

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Perinatální paliativní péče**

**Perinatal palliative care**



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Jana Vostalová

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Olomouc

**2019**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: „Perinatální paliativní péče“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V .....dne .....

Podpis .....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Markovi Kolaříkovi, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za jeho trpělivost a přínosné postřehy. Ráda bych poděkovala i celé mé rodině, blízkým přátelům za podporu a probandům, kteří byli ochotní se na této práci podílet.



## **Obsah**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE</b> .....	<b>8</b>
<b>1 PERINATÁLNÍ PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>9</b>
1.1 Základní pojmy perinatální paliativní péče .....	9
1.2 Postabortivní syndrom .....	11
1.2.1 Symptomy .....	11
1.2.2 Fáze vývoje .....	13
1.2.3 Léčba .....	14
1.2.4 Obranné mechanismy a copingové strategie .....	17
1.2.5 Muži a postabortivní syndrom .....	19
<b>2 TRUCHLENÍ</b> .....	<b>21</b>
2.1 Stádia truchlení .....	23
2.2 Normální a komplikované truchlení .....	25
2.3 Rozdíly v prožívání truchlení u mužů a žen .....	26
2.4 Truchlení otce dítěte .....	29
<b>3 PÉČE O RODIČE PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ</b> .....	<b>31</b>
3.1 Změny vyvolané ztrátou dítěte .....	31
3.2 Psychosociální intervence .....	32
3.2.1 Psychosociální intervence v případě perinatální ztráty .....	33
3.3 Vyrovnávání se se ztrátou dítěte .....	34
3.3.1 Vlastními silami .....	35
3.3.2 Laické poradenství .....	36
3.3.3 Krizová intervence, odborná pomoc .....	37
3.4 Dosavadní výzkumy týkající se vyrovnávání se se ztrátou dítěte .....	38
<b>PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE</b> .....	<b>41</b>
<b>4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	<b>42</b>

<b>5 METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY .....</b>	<b>43</b>
5.1 Typ výzkumu .....	43
5.2 Metody tvorby dat .....	43
5.2.1 Schéma polostrukturovaného rozhovoru .....	44
5.3 Metody zpracování a analýzy dat.....	45
5.4 Etické problémy a způsob jejich řešení .....	46
5.5 Charakteristika výzkumného souboru .....	46
<b>6 VÝSLEDKY .....</b>	<b>48</b>
6.1 Jaké jsou pocity a zkušenosti mužů po porodu mrtvého dítěte? .....	48
6.1.1 Těhotenství.....	48
6.1.2 Sdělení diagnózy.....	50
6.1.3 Porod.....	51
6.1.4 Rozloučení se s dítětem .....	52
6.1.5 Období po porodu.....	53
6.1.6 Dopad na partnerský vztah.....	55
6.2 Jak muži hodnotí míru poskytnuté podpory a pomoci po perinatální ztrátě? .....	56
6.2.1 Přístup zdravotnického personálu.....	56
6.2.2 Podpora okolí .....	57
6.2.3 Profesionální pomoc .....	59
<b>7 DISKUZE .....</b>	<b>61</b>
<b>8 ZÁVĚR .....</b>	<b>70</b>
<b>9 SOUHRN .....</b>	<b>71</b>
<b>Seznam použitých zdrojů a literatury .....</b>	<b>73</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>78</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>79</b>

## ÚVOD

Porod zdravého dítěte přináší pro rodiče naplnění očekávání a je doprovázen pozitivními pocity. Když se však narodí dítě mrtvé, je to tragická událost, jejíž zvládání je náročné z mnoha pohledů. Úmrtí dítěte přichází většinou naprosto náhle, bez předchozího upozornění, a pro všechny zúčastněné znamená velký stres, na který je těžké se jakýmkoliv způsobem předem připravit.

Otec je vystaven situaci dvojího břemene, kdy sám čelí ztrátě dítěte a zároveň je od něj očekávána péče o partnerku a její podpora. Na jeho samotnou ztrátu se často zapomíná. Každý muž prožívá stres subjektivním způsobem, neexistuje žádný vzorec, který by byl zobecnitelný na celou populaci, a je vhodné věnovat pozornost mužům dle jejich individuálních potřeb. Tématem této diplomové práce je tedy subjektivní prožívání události perinatální ztráty ze strany otců a zároveň zjištění efektivního způsobu jejich podpory.

Dané téma jsem si zvolila právě proto, že značná část pozornosti je věnována ženě a prožitek muže se řeší jen okrajově. Ve svém okolí mám tři kamarády, kteří si touto situací v poslední době museli projít. Z jejich zkušenosti vím, že očekávání a nároky, které jsou na ně často nejen ze strany zdravotnického personálu, ale také nejbližší rodiny kladeny, jsou velmi vysoké a nekompromisní. Zároveň jsem měla příležitost se zúčastnit kurzu perinatální ztráty, který mě tomuto tématu také přiblížil.

V teoretické části práce jsem nastínila teoretické poznatky o perinatální paliativní péči, vymezila základní pojmy týkající se perinatální ztráty a popsala problematiku postabortivního syndromu. V následující kapitole jsem se věnovala procesu truchlení, jeho stádiím, formám a rozdílům v prožívání u mužů a žen se zaměřením na truchlení otce dítěte. V poslední kapitole jsem přiblížila pohled na péči o rodiče po perinatální ztrátě, popsala změny vyvolané ztrátou dítěte, nastínila psychosociální intervenci v případě perinatální ztráty a dále jsem se zaměřila na vyrovnávání se se ztrátou dítěte vlastními silami, laickým poradenstvím, krizovou intervencí a odbornou pomocí. V závěru poslední kapitoly jsem věnovala prostor dosavadním výzkumům, které se týkají vyrovnávání se se ztrátou dítěte.

Praktická část mapuje prožitky a zkušenosti mužů, kteří perinatální ztrátou prošli. Dále se zaměřuje na to, jak tito muži hodnotí míru poskytované podpory a pomoci po úmrtí svého dítěte. Výzkumné šetření zahrnuje deset polostrukturovaných rozhovorů, které byly analyzovány pomocí metody trsů.

## **TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE**



# 1 PERINATÁLNÍ PALIATIVNÍ PÉČE

V rámci první kapitoly bych ráda popsala nejen základní pojmy, které se k perinatální ztrátě a k perinatální péči vztahují, jejich specifika a možné podoby, ale také věnuji prostor oblasti postabortivního syndromu, který vnímám jako nedílnou součást ztráty dítěte, jeho charakteristice, symptomům, fázím, léčbě, obranným mechanismům, copingovým strategiím a také prožívání tohoto syndromu z pohledu mužů.

## 1.1 Základní pojmy perinatální paliativní péče

Prvním pojmem, který bych ráda v rámci této práce vymezila je perinatální období. Je definováno jako období od viability plodu, přes období porodu a do sedmi dnů po narození dítěte. Pojem viability je charakterizováno jako období, kdy je plod schopen narodit se jako živý jedinec a po porodu přežít za předpokladu příslušné lékařské a ošetrovatelské péče. V České republice je určen za dolní hranici viability plodu 24. týden těhotenství. Pokud dítě s váhou větší než 500 g nejeví známky života, mezi které se řadí akce srdeční, pulzace pupečníku, dech a volní pohyby, jedná se o mrtvě narozený plod. Pokud dojde ke smrti živě narozeného dítěte do sedmi dnů od porodu, jedná se o časně novorozenecké úmrtí (Ratislavová, 2016).

Dalším pojmem, který pokládám v této práci za ústřední, je pojem perinatální ztráta. Je charakterizovaná úmrtím dítěte v perinatálním období a je spjata s pocity smutku a bezmoci, žalem různé intenzity a myšlenkami na zemřelé dítě (Ratislavová, 2016). Jedná se o přirozenou reakci, která provází ztrátu blízkých a je popsána jako proces truchlení, v rámci kterého probíhá vyrovnávání se s danou situací, přičemž tato doba truchlení závisí na síle vazby ke ztracenému objektu, na osobnosti truchlícího jedince a také na kulturních zvyklostech (Hartl & Hartlová, 2010). V naší zemi postihne perinatální ztráta zhruba 400 rodin ročně (ÚZIS ČR, 2014). K tomuto typu úmrtí dochází často náhle, bez upozornění a nelze se na něj připravit (Hájek, 2004). Zármutek rodičů po smrti dítěte proto bývá traumatictější, trvá déle a je hlubší a komplexnější než jakýkoli jiný zármutek. Ztráta dítěte je prožívána jako nejnespravedlivější a nejtragičtější ze všech ztrát (Firth a kol., 2007). Oba rodiče mohou provázet pocity beznaděje a zranitelnosti a někteří se mohou i uzavřít do svého žalu s pocitem, že jim nikdo nemůže porozumět (Špaňhelová, 2015). Následný proces truchlení probíhá u rodičovského páru většinou rozdílně v projevech, v tempu i v intenzitě. „Sociologické analýzy v devadesátých letech 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“ (Špaňhelová, 2015, 19). Muž již před porodem prochází obdobím nejistoty a pochyb, jak bude novou otcovskou roli zvládat, a najednou vše končí smrtí dítěte. Otec dítěte vnímá, že by měl být ženě oporou a, snaží se o to, potlačuje své emoce a nedává je najevo. Emoce jsou v něm však přítomny. Je běžné, že je muž vnímán jako ten, kdo pomáhá ženě, a lékaři se na něj často obrací jako na prostředníka při sdělování informací (Špaňhelová, 2015). „Starší studie upozorňují, že role mužů v této situaci je společností vnímána primárně jako podpora partnerky a očekává se, že zůstanou silní a pevní. Muži nesou „dvojí břemeno“: vlastní žal a zároveň smutek nad tím, že jejich partnerka tělesně a psychicky trpí“ (Ratislavová, 2015, 51).*

Paliativní péče si klade za cíl prodloužení a zachování kvalitativního způsobu života. Chrání důstojnost a zároveň respektuje nevyhlášené jedince. Plní potřeby a přání pacientů a snaží se vytvořit podmínky pro kvalitní konec života v blízkosti rodiny, přátel a v prostředí. Podpůrné prostředí nevytváří jen pacientům, ale také jejich rodinám a blízkým, a to nejen během umírání, ale také po jejich smrti. Klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého pacienta. Paliativní péče se již profiluje jako samostatný lékařský obor, který léčí a studuje duševní i tělesné potřeby pacientů. Paliativní péče vychází z názoru, že bez ohledu na fázi nemoci je možné zajistit zkvalitnění konce života, což neurychluje a ani neoddaluje nevyhnutelnou smrt jedince. Mezi zprostředkovatele paliativní péče řadíme zdravotnický personál, který má za úkol zajistit dostatek prostoru, podpory a informací k přijetí špatných zpráv o zdravotním stavu jedince. Během komunikace s rodinou a blízkými je zapotřebí respektovat, ve které fázi truchlení se zrovna nacházejí. Jednotlivé fáze truchlení popisují v dalších kapitolách této práce (Sláma a kol., 2007).

Definice perinatální paliativní péče vychází z definice paliativní péče jako takové a jedná se o aktivní a komplexní přístup zaměřený na zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí život ohrožující nebo život limitující nemoci, a na jejich rodiny. Poskytuje úlevu od utrpení, časnou identifikaci a léčbou bolesti a ostatních potíží, ať již fyzických, psychických, sociálních nebo spirituálních (Ferrell, 2015). Základní principy perinatální paliativní péče jsou: respektování důstojnosti pacientů a rodin; přístup ke kompetentní a soucitné paliativní péči; podpora pro pečující; profesionální a sociální podpora pro rodiny, které potřebují paliativní péči a rozvoj pediatrické paliativní péče výzkumem a vzděláním. Péče je zaměřena na aspekty somatické (bolest, teplo, hydratace, nutrice, léčba symptomů u novorozence), psychologické (bonding, proces truchlení rodičů), sociální (rodinné vztahy, partnerství, širší sociální okolí) a spirituální (rituály, víra). Pokud je to nutné, je perinatální

paliativní péče zahajována ještě před porodem a kromě péče o děti a jejich rodiny zahrnuje také péči a podporu zdravotnických pracovníků a jiných profesionálů, kteří jsou do případu zapojeni (Laing, 2013). Cílem perinatální paliativní péče je poskytování pomoci rodinám v procesu rozhodování během těhotenství, při porodu a také po něm. Zohledňuje nejen osobní názory rodičů, postoje rodiny, ale také nejlepší zájmy dítěte (Sumner a kol., 2006).

## **1.2 Postabortivní syndrom**

Postabortivní syndrom, označován také zkratkou PAS, je popisován jako stresová reakce, kterou některé ženy zažívají po prodělaném potratu. PAS se řadí mezi specifickou formu posttraumatické stresové poruchy a jeho nástup se může objevit kdykoliv od okamžiku zákroku až do několika let po něm. Objevuje se neschopnost vyjadřovat pocity, které se váží k těhotenství, potratu a neschopnost vyrovnat se se ztrátou. Ženy své emoce odsunují do pozadí a vytváří si obranné mechanismy ke zvládnutí každodenního života. Postabortivní syndrom by měl být léčen, aby započal proces uzdravování, zabránilo se stupňování potíží a bylo nastoleno běžné fungování v práci, v rodině i ve vztazích (Freedová & Salazarová, 2008). Postabortivní syndrom nemusí postihovat pouze ženy po umělém nebo spontánním potratu, ale příznaky se mohou projevit také u jejich partnerů a také zdravotníků, lékařů, ošetřujícího personálu, kteří se na interrupci podíleli (Ucháčová, 2007). Mnoha ženám se po prodělané interrupci uleví, nelitují svého rozhodnutí, dál žijí svůj každodenní život, aniž by se u nich tento syndrom projevil (Freedová & Salazarová, 2008).

Uvědomuji si, že potrat žen a s ním spojený tento abortivní syndrom není ústředním tématem této práce, avšak většina jeho symptomů a charakteristik je společná reakcím na perinatální ztrátu, proto shledávám jako důležité se tomuto tématu také věnovat. Zároveň mě k prostudování tohoto syndromu vedl fakt, že čtyři oslovení probandi mají s potratem partnerky, potažmo s rizikem vzniku postabortivního syndromu, osobní zkušenost.

### **1.2.1 Symptomy**

Projevy PAS se vyskytnou v různých obdobích po prodělaném potratu a ne všechny projevy se projeví u každé ženy (Ucháčová, 2007). Výzkumy ukazují, že se jedná pouze o malé procento žen, které pocítují obtíže a také, že symptomy jsou nejsilnější kolem třetího měsíce od potratu a poté se mezi třetím a šestým měsícem zmírňují (Horsch a kol., 2015). Někdy nastane rozrušení ženy hned, jindy se objevuje období otupění, které trvá chvíli. Intenzita každého symptomu je u každé ženy jiná. Mezi uváděné symptomy patří (Ucháčová, 2007):

1. Strach a vyhýbání se zdravotnickým zařízením. Strach z doktorů, jejich ordinací a ze zákroků (gynekologické vyšetření, odběr krve, zubní ošetření, ústní vyšetření a jakýkoliv zákrok, který vyžaduje, aby se cokoliv zasouvalo do těla). Vyskytuje se extrémní úzkost, pocení, nauzea, panická hrůza aj.
2. Pocit smutku, pláč a závist. Tyto symptomy jsou obvyklé v situacích, kdy jsou na blízku děti nebo těhotné ženy.
3. Problémy se spánkem, které se projevují obtížným usínáním, neustálým probouzením, špatnými sny a nočními můrami.
4. Retrospektiva, během které může žena nedobrovolně potrat nebo události kolem potratu znovu prožívat.
5. Zlost a agresivita. Zloba bývá, skrytá nebo naopak intenzivně, extrémně a plně rozvinutá. Agresivita je nasměrována navenek k lidem, kteří jsou v očích ženy považováni za odpovědné, nebo směrem k ní samotné, nebo obojí.
6. Vina, hanba, úzkost. Ženy, které mívají sklon pociťovat vinu a cítit se zahanbeně ohledně potratu, své pocity před okolím skrývají. Většinou o tom nikomu neřeknou a raději vyvinou velké úsilí v lhaní lidem okolo sebe, aby se to nikdo nedozvěděl, což je obvykle doprovázeno stavy deprese a úzkosti.
7. Izolace od ostatních a uzavření se sama do sebe.
8. Problémy ve vztazích (rodinných, partnerských i pracovních)
9. Sexuální problémy spojené s neschopností být sexuálně aktivní a předstírání v sexu.
10. Panický strach o současné děti.
11. Sebevražedné sklony, se kterými ženy mohou bojovat týdny, měsíce i roky, doprovázené pocitem nepráva zůstat naživu a potřebou odejít za dítětem, držet jej v náručí a omluvit se mu.
12. Problémy v den „výročního data“. Mezi výroční dny je zařazován den, ve kterém žena otěhotněla, den potratu a den termínu porodu. V těchto dnech může žena pociťovat nevysvětlitelné propady do silné deprese a úzkosti. Vzniká riziko častějšího výskytu nehod, zranění a znovuobjevení dalších symptomů postabortivního syndromu.

Mezi další symptomy patří: strach z neplodnosti, vyhýbavé chování, poruchy příjmu potravy, neschopnost pouta k vlastním dětem, přílišné zaujetí myšlenkou na nové těhotenství, náhlý nekontrolovatelný pláč, přílišné užívání drog a alkoholu, negativní pojetí sebe sama, pocity bezradnosti a bezmoci, výčitky svědomí, krátké psychotické příhody, panika, pocit

ztráty smyslu života, narušení hormonálního cyklu, nutkavé znovuprožívání potratu, opakované potraty, extrémní promiskuita aj. (Ucháčová, 2007).

Poznání symptomů a jednotlivých fází průběhu postabortivního syndromu považují za důležité nejen pro jeho diagnostikování, ale také hlavně pro poskytnutí následné potřebné odborné pomoci. Podle Neye a Peeters (2007) by terapie měla začít co nejdříve od prodělaného potratu. Včasná léčba po potratu přinese rychlejší a plnější uzdravení.

### 1.2.2 Fáze vývoje

Stránky PASS Support Website (1998) uvádí, že žena (případně muž) v rámci postabortivního syndromu prochází určitými fázemi vývoje. Tento vývoj je individuální do té míry, že některé ženy určité fáze přeskočí, jiné prožijí fáze všechny.

1. Fáze: popření, otupění, apatie. První fáze může nastat již před potratem, poté co žena dospěje k rozhodnutí potratu. Často ženy udávají pocity odosobnění s plánem ukončení těhotenství a povinnosti spojené s tímto rozhodnutím jsou vykonávány jako by prostřednictvím někoho jiného.
2. Fáze: počínající uvědomění si. Druhou fází doprovází pocity smutku a nepohodlí při myšlenkách na potrat. Je popisováno také vyhýbavé chování k jiným dětem, těhotným ženám nebo obchodům s dětským oblečením.
3. Fáze: plné uvědomění si. V této fázi jsou ženy velmi rozrušené kvůli plánu ukončení těhotenství, ale stále to ještě není plné vědomé rozpoznání potratu jako problému. Jsou popisovány také pocity obavy následované pocitem extrémního smutku, deprese a přáním potrestání sebe sama. Žena sebe sama vnímá jako vraha svého dítěte a trápí se myšlenkami na možnost případného trápení dítěte. Tato fáze je nejintenzivnější a žena trpí nejen ve dne, ale i v noci, kdy ji trápí noční můry.
4. Fáze: začínající hněv. V této fázi žena pociťuje hněv vůči každému, kdo ji v jejím rozhodnutí ovlivnil, a zároveň pokračují pocity z fáze plného uvědomění si.
5. Fáze: zlost nebo hluboká deprese. Problémy doprovázející tuto fázi mohou mít za následek sebezničující chování, které zahrnuje nadměrné užívání drog a alkoholu, emocionální odloučení od svého okolí, lehkomyšlnost v jednání, přejídání, poruchy příjmu potravy, sebepoškozování aj. Ženy pociťují hluboké deprese a mívají spánkové problémy včetně problémů s ranním vstáváním a běžnými úkoly všedního dne. Ženy cítí pocit úplné bezmocnosti a nevidí žádnou naději do budoucnosti. K předejití

sebevražedných myšlenek je důležité, aby ženy zavčas vyhledaly odbornou profesionální pomoc.

6. Fáze: počínající uzdravování. V rámci této fáze začínají ženy otevřeně čelit tomu, co se stalo, a uvědomují si, že potřebují pomoc k vyřešení svých problémů a pocitů týkajících se potratu.
7. Fáze: odpuštění. Součástí terapeutických technik je začlenění do postabortivní terapeutické skupiny, pojmenování nenarozeného dítěte a požádání o jeho odpuštění.
8. Fáze: počínající vnitřní klid. V této fázi ženy začínají pociťovat rozřešení svých osobních ztrát, pocitů a překonání většiny zármutku.
9. Fáze: úplné vyrovnání. Ženy v této fázi odpustí samy sobě a všem zúčastněným osobám, které měly jakýkoliv vliv na rozhodnutí o potratu. Pociťují vnitřní klid při připomínce ztráty dítěte a jsou schopné naslouchat a diskutovat o potratu bez výrazných emočních záchvatů.

### **1.2.3 Léčba**

Na výběr v procesu léčení přichází v úvahu psychologické poradenství nebo terapie, a proto, že je postabortivní syndrom často doprovázen depresí a úzkostí, je často vhodné léčbu doplnit vhodnými farmaky. Ženám a jejímu nejbližšímu okolí je doporučováno vyhledání terapeuta nebo psychologa se zaměřením na práci s traumatem (Freedová & Salazarová, 2008). Prožívání traumatu případně truchlení je do jisté míry individuální, ale je možné nalézt společné rysy, na kterých lze postavit danou léčbu. Úkolem poradenství před potratem je zjištění potřeb a pocitů ženy, poskytnutí dostatečných informací ohledně samotného zákroku, možných vedlejších účinků, rizik a komplikací. Zároveň je vhodné navrhnout další možná řešení situace. Během samotného potratu je potřeba poskytnout dostatečnou emocionální podporu nejen verbální, ale také neverbální komunikací a ohleduplností lékařů a podílejícího se zdravotního personálu. Po samotném zákroku je vhodné zaměřit se na pocity ženy a poskytnout jí dostatečný prostor pro vyjádření jejích otázek a vnořených obav. Je nutné upozornit na možné obtíže, které se mohou objevit. Pokud se ženám dostane včasné odborné psychologické péče, je předpoklad snadnějšího průběhu případného dalšího těhotenství. Ženy často vnímají za podporující samotné ujištění, že jejich pocity a reakce na ztrátu, mezi které patří pocit viny a strachu, jsou adekvátní a často prožívané. Lékaři často nemají dostatek času se ženám věnovat, nemohou jim poskytnout dostatek důvěrnosti a soukromí, neakceptují psychická rizika potratu, neumí s těmito ženami

pracovat, obávají se sdílení pocitů, nemají dobré komunikační schopnosti, mají strach z emocí ženy atd. Aby bylo možné bezproblémové navázání ženy na potratovou péči, je nutné lékaře a podílející se zdravotní personál na tyto situace připravit a naučit je odkazovat na odbornou psychologickou péči (Tabbutt-Henry & Graff, 2003).

