.
2. Identifikovat jejich potřeby a způsoby zvládnání zátěže v období právě probíhajícího nového těhotenství.
3. Formulace doporučení a námětů pro porodní asistentky, které pečují o ženy po perinatální ztrátě.

5.2 Metodika práce

5.2.1 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvoří šest těhotných žen s prožitkem perinatální ztráty v minulém těhotenství. Jedna žena se musela vyrovnat se smrtí dítěte krátce po předčasném porodu, jedna žena porodila mrtvé dítě ve třetím trimestru těhotenství, dvě z žen podstoupily indukovaný abort ve druhém trimestru těhotenství, jedna žena samovolně potratila ve druhém trimestru těhotenství a u jedné ženy došlo k zamlknutí těhotenství v prvním trimestru těhotenství. Kritériem pro výběr a zařazení

do výzkumného souboru byla zkušenost s perinatální ztrátou v minulém těhotenství a právě probíhající těhotenství.

V úvodní fázi rozhovoru byly položeny a následně zaznamenány otázky týkající se zjištění demografických údajů:

1. Věk
2. Počet těhotenství
3. Počet dětí
4. Rodinný stav

Tabulka 1 - Charakteristika výzkumného souboru

Jméno	Věk v době ztráty dítěte	Počet těhotenství	Počet dětí	Rodinný stav
Jana	26 let	1	0	vdaná
Martina	36 let	1	0	vdaná
Ivana	31 let	3	1	vdaná
Lucie	37 let	3	1	vdaná
Petra	31 let	1	0	žije s partnerem
Jitka	38 let	2	0	vdaná

Věkové rozpětí respondentek bylo 26-38 let. Pět respondentek bylo vdaných, jedna žena byla svobodná, žijící s partnerem. U tří žen se jednalo o první těhotenství, další z žen byla těhotná podruhé, aniž by porodila zdravé dítě. Dvě respondentky byly těhotné potřetí a každá z nich měla doma jedno dítě.

Tabulka 2 - Charakteristika perinatální ztráty

Jméno	Týden těhotenství	Příčina perinatální ztráty
Jana	24. týden těhotenství	intrakraniální krvácení po porodu
Martina	23. týden těhotenství	zamlklé těhotenství
Ivana	38. týden těhotenství	fetus mortus
Lucie	22. týden těhotenství	indukovaný abort vývojová vada neurální trubice
Petra	21. týden těhotenství	indukovaný abort vývojová vada srdce
Jitka	15. týden těhotenství	samovolný potrat

Výzkumný soubor tvořily ženy, které prožily ztrátu dítěte mezi 15. až 38. týdnem těhotenství.

Ve výzkumném vzorku je jedna žena, které zemřelo dítě po porodu, jedna žena po porodu císařským řezem mrtvého dítěte, dvě ženy s indukovaným abortem pro vrozenou vadu dítěte, jedna žena s indukovaným abortem mrtvého plodu a jedna žena samovolně potratila.

5.2.2 Metodologický přístup

K dosažení výzkumných cílů byla použita kvalitativní metodologie jako proces zkoumání jevů a problémů s cílem získat komplexní obraz těchto jevů. Kvalitativní výzkum byl zvolen vzhledem k citlivosti zvoleného tématu záměrně. Miovský vysvětluje kvalitativní výzkum jako „*přístup, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod*“ (Miovský, 2006, s. 16). Výhodou kvalitativního výzkumu je to, že je otevřený, není předem přesně strukturovaný, výběr proměnných není prováděn výzkumníkem, o redukci informací zkoumané osoby rozhodují samy (Miovský, 2006).

Charakteristické pro kvalitativní typ výzkumu je to, že se zaměřuje na člověka jako na jednotlivce a nezkoumá početný výzkumný vzorek. Data získaná pomocí kvalitativního výzkumu nejsou aplikovatelná na například všechny těhotné ženy, které utrpěly perinatální ztrátu, dokáží ale danou problematiku prozkoumat do hloubky a získat tak podrobnější informace. Získané informace mohou pomoci porodním asistentkám lépe pochopit celou problematiku a mohou být využity při práci s touto skupinou žen.

5.2.3 Postup sběru dat

Data k výzkumnému šetření byla získána polostrukturovanými rozhovory a dotazníkovým šetřením, klientky měly možnost od účasti ve výzkumu kdykoli odstoupit. Samotné rozhovory proběhly v období od 15. února do 15. dubna 2018.

Na základě studia teoretických zdrojů, které uvádíme v Seznamu použitých zdrojů, bylo vytyčeno několik oblastí a okruhů témat, na které by byl průběh rozhovoru zaměřen a které by mohly být pro vybrané téma důležité. Na základě stanoveného kritéria jsme vyhledávali pouze ženy, které splnily soubor kritérií (perinatální ztráta v anamnéze a právě probíhající těhotenství) a současně byly ochotny se do průzkumu zapojit. Klientky byly ujištěny o zachování anonymity a ochrany jejich soukromí, před uskutečněním rozhovoru byl získán informovaný souhlas s uskutečněním rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a do textového procesoru MS Word přepsány úseky, které byly nositeli informace relevantní k danému tématu. Nahrávky rozhovorů byly bezpečně uchovány jen po nezbytně dlouhou dobu a využity pouze k účelu, k jakému byly získány.

V zájmu zachování anonymity byly participantky při přepisu rozhovorů přejmenovány. Ihned po přepisu byla nahrávka rozhovoru smazána z nahrávacího zařízení.

Při dotazování byla využita i možnost doplňujících otázek. Dále jsme kontrolovali, zda jsme odpovědi správně rozuměli a doptávali jsem se na konkrétní zkušenosti, zážitky či případy, pokud byly podávány informace obecnějšího rázu. Na konci každého interview jsme respondentkám dali volný prostor pro otázky, doplnění tématu či pro jakékoliv jiné poznámky. Během rozhovorů jsme se snažili o přirozený projev a jistou autentičnost.

V přípravné fázi výzkumného šetření jsme na základě zkušeností práce s ženami po perinatální ztrátě provedli první rozhovor, ve kterém jsme formulovali otázku široce otevřenou: „*Můžete mi prosím popsat, jak prožíváte nynější těhotenství?*“

Tento rozhovor splňoval všechny etické aspekty (viz Příloha 7).

Na základě analýzy rozhovoru a získání dalších teoretických i praktických zkušeností, byly otázky zužovány a zpřesňovány.

S přihlédnutím na výzkumné cíle a teoretická východiska byly v rozhovoru položeny následující otevřené otázky:

„Můžete popsat vaši zkušenost s úmrtím dítěte a prožívání následujícího období?“

„Jak prožíváte nynější těhotenství po emocionální stránce?“

5.2.4 Analýza dat (kódování)

K analyzování získaných dat byly využity některé techniky **zakotvené teorie**. Konkrétně bylo použito **otevřené a axiální kódování** rozhovorů, **utváření kategorií a podkategorií**. Zakotvená teorie je vědecká metoda, která se induktivně odvozuje z procesu zkoumaného jevu. Fáze shromažďování údajů, jejich následná analýza i teorie se navzájem doplňují. Základem procesu kódování podle zakotvené teorie je metoda komparace a kladení otázek (Juríčková, Ivanová in: Vévodová a kol., 2015, s. 110). V našem výzkumném šetření samotná teorie vytvořena nebyla.

Při **otevřeném kódování** jsme přepisovali do textové podoby ty úseky rozhovoru, které byly nositeli nějaké informace ve vztahu k výzkumné otázce. K vytvoření významových jednotek (kategorií) byla po pečlivé analýze textů použita **metoda barvení textu**. Jednotlivé kategorie byly následně pojmenovány. Při otevřeném kódování bylo stanoveno 9 kategorií.

Pro oblast zjišťující zkušenost perinatální ztráty uvádíme kategorie:

- Sdělení zprávy o problému s dítětem
- Nabídka rozloučení se s dítětem
- Reakce okolí
- Psychické prožívání a období truchlení
- Podpora v období truchlení

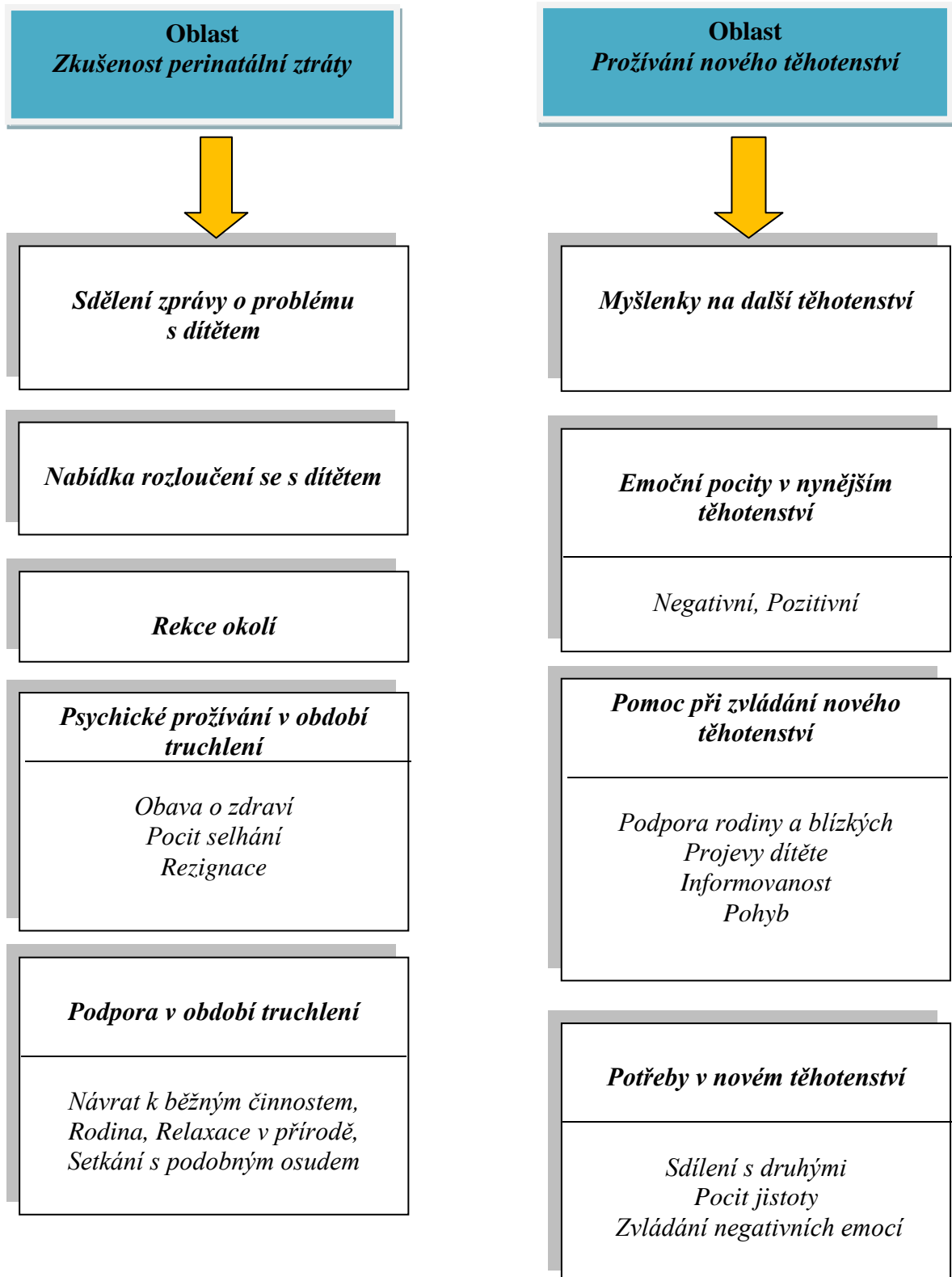
Pro oblast zjišťující prožívání v novém těhotenství uvádíme následující kategorie:

- Myšlenky na další těhotenství
- Emoční pocity v nynějším těhotenství
- Pomoc při zvládnání nového těhotenství
- Potřeby v novém těhotenství

Při **axiálním kódování** jsme hledali vztahy mezi jednotlivými kategoriemi a definovali podkategorie (viz Tabulka 3).

V kapitole *Hodnocení výzkumného šetření* (srov. 5.3) jsou uvedeny tabulky, jejichž názvy odpovídají jednotlivým kategoriím. V nich jsou zaznamenány doslovné citace týkající se jednotlivých kategorií. Analýza kategorií i podkategorií je uvedena pod tabulkami v textu, citace respondentek jsou uvedeny kurzívou.

