

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní péče

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Magdalena Hašplová

Informovanost studentek porodní asistence o problematice
perinatální paliativní péče

OLOMOUC 2021

vedoucí práce: PhDr. Hana Heiderová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne

Děkuji PhDr. Haně Heiderové, Ph.D. za odborné vedení a poskytnutí rad při vypracování diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD.....	5
2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ K TÉMATU DP.....	7
2.1 Perinatální paliativní péče.....	7
2.1.1 Zjištění život limitující vady dítěte během těhotenství.....	11
2.1.2 Péče o ženu během porodu mrtvého dítěte.....	12
2.1.3 Rituály rozloučení s miminkem.....	13
2.1.4 Průběh hospitalizace ženy po perinatální ztrátě.....	16
2.1.5 Péče o ženu a její rodinu po propuštění z porodnice.....	17
2.1.6 Proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou miminka.....	19
2.1.7 Poskytování perinatální paliativní péče v České republice a v zahraničí.....	21
2.2 Vzdělávání porodních asistentek v problematice perinatální paliativní péče.....	22
2.2.1 Vzdělávání porodních asistentek v problematice perinatální paliativní péče v zahraničí.....	23
2.2.2 Vzdělávání porodních asistentek v problematice perinatální paliativní péče v České republice.....	31
2.3 Metodika a výsledky literárních rešerší.....	35
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
3.1 Metodika.....	38
3.2 Výsledky.....	42
4 DISKUZE.....	69
ZÁVĚR.....	75
SOUHRN.....	78
SUMMARY.....	79
REFERENČNÍ SEZNAM.....	80
SEZNAM TABULEK.....	87
SEZNAM PŘÍLOH.....	88
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Definice perinatální paliativní péče vychází z definice paliativní péče jako takové: „*Jde 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 identifikací a léčbou bolesti a ostatních potíží, ať již fyzických, psychických, sociálních, nebo spirituálních (Ratislavová, 2016, s. 16).*“ Dle Mojžíšové (2018) můžeme chápat perinatální paliativní péči v rámci pediatrické paliativní péče jako relativně samostatnou problematiku, která zahrnuje péči o plod nebo novorozence s život ohrožující či limitující vadou a jeho rodinu. Perinatální paliativní péče je přizpůsobena po celou dobu těhotenství, porodu a poporodního období tak, aby vyhovovala individuálním potřebám každé rodiny (Logiudice, O'Shea, 2017).

Porodní asistentky se mohou setkat s pozůstalými rodiči v jejich nejzranitelnější době, kdy se snaží vyrovnat s diagnózou svého dítěte a snaží se dát smysl smrti svého dítěte. Na celém světě dochází k 2,6 milionu úmrtí mrtvě narozených dětí a 2,1 milionu úmrtí novorozenců ročně. V literatuře se opakovaně uvádí, že vzdělání porodních asistentek v oblasti péče po perinatální ztrátě je nedostatečné a porodní asistentky se necítí na tento aspekt své práce připravené. Stres z toho, že jsou svědkem těchto událostí, na které nejsou připraveny, může ovlivnit jejich důvěru v plnění každodenních úkolů a může být spojen s vyhořením vedoucím k jejich rozhodnutí opustit profesi (Doherty, 2018).

Motivací k vypracování předložené diplomové práce byla osobní zkušenost autorky se situací mrtvě narozeného miminka v rámci odborných praxí na porodním sále ve třetím ročníku bakalářského studia programu Porodní asistence. Autorka si v návaznosti na tuto událost uvědomila své obrovské teoretické i praktické nedostatky, které byly způsobené mezerou ve vzdělávání v problematice perinatální paliativní péče. Jelikož si byla autorka vědoma nevyhnutelnosti těchto situací ve své profesi porodní asistentky a sledovala znalost perinatální paliativní péče jako nezbytnou, rozhodla se věnovat tématu informovanosti studentek porodní asistence o perinatální paliativní péči důkladněji.

HLAVNÍ CÍL

Hlavním cílem kvalitativní studie v praktické části diplomové práce bylo zjistit, jaká je informovanost studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče.