Když ženy nenacházejí ve svém okolí dostatek porozumění a potřebnou pomoc, jsou nuceny vyhledat odborníka. Terapeut nebo psycholog může pro ženu vytvořit bezpečný prostor, kde může projevit své pocity a obavy, a zároveň bývá prvním člověkem, kterému je žena ochotná se svěřit. Terapeut s ženami projde postupně všechny kroky nutné k uzdravení. Aby to bylo možné, je nutné, aby k němu cítila důvěru a vytvořila si s ním terapeutický vztah (Praško a kol., 2003). Součástí terapie je informování ženy o tom, co se s ní děje, a poté zmírnění nebo odstranění stigmatizace, což se netýká jen samotné ženy, ale také jejího partnera a jejího nejbližšího okolí. Součástí edukace je popis symptomů a projevů těchto symptomů v chování, vztazích jedinců a tím vysvětlení základních principů léčby. Na začátku léčby je nutné stanovení cíle léčby a případná očekávání, která žena má. Terapie se soustředí spíše na fungování v každodenním životě, na lepší kontrolu impulzů a afektů než na úplné odstranění příznaků (Praško a kol., 2001).

Freedová & Salazarová (2008) na základě své odborné praxe s ženami po potratu vytyčily základní body, kterými musí žena projít, aby byla léčba úspěšná. Přijetí, v rámci kterého žena porozumí svým pocitům, zahrnuje porozumění tomu, že potrat ovlivnil její život a že svou ztrátu musí přijmout. Terapeut dále pomůže ženě zorientovat se v jejích pocitech a v tom, co pro ni ztráta jejího dítěte znamená, což by mělo zabránit ženě v neúčelném chování, které funguje jako její obranný mechanismus. Pomocí odborníka by měla žena dát průchod svému vzteku, pocitům viny a studu. Jedním z doprovázejících symptomů je deprese, důležité však je, aby žena depresi nepodlehla a naučila se ji zvládat.

Dle Wordena (2013) je znovuprožití traumatu a jeho ukončení pomocí terapeuta potřebné při jeho léčbě. Mnoho žen po potratu vyjadřuje potřebu a přání se se svým nenarozeným dítětem rozloučit, což vnímají jako potřebné pro smíření se se svou situací, která se jim v životě stala, a přijmout její přijetí. Na druhou stranu Levin & Frederick (2011) se domnívají, že není vhodné ženu po potratu nutit znovuprožívat potrat a tím více prohlubovat její bolest. Naopak, by se měla žena soustředit na své tělo, pracovat s jeho energií a nebrzdit ji neustálými snahami o racionální pochopení jejího prožívání. Úkolem terapeuta je pomoci ženě se s jejími negativními pocity vypořádat, aby ji příliš nezahltily.

V rámci léčby je doporučováno aplikovat různé psychoterapeutické přístupy jako například podpůrné, psychodynamické či kognitivně-behaviorální psychoterapie, nebo dokonce hypnózu. Na léčbu PAS se dají použít i jiné techniky, které jsou určené pro zvládnání obtížných životních událostí. Mezi používané techniky patří: relaxace, meditace, autoregulace, desenzibilizace pomocí rychlých očních pohybů a mnohé další přispívající k lepšímu zvládnání stresu, a tím vedoucí jedince k pozitivnějšímu životnímu přístupu. V neposlední řadě je zde užitečná i práce s vírou a náboženským přesvědčením člověka (Křivohlavý, 2009). Vágnerová (2004) považuje za vhodnou formu léčby i skupinovou psychoterapii, která umožňuje ženám sdílet traumatickou událost. Různé pohledy mohou pomoci novému vnímání a reinterpretaci celé situace. Ženy s podobnou zkušeností mohou nalézt vzájemné pochopení a ujistit se, že jejich současné prožívání je normální a nejsou v této situaci samy, a tím snížit riziko stigmatizace (Kohner & Henley, 2013). Poukazuje se na to, že skupinová psychoterapie může také dobře fungovat u dospívajících a mladých žen, které zároveň mají potřebu sdílet své zkušenosti s vrstevníky. Úskalím však bývá skutečnost, že se ženy mohou stavět do rolí obětí celé situace a tím v sobě posilovat nežádoucí chování a sekundární zisk z traumatu (Praško, 2005).

Ačkoliv bývá psychoterapie poměrně úspěšná, někdy musí být doplněna farmaky. Ta sice nezabaví ženu traumatu, nicméně zmírní symptomy do té míry, že žena najde sílu a s problémem aktivně bojuje. Často se předepisují léky na podporu spánku, protože žena obvykle trpí problémy se spánkem a většinu nocí nespí, což vede k jejímu vyčerpání a tím k neschopnosti na sobě pracovat. Za nejúčinnější léky pro léčbu jsou považována antidepressiva, která mohou zmírnit nutkavé myšlenky, flashbacky nebo nesoustředěnost (Praško a kol., 2001). Při jejich nasazení je potřeba upozornit na to, že léky nezačnou účinkovat ihned, ale obvykle až za 3–6 týdnů. Pokud žena léky vysadí dříve, než jí doporučí odborník, může se stát, že se obtíže objeví opakovaně. Další možností je ženě předepsat anxiolytika, která vedou ke zmírnění případné úzkosti. Anxiolytika by se měla užívat pouze krátkodobě, jelikož na ně může vzniknout závislost (Praško a kol., 2003).

Obecně platí, že v případě léčby by se medikace měla doplňovat s intenzivní psychoterapií (Bisson a kol., 2007). Samozřejmě mnoho negativních psychických reakcí žen po potratu nemůžeme považovat za poruchu, ale spíše za metodu, kterou se tyto ženy vyrovnávají s obtížnou životní situací (Vágnerová, 2004). Tyto obtíže však nemůžeme podceňovat, protože i přesto mohou významně ohrozit zdraví člověka a narušit jeho integritu (Kohoutek & Čermák, 2009).



#### 1.2.4 Obranné mechanismy a copingové strategie

Ztráta dítěte je vnímána jako zátěžová situace a může u ženy nebo také u jejích blízkých spustit obranné reakce a určité copingové strategie. Obranné reakce pokládají odborníci za neuvědomované, neadaptabilní až rigidní. Tyto mechanismy jsou řazeny mezi způsoby zvládnání stresu a vyrovnávání se s ním a díky nim dochází k udržení celistvosti, integrity osobnosti a duševní rovnováhy. Chrání jedince před úzkostmi, afekty nebo pocity viny.

Jaké obranné mechanismy se spustí, záleží na mnoha faktorech, například na zkušenostech z minulosti jedince, jeho osobnosti, inteligenci a sociokulturním prostředí, ve kterém žije. Pokud již v minulosti obranné mechanismy zafungovaly, s velkou pravděpodobností se objeví při dalším problému, což může vést k vytvoření dlouhodobější obranné strategie. Obranné reakce je možné rozdělit do dvou základních typů, které vycházejí ze dvou bazálních mechanismů, jimiž je únik a útok. V případě útoku jedinec aktivně bojuje a brání situaci, která je vnímána jako ohrožující. Běžným projevem útoku bývá agrese, která může být nasměrována vně, na okolí jedince, nebo být obrácena dovnitř (autoagresivita, sebeobviňování, sebevražedné tendence). Mezi další aktivní projevy patří také snaha upoutávat pozornost a prosazovat se. V případě úniku můžeme pozorovat vyhýbavé chování, změnu postoje k ohrožující situaci a rezignaci. Mezi projevy patří: popření, potlačení, únik do fantazie, regrese, identifikace, substituce, rezignace atd. (Vágnerová, 2004). Považuji za důležité opakovaně zmínit, že ztráta těhotenství může aktivovat obranné mechanismy nejen u ženy, které se ztráta týká, ale u všech jejích blízkých osob, pro které může být ztráta podobnou psychickou zátěží, včetně jejího partnera.

Freedová & Salazarová (2008) popisují, že ženy po přerušení těhotenství nejčastěji využívají tyto obranné mechanismy:

1. Popření bývá jedním z nejčastěji využívaných obranných mechanismů. Jedná se o přirozenou reakci na obtížnou situaci. Žena si po potratu nepřipustí žádné negativní pocity, které před, během a po zákroku prožívala.
2. Potlačení jde mnohem hlouběji než popření. Žena se snaží nepříjemné pocity vytlačit ze svého vědomí, aby se zbavila pocitů viny. Takové potlačení může vést až k úplnému zapomenutí vzpomínek, které souvisejí s potratem.

3. Racionalizace má za následek snahu ženy o nalezení logického vysvětlení, proč k potratu došlo. Snaží se své rozhodnutí související s potratem ospravedlnit tím, že hledá nejrůznější argumenty, aby sama před sebou obhájila své chování.
4. Projekcí si žena ulevuje od smutku, bolesti nebo pocitů viny. Převádí zodpovědnost za prodělaný potrat na své okolí. Zodpovědnost může převést například na svého partnera, který jejich dítě odmítal, lékaře, který potrat provedl, nebo na celou společnost, která potraty podporuje.
5. Reaktivní formace má za následek radikální změnu postojů a chování ženy, jako například aktivní podporování provádění potratů, nebo naprosté odmítání dalšího těhotenství. Tím se žena snaží potlačit svůj smutek a bolest, protože jí tyto emoce připadají neadekvátní dané situaci.
6. Kompenzace se projevuje snahou žen brzy po potratu otěhotnět a tím ztracené dítě nahradit dalším dítětem. Jiné ženy vyhledávají aktivity v jiných oblastech života, aktivně se zapojují do dobročinných akcí nebo se stávají členkami hnutí, které bojují proti potratům, a tím se snaží zmírnit pocity viny.

Copingové strategie jsou více uvědomované, záměrné, flexibilní, cíleně zaměřené na zvládnutí zátěže. Copingové strategie pomáhají zmírnit, nebo úplně odstranit nepříjemné projevy psychických i fyziologických reakcí (Vágnerová, 2004). V rámci toho, jak jsou jedinci vystaveni přerušení těhotenství, mohou být konfrontováni se situací, která testuje jejich hranice a limity (Vodáčková, 2002). Kohoutek a kol. (2003) upozorňují, že volba copingové strategie jedince mimo jiné také souvisí s jeho osobností. Každý jedinec má k dispozici určitou zásobu copingových strategií, které se mu již osvědčily v minulosti a napomáhají ke zvládnutí zátěžových situací. Mohou být převzaty z jeho okolí, z informačních zdrojů nebo třeba z tematických knih. Užitečné jsou nejen strategie efektivní, ale i ty, které se neosvědčily, a jedinci se jim mají možnost vyhnout (Vodáčková, 2002). Potrat se v častých případech pojí s obavou z následné neplodnosti. Výzkum, který byl zaměřen na vztah copingových strategií, spokojenosti v partnerském životě a stresu z neplodnosti, ukázal na to, že stres z neplodnosti zvyšuje copingovou strategii vyhýbání se. Jako efektivní se ukázala, zejména pro ženy, strategie hledání sociální opory. Její užívání snižuje stres ze zátěžové situace, což vede k následné spokojenosti v partnerském vztahu (Peterson a kol., 2006).

### 1.2.5 Muži a postabortivní syndrom

Kulhanová (2016) poukázala na to, že pokud se žena rozhodla přerušit těhotenství přes nesouhlas svého partnera, projeví se u něj symptomy, které jsou typické pro postabortivní syndrom. Pokud je muž v situaci, že o dítě nestojí, nebyla u něj registrována žádná větší změna, která by z podstoupené interrupce partnerky pramenila, což svědčí o tom, že čím větší má muž o dítě a s tím spojenou otcovskou roli zájem, tím je větší pravděpodobnost, že se u něj projeví postabortivní syndrom.

Častým důvodem, proč ženy podstupují potrat, je, že se cítí od svých partnerů opuštěné. V osmdesáti procentech případů pochází rozhodnutí o ukončení těhotenství od muže, který se nechtěl na rodičovství podílet. Dalším důvodem bývá situace, kdy se páry rozešly a již žijí odděleně. V takové situaci ženy často podstoupí potrat, aniž by muži tuto skutečnost sdělily, muži tedy o existenci dítěte ani netuší. V praxi je možné se setkat s muži, kteří se o existenci dítěte doslechnou náhodou až po několika letech (Beckermannová, 2000).

Warren (2000) uvádí, že muži jsou ovlivněni potratem své partnerky pěti způsoby:

1. podporují ženu, která si zvolila ukončení těhotenství
2. nutí partnerku k potratu
3. nechají rozhodnutí zcela na ní
4. neúspěšně se postaví proti ukončení těhotenství
5. dozví se o dítěti až po potratu

Ať už jsou muži prodělanou interrupcí ovlivněni jakkoliv, většina z nich se snaží své pocity odsunout pryč. Popisují pocity studu a jen velmi zřídka si chtějí o interrupci partnerky povídat, i když pociťují velkou ztrátu a bolest. Většina mužů se velmi obává vstoupit do procesu uzdravování, který zahrnuje truchlení nad dlouho pohřbenými a popíranými ztrátami, které souvisejí s potratem (Warren, 2000). Dle Freedové & Salazarové (2008) právě nevyřešený smutek ovlivňuje mnohé oblasti života a blokuje možnost vstoupit do zdravého vztahu. Peschke (1999) také zmiňuje, že vztah po potratu není stejný jako před ním. Mezi partnery vzniká vzájemné obviňování a pocity nenávisti. Smrt jejich dítěte tíží celou rodinu a leží mezi oběma partnery.

Frankotová (2012) ve své práci uvádí, že pocity, které si muži po interrupci partnerky nechávají pro sebe, se později projeví nebezpečným a až agresivním chováním a to ať už vůči sobě nebo vůči svému okolí. Mezi další projevy postabortivního syndromu u mužů patří: pocity vzteku, viny, nadměrné užívání alkoholu a drog a sexuální promiskuita. Dále uvádí, že

zahraniční výzkumy potvrdily teoretické poznatky a projevy PAS u mužů, ale z důvodu nevalidního vzorku populace není možné přiznat existenci PAS u mužské populace.

## 2 TRUCHLENÍ

Perinatální ztráta dítěte patří jednoznačně mezi nejnáročnější životní situace. Pokud se kdokoliv setká s touto náročnou životní situací, je vystaven velkému stresu a je nucen čelit velké míře zátěže a zároveň čelit velké životní výzvě. Z psychologického hlediska je možné hovořit o krizové situaci, kterou doprovází specifický proces truchlení, kterému se budu věnovat v této kapitole. Zaměřím se na truchlení obou rodičů, avšak důraz budu klást zejména na truchlení otců.

Podle poznatků psychologických fází těhotenství žena (resp. oba rodiče) po zjištění těhotenství pociťuje fázi nejistoty, která má trvání přibližně do 12. týdne. Po tomto období si žena dítě začíná představovat, vytváří si jeho obraz, podobu a její touha po dítěti narůstá. Tato etapa trvá zhruba do 15. týdne, kdy rodiče obdrží první ultrazvukový obrázek svého dítěte. Další významnou etapou je okamžik, kdy žena začíná pociťovat první pohyby dítěte, a to bývá kolem 20. týdne těhotenství. V období blížícího se porodu (kolem 30. týdne těhotenství) probíhá anticipační fáze, kdy se žena připravuje na své dítě a představuje si ho ve své náruči, jak bude vypadat a jak o něj bude pečovat (Šulová, 2004).

Ať už dojde k úmrtí dítěte v kterékoliv fázi těhotenství, je jeho smrt rodiči považována jako nepřirozenou, nespravedlivou, proti přírodě a bývá provázena mnoha pocity a myšlenkami na zemřelé dítě, což je přirozená reakce, která je součástí ztráty nejbližších, a je popisována jako proces truchlení. Smíření se s takto závažnou událostí je závislé na více faktorech. Záleží nejen na přístupu pomáhajících k rodičům, ale také na psychosociální situaci v rodině, vztazích v rodině, zpracování traumat a zážitků v minulosti, fyzické a psychické vybavenosti a odolnosti rodinných členů (Ratislavová a kol., 2012).

Okolnosti, které určují průběh reakce na perinatální ztrátu, vyčlenil Čepický (1999) takto:

1. Povaha perinatálního úmrtí. Nečekanost smrti je provázena stresem a prodlužuje se dobou nevíry. Úmrtí dítěte je nejvíce traumatické během porodu nebo bezprostředně po něm, protože se rodiče nesetkají s radostí z narození dítěte, ale se smutkem z jeho ztráty.
2. Personál hraje důležitou roli v průběhu reakce na ztrátu dítěte. Rodiče jsou zvýšeně citliví na jejich chování i reakce a samotný personál je často zasažen pocitem viny a vlastního selhání, což mívá za následek nepřátelské a zlehčující chování k rodičce a nejbližším členům rodiny.

3. Okolnosti těhotenství a porodu. Délka života dítěte po porodu nemá vliv na intenzitu smutku, ale je uvedeno, že čím časnější stádium těhotenství končí ztrátou dítěte, tím je kratší akutní fáze truchlení. Adaptace však bývá snazší, pokud dítě nějaký čas po porodu žilo. Přesto však převládají pocity hněvu, protestu a hořkosti. Porod mrtvého plodu nebo potrat u ženy vyvolávají pocity vlastního selhání a pocity viny.
4. Poškození plodu. Není shoda v tom, jestli reakce na smrt dítěte bude závažnější, nebo méně závažná při poškození dítěte, nicméně obvyklý je pocit neschopnosti porodit zdravé dítě spojený s pocitem selhání.
5. Sociální opora. Po ztrátě dítěte bývá hloubka a intenzita prožívaného zármutku okolím v častých případech podceňována, což mívá za následek pocit samoty a opuštění vlastní rodinou, která ztrátě nerozumí.

Kubičková (2001) popisuje neanticipovanou a anticipovanou ztrátu dítěte. Neanticipovaná ztráta dítěte je ztrátou nečekanou, což ve většině případů je případem i perinatální ztráty. Rodiče na tuto ztrátu nejsou připraveni a pociťují šok, žal a pocit prázdnoty. V případě perinatální ztráty tuto informaci rodiče obdrží od lékaře a čas, který potřebují k vyrovnání se s touto ztrátou, bývá delší a jsou v něm přítomny výčitky svědomí. Anticipovaná ztráta dítěte je ztráta předvídatelná. Potencionální pozůstalí jsou nuceni zpracovávat zármutek již v období před samotnou ztrátou a potlačování projevů zármutku obvykle vede k psychickému a fyzickému vyčerpání všech zúčastněných osob. Jedinci mohou pociťovat hněv, který vyvolává pocity viny. Čas, který potřebují k vyrovnání se se ztrátou dítěte, začíná již před samotnou ztrátou, a to oznámením lékaře o minimální naději dítěte na přežití. Rodiče si musí zvyknout na skutečnost, že jejich dítě zemře. Úmrtí dítěte je očekávané a v některých případech může být spojeno s pocitem úlevy, že dítě nebude trpět. Zármutek a proces truchlení není tedy spjat pouze s přerušением těhotenství, ale jedinci mohou tuto ztrátu vnímat jako ztrátu dítěte dokonce i v raných stádiích těhotenství. Ať už je ztráta dítěte očekávaná nebo neočekávaná, vždy se jedná o smrt nepřirozenou a předčasnou, rodiči hluboce prožívanou jako nespravedlivou.

Truchlení je považováno za zcela přirozenou, nezbytnou a adaptabilní reakci na ztrátu blízké osoby či na jinou významnou ztrátu v životě jedince. Pojem truchlení bývá často zaměňován se zármutkem (smutkem). Je možné říci, že smutek, potažmo zármutek je pociťováním ztráty, zatímco truchlení zahrnuje také s ním spojené chování ve společnosti (Moody & Arcangel, 2011). Worden (2018) popisuje rozdíl mezi těmito pojmy tak, že zármutek se může týkat jakékoliv ztráty, zatímco o proces truchlení se jedná pouze

v případě ztráty blízké osoby. Perinatální ztráta je považována za zničující ztrátu, která je odlišná od ztráty jiných blízkých osob. Davis (2016) připouští právo rodičů k truchlení, ať už se jedná o nechtěné těhotenství, nebo smrt již narozeného dítěte. Ztráta dítěte je vnímána jako narušení přirozeného životního řádu tím, že nemohou své dítě vychovávat a provázet ho na jeho cestě životem. Rodiče se mohou cítit za smrt svého dítěte zodpovědní, což obvykle umocňuje pocity viny, a tím zkomplikovat celý proces truchlení. V případě opakované ztráty jsou všechny pocity silnější a umocněnější. Ženy se potýkají také s pocity vzteku a nenávisti ke svému tělu, protože ho vnímají jako nedostatečné k darování života.

Po perinatální ztrátě často dochází ke změně vnímání života rodičů. Změní se nejen jejich pohled na svět, ale také jejich okolí je vnímá jinak. Emoce včetně pocitu ztráty mají takový vliv, že nemohou žít dosud běžným životem, což od nich jejich okolí po čase očekává. Tím se rodiče odcizují nejen sami sobě, ale také svému okolí, a to může mít za následek upadnutí do izolace, úzkostí, ztráty smyslu života, ze kterého se neumí sami vymanit (Kast, 2015). Během průběhu truchlení se truchlící oddělují a loučí se se svým mrtvým dítětem (Vodáčková, 2002). Cílem tohoto procesu je smíření se se ztrátou a její přijetí jako neměnné situace (Vymětal, 2003). Podle Kubíčkové (2001) se může stát, že pro rodiče je ztráta natolik bolestivá, že se s ní nikdy nesmíří a nepřijmou ji. Podle Špatenkové (2008) musí truchlící projít celým procesem, aby vzpomínka na ztrátu nebyla tolik bolestivá a mohlo dojít k uzavření. Proces truchlení není lineární, ale cyklický (Ratislavová, 2016). Každý člověk nemusí dojít do závěrečné fáze smíření, může se u něj objevit i rezignace a beznaděj, či může dojít k rozvoji patologických reakcí na ztrátu (Kübler–Ross, 2015). Hlavním úkolem truchlení je odpoutat se od zemřelého, a přesto s ním zůstat (Kast, 2015).

## **2.1 Stádia truchlení**

Existuje mnoho teorií, které popisují zákonitosti procesů truchlení. Tyto zákonitosti nám pomáhají pochopit fáze, ve kterých se jedinci právě nacházejí, a tím je nasměrovat na správný způsob k vyrovnání se se ztrátou a na správné doprovázení na jejich cestě ke smíření.

1. Na počátku přichází fáze, kdy člověk nechce uvěřit informaci o ztrátě blízké osoby. Pro tuto fázi bývá typická ztráta vnímavosti (Kast, 2015). Kübler-Ross (2015) tuto fázi popisuje jako fázi popření, kdy jsou rodiče v šoku, nedokáží vnímat, pociťovat, přijímat nebo třídit informace, které k nim proudí. Jsou přesvědčeni o tom, že jde o omyl, že se lékaři spletli. Bowlby (2013) nazývá tuto fázi jako fázi ochromení a fázi

nedůvěry, která může trvat několik hodin až týden. V prvních okamžicích mohou jedinci své emoce potlačit a žít tak, jako by k úmrtí dítěte vůbec nedošlo, což vede k pocitům prázdnoty a jejich chování je jako by řízené autopilotem. Běžným obranným chováním je ponoření se do pracovních povinností a činnost. Podle Kast (2015) je emocionálně náročná nejen perinatální ztráta, ale také potrat, nad kterým je potřeba truchlit. Rodiče totiž mohou i s embryem navázat vztah a vnímat ho jako součást svého budoucího života. Rodiče nevědí, co se s nimi děje, a nepřipouští si následky ztráty. V jejich životě se jim objevuje zmatek a chaos. Nic již není jako dřív a nikdy už nebude. Běžné činnosti vyžadují velkou námahu a soustředění. Okolí rodičů má těžkou roli, ve které hledá vhodnou hranici mezi blízkostí a dostatečným odstupem. Očekává se od nich poskytnutí podpory, vřelosti a vědomí, že v tom nejsou samotní, ale zároveň poskytnutí prostoru pro truchlení.