Tabulka 3 - Vytvoření kategorií a podkategorií



5.3 Hodnocení výzkumného šetření

Oblast: Zkušenost perinatální ztráty

Tabulka 4 – Sdělení zprávy o problému s dítětem

Jana	<p>„Byla jsem ve 24. týdnu bezproblémového těhotenství, nenapadlo mě, že by se mohlo něco takového stát. Prožívala jsem své první těhotenství, možná jsem byla lehkovážná, vždyť jsem neměla žádné potíže. S manželem jsme byli na vycházce a mě odtekla plodová voda. Po příjezdu do nemocnice mi lékařka provedla ultrazvuk a sdělila mi, že dítě nemá žádnou plodovou vodu. Dostala jsem antibiotika, kapačku a uložili mě na porodní sál. Za pár hodin nato jsem porodila holčičku. Dva dny jsem žila v naději, že by moje dítě mohlo přežít. Když mi ve 2 hodiny v noci přišel pan doktor oznámit, že Barborka zemřela, vůbec jsem nechtěla tuto informaci přijmout. Pan doktor byl velice hodný, všechno se mi snažil vysvětlit. Většinu informací jsem ani nevnímala, měla jsem v hlavě prázdno. V noci tam se mnou byla jedna porodní asistentka, byla moc hodná, dokonce si se mnou i poplakala, nabídli mi prášky na uklidnění“.</p>
Martina	<p>„Ve 23. týdnu jsem byla na prohlídce u svého gynekologa, na ultrazvuku nenašel srdeční akci. Nepociťovala jsem žádné problémy, ani jsem nekrvácela, byla to jen pravidelná kontrola. Řekl mi, že je mu to líto, ale že nevidí tukat srdíčko miminka. Potom zavolal ještě jednoho lékaře, který mu to potvrdil“.</p>
Ivana	<p>„Byla jsem ve 38. týdnu těhotenství, a protože jsem měla těhotenskou cukrovku, tak jsem měla jít na sál ten den jako první. Ráno mi porodní asistentka s úsměvem přišla napojit monitor na ozvy. Zkoušela sondou najít ozvy na jednom boku, na druhém, na zádech a její úsměv mizel.... To už jsem měla zlé tušení. Potom přišel pan doktor, další pan doktor, přivezli ultrazvuk....Stačilo sledovat jejich obličej a bylo mi jasné, že je zle. Pan doktor mi řekl, že je to špatné, že netluče srdíčko. Potom mi vysvětlil, co bude následovat. Nevím jak je to možné, ale cítila jsem se úplně klidná, bez emocí, jako robot. Otupěle jsem poslouchala pokyny a snažila se jimi řídit. Pan doktor si mě vzal do samostatné místnosti a snažil se mi vysvětlit, co se mohlo stát. Prý mohlo miminko umřít už v noci, že stačí deset minut vážné hypoxie, aby došlo k úmrtí miminka. Potom přišel manžel, pan doktor trpělivě znovu vysvětloval vše jemu. Já dostala záchvat pláče a chtěla okamžitě císařský řez, všechno zaspát, nevidět zdrceného muže, který se na syna tak moc těšil...“.</p>
Lucie	<p>„Oznámil mi to pan doktor v gynekologické ambulanci“.</p>
Petra	<p>„Na genetickém vyšetření ve 21. týdnu těhotenství zjistili, že miminko má vývojovou vadu, se kterou se nedá žít“. „Lékař byl opravdu velice profesionální. Řekl mi, jaké má nebo spíš nemá miminko šance. Nabídl mi, ať zavolám partnera, abychom se mohli společně rozhodnout o dalším postupu. Ta hodina čekání, než dojel z práce, byla nekonečná. Rozhodli jsme se pro ukončení těhotenství vyvoláním potratu“.</p>
Jitka	<p>„Byla jsem v práci. Ten den jsem se nějak necítila dobře, nebylo mi dobře od žaludku a bolela mě záda. Začala jsem krváčet“. „Kolegyně mě odvezla do nemocnice a tam mi po vyšetření ultrazvukem lékařka sdělila, že v děloze nic nevidí, že jsem asi potratila a musím na revizi. Taky, že už ve mně muselo být dítě nějakou dobu mrtvé, protože děloha není tak velká jak by měla být v 15. týdnu. Moc příjemná nebyla“.</p>

Ze všech výpovědí je patrná dramatičnost situace. Ženy vzpomínaly na období, kdy se po radostném očekávání musely smířit s novou situací. Všechny projevovaly lítost a smutek nad ztrátou dítěte. Ačkoli se těšily na mateřskou roli, jejich radostné očekávání skončilo obrovským zklamáním. Výrazným pocitem bylo překvapení z náhlého zvratu zcela fyziologického těhotenství: *„Byla jsem ve 24 týdnu bezproblémového těhotenství, nenapadlo mě, že by se mohlo něco takového stát“* (Jana). Potom ještě dva dny žila v marné naději, že by dítě mohlo přežít: *„Když mi ve 2 hodiny v noci přišel pan doktor oznámit, že Barborka zemřela, vůbec jsem nechtěla tuto informaci přijmout“* (Jana). Oznámení o úmrtí dítěte vyvolalo psychický šok, se kterým se musela vyrovnat.

Martina přišla na pravidelnou kontrolu v těhotenství, kdy jí po provedení ultrazvuku lékař sdělil, že miminku netluče srdíčko: *„Řekl mi, že je mu to líto, ale že nevidí tukat srdíčko miminka“*. Také Ivana prožila období, kdy se musela po radostném očekávání narození živého dítěte v den plánovaného císařského řezu vyrovnat se sdělením zdrcující diagnózy: *„Pan doktor mi řekl, že je to špatné, že netluče srdíčko“*. Lucie a Petra musely po sdělení diagnózy učinit rozhodnutí o ukončení těhotenství z důvodu zjištění patologie u plodu: *„Na genetickém vyšetření ve 21. týdnu těhotenství zjistili, že miminko má vývojovou vadu, se kterou se nedá žít“* (Petra). Petra ocenila profesionální přístup lékaře, který jí nabídl možnost vyčkat na příjezd manžela a učinit obtížné rozhodnutí spolu: *„Nabídl mi, ať zavolám partnera, abychom se mohli společně rozhodnout o dalším postupu“*. Naopak se Jitka po příjezdu do nemocnice nesetkala s příliš citlivým přístupem lékařky: *„..... musím na revizi. Moc příjemná nebyla“*.

Tabulka 5 - Nabídka rozloučení se s dítětem

Jana	<i>„Pan doktor mi nabídl možnost rozloučit se s miminkem. Zpočátku jsem o tom nechtěla ani slyšet. Sestra na gynekologickém oddělení mi řekla, ať o tom přemýšlím, že by mě to mohlo jednou mrzet. Nakonec jsme se s manželem rozhodli, že ano. Barborku nám přivezli v postýlce, vypadala jako panenka, mohli jsme si ji i pochovat. Jsem za to moc vděčná, bez podpory zdravotníků, paní psycholožky a manžela bych se k tomu asi neodhodlala. Také jsem dostala nabídku otisku nožičky, nebo fotografie. Druhý den přišla sociální pracovnice, všechno ale vyřizoval manžel. Všechno působilo profesionálně, jsou na tyto situace připraveni“.</i>
Martina	<i>„Ne, ale bylo odvezeno ihned po revizi do Genetu do Prahy na vyšetření, takže nevím, zda by to bylo vůbec proveditelné“.</i>
Ivana	<i>„Už na Jipce se mnou sestra mluvila a ptala se, jestli budu chtít malého vidět a rozloučit se. Chtěla jsem ho vidět. Říkala jsem si, že ho chci vidět, abych si ho mohla představovat, jak vypadal. Taky jsem si říkala, že je mrtvý jenom pár hodin, že to nebude nějaký hrozný pohled. Dali mě na samostatný pokoj, aby tam se mnou mohl i manžel a naše tříletá dcerka Lucinka být. Byla mi nabídnuta pomoc psychologa, ta mi moc pomohla. Bez manžela bych asi tolik odvahy na rozloučení s Jindříškem neměla. Malého jsme měli na pokoji asi dvě hodiny, udělali jsme si fotky a mazlili se s ním. Personál tam byl opravdu super, nechali nás se v klidu rozloučit, v ničem na nás netlačili. Všechno proběhlo dobře a já jsem na sebe hrdá, že jsem to dokázala“.</i>
Lucie	<i>„Nikdo mi neřekl, že se můžu s malým rozloučit“.</i>
Petra	<i>„V nemocnici se mě ptali, neměla jsem na to sílu, pamatuji se, jak ze mě vypadla a potom jsem zavřela oči, abych nic neviděla. Partner se podívat chtěl“.</i>
Jitka	-

Z teoretických poznatků vyplývá, že možnost dítě vidět a pochovat si ho pomáhá rodičům poznat ho a rozloučit se s ním. Uchování vzpomínek na miminko často závisí na iniciativě zdravotnického personálu. Tři ženy našeho výzkumu měly možnost se s dítětem rozloučit a byla jim poskytnuta náležitá podpora zdravotnického personálu. Jana a Ivana této nabídky i přes nedostatek odvahy využily. Jana ocenila profesionální chování zdravotníků a také podporu manžela, bez nichž by možná nebyla rozloučení schopná: *„Bez podpory zdravotníků, paní psycholožky a manžela bych se k tomu asi neodhodlala“.* Všechno působilo profesionálně, jsou na tyto situace připraveni“. Podobnou zkušenost měla i Ivana. Ta našla podporu nejen v manželovi, ale také ve své malé dcerce a byla zdravotníkům vděčná za vytvoření prostředí pro rituál rozloučení: *„Dali mě na samostatný pokoj, aby tam se mnou mohli manžel a naše tříletá dcerka Lucinka být“.*

Z výpovědi respondentek také vyplývá, že možnost fotografie, či jiné upomínky na dítě byla nabídnuta dvěma ženám: „*Také jsem dostala nabídku otisku nožičky, nebo fotografie*” (Jana). „*Udělalí jsme si fotky a mazlili se s ním*” (Ivana). Tři respondentky nabídku na rozloučení, či upomínku nedostaly. Martina popisuje, že její dítě převezli na vyšetření do Prahy bez možnosti rozloučení: „*Nevím, zda by to bylo vůbec proveditelné*”. Petra nabídku dostala, ale nenašla v sobě potřebnou sílu se s dcerkou rozloučit: „*Neměla jsem na to sílu, pamatuji se, jak ze mě vypadla a potom jsem zavřela oči, abych nic neviděla*”.

Tabulka 6 - Reakce okolí

Jana	„ <i>Byli ke mně všichni moc hodní, teď to vím a jsem jim za to moc vděčná</i> ”.
Martina	„ <i>Lidé z blízkého okolí se ke mně chovali opatrně a nikdo se mě na nic neptal, pokud jsem o tom nezačala mluvit sama. Pokud mě začal někdo litovat, bylo to ještě horší</i> ”.
Ivana	„ <i>Ani nevím, byla jsem tak nějak uzavřená sama do sebe, v nemocnici jsem ani nevycházela ven z pokoje, chtěla jsem co nejrychleji domů. Okolí jsem moc nevnímala</i> ”.
Lucie	-
Petra	„ <i>Rodina se chovala hezky, ale já jsem je odmítala. Paradoxně pro mě byla nejlepší návštěva mého bratra, který se bavil úplně jako by se nic nestalo o práci, dovolené, necítila jsem v tu chvíli tu tíhu ve vzduchu - nevím jestli to umím vyjádřit. Taky mi pomohla ta antidepresiva</i> ”.
Jitka	-

Návrat z nemocnice domů bez dítěte a zapojení se do normálního života po ztrátě dítěte bylo složité. Jana reakce okolí hodnotila zpětně pozitivně, i když je v období největšího smutku nebyla schopná ocenit: „*Byli ke mně všichni moc hodní, teď to vím a jsem jim za to moc vděčná*”. Martina podporu okolí cítila, rovněž však cítila i jistý odstup: „*Lidé z blízkého okolí se ke mně chovali opatrně a nikdo se mě na nic neptal, pokud jsem o tom nezačala mluvit sama*”. Ivana se kontaktu s okolím vyhýbala, určitou dobu vyhledávala samotu …, „*byla jsem tak nějak uzavřená sama do sebe*”...

Petra byla v tak špatném psychickém stavu, že byla nucena využít pomoc psychiatra a byly jí nasazeny antidepresiva. Kupodivu pozitivně hodnotila jistou ignoraci svého stavu bratrem, který řešil své vlastní problémy a tím odvedl její pozornost jinam: „*Paradoxně pro mě byla nejlepší návštěva mého bratra, který se bavil úplně jako by se nic nestalo o práci, dovolené, necítila jsem v tu chvíli tu tíhu ve vzduchu - nevím jestli to umím vyjádřit*”.

Tabulka 7 - Psychické prožívání v období truchlení

Jana	<i>„Spíš jsem se držela stranou, nechtěla jsem nikoho uvádět do rozpaků. Těžko jsem zvládala dobu, kdy jsme se s manželem marně pokoušeli o početí dalšího dítěte. Trvalo to asi nekonečný rok a půl“.</i>
Martina	<i>Nejvíce jsem se bála toho, aby se mé tělo dalo do pořádku po opakované revizi, trvalo to půl roku, byly komplikace, naštěstí se vše i díky pobytu v lázních podařilo“.</i>
Ivana	<i>„Několik dalších měsíců jsem se dávala dohromady. Psychicky jsem se cítila dost nalomená“.</i>
Lucie	-
Petra	<i>„Nejvíce mě asi trápilo, že nejsem schopná dát muži, kterého tolik miluji, zdravé dítě. Co když se to příště bude zase opakovat? Co když nejsem schopna mít zdravé dítě? Jak bych zvládla další takovou situaci? Přežil by to náš vztah? I když jsem si tyto myšlenky zakazovala, byly pořád v mé hlavě“.</i>
Jitka	<i>„S manželem jsme se o potratu příliš nebavili, když jsem začala já, nějak z hovoru vždycky vycouval se slovy, že nejsme jediní, komu se to přihodilo a že se to prostě stát může. Mrzelo mě to, ale protože jsem se mohla vypovídat jinde, tak jsem na něj netlačila. Oni to chlapi asi tak moc neprožívají“.</i>

U všech dotazovaných žen následovalo různě dlouhé období truchlení. Každá z nich se s ním snažila vyrovnat dle svých možností. Zvládání tohoto období závisí také na vnitřní psychické stabilitě dané ženy i podpoře nejbližšího okolí. Ivana vzpomíná na období truchlení následujícími slovy: *„Několik dalších měsíců jsem se dávala dohromady. Psychicky jsem se cítila dost nalomená“.*

Obava o zdraví:

Nejvíce ženy trápila obava, že nemusí být s jejich tělem něco v pořádku, nebudou schopné znova otěhotnět a donosit zdravé dítě: *„Těžko jsem zvládala dobu, kdy jsme se s manželem marně pokoušeli o početí dalšího dítěte. Trvalo to asi nekonečný rok a půl“* (Jana). Podobnou zkušenost uvádí i Petra a Martina: *„Co když se to příště bude zase opakovat? Co když nejsem schopna mít zdravé dítě“* (Petra). *„Nejvíce jsem se bála toho, aby se mé tělo dalo do pořádku po opakované revizi, trvalo to půl roku, byly komplikace, naštěstí se vše i díky pobytu v lázních podařilo“* (Martina).

Pocity selhání:

Další obava byla spojena se vztahem k partnerovi, objevovaly se i výčitky neschopnosti dát muži dítě: *„Nejvíce mě asi trápilo, že nejsem schopná dát muži, kterého tolik miluji zdravé dítě. ... Jak bych zvládla další takovou situaci? Přežil by to náš vztah?“* (Petra).

Rezignace:

Jitku mrzelo, že nepocitovala podporu ze strany manžela, který se snažil celou situaci vytěšňovat: „S manželem jsme se o potratu příliš nebavili, když jsem začala já, nějak z hovoru vždycky vycouval se slovy, že nejsme jediní, komu se to přihodilo a že se to prostě stát může. Mrzelo mě to, ale protože jsem se mohla vyprávět jinde, tak jsem na něj netlačila.

Jana nechtěla situací úmrtí dítěte ubližovat druhým lidem a snažila své okolí chránit před bolestivými vzpomínkami: „Spíš jsem se držela stranou, nechtěla jsem nikoho uvádět do rozpaků“.