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ K TÉMATU DP

Text kapitoly shrnuje odborné poznatky získané souborem literárních rešerší. Publikační období vyhledávání bylo omezeno na roky 2008 až 2021 včetně. Relevantní zdroje byly získány prostřednictvím Portálu elektronických informačních zdrojů Univerzity Palackého v Olomouci, viz <https://ezdroje.upol.cz>. Jako další elektronický zdroj byl využit například vyhledávač Google Scholar. Přehled odborných poznatků k tématu diplomové práce byl vypracován s využitím 38 odborných článků z vědeckých periodik (16 v českém a 22 v anglickém jazyce) a 3 českých knižních publikací. Postup rešeršní činnosti je uveden v podkapitole 2.3 Metodika a výsledky literárních rešerší.

2.1 Perinatální paliativní péče

Definice perinatální paliativní péče vychází z definice paliativní péče jako takové: „*Jde 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 identifikací a léčbou bolesti a ostatních potíží, ať již fyzických, psychických, sociálních, nebo spirituálních* (Ratislavová, 2016, s. 16).“ Mezi základní principy paliativní péče řadíme respektování důstojnosti pacientů a také jejich rodin, přístup ke kompetentní a soucitné paliativní péči, podporu pečujících, profesionální a sociální podporu rodin, které paliativní péči podporují či rozvoj paliativní péče výzkumem a vzděláním (Ratislavová, 2016).

Dle České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně je definice paliativní péče následující: „*Paliativní medicína se zabývá léčbou nevyléčitelně nemocných různých diagnóz se snahou o dosažení nejlepší možné kvality jejich života. Snaží se respektovat individualitu lidské osobnosti a její jedinečnost ve všech 4 základních rozměrech holistického – celostního pohledu (biologický, psychologický, sociální, spirituální). Tento typ léčby lze poskytovat v různých prostředích s ohledem na potřeby nemocného a jeho celkový stav* (Paliativní medicína, 2021, s. neuvedena).“

„*Perinatální paliativní péče představuje relativně samostatnou problematiku v rámci pediatrické paliativní péče a znamená péči o plod či novorozence s život*

ohrožujícím nebo limitujícím onemocněním a je zaměřená na kvalitu života a nejlepší zájem plodu či narozeného dítěte (Mojžíšová, 2018, str. 38). “ Rodina představuje součást týmu a společně se tak podílí na rozhodování o dalším postupu. Je tak nezbytná podpůrná péče o rodinu po celou dobu, od diagnostiky až po proces truchlení po perinatální ztrátě. Podpůrná péče je jak obsahově, tak časově zcela individuální (Mojžíšová, 2018).

Paliativní péče o novorozence je popisována jako holistický, multidisciplinární přístup k fyzickým, emocionálním, duchovním a sociálním aspektům novorozence a rodiny, který začíná v době diagnózy. Cílem perinatální paliativní péče je komplexně poskytnout kvalitu života rodinám, které čekají na novorozence s doživotní diagnózou život limitující vady plodu. Perinatální paliativní péče je přizpůsobena po celou dobu těhotenství, porodu a poporodního období tak, aby vyhovovala individuálním potřebám každé rodiny (Logiudice, O'Shea, 2017).

Perinatální období

Perinatální období definujeme jako období od viability plodu do 7 dní po porodu. Horní hranice perinatálního období, tedy dokončení prvního týdne postnatálně, je jasně daná, avšak dolní hranice perinatálního období (hranice mezi porodem a potratem) se může v různých zemích lišit (Hájek a kol, 2014). Právě určení viability plodu je klíčové pro zvažování terapeutického postupu. Viabilita plodu neboli životaschopnost plodu (období mezi 22. a 25. týdnem těhotenství, tzv. „šedá zóna), nezávisí pouze na stupni zralosti plodu a jeho zdravotním stavu, ale i na dalších faktorech mezi které patří například medicínské technologie, sociálně-ekonomické či kulturní faktory (Zlatohlávková, 2011), (Ratislavová, 2016).

Perinatální mortalita

Perinatální mortalita udává počet perinatálně zemřelých na počet perinatálně narozených dětí a je udávána v promile (udává se tedy v počtu případů perinatálních úmrtí přepočteném na 1 000 živě narozených). Perinatální mortalitu dělíme na mrtvorozenost a časnou novorozeneckou úmrtnost. Mrtvorozenost se diferencuje na antepartální a intrapartální intrauterinní úmrtí. Časná novorozenecká úmrtnost je pak definována jako úmrtí živě narozeného novorozence v období do dokončeného 7. dne života (Hájek a kol. 2014).