2. V další etapě si rodiče uvědomí svoji ztrátu, začnou propadat zoufalství, truchlení a dochází u nich k vnitřní dezorganizaci. Objevuje se řada emocí, které bývají těžko ovladatelné, proto se této fázi také říká fáze otevřených emocí. Mezi pociťované emoce patří zmatek, neklid, podrážděnost, úzkost, beznaděj a řada somatických obtíží (Davis, 2016). Podle Kübler-Ross (2015) v této fázi převládá pociťování hněvu a agrese. Hněv bývá zaměřen na jiné lidi, nebo proti nim samotným, což bývá reakcí na bezmocnost. Podle Kast (2015) emoce závisí na převažujícím sklonu jedince. K emocím se mohou přidat poruchy spánku, zvýšená náchylnost k infekcím a psychomotorický neklid. Problém nastává v situaci, kdy se rodiče ze smutku nevymaní, neustále myslí na bolest ze ztráty, kterou cítí a nemůžou se v truchlení posunout dále. Pocit viny bývá v této fázi velmi výrazný a při kontaktu s truchlícími bychom se neměli pokoušet utěšit jejich pocity, ale snažit se navést je k pochopení toho, kdo, a zda vůbec někdo je za jejich ztrátu zodpovědný. Špatenková (2008) považuje za důležitou kondolenci a vyjádření lítosti nad ztrátou od jejich okolí, což může vést k otevření prostoru pro sdílení emocí s druhými. Tato fáze může trvat i přes rok a jedinci se do ní mohou i několikrát opakovaně vrátit.
3. Další fází je hledání zemřelého a odpoutávání se od něj, což může trvat týdny až roky. Kast (2015) toto období popisuje jako fázi zoufalství a apatie, kdy se u rodičů mohou objevovat sebevražedné myšlenky. „*Každá matka dá dítěti své srdce. Pokud dítě umře a ona se s ním dostatečně nerozloučí, chce jít nevědomě za ním. Chce jít za svým srdcem*“ (Simon, 2008, 95). V tomto období se pozůstalí soustředí na věci nebo



aktivity, které jim zemřelé dítě připomínají. Dítě se rodičům zjevuje ve snech, fantaziích a také na něj vzpomínají prostřednictvím příběhů, fotografií atd. Fantazie rodičů obsahují představy o tom, kde jejich dítě momentálně je, co dělá a jak se má. Přítomnost dítěte v rodičích vyvolává pocity vzteku a viny. Rodiče se svým dítětem vedou vnitřní rozhovory, díky kterým si ujasňují, jaký měli s dítětem vztah, co jim jejich dítě dalo a co odešlo společně s ním. Díky tomu všemu, může dojít k rozloučení. Rodiče si uvědomí, že už s dítětem ve svém životě nemohou počítat, což vede k vytvoření nového vztahu k osobě, kterou ztratili. To jim dává možnost vnímat zemřelé dítě jako aspekt vlastní osoby. Podle toho, jak se daří rodičům vyjadřovat své emoce, proces hledání pomalu slábné. Je však důležité, aby rodiče měli dostatek času a prostoru pro hledání zemřelého a do přijetí ztráty je nikdo nenutil.

4. Fáze nového vztahu k sobě a ke světu. Toto období Kübler–Ross (2015) nazývá fází smířením, reintegrace, reorganizace či fází přizpůsobení. U rodičů se začínají projevovat také pozitivní emoce. Smutek ustupuje, nebo se objevuje pouze nárazově (Ratislavová, 2016). Je to období, kdy rodiče svou ztrátu akceptují a kdy proces hledání a loučení nezabírá většinu jejich času. Zemřelé dítě se stává vnitřní postavou v myslích rodičů. Díky tomu jsou schopni se vyrovnat s novými životními rolemi, navazovat nové vztahy a tím opět získat sebedůvěru a sebeúctu. Nové vztahy jsou prožívány ambivalentně. Na jednu stranu se jim chtějí oddat, na druhu stranu mají obavy ze ztráty. Je důležité, aby v závěru truchlení došlo k přijetí ztráty a k odnaučení životních vzorců, které si navykly aplikovat ve vztahu k zemřelému dítěti (Kast, 2015). Ratislavová (2016) považuje za cíl této fáze dosažení vnitřního klidu, míru a vyrovnanosti. Obvyklá bývá regrese jedinců do předchozích fází truchlení.

Je obtížné určit, kdy jednotlivé fáze začínají a kdy končí. Řádově se podle Kubíčkové (2001) jedná o několik měsíců, spíše však let.

## **2.2 Normální a komplikované truchlení**

I když je proces truchlení zcela normální přirozenou reakcí na ztrátu a u každého jedince je truchlení jiné, u všech by mělo směřovat ke zmírnění a zpracování zármutku. Pokud se tak nestane, jedná se o patologickou reakci, kterou můžeme označit za komplikované truchlení (Quinn, 2007). Symptomy přirozeného a komplikovaného truchlení se zásadně neliší, ale rozdílů můžeme spatřit v jejich intenzitě a délce (Špatenková, 2008). Komplikované truchlení se projevuje ohromným trváním zármutku, úzkostí,

odtržením vlastních pocitů, depresivním laděním, separačním distresem a celkovým zhoršením psychického a fyzického stavu (O'Connor & Arizmendi, 2014). Bui a kol. (2015) určili za časové kritérium pro komplikované truchlení šest měsíců. To, zda se u rodičů rozvine komplikované truchlení, závisí na několika faktorech: na osobnostních charakteristikách, vnímané sociální opoře a také na typu vytvořeného vztahu k zemřelému dítěti. Worden (2018) rozdělil do čtyř skupin komplikované truchlení dle vzniklé reakce:

1. Chronická reakce – rodiče jsou ochromeni svou ztrátou a hluboký pocit smutku trvá i řadu let. Uvědomují si, že se jim nedaří plnit každodenní povinnosti a normální život, nicméně se svého zármutku nedokáží sami zbavit.
2. Odložená reakce – pocity ztráty nepřichází bezprostředně po ztrátě, ale reakce je odložená, a to o týdny, nebo dokonce roky. Tuto reakci může vyvolat např. smrt další blízké osoby, připomenutí místem či okolnostmi smrti.
3. Larvovaná reakce – komplikované truchlení může být také maskované, může nabývat podoby maladaptivního chování a somatických obtíží. Můžeme se setkat také s psychotickým onemocněním, nadměrným užíváním alkoholu, drog nebo delikventním chováním.
4. Excesivní reakce – zde jsou projevy truchlení vyjadřovány výraznými reakcemi na ztrátu, při které normální strach ze smrti přerůstá ve fobii. Typické bývají iracionální pocity strachu, bezmoci a zoufalství.

Rodiče se nemohou ani po určité době ve svých životech posunout dále a nezvládají své každodenní povinnosti. V některých případech, kdy truchlení přejde do latentní podoby, další ztráta nebo jiná stresová událost může proces truchlení opět rozvinout (Špatenková, 2011). Při komplikovaném truchlení mohou rodiče uvíznout také ve fázi popření, ve které u nich převládají pocity apatie a prázdnoty, kvůli čemuž může proces truchlení trvat i několik let (Kubíčková, 2001). Součástí komplikovaného truchlení je také často deprese, úzkostná porucha, závislost na alkoholu, drogách, suicidální tendence a chování. Někdy je obtížné rozeznat spouštěč patologické reakce.

Každý z rodičů má jedinečný způsob, kterým se vyrovnává se ztrátou dítěte, což svědčí o individuálních reakcích na ztrátu (Haškovcová, 2007).

### **2.3 Rozdíly v prožívání truchlení u mužů a žen**

Oba z rodičů potřebují hlavně cítit podporu svého okolí, nejen ze strany rodiny, ale také přátel. Často se však setkávají se sociálně negovanou, až popíranou ztrátou dítěte

a pozornost okolí je věnována zejména zdraví ženy a možnost jejího dalšího těhotenství. Ve většině případů se objevuje pocit viny a hněv, který ženy obrací v první řadě proti sobě samé. Toto nastává zejména v případech, kdy se jedná o ženy, které byly poprvé těhotné, o ženy, které měly s otěhotněním problémy, a o ženy, které daly přednost své kariéře a posléze mívají pocit, že je to jejich trest za odkládání těhotenství. Partneři žen se většinou orientují na případné další možné těhotenství, což ženě nepomáhá při vyrovnávání se s aktuální ztrátou. Oba partneři pociťují potřebu otevřeně a upřímně o svých pocitech hovořit, avšak u mužů lze konstatovat, že délka těhotenství ženy ovlivňuje jejich míru truchlení. Oba partneři pociťují ztrátu snu a očekávané budoucnosti. Ženy bývají více spjaty s dítětem, což se ale nevylučuje ani u otců, a to díky době moderních technologií (ultrazvuku). Rodiče přiznávali, že jim v procesu truchlení pomohlo jejich dítě vidět, pochovat si ho, a tím se smířit s realitou. Tímto přijmuli smrt jejich dítěte a zároveň měli možnost se s ním rozloučit. Muži i ženy uváděli, že v takové chvíli potřebovali své pocity sdílet, což očekávali od okolí, které často nevědělo, jak o této situaci mluvit, co říct, co neříct a jak se k rodičům chovat. Rodiče se často setkávali s reakcemi okolí, které pociťovali jako zlehčování a znevažování své ztráty. Je důležité o této situaci mluvit také se staršími dětmi/sourozenci. Informovat je o tom, co se stalo, umožnit jim truchlit a v tomto procesu je podpořit. Za velmi přínosné se považují rituály, které celý proces ulehčují. Mezi tyto rituály patří: pojmenování dítěte, zasazení stromu, vykonání vzpomínkového rituálu se zapálenou svíčkou, formulace nadějí a snů o dítěti do slov, napsání dopisu nebo básně (Worden, 2018).

U každého páru je průběh procesu truchlení jiný. Lišit se může nejen v tempu, ale také v intenzitě a podobě. Způsob truchlení některých mužů mohou jejich partnerky považovat za nedostatečný, což může vést k narušení jejich vzájemného vztahu. Vznikají partnerské i sexuální problémy, což může celý proces zkomplikovat, zvláště pokud nejsou partneři zvyklí své pocity vzájemně sdílet (Enkin a kol., 1998). Tuto skutečnost potvrzuje také Davis (1996), která popisuje vliv ztráty dítěte na společný život partnerů. Některé páry tato ztráta sblíží a zažívají svou bolest společně. Jejich vzájemná důvěra a opora se může prohloubit a zároveň může dojít k postupnému odhalování jejich citlivosti a síle. Jiné páry naopak tuto ztrátu neustojí. Dochází k vzájemnému obviňování, nepochopení a neadekvátnímu vzájemnému hněvu, což může vést k rozvodu. Ztráta se potom může brát jako katalyzátor, který už dříve problematický vztah definitivně ukončí. Autorka také líčí různé situace, ve kterých partneři mohou kolísat mezi stavem důvěrnosti a izolace. Pokud partneři své ztrátě čelí společně, mohou se objevovat nové způsoby, čím si mohou partneři navzájem pro sebe být. Zátěž ztráty

vede k pocitu bezmocnosti a může vést k neschopnosti být oporou pro partnera. Emoce, které s truchlením souvisejí (hněv, deprese atd.), celý proces neulehčují a rozdílnost prožívaných emocí mezi partnery může vést k vzájemnému nepochopení, neschopnosti vcítit se do druhého a tím chápat a přijmout jeho pocity. Zjištěním rozdílnosti pocitů mohou být rodiče často vyděšeni, ale tato rozdílnost vychází z odlišností v osobnostech, socializaci, filozofii a způsobech, jakým se každý vyrovnává s obtížnými situacemi.

U žen se v celém procesu také objevuje vliv poporodních hormonálních změn. Rozdílnost v prožívání truchlení bývá často způsobena také odlišností vytvořeného pouta k dítěti. Jak již bylo zmíněno výše, matka si během těhotenství vytváří s dítětem užší spojení. Muži své dítě vnímají během těhotenství své partnerky spíše abstraktněji, a to až do chvíle narození. Rozdílnost ve vytvořeném poutu k dítěti je zřejmá zejména v situacích, kdy dojde k úmrtí miminka v raném stádiu těhotenství. Muži sice vidí, že miminko roste, mohou cítit jeho pohyby, ale jejich pouto se vytváří zejména až po porodu. Žena je s dítětem ve spojení po celou dobu, od začátku až do konce. Proto je těžké pro oba partnery cítit s dítětem stejné pouto, avšak není to nemožné. Je důležité si uvědomit, že i v případě vytvoření stejného pouta u obou rodičů je zcela přirozené a v pořádku, že může být jejich způsob truchlení naprosto odlišný (Worden, 2018).

Společnost od žen obecně očekává spíše otevřenější a emocionálně nabitě truchlení, zatímco u mužů je předpoklad, že budou v této situaci ti silní a neemocionální, což nemusí být a není pravidlem. Nejčastější scénář je popisován tak, že ženy více pláčou a zabývají se vzpomínkami na své dítě a muži svou ztrátu a smutek potlačují, snaží odvést svou pozornost pracovními povinnostmi či unikají do jiných aktivit. Ženy jejich chování mohou vnímat tak, že muž nejeví zájem a že na jejich dítě zapomněl, což u nich může vyvolat pocity hněvu a pocit samoty v této vzniklé situaci. Muži mají strach, že se jejich partnerka přes ztrátu nikdy nepřenese a stává se často netrpělivým. Požaduje po ženě, aby se její chování vrátilo do původního fungování a plnění běžných úkonů (Ratislavová, 2015). Dalším scénářem je popisovaná situace, kdy partneři truchlí střídavě, protože kdyby potřebovali oporu oba najednou, nebyl by nikdo, kdo by je podržel a kdo by udržel běžné věci v chodu. Je potřeba postarat se o domácnost, finančně zajišťovat rodinu, obstarat jídlo a případně se starat o další děti. V situaci, kdy jeden z partnerů uvolní svůj smutek a prožívá těžké chvíle, druhý svůj smutek odsune stranou a nabízí oporu. Takové střídání truchlení se může měnit každý den, každý týden, každý měsíc, ale také až rok poté, co jejich dítě zemřelo. Stejně jako střídavě může probíhat truchlení u obou partnerů, tak se u rodičů mohou střídat také hněv, úzkost

nebo deprese. Navenek se to jeví tak, že když jeden z partnerů prožívá něco příliš intenzivně, druhý se to snaží potlačit (Davis, 1996).

Je doporučováno, aby si oba partneři dovolili mít své pocity a vzájemně si ty rozdílné nevyčítali. Vznikají situace, kdy partnerovy reakce mohou druhého rodiče zklamat, či dokonce naštvat. Není však nutné, aby žena i muž své pocity vzájemně sdíleli, není potřeba vzájemně pocitům toho druhého rozumět, je ale důležité, aby se oba rodiče oprostili od fantazií a představ o jejich truchlení – jakým způsobem by měli truchlit, jak dlouho a jaké pocity by měli mít, protože neexistuje jediný správný a ani vysloveně špatný způsob truchlení a každý jedinec potřebuje a truchlit jiným způsobem. Nezbytné je, aby rodiče našli ten svůj způsob, který bude správný a vhodný právě pro ně samotné (Worden, 2018). Jako prospěšné se jeví vzájemné přijetí mlčení i slz partnerů, aniž by jeden druhého odsuzoval nebo obviňoval. Tím se vytvoří prostor pro komunikaci, vzájemnou oporu a pochopení, které jsou potřebné k posílení vzájemného vztahu a k snadnějšímu přijetí ztráty (Davis, 1996).

## **2.4 Truchlení otce dítěte**

Jak jsem již naznačila výše, muži často plní roli prostředníka mezi svou partnerkou a nemocničním personálem. Jejich úkolem je sdělení špatných zpráv okolí a blízkým, což vnímají jako ochranu své partnerky před dalšími nepříjemnými situacemi, které by ji mohly stresovat (Ratislavová, 2008).

Otcové dítěte mají svá specifika v procesu truchlení. Jejich role je osobitá a často velmi náročná. Stávají se prostředníky mezi svou partnerkou a zdravotnickým personálem, mají také za úkol sdělovat špatné zprávy rodině a blízkým členům. Mívají potřebu chránit partnerku od dalších zbytečných negativních prožitků, což se v některých případech stává kontraproduktivní. Nejenže také oni přišli o očekávané dítě, ale mají na starost řadu formálních záležitostí, povinností doma a pracovní závazky, které musí nadále plnit, což často vede k tomu, že se uzavrou do sebe, stáhnou se ze společnosti, truchlení potlačují, odkládají, zahrnují se úkoly a pracovními povinnostmi. Pokud si muž toto své obranné chování a svou reakci na ztrátu uvědomí, propojí se se svými pocity a může poté ze své uzavřenosti vyjít ven. Je důležité, aby mohli také muži o své zkušenosti mluvit a sdílet ji s jinými muži, kteří mají podobnou zkušenost. U mužů můžeme pozorovat konflikty jejich rolí. Bojuje v nich role silného muže, který by měl být odvážný, neplakat, nebýt slabý, role ochránce, který může vnímat pocit selhání, že své dítě neochránil a není schopný uchránit ani zbytek rodiny před smutkem, a role zajistitele, který musí svou rodinu finančně zajistit, což

vlivem emoční zátěže často vede k nesoustředěnosti, snížení pracovní výkonnosti a může mít za následek opět vnímání pocitu selhání (Ratislavová, 2008).

Muži se s krizovými situacemi vyrovnávají lépe než ženy, neprojevují emoce, často se zahlcují pracovními povinnostmi a uzavírají se do sebe, což může způsobit konflikt mezi partnery. Ženy nabývají dojmu, že muže jejich ztráta nezasáhla a smrt jejich dítěte je mu lhostejná. Ve skutečnosti se však jedná o jejich způsob zvládnání žalu (Dohnalová & Pavlíková, 2011). Muži své emoce však mají a prožívají je, i když jejich chování svědčí o opaku. Emoce nosí v sobě a často je naprosto pohlcují. Pokud si muž dovolí své emoce projevit před ženou, bývá to velkým přínosem pro budoucnost jejich vztahu. Muži se obávají, že tento jejich projev může být považován za projev slabosti a selhání, což však ženy důrazně popírají a ve většině případů by projevení emocí svého partnera uvítaly. Ventilace a projevení emocí je také rada, která je doporučována mužům po úmrtí jejich dítěte (Špaňhelová, 2015).

## 3 PÉČE O RODIČE PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ

### 3.1 Změny vyvolané ztrátou dítěte

Rodiče po smrti dítěte popisují prožívání takové bolesti, při které mají pocit, že nikdy nezmizí. Tato sdílená životní událost někdy vede ke zhoršení, jindy ke zpevnění vztahu mezi partnery, což velmi záleží na typu partnerského vztahu a hlavně na jeho kvalitě (Firth a kol., 2007).

Během studia dostupných zdrojů (Kubičková, 2001; Špatenková, 2008; Worden, 2013; Špaňhelová, 2015) jsem došla k závěru, že vztah mezi partnery je po perinatální ztrátě vystaven problémům zejména v těchto oblastech:

1. Rozdílný způsob truchlení a prožívání ztráty.
2. Potřeba nalezení smyslu smrti dítěte – často vzniká potřeba rodičů najít vysvětlení a pochopit, proč k úmrtí jejich dítěte došlo a proč se to stalo zrovna jim. Odpovědi hledají např. ve víře a filozofických vysvětleních. Problém může nastat v případě, kdy jeden z partnerů porozumění nalezne ve víře a druhý je k víře skeptický, či dokonce od své víry upustí a je tedy téměř nemožné hledat, najít či sdílet smysl společně.
3. Praktické otázky vztahující se k mrtvému dítěti – rozpor může nastat např. při řešení otázky způsobu rozloučení se s dítětem, způsobu jak si zemřelé miminko připomínat a jestli uspořádat pohřeb.
4. Hodnotový žebříček – rodiče po smrti dítěte často přehodnocují své priority a hodnoty, které se mohou vzájemně lišit a být zdrojem rozporu.
5. Sexuální život – u někoho může truchlení vést k sexuální abstinenci, někdo naopak hledá útěchu právě v sexuálním kontaktu. Rozpor může nastat i v postoji k dalšímu těhotenství.
6. Ztráta rodičovské role – rodiče úmrtím dítěte ztrácejí rodičovskou roli, se kterou se během těhotenství sžívali a na kterou se připravovali.
7. Sociální kontakty – jsou rodiče, kteří během truchlení nevyhledávají společnost svého blízkého okolí a rezignují na veškeré sociální kontakty. Potom jsou rodiče, kteří by ocenili sdílení této události, ale jejich přátelé a rodina neví, jak v takové situaci reagovat, proto jsou nedobrovolně okolím izolováni.
8. Únikové reakce – mezi tyto reakce patří užívání alkoholu, drog, únik do nemoci, denní snění, hyperaktivita, workoholismus aj. Nebezpečí těchto únikových reakcí je jejich patologická forma, do které mohou přerůst.

### 3.2 Psychosociální intervence

Psychosociální intervenci můžeme definovat jako odbornou činnost, která je vykonávána se záměrem snížit utrpení a zvýšit kvalitu života jedince nebo skupiny. Jedná se o obor s rozsáhlou oblastí uplatnění psychologických postupů, aplikovaný v kontextu širší sociální zkušenosti, v součinnosti s odborníky, zejména z oblasti sociální práce. Součástí je také práce na zdokonalení psychologických a sociálních kompetencí jedinců. Zahrnuje naučení nových strategií chování a jednání v praktických oblastech života jedince a podporuje žádoucí změny nejen z hlediska intrapsychických, ale také v sociálních aspektech. Obdobná klinická definice psychosociální intervence a psychosociální rehabilitace nabízená Světovou zdravotnickou organizací je tato: „*Jedná se o proces, který jedincům, kteří jsou oslabeni, zneschopněni nebo znevýhodněni svým duševním stavem, nabízí možnost dosáhnout optimálního stupně nezávislého fungování ve společnosti.*“ V praxi se psychosociální intervence soustředí především na sociální aspekt pomoci (Hoskovcová, 2009).

Jako nejzajímavější se mi jeví pohled na základní východisko psychosociální intervence jako na „člověka v situaci“. Toto hledisko zahrnuje nejen pohled na člověka jako na individualitu, ale také na sociální aspekty situace, jejich vzájemnou interakci a ovlivňování. Toto hledisko výstižně charakterizuje nutnost celostního pohledu na rodiče v situaci perinatální ztráty, a přitom zdůrazňuje subjektivitu prožívání této zátěže. Cíl i podání intervence se vytváří v součinnosti s rodiči a s ohledem na jedinečnost jejich situace a jejich prožívání. Mezi základní strategie psychosociální intervence lze uvést:

1. Psychologické nebo lékařské služby (zde patří např.: krizová intervence, poradenství a terapeutická pomoc).
2. Poskytnutí informací o problému a metodách jeho zvládnání.
3. Nabídku sociálních aktivit, které mohou napomoci vyjádření emocí či myšlenek.
4. Povzbuzování a vytváření podmínek k přirozenému rozvoji jedince a jeho interpersonálních dovedností.
5. Posílení existujících sociálních sítí v komunitě a posilování vzájemné pomoci.
6. Zvýšení kompetencí profesionálů v psychologických dovednostech.
7. Poskytnutí praktické a materiální pomoci (Hoskovcová, 2009).

V článku zabývajícím se právě psychosociální intervencí u rodičů po předčasném porodu a porodu mrtvého dítěte autorky Dohnalová a Pavlíková (2011) uvádějí, že



v současné době není k dispozici žádný metodicky propracovaný podpůrný systém pomoci pro rodiče v těchto situacích. Personál ve zdravotnických zařízeních ve většině případů neví jak se k rodičům chovat a jak při této situaci nejlépe poskytnout emocionální či praktickou pomoc, což může vést k uchýlení se ke strategiím, které nejen nejsou podpůrné, ale naopak mohou vést k retraumatizaci rodičů.