Tabulka 8 - Podpora v období truchlení

Jana	„Pomáhalo mi chození do práce, takový ten běžný týdenní režim, kdy není čas přemýšlet. Scházela jsem se s kamarádkami, i s těmi co mají děti, nechtěla jsem být zapšklá i když jsem to doma pak oplakala. U lékaře jsem potkala paní, která měla podobnou zkušenost jako já a taky přišla o dítě. I když to nezní hezky, měla jsem radost, že v tom nejsem sama. Procházela jsem internetová diskusní fóra. S manželem jsme jezdili na výlety, opravdu jsem se snažila být pozitivní, nechtěla jsem o něj přijít. Oporou mi byli všichni, nemůžu říct, že by se mě někdo stranil“.
Martina	„Pomáhala mi myšlenka, že příště už to musí vyjít a že mám ještě 3 zmrazená embrya. Nepřipouštěla jsem si, že dítě mít nebudu, navíc mi neteř nabídla, že pokud bych měla zdravotní problém po opakovaných revizích, že mi miminko ráda odnese. Největší oporou mi byl manžel a rodina, velmi mě podržel i můj ošetřující gynekolog, který si rovněž možnost dalšího neúspěchu nepřipouštěl“.
Ivana	„Fyzicky mi bylo dobře, jenom psychicky jsem se cítila nalomená. Snažila jsem se hodně věnovat malé dcerce, nechtěla jsem, aby byla poznamenána mým smutkem. To mi moc pomáhalo, život měl smysl. Myslím, že jsem vše zvládala docela obstojně. Na internetu jsem si pročítala podobné životní příběhy. Za půl roku jsem znovu otěhotněla a byla jsem šťastná.“
Lucie	„Procházky přírodou a společnost přátel. Oporou mi byl manžel, blízká rodina a společnost přátel. Nic mi nepřitížilo“.
Petra	„Nejvíce mi asi pomohl partner, tato bolestná zkušenost posunula a utužila náš vztah. Byli jsme spolu každou možnou chvílí, vzájemně se podporovali. Moc jsem oceňovala jeho snahu uvést mě zpátky do života, mezi přátele. Taky několik sezení u psychiatra a předepsaná léčba mi usnadnili překonání zatím nejhoršího období mého života. Zatím jsem se se smrtí nikoho blízkého nesetkala“.
Jitka	„Za dva dny po propuštění z nemocnice jsem se vrátila do práce a snažila se na to nemyslet. Snažila jsem se být nad věcí a udržet si zdravou mysl a po troše zotavení i tělo. Snažila jsem si vsugerovat, že třeba by to dítě nebylo v pořádku a příroda se jen chtěla zbavit vadného kusu. Moc mi pomohla kamarádka, která sama také nemá děti a má problémy s otěhotněním. Vyslechla mě, nedávala rady, byla takovou super společnicí. Taky jsem chodila cvičit, plavat, pila čaje, jedla vitamíny, začala jsem se víc orientovat na zdravý styl života. Myslím, že jsem se vším vyrovnala docela dobře“.

Návrat k běžným činnostem:

Důležitým aspektem byla potřeba zaměstnat hlavu jinými myšlenkami a odvést pozornost. Dvěma z žen pomohlo vrátit se do práce „*Chození do práce, takový ten běžný týdenní režim, kdy není čas přemýšlet*“(Jana). Jitka pro zachování „zdravé mysli“ se rovněž rychle vracela k zavedenému pracovnímu režimu: „*Za dva dny po propuštění z nemocnice jsem se vrátila do práce. Snažila jsem si vsugerovat, že třeba by to dítě nebylo v pořádku*“.

Ivana a Lucie měly v období ztráty již další dítě doma, což bylo v situaci perinatální ztráty velmi podpůrné. Vědomí, že dítě potřebuje fungující matku, která se o něj postará, často dokáže odvést myšlenky jinam: „*Snažila jsem se hodně věnovat malé dcerce, nechtěla jsem aby byla poznamenaná mým smutkem. To mi moc pomáhalo, život měl smysl*“ (Ivana).

Podpora rodiny a blízkých:

Mimo svých partnerů našly respondentky podporu mezi dalšími členy své rodiny a také přáteli: „*S manželem jsme jezdili na výlety*“. „*Scházela jsem se s kamarádkami, i s těmi, co mají děti*“ (Jana). O podpoře kamarádky hovořila i Jitka: „*Moc mi pomohla kamarádka, která sama také nemá děti a má problémy s otěhotněním*“. Martina uvádí mimo opory manžela i velmi lidský přístup svého lékaře: „*Velmi mě podržel i můj ošetřující gynekolog, který si rovněž možnost dalšího neúspěchu nepřipouštěl*“. Lucie rovněž ocenila pomoc manžela, nejbližší rodiny a přátel: „*Oporou mi byl manžel, blízká rodina a společnost přátel*“.

Se svými emocemi se ženy většinou dokázaly vyrovnat samy, nebo s pomocí nejbližšího okolí. Jedna z respondentek však byla v tak špatném psychickém rozpoložení, že i přes velkou pomoc partnera bylo nezbytné využít pomoci psychiatra: „*Několik sezení u psychiatra a předepsaná léčba mi usnadnili překonání zatím nejhoršího období mého života*“ (Petra).

Relaxace a víra:

Jitka se snažila vyrovnat se ztrátou dítěte změnou životního stylu: „*Taky jsem chodila cvičit, plavat, pila čaje, jedla vitamíny, začala jsem se víc orientovat na zdravý styl života*“. Lucie rovněž ocenila relaxaci v přírodě: „*Procházkou přírodou...*“.

Setkání s podobným osudem:

V těžké životní situaci některým ženám pomohl pocit sounáležitosti s někým, kdo prožil podobnou ztrátu: „...Měla jsem radost, že v tom nejsem sama. Procházela jsem internetová diskusní fóra" (Jana). „Na internetu jsem si pročetla podobné životní příběhy. Za půl roku jsem znovu otěhotněla a byla jsem šťastná" (Ivana).

Oblast: Prožívání nového těhotenství

Tabulka 9 - Myšlenky na další těhotenství

Jana	„Hned po šestinedělí jsem si koupila vitamíny, začala jíst zdravě, cvičila jsem jógu. Chtěla jsem otěhotnět hned, dokázat si, že to dokážu. Víím, co dělá psychika, tak jsem se snažila být v pohodě. Podvědomí je ale asi silnější než chtění. Nešlo to a já se stávala posedlou. Nechci se do toho znovu zamotávat, nakonec jsem otěhotněla a to je hlavní".
Martina	„Okamžitě po revizi, ještě tu první noc jsem psala kamarádce, že já se nevzdám a miminko si nakonec vybojuju, jen jsme museli čekat, až se dá do pořádku tělo".
Ivana	„Řekli jsme si s manželem, že nechceme nic uspěchat. Chtěli jsme nejdřív prožít dobu truchlení, nechat všemu volný průběh a přitom se věnovat malé dcerce Aničce. Jsme oba mladí a docela zdraví. Znovu jsem otěhotněla po roce od události s Jindříškem a potom znovu za dva měsíce".
Lucie	„Hned".
Petra	„Asi po půl roce jsem byla schopná se začít soustředit na budoucnost. Otěhotněla jsem za dalšího půl roku a tím pro mě začaly další stresy, že to zase nemusí být dobré".
Jitka	„Nebylo to vůbec jednoduché. Manžel bývá hodně pracovně v Německu, i v době mého potratu tam byl. Když budu upřímná, on vlastně ani dítě nikdy nechtěl a tak nějak podlehl mým tikajícím hodinám. Otěhotnění jsem chtěla nechat volný průběh, nechtěla jsem počít dítě nějak křečovitě s hysterickým počítáním plodných dnů, říkala jsem si, že to nechám osudu. Podařilo se to kupodivu za rok, skoro ve stejnou roční dobu jako poprvé".

Všechny respondentky se po individuálně dlouhém období truchlení zaměřily na přípravu dalšího těhotenství. Snaha o změnu životního stylu a odhodlání pro další těhotenství pomohlo Janě: „Hned po šestinedělí jsem si koupila vitamíny, začala jíst zdravě, cvičila jsem jógu". Předchozí negativní zkušenost se ale projevila v její psychické rovnováze při snaze o otěhotnění: „Nešlo to a já se stávala posedlou". Martina hned první noc v nemocnici napsala kamarádce: „... já se nevzdám a miminko si nakonec vybojuju". Ivana s manželem se rozhodli na další těhotenství nespěchat a nejdříve zpracovat období truchlení soustředit se na péči o malou dcerku: „Chtěli jsme nejdřív prožít dobu truchlení, nechat všemu volný průběh a přitom se věnovat malé dcerce Aničce". Negativní zážitek z předchozího

těhotenství nepříznivě ovlivnil psychickou stránku Petřiny osobnosti: „Asi po půl roce jsem byla schopná se začít soustředit na budoucnost. Otěhotněla jsem za dalšího půl roku a tím pro mě začaly další stresy, že to zase nemusí být dobré“. Jitka postrádala citovou podporu a často i fyzickou přítomnost manžela: „...bývá hodně pracovně v Německu“. „... on vlastně ani dítě nikdy nechtěl...“.

Tabulka 10 - Emoční prožitky v novém těhotenství

Jana	<p>„Měla jsem velkou radost, že jsem těhotná, jenom už bylo všechno jinak. Když jsem byla těhotná poprvé, připadalo mi to naprosto přirozené. Prostě, že za devět měsíců porodím mimino, nenapadlo mě, že by se mohlo něco stát. Teď mám v sobě nějaký blok- bojím se být šťastná, mám pořád strach, minule jsem na lékařské prohlídky chodila pravidelně a přece to nevyšlo. Za poslední dobu jsem přečetla tolik informací o těhotenství a jeho patologiích, že mám pocit, že se z toho musím zbláznit. Do konce prvního trimestru jsem tentokrát ani rodičům neřekla, že jsem těhotná, teď už jsem klidnější, protože jsem překonala i hranici minulého porodu“.</p> <p>„Snažím se to těhotenství si užít, někdy je to těžké a jako na houpačce. Pocity šíleného štěstí a za chvíličku z ničeho nic deprese, někdy bývám hrozně unavená. Ale všechna vyšetření jsou v pořádku“.</p>
Martina	<p>„Někdy byly samozřejmě situace, kdy jsem se necítila psychicky úplně nejlépe, ale soustředila jsem se na to, že pokud chci donosit a porodit zdravé dítě, musím se snažit být v klidu. Že je důležité na sebe dávat pozor, zbytečně se nepřemáhat a nestresovat“.</p> <p>„První tři měsíce jsem si snažila nepřipouštět, že jsem těhotná, velmi jsem se bála každé další prohlídky u doktora“.</p>
Ivana	<p>„Nejdřív jsme si to těhotenství nechtěli připouštět, pořád jsme se s manželem báli, že se zase něco stane, byla to i rada od mého gynekologa, že prvních 12 týdnů vlastně nejsem vůbec těhotná, abych se na to moc nevázala. Pak jsme hodně miminko poslouchali domácím ultrazvukem a teď mi hodně pomáhá, že cítím pohyby, jsem díky tomu klidnější, ale obavy pořád jsou, teď hlavně z předčasného porodu, kterým mě doktoři straší“.</p>
Lucie	<p>„Větší strach a obavy o těhotenství“.</p>
Petra	<p>„Trochu mě uklidňovala vyšetření, kde bylo všechno v pořádku, ale pořád jsem se bála být šťastná. Měla jsem strach se radovat, po psychické stránce probíhalo těhotenství úplně jinak než to předchodí, nebyla tam ta bezstarostnost. Nejrady bych usnula a probudila se až se zdravým dítětem v náručí. Moc mě mrzí, že jsem měla od počátku tyto pocity a nemůžu si těhotenství hezky užít, ale nemohla jsem si pomoci. Prostě mi pořád problikávají v hlavě různé věci. Po fyzické stránce jsem v naprostém pořádku, jen možná víc unavená“.</p>
Jitka	<p>„Asi do dvacátého týdne bylo vše ok, potom jsem začala mít problémy s udržení těhotenství. Jsem psychicky celkem odolná, tak jsem se vědomě zkoušela dávat do klidu. Ale těhotenské hormony a tvrnutí břicha se mnou pěkně cvičily. Snažila jsem se nedávat najevo své strachy, ale někdy jsem si i pobřečela. Doktor mi doporučil hospitalizaci, ale tu jsem odmítla. Teď na mě někdy doléhají obavy, jestli po porodu všechno zvládnou, v září mi bylo čtyřicet, celý život jsem se starala většinou jen sama o sebe, a je mi jasné, že ten prcek převrátí můj život naruby“.</p>

Vnímání nového těhotenství bylo u všech žen ovlivněno předchozí těhotenskou ztrátou. Štěstí, naděje, očekávání na jedné straně, obavy, strach a nedůvěra na straně druhé. Ve zvýšené míře se projevovala úzkost a obava o průběh současné gravidity. Ocitly se v kruhu rozporuplných pocitů, kdy negativní pocity byly častější než pozitivní.

Obava:

„...bojím se být šťastná, mám pořád strach...“ (Jana). „První tři měsíce jsem si snažila nepřipouštět, že jsem těhotná, velmi jsem se bála každé další prohlídky u doktora“ (Martina). „...pořád jsme se s manželem báli, že se zase něco stane...“.
„...pořád jsem se bála být šťastná. Měla jsem strach se radovat, po psychické stránce probíhalo těhotenství úplně jinak, než to předchozí, nebyla tam ta bezstarostnost“ (Petra). „Snažila jsem se nedávat najevo své strachy, ale někdy jsem si i pobřečela“ (Jitka). Také Lucie prožívala větší strach a obavy o těhotenství. Objevily se i změny nálad od euforie po depresi: *„Pocity šíleného štěstí a za chvíličku z ničeho nic deprese, někdy bývám hrozně unavená“ (Jana).*

Radostné pocity:

„Měla jsem velkou radost, že jsem těhotná...“ „...ted' už jsem klidnější, protože jsem překonala i hranici minulého porodu“. „...raduju se z každého pohybu miminka“ (Jana). „...ted' mi hodně pomáhá, že cítím pohyby, jsem díky tomu klidnější“. (Ivana).