Dle WHO je hranice mezi mrtvě a živě narozeným určena přítomností alespoň jedné z následujících známek života bez ohledu na délku těhotenství – srdeční akce,

dechové pohyby, pulzace pupečníku či aktivní pohyb (Hájek a kol. 2014). Hranici mezi potratem a mrtvě narozeným plodem určuje hmotnost plodu. O potratu hovoříme v případě, že plod váží méně jak 500 g. Pokud váhu plodu nelze zjistit, rozhoduje délka těhotenství, která je v případě potratu kratší než 22. týdnů (Hájek a kol. 2014).

K častým příčinám perinatální mortality patří, i přes stále se zdokonalující prenatalní diagnostiku, vrozené vývojové vady neslučitelné se životem. K příčinám antepartálních úmrtí patří poruchy fetoplacentární jednotky (např. abrupce placenty, insuficience placenty, fetomaternální či fetofetální transfuze), pupečnickové komplikace, intraovulární infekce a závažné stavy matky (např. diabetes mellitus, preeklampsie, intoxikace, trauma, šok, infekční onemocnění). K příčinám úmrtí plodu během porodu řadíme především intrapartální asfyxii (Hájek a kol. 2014). Některé příčiny řadíme mezi odvrátitelné (např. intrauterinní růstová restrikce plodu, diabetes mellitus či hypertenze matky, preeklampsie), jiné mezi obtížně odvrátitelné (např. twin-to-twin transfusion syndrome, nonimunní hydroks plodu, sepse) a nakonec příčiny neodvrátitelné (např. úrazy, masivní abrupce placenty, intoxikace, strangulace pupečníku či závažné vývojové vady plodu) (Ratislavová, 2016).

K časným novorozeneckým úmrtím dochází například v důsledku perinatální hypoxie, infekčních komplikací či vážné nezralosti předčasně narozených novorozenců (Hájek a kol. 2014).

Makroskopický nález mrtvého plodu

Pokožka se lehce odlučuje mírným tlakem, v pozdějších stádiích se odlučuje samovolně puchýřkovitě od spodiny. Později dochází k obnažení pokožky na rozsáhlých plochách obličeje, krku, břicha, zad, končetin a genitálu. Propadá se lebka, podsouvají se lebeční kosti, ústa a oči mohou být rozevřené. Dochází k rozvolnění kloubů a změknutí všech tkání. Plod je celkově prosáklý, působí vodnatým dojmem. Poté dochází k postupné ztrátě vody a mumifikaci plodu. Placenta zůstává prokrvená i po smrti plodu, lze objevit placentární a pupečnickové abnormality – infarkty, retroplacentární hematom, strangulace pupečníku (Navrátilová, 2013).

Stadia macerace plodu

Nulté stádium představuje zarudlou, tzv. uvařenou pokožku plodu a značí smrt plodu před méně než 8 hodinami. Pokud se kůže loupe a jsou na ní vidět puchýře, jedná

se o první stadium macerace plodu, které značí smrt plodu před více než 8 hodinami. Pokud plod zemře 2-7 dní před porodem, jeho kůže se výrazně loupe a v dutině břišní a hrudní se hromadí serózní červená tekutina, jedná se tak o druhé stadium. Ve třetím stadiu, kdy smrt plodu nastala před 8 a více dny, dochází k mumifikaci plodu, játra mají žlutohnědou barvu, objevuje se kalná tekutina (Navrátilová, 2013).

Perinatální ztráta

Pojem perinatální ztráta znamená úmrtí dítěte v perinatálním období bezesporu doprovázené u rodičů pocity smutku, bezmoci a myšlenkami na zemřelé dítě. Jde o přirozený proces truchlení, který trvá u každého člověka individuálně a závisí na osobnosti truchlícího, síle vazby či kulturních tradicích. Perinatální ztráta s sebou nese i riziko dlouhodobých negativních následků, mezi které patří například deprese, úzkosti, vznik obsedantně-kompulzivních poruch, suicidiální tendence, užívání návykových látek, pocity viny, manželské problémy, somatické potíže či vznik posttraumatických poruch.