### **3.2.1 Psychosociální intervence v případě perinatální ztráty**

Účinnost intervence je závislá na jejím správném načasování tzn., je třeba ji nabídnout v pravou chvíli, konkrétně ve chvíli zvýšené otevřenosti jedince vůči intervencím a pomoci zvenčí, protože po odeznění akutní fáze krize se motivace jedince a jeho připravenost k přijetí pomoci zmenšuje. Tato skutečnost dokazuje důležitost aktivního nabízení psychosociální pomoci rodičům v situaci úmrtí dítěte (Dohnalová & Pavlíková, 2011). Je zjevné, že poskytnutí péče personálem ve zdravotnických zařízeních je důležitým faktorem v akutní fázi propuknutí krize a má vliv na pomoc rodičům v přijetí reality ztráty a při nastartování adekvátního způsobu truchlení. Je tedy patrné, že je důležité nejen hledání vhodných způsobů jak podporovat truchlící rodiče, ale také vzdělávání zdravotnického personálu v této oblasti poskytování podpory, protože porozumění rodičům, co v takové chvíli prožívají, je důležitým a základním krokem k tomu, aby zdravotníci byli schopni poskytnout odpovídající podporu a pomoc, která by byla pro rodiče skutečným přínosem.

Dohnalová a Pavlíková (2011) doporučují, aby byli ti, kteří jsou v kontaktu s rodiči procházejícími perinatální ztrátou, vyškoleni právě v metodách krizové intervence, což by vedlo ke splnění podmínky včasné pomoci v akutní krizové situaci a navedení rodičů k možnostem další odborné péče, a to nejen psychologické, ale také psychiatrické a sociální. Ideální by také bylo prohloubení znalostí personálu v oblasti akutní stresové reakce, její symptomatologie a zákonitostí, zvýšení povědomí o procesu truchlení jako takovém a také o intervencích, které jsou nápomocné integraci perinatální ztráty a které jsou v kompetenci a možnostech zdravotníků, což by mohlo vést k lepšímu porozumění rodičům a následně k celkově chápajícímu a respektujícímu přístupu vzhledem k situaci. Zdravotnický personál by mohl lépe předpovídat reakce rodičů a s ohledem na jejich potřeby, nabídnout adekvátní typ podpory a tím předejít nevhodné intervenci vedoucí ke zvýšení traumatizace rodičů. Nejvhodnější by bylo okamžité přizvání klinického psychologa daného zdravotnického zařízení, který by byl kompetentní a ochotný příslušnou pomoc poskytnout. Mezi konkrétní typ pomoci se řadí umožnění kontaktu s dítětem, dodržování piety, nabídnutí pamětního balíčku a vhodný typ verbální podpory. Worden (2018) také popisuje vhodné techniky, které

jsou využitelné a vhodné pro podporující práci s pozůstalými. Patří sem např. podněcování k vyjádření emocí, prohlížení fotek, videí, napsání dopisu, kresba, reflexe emocí, kognitivní restrukturalizace, pamětní knihy či balíčky, popřípadě řízená imaginace.

K základním principům poradenství pro pozůstalé, jak je uvádí Worden (2018), patří:

1. Pomoc pozůstalým přijmout jejich ztrátu, čelit faktu této skutečnosti a podpořit je v kontaktu s realitou ztráty, což zahrnuje např. účast na pohřbu nebo návštěvu hrobu.
2. Pomoc pozůstalým reflektovat a vyjadřovat emoce, které jsou spojené se ztrátou, a normalizovat jejich prožívání.
3. Podpořit život bez zemřelého a samotné žití.
4. Pomoc nalézt smysl a význam jejich ztráty.
5. Usnadnit a podpořit emoční přenesení zemřelého.
6. Poskytnutí pozůstalým prostoru a času na truchlení.
7. Normalizace chování a pocitů pozůstalých.
8. Připustit individuální rozdíly v truchlení.
9. Podpora pozůstalých v prozkoumávání jejich copingových strategií a snaha směřovat je k podpoře těch ozdravných, zdravých a reflektovat ty destruktivní.
10. Identifikovat patologické reakce v procesu truchlení, pojmenovat je a snažit se je odstranit, případně aspoň zmírnit.

Některé z uvedených principů patří jednoznačně do kompetence psychologa nebo psychoterapeuta. Některé však mohou být společně s hlubším porozuměním procesu truchlení důležitou součástí adekvátnějšího a kompetentnějšího přístupu zdravotníků, který ve svém důsledku může rodičům smysluplně napomoci v situaci perinatální ztráty (pamětní balíčky či respektování potřeb rodičů, jejich individuálního prožívání, reflexe emocí, podpora procesu truchlení a také schopnost rozpoznat patologie či destruktivní aspekty v procesu truchlení) (Worden, 2018).

### **3.3 Vyrovnávání se se ztrátou dítěte**

Cesta zvládnutí ztráty dítěte není jednoduchá a úspěšné zvládnutí této situace závisí na tom, jakým způsobem jedinec projde procesem truchlení, na jeho osobnosti, na jeho životních zkušenostech, ale také na efektivní podpůrné pomoci jeho okolí. Je vhodné mít na paměti individuální rozdíly v prožívání ztráty, a tím i rozdílné potřeby rodičů. Někteří jedinci využívají pomoc odborníků, jiní tuto pomoc odmítají a preferují pomoc a podporu

někoho, kdo ztrátou miminka taky prošel nebo se se svou ztrátou vyrovnávají pouze vlastními silami (Ratislavová, 2016).

### 3.3.1 Vlastními silami

Hay a Tomchin (1994) uvádějí, že když zemře někdo, koho velmi milujeme, trvá obvykle minimálně rok, než přestaneme truchlit. Podle těchto autorů bývá nejtěžší období o svátcích a výročích (narozeniny, Vánoce, roční výročí). Je třeba dovolit si držet smutek a být na sebe mírní. V těchto situacích neplatí žádná pravidla, a tak by se neměla žádná vytvářet. Je běžné, že lidem v období prožívání ztráty povolí nervy a jsou hysteričtí. Jak zmiňuje Kübler – Rossová (2015), proces truchlení v sobě vždycky obsahuje určité prvky hněvu. Mnoho z nás si však nechce žádnou zlost vůči zesnulé osobě přiznat, takže bývají tyto emoce zpravidla zastírány nebo potlačovány a prodlužují dobu truchlení, nebo se projevují jiným způsobem. Je žádoucí si uvědomit, že není na nás soudit takové pocity jako špatné nebo hanebné. Naopak měli bychom jejich pravý smysl a původ chápat jako něco zcela lidského.

Je normální dát průchod svým pocitům, dovolit si plakat, křičet a dělat cokoli, co uvnitř cítíme, že potřebujeme. Potřeby jsou za těchto okolností individuální a je žádoucí těmto potřebám vyhovět, i když to není vždy snadné (Hay & Tomchin, 1994). Jsou lidé, kteří se v období zármutku obrací k víře, která má pro ně posilující účinek. Ve víře už v minulosti nacházeli pomoc a útěchu, a proto pro ně může být zvláště důležitá v období vyrovnávání se se ztrátou. Jsou naopak lidé, kteří v této době dřívější důvěru v Boha ztrácejí a často se na něj zlobí, ztrátu mu vyčítají a v duchu se s ním prou (Vítková, 2016).

Přátelské vztahy bývají významným činitelem v období ztráty. Přítelem může být rodinný příslušník, člověk teprve nedávno poznaný, nebo dlouholetý přítel, každopádně v období zármutku se může stát jediným poutem se životem. Je třeba poznat, kdo je pro pozůstalé nejbližší, a přijmout případně druhé, nebo třetí místo, pokud tím nejbližším nejsme my sami. Pro pozůstalé může být pocit sdílení se svým okolím velmi důležitý a může jim ukázat smysl tam, kde se naděje zdála být ztracená (Vítková, 2016).

Špatenková (2008) navrhuje doporučení pro pozůstalé, mezi která patří: zapojit se do přípravy pohřbu dítěte, věnovat pozornost jídlu, zachování normálního režimu, posoudit zdravotní stav, hovořit o zemřelém dítěti, dovolit si truchlit, udělat si čas na truchlení, dovolit si zlostné pocity, dovolit druhým poskytnout pomoc a nebát se vyhledat pomoc.

### 3.3.2 Laické poradenství

Laické poradenství může být v některých případech dokonce efektivnější než pomoc profesionálů, a to například pokud je prováděno školenými laiky nebo pozůstalými, kteří si již ztrátou dítěte prošli a proces truchlení mají zvládnutý. Od těchto jedinců se však očekává, že jsou seznámeni s procesem truchlení, s vedením poradenského procesu a že tyto získané znalosti budou neustále udržovat. Nestačí, že si dokáží představit, co pozůstalí prožívají, protože to sami zažili. Chtějí-li zaujmout roli poradce pro pozůstalé, musejí ji přijmout se vším, co k tomu patří, tedy i s těmi nároky na ni (Špatenková, 2008).

Tento druh poradenství nabízí občanské sdružení Dlouhá cesta, ve které působí dobrovolníci, kteří mají vlastní zkušenost a přežili smrt dítěte v rodině, ať už v roli rodiče, nebo příslušníka rodiny. Tito dobrovolníci procházejí školením, vstupními testy a pravidelnými kontrolními supervizemi. Dobrovolníci pomáhají pozůstalým rodičům a blízkým příbuzným zvládnout ztrátu dítěte jak psychicky, tak také v praktických záležitostech. Největším přínosem tohoto laického poradenství je právě vlastní zkušenost dobrovolníků se ztrátou dítěte, která je nepřenositelná. Laické poradenství je diskrétní, bezplatné a zcela dobrovolné (Vítková, 2016). Jedná se o velmi obtížnou činnost, která klade na poradce velké nároky. Aby mohl poradce pomoci, je třeba, aby nejprve pochopil, co pozůstalí prožívají, a také aby měl sám zpracovaný svůj vlastní postoj ke smrti (Špatenková, 2008).

*„Nikdo se nestane kompetentním poradcem jen po přečtení knihy nebo po absolvování kurzu. Je potřeba vidět poradenství v praxi, „dělat ho“, „zažít ho“, mít příležitost vyzkoušet si vlastní nápady v bezpečném prostředí, se zpětnou vazbou od lidí, jejichž znalosti a dovednosti respektujeme. Potřebujeme UČIT SE, UČIT SE, UČIT SE a také potřebujeme pravidelnou supervizi. Neexistují žádné zkratky pro získání dovedností a každá znalost nebo dovednost, kterou získáme, něco stojí. Cena může být finanční, ale také časová nebo osobní. Jedná se ale o investici, která se nějakým způsobem vrátí. Třeba jako pocit smysluplné a užitečné práce. A tou poradenství pro pozůstalé bezesporu je“ (Špatenková, 2008, 130).*

Worden (2013) uvádí, že člověk, který provádí poradenství pro pozůstalé, by měl umět identifikovat ty, kteří mají vážné těžkosti, a vědět, kdy je potřeba pozůstalým doporučit odbornou pomoc. Poradce může určit přítomnost patologie a může považovat za nevyhnutelné doporučit pozůstalé k odborníkovi. Některým lidem poradenství a facilitace zármutku nestačí, protože ztráta u nich může vyvolat závažnější problémy.

### 3.3.3 Krizová intervence, odborná pomoc

Základní charakteristikou perinatální ztráty je extrémní zátěž a velká míra stresu s ní spojená, proto vidím za vhodné věnovat prostor také krizové intervenci, kterou vnímám jako důležitou součást péče o rodiče procházející perinatální ztrátou. „*Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování.*“ (Vodáčková, 2002, 60). „*Cílem krizové intervence jako souboru technik a strategií je pomoci klientovi zvládnout sebe v dané situaci.*“ (Baštecká, 2005, 168). Základním cílem krizové intervence je tedy stabilizace klienta, zabránění zhoršení krizového stavu či suicidiálního jednání, podpoření a poskytnutí bezpečného rámce a mobilizování zdrojů a kompetencí jedince (Hoskovcová, 2009).

Kastová (2000) uvádí, že v souvislosti s krizovou intervencí bývá důležité prožívání vlastního života jako něčeho, co jsme schopni sami formovat, ovlivňovat, a je-li tato kompetence krizí ohrožena, můžeme reagovat ochromením a úzkostí. Je patrná snaha získat opět kontrolu nad vlastním životem, a pokud staré a osvědčené strategie nepomáhají, snažíme se nalézt strategie nové. Když se tato snaha nedaří a úzkost nadále přetrvává, nebo se zvyšuje, měla by nastoupit nějaká forma krizové intervence. V tomto smyslu intervence vstupuje mezi jedince a jeho krizi jako prostředník, což jedinci napomáhá získat si odstup a způsobí, že jedinec bude moci se svou krizí navázat kontakt a vidět její potenciál. V rámci krizové intervence je žádoucí rozšířit percepční zúžení, tedy umožnit jedinci odstup od krize, pomoci mu, aby byl schopen podívat se na ni jinak, vědoměji, bez paniky, umožnit vidět nová řešení problému. V takových případech je cílem krizové intervence především podpora ve vyjadřování emocí, usnadnění komunikace, mobilizace individuálních copingových strategií a případné nasměrování na adekvátní, vhodnou a dostupnou odbornou pomoc.

Špatenková (2011) popisuje krizovou intervenci jako zásah, zákrok, respektive zakročení v krizi a jak také upozorňuje, v rámci krizové intervence se otvírá velký prostor pro uplatnění relativně širokého okruhu pracovníků. Za profesionály připomíná psychology, lékaře (zejména psychiatry), pedagogy či sociální pracovníky, ale i další odborníky. Vysvětluje, že krizová intervence se poněkud liší od jiných způsobů práce s klientem, a je tedy vhodné, aby také profesionálové v pomáhajících profesích absolvovali příslušný výcvik a osvojili si techniky krizové intervence.

Podpora rodičů začíná již při sdělení o úmrtí dítěte. Je nadmíru žádoucí dodržet etická pravidla ve smyslu kdy, jak, kde a kým je informace sdělena. Psychicky velmi traumatizujícím obdobím je doba, od stanovení diagnózy do vlastního porodu (Binder, 2007). Často se také setkáváme s komplexy rodičů ze vzhledu svého dítěte, ale i z toho, že dítě například s určitou anomálií zplodili. Ještě před porodem, pokud je to možné, porodní asistentka s ženou pečlivě plánuje průběh porodu, podává informace o rituálech rozloučení se s dítětem (Ratislavová, 2008). V praxi je upřednostňován aktivní empatický přístup ke klientům, citlivý, chápající, podporující a směřující k adekvátnímu prožitku ztráty a tím k postupnému vyrovnávání se s ní. Tento přístup je šetrný jak pro klienta, tak i pro samotného profesionála (Křemenová & Fremlová, 2009).

### **3.4 Dosavadní výzkumy týkající se vyrovnávání se se ztrátou dítěte**

Americká psycholožka Deborah Davisová se ve svém výzkumu zaměřila na rodiče v krizi v případě úmrtí jejich dítěte a jejich podporu. Zabývala se tématem lékařské etiky, perinatální péče a přístupem k těhotným ženám, jejichž dítěti stanovili diagnózu neslučitelnou se životem. Ve své knize popisuje myšlenky a emoce, které rodiče v situaci ztráty dítěte doprovázejí. Podle Davisové musí rodiče nutně projít procesem truchlení, a to neohledně na to, zda se jednalo o chtěné, nebo nechtěné dítě, a zda se dítě narodilo mrtvé, nebo jakkoli dlouho po porodu ještě žilo. Upozorňuje na důležitost informování rodičů, aby věděli, co mohou očekávat, a také aby věděli, jak jiní rodiče prožívali stejnou zkušenost. Autorka také upozorňuje na skutečnost, že při ztrátě dítěte se jedná o opravdu specifickou událost, která může způsobit zpochybnění pohledu na sebe, na život, na svět a na víru. Je normální, když rodiče zažívají pocity viny a také spoluodpovědnost za úmrtí svého dítěte. Ženy mívají pocit, že ve své roli selhaly, mohou odmítat své tělo a trpět výčitkami. Davisová zdůrazňuje, že neexistuje správný ani špatný způsob truchlení, protože se jedná o velmi specifický a individuální proces, ve kterém má každý z rodičů jiné potřeby. Mezi doporučení autorky patří otevřená komunikace mezi partnery, která může pomoci podpořit, utěšit a zároveň pochopit jeden druhého. Jako nápomocné se jeví také vyhledání a sdílení své zkušenosti ve svépomocných skupinách. V průběhu procesu truchlení autorka rodičům doporučuje se čas od času zastavit, dát prostor a čas svému smutku a neutíkat před ním. Popisuje také, že se u pozůstalých rodičů můžeme setkat s pocity prázdných rukou, s bolestmi v pažích, klamnými iluzemi, že rodiče své dítě viděli nebo slyšeli (Davisová, 1996).

Studie také ukazují, že rodiče se nejen liší v potřebách během procesu truchlení, jak jsem zmínila výše, ale také v tom, že jim pomáhají různé typy intervencí. Ženy jako přínosné

považují takové intervence, při kterých je umožněno vyjádření emocí, muži naopak takové intervence, které jsou zaměřené na řešení problémů. Na vyrovnávání se se ztrátou mají vliv nejen copingové mechanismy pozůstalých, ale také kognitivní styl, který užívají, síla ega, jejich hodnoty a postoje osobnosti (Worden, 2009).

Kasparková a Bužgová (2010) ve svém výzkumu zjistily, že u žen nebyl příliš podporován proces truchlení a ani nebyly poskytovány dostatečné informace o tomto procesu. Ženy po porodu mrtvého dítěte nevyužily profesionální odbornou pomoc, ale jako významnou formu pomoci se pro ně staly svépomocné skupiny žen s podobnou životní zkušeností. Z výpovědí respondentek vyplynulo, že porod mrtvého dítěte je velmi traumatizujícím zážitkem a pro jeho zpracování má význam podpora a pomoc, která je ženě během porodu a v následujícím období poskytnuta. Významnou úlohu mohou sehrát porodní asistentka či lékař, kteří ženu v této situaci doprovází, a tím pádem mohou mít vliv na její zvládnutí. Jako důležité se jeví poskytnutí informací také v písemné podobě, aby se k nim mohly později vrátit. Pochopení pocitů žen zdravotníky vnímají ženy jako jeden z faktorů k efektivnějšímu poskytování ošetrovatelské péče.

Borůvková (2012) identifikovala významné aspekty, které jsou ženami vnímány jako podporující a nápomocné k vyrovnání se se ztrátou. Jedná se o sociální oporu zejména v oblasti partnerské a v oblasti blízkého sociálního okolí. Za podporující je identifikováno informační podpora a také sdílení se ženami s podobnou zkušeností. Důležité oblasti byly také nalezeny v kontaktu se zdravotnickým personálem. Za významnou je označena především kvalitní komunikace, respektování subjektivního významu ztráty a nabídka přiměřených podpůrných intervencí v souvislosti perinatální ztráty. Tyto oblasti při adekvátním přístupu mohou být významně prospěšné v procesu truchlení a při přiměřené integraci zážitku u žen s danou zkušeností.

Po prostudování zahraniční literatury jsem objevila také studie, které se věnují strategiím postupu a naplňování role porodní asistentky při porodu mrtvého dítěte. Prostudování těchto studií se mi jeví jako nosné, protože porodní asistentku vnímám jako důležitý faktor, který může mít vliv na průběh a prožití perinatální ztráty. V rámci výzkumu Kingdona a kol. (2015) byly shromážděny všechny odborné články, které se zabývaly osobní zkušeností rodičů se zdravotnickým personálem během perinatální ztráty. Tyto články obsahovaly mnoho pozitivních i negativních prvků v průběhu poskytování lékařské péče a týkaly se především úrovně komunikace jednak porodních asistentek, ale také lékařů

s truchlícími rodiči. Z tohoto výzkumu vznikla nová doporučení pro praxi, k zefektivnění komunikace a budování respektu k individuálním potřebám a přáním rodičů.

Autoři Peters a kol. (2015) vydali článek, který popisuje potřeby a očekávání rodičů ze strany personálu zdravotnických zařízení. Mezi očekávání truchlících rodičů patří empatie, citlivý přístup, pochopení pro jejich prožívání a dostupnost pravdivých informací. Rodiče také očekávají podporu a odbornou radu v situaci, ve které se musí rozhodnout, zda své dítě chtějí vidět a rozloučit se s ním v náručí, nebo nikoli. Jako velmi důležité se také projevil respekt, citlivost, spolupráce a informovanost během celého procesu. V rámci České republiky autorky Takács a kol. (2015) vydali doporučení postupu pro zdravotníky v případě procesu perinatální ztráty. Tato doporučení obsahují několik rad a postupů jak jednat s rodiči procházejícími si úmrtím dítěte. Zahrnují např. vyjádření podpory, nabídnutí varianty rozloučení se, povzbuzování obou rodičů, podporu vzniku citové vazby mezi dítětem a rodiči, pořízení památeční fotografie či jiných upomínek, respektování kulturních, duchovních a rodinných zvyklostí, připravení rodičů na vzhled dítěte v případě viditelné vady, umožnění vykoupání miminka, nebránění se vlastním emocím a smutku, oslovování dítěte křestním jménem, poskytnutí soukromí (pokoj kam nedoléhá pláč jiných dětí), ocenění rodičů při plnění jejich role, informování o formálních záležitostech a v případě vlastního emočního vyčerpání vyhledání kolegy, nadřízeného nebo psychologa a tím předejití syndromu vyhoření.

Ratislavová (2016) považuje za významné rituály rozloučení s miminkem jeho spatření a chování v náručí, vytvoření upomínky na dítě a jeho pojmenování. Ratislavová a kol. (2012) ve svém výzkumu zjistili, že rodiče, kteří mají fotografii svého dítěte nebo nějakou jinou upomínku, jsou signifikantně spokojenější než rodiče, kteří konkrétní upomínku nemají, a ukázali, že vlastnění upomínek na dítě dlouhodobě snižuje úzkostnost matek. Mnoho rodičů je v šoku a ve stresu v době ztráty, především pokud je náhlá a neočekávaná. V tuto chvíli nepřemýšlí nad vytvářením upomínek na dítě a jsou později vděční zdravotníkům, kteří jim pomohli vzpomínky zachytit a uchovat. V zahraničí se jedná o zcela běžnou záležitost. V tomto výzkumu získalo upomínku jen 17,5 % žen po porodu mrtvého plodu. Oporou pro některé rodiče v náročné životní situaci, jako je porod mrtvého plodu, je poradenství zdravotnických pracovníků, jiní raději využijí odbornou psychologickou pomoc. Psycholog nebo psychoterapeut naslouchá, poskytuje podporu a poradenství jak symptomy ze žalu zvládat, lečí případně vzniklá traumata a podporuje psychologický přístup namísto medikace.



## **PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE**

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V teoretické části práce jsem nastínila teorii týkající se tématu perinatální ztráty a přiblížila hlavní problematiku, se kterou se rodiče po perinatální ztrátě potýkají. Zaměřila jsem se na popis základních pojmů, které se týkají oblasti perinatální ztráty a oblasti postabortivního syndromu se zaměřením na prožívání muži. Dále jsem se věnovala procesu truchlení, jeho stádiím, typům, rozdílům v prožívání u mužů a žen. Třetí kapitola nastínila péči o rodiče po perinatální ztrátě. Popisuje změny vyvolané ztrátou, psychosociální intervenci a proces vyrovnávání se se ztrátou dítěte. Poslední úsek teoretické části je věnován dosavadním výzkumům z oblasti perinatální ztráty.