Tabulka 11 - Pomoc při zvládnání nového těhotenství

Jana	<i>„Oporou jsou mi všichni, největší opora je můj manžel. Moc ho obdivuji, má práci a ještě musí snášet mé emocionální výlevy. Já sama se ujišťuji, že podruhé se to přece nemůže stát. Ale přesto se pořád bojím.... Krásný pocit je, když na ultrazvuku vidím tlouct srdíčko, raduju se z každého pohybu miminka“.</i>
Martina	<i>„Od té doby, co jsem začala cítit pohyby miminka, jsem se zklidnila, ale člověk se bojí pořád. Všem jsme to oznámili až v pátém měsíci, vybavičku teprve kupujeme, nechtěla jsem to vše zakříknout. Teď jsme v 31. týdnu těhotenství. Ještě mi moc pomáhá pohyb. Koupila jsem si angelsounds a s manželem jsme velmi často srdíčko poslouchali až do prvních pohybů. Chodím pravidelně plavat, jezdíme na výlety“.</i>
Ivana	<i>„Nejdůležitější je pro mě pocit jistoty. Žijeme v dostatku, máme se rádi, mám kolem sebe lidi, o které se mohu opřít. Máme krásnou malou dcerku, pořád studuji veškeré dostupné informace. Taky si spolu povídáme o malém bratříčkovi, který odešel do nebička. Anička je pro mě ten největší hnací životní motor“. „... pak jsme hodně miminko poslouchali domácím ultrazvukem. Hodně mi pomáhá, že cítím pohyby“.</i>
Lucie	<i>„Manžel, rodina a přátelé“.</i>
Petra	<i>„Pomáhá mi to, že mám výborného lékaře, když mi řekne, že je všechno v pořádku, hned jsem ve větším klidu. Ráda bych chodila i častěji. Na ultrazvuku mi všechno vysvětlí, nemluví na mě cizími slovy, vyslechne si mé názory a diskutuje se mnou. Když mi řekne, že všechno probíhá jak má, hned mám hezčí den. I sestřička je moc milá, vždycky mi vysvětlí, co se bude dít na příští návštěvě. Také partner a celá rodina jsou moc hodní, určitě mají taky strach, aby všechno dobře dopadlo, ale snaží se to nedávat najevo“.</i>
Jitka	<i>„Jsem teď ve 32. týdnu těhotenství a už jenom to, že i když se malá narodí třeba zítra, mi dává naději na to, že v dnešní době je lékařská péče na vysoké úrovni a prostě ji dopiplají. Stále k tomu studuji nějaké informace a i když pořád ležím, mám už skoro všechno nachystané. Maminka se o mě stará jako o malé dítě, vaří mi a uklízí. Sestra je trochu tvrdší povahy, ale taky mi hodně pomáhá. Manžel přijíždí a odjíždí, já se na něj vždycky těším. Přináší nákupy, abych se s ničím netahala, jezdí se mnou na kontroly ke gynekologovi, občas si i pohladí moje břicho. Myslím si, že až se malá narodí, že roztaje úplně. No a taky mi pomáhá moje úžasná kamarádka. S tou jako jedinou proberu své stesky“.</i>

Podpora rodiny a blízkých:

Všechny ženy zpočátku prožívaly pocit štěstí a úlevy, že otěhotněly. Nastávající matka očekává podporu od svého partnera, který by měl svou partnerku dobře znát a vědět, jaké má jeho žena potřeby. Všech šest respondentek uvedlo ve větší či menší míře jako největší psychickou oporu svého manžela, či partnera: *„Největší opora je můj manžel (Jana). „...partner a celá rodina jsou moc hodní“ (Petra). „Manžel, rodina a přátelé“ (Lucie).* Většina žen našla podporu v rodině obecně. Pro Ivanu byla největším hnacím motorem malá dcerka. Jitka uvedla mimo maminky a sestry také svou *„úžasnou“* kamarádku. U Ivany se také projevil spirituální aspekt

prožitku ztráty minulého těhotenství: „...povídáme o malém bratříčkovi, který odešel do nebička“.

Jitka podporu manžela zpočátku postrádala, ve vztahu byla nedostatečná komunikace o prožité ztrátě dítěte: „*Manžel přijíždí a odjíždí*“. Následné nové těhotenství však jejich vztah posílilo a Jitka dokázala ocenit praktické fungování partnera: „*Přináší nákupy, abych se s ničím netahala, jezdí se mnou na kontroly ke gynekologovi...*“. „*Myslím si, že až se malá narodí, že roztaje úplně.*“

Petra velmi ocenila profesionální a empatické chování zdravotnického personálu: „*Mám výborného lékaře. „I sestřička je moc milá*“.

Projevy dítěte:

Jako uklidňující, emotivní a významný okamžik byly první projevy dítěte: „... *co jsem začala cítit pohyby miminka, jsem se zklidnila*“. (Martina). O podobné zkušenosti hovoří i Jana: „*Krásný pocit je, když na ultrazvuku vidím tlouct srdíčko, raduju se z každého pohybu miminka*“. Ivana: „... *pak jsme hodně miminko poslouchali domácím ultrazvukem. Hodně mi pomáhá, že cítím pohyby*“.

Informovanost:

Respondentky také hledaly pomoc na internetových portálech a informace o tom, co právě probíhá a co je čeká: „*Stále k tomu studuji nějaké informace...*“ (Jitka). „...*pořád studuji veškeré dostupné informace*“. Podobně i pro Ivanu je podpůrné získávání informací: „*Pořád studuji veškeré dostupné informace*“. Pro Petru jsou důležité informace ohledně správně probíhajícího těhotenství podané lékařem: „*Pomáhá mi to, že mám výborného lékaře, když mi řekne, že je všechno v pořádku, hned jsem ve větším klidu*“.

Pohyb:

Nelze opomenout vliv tělesné aktivity na psychickou pohodu. O té hovoří Martina: „*Ještě mi moc pomáhá pohyb...*“. „...*Chodím pravidelně plavat, jezdíme na výlety*“.

Tabulka 12 - Potřeby v novém těhotenství

Jana	<i>„Jsem ráda, že je to tak, jak to je. Potřebovala bych mít větší pocit jistoty, že se dítě narodí v pořádku. Chtěla bych být pozitivní a vnitřně vyrovnaná. Komunikuji se spoustou lidí, včetně zdravotníků, chodím na předporodní kurzy, potřebuji mít kolem sebe lidi. Také sedím každý den u internetu a probíráme všechno s dalšími, kterým se stalo to, co mně. Samotu nevyhledávám, to na mě potom padají chmury“.</i>
Martina	<i>„Potřebovala jsem najít další posluchače, mít o všem s kým mluvit. Chápal jsem posluchače, se kterými se můžu smát a když na mě přijde splín, tak se vybrečet a nemuset se za to stydět. Ačkoli je to divné, uvolnila jsem se nejvíce před lidmi, které až tak dobře neznám“.</i>
Ivana	<i>„Dostat ze sebe takové ty vnitřní démony, kteří přicházejí nejčastěji v noci. Chtěla bych mít v sobě co nejvíc síly všechno zvládnout“. „... pak jsme hodně miminko poslouchali domácím ultrazvukem. Hodně mi pomáhá, že cítím pohyby“.</i>
Lucie	<i>„Větší klid a méně starostí“.</i>
Petra	<i>„Chtěla bych se nestresovat, nemít výčitky z toho, že miminko ve mně není v pohodě, když já nejsem v klidu. Chtěla bych nemít strach nakupovat věci na miminko a vybírat jméno z důvodu, že by se mohlo něco zlého stát. Chtěla bych být více psychicky odolná a nemuset již brát antidepresiva, i když už je beru jen v nízkých dávkách. Mám strach, aby dítěti neublížily, ale úplně je vysadit, to bych asi nezvládla. Taky bych chtěla být partnerovi větším parťákem a nepřipadat si jako křehká květinka, o kterou se musí starat a strachovat“.</i>
Jitka	<i>„Sama si nepřipadám, komunikace mám taky dost. Asi bych přivítala větší podporu a přítomnost manžela, ale z druhé strany vím, že odjíždí, aby vydělal peníze. Nemůžu si vlastně na nic stěžovat. Můj gynekolog je milý, sympatický a je profík. Rodiny jsem si za dobu těhotenství užila snad víc než za celý život a doufám, že jim to budu moct vrátit“.</i>

Sdílení s druhými:

Pro většinu žen bylo důležité svou situaci s někým sdílet, cítily potřebu s někým, komu důvěřovaly mluvit, nacházet nové posluchače: *„Komunikuji se spoustou lidí, včetně zdravotníků... ,potřebuji mít kolem sebe lidi“* (Jana). *„Potřebovala jsem najít další posluchače“* (Martina). Podobně Jitka vyjadřuje přání mít vedle sebe manžela: *„Asi bych přivítala větší podporu a přítomnost manžela...“*.

Potřeby sdílení se s druhými ženám nejvíce naplnila rodina.

Respondentky rovněž sdílely své pocity na internetových fórech a hledaly podporu jiných žen se stejnou zkušeností. *„Probíráme všechno s dalšími, kterým se stalo to co mně“* (Jana).

Pocit jistoty:

Další zmiňovanou potřebou byla potřeba zdravotnické péče, dostatku informací a ujištění, že je s dítětem vše v pořádku. *„Potřebovala bych mít větší pocit jistoty,*

že se dítě narodí v pořádku“ (Jana). „...chodím na předporodní kurzy“ (Jana). „Koupila jsem si angelsounds a s manželem jsme velmi často srdíčko poslouchali až do prvních pohybů“ (Martina). Podobně Ivaně pomohlo, když cítila pohyby a poslouchala srdíčko.

Zvládání negativních emocí:

Nejčastější potřebou se ukázala potřeba zvládání negativních emocí a nalezení vnitřního klidu. „Chtěla bych být pozitivní a vnitřně vyrovnaná“ (Jana). „Dostat ze sebe takové ty vnitřní démony...“ (Ivana). „Větší klid a méně starostí“ (Lucie). „Chtěla bych se nestresovat...“ (Petra).

6 DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak ženy, které prožily perinatální ztrátu, zvládají právě probíhající těhotenství. Výzkumný soubor tvořilo šest těhotných respondentek, které v minulosti prožily těhotenskou ztrátu. Při popisu první oblasti týkající se zkušenosti perinatální ztráty, můžeme vysledovat, jak ženy hovoří o období ztráty dítěte. Významným tématem, ke kterému se ženy ve vzpomínkách vracely, bylo samotné **sdělení lékaře, že se jejich nenarozené dítě nevyvíjí správně nebo je již mrtvé**. Tato zpráva byla téměř ve všech případech oznámena při ultrazvukovém vyšetření. Pro všech šest respondentek bylo sdělení nepříznivé zprávy překvapením, jedna z nich dokonce nechtěla tuto informaci přijmout. Přístup všech zdravotníků hodnotí pět žen jako pozitivní. Do tohoto okamžiku měly téměř všechny bezproblémové těhotenství, pouze jedna z žen udávala těhotenskou cukrovku.

Kašpárková, Bužgová ve svém výzkumu popisují, že způsob sdělení diagnózy je pro ženu nesmírně důležitý. Je vhodné, aby se porodní asistentka před sdělením diagnózy pokusila získat důvěru ženy, ocenila její snahu, např., že přišla na vyšetření. Informace, které personál podává, by měly být shodné, bez spekulací a dostatečně srozumitelné pro ženu i pro její blízké příbuzné. Nejlepší způsob, jak toho dosáhnout, je redukovat na minimum počet osob, které jsou pověřené k podávání informací (Kašpárková, Bužgová, 2010).

Ženy po perinatální ztrátě **oceňují, pokud je s nimi diskutováno přání, které se týká jejich umístění v průběhu hospitalizace**. Některé ženy preferují izolaci od druhých a soukromí, jiné naopak preferují sdílení a společnost. Téměř všechny ženy jsou však vděčné za umožnění neomezených návštěv a stálou přítomnost blízké osoby.

Všechny ženy v našem výzkumném souboru hovořily o náročnosti prožívání období po ztrátě dítěte. Významným tématem ve vzpomínkách respondentek bylo téma **rozloučení se s dítětem**. Pro tyto situace není zavedený jednotný postup a ne všechny ženy byly zdravotníky podpořeny k tomuto kroku. Je pouze na osobním rozhodnutí jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, zda rodiče podpoří v možnosti kontaktu se svým mrtvým dítětem. Pro dlouhodobé vyrovnávání

se se smrtí dítěte je rozloučení s mrtvým dítětem velice důležité. Proto je nutné tento rituál podpořit a porodní asistentka je zásadní osobou, která může svým přístupem ovlivnit rozhodnutí ženy (Kašpárková, Bužgová, 2010, s. 398).

Od roku 2011 vznikají různá doporučení, jež podporují rozloučení s dítětem a nabízení upomínek. Pokud má žena nebo oba partneři možnost kontaktu s mrtvým dítětem a je jim umožněno mít na dítě upomínku, má tato skutečnost pozitivní vliv na období procesu truchlení. Pro průběh celého procesu je velmi podstatný přístup personálu k rodičce, mrtvému plodu, případně také k doprovázející osobě. Tři ženy z našeho souboru byly personálem aktivně podpořeny v rituálu rozloučení se s dítětem, dvě z nich nabídky využily. Třem respondentkám nebyla z různých důvodů nabídka učiněna.

Ženy, kterým bylo umožněno rozloučení s dítětem a možnost mít na dítě památku, byly za tuto skutečnost rády. Tady byla opět důležitá podpora zdravotnického personálu, protože ve chvíli ztráty je vůbec nenapadne, nebo jim dokonce přijde hloupé, si dítě např. fotografovat. Respondentky, které byly podpořeny v rituálech rozloučení, porodily v perinatologickém centru, kde se zdravotníci s perinatální ztrátou setkávají častěji. Stejně zjištění vyplynulo také z výzkumu Ratislavové a Berana (2010).

Z výzkumu práce Kašpárkové a Bužgové vyplývá, že nabízení upomínkových předmětů a možnost rozloučení není u nás běžným standardem (Kašpárková, Bužgová, 2010, s. 395). Dvě respondentky našeho souboru, které měly možnost vidět své dítě, a následně u nich proběhl nějaký rituál loučení, byly za tuto možnost vděčné. Naopak jedna žena, které byla nabídka učiněna a ona kontakt se svým zemřelým dítětem odmítla, zpětně cítila lítost.

Je zřejmé, že většina žen, které po porodu mrtvého plodu své dítě neviděla, toho lituje. Naopak všechny ženy, které své dítě po perinatální ztrátě viděly, byly rády, že tak učinily.

To, že možnost jakéhokoli rozloučení nebyla často vůbec nabídnuta, může vypovídat o paternalistickém přístupu zdravotníků v této oblasti (Ratislavová, 2012, s. 505- 508). Zahraniční výzkumy, zejména severských zemí, popisují rozdílné údaje. Ve Švédsku téměř 80 % žen po perinatální ztrátě své dítě po porodu vidělo. Porodní asistentky ve Švédsku možnost rozloučení nenabízejí, rituál rozloučení pojmají automaticky. Erlandsson, Warland, Cacciatore (2013) popisují tuto situaci jako přirozenou. Přístup zdravotnického personálu, zejména ošetřujících porodních

asistentek, každá nevhodně formulovaná věta, každé gesto může ženu ranit nebo v ní zanechat negativní pocity.

Některé respondentky využily **nabídku odborné pomoci psychologa**, která jim byla nabídnuta už v nemocnici a jedna z žen byla nucena vyhledat pomoc psychiatra. Také **profesionální chování, lidský, empatický přístup a poskytnutí dostatku informací**, hrálo důležitou roli v tom, jak se ženy se situací perinatální ztráty vyrovnaly.

Velmi důležité je předání kontaktu na klinického psychologa, se kterým se může žena setkat již během hospitalizace a ke kterému má možnost podle své potřeby docházet sama, nebo se svým partnerem.

Důležitým faktorem pro vyrovnání se s perinatální ztrátou je **sociální opora**. Je prokázáno, že dostatečná sociální opora je spojena s nižší hladinou úzkosti a deprese (Cacciatore et al., 2009).

Další oblastí, které ženy po perinatální ztrátě v rozhovoru popisují, je **reakce okolí** na tuto skutečnost. Je běžné, že se člověk, který truchlí, uzavře před svým okolím. Respondentky, které hovořily o chování druhých lidí v období truchlení, uvedly, že se jednalo o různorodé reakce. Zmiňují velkou podporu okolí, ale některé se setkávají i s vyhýbavým chováním. Je zřejmé, že i okolí je zaskočeno svízelnou situací a často neví, co říct a jak mají reagovat. Mohou používat fráze, které ženu zraňují. Je zřejmé, že smrt dítěte zasáhne do určité míry i přátele rodičů, kteří někdy nevědí, jak se k rodičům chovat, co jim mohou nabídnout, zda mají o smrti mluvit, či nemluvit. Pomoc v takové chvíli spočívá v tom, že se přítel například telefonicky domluví a přijde na návštěvu. Dá najevo, že je připravený dotyčného rodiče vyslechnout. Nevyhýbá se kontaktu, je vstřícný, ale nenutí k vyprávění, rozhodnutí nechá na samotném rodiči (Špaňhelová, 2012).

Tématem, kterému se respondentky podrobněji věnovaly, bylo **psychické prožívání v období truchlení**. Pro všechny ženy bylo toto **období stresující**. V domácím prostředí si začaly plně uvědomovat, co se jim skutečně stalo. Většina z nich trpěla akutní formou žalu, prožívaly silné negativní emoce a často plakaly, jedna z nich byla nucena užívat antidepresiva. Smrt miminka měla **vliv na vzájemný vztah většiny párů** našeho výzkumu. Čtyři páry tato bolestná životní zkušenost sblížila, svůj žal prožívali společně. Spolu se cítili silnější a prohloubila se jejich vzájemná důvěrnost

a podpora. U jednoho páru se projevil odlišný způsob truchlení, u dalšího páru manžel řešil situaci tím, že unikal.

Rozdílnost v truchlení u rodičovského páru zaznamenala mimo jiných ve své studii i Rastislavová, a to jak v projevech, tempu i intenzitě: „*Sociologické analýzy z devadesátých let minulého století potvrdily intersexuální rozdíly v prožívání situace: muži projevovali známky kontroly emocí a zaměření spíše na praktické záležitosti, zatímco ženy expresivně vyjadřovaly své emoce*“ (Rastislavová, 2015, s. 19).

Rozdílný způsob prožívání vyplývá z normálních odchylek v osobnosti, filozofii, socializaci, způsobu, jak se vyrovnáváme s obtížnými situacemi. Pokud miminko zemře v raném stadiu těhotenství, cítí otec obvykle mnohem menší pouto než matka. Někdy může muž projevit netrpělivost a naléhat na ženu, aby se snažila sebrat se a život se zase dostal do normálních kolejí (Davies, 1996).

Respondentky našeho výzkumu spontánně hovořily o **podpoře blízkých**, která pro ně byla v období truchlení velmi důležitá. Všechny ženy popisovaly, že našly oporu ve své rodině, za nejvýznamnější osobu byl téměř ve všech případech ve větší, či menší míře označen partner. Pomoc přišla v podobě jejich přítomnosti a naslouchání, byla také oceněna praktická forma pomoci (úklid, vaření, nákupy).

Dalším významným zdrojem v podpoře byli přátelé. V jejich společnosti nacházely ženy možnost vypovídání a odreagování se. Dvě ženy uvedly jako zdroj pomoci výlety do přírody, jiné se snažily rychle vrátit do práce a zaměstnat hlavu jinými povinnostmi.

Z našeho výzkumu vyplývá, že zásadním významem byla možnost vypovídat se, sdílet svůj příběh stále dokola, pokud našly posluchače, ke kterým měly důvěru. Také setkání s někým, kdo prožil stejnou situaci, mělo pro některé respondentky podpůrný význam. Kladně hodnocené byly také organizace, které se perinatální ztrátou zabývají. V příbězích jiných žen hledaly povzbuzení a inspiraci, jak celou situaci zvládnout. To, že jiné ženy také prožily ztrátu miminka a dokázaly se s ní vyrovnat, jim dodávalo sílu.

Druhým důležitým tématem, kterému jsme v našem výzkumu věnovali pozornost, bylo **období těhotenství, které následovalo po perinatální ztrátě**. Ženy spontánně hovořily o období, kdy začaly přemýšlet nad novým těhotenstvím. Důležitou otázkou bylo, **jak tyto ženy prožívají nové těhotenství emočně**. Zde hraje velmi důležitou roli pomoc, která jim je nabízena a potřeby, které se objevují. Všechny respondentky

hovořily o dalším těhotenství jako o „hnacím motoru“, který jim pomáhal co nejdříve jít dál. Obava, že by se mohla situace opakovat, se podle studií odráží v emocích rodičů. Naděje jde ruku v ruce s obavou z další možné ztráty. Cote-Arsenault a Marshall (2000) identifikovali následné zkušenosti a pocity těhotných žen po perinatální ztrátě jako „*být v těhotenství jen jednou nohou*“.

Z rozhovorů vyplynulo, že období truchlení může trvat různě dlouhou dobu a potom je možné se znovu zapojit do normálního životního chodu. To je také vhodné období, kdy je možné začít **plánovat početí dalšího potomka**. Tři z respondentek se na následující těhotenství příliš upnuly ihned po perinatální ztrátě, což bylo jistě dříve, než byly smířeny s předchozí ztrátou. U jedné z žen bylo odhodlání k otěhotnění tak velké, že ztratila nadhled a jak sama vyhodnotila, stala se „*posedlou*“. Pro ostatní ženy byl důležitý čas, který pomohl zmírnit duševní krizi a bolest. Jedna z respondentek se zaměřila na zdravou životosprávu a pohyb.

Všechny dotazované ženy prožívaly pocit úlevy, když se jim podařilo otěhotnět, zároveň se však těhotenství stalo další zátěžovou situací. Objevovaly se časté změny nálad, euforii střídaly pocity nejistoty a strachu z dalšího možného neúspěchu těhotenství.

Pro ženy, které otěhotněly po předchozí těhotenské ztrátě, bylo následné těhotenství plné intenzivních emocí. Často byla pozorovaná naděje, ale i deprese a úzkost, protože se obávaly další perinatální ztráty. Bylo zjištěno, že depresivní příznaky se u žen v těhotenství, které měly v anamnéze perinatální ztrátu, objevují častěji ve srovnání se ženami, které tuto ztrátu neměly (Amstrong, 2002).

Také z našeho výzkumu vyplývá, že nejčastější **negativní emoci** těhotných respondentek po ztrátě dítěte byla **úzkost, strach, deprese, snížené sebevědomí a pocit viny**. Některé z nich byly **více unavené** nebo se objevily **problémy s usínáním**. Strach z možného neúspěchu vedl jednu z žen k tomu, že o svém těhotenství až do konce prvního trimestru neřekla ani svým rodičům. V návaznosti na tyto pocity jedna z žen popisovala, jak s ní „*cvičily hormony*“. Tato respondentka také zmínila svůj strach ze zvládnutí mateřských povinností z důvodu vyššího věku. U další z žen byla obava z dalšího neúspěchu opodstatněná, musela se vyrovnat ještě s jednou těhotenskou ztrátou. Jedna z respondentek uvedla výčitky svědomí vůči očekávanému dítěti z důvodu nutnosti užívání antidepresiv, které nemohla vysadit ani v těhotenství.

Se svou situací se ženy vyrovnávaly různě, ve svých výpovědích zdůrazňovaly především celkovou opatrnost a také strach o miminko. Některým pomáhalo **pozitivní myšlení a psychická vyrovnanost**. Za hlavní považovaly **dostat se vědomě do klidu a snažit se zbytečně nestresovat**.

Je prokázáno, že stres v těhotenství a negativní emoce matky mohou ovlivnit gestační délku těhotenství i porodní hmotnost dítěte. Vysoká hladina prenatálního stresu je rovněž spojena s rizikem potratu i předčasného porodu. Stresové hormony matky a placentární průtok krve mohou být dva mechanismy, které působí na plod. Prenatální stres má vliv nejen na fyziologický vývoj kojence, ale ovlivňuje dítě až do jeho deseti let (Cote-Arsenaut 2007, 110-114).

Jako nejčastější **pozitivní pocity** uváděly respondentky **pocit štěstí a radosti**. Pozitivní pocity vyvolávaly také příznivé výsledky prenatálních kontrol i možnost kontroly projevů dítěte zakoupeným přístrojem na poslouchání srdeční akce miminka. Pravidelné lékařské prohlídky ženy vnímaly jako uklidňující. Neméně důležitá byla důvěra v lékaře, dostatek informací, lidský přístup, empatie a profesionalita. S lékařskou péčí byly ženy převážně spokojeny. Jen jedna z žen měla negativní zkušenost s necitlivým chováním lékařky.

V rozhovorech ženy hovořily o **podpoře blízkých**, kteří jim pomáhali zvládat nároky nového těhotenství. Všechny respondentky uvedly, že měly ve svém blízkém okolí někoho, o koho se mohly opřít, sdílet starosti i radosti, cítily se opatrované a také ocenily praktickou pomoc při udržování chodu domácnosti. Mimo partnera nacházely ženy oporu také v ostatních členech rodiny, zmiňovány byly především matky těhotných žen, sourozenci a ve dvou případech starší dítě. Pro jednu z respondentek byla významným zdrojem opory kamarádka, které se mohla vypovídat ze svých „stesků“. Jedna z respondentek zmínila jako **podpůrný pravidelný tělesný pohyb**.

Stejně zjištění je patrné z olomoucké studie. Výzkumníci Univerzity Palackého v Olomouci prováděli průzkum u 163 těhotných žen ve druhém trimestru těhotenství. Srovnávali dvě skupiny žen. Ženy s pravidelnou tělesnou aktivitou (PTA) a ženy s nízkou úrovní tělesné aktivity (NTA). Zjistili, že ženy ve skupině PTA svůj stav definovaly většinou jako pozitivní. Projevovaly se u nich emoce jako: uvolněná, spokojená, optimistická, hrdá, šťastná, spokojená. U skupiny NTA byl první eliminovaný faktor spojený s negativními emocemi. Tato skupina těhotných žen svůj stav většinou definovala jako negativní a objevovaly se u nich následující emoce:

napjatá, vznětlivá, melancholická, nervózní a depresivní. Zjištěná fakta ukazují, že pravidelná tělesná aktivita prospívá duševnímu zdraví a duševnímu stavu těhotných žen (Directory of Open Access Journals, 2008, s. 37-44).

Rozhovory s ženami našeho výzkumu přinášejí také informace o **potřebách v novém těhotenství**. Všechny z dotazovaných nastávajících maminek uvedly jako stěžejní potřebu **pocit jistoty, klidu, psychické pohody, komunikace**. Tuto emocionální podporu a naplnění citových potřeb jim přinášela ve většině případů především rodina a nejbližší. Důležitou součástí je dobré rodinné zázemí, zejména chování partnera a podpora matky.

Další významnou sociální potřebou byla **potřeba kontaktu s kamarádkami, přáteli**. Ženy cítily potřebu podělit se o své prožitky a zkušenosti, vzájemně se podporovat také přes internetové stránky. **Potřeby v oblasti medicínské péče** byly uspokojeny častým lékařským dohledem, sledováním, profesionalitou a lidským přístupem. Objevovala se potřeba častějších lékařských kontrol, pro ženy byla důležitá důvěra v lékaře i v porodní asistentku. Respondentky cítily potřebu být ujištěny o tom, že se jejich miminko vyvíjí správným způsobem.

Zmírnění nebo zcela odbourání negativních emocí, které jsou spojené s porodem, zmírnění strachu z porodu, minimalizování obav o dítě a posílení důvěry vůči zdravotnickému personálu, je cílem také předporodních kurzů, které probíhají ve FN v Olomouci.

Doporučení pro praxi

Porodní asistentka je důležitým členem týmu v péči o těhotnou ženu. Pokud pochopí pocity těhotné ženy po perinatální ztrátě, může pomoci ostatním poskytovatelům péče včas rozpoznat potencionální problémy a potřeby těchto žen. Podpůrné působení porodních asistentek má potenciál pomoci těmto ženám snáze zvládat psychickou zátěž a posílit jejich sebedůvěru. Pro porodní asistentku je rozhodující při kontaktu s těhotnou ženou vytvoření přátelského klimatu a navození příjemné atmosféry důvěry. K tomuto účelu využívá porodní asistentka zejména psychologických prostředků (Kašpárková, Bužgová, 2013, s. 653).

Proto by bylo velmi vhodné, aby personál, který se setkává s těmito ženami, měl možnost dalšího prohlubování znalostí a dovedností v oblasti komunikace, včetně jejího nácviku v modelových situacích.

Tuto zkušenost mohou prožít ve zmiňovaném projektu o. s. Dlouhá cesta - „Prázdná kolébka“. Jedná se o kurz péče o rodiče po perinatální ztrátě, který je určený porodním asistentkám, lékařům, všeobecným sestřám, vyučujícím a studentům zdravotnických škol nebo lékařských fakult. E-learningový kurz Péče o rodiče po perinatální ztrátě je vhodný i pro doly a pracovníky v sociální oblasti. Kurz pomůže lékařům a porodním asistentkám i dalším účastníkům zvládnout profesionálně a zároveň citlivě péči o truchlící rodiče po úmrtí miminka před porodem, při porodu nebo krátce po porodu. Kurz probíhá formou e-learningu, v jeho průběhu se uskuteční dvě společná setkání účastníků s organizátory a tutory kurzu (Dostupné z: <http://www.prazdnakolebka.cz>).

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zmapovat pocity žen v právě probíhajícím těhotenství po prožitku perinatální ztráty.

Perinatální ztráta je významným zásahem do života ženy i celé její rodiny. Jde o traumatickou událost, která může vést k mnoha psychickým a zdravotním problémům. Jde také o zásah do partnerského vztahu. Bohužel, podle dostupných údajů v České republice ročně zažije perinatální ztrátu asi 300 - 400 žen.