V této praktické části diplomové práce jsem se zaměřila na otce po perinatální ztrátě, jejich prožívání, podporu a potřebu pomoci. Probandi měli za úkol poreferovat o své zkušenosti s perinatální ztrátou a popsat své pocity a postřehy od těhotenství až po období po porodu. O svou zkušenost se se mnou podělili muži, kteří se museli vyrovnávat se ztrátou svého dítěte společně s vnímáním potřeby pomoci, ať už laické nebo odborné.

Problematice perinatální ztráty ve smyslu jejího prožívání otci není v české odborné literatuře věnován dostatek prostoru. Výsledky této práce by tedy měly na pozadí poznatků zmíněných v teoretické části popsat specifika této problematiky tak, jak je muži ve skutečnosti zažívají, poukázat na nedostatek informací v literatuře a prozkoumat podrobněji, jaké pozitivní aspekty napomáhají k vyrovnávání se se ztrátou a se kterými by bylo možné v rámci psychologické pomoci efektivně pracovat, a tím zvýšit komfort a psychickou pohodu mužů v této situaci.

V předkládaném výzkumu si kladu následující cíle:

- 1) Zmapovat prožívání a zkušenosti mužů v oblasti perinatální ztráty.
- 2) Pojmenovat pozitivní aspekty, které napomáhají procesu vyrovnávání se otců se ztrátou svého dítěte, a tím navrhnout vhodné doporučení do praxe pro zvýšení péče.

V návaznosti na výzkumné cíle, které zmiňuji výše, jsem formulovala dvě výzkumné otázky:

- 1) Jaké jsou pocity a zkušenosti mužů po porodu mrtvého dítěte?
- 2) Jak muži hodnotí míru poskytnuté podpory a pomoci po perinatální ztrátě?

## 5 METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY

### 5.1 Typ výzkumu

Vzhledem k intimní, velmi křehké a citlivé povaze problematiky jsem jako výzkumnou strategii zvolila kvalitativní výzkumnou metodu, která se často využívá u nových a málo známých témat nebo u témat bez potřebné teorie. Primárně je však tento přístup založen na jedinečnosti a neopakovatelnosti a jedná se v něm převážně o snahu získat hluboký vhled a nastínit problematiku z pohledu probandů. Zároveň tento typ výzkumu přihlíží k nutnosti osobního a respektujícího přístupu v takovéto extrémní životní situaci (Miovský, 2006). U kvalitativního přístupu lze s probandy navázat osobnější kontakt, a téma tak více rozvinout (Merriam, 2009). V kvalitativním přístupu stačí výzkumníkovi i menší počet probandů, a i přesto může získat velké množství informací (Olecká & Ivanová, 2010).

Kvalitativní přístup byl vybrán z důvodu snahy získat o prožívání otců a potřebě podpory a pomoci v situaci úmrtí jejich dítěte co nejbohatší a nejdetailnější informace. Počet otců, kteří prošli perinatální ztrátou a byli by ochotni o ní mluvit, je z důvodu citlivosti tématu velmi omezený. A právě z důvodu práce s těžce dostupnou skupinou probandů jsem zvolila kvalitativní typ výzkumu, jehož přednost spočívá v tom, že umožňuje hloubkový popis případu v jeho celistvosti a pochopení zkoumaného subjektu v jeho přirozeném prostředí. Jako nevýhoda tohoto typu výzkumu je nejen jeho časová náročnost, ale také skutečnost, že prováděný výzkum může být ovlivněn výzkumníkem, a jak jsem zmínila výše, zkoumá pouze omezený počet probandů, takže konečné závěry mohou být obtížně zobecnitelné na širší populaci (Hendl, 2005).

### 5.2 Metody tvorby dat

Pro výzkum jsem zvolila formu polostrukturovaných rozhovorů. Jedná se o nejrozšířenější metodu pro tvorbu dat u výzkumů kvalitativního charakteru, která je vhodná pro hlubší zkoumání jevů z oblasti subjektivního prožívání zkoumaných probandů. U tohoto typu rozhovoru má tazatel předem připravený seznam otázek či témat, na které chce získat odpovědi, ale způsob a forma odpovědí na tyto otázky je dále vcelku volná (Ferjenčík, 2010).

Je zřejmé, že během tohoto procesu jsou získané informace do značné míry ovlivněny tazatelem. Avšak u kvalitativního typu výzkumu, jehož cílem je podat hlubší pohled na danou problematiku, je polostrukturovaný rozhovor nejlepší volbou.

Za výhodu polostrukturovaného rozhovoru je považována možnost v průběhu rozhovoru pružně měnit pořadí otázek či jejich znění na základě individuálních potřeb každého probanda. V průběhu každého rozhovoru se probanda doptáváme a snažíme se maximalizovat množství získaných informací. Výhodou je také možnost pozorovat probanda v průběhu rozhovoru, a tím získat další cenné informace a zároveň vzniká příležitost navázat s probandem důvěrný vztah (Miovský, 2006).

Se všemi probandy jsem komunikovala e-mailem nebo telefonicky ještě před uskutečněním osobního setkání, a navázala jsem tak dobrý spolupracující kontakt již před započítím rozhovoru, což považuji vzhledem k citlivosti tématu za velmi důležité. Jednotlivé rozhovory byly uskutečněny zcela individuálně na předem domluveném místě. Místo setkání bylo zcela na probandech. Nejčastěji volili možnost domácího prostředí nebo kavárny v místě svého bydliště. Vzhledem k tomu, že se jednalo o velmi citlivé téma, bylo nezbytné vytvořit klidnou a důvěrnou atmosféru.

Probandi byli oslovováni v průběhu celého roku 2018, ale samotné rozhovory proběhly v měsících prosinec 2018 – únor 2019. Délka jednoho rozhovoru s muži, kteří měli osobní zkušenost s perinatální ztrátou, se pohybovala okolo 45 – 60 minut.

### **5.2.1 Schéma polostrukturovaného rozhovoru**

V úvodu rozhovoru jsem probandy obeznámila s cílem a souvislostmi výzkumu, byli seznámeni se způsobem další práce a zacházením se sesbíranými daty, kdy jsem kladla důraz na naprostou dobrovolnost odpovědí. Každý účastník dostal k podpisu písemný informovaný souhlas s účastí na výzkumu a souhlas se zpracováním dat se zachováním anonymity. Tímto úvodem jsem se snažila navodit příjemnou atmosféru, snížit případnou tenzi probandů a ujistit probandy o tom, že mají možnost klást kdykoliv doplňující otázky k výzkumu, případně kdykoliv rozhovor přerušit a z výzkumu odstoupit.

Posléze jsem probandy poprosila o zodpovězení demografických a faktografických otázek týkajících se věku, místa bydliště, vzdělání, aktuálního rodinného stavu a rodinné situace (počet dalších dětí, pořadí zemřelého dítěte mezi sourozenci). Poté jsem plynule přešla na otázky ze svého polostrukturovaného rozhovoru, které se zaměřovaly na zvolené téma mé práce. Zvolila jsem si schéma jednotlivých okruhů (průběh těhotenství, sdělení diagnózy, porod atd.), o kterých jsem probandy nechala spontánně hovořit, a v případě potřeby jsem pokládala doplňující otázky. Pro tuto podobu rozhovoru jsem se rozhodla na základě pilotního rozhovoru, ve kterém se jevílo jako vhodné dát prostor probandovi

k vlastnímu převyprávění svých zkušeností a až poté dávat doplňující otázky. Do odpovědi jsem zasahovala co nejméně, nejčastěji však v případě, kdy si proband nebyl zcela jistý formulací mé otázky, žádal upřesnění, nebo v případě, kdy své spontánní vyprávění přerušil a čekal na další otázku. Tento průběh rozhovoru zároveň vytvořil prostor probandům k tomu, aby sami zmínili situace, pocity a témata, která jsou pro ně v souvislosti s perinatální ztrátou nosná, zásadní a subjektivně vnímaná jako významná. Zároveň se tím snížilo riziko ovlivnění či zabarvení mými možnými subjektivními předpoklady.

Nebylo striktně předepsáno pořadí dotazovaných okruhů. Pokud proband odpověděl v některé z otázek na další, která ještě nebyla zmíněna, dále jsem ji již nepokládala. Mou snahou bylo nasytit všechny okruhy dostatečným množstvím dat a klást otázky takovým způsobem, aby proband odpovídal spontánně, upřímně, rozsáhle a co možná nejotevřeněji.

### **5.3 Metody zpracování a analýzy dat**

Rozhovory uskutečněné s muži, kteří mají osobní zkušenost s perinatální ztrátou, mi přinesly cenné informace v podobě výzkumných dat. Tato data byla od probandů zaznamenávána s jejich souhlasem na diktafon, poté převedena do textové formy a uložena do počítače do dokumentu Word. Získané zvukové záznamy byly hned po přepisu zničeny.

Dále byla se získanými daty provedena tzv. redukce prvního řádu, kvůli které došlo ke snížení velkého množství textu, slovní vaty a k vynechání nepodstatných informací, které by mohly narušit plynulost textu. Poté jsem jednotlivé odpovědi probandů přiřadila k jednotlivým otázkám pro lepší přehled a usnadnění další práce.

Barvení textu jsem zvolila jako techniku pro kódování získaných dat. Každé výzkumné otázce jsem přidělila určitou barvu, kterou jsem označovala jednotlivé termíny a ty poté seskupovala do společných trsů. Metodou utváření trsů seskupujeme a následně konceptualizujeme výroky do skupin, což slouží k tomu, aby vznikaly obecnější kategorie, které je možné řadit do skupiny podle určitých opakujících se znaků (Miovský, 2006). Tímto postupem vznikly kategorie, které náležejí určité výzkumné otázce, na jejichž deskripci a interpretaci jsem se poté zaměřila. Nesoustředila jsem pozornost pouze na společné znaky, ale také na originální a individuální odpovědi, které jsou pro kvalitativní výzkum také velmi významné.

## 5.4 Etické problémy a způsob jejich řešení

Již na začátku psaní této práce jsem si byla vědoma faktu, že zvolené téma práce se týká velice citlivé problematiky, a proto jsem se snažila probandům vytvořit takové podmínky, které by nezpůsobily jakoukoliv újmu a zajišťovaly jim především bezpečí. Důraz jsem primárně kladla na:

1. anonymitu probandů, kterou jsem zajistila změnou identifikačních údajů v prepisech rozhovorů, přidělením náhodného jména a smazáním zvukových nahrávek. Zároveň z důvodu zachování anonymity a zamezení identifikace probandů neuvádím v této práci celý doslovný přepis žádného uskutečněného rozhovoru;
2. mlčenlivost ve vztahu k osobním údajům probandů;
3. psychický komfort probandů, který jsem se snažila zajistit příjemnou atmosférou, možností volby místa setkání, ujištěním o možnosti kdykoliv z výzkumu odstoupit.

V rámci prvního kontaktu s probandy, ať už byl osobní, telefonický nebo elektronický, jsem se snažila popsat cíle výzkumu diplomové práce a odpovědět na jejich případné otázky. Informovala jsem probandy o předpokládané délce rozhovoru a nutnosti celý rozhovor nahrát na diktafon. Při následném osobním setkání mi probandi podepsali informovaný souhlas a byla jim nabídnuta možnost zaslání hotové práce či výsledků výzkumu.

## 5.5 Charakteristika výzkumného souboru

Kritériem pro výběr účastníků do výzkumu bylo mužské pohlaví a osobní zkušenost s perinatální ztrátou. O účast na svém výzkumu jsem požádala celkem dvanáct mužů, ale rozhovor proběhl nakonec jen s deseti z nich. Dva z oslovených mužů se výzkumu nezúčastnili z důvodu pracovní vytíženosti a neschopnosti nalézt vyhovující termín setkání. Muži s poskytnutím rozhovoru dobrovolně souhlasili. Při jejich výběru jsem se rozhodla pro nepravděpodobnostní metody výběru výzkumného vzorku: probandi byli vybráni metodou záměrného výběru a metodou sněhové koule. Na začátku byla zvolena metoda záměrného výběru, který je využíván k vyhledávání účastníků podle stanovených kritérií, která musí splňovat. Jeho podvariantou je prostý záměrný (účelový) výběr, ve kterém je potřeba, aby účastník výzkumu splňoval předem daná kritéria a zároveň souhlasil s účastí na výzkumu (Miovský, 2006). Probandy jsem aktivně vyhledávala na sociálních sítích, v diskuzních fórech prostřednictvím jejich partnerek a ve svém okolí. Touto cestou jsem získala šest probandů. V rámci metody sněhové koule, která patří v oblasti kvalitativního výzkumu

k jedné z nejvíce používaných, jsem získala další čtyři probandy. Miovský (2006) popisuje metodu sněhové koule jako kombinaci účelového výběru s prostým výběrem náhodným. Základním krokem je nultá fáze, která zahrnuje získání kontaktu s první osobou a na kterou navazuje výběr dalších kandidátů, kteří jsou první osobou nominováni. První kontakt s nově vybranými probandy proběhl převážně elektronickou formou a následně probíhala domluva na osobním setkání.

V tabulce č. 1 jsou přehledně sepsány charakteristiky jednotlivých probandů, kterým bylo náhodně změněno jméno.

**Tabulka 1:** Charakteristika účastníků výzkumu

	věk v době události	vzdělání	rodinný stav	stáří události (v letech)	gestační věk dítěte (v měsících)	příčina smrti dítěte	Pořadí zemřelého dítěte mezi sourozenci	Plánované/neplánované těhotenství
<b>Roman</b>	25	SŠ	ženatý	29	7	příčina neznámá	1	neplánované
<b>Jan</b>	21	SOU	ženatý	25	7	odtržená placenta	1	neplánované
<b>Petr</b>	37	VŠ	ženatý	8	8	příčina neznámá	2	plánované
<b>Jakub</b>	32	SOU	svobodný	3	8	příčina neznámá	1	plánované
<b>Simon</b>	24	SŠ	svobodný	4	8	srdeční selhání	2	plánované
<b>Ondřej</b>	33	SŠ	svobodný	2	8	srdeční vada	2	plánované
<b>Martin</b>	39	SŠ	ženatý	6	9	vývojová vada	1	neplánované
<b>Adam</b>	29	SŠ	ženatý	25	7	srdeční vada	2	neplánované
<b>Dominik</b>	43	SŠ	ženatý	9	8	příčina neznámá	6	plánované
<b>Lukáš</b>	33	VŠ	ženatý	6	7	trombóza pupečníku	1	neplánované

## 6 VÝSLEDKY

V této kapitole budou sepsány výsledky a jejich následná interpretace na základě dat, které byly získány od 10 probandů metodou polostrukurovaných rozhovorů. Kapitola je členěna tak, aby bylo možné odpovědět na dvě stanovené výzkumné otázky, které jsou zmíněny výše.

Při interpretaci dat byly použity doslovné výroky probandů ze zaznamenaných výpovědí, v textu jsou označeny kurzívou. Ve všech případech nejsou uváděny výpovědi všech probandů, protože se jejich odpovědi obsahově shodovaly.

### 6.1 Jaké jsou pocity a zkušenosti mužů po porodu mrtvého dítěte?

První výzkumná otázka je zaměřená na pocity a zkušenosti mužů po porodu mrtvého dítěte. Z rozhovorů vplynuly významové kategorie, které vychází ze zkušeností všech probandů. Mezi kategorie patří: těhotenství, sdělení diagnózy, porod, rozloučení se s dítětem, období po porodu a dopad na partnerský vztah.

#### 6.1.1 Těhotenství

Období těhotenství partnerek probandů mě zajímalo z hlediska jeho průběhu a doby zjištění, že dítě není v pořádku. Zajímalo mě nejen, jak těhotenství své partnerky prožívali, ale také zda sdíleli s partnerkou případné obavy.

Většina z oslovených probandů vnímala těhotenství svých partnerek jako bezproblémové a bez komplikací. O dítě ani o partnerku nepociťovali strach, protože nevnímali důvod k obavám.

Jakub: *„Řekl bych, že naprosto bez problémů, jen ke konci měla přítelkyně falešné kontrakce čím dál častěji a jí tvrdlo břicho, ale špatně jí třeba vůbec nebylo. Těhotenství jsme si užívali, nezvracela, nenatékaly jí nohy, všechno bylo v pohodě.“*

Ondřej: *„Řekl bych, že bezproblémové, sem tam ji bolelo břicho a zvracela.“*

Jen jeden z probandů uvedl bezproblémové těhotenství doprovázené strachem o dítě a to z důvodu předešlých několika potratů partnerky.

Dominik: *„Zdravotně bylo všechno v pořádku, manželka byla hlídána, protože měla za sebou předtím už několik potratů, tak na ni dávali pozor a sami jsme při jakékoliv nejistotě nebo při čemkoliv podezřelém šli na kontrolu. Už jsme měli strach, byli jsme rádi za jakýkoliv den, který malá přežila.“*

Dva z probandů uvedli podezření na Downův syndrom, které prožívali jako období nejistoty, ale po vyloučení podezření jejich obavy opět ustaly.



Petr: „*Celé těhotenství bylo ženě špatně, tvrdlo jí břicho a měla velké migrény. Na genetickém vyšetření nám zjistili velké riziko Downova syndromu, které se ale potom vyvrátil, a tehdy se mi strašně ulevilo.*“

Simon: „*Na nějakých testech zjistili podezření, že by malý mohl mít Downův syndrom, tak to si pamatuju, že jsme museli podstoupit i nějaké speciální vyšetření v nemocnici, kde nám ale tohle riziko vyloučili a řekli nám, že to bude zdravý kluk. To čekání na výsledky bylo hrozné, ale výsledky dopadly dobře, tak jsme byli rádi. Jinak žádné jiné komplikace nebyly, aspoň co si pamatuju.*“

Další z probandů uvedli přítomnost zdravotních komplikací, které doprovázely jejich partnerky napříč celým těhotenstvím.

Roman: „*Komplikace byly už od začátku, manželka byla pořád na hromadě, pořád u doktorů, nebylo to bez problémů už od začátku, ale konkrétně jaké problémy měla, si už nepamatuji.*“

Jan: „*Problémy byly už od začátku. Zjistilo se, že plod není otočený tak, jak by měl, placenta nebyla taková, jaká by měla být. Manželce bylo celé těhotenství špatně od žaludku, byla citlivá na pachy, vůně. Hodně se trápila.*“

Jeden z probandů popsal pocity zlosti. Jeho dítěti diagnostikovali vývojovou vadu neslučitelnou s přežitím a museli se s manželkou rozhodnout, zda budou v těhotenství pokračovat do spontánního porodu, nebo zda těhotenství bude ukončeno. Jeho manželka se rozhodla pro spontánní porod, s čímž proband nesouhlasil.

Martin: „*Vybavuju si, že jsem byl až našťvaný, že to protahuje, bylo to pro mě čekání na tragédii, o které jsem věděl, že přijde, a nebyl to příjemný pocit.*“

Strach a obavy o dítě nebo partnerku se neobjevily ani v případě krvácení, kontrakcí nebo ustání pohybů dítěte. Ani u jednoho z probandů tyto skutečnosti nevedly k myšlence na úmrtí dítěte. Krvácení a kontrakce většina probandů přisuzovala přicházejícímu dřívějšímu porodu.

Ondřej: „*Přítelkyně za mnou přišla, že si myslí, že přestala v břichu cítit pohyb. Tak jsme to ještě nějakou dobu pozorovali, a když jsme je pořád necítili, tak jsme jeli do nemocnice. Vůbec mě ale nenapadlo, že by malá mohla být mrtvá.*“

Jan: „*Manželka začala doma krváčet, začalo ji bolet břicho a měla kontrakce. Mysleli jsme si, že rodí dřív, ne že miminko umírá, to nás vůbec nenapadlo.*“

Většina probandů prožívala průběh těhotenství své partnerky bez zjevných úzkostí a nejistoty. Případné zvracení, ojedinělé bolesti břicha, bolesti hlavy a otoky v nich nevyvolávaly obavy o dítě ani o partnerku, protože je vnímali jako součást běžného průběhu těhotenství. O své dítě ani partnerku nepociťovali do poslední chvíle strach. Případné komplikace přisuzovali běžným projevům těhotenství, nebo dřívějšímu porodu a ze strany

zdravotnického personálu očekávali ujištění o tom, že je vše v pořádku. Zpráva o smrti dítěte byla tedy ve všech případech naprosto neočekávaná a nepředvídatelná, a to i v případech, kdy šlo o opakovanou ztrátu dítěte po prodělaných potratech partnerky.

### 6.1.2 Sdělení diagnózy

Nepříznivá zpráva o smrti dítěte je ve většině případů u probandů doprovázena šokem, zmatením, popřením, strachem o partnerku a žádostí o císařských řez.

Jakub: „*Já si myslel, že špatně slyším, že se určitě spletla, že to není možné, vždyť ještě ráno kopal jako blázen, že jsme si s ním přes břicho povídali. Bylo to hrozné. Já myslel, že už rodíme, a najednou rodíme, ale mrtvé mimino.*“

Lukáš: „*Já jsem byl jako opařený, člověk je v takovém šoku, že se to ani popsat nedá. Doktor se sestrou mi řekli, co se stalo a co bude dál a jak to bude probíhat, ale já jsem dokázal myslet jen na to, ať to manželka zvládne, ať je hlavně ona v pořádku, chtěl jsem ji ochránit. Pamatuju si, že jsem se s doktorem bavil o možnosti císařského řezu, aby to manželka mohla aspoň zaspat a nemusela si projít celým bolestivým porodem.*“

Petr: „*Úplně první byl strach o ženu a až za chvíli mi to začalo docházet. Na prvním místě ale pro mě v tu chvíli bylo postarat se o ženu.*“

Jeden z probandů uvedl pocit ztráty naděje, což je vzhledem k anamnéze jeho partnerky očekávaná reakce. Manželka před ztrátou prodělala pět spontánních potratů.

Dominik: „*Bylo to hrozné, jak jsem říkal, tentokrát jsme tomu fakt věřili a dávali tomu největší šanci, že tentokrát se to opravdu povede, a těsně před koncem to skončilo. S manželkou si teď říkáme, že nám to nebylo souzeno mít děti, že máme být prostě spolu sami, ale samozřejmě líto je nám to pořad.*“

Probandi ve svých výpovědích uváděli, že nečekané zprávě nemohli uvěřit, a často hovořili o tom, že sice vnímali, co jim lékařský personál oznámil, ale skutečnost jim začala docházet později. Více než polovina mužů uváděla jako reakci na oznámení o úmrtí dítěte, mimo již zmíněné, také pláč, který sdíleli společně se svou partnerkou.

Sdělením diagnózy dítěte péče o rodiče ze strany personálu nemocnice začíná. U probandů mě zajímalo, jakým způsobem s nimi zdravotnický personál komunikoval a jak toto sdělení diagnózy probíhalo. Probandi uváděli situace, že zpráva byla primárně sdělena jejich partnerkám o samotě a až poté jim, což vnímali jako nešetrné nejen vůči sobě, ale také vůči partnerce. Pociťovali se přehlížení a uvítali by sdělení takovéto zprávy zároveň s partnerkou a v soukromí.

Roman: „*Se mnou se nikdy nikdo nebavil, všechno doktorka řešila a probírala s manželkou.*“

Jan: „Manželku vyšetřovala sestřička o samotě, vyšla na chodbu a řekla mi, že nemůže miminku natočit srdeční ozvy, ale že zavolá pro jistotu doktora. Já jsem tam stál a čekal, než přijde doktor. K manželce jsem nemohl a zpětně si říkám, že mě mohli vzít aspoň někam bokem a ne mi to říkat na chodbě.“

Je důležité zmínit, že tyto zkušenosti mají hlavně probandi, kteří perinatální ztrátu zažili před několika lety, kdy nebylo běžné, aby muži byli přítomni při vyšetření manželky. Z výpovědí je zřejmé, že se přístup a postup zdravotnického zařízení v těchto situacích změnil.