Důležitý je management a návaznost péče, která začíná obdobím zjištění problému s těhotenstvím a perinatální ztrátou. Na tu navazuje podpora v procesu truchlení s poskytnutím maximálního množství informací o tomto procesu, který pokračuje přípravou na nové těhotenství. Je důležité ženu podpořit v možnosti vyjádřit své emoce a oba rodiče informovat o průběhu procesu truchlení, zajistit kontakt na odborníky, kteří jim poskytnou náležitě informace a zodpoví případné dotazy.

Bylo zjištěno, že těhotná žena, která má v anamnéze perinatální ztrátu, prožívá následující těhotenství s mnohem větším emocionálním napětím a potřeby při jeho zvládnání jsou rovněž mnohem vyšší. Těhotné ženy po perinatální ztrátě využívají různé způsoby zvládnání zátěže a mají specifické potřeby, které vyžadují specifický přístup poskytovatelů péče. Významnou roli má porodní asistentka, která může být podporou při zvládnání této události a je schopna pomoci překonat této skupině žen náročné období těhotenství po perinatální ztrátě.

Ze své dlouholeté praxe na porodnicko-gynekologické klinice v Olomouci musím konstatovat, že se přístup k pacientkám s perinatální ztrátou za poslední roky v mnohém změnil k lepšímu. Těmto ženám, pokud to provozní podmínky umožní, nabízíme samostatný pokoj, kde mohou trávit co nejvíce času se svou rodinou.

Pokud si rodiče přejí, mají možnost se s dítětem rozloučit bez časového omezení. Samozřejmostí je nabídka upomínkových předmětů, například otisk nožičky dítěte, odstřižené vlásky, pamětní knížka nebo fotografie. Zlepšil se i přístup lékařů v podávání informací o důvodech perinatální ztráty, pokud jsou v době hospitalizace již známy. V tomto ohledu spolupracuje gynekolog s neonatologem, genetikem a patologem po výsledku histologického vyšetření, či pitvy.

Pracoviště disponuje klinickou psycholožkou, která aktivně vyhledává a nabízí profesionální podporu a pomoc těmto ženám i jejich partnerům již v průběhu hospitalizace i v následném období a rovněž informuje o možnosti sdílení prostřednictvím svépomocných skupin.

Pokud je psychologická pomoc nedostatečná, ve spolupráci s lékařem zajišťujeme psychiatrickou intervenci. Spolupracujeme se sociálním oddělením, jehož pracovnice podává informace o úředních záležitostech jako je matrika, pohřeb, porodné, pohřebné nebo peněžitá pomoc v mateřství. Jelikož bývají ženy ve špatném psychickém stavu, dostávají tyto informace i v písemné podobě. V neposlední řadě poskytujeme možnost kontaktu na nemocničního kaplana v poradně Hořec.

Porodní asistentka může podpořit rodiče při rozhodování o dalším těhotenství a také je připravit na to, že se u nich mohou objevovat pocity, které souvisejí s předchozí negativní zkušeností. Těhotenství následující po perinatální ztrátě může být emocionálně velmi náročné. Počátek těhotenství bývá komplikován obavami z možnosti opakování ztráty, tento pocit může provázet celou dobu těhotenství. Zdravotnický personál se stává významným při zvládnutí období těhotenství. Porodní asistentka je zdravotnický pracovník, který je s rodiči v nejužším kontaktu. Jejím úkolem je pečovat komplexně o bio-psycho-socio-spirituální potřeby ženy. Měla by se pokusit vytvořit podpůrné prostředí, jistotu. Být osobou, na kterou se žena může obrátit se svými dotazy a obavami.

Potřeby těhotných žen po perinatální ztrátě se mohou lišit od potřeb žen bez zkušenosti ztráty dítěte. Vhodná je také edukace o normálním průběhu těhotenství, možnostech zvládnutí stresu, poskytnutí rad a doporučení o pozitivním vlivu relaxačních technik.

Závěrem je možné konstatovat, že porodní asistentka hraje v péči o těhotnou ženu s minulostí perinatální ztráty velmi důležitou roli. Je důležité, aby tuto roli dobře ovládala, aby v poskytování potřeb postupovala profesionálně a zároveň si zachovala lidský přístup, empatii a umění dobré komunikace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

- ADOLFSSON, A. Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus of miscarriage. *Psychology Research and Behavioral Management*, 2011, 4, s. 29-39.
- ALLAHDADIAN, M., IRAJPOUR, A., KAZEMI, A., & KHEIRABADI, G. Social support: An approach to maintaining the health. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2015, 20 (4), s. 465-470.
- AMSTRONG, D., S. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 2002, 34 (4), s. 345-393 /PubMed/.
- AMSTRONG, D., S. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2004, 33 (6), s. 765-773 /PubMed/.
- BAŠTECKÁ, B. a kol. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada, 2013. 320 s. ISBN 978-80-247-4195-6.
- BAŠTECKÁ, B. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 520 s. ISBN 978-80-7367-470-0.
- CACCIATORE, J. Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 2013. 18 (2), 76-82.
- CACCIATORE, J., SCHNEBLY, S., & FROEN, F. J. The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health and Social Care in the Community*, 2009, 17 (2), s. 167-176 /PubMed/.
- COTE-ARSENAULT, D. et al. Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 2001, 33 (3), s. 239- 244 /PubMed/.
- COTE-ARSENAULT, D., MARSHALL, R. One foot in- One foot out: Weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in Nursing and Health*. 2000, 23 (6), 473- 485 /PubMed/
- COTE-ARSENAULT, D. Threat appraisal coping and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research*. 2007, 56 (2), 108-114 /PubMed/.

- ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2006. 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
- DAVIES, D. *Empty cradle, broken heart. Surviving the death of your baby*. Fulcrum pub., ISBN 15-559-1302-4.
- Directory of Open Access Journals. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica. Vyd. UP, 4/2008, č. 3, s. 37-44. ISSN 1213-8312, 1212-1185.
- DOLEŽAL, A., KUŽELKA, V., ZVĚŘINA, J. *Evropa- kolébka vědeckého porodnictví*. Praha: Galén, 2009. 98 s. ISBN 978-80-7262-506-2.
- DOENGE, E., MARILLYNN, MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
- ENKIN, M., *Efektivní péče v perinatologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, 385 s. ISBN 80-716-9417-7.
- ERLANDSSON, Kerstin, Jane, WARLAND, Joanne CACCIATORE a kol., Seeing and Holding a Stillborn Baby: Mothers feelings in relation to how their babies were presented to them after birth -findings from online questionnaire. *Midwifery*, 2013, 29 (3), s. 246-250. ISSN 02666138.
- Fakultní nemocnice Olomouc. *Poradenství nejen pro pozůstalé* [online]. [cit. 19. 1. 2018]. Dostupné z: < www.fnol.cz/poradenstvi-nejen-pro-pozustale.asp>.
- FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
- FERENČÍK, M. *Imunitní systém: informace pro každého*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 236 s. ISBN 80-247-1196-6.
- FIRTH, P. a kol. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 236 s. ISBN 978-808-7029-213.
- FREUD, A. *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál, 2006. 119 s. ISBN 80-7367-084-4.

- GOLD KJ. Navigating care after a baby dies: A systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of Perinatology*, 2007, 27, s. 230-237 /PubMed/.
- HAYES, N. *Aplikovaná psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 224 s. ISBN 80-7178-807-4.
- HILL, P.D., DE BACKERE, K., KAVANAUGH, K.L. The Parental Experience of Pregnancy after Perinatal Loss. *J Obstet Neonatal Nurs*. 2008, Sept-Oct, 37 (5), s. 525-537 /PubMed/.
- HUTTI, M.H. et col. Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *Journal of psychosomatic research*, Oct. 2017, 101, 128 – 134.
- KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 67 s. ISBN 80-717-8365X.
- KAŠPÁRKOVÁ, P., BUŽGOVÁ, R. Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. *Kontakt*, 2010, roč. 12, s. 387- 398. ISSN 1212- 4117.
- KAŠPÁRKOVÁ, P., BUŽGOVÁ, R. Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě. *Recenz. vědecký časopis Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2013, 2 (4). ISSN 1804-2740.
- KERSTING, A. WAGNER, B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*, Jun 2012, 14 (2), s. 187- 194 /PubMed/.
- KLAUS, Marshall, H. *Year book of neonatal and perinatal medicine*. St. Louis, 1993. 398 s. ISBN 0-8151-5228-0.
- KLIMENT, P. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 9788024442068.
- KOHNEROVÁ, N., HENLEYOVÁ, A. *Když dítě zemře*. Praha: Triton, 2013. 349 s. ISBN 978-80-7387-643-2.
- KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vyd. Praha: ISV, 2001. 267 s. ISBN 80-858-6682-X.
- KUPKA, M. *Psychosomatické aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

- LONDA, S., CONSOLING, A. Bereavement Program for Perinatal Loss. Chaplaincy Today. *World Health Organization* [online], 2010. ISSN 10999183
Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=50320613&scope=siteMaternal-and-perinatalhealth>
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MROWETZ Michaela. *Smrt na dvouhodinový předpis.*: AZ RODINA.cz[online]. 2008- 11-01. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/2709-smrt-nadvouhodinovy-predpis>.
- NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000. 335 s. ISBN 80200-0763-6
- NAKONEČNÝ, M. *Emoce*. 1.vyd. Praha: Triton, 2012. 501 s., ISBN 978-80-7387-614-2.
- Nejste sami. Získáno 1.10.2017 z <http://www.dlouhacesta.cz/nejste-sami/>.
- OREL, M., FACOVÁ, V. *Člověk, jeho mozek a svět*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 256 s. ISBN 978-802-4726-175.
- PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén, 2008. 685 s. ISBN: 978-80-7262-594-9.
- PAŘÍZEK, A. a kol. *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Mother- Care-Centrum- Publishing, 2012. 285 s. ISBN 978- 80-7262-949-7.
- PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*, 5. vyd. Praha: Galén, 2015. 481s. ISBN: 978-80-7492-213-8.
- PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1.vyd. Praha: Grada. 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PILKA, R. *Gynecology*. 1.vyd. Olomouc: Palacký Univerzity Olomouc, 2011. 217 s. ISBN 978-80-244-2686-0.
- PLEVOVÁ, I. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 3. vyd. Praha: Portál 2015. 184 s. ISBN 978- 80-262-0859-4.

- PROCHÁZKA, M., PILKA, R. *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED Olomouc s.r.o., 2016. 248 s. ISBN 978-80-906280-0-7.
- PRŮCHA, J. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 199 s. ISBN 978-80-247-3603-7.
- RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- RATISLAVOVÁ, K., BERAN, J., KAŠOVÁ, L. Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Praktický lékař*, 2012, 2 (9), s. 505-512.
- RATISLAVOVÁ, K., BERAN, J. Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes. *Česká gynekologie*, 2010, 75 (5), s. 462- 466.
- RASTISLAVOVÁ, K., KALVAS, F., BERAN, J. Validizace české krátké verze škály perinatálního zármutku. *Cent Eur J Nurs. Midwifery*, 2015, 6 (1), s. 191 – 200. ISSN 2336-3517,
- RATISLAVOVÁ, K., LORENZOVÁ, E. Theory of caring v porodní asistenci v ČR. *Florence*, 2013, 9, č. 7-8, s. 23- 25. ISSN 1801- 464X.
- RATISLAVOVÁ, K. *Psychosociální péče o ženy po perinatální ztrátě*. 2. vyd. Praha: Dlouhá cesta, z.s., 2015, 19 s. ISBN 978- 80- 260-7134-1.
- RATISLAVOVÁ, K. *Perinatální paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 200 s. ISBN 978- 80- 271- 9398- 1.
- ROBINSON, G. E. Perinatl Loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2014, č. 28, 1. vyd., s. 169- 178.
- ROTHSCHILDOVÁ, B. *Tělo nezapomíná: psychofyziologie a léčba traumatu*. 1. vyd. Praha: Maitrea, 2015. 253 s. ISBN 978-80-7500-122-1.
- ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 80247-1941-X.
- ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- SCOTCHIE JG, FRITZ MA. Early pregnancy loss. *Postgraduate Obstetrics and Gynecology*, 2006, 26 (9): 1-7.
- Ztráta miminka [online]. [cit. 2018-03-04]. Dostupné z: <http://www.ztratamiminka.cz/>.

- SIMMONS, H., GOLDBERG, L., MYERS, J. High-risk pregnancy after perinatal loss: understanding the label. *Midwifery*, 2011, 27 (4), 452-7.
- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie v perinatální péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 208 s. ISBN 978-247-9715-1.
- SWANSON, KM. Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nursing Research*, 1999, 48 (6): s. 288-298. /PubMed/.
- ŠPAŇHELOVÁ, I. *Dlouhá cesta*, o.s., 2. vyd. 2012, www.dlouchcesta.cz.
- ŠPATENKOVÁ, N. *Jak řeší krizi moderní žena*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 148 s. ISBN 80-247-1567-8.
- ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. 223 s. ISBN 978-802-4737-362.
- STRAŇÁK, Z., JANOTA, J. *Neonatologie*. 2.vyd. Praha: Mladá fronta, 2015. 637 s. ISBN 978-80-204-3861-4.
- TOEDTER, L., LASKER, N., JANSSEN, H. J. E. M. International comparison of studies using the Perinatal Grief scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*, 2001, 25, 205 – 228 /PubMed/.
- VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 302 s. ISBN 978-807-3677-800.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 978-802-4609-560.
- VÉVODOVÁ, Š., IVANOVÁ, K. a kol. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: UP v Olomouci, 2015. 212 s. ISBN 978-80-244-4770-4.
- ZWINGER, A., et al. *Porodnictví*, 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1** - Charakteristika výzkumného souboru
- Tabulka 2** – Charakteristika perinatální ztráty
- Tabulka 3** - Vytvoření kategorií a podkategorií
- Tabulka 4** - Sdělení o problému s dítětem
- Tabulka 5** - Nabídka rozloučení se s dítětem
- Tabulka 6** – Reakce okolí
- Tabulka 7** - Psychické prožívání v období truchlení
- Tabulka 8** – Podpora v období truchlení
- Tabulka 9** - Myšlenky na další těhotenství
- Tabulka 10** – Emoční prožitky v novém těhotenství
- Tabulka 11** - Pomoc při zvládnání nového těhotenství
- Tabulka 12** - Potřeby v novém těhotenství

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1** - Vyjádření etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
- Příloha 2** - Informovaný souhlas Fakultní nemocnice Olomouc
- Příloha 3** - Tabulka stresových událostí
- Příloha 4** - Škála perinatálního zármutku
- Příloha 5** - Leták poradny Hořec
- Příloha 6** - Informace sociálního oddělení Fakultní nemocnice Olomouc
- Příloha 7** – Rozhovor zjišťující prožívání těhotenství po perinatální ztrátě

Příloha 1 – Vyjádření etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-18181/1040-2018

Vážená paní
Bc. Hana Dubová

2018-05-02


Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,


Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Příloha 2 - Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Diplomová práce

Období realizace: 15. 2. 2018- 15. 4. 2018

Řešitelé projektu: Bc. Hana Dubová pod vedením PhDr. Marie Dlabáčové, DiS.

Vážená paní, slečno,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjistit a popsat pocity žen po perinatální ztrátě, způsoby zvládání zátěže a zároveň zformulovat náměty a doporučení týkající se zkvalitnění péče o ženy v nelehké životní situaci. Proto Vás prosíme o poskytnutí a souhlas s rozhovorem a dotazníkovým šetřením na dané téma. Rozhovor bude veden ve Vámi zvoleném prostředí a čase a bude trvat přibližně 60 minut. Rozhovor bude nahráván pomocí nahrávacího zařízení a následně přepsán do písemné formy elektronicky, pomocí programu Word. Okamžitě po přepisu bude rozhovor z nahrávacího zařízení vymazán. Přepisy rozhovoru budou použity pouze a výhradně k mé diplomové práci. Při zpracování práce bude respektován zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, nikde nebude zveřejněno Vaše jméno, ani další identifikační údaje o Vaší osobě. Od rozhovoru můžete kdykoli odstoupit bez udání důvodu. Po obhájení diplomové práce budou i elektronické přepisy z PC vymazány.

Z účasti na projektu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: Protože mám vzdělání jako porodní asistentka a absolvovala jsem kurz „Prázdná kolébka“ (Péče o rodiče po perinatální ztrátě), může být pro Vás výhodou konzultace během období po úmrtí dítěte, případné řešení Vašich problémů dle mé kompetence. Nevýhodou může být pro vás časová zátěž cca 60 minut, podle Vašich potřeb je možné rozhovor přerušit a posléze pokračovat. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považovala za podstatné a potřebné vědět. Na tyto

mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: Bc. Hana Dubová

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu (zákonného zástupce):

V _____ dne: _____

Příloha 3 – Tabulka stresových událostí (T. Holmes, R. Rahe, 1967)

Úmrtí partnera-partnerky	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření a přebudování manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Půjčka vyšší než jeden průměrný roční plat	31
Splatnost půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchánem, tchyní, zetěm, snachou	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
Manžel-manželka nastupuje či končí zaměstnání	26
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Problémy a konflikty se šéfem	23
Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna církve nebo politické strany	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než průměrný roční plat	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	15
Dovolená	13
Vánoce	12
Přestupek (např. dopravní) a jeho projednávání	11

Staženo z:

<https://www.vitalia.cz/clanky/nejite-pohanku-velka-skoda/>

Příloha 4 - Škála perinatálního zármutku

Instrukce pro vyplnění:

Současné myšlenky a pocity týkající se Vaší ztráty.

Každá z položek je výrok či tvrzení, vyjadřující myšlenky a pocity, které prožívají lidé po ztrátě jako je ta Vaše. Na uvedené výroky neexistují žádné správné nebo špatné odpovědi. U každé položky tedy zakroužkujte číslici, do jaké míry nyní, v současné době, souhlasíte či nesouhlasíte s uvedeným tvrzením či výrokem. Pokud si nejste jisti, použijte kategorii „nevím“. Prosím, pokuste se tuto kategorii používat skutečně co nejméně, pouze když skutečně nebudete mít žádný názor a nic nebude vystihovat vaše pocity.

		Zcela souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
1.	Jsem smutná.	1	2	3	4	5
2.	Je pro mě obtížné snášet se s některými lidmi.	1	2	3	4	5
3.	Cítím prázdnotu.	1	2	3	4	5
4.	Nedokážu vykonávat běžné aktivity a pokračovat v nich.	1	2	3	4	5
5.	Cítím potřebu hovořit o svém dítěti.	1	2	3	4	5
6.	Truchlím po svém dítěti.	1	2	3	4	5
7.	Jsem vystrašená.	1	2	3	4	5
8.	Uvažuji od ztráty dítěte o sebevraždě.	1	2	3	4	5
9.	Užívám léky na své psychické potíže.	1	2	3	4	5
10.	Velice se mi stýská po dítěti.	1	2	3	4	5
11.	Cítím, že se postupně dobře se ztrátou dítěte vyrovnávám.	1	2	3	4	5
12.	Je pro mě bolestné vracet se ve vzpomínkách ke ztrátě dítěte.	1	2	3	4	5
13.	Když vzpomínám na dítě, jsem rozrušená.	1	2	3	4	5
14.	Když vzpomínám na dítě, pláču.	1	2	3	4	5
15.	Když vzpomínám na dítě, cítím jistou vinu.	1	2	3	4	5
16.	Když vzpomínám na dítě, cítím se fyzicky špatně.	1	2	3	4	5
17.	Od ztráty dítěte se necítím bezpečně v životě, cítím se zranitelná.	1	2	3	4	5

18.	Pokouším se smát a být veselá, ale nic se mi nezdá zábavné.	1	2	3	4	5
19.	Čas od úmrtí dítěte ubíhá velice pomalu.	1	2	3	4	5
20.	Nejlipsí část mě samotné zemřela s mým dítětem.	1	2	3	4	5
21.	Nevšimám si ostatních lidí / přestali mě zajímat od té doby, co mi zemřelo dítě.	1	2	3	4	5
22.	Od úmrtí dítěte se cítím bezcenná.	1	2	3	4	5
23.	Obviňuji sama sebe za smrt dítěte.	1	2	3	4	5
24.	Zlobím se více na své přátele a příbuzné než bych měla.	1	2	3	4	5
25.	Někdy mám pocit, že potřebuji profesionální pomoc, která by mě pomohla vrátit se zpět do mého života před ztrátou dítěte.	1	2	3	4	5
26.	Od té doby, co mi zemřelo dítě, se cítím jako bych jen přežívala a skutečně nežila život.	1	2	3	4	5
27.	Od úmrtí mého dítěte se cítím tak osamělá.	1	2	3	4	5
28.	Cítím se poněkud izolovaná a osamělá i dokonce mezi přáteli.	1	2	3	4	5
29.	Je bezpečnější nemilovat.	1	2	3	4	5
30.	Shledávám obtížné dělat jakákoli rozhodnutí od úmrtí mého dítěte.	1	2	3	4	5
31.	Bojím se budoucnosti.	1	2	3	4	5
32.	Být truchlící rodič znamená být druhořadý a podřadný člověk.	1	2	3	4	5
33.	Je skvělý pocit žít.	1	2	3	4	5

Instrukce pro skórování:

Celkového skóre Škály perinatálního zármutku je dosaženo obrácením všech položek kromě 11 a 33. Tím, že se obrátí položky, vyšší skóre nyní odráží intenzivnější žal. Pak skóre sečtete. Výsledkem je celkový počet bodů s možností rozpětí 33 až 165 bodů.

Autoři škály upozorňují, že počet bodů vyšší než 91 může indikovat vyšší zranitelnost jedince ve vztahu k perinatální ztrátě. Pak je doporučeno využít ve větší míře sociální oporu blízkých, laickou nebo odbornou psychologickou pomoc.

¹ Uživatelé mohou reprodukovat škálu bez dalšího povolení za předpokladu, že respektují autorská práva tím, že citují jména autorů, název a zdroj ve všech reprodukováních kopiích.

Portin, L., Lasker, J., Toedter, L. Measuring Grief: A Short Version of The Perinatal Grief Scale. *J Psychopathol Behav Assess*, 11, 1, 1989, s. 29 – 45. ISSN 0882-2689.

Ratislavová, K., Kalvas, F., Beran, J. Validizace české krátké verze škály perinatálního zármutku. *Cent Eur J Nurs Midwifery*, 6, 1, 2015, s. 191 – 200. ISSN 2336-3517.

Příloha 5 – Leták Poradny Hořec

Poradna Hořec - pro pomoc pozůstalým

- zajišťuje jednorázové, krátkodobé, i dlouhodobé poradenství
- poskytuje individuální i skupinové poradenství
- služba je poskytována zdarma
- nachází se v 1. patře budovy B (Franze Josefa) přístupové cesty jsou označeny:
 - od vchodu B1
 - bezbariérově z „modré budovy“ monobloku A
 - od kaple a od babyboxu
 - koridorem od čekárny ambulance plastické a estetické chirurgie
- je pravidelně otevřena v tyto dny:

Pondělí	10.00–11.30 hod.
Středa	15.00–17.00 hod.
Čtvrtek	10.00–11.30 hod.

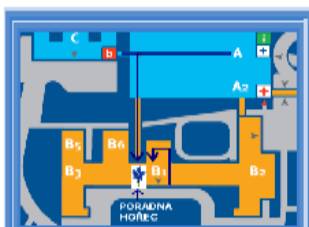
Po předchozí telefonické nebo e-mailové domluvě se s Vámi rádi setkáme i jindy.

Mobil: 733 789 731

E-mail: poradna.horec@gmail.com

Web: www.poradna-horec.cz

Facebookový profil: Poradna HOŘEC



Zpracovaly:

Mgr. Bc. Tobia Miroslava Matějková
PhDr. ThLic. Marta Hošťálková, Th.D., PhD.

Odborné konzultace a supervize:

PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, PhD.

Informační zdroje:

Péče o pozůstalé v ČR

<http://poradci-pro-pozustale.cz/>

<http://www.umirani.cz/>

<http://asociacehospicu.cz/>

ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé. Principy, proces, metody*. 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. 224 s. ISBN 978-80-247-3736-2.

Obrázky z www.lecivapriroda.cz

Fm-L009-027-EM-072 (v2)

Kontakt

Fakultní nemocnice Olomouc
I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
tel.: +420 588 441 111
e-mail: info@fnol.cz
www.fnol.cz

Fakultní nemocnice Olomouc
profesionalita a lidský přístup



Poradenství
(nejen) pro pozůstalé
ve FNOL

informační materiál



KDO JSME

Posláním Poradny Hořec je poskytovat psychosociální podporu a pomoc pozůstalým prostřednictvím poradenského vztahu během umírání a smrti blízké osoby, smutečních a pohřebních rituálů, zármutku a truchlení.

Komu je pomoc určena:

- pozůstalým, kterým umírá nebo zemřel příbuzný ve FNOL
- dalším zájemcům z řad veřejnosti, pečujícím o těžce nemocného a umírajícího člověka nebo příbuzným po úmrtí blízké osoby

CO DĚLÁME

Pozůstalým nabízíme **doprovázení** na cestě truchlením tím, že poskytujeme

- informace, co a jak je potřeba vyřídít při úmrtí příbuzného
- spolupráci při přípravě pohřbu
- pomoc v přijetí ztráty blízké osoby
- bezpečné prostředí k vyjádření pocitů (smutku, strachu, bezmoci aj.)
- prostor a čas pro truchlení s respektem k individuálnímu prožívání
- pomoc při hledání odpovědí na otázky po ztrátě blízkého
- a další...

Poradci pro pozůstalé

Mgr. Jana Březinová
PhDr. ThLic. Marta Hošťálková, Th.D., PhD.
ThLic. Mgr. Jana Nováková, PhD.
Vítězslav Vurst, B.Th

...průvodci na cestě truchlením

NAŠE HODNOTY

- důstojnost umírání i truchlení
- citlivost vůči kulturní a osobní odlišnosti při truchlení
- spolusdílení – spolunesení smutku
- duchovní rozměr smrti
- přiměřenost pietního chování
- zákonnost
- návaznost služeb



Ve svém zármutku nemusíte být sami.

Desatero pro pozůstalé

1. Zapojte se do přípravy pohřbu.
2. Věnujte pozornost tomu, co jíte a pijete.
3. Zachovejte pokud možno normální režim.
4. Posuďte svůj zdravotní stav.
5. Hovořte o zemřelém člověku.
6. Dovolte si truchlit.
7. Udělejte si čas na truchlení.
8. Dovolte si zlostné pocity.
9. Dovolte druhým, aby vám pomáhali.
10. Nebojte se vyhledat pomoc.



*Nikdo nemůže ujít cestu za druhého.
Cesta je však snazší,
když se prochází v něčí společnosti.
(J. Bucay)*

Příloha 6 – Informace sociálního oddělení FN Olomouc



Vážení rodiče,

nacházíte se nyní v nelehké životní situaci, kdy se vyrovnáváte se závažnou událostí jež vás postihla. Chtěli bychom vám vyjádřit účast a přispět vám alespoň informacemi o některých náležitostech, které je třeba neodkladně vykonat.

Jistě budete chtít Vaše miminko pohřbit a důstojně se s ním rozloučit.

Obvyklý postup je následující:

- pohřbení a všechny související formality, i vystavení úmrtního listu, zajistí vámi zvolená pohřební služba (např. v místě vašeho bydliště), je nutno doložit pouze váš občanský průkaz.
- před návštěvou pohřební služby je nutné vyřídít vystavení rodného listu na matrice v Olomouci na Horním náměstí, tel. 585 513 173. V případě mrtvě narozených dětí vystavuje matrika jen rodný list, který je současně i úmrtním listem
- na základě dokladu z pohřební služby a úmrtního listu je možno žádat v místě bydliště na Úřadu práce - Oddělení státní sociální podpory o pohřebné (5.000Kč),

Dávky v mateřství pro maminku:

- v případě splnění podmínek poskytování dávky nemocenského pojištění - peněžité pomoci v mateřství - činí její délka 14 týdnů (8 týdnů před porodem a 6 týdnů po porodu).

Pro poskytnutí případných dalších informací je vám k dispozici sociální pracovnice FN Olomouc.

Olomouc, leden 2016

Zdroj: Interní dokument sociálního oddělení FN Olomouc

Příloha 7 - Rozhovor zjišťující prožívání těhotenství po perinatální ztrátě

Anamnestická data: Jednalo se o 34 letou ženu, třetí těhotenství. V roce 2014 porod ve 34. týdnu těhotenství, v roce 2015 potrat v 7. týdnu těhotenství, v roce 2016 porod mrtvého chlapečka ve 32. týdnu těhotenství. Nyní další gravidita – 34. týden těhotenství.

Žije s manželem a 3 letým synem.

Při prvním rozhovoru předcházejícím výzkumnému šetření, byla položena široce otevřená otázka:

„Můžete mi prosím popsat, jak prožíváte nynější těhotenství?“

„V tomto těhotenství, po té, co se mi už stalo, mám velký strach. Zároveň ale funguje nějaká mantra: „to se mi podruhé nemůže stát“, která je silnější. Avšak nic nespasí. Podvědomě mě stále napadají myšlenky, co když to dopadne zase špatně. Rozhodně mám obavu ohledně plánovaného ukončení těhotenství, aby to opět nebylo příliš pozdě. Scénář, že by se něco mohlo pokazit dříve, než +- 37tt mě nenapadají.