Martin: „Doktorka odpovídala trpělivě na všechno, co jsme potřebovali a chtěli vědět. Měla na nás dostatek času, řekla nám všechna pro a proti. Doporučila nám psycholožku, která to s námi může probrat a doprovázet nás celou dobu.“

Lukáš: „Šlo poznat, že to není ani doktorovi, a ani sestřičce příjemné. Doktor to bral s takovým profesionálním odstupem, ale vyjádřil lítost. Sestřička byla velmi ochotná, sdílná a pečlivá.“

Z výpovědí je zřejmé, že tyto situace nejsou příjemné ani ošetřujícímu personálu, který musí rodiče v takové situaci doprovázet. Probandi také popisovali uspěchanost sdělení a následných kroků, což vnímali jako negativní a nepříjemné.

Ondřej: „Bylo to všechno strašně rychlé. Přijeli jsme tam, řekli nám, že je malá mrtvá, a už se vyvolával porod. Neměli jsme ani chvíli na to, abychom to nějak strávili. Potřebovali jsme vydechnout, ale na to nebyl čas, ocenil bych nějaký čas o samotě s přítelkyní.“

Adam: „Chtěl jsem hned vidět manželku potom, co mi to řekli, ale ona už byla na porodním sále, kde jí vyvolávali porod. Bylo to nějak moc informací a kroků najednou.“

### 6.1.3 Porod

U samotného porodu byla přítomna většina probandů. Čtyři probandi se porodu nezúčastnili. U tří z nich nepřítomnost byla způsobena běžným postupem lékařské péče té doby. Jeden z probandů svého rozhodnutí o nepřítomnosti u porodu lituje. Další z probandů naopak lituje své přítomnosti u porodu, zároveň však přiznává, že zásadní bylo pro něj přání partnerky.

Simon: „Přítelkyně mě tam potřebovala a já jsem to tak taky chtěl. Chtěl jsem být u narození našeho syna.“

Roman: „Nikdo se mě neptal, jestli tam chci, nebo nechci být, v té době to ani nebylo možné.“

Adam: „Neměl jsem sílu u toho být. Chtěl jsem tam sice být s manželkou, ale nezvládl jsem to, zpětně bych to rozhodnutí změnil.“

Ondřej: *„Pořád si stojím za tím, že bych tam radši nebyl, ale pro přítelkyni bych to udělal znovu. Nechtěl jsem tam být, protože jsem si nechtěl k holčičce vytvořit citové pouto nebo spíš jsem si ji chtěl co nejméně připustit k tělu.“*

Porod mrtvého dítěte je muži vnímám jako emocionálně zatěžující. Reakce, které probandi nejčastěji uváděli, byly strach, smutek, lítost, úzkost, pláč. Zároveň probandi také uváděli smíšené pocity, které během porodu pociťovali.

Petr: *„Bylo to extrémně emotivní, bolestivé, srdcervoucí, náročné, smutné a vyčerpávající.“*

Simon: *„Byla to směs pocitů. Na jednu stranu strach, aby byla přítelkyně v pořádku, na druhou stranu zlost na to, co se stalo a proč se to stalo zrovna nám, když všechno bylo v pořádku, no a potom taky jsem byl samozřejmě smutný, vždyť s tímhle vůbec nepočítáte.“*

Probandi se zmiňovali o pocitu zbytečnosti, který během porodu cítili. Vnímali se nepotřební a neužiteční.

Dominik: *„Pro mě bylo hrozné dívat se na manželku, jak jí to bolí, jak trpí, a nemohl jsem jí nijak pomoci. Já tam jen tak seděl a držel ji za ruku, sem tam jsem ji doprovodil na záchod, nebo jí otíral čelo mokrým ručníkem, ale měl jsem pocit, že jí to stejně nepomáhalo.“*

Z výpovědí vyplynulo, že o přítomnosti u porodu rozhodla zejména potřeba ochrany a péče a strach o partnerku. Zároveň uváděli snahu potlačit své emoce, což vnímali jako zatěžující pro partnerku.

Simon: *„Snažil jsem se ji uklidňovat, podpořit ji, říkal jsem si, že já se potom vybrečím jinde, že teď tady musím být pro ni.“*

Lukáš: *„Snažil jsem se tam být pro moji ženu. Ona mě potřebovala nejvíc. Aspoň jsem to tak vnímal. Vnímal jsem potřebu ochránit svoji ženu, řešit situaci s chladnou hlavou, být schopen racionálně uvažovat.“*

Dva z probandů uvedli také naději, že se jejich dítě nakonec narodí živé. Tuto naději pociťovali do poslední chvíle, dokud se neujistili o jeho úmrtí na vlastní oči.

Jakub: *„Já si stejně pořád myslel, že se narodí prďola zdravý, že se doktorka spletla. Byl to normální porod, přítelkyně tlačila, bolelo ji to, tak jsem čekal, že uslyším, že malý bude brečet, no a nebrečel že.“*

#### **6.1.4 Rozloučení se s dítětem**

V dnešní době je běžnou praxí, že je rodičům nabídnuto rozloučení se s dítětem, zahrnující možnost objetí dítěte, jeho pochování v náručí a pořízení fotografií. U probandů jsem zjišťovala, zda jim tato možnost byla nabídnuta, zda ji využili a jak tuto možnost vnímali.

Pouze třem probandům nebyla možnost rozloučení se s dítětem nabídnuta. Tento rituál nebyl běžnou součástí nabídky péče zdravotnických zařízení té doby. Další probandi tuto nabídku dostali a všichni jí využili. Tuto možnost probandi vnímají jako emocionálně náročnou, ale přínosnou, neopakovatelnou a nenahraditelnou. Probandi také zmiňovali automatické využití této možnosti a nepochopení jiné volby.

Lukáš: „*Ta možnost Elišku chovat v náručí byl jeden z nejemotivnějších momentů v mém životě. Bylo to něco naprosto nenahraditelného a neuchopitelného.*“

Jakub: „*Bylo to náročné, ale aspoň jsme ho viděli a mohli jsme se rozloučit.*“

Martin: „*Ono to bylo nějak automatické, vždyť kdo by nechtěl vidět svoje dítě. Je to něco tak automatického, že by to měl udělat každý. To se ani nedá popsat, ale v jednu chvíli držíte svoji holčičku v náručí a hned vzápětí se s ní definitivně loučíte.*“

Tři z probandů popsali, že si díky možnosti dítě pochovat uvědomili skutečnost jeho narození a také smrti. U probandů bylo úmrtí dítěte potvrzeno, až když své dítě viděli na vlastní oči. Do té doby byla pocíťována naděje v omyl špatné diagnózy (viz 6.1.3).

Lukáš: „*Člověk si tím tak nějak potvrdí skutečnost života i smrti. Mně to potvrdilo to, že se Eliška narodila, i když mrtvá, ale narodila, ale zároveň jsem se přesvědčil, že je mrtvá, jako bych to potřeboval vidět na vlastní oči, abych tomu uvěřil.*“

Simon: „*Bylo to hezké, i když strašně smutné a emotivní, tak jsme si tím vlastně tak nějak potvrdili, že se narodil, že tady byl.*“

Dále mě u probandů zajímalo, zda mají na své dítě uchovanou nějakou hmatatelnou vzpomínku a pokud ne, zda této skutečnosti litují. Většina probandů si uchovala vzpomínky ve formě fotografií, otisku nožiček, ručiček, pramenu vlasů, čepičky a ultrazvuků z období těhotenství. Probandi, kteří hmatatelnou vzpomínku nemají, této skutečnosti litují.

Simon: „*Jsem neskutečně šťastný, že jsem si Davidka mohl pochovat, pohladit, že s ním mám společné fotky, vzpomínku, dokonce máme schovaný jeho pramen vlasů, čepičku, kterou měl po porodu.*“

Dominik: „*Nemáme, doteď nás to mrzí, že jsme si aspoň nějakou fotku neudělali, ale na to jsme vůbec v té chvíli nemysleli a potom už bylo pozdě.*“

### 6.1.5 Období po porodu

Rodiče po porodu dítěte odcházeli domů, a to nejčastěji v co možná nejbližším termínu to bylo možné. Pokud bylo umožněno zůstat v porodnici s partnerkou, probandi tuto možnost využili a snažili se získat pro partnerku nadstandardní pokoj.

Lukáš: „*Jeli jsme hned další den domů, žena v nemocnici nechtěla zůstat, všude tam byly maminky s prckama. Ona ten pohled a dětský pláč nesnesla a já jsem ji chápal, tak jsem ji v tom rozhodnutí podpořil.*“

Ondřej: „*Byli jsme spolu sami celou dobu na pokoji, na nadstandardu, a zůstali jsme tam jen na nezbytně dlouho dobu, zbytečně jsme to neprotahovali, ale nechali jsme si poradit od doktorů, ale chtěli jsme co nejdřív domů. Zůstal jsem s přítelkyní celou dobu.*“

Odchod z porodnice hodnotili smíšenými pocity. Probandi uváděli pocity strachu, nervozity, pokračujícího smutku a prázdnoty. Na jedné straně byli rádi, že mají partnerku zpět doma, na straně druhé se opět utvrdili v tom, že jejich dítě je mrtvé a domů si ho nepřivezou.

Jakub: „*Doma to bylo prázdné, hlavně když přítelkyně byla ještě v nemocnici, už jsem chtěl, aby byla doma.*“

Jan: „*Těšil jsem se na prcka, člověk plánuje, těší se a o to je to potom těžší, že domů přijдете bez něj. Několikrát jsem si i pobřečel, někdy sám, někdy s manželkou. Cítil jsem, že nám někdo chybí, i když s námi fyzicky vlastně předtím nebyl, ale stejně mi doma něco chybělo.*“

Probandi se také opakovaně zmínili, že péči o partnerku vnímali jako nápomocnou a podporující s ohledem na jejich truchlení. Tuto skutečnost vnímali jako pozitivní prostředek k odvedení myšlenek od úmrtí dítěte.

Lukáš: „*Paradoxně to, že jsem se o ni staral, mně pomáhalo zaměstnávat hlavu. Jako by nebyl čas smutnit, samozřejmě bylo mi smutno, byl jsem i naštvaný, že je to nespravedlivé a že jsme si to nezasloužili, ale musel jsem tam být pro ni.*“

Dále mě zajímalo, co se dělo s výbavičkou pro dítě, kterou většina rodičů v pokročilém stádiu těhotenství měla připravenou. Většina probandů výbavičku schovala ještě před příjezdem partnerky z nemocnice z důvodu obav a ochrany partnerky. V případě, že se o výbavičku postarali ať už probandi sami, nebo společně s partnerkou, popisují to jako velmi bolestnou povinnost, kterou někteří probandi odložili na pozdější dobu.

Petr: „*Než jsme se s manželkou vrátili z porodnice, tak jsem jel napřed a všechny věci jsem odnesl na půdu, aby to neviděla. Přišlo mi, že by ji to bolelo. Samozřejmě, že mě to taky nebylo vůbec příjemné, ale myslel jsem na to, že je nesmí vidět ona.*“

Simon: „*Ptal jsem se přítelkyně, jestli mám všechny věci odnést pryč, ale ona nechtěla, říkala, že to udělá sama, že se potřebuje rozloučit, že to udělá, až bude vhodná doba, ale ať to všechno nechám tak, jak to tam je. Nakonec jsme ty věci balili společně až po několika měsících.*“

Probandi jako velmi náročné považovali informování rodiny o úmrtí svého dítěte. Tuto úlohu někteří považovali za jeden z nejtěžších úkolů, které se ztrátou dítěte souvisí (viz 6.2.3, 6.2.2).

Petr: „První z nejtěžších věcí byla zavolat rodině a přátelům o tom, co se stalo. Mohli jsme to nechat na později, ale asi bychom to pak nezvládli vůbec. Při každém telefonátu jsme oba hrozně moc brečeli a sbírali sílu na ten další.“

Simon: „Hlavně jsem musel dát vědět těm nejbližším, co se stalo. To bylo asi to nejtěžší. Člověk neví jak začít, co říct a neříct, aniž by se mu nechtělo brečet.“

### 6.1.6 Dopad na partnerský vztah

Ztráta dítěte je popisována jako nejbolestivější zkušenost, kterou mohou rodiče zažít, proto mě u probandů zajímalo, zda vnímají, že tato jejich zkušenost měla dopad na jejich partnerský vztah.

Naprostá většina probandů vnímala dopad na partnerský vztah ve smyslu většího porozumění, zkvalitnění vztahu a větší vzájemné podpory. Muži popisovali pocity sounáležitosti a sblížení. Dva z probandů zároveň popisovali změnu ve vztahu, změnu komunikace a obvyklých vzorců chování.

Jakub: „S přítelkyní jsme teď na sobě více závislí. Držíme více při sobě.“

Jan: „Co se týče mě a vztahu s manželkou, tak si myslím, že nás to posílilo, že jsme o to víc drželi při sobě, že nás to víc spojilo.“

Simon: „Spíš jsme spolu asi začali víc mluvit, probírat to, vzpomínáme spolu, asi možná k sobě máme takový hezcí vztah, takový pevnější.“

Adam: „Zpočátku jsem o tom s manželkou neuměl mluvit, ale postupem času to bylo lepší a pochopil jsem, že pro ni je to důležité a mně to překvapivě nevadilo, jak jsem si původně myslel.“

Jen jeden z oslovených probandů uvedl rozpad vztahu a jako jeden z hlavních důvodů zmínil úmrtí jejich dítěte. Jednalo se zejména o hledání viníka a vzájemné obviňování, které se v průběhu času stupňovalo.

Martin: „S ženou jsem se rozvedl asi tři roky poté a myslím si, že jeden z důvodů rozvodu byla právě smrt Verunky. Prostě jsme to nezvládli. Začali jsme se odcizovat. Začali jsme se hádat, ve většině případů šlo o Verunku, kdo za to může, nemůže, jak jsme tomu mohli zabránit atd. atd. a potom už ty hádky nepřestávaly a časem se nic nezměnilo, tak jsme to ukončili.“

## 6.2 Jak muži hodnotí míru poskytnuté podpory a pomoci po perinatální ztrátě?

Druhou výzkumnou otázkou zjišťuji, jak muži hodnotí míru poskytované podpory a pomoci po perinatální ztrátě. Z rozhovorů vyplynuly významové kategorie, které odpovídají zkušenostem u všech probandů. Mezi kategorie patří: přístup zdravotnického personálu, podpora okolí a oblast profesionální pomoci. V rámci kategorie profesionální pomoci jsem se také zaměřila na aspekty, které probandi subjektivně vnímají jako podporující v procesu truchlení.

### 6.2.1 Přístup zdravotnického personálu

Rodiče jsou zdravotnickým personálem doprovázeni celou dobu pobytu v nemocnici. Zajímalo mě tedy, jak probandi hodnotí přístup nemocničního personálu vzhledem ke své situaci nejen při sdělení diagnózy (viz 6.1.2), ale také během samotného porodu a po něm.

Jen jeden proband má pouze negativní zkušenost s chováním personálu. Je zřejmé, že tento případ byl ve výpovědích probandů ojedinělý. Ve většině případů probandi přístup nemocničního personálu v průběhu porodu hodnotili jako šetrný, citlivý, milý a přívětivý.

Adam: *„Během porodu měli na starost manželku, o mě se nikdo nestaral, což samozřejmě chápu, ale v tu chvíli jsem se cítil strašně sám a opuštěný. Celou dobu jsem jenom čekal na chodbě a nevěděl jsem nic ani o manželce, ani o synovi. Bylo to nekonečné.“*

Ondřej: *„Přístup byl profesionální. Myslím si, že všichni věděli, co mají dělat. Snažili se nás uklidňovat celou dobu a být nám nápomocní.“*

Martin: *„Perfektní, celou dobu se o nás všichni dobře starali, věnovali se nám a byli tam pro nás“.*

Lukáš: *„Ohleduplní, vstřícní, vnímaví a empatičtí.“*

Tři probandi uvedli, že celkový přístup hodnotí kladně, ale setkali se také s nepříjemným přístupem, který byl jen ze strany určitého jednotlivce, nejednalo o obecný přístup personálu.

Jan: *„Setkali jsme se s jednou sestřičkou, která to podle mě neměla v hlavě úplně v pořádku, chovala se opravdu otrěsně. Já jsem ji teda osobně nepotkal, ale manželka říkala, že ji měla na starost během porodu a ta sestřička po ní křičela a říkala jí, že si za to stejně může sama, je to vaše vina, jste úplně blbá a podobné řeči, které si manželka doteď pamatuje a nerada na to vzpomíná.“*

Dále mě zajímalo, jak muži hodnotí míru poskytování informací ze strany ošetřujícího personálu. Většina probandu ji hodnotila kladně a jako vyčerpávající. Probandi také uváděli ochotu personálu opakovaně informace vysvětlovat a ochotně odpovídat na případné dodatečné dotazy.



Petr: „Nemohli jsme si na nic stěžovat, všichni nám všechno vysvětlili, řekli, co bude a nebude, jak to bude probíhat, v tomhle nebyl žádný problém.“

Simon: „Během porodu jsme věděli všechno, a když jsme něco přeslechli, tak nám to bylo trpělivě vysvětleno podruhé, někdy i potřetí.“

Dominik: „Co jsme potřebovali vědět, jsme se dozvěděli, a co ne, a chtěli jsme vědět, tak jsme se zeptali a dostali jsme odpověď.“

Jen jeden proband vnímal informování jako nedostatečné, což ale bylo způsobeno opět tím, že dříve nebylo běžné, aby muži byli přítomni při vyšetřeních žen, takže informace jim tlumočili až posléze, nebo jim je sdělila samotná partnerka.

Roman: „Mně nikdy nikdo neřekl, pokud jsem vysloveně u toho vyšetření nebyl, všechno mi potom tlumočila manželka.“

### 6.2.2 Podpora okolí

Zajímalo mě, jak probandi vnímali kontakt se svým okolím po ztrátě, zda bylo něco, co jim bylo nepříjemné, co jim vadilo, jak vnímali podporu rodiny a nejbližších přátel. Všichni probandi se shodovali v projevech lítosti nejbližší rodiny a nabídky pomoci v domácnosti s praktickými věcmi.

Jan: „Od rodiny přišla velká opora, všichni nám pomáhali, teda hlavně manželce, já chodil do práce, musel jsem vydělávat, ale vím, že jí její mamka chodila vařit a pomáhala s úklidem, chodila si s ní povídat, ale rodina se opravdu starala, jestli máme všechno, nebo něco potřebujeme. Ti nejbližší byli velká opora.“

Z výpovědí vyplynulo, že okolí rodičů si nebylo jisté vhodným přístupem, který k nim zvolit. Probandi zmiňovali pocíťované rozpaky okolí, ať už z důvodu osobního setkání, vhodné pomoci nebo nejistoty, zda o události chtějí mluvit, nebo nikoliv.

Lukáš: „Lidi kolem nás moc nevěděli, jak se k nám mají chovat, našlapovali kolem nás jako myšky. Nedívám se, taky bych nevěděl, nesetkal jsem se s tím nikdy předtím. Bylo to nové nejen pro nás, ale také pro ně.“

U probandů byla zřejmá také potřeba dočasné izolace od okolí. Probandi se kontaktu nevyhýbali, ale zároveň ho aktivně nevyhledávali. Jako postačující byl pro ně kontakt s nejbližšími členy rodiny. Probandi vyjadřovali potřebu o proběhlé události nemluvit, což souvisí se zmiňovaným informováním okolí o úmrtí dítěte (viz 6.1.5, 6.2.3). První osobní setkání probandi vnímali jako nepříjemné.

Ondřej: „Nesnažil jsem se vyhýbat ostatním lidem, ale nějakou dobu jsem kontakt lidí nevyhledával. Trávili jsme čas spolu jako rodina.“

Adam: „Pamatuji si, že jsem byl raději, když o tom se mnou lidé nemluví, nechtěl jsem nikomu nic vysvětlovat nebo se svěřovat, potřeboval jsem čas se s tím vyrovnat.“

Dominik: „Bylo to náročné říkat, když se to k někomu třeba nedostalo. To je věc, o které se nebavíte s každým, a i když je to seblibší člověk, tak je to těžké a náročné.“

Simon: „No, asi jen když se mě někdo zeptal, jestli jsme už porodili, to bylo hlavně na začátku, v těch prvních měsících, nechtělo se mi to každému vysvětlovat, ale něco jsem říct musel, ale postupem času člověk říká ty stejné věty nějak automaticky a už nad tím radši nepřemýšlí.“

Probandi popisovali věty útěchy ze svého okolí, které vnímali jako zraňující a nepříjemné. Další z probandů uvedli jako nepříjemnou přítomnost jiných dětí. Další výpovědi spíše odpovídaly pocitům lhostejnosti vůči okolí ve smyslu, že probandům na reakci okolí tolik nezáleželo. Vnímali ztrátu dítěte jako soukromou záležitost, kterou jejich okolí nemůže pochopit ani změnit.

Lukáš: „Nesnášel jsem věty typu „však budete mít další“, „jste mladí, tohle není poslední dítě“, to jsou věty, které vám vůbec nepomůžou, naopak vás to srazí, protože vy v té chvíli nechcete další dítě, jiné dítě, chcete to vaše, to které umřelo.“

Jakub: „Tak vadilo mi, když jsem viděl malé mimina v kočárku, ještě když to byli kluci, tak to jsem si vždycky na prd'olku vzpomněl a bylo mi to líto.“

Dominik: „Projevili lítost, pochopení, ale stejně jsme si to museli vyřešit sami. Podporu jsem nejspíš cítil, ale pomoci se nijak nedalo. Vrátit ani změnit to stejně nešlo.“

Také jsem zjišťovala, koho probandi v této situaci považovali za největší oporu. V naprosté většině probandi zmiňovali své partnerky, rodinu a děti. Jeden z probandů nacházel největší oporu sám v sobě a v psycholožce, ke které docházel.

Lukáš: „Jednoznačně moje žena, i když sama potřebovala pomoc, tak aniž by dělala něco speciálního, tak ona byla největší oporou. Byli jsme na to dva.“

Simon: „Určitě rodiče a nejvíc mě držela dcera Tereška, s ní člověk přišel na jiné myšlenky.“

Martin: „Myslím si, že já sám a potom určitě psycholožka. Samozřejmě že bývalá žena v tom byla se mnou, ale ta měla dost starostí, aby to zvládla sama se sebou, natož aby byla oporou mně.“

Na otázku, zda probandi vyhledali pomocné a podpůrné organizace zabývající se problematikou úmrtí dítěte, jsem dostala odpověď, že naprostá většina tuto možnost nevyužila a nevnímá ji jako pomocnou. Pokud proběhl kontakt s rodiči se stejnou zkušeností, iniciativa byla na straně jejich partnerek. Ani jeden z probandů takový kontakt sám nevyhledával.

Ondřej: „*Takové organizace jsem nevyhledával a ani si nemyslím, že by mi to nějak pomáhalo, spíš by mě to vracelo pořád zpátky.*“

Lukáš: „*Manželka vyhledala skupinu rodičů se stejnou zkušeností, ale spíš jsme byli v kontaktu přes internet, než že bychom někam docházeli.*“

### 6.2.3 Profesionální pomoc

U probandů jsem zkoumala, zda v období perinatální ztráty vyhledali jakoukoliv odbornou pomoc. A pokud ano, tak jsem zjišťovala, zda ji vnímají jako přínos. Pokud odbornou pomoc nevyhledali, zajímalo mě, zda by zpětně své rozhodnutí změnili. Tři z probandů odbornou pomoc vyhledali a zároveň ji vnímají jako přínosnou. Jeden z probandů by takovou možnost uvítal a sám by ji využil, kdyby měl příležitost.

Ondřej: „*Doposud bych nevěřil, že bych tuto možnost někdy využil, ale bylo mi to doporučeno, a tak nějak jsem cítil, že to potřebuju. Beru to jako přínos. Myslím si, že mi to hodně pomohlo a bez té pomoci bych se z toho dostával daleko obtížněji. Šel bych tam určitě znova a po zkušenosti konkrétně s panem doktorem bych ho vyhledal asi i daleko dřív.*“

Lukáš: „*Časem jsem zjistil, že mi opravdu pomáhá se o tom s někým bavit, ale kamarádům nemůžete říct všechno a manželce jsem se taky s určitými věcmi nemohl svěřit, abych jí tím neublížoval, tak jsem psychologa vyhledal.*“

Jan: „*V té době nic takového nebylo, ale uvítal bych ji i já i manželka, zpětně závidím všem, kteří teď tu možnost dnes mají, myslím, že v takové chvíli by ji uvítal každý.*“

Většina probandů však psychologickou pomoc nevyhledala a ani by zpětně své rozhodnutí nezměnila. Probandi zmiňují potřebu se se situací vyrovnat sami a také nedůvěru v přínos odborné pomoci v jejich osobním případě. Jako nejčastější důvod zmiňují neschopnost svěřovat se s pocity jiným lidem a také důvěru ve vlastní schopnosti se s touto životní situací vyrovnat bez pomoci. V případě, kdy probandi odbornou pomoc vyhledali, tak z důvodu starostí o zvládnání ztráty svou partnerkou.

Roman: „*V té době žádná taková možnost nebyla, já bych ji ani nevyužil, i kdyby byla. Já vím, že já jsem se s tím potřeboval vyrovnat sám, a myslím si, že by mi to stejně k ničemu nebylo.*“

Adam: „*Nebyl jsem v takovém špatném stavu, abych takovou odbornou pomoc musel vyhledat. Neumím se svěřovat s tak osobními problémy cizím lidem.*“

Petr: „*Já jsem nad sebou vlastně moc ani nepřemýšlel. Jasně, cítil jsem se ublíženě, smutně, zlomeně, ale víc než sebe jsem řešil ženu, aby to zvládla, aby se z toho dostala, aby to nějak ustála. To byla moje priorita. Já jsem věděl, že když to zvládne ona, tak potom já taky.*“

Zjišťovala jsem také, ve kterém období by odbornou pomoc nejčastěji využili a jaké by bylo jejich očekávání. Mezi nejčastější očekávání ze strany psychologické pomoci

probandi zmiňovali rady jak se chovat a jak pomoci partnerce. Někteří probandi také zmínili, že kdyby byli partnerkou požádáni o společnou návštěvu psychologa, tak by souhlasili.

Simon: „*Ptal jsem se psychologu, jak mám pomoci přítelkyni, aby to zvládla. Jestli je něco, co jí to usnadní, co můžu udělat, abychom to co nejlíp ustáli.*“

Jan: „*Chtěl bych vědět, jak mám mluvit s manželkou, jak se k ní mám chovat, aby to pro ni bylo co nejméně bolestivé, jak pomoci hlavně jí.*“

Roman: *Vím, že kdyby si manželka přála, abychom tam šli oba, tak tam s ní jdu.*“

Za nejvíce psychicky náročný okamžik probandi označovali kromě samotné skutečnosti smrti dítěte také sdělení diagnózy lékařem, poslední rozloučení s dítětem, oznamování události rodině a příjezd domů.

Dominik: „*Pro mě bylo nejhorší to, jak nám řekli, že je malá mrtvá. Cítil jsem naprostou bezmoc, šok a v první chvíli jsem tomu nechtěl uvěřit. Říkal jsem si, že se doktorka musela určitě splést.*“

Simon: „*Nejtěžší bylo se s Davidkou rozloučit, dát ho do rukou sestřičky a koukat se, jak ho odnáší, na to snad nikdy nezapomenu. Samozřejmě všechno kolem toho je těžké. Ale vědět, že tohle je poslední okamžik, kdy ho vidím naposledy, to bylo nejtěžší.*“

Petr: „*To nejhorší bylo obvolávat rodinu a nejbližší s tou informací, co se stalo.*“

Jan: „*Nejtěžší pro mě bylo to období, kdy jsem přivezl manželku domů. Člověk si to nejdříve uvědomil, co se stalo, řeší, co bude dál, jak to bude dál, jestli může jít dál a za jak dlouho. Takže asi to období po porodu.*“

Zjišťovala jsem, které konkrétní aktivity probandi vnímali jako podporující ve svém procesu truchlení, které jim pomáhali a díky kterým úmrtí svého dítěte lépe zvládali. Mezi nejčastější zmiňované patří samotná partnerka, její přítomnost a péče o ni, manuální aktivity, sportovní aktivity, rodina a práce.

Petr: „*Nejdí mi pomáhalo to, že jsem se staral o mou ženu. Věděl jsem, že mě potřebuje, a to mi pomáhalo. Cítil jsem se potřebný.*“

Ondřej: „*Určitě partnerka, dcera a rodina a sport, při kterém jsem si vždycky trochu vyčistil hlavu a přestal na to celé myslet.*“

Adam: „*Jsem zahrádkář, takže jsem se hodně věnoval zahradě, kde jsem přišel na jiné myšlenky, v práci jsem na to taky nemyslel a čas strávený s první dcerou.*“

## 7 DISKUZE

V této kapitole bych ráda blíže rozvedla hlavní dosažené výsledky a srovnala výsledky svého zkoumání s dalšími výzkumy, které se problematikou perinatální ztráty zabývají. Dále bych zmínila limity této práce, kterých jsem si vědoma, a také bych se zde chtěla zamyslet nad přesahem do praxe, který by tato práce mohla v budoucnu mít.

Objevit výzkum věnující se truchlení otců po perinatální ztrátě bylo podle očekávání obtížné. Pátrala jsem v nejznámějších psychologických databázích, jako jsou PsycARTICLES, PSYINDEX a PsycINFO. Zadávala jsem klíčová slova: perinatal palliative care, perinatal death, perinatal loss, psychosocial intervention, grief, crisis, abortion, stillbirth, hard life experience integration. Tímto průzkumem a prostudováním odborné literatury jsem zjistila, že perinatální ztráta u mužů byla zmiňována spíše jen okrajově. Výzkumníci se doposud zajímali o tuto problematiku primárně z pohledu žen nebo porodních asistentek, což současně nabízí možnost porovnat prožívání této situace z více pohledů.

Z výpovědí mužů bylo zjištěno, že těhotenství ženy nebylo doprovázeno pocity nejistoty, obav a úzkostí. O své partnerky nepociťovali strach do poslední chvíle. Případné komplikace přisuzovali běžným projevům těhotenství nebo začátku porodu. Po příjezdu do zdravotnického zařízení očekávali ujištění o tom, že je vše v pořádku. Zpráva o úmrtí dítěte byla tedy ve všech případech naprosto neočekávaná, a to i v případech, kdy šlo o opakovanou ztrátu dítěte po prodělaných potratech. Toto zjištění koresponduje s poznatky Kubičkové (2001), Ratislavové (2015) a Hájka (2004).

Způsob, jakým je sdělována diagnóza, může ovlivnit celý proces truchlení i to, jak se muži s celou situací vyrovnávají. Personál by měl být připraven na všechny možné reakce a měl by adekvátně reagovat. Reakce na zprávu o úmrtí probíhá zpravidla v několika fázích, které porodní asistentka musí znát, aby mohla porozumět chování pacientky a přiměřeně na ně reagovat, případně je vysvětlit rodinným příslušníkům, a tím ovlivnit jejich spolupráci (Čechová a kol., 2004). Informace, které muži dostávají, by měly být shodné, neměly by zahrnovat spekulace a měly by být zcela srozumitelné. Dosáhnutí tohoto požadavku je redukce počtu osob pověřených k podávání informací (Binder, 2007). Haškovcová (2000) popisuje, že reakce na sdělení o úmrtí dítěte mohou být různé, avšak dominuje šok, směsice lítosti, hněvu, bezmoci a strachu. Prožívání zármutku je vysoce individuální a rovněž jeho projevy jsou mimořádně pestré. Způsob sdělení diagnózy je doprovázen osobitými emocemi, které vyžadují pozornost. Zdravotnický personál by měl mít na paměti, že jejich působení se

setká s úspěchem za předpokladu navázání kontaktu s ženou, jejich zájmu o ni, získání ženy pro spolupráci. Důležité jsou vlastnosti porodní asistentky, mezi které patří hlavně empatie a práce s emocemi (Chrásková, 2009). Tyto teoretické poznatky korespondují s mým výzkumným šetřením.

Muži při neočekávané zprávě o smrti dítěte pocívali šok, zmatek, popření, strach o partnerku, ztrátu naděje a plakali. Někteří z mužů uváděli uspěchanost sdělení, kterou vnímali jako nevyhovující. Jako nevhodná se jeví izolace muže od partnerky při sdělování úmrtí dítěte. Muži by ocenili přítomnost u partnerky, společné a současné sdílení této informace, a to v soukromých prostorech oddělených od jiných pacientů. Muži ocenili poskytnutí prostoru a trpělivosti ze strany zdravotnického personálu, který jim v případě potřeby zopakoval sdělení, které se týkalo příčiny smrti dítěte nebo následných kroků. Jako podstatná se také projevila navozená důvěra, kterou muži u personálu vnímali. Jako doporučení tedy vnímám zajištění klidu, respektu, soukromí a vyhrazení dostatku času ze strany personálu na případné dotazy a navození důvěry ze strany ošetřujících osob.

Porod mrtvého dítěte je muži vnímám jako emocionálně zatěžující a mezi nejčastější uváděné reakce patří strach, smutek, lítost, úzkost, pláč. Nejdominantnějším pocitem se jeví strach, který pocíťují vůči zdraví a psychickému stavu partnerky. Tyto pocity ve většině případů vedly k rozhodnutí o přítomnosti u porodu. Muži zároveň uváděli pocity nejistoty a zbytečnosti v průběhu porodu. Nebyli si jisti úkoly nebo úkony, které se od nich očekávají. Zároveň uváděli potřebu vedení ze strany zdravotníků. Je tedy zřejmé, že by bylo na místě ze strany zdravotníků podpořit muže v rozhodnutí o přítomnosti, nebo nepřítomnosti u porodu, vzhledem k jeho potřebám a přáním, v průběhu porodu je ujišťovat o důležitosti jejich přítomnosti, dbát na poskytování informací o zdravotním stavu partnerky, a podpořit případně projevené emoce. Podávané informace podle potřeby opakovat a aplikovat empatický přístup. Jako přínosné se jeví zadání konkrétního úkonu, který bude v kompetenci muže v průběhu péče o partnerku a který mu pomůže překonat pocit zbytečnosti a nejistoty.

Rituál rozloučení se s dítětem je důležitý zejména pro dlouhodobé vyrovnání se se smrtí dítěte. Porodní asistentka je opět zásadní osobou, která může pomoci rodičům k tomuto kroku. Rodiče, kteří tuto možnost nevyužili, svého rozhodnutí litují a objevuje se u nich potřeba vědět, jak dítě vypadalo, je tedy důležité tento krok podpořit. Společně s tímto rituálem chovat dítě v náručí a vidět ho je také významné vytvoření hmatatelné upomínky na dítě (Davis, 1996; Rastislavová, 2008; Worden 2018). V České republice stále převažuje

přístup rychlého odnesení dítěte. Problém vězí také v tom, že takový přístup k mrtvě rozenému novorozenci se zdá zvláštní, či přímo morbidní i mnoha zdravotníkům (Chrásková, 2009). Pokud se žena rozhodne, že dítě vidět nechce, a rituálu rozloučení nevyužije, je vhodné ji opakovaně vysvětlit význam tohoto rituálu pro dlouhodobé smíření se s úmrtím, ale zároveň ji do ničeho nenutit (Kasparková a Bužgová, 2010).

V rámci mého výzkumu bylo zjištěno, že možnost rozloučení se s dítětem byla mužům ve většině případů nabídnuta a je tedy zřejmé, že se tato nabídka již stala součástí běžné praxe. Toto rozloučení je muži vnímáno jako emočně náročné, avšak přínosné, neopakovatelné a nenahraditelné. Tato možnost některým z mužů byla nápomocná k uvědomení si skutečnosti narození a zároveň také potvrzení smrti dítěte. Součástí tohoto rituálu je také pořízení hmatatelné vzpomínky na dítě ve formě fotografií, otisků nožiček, ručiček, pramenu vlasů nebo čepičky. Za tyto vzpomínky muži pocítují vděčnost a ti, kteří hmatatelnou vzpomínku nemají, ať už z důvodu vlastního rozhodnutí, nebo postupu personálu, této skutečnosti litují. Je tedy vhodné tento rituál včetně vytvoření upomínky na dítě ze strany zdravotnického personálu podporovat a respektovat čas strávený rodiči s dítětem. Jako přínosné se mi jeví zařadit pořízení fotografií těchto dětí do běžné praxe zdravotníků a uchování fotografií v archivu nemocnice, což by mohlo pomoci rodičům, kteří o tyto vzpomínky nestáli, ale v průběhu času změnili své rozhodnutí.

Ženy odcházejí z nemocnice často na vlastní žádost. Otec dítěte se běžně postará o to, aby v domácnosti ženy nenarazily na připravené věci pro dítě, a před příjezdem partnerky věci schovávají. Tento postup však není považován za správný. Pro ženu jsou tyto vzpomínky bolestné, ale potřebuje čas, aby tuto událost mohla zpracovat. Odstranění všech věcí před jejich příjezdem ženy zpětně nehodnotí jako užitečné (Kasparková a Bužgová, 2010).

Mezi pocity, které muži cítili v průběhu odchodu partnerky z nemocnice, patřily zejména strach, nervozita, smutek a prázdnota. Opakovaně zmiňovali strach o partnerku, protože pocítovali za partnerku a péči o ni zodpovědnost. Zároveň však tuto zodpovědnost vnímali jako nápomocnou a podporující vzhledem k jejich truchlení. Jako přínosné se tedy jeví informovat muže o možných situacích, které mohou v domácnosti nastat, a věnovat pozornost také jejich obavám a dotazům. Tyto obavy by nemusely být projeveny před partnerkou, a tak by bylo vhodné věnovat otci čas v soukromí, kde by měl prostor k vyjádření svých pocitů.

Většina mužů se postarala o to, aby se žena vracela od prostředí, které jí dítě nebude připomínat. Připravené věci pro dítě před jejich příjezdem schovali z důvodu obav z reakce partnerky a její ochrany. Pokud se na přesunu věcí sami podíleli, vnímali tuto záležitost jako velmi bolestivou. Ze strany mužů bylo kladně hodnoceno přenechání této povinnosti na nejbližší členy rodiny. V rámci tohoto výzkumu nebylo zjištěno, jaký postup je vnímán muži za správný z hlediska procesu truchlení, což může být námětem dalšího zkoumání.

Za velmi náročný a bolestivý úkol muži považovali informování nejbližší rodiny o úmrtí dítěte. Uvítali by pomoc při tomto nelehkém úkolu. Pro usnadnění tohoto závazku a zbavení otce této nepříjemné povinnosti mě napadá vytvoření několika typů univerzálních dopisů, emailů a zpráv, které mohou muži rozeslat nejbližším členům svého okolí, a tím se vyhnout přímé komunikaci.

Drahotová (2016) popisuje, že díky společnému prožití perinatální ztráty vzniká mezi partnery nerasmíznivé pouto společného prožitku, a i přes rozdílnost sdílených emocí a rozdílnost v prožívání truchlení mezi partnery tento společný prožitek vzájemný vztah upevnil a posílil vzájemnou komunikaci. Tyto teoretické poznatky korespondují s mým výzkumným šetřením. Jen jeden z otců uvedl rozpad vztahu, ale ostatní muži popsali vznik většího porozumění, zkvalitnění vztahu a vznik vzájemné podpory. Dva z mužů také uvedli změnu obvyklých vzorců chování a vzájemné komunikace.

V průběhu pobytu v nemocnici žena velmi citlivě reaguje na každé slovo a také na neverbální komunikaci pečujícího personálu. Jakákoliv formulovaná věta může ženu hluboce zasáhnout a zanechat v ní nepříjemné pocity, což může oddalovat začátek nebo celý proces truchlení (Kasparková a Bužgová, 2010). Postup personálu, který zahrnuje přesvědčování, že pro ženu bude nejlepší na dítě co nejrychleji zapomenout, nechtít dítě vidět a o pohlaví nemluvit, může ženu traumatizovat na zbytek života (Feldmár, 2009).

Z výpovědí mužů bylo zřejmé, že výše zmíněný postup není součástí běžné praxe. Přístup zdravotnického personálu byl hodnocen jako šetrný, citlivý, milý a přívětivý, zároveň však jsou případy, kdy je možné se setkat z mého pohledu se selháním jednotlivců, kteří volí nevhodné chování, neadekvátní a necitlivý přístup. Je tedy důležité opakovaně personálu zdůrazňovat možné následky jejich jednání. Zároveň bylo z výpovědí otců patrné, že pociťují také nejistotu a nezkušenost ze strany personálu, čemuž by mohlo zamezit dostatečné prohlubování znalostí personálu o této problematice.



Rodiče po perinatální ztrátě vyžadují pomoc, podporu a úctu. Té se jim však mnohdy nedostává. Rodiny a nejbližší okolí se s vzniklou situací těžko ztotožňují, protože ve většině případů dítě neviděli a nemají na něj žádné vzpomínky. Okolí může vnímat smrt dítěte jako odchod někoho, kdo tu fyzicky ještě nebyl. Tato fakta způsobují bagatelizaci smrti dítěte ze strany nejbližšího okolí (Dohnalová & Pavlíková, 2011). Okolí mnohdy netuší jak komunikovat s rodiči mrtvorozeného dítěte. Neví, zda mohou mluvit o dítěti a jeho smrti. Často navazují konverzaci nevhodnými formulacemi, které vznikají ze snahy povzbudit rodiče. Ženy očekávají od přátel projev lítosti nad smrtí dítěte. Zraňuje je, když se přátelé tváří, jako by se nic nestalo. (Lebdušková, 2014). Tyto teoretické poznatky se s výsledky mého výzkumu shodují jen částečně.

Byla zřejmá nejistota okolí v přístupu k rodičům a přítomnost nevhodných výroků útěchy, které probandi vnímali jako zraňující a nepříjemné. Muži však se strany své nejbližší rodiny vnímali podporu a ocenili hlavně pomoc v rámci praktických věcí, mezi které patří podílení se na chodu domácnosti. Muži zároveň projevíli potřebu dočasné izolace od okolí a částečnou lhostejnost vůči projevům okolí. Předem neočekávali jejich projevy lítosti ani konkrétní pomoc. Spíše se zaměřovali na vlastní prožívání a prožívání partnerky, kterou vnímali v naprosté většině jako největší psychickou oporu.

Kubíčková (2001) uvádí, že ženy mají v porovnání se svými partnery vyšší potřebu o svém zármutku hovořit. To se shoduje s výsledky mého výzkumu. Muži opakovaně uváděli, že neměli potřebu o své zkušenosti s nikým mluvit. Upřednostňovali vyrovnávání se s touto událostí pomocí vlastních adaptivních a obranných mechanismů a copingových strategií. Muži neměli potřebu vyhledávat svépomocné skupiny a sdílet svou zkušenost s jinými lidmi, a to včetně svého nejbližšího okolí, a ani tuto možnost nevnímali pro své truchlení jako nápomocnou a podpůrnou.

Muži považují za přínosné takové intervence, které jsou zaměřené na řešení problémů (Worden, 2018). Tato informace se shoduje s výsledky mého výzkumu. Z výpovědí mužů bylo zřejmé, že by ocenili praktické rady, které se týkají komunikace a péče o jejich partnerku. O pomoc se zřetelem na vyjádření emocí nestáli a sami psychologickou pomoc nevyhledávali. Jako emočně nejnáročnější okamžiky označovali, kromě samotné smrti dítěte, sdělení diagnózy, rozloučení se s dítětem, oznamování události okolí a příjezd domů. V těchto okamžicích by zpětně dohled psychologické pomoci ocenili. Je zřejmé, že se jedná o subjektivní vnímání, ale tyto okamžiky je dle výpovědí možné označit za rizikové

a psychicky náročné. Mezi nejčastější očekávání ze strany psychologické pomoci muži zmiňovali konkrétní rady jak se chovat a pomoci partnerce, případně jak se nechovat a zabránit tak dalšímu zraňování. Splnění této zakázky vidím v poskytnutí písemných informací rodičům při propuštění z nemocnice, které budou obsahovat vhodné a nevhodné formulace v komunikaci se ženou a zároveň informace o běžných reakcích a reakcích, které vyžadují vyhledání odborné pomoci z důvodu rizika komplikovaného truchlení.

Osobně vidím důvod postoje mužů k využití psychologické pomoci jako projev stálé nedůvěry ve schopnosti psychologů a možných předsudků. O přínosu psychologické péče svědčí výpovědi mužů, kteří tuto možnost využili a vnímají ji jako přínosnou. Jako velmi vhodné se mi jeví doprovázení psychologem celým procesem perinatální ztráty. Jako klíčový vnímám okamžik navázání tohoto vztahu. Lékař by měl psychologa povolat již v průběhu sdělení o smrti dítěte a tím zajistit včasnou intervenci a péči o oba rodiče, která by měla pokračovat v průběhu celého pobytu v nemocnici a následovat také v období po něm. Psycholog by navázal s rodiči vztah již v počátku a mohl usnadnit celý průběh truchlení a předejít mnohým negativním důsledkům této tragédie, nebo je zmírnit. O potřebě psychologické péče v případech perinatální ztráty se zmiňují všechny oslovené porodní asistentky, s kterými jsem se v rámci orientace v problematice setkala.

Ženy označily za významné podporující aspekty zejména sociální oporu v partnerské oblasti a v oblasti blízkého sociálního okolí a jako nápomocné uvedly informační podporu a sdílení se ženami s podobnou zkušeností (Borůvková, 2012). Muži z mého výzkumu mezi významné podporující aspekty uvedli také sociální podporu, ale výhradně v oblasti partnerské, což částečně koresponduje s informací, že muži neprojevují emoce, často se zahrnují pracovními povinnostmi a uzavírají se do sebe, což je jejich způsob zvládnání žalu (Dohnalová & Pavlíková, 2011). Mezi konkrétní aktivity, které muži vnímají jako podporující ve svém procesu truchlení, patří péče o partnerku, manuální a sportovní aktivity, rodina a pracovní povinnosti.

V prostudované literatuře jsem nenalezla výzkum, který by se věnoval porozumění smyslu smrti dítěte a zamyšlení se nad ním ať už z pohledu žen, nebo také z pohledu mužů. Toto uchopení a porozumění smyslu by mohlo být také nápomocné k vyrovnávání se se ztrátou dítěte, což by mohl být také jeden z námětů na další zkoumání mimo již výše zmíněného. Dále mě také napadá prozkoumání průběhu procesu truchlení z hlediska příčiny

smrti dítěte. Zda neznámá a nevysvětlitelná příčina smrti dítěte narušuje u rodičů proces truchlení a smíření se s touto událostí.