Stále chodím do rizikové poradny, ale standardně. Navíc byl jen ten ultrazvuk, díky kterému zjistili snížené průtoky v pupečníku.

Fyzicky mi toto těhotenství přišlo o dost náročnější než první a druhé. Ale všechny neduhy jako nepřetržitě pálení žáhy, bolesti stydké spony, dušnost, otoky, bolest břicha, a všeho, se dají přežít, pokud máte vidinu zdravého živého dítěte.

Ale stejně tak i těhotenství, při kterém malý umřel, probíhalo objektivně bez komplikací. Subjektivně jen obecně běžné neduhy jako bolest stydké spony, občasné tvrdnutí břicha, lehké otoky. Kolem 36tt jsem opustila rizikovou poradnu a začala chodit každý týden na ozvy. První návštěva se jevila v pořádku. Druhou návštěvu ozvy vykazovaly hraničící tachykardii, která byla na druhé měření normální. Třetí návštěvu ozvy opět vykazovaly hraničící tachykardii, druhé měření taktéž. Tyto měření a závěry, které mi nebyly nijak interpretovány... zdali je to dobře, špatně, nevadí to, vadí to, bude to dobrý, nebude... mě nijak neuklidňovaly. Ultrazvukové vyšetření, které následovalo po natočení ozev bylo jen zběžné, a co mě znervóznělo asi nejvíc, byl výrok lékařky - „no velké to dítě je, to má ale břicho“, aniž by bylo dítě přesněji proměřeno a do zprávy zapsaná odhadovaná velikost. V tu chvíli jsem si řekla (vzhledem k mé diagnóze, DM, a předchozímu těhotenství,) že to nejsou úplně nejlepší vyhlídky. Z posledního UZ byla odhadovaná velikost 3500g, nyní lékařčina poznámka o velkém břichu + špatné ozvy... Blesklo mi hlavou, že je možnost, že se něco pokazí. Předchozí těhotenství bylo ukončeno pro mě nečekaně a pro doktory „na poslední chvíli“. Velikost dítěte pro mě hrála zásadní roli, kvůli diabetické fetopatii dítěte a jeho prospívání. Nicméně odcházela jsem s termínem SC „na pozítří“ (=38+0)... takže..co se mohlo za dva dny stát...

V noci před příjmem se mi doma spalo nejlépe za posledního půl roku, žádná bolest stydké spony, žádné tvrdnutí břicha, žádný tlak v břichu, žádné pálení žáhy... říkala jsem si, že je to až podezřele příjemná noc před zákrokem, že je malá v břichu hodná, že mě tak šetří :).

Zřejmě už ale dítě nežilo a nekladlo v břichu takový odpor, proto ta „úleva“. Jsem ale přesvědčená, že večer jsem ještě pohyby cítila. Až ta noc byla podezřele klidná.

Ráno na příjmu, při natáčení ozev, sestra nemohla najít místo, z kterého by ozvy byly naměřitelné. Asi v tu chvíli jsem věděla, že je to špatně, ale stále jsem doufala, že něco tak absurdního se nemůže stát a všichni se zasmějeme a řekneme si, jak nás holka pozlobila a vystrašila. Po kontrole srdeční akce na ultrazvuku přivolaná lékařka potvrdila, že srdeční akce není. Nastalo těžké prázdno v mozku. Nenašla se buňka, která by tu informaci chápala.

Tak nějak jsme všichni koukali na ten ultrazvuk bez srdeční akce dítěte... Myslím, že tomu ta lékařka taky nemohla věřit, spíše říkala jakési „hm..no mm hm“ a úplně si nepamatuji, jestli její první slova byla směřována ke mně, myslím, jsem se musela zeptat, jestli „to dítě nežije?“ a odpověděla, že není přítomna srdeční akce.

Pak přišel pan profesor, zopakoval do éteru, že srdeční akce není a začal úkolovat personál ohledně odběrů krve, zavádění prostaglandinů a dalšího postupu. Já někde mezi tím pípla, jestli mám šanci na císařský řez, a až tehdy se začalo mluvit přímo ke mně, co se děje a co se mnou bude a jak se situace týká mě. Bylo to zvláště neosobní, ale tak nějak jsem ze situace chápala, že je důležitější udělat nejrychleji opatření, které by potenciálně zachraňovaly můj život, než mě hladit po vlasech a říkat, jak je to hrozný a že to bude dobrý. Empaticky se zachovala porodní asistentka, která prvně nemohla najít ozvy, ta vyjádřila mně a manželovi lítost. Pak se normálně vyplňovaly papíry na příjem atd., mezi pláčem jsem odpovídala na otázky: zaměstnání, bydliště, alergie, počet těhotenství, ale bylo mi to celkem jedno, tato fáze mi nevadila a nepřišla nemístná. A ani bych nevěděla, co bych chtěla nebo hlavně měla dělat místo toho. Nepotřebovala jsem být v oběti manžela a plakat a říkat, jak je to možné. Vyplňování papírů mi celkem vyhovovalo jako bariéra proti úplnému zhroucení.

Potom začalo vyvolávání porodu a druhý den jsem porodila mrtvého chlapečka. Bylo to náročné“.

„Viděla jste ho?“

„Prvně mě o možnosti a myšlence fyzického rozloučení s dítětem informovala paní psychologka. Hned jsem věděla, že nejspíš odmítnu, jelikož jsem se nechtěla připoutávat k dítěti, které zemřelo ani obrazem v hlavě, ani srdcem, ani myšlenkou. Obávala jsem se, že by mi z toho mohlo přeskočit, nebo by truchlení nebralo konce, pokud bych v hlavě uchovávala ten obraz. Skvělá porodní asistentka mě v tom ale také podpořila, bezprostředně po porodu potvrdila, že syn je moc krásný a je škoda ho nevidět :) Tak jsem svolila. Samozřejmě tato chvíle byla velmi dojemná, ale svým způsobem zoufalá. Člověk si uvědomí tu marnost. Mám i fotografii v telefonu, na kterou se občas podívám a nepůsobí mi to zvláštní bolest. Jen povzdech, že tak hezké dítě to bylo a všechno zbytečně.

Potom za mnou brzo přišla paní psychologka a já jsem tu možnost popovídání neodmítla“.

„Jaké to bylo doma, po propuštění z porodnice?“

„Po propuštění jsme jeli s manželem k mé matce, která byla na chatě s našim synem, moji sestrou, jejími dětmi a další rodinou (vedle v domě - babička, tety, sestřenice. My jsme taková družná rodina). Myslela jsem si, že chci být sama, ale nakonec jsem zjistila, že rozptýlení a účast ostatních mi udělá líp.

Manžel a já jsme se k sobě chovali celkem beze změny, žádné pocity odloučení nebo přehnané blízkosti. Celou situaci jsme probírali, ale neutápěli se v ní. Avšak ani jeden jsme nevěděli co dál, a tížily nás otázky, na které nebyly odpovědi. Jako proč se to stalo, co bylo špatně a jak se správně nyní máme chovat. Matka a sestra byly viditelně zdrcené, ale nevěděly, jak se situací a se mnou pracovat, což je pochopitelné. Sestra, po prvním kontaktu, kde si oťukala, jak moc jsem nebo nejsem zhroucená, si udržovala svou lehkost v komunikaci i jistý humor, což odpovídá její povaze a našemu vztahu, a já jsem byla ráda a dobře reagovala. Zároveň mi u ní vyhovovalo, že byla ochotna poslouchat jakýkoli i morbidní detail z porodu a celé situace. I když jí to asi nemohlo dělat úplně nejlíp, přesto věděla, že o tom potřebuji takto mluvit a udělala to pro mě, že si mě kdykoli vyslechla a i kladla otázky, což mi také pomáhalo. Mamka nebyla schopna humoru a každé odlehčení reflektovala těžkými povzdechy, což mě trápilo, neboť jsem nechtěla, aby se trápila víc, než já. Což po ní asi nešlo chtít. Zároveň mamka nebyla moc schopna a ochotna poslouchat detaily jak z porodu, tak z celého procesu. Což já jsem měla potřebu s někým probírat, ale mamku to očividně ničilo, tak jsem se snažila ji netrápit. Nicméně, mamka je skvělá, jen je asi pochopitelné, že když vaše dcera projde něčím takovým, tak nejde asi úplně hned naskočit na nějakou ultra profesionálně podporující vlnu. Taky potřebovala čas. S časem zaujala kritický postoj k doktorům a lékařské péči. A stále „uvzdychaně lítostný“ postoj k zesnulému miminku. Ke mně postoj „bud' silná“, což je zbytečný, protože já jsem.

Otec s námi nežije, ale reagoval slovy účasti a nabídkou jakékoli pomoci. Při brzké návštěvě byl ochotný si nechat vše povyprávět a racionálně jsme vedli rozhovor, což jsem od něj čekala a byla jsem s takovou reakcí spokojena.

Blízká rodina mě lehce zklamala. Respektive, opět musím zmínit, že není lehké být v jejich situaci a ani já sama bych asi nevěděla, co pro dotyčného udělat a co je nejlepší. Ale jejich reakce byla taková, že mě úplně vynechali z procesu zpracování situace. Chovali se úplně normálně, možná s lehce zachmuřenou tváří. Přitom masírovali sestru a mámu ohledně podání informací a co se stalo a proč a co já a co to dítě atd... Mamce i sestře to bylo silně nepříjemné. Chápu, že rodina chtěla informace, ale působilo to až bulvárním dojmem. Kdybych jim mohla radit, chtěla bych po nich, aby přišli, oslovili mě přímo (samozřejmě by mě rozbrečeli a dojali, ale pokud mi chtějí pomoc, tak tuhle dvou minutovou fázi vzlykání musí prostě přežít) a řekli, že je to na hovno a co se stalo a jestli jsem v pořádku a něco nepotřebuji. Pokud chtějí informace, musí mít „koule“ čelit mé reakci. Vzduch by byl čistý a já bych si nesmírně vážila jejich odvahy.

Na sídlišti, kde bydlíme, jsou sousedi, kteří mě a naši rodinu znají odmalička, tudíž jsme během mého těhotenství s mnohými prohodili pár slov. Po porodu, když mě vidívali bez břicha i bez kočárku, někteří se ptali, jestli jsem už porodila a kdo hlídá. Na mou odpověď reagovali velice omluvně a bylo vidět, že litovali, že se ptali. Mě ale přijde přirozené, že pokud se semnou bavili, když jsem byla těhotná, nyní tuto otázku samozřejmě položí. A je mi líto, že má odpověď je uvádí do rozpaků. Některé sousedky zmínily jejich zkušenosti s potraty, či úmrtím dětí (a nebylo jich málo, což mě překvapilo). Jedna sousedka mého věku se mi začala vyhýbat a jedna starší sousedka mě pozvala na kafe, abych se vypovídala, jestli potřebuju, což bylo to pravé ořechové, co mohla říct a velmi si toho cením.

Ale ze všeho nejvíc mi pomohlo, že mám doma jedno zdravé živé dítě. Pomáhalo mi soustředit se na jiné věci, neutápět se emočně v myšlenkách na mrtvé dítě. Pomáhalo mi rozebírat situaci z technického a praktického hlediska. Diskuze s lékaři o možných příčinách a důsledcích a o průběhu porodu mi také pomáhalo. I pokud se o porodu a celé situaci chtěli

bavit kamarádky a kamarádi, nebylo mi to nepříjemné a jejich zájem mi vyhovoval. Ovšem nesměl nikdo začít s řečmi, že to bude dobré a nějaké mystické teorie o tom, proč se co děje a kdo si co zaslouží, nedej Bože do toho zatahovat Boha. Nic proti Bohu. Ideální bylo vyslechnout si a ponadávat.

Vyhovovala mi přímá konfrontace s lidmi, když se zeptali, kde mám dítě a já odpověděla. Prožil se ten prvotní šok, ale vzduch byl čistý a nemuseli jsme kolem sebe chodit a skoro se nezdravit kvůli obavě, jestli se někdo zeptá a co se dozví.

Nevadilo mi vidět doma nachystanou postýlku a všechny věci pro dítě, ani je uklízet a schovávat. Nevadily mi ostatní miminka, ani děti, ani maminky a těhotné ženy. I když o ty jsem měla jen obavu, a přála jim, ať jim vše dobře dopadne.

Oporou mi byla asi nejvíce dlouholetá kamarádka, i přes to, že jsme v kontaktu jen přes internet. Její reakce a slova mi vyhovovaly nejvíce, zřejmě proto, že mě zná nejlépe.

Až jsem se trochu vzpamatovala, tak jsem začala přemýšlet nad dalším miminkem. Chtěla jsem co nejrychleji opět otěhotnět. Naštěstí se to brzo podařilo... jsme za to s manželem moc rádi.

Je pravda, že mám stále strach, že to nemusí dobře dopadnout, ale naštěstí máme doma malé dítě, takže odpočinek žádný a nemám tolik času trápit se těmi myšlenkami. Snažím se fungovat normálně a těším se na nový přírůstek do rodiny. To mě drží nad vodou.

Ale asi bych si přála, aby gynekoložka v rizikové poradně byla více ve střehu. Ale přišlo mi, že nebyla ani v obraze. Při první návštěvě se mě ptala, jak předchozí dítě umřelo a proč. Chápu to tedy tak, že nečetla ani pitevní zprávu ani si nečetla zprávu o průběhu porodu, či zprávy o posledních kontrolách, kdy sama měla dovolenou. Čekala jsem něco více, nějaké vyšetření navíc (i přes to, že to již riziková poradna je), i když nevím jaké. Snad kontrolovat průtoky dříve? Nebo jak mohla vědět, že příčinou úmrtí dítěte nemohla být třeba trombofilie? (prakticky spoléhala jen na to, co jí řeknu, nepodívala se do karty, nebo nepátrala po pitevní zprávě, aby si přečetla to, co je v lékařském jazyku pro ni srozumitelné a mně bylo jen přeneseně sděleno předávajícím lékařem). Proč nenavrhla aplikaci léků předcházející komplikacím v důsledku této nemoci, třeba jen preventivně? Cokoli. Třeba jen hlubší úvaha a rozebrání se mnou postupu při novém těhotenství. Nebo nevést strategii těhotenství úplně stejně jak to předchozí. „*Definice šílenství je dělat stejnou věc znovu a znovu a očekávat jiné výsledky.*“ Nevím. Možná se nic extra navíc dělat nedá. Ale aspoň probrat, že se víc dělat nedá, by mi možná pomohlo“.