Nyní bych se ráda zaměřila na svou vlastní sebereflexi v rámci provedeného kvalitativního výzkumu obsaženého v diplomové práci. Jedním z možných faktorů ovlivňujících kvalitu práce je zvolená metoda výběru souboru. Zvolila jsem nepravděpodobnostní metody výběru, které nemohou zaručit reprezentativní zastoupení populace v souboru. Probandi, kteří byli vybráni metodou záměrného výběru, mohou vykazovat jiné osobnostní charakteristiky než běžná populace, což je hlavní nevýhodou této metody.

K výběru výzkumného souboru byla stanovena dvě kritéria, a to mužské pohlaví a osobní zkušenost s perinatální ztrátou. Proměnné, které mohly narušit výsledky mého výzkumu, spatřuji převážně ve skutečnosti, že zkušenost u každého probanda proběhla v jiném časovém období, takže na jejich prožívání a zkušenost mohl mít vliv aktuální stav zdravotní péče, který se u jednotlivých probandů lišil, a také dostupnost informačních zdrojů, které nebyly vždy tak přístupné a rozsáhlé. Také si uvědomuji individuálnost jednotlivých případů, současně však vnímám jako důležité nalézt společné znaky. Zároveň si jsem vědoma faktu omezeného množství probandů. Jejich počet by mohl být vyšší, ale v praxi je bohužel velmi těžké získat kontakt na probandy s touto zkušeností, kteří by byli zároveň ochotni ke spolupráci nejen kvůli nedostatku času, ale také kvůli přání se k této události nevracet. Vnímám jako přínosné, pokud by byly rozhovory uskutečněny s oběma partnery, aby celá událost mohla být uchopena komplexněji a mohla nastínit pohled obou účastníků.

Riziko si uvědomuji i ve volbě metody sběru dat, v rámci které jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Má nezkušenost v oblasti výzkumu mohla zapříčinit určité chyby. Když probíhala příprava otázek k rozhovoru, soustředila jsme se na vytyčené výzkumné otázky, ale i přesto jsem nemusela dostatečně pokrýt vytyčené oblasti. Formulaci některých otázek také vnímám jako rizikovou. V případě nejasných formulací jsem otázky v průběhu rozhovoru upřesňovala a přizpůsobovala průběhu rozhovoru, což mohlo způsobit narušení průběhu a atmosféry rozhovoru. Zároveň vnímám jako rizikový fakt, že jsem jako žena zpovídala mužské probandy, což jim nemuselo být příjemné a mohlo způsobovat vzájemné rozpaky vzhledem k citlivosti probíraného tématu. S tím zároveň souvisí potenciální zkreslení výsledků příčinou sociální desirability, což znamená, že probandi v mých rozhovorech mohli mít snahu prezentovat se lépe, než jak je to ve skutečnosti.

Vzhledem k intimnímu tématu je tato reakce pochopitelná, nicméně já jsem tento pocit z probandů neměla, naopak jsem byla příjemně překvapena jejich otevřeností a ochotou ke spolupráci. Jsem si ale vědoma, že ke zkreslení dojít mohlo, a to hlavně v případech uskutečněných rozhovorů, které byly zatíženy osobním vztahem s probandy.

S metodou polostrukturovaného rozhovoru je spjata také moje role tazatele, která mohla zkreslit získaná data nejen z hlediska mého pohlaví, ale také z hlediska mé nezkušenosti. V roli výzkumníka jsem působila poprvé a mohlo se tedy stát, že jsem nereagovala tak pohotově, jak by reagoval zkušený výzkumník. Sama jsem svou nezkušenost pozorovala zejména u prvních rozhovorů, při nichž jsem pocítovala značnou nervozitu. Zároveň jsem vnímala, že s každým dalším rozhovorem jsem si byla jistější a méně zatížená trémou. Během samotných prepisů rozhovorů bylo zřejmé, že s každým dalším rozhovorem byl jeho obsah rozšířenější a uchopený do větší hloubky, čemuž také odpovídala časová náročnost rozhovoru, která se postupně zvětšovala. Myslím si, že také způsob mého nejistého vystupování před probandy mohl způsobit v některých případech strohost výpovědí a potřebu odpovídat v jednoduchých větách.

Další riziko chyb mohlo vzniknout ve fázi zpracování, analýzy a interpretace dat. Opětovně zmiňuji svou nezkušenost v roli výzkumníka, která mohla mít vliv na prepis dat do textové podoby nebo také při redukci dat prvního řádu. K možným chybám také mohlo dojít při snaze výsledky správně analyzovat a interpretovat.

Všech uvedených limitů a možných chyb jsem si plně vědoma a největší možnou příčinu vnímám na své straně z důvodu minimálních zkušeností. Velmi pozitivně však hodnotím zkušenosti, které jsem během procesu tvorby získala. V tom negativním, co celé rozhovory obsahovaly, bylo pro mě velmi inspirující slyšet životní příběhy a zkušenosti jednotlivých probandů.

Práce byla psána se záměrem srozumitelnosti pro všechny čtenáře a mohla by tak být nápomocná k seznámení se s problematikou perinatální ztráty a k prohloubení znalostí o ní. Význam této své práce spatřuji v poukázání na nedostatek informací v literatuře a v zamyšlení se a uvědomění si, s čím se muži během perinatální ztráty potýkají. Je důležité si uvědomit, že perinatální ztráta je situace, která bolestivě zasáhne i otce dítěte, který se musí vyrovnávat s mnohými pocity, které jsou pro něj často úplně nové, a je proto třeba přistupovat k němu s pochopením, respektem a empatickým porozuměním, ať už ze strany psychologů, kteří působí v oblasti zdravotnictví, zdravotníků, nebo nejbližších členů rodiny.

Výzkumná zjištění této práce mohou být tedy přínosem pro všechny, kteří s těmito muži a jejich rodinami přichází do kontaktu.

## 8 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zmapovat individuální prožitky a pocity mužů, kteří mají za sebou osobní zkušenost s porodem mrtvého dítěte, a zároveň zmapovat to jakou tito muži vnímají potřebu pomoci a podpory ze svého okolí a ze strany odborníků.

Zjištěním je jedinečnost každého jednotlivého případu, ale také shoda v určitých fázích události. Jejich zmapování je při správném přístupu a vedení nápomocné k nalezení postupů k většímu komfortu a psychické pohodě mužů. Jako psychicky náročné je prožíváno zejména sdělení diagnózy, poslední rozloučení se s dítětem, oznamování úmrtí dítěte rodině a příjezd partnerky domů. Přístup personálu je v situaci perinatální ztráty velmi důležitý. Významné je respektování soukromí, poskytnutí dostatku prostoru a času, kvalitní komunikace, zainteresování muže do péče o partnerku během porodu, nabízení přiměřených podpůrných intervencí (např. vytvoření hmatatelné vzpomínky) a respektování subjektivního významu ztráty. Nevhodný přístup může prohloubit negativní pocity a vzpomínky.

Výsledky ukázaly, že péče profesionálů je ponechána náhodě, a většina mužů o ni nestojí. Muži upřednostňují vlastní copingové strategie bez pomoci zvenčí. Mezi mužské významné podporující aspekty patří sociální podpora z partnerské oblasti, péče o partnerku, zájmy, manuální činnosti, sportovní aktivity a pracovní povinnosti.

## 9 SOUHRN

Cílem mé diplomové práce bylo přinést ucelený přehled o perinatální ztrátě se zaměřením především na prožívání mužů, kteří touto událostí prošli. Teoretická část objasňuje základní pojmy a seznamuje s problematikou postabortivního syndromu včetně jeho fází, symptomů, léčby, obranných mechanismů a copingových strategií a popisuje prožívání tohoto syndromu z pohledu mužů. V následující kapitole se práce věnuje procesu truchlení, jeho stádiím, typům a rozdílům v prožívání v truchlení mezi muži a ženami. Třetí kapitola přináší teoretické poznatky z oblasti péče o rodiče po perinatální ztrátě. Poskytuje náhled na změny vyvolané ztrátou dítěte, psychosociální intervenci, dále popisuje vyrovnávání se se ztrátou dítěte vlastními silami, laickým poradenstvím, krizovou intervencí a odbornou pomocí. Teoretická část je završena aktuálními poznatky z této oblasti, ačkoliv výzkumů k tomuto tématu není mnoho.

V praktické části práce popisují vlastní výzkumnou činnost zaměřenou na otce po perinatální ztrátě, jejich prožívání, podporu a potřebu pomoci. Kvalitativně jsem se snažila zmapovat prožívání mužů v situaci perinatální ztráty. Stanovila jsem si dvě výzkumné otázky, a to: Jaké jsou pocity a zkušenosti mužů po porodu mrtvého dítěte? Jak muži hodnotí míru poskytnuté podpory a pomoci po perinatálním úmrtí?

Mého výzkumu se účastnilo celkem deset probandů mužského pohlaví, kteří mají osobní zkušenost s perinatální ztrátou. Probandy jsem získala metodami nepravděpodobnostního výběru. Zvolila jsem metodu záměrného výběru a metodu sněhové koule. Probandy jsem kontaktovala elektronickou formou, či osobně. Data jsem sbírala pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Schéma rozhovoru se odvíjelo od povahy stanovených výzkumných otázek. Při tvorbě otázek jsem vycházela z teoretických poznatků a z pilotního rozhovoru s jedním z probandů. Otázky byly v průběhu rozhovoru upravovány podle daných okolností jednotlivých případů. Data byla během rozhovoru nahrávána na diktafon a poté převedena do textové podoby. Po transkripci dat následovala redukce prvního řádu a poté kódování dat. K analýze dat jsem zvolila metodu vytváření trsů.

Bylo zjištěno, že u sledovaných mužů je zpráva o smrti dítěte zprávou neočekávanou, kterou doprovází pocity šoku, zmatku, popření, strachu a pláč. Muži by ocenili, kdyby sdělování této diagnózy mohli absolvovat společně s partnerkou a bylo jim ponecháno dostatek soukromí před pristoupením k dalším krokům. Porod je pro muže velmi zatěžující záležitostí a pro jeho zpracování je důležitá podpora a pomoc. Muži během porodu pociťují

strach, smutek, lítost a úzkost a zároveň se cítí nepotřební, neužiteční a mají potřebu během porod své emoce potlačovat. K odstranění pocitů nepotřebnosti a neužitečnosti se jeví jako vhodné udělení konkrétního úkolu, který bude mít otec na starost. Rituál rozloučení se s miminkem muži vnímají jako emocionálně náročnou, avšak pozitivní možnost, která je zpravidla využívána. Vytvoření hmatatelné vzpomínky na dítě muži také hodnotí pozitivně a v případě, že této možnosti nevyužili, toho litují. Období po porodu je doprovázeno pocity strachu, nervozity, smutku a prázdnoty. Perinatální ztráta je muži vnímána v oblasti dopadu na partnerský vztah jako stmelující. Muži pocítují větší vzájemné porozumění, zkvalitnění vztahu a větší vzájemnou podporu. Muži popisují pocity sounáležitosti a sblížení a zároveň také pozorují změny ve stylu komunikace a obvyklých vzorcích chování.

Pochopení pocitů mužů, kteří prožívají tuto zátěžovou situaci, může přispět k efektivnějšímu poskytování ošetrovatelské péče zdravotníky. Mezi oblasti, které při adekvátním přístupu mohou významně napomoci průběhu truchlení a smíření se s danou zkušeností, patří zejména kvalitní komunikace, zainteresování muže do péče o partnerku během porodu, nabízení přiměřených podpůrných intervencí (např. vytvoření hmatatelné vzpomínky) a respektování subjektivního významu ztráty. Nevhodný přístup může prohloubit negativní pocity a vzpomínky. V rámci svého okolí muži nejvíce ocenili nabídnutí praktické pomoci ve formě péče o domácnost (úklid, vaření, hlídání dětí). Největší emociální oporou muže je jeho partnerka, případně starší potomci. Muži po porodu mrtvého dítěte nevyužívali profesionální pomoci a jako významnou formu pomoci vnímali vlastní copingové strategie, mezi které patří zejména vyhledávání sociální opory v partnerské oblasti. Pokud je však možnost profesionální pomoci využita, je pozitivně hodnocena a vnímána jako podporující v procesu truchlení. Jako rizikové a psychicky náročné je vnímáno, kromě samotné smrti dítěte, období sdělení diagnózy, rozloučení se s dítětem, oznamování události okolí a příjezd domů. Mezi nejčastější očekávání ze strany psychologické pomoci muži zmiňovali konkrétní rady, jak se chovat a jak pomoci partnerce. Mezi využívané a významně vnímané podporující aspekty patří také péče o partnerku, zájmy, manuální činnosti, sportovní aktivity a pracovní povinnosti.

V diskuzi jsem se zaobírala možnými limity svého výzkumu. Také jsem se snažila své výsledky srovnat s teoretickými poznatky jiných výzkumných šetření, navrhnout další možné náměty k výzkumu v této oblasti a zamyslet se nad praktickým významem své práce.



## Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Baštecká, A. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada.
2. Beckermannová, H. (2000). Muži a problémy s těhotenstvím. In K. Ucháčová, *Proč pláčeš Miriam*. Jihlava: Hnutí pro život ČR.
3. Binder, T. (2007). Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie*, 11(2), 61-64.
4. Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 190(2), 97-104.
5. Borůvková, K. (2012). *Psychosociální intervence u žen s perinatální ztrátou*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
6. Bowlby, J. (2013). *Ztráta: smutek a deprese*. Praha: Portál.
7. Bui, E., Mauro, C., Robinaugh, D. J., Skritskaya, N. A., Wang, Y., Gribbin, C.,... & Zisook, S. (2015). The structured clinical interview for complicated grief: reliability, validity, and exploratory factor analysis. *Depression and anxiety*, 32(7), 485-492.
8. Čechová, V., Mellanová, A., & Kučerová, H. (2004). *Psychologie a pedagogika II.: pro střední zdravotnické školy* Praha: Informatorium.
9. Čepický, P. (1999). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 8(3), 162-250.
10. Davis, D. (2016). *Empty cradle, broken heart: Surviving the death of your baby*. Colo: Fulcrum.
11. Dohnalová, Z. & Pavlíková E. (2011). Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 7(1), 21-27.
12. Drahotová, M. (2016). *Perinatální ztráta a její dopad na partnerský vztah*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze.
13. Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Renfrew, M., & Nielson, J. (1998). *Efektivní péče v perinatologii*. Praha: Grada.
14. Feldmár, P. (2009). Hledání vhodných slov po narození mrtvého dítěte. *Gynekologie po promoci*, 9(3), 29-30.
15. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
16. Ferrell, B. R. (Ed.). (2015). *Pediatric Palliative Care*. USA: Oxford Univerzity Press.

17. Firth, P., Luff, G., & Oliviere, D. (2007). *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
18. Frankotová, K. (2012). *Postabortivní syndrom a jeho výskyt u mužů*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
19. Freedová, L., & Salazarová, P. Y. (2008). *Čas k uzdravení. Naděje a pomoc při překonání postabortivního syndromu*. Praha: Paulínky.
20. Hájek, Z. (2004). *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada.
21. Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.
22. Hay L., L. & Tomchin, L., C. (1994): *Síla je ve vás*. Praha: Pragma.
23. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
24. Horsch, A., Jacobs, I., & McKenzie-McHarg, K. (2015). Cognitive predictors and risk factors of PTSD following stillbirth: a short-term longitudinal study. *Journal of traumatic stress*, 28(2), 110-117.
25. Hoskovcová, S. (2009). *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum.
26. Chrásková, J. (2009). Problematika truchlení v práci porodní asistentky. *Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien III*. Nitra: Univerzita Konstantina Filozofa v Nitre.
27. Kasparková, P., & Bužgová, R. (2010). Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. *Časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*, 11(4), 387-398.
28. Kast, V. (2000). *Krize a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál.
29. Kast, V. (2015). *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál.
30. Kingdon, C., Givens, J. L., O'donnell, E., & Turner, M. (2015). Seeing and holding baby: systematic review of clinical management and parental outcomes after stillbirth. *Birth*, 42(3), 206-218.
31. Kohner, N., & Henley, A. (2013). *Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence*. Praha: Triton.
32. Kohoutek, T., & Čermák, I. (2009). *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia.
33. Kohoutek, T., Blatný, M., & Bréda, M. (2003). Zdravotní stesky, copingové strategie a kognitivně-emoční typologie osobnosti: analýza vzájemných souvislostí. *Sociální procesy a osobnost*, 1, 159-168.

34. Křemenová, J. & Fremlová, H. (2009). Jak eticky zvládnout situaci po porodu mrtvého plodu. In Binarová, I. a Cichá, M. *Etické aspekty ošetrovatelské péče v teorii a praxi*. Zlín: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.
35. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
36. Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV.
37. Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál.
38. Kulhanová, V. (2016). *Interrupce a její dopad na psychiku muže*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
39. Laing, I. A. (2013). Conflict resolution in end-of-life decisions in the neonatal unit. *Fetal and Neonatal Medicine* 18(2), 83-87.
40. Lebdušková, L. (2014). *Čekala jsem miminko, ale...: Příběhy o ztrátě dítěte v těhotenství*. Praha: Toplil.
41. Levine, P., & Frederick, A. (2011). *Probouzení tygra: Léčení traumatu*. Praha: Maitrea.
42. Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. San Francisco: Jossey-Bass.
43. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
44. Moody, R. A., & Arcangel, D. (2011). *Život po ztrátě*. Praha: Knižní klub.
45. Ney, P. & Peeters, M. (2007). Příčiny a následky traumatu po potratu. In K. Ucháčová, K. *Proč pláčeš Miriam*. Jihlava: Hnutí pro život ČR.
46. O'Connor, M. F., & Arizmendi, B. J. (2013). Neuropsychological correlates of complicated grief in older spousally bereaved adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(1), 12-18.
47. Olecká, I. & Ivanová, K. (2010). *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc.
48. PASS Support Website. (1998). *The 9 Stages of PASS*. Získáno z <http://www.afterabortion.com/faq.html>
49. Peschke, K. H. (1999). *Křesťanská etika*. Praha: Zvon.
50. Peters, M. D., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth*, 28(4), 272-278.

51. Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Schulman, R. S. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, 55(2), 227-239.
52. Praško, J. (2005). Posttraumatická stresová porucha. *Postgraduální medicína*, 1, 73-75.
53. Praško, J., Hájek, T., Pašková, B., Preiss, M., Šlepecký, M., & Záleský, R. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál.
54. Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2001). Posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 206-211.
55. Quinn, A. (2007). Kontext ztráty, změny a zármutku v paliativní péči. In: Firth, P., Luff, G., & Oliviere, D. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
56. Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Arca.
57. Ratislavová, K. (2015). *Psycho-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě*. (Nepublikovaná dizertační práce). Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích.
58. Ratislavová, K. (2016). *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada
59. Ratislavová, K., Beran, J., & Kašová, L. (2012). Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Prakticky Lékař*, 92(9), 505-508.
60. Simon, J. (2008). *Rodinné konstelace- tok lásky*. Praha: Triton.
61. Sláma, O., Kabelka, L., & Vorlíček, J. (2007). *Paliativní medicína*. Praha: Galén.
62. Sumner, L. H., Kavanaugh, K., & Moro, T. (2006). Extending palliative care into pregnancy and the immediate newborn period: state of the practice of perinatal palliative care. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 20(1), 113-116.
63. Špaňhelová, I. (2015). *Prázdná kolébka. Jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál.
64. Špatenková, N. (2008). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada.
65. Šulová, L. (2004). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
66. Tabbutt-Henry, J., & Graff, K. (2003). Client-provider communication in postabortion care. *International family planning perspectives*, 29(3), 126-129.
67. Takács, L., Sobotková, D. & Šulová, L. (2015). *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada.
68. Ucháčová, K. (2007). *Proč pláčeš, Miriam*. Jihlava: Hnutí pro život ČR.

69. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2014). *Rodička a novorozenec*. Praha: ÚZIS ČR.
70. Vágnerová, M. (2004). *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
71. Vítková, P. (2016). *Zkušenosti rodičů s vyrovnáváním se se ztrátou dítěte*. (Nepublikovaná bakalářská práce) Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
72. Vodáčková, D. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
73. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
74. Warren, W. (2000). *Restoring Fatherhood Lost*. Získáno z: <http://www.afterabortion.org/PAR/V4/n4/LOSTDAD.htm>
75. Worden, J. W. (2013). *Smútkové poradenstvo a smútková terapia*. Trenčín: F.
76. Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.

## Seznam tabulek

<b>Tabulka 1:</b> <i>Charakteristika účastníků výzkumu</i> .....	47
--	----

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Český a anglický abstrakt magisterské diplomové práce

## **Příloha č. 1: Český a anglický abstrakt magisterské diplomové práce**

### **ABSTRAKT MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Perinatální paliativní péče

**Autor práce:** Jana Vostalová

**Vedoucí práce:** PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 79 stran, 163 733 znaků

**Počet příloh:** 1

**Počet titulů použité literatury:** 76

#### **Abstrakt**

Tato diplomová práce se zabývá problematikou subjektivního prožívání perinatální ztráty z pohledu otců dítěte. Hlavním cílem je zmapování prožívání, podpory a potřeby pomoci v této životní situaci. Jsou stanovené výzkumné otázky se zaměřením na pocity a zkušenosti mužů po porodu mrtvého dítěte a dále na hodnocení míry poskytované pomoci a podpory po perinatální ztrátě. Výzkumné šetření zahrnuje deset polostrukturovaných rozhovorů, které byly analyzovány pomocí metody trsů. Rozhovory v kvalitativním výzkumu zmapovaly prožitky, zkušenosti a potřeby mužů, kteří mají zkušenost s perinatální ztrátou. Výsledkem zkoumání je především zjištění, že i když je tento proces psychicky náročný, muži o odbornou pomoc nestojí. Zároveň však přiznávají možnost využití odborné pomoci za účelem edukace z důvodu správné péče o partnerku. Muži se tuto tragickou událost snaží ve většině případů vyřešit prostřednictvím vlastní reflexe, případně reflexe v rámci partnerského vztahu. Mezi identifikované významné podporující aspekty, které napomáhají vyrovnávání se s perinatální ztrátou, patří zejména sociální opora v partnerské oblasti, zájmy, manuální činnosti, sportovní aktivity a pracovní povinnosti. Zjištěním je také skutečnost, že nevhodný přístup zdravotnického personálu může prohloubit negativní pocity a vzpomínky. Věnování pozornosti mužům v průběhu pobytu partnerky v nemocnici může přispět k efektivnímu poskytování pomoci.

**Klíčová slova:** Perinatální ztráta, úmrtí dítěte, muži a perinatální ztráta, podpora, péče



## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Perinatal palliative care

**Author:** Jana Vostalová

**Supervisor:** PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 79 pages, 163 733 characters

**Number of appendices:** 1

**Number of references:** 76

### **Abstract**

This diploma thesis deals with the issue of subjective perinatal loss experience from the perspective of the child's fathers. The main goal is to map the experience, support and need to help in this life situation. Research questions are focused on the feelings and experience of men after a stillbirth baby, as well as assessing the level of assistance and support after perinatal loss. The research includes ten semi-structured interviews that were analyzed using the tuft method. Interviews in qualitative research have mapped the experience and needs of men with perinatal loss experience. As a result of the research, it was found out that even though this process is mentally challenging, men do not want professional help. At the same time, however, they admit the need for professional assistance for the purpose of education so they can properly care for their wives. In most cases, men try to resolve this tragic event through their own reflection or reflection within a partnership. Significant supportive aspects identified to help cope with perinatal loss include social support in the partner area, interests, manual activities, sports activities, and work responsibilities. It was also found that inappropriate attitudes of medical staff can deepen negative feelings and memories. Paying attention to men during their partner's stay in hospital can contribute to effective aid delivery.

**Key words:** Perinatal loss, child death, men and perinatal loss, support, care