Je velmi důležité, aby zdravotníci v případě perinatální ztráty pracovali s celou pozůstalou rodinou. Rodiče jsou velmi často postavováni před nesmírně těžká rozhodnutí, jako například ukončení těhotenství, spolurozhodnutí o vedení porodu, pokračování nebo ukončení intenzivní péče jejich dítěte apod. Rodina by tedy měla pocítovat od zdravotnického týmu profesionální oporu. Rodině by měly být poskytovány informace o biologických i psychosociálních aspektech perinatální ztráty, a to jak v nemocničním, tak v komunitním prostředí (Ratislavová, 2016).

Péče o ženu rodící dítě na hranici viability

Novorozencům pod hranicí viability je zajištěna komfortní péče zahrnující podmínky důstojného umírání. Zahájení resuscitace ve 23. týdnu těhotenství závisí na stavu dítěte a přání rodičů. Ve 24. týdnu těhotenství se resuscitace zahajuje opět v případě domluvy mezi lékaři a rodiči. Pokud dítě není ve velmi špatném stavu nebo netrpí těžkým postižením či vadou, tak od 25. týdne těhotenství se resuscitace a intenzivní péče zahajuje vždy. Pokaždé je nezbytné podat rodičům jasné a srozumitelné informace o možnostech, průběhu a rizicích. Je vhodné tyto informace rodičům zprostředkovat i písemně. Právě porodní asistentky a neonatologické sestry hrají velmi důležitou roli při pomoci v porozumění informací od lékařů a poskytují rodičům psychickou podporu. Paliativní péče o extrémně nedonošené novorozence či novorozence s život limitující vadou je holistická a také rozšířena na rodinu. Kromě dostatku informací je důležité rodičům

poskytnout čas a prostor na vyjádření jejich přání. Úkolem zdravotníků je zajistit, aby novorozenec při umírání netrpěl, neměl bolesti, byl v klidu a teple. Rodiče by měli být podporováni v rozloučení s dítětem. Je možné dítěti zajistit tzv. nouzový křest, vytvořit upomínkové předměty či zajistit ostatní rituály rozloučení se s dítětem. Pokud rodiče nejsou přítomni při úmrtí dítěte, je důležité, aby je ohleduplně informoval nejlépe lékař, kterého znají, a to v klidném prostředí. Úkolem porodní asistentky je kromě podpory rodičů i starost o tělo mrtvého dítěte před odesláním na pitevnu (Ratislavová, 2016).

2.1.1 Zjištění život limitující vady dítěte během těhotenství

Stanovením diagnózy vrozené vývojové vady neslučitelné s přežitím dítěte po porodu nebo život limitující vady začíná perinatální paliativní péče již v těhotenství. Informace o obsahu perinatální paliativní péče a její plánování by měly vycházet z co nejpřesnějších informací o diagnóze a prognóze onemocnění dítěte. Zde je paliativní péče zaměřena na psychickou podporu rodičů při sdělení a adaptaci vážné diagnózy. Je podporována svobodná volba rodičů o průběhu dalšího postupu. Do procesu rozhodování by měli být zapojeni oba rodiče (Ratislavová, 2016).

Ratislavová (2016) uvádí, že i v případě rozhodnutí o ukončení těhotenství probíhá u rodičů proces truchlení. Mohou se objevit pocity viny, studu, úzkosti, vzteku či selhání. Důležitý je profesionální týmový přístup zdravotníků v zařízení, kde se interrupce provádí. Rodičům by měla být nabídnuta možnost potrácené dítě vidět a symbolicky se s ním rozloučit. Žena potřebuje citlivý přístup a neměla by být do ničeho nucena. Zdravotníci mohou se souhlasem rodičů udělat fotografii, kterou založí do dokumentace pro případ, že by ji rodiče později chtěli. Porodní asistentka by měla ženu po interrupci také edukovat o změnách podobných poporodním jako je krvácení, laktace, zvýšená labilita. Měla by být ženě/rodičům oporou a průvodcem.

V opačném případě hovoříme o pokračování těhotenství, a to z důvodu rozhodnutí rodičů nebo neodhalené vývojové vady během těhotenství. U rodičů, které se rozhodli pokračovat v těhotenství, je doporučována psychologická podpora během celého těhotenství až po šestinedělí. Ženě by mělo být umožněno navštěvovat těhotenskou poradnu bez čekání v čekárně s ostatními ženami a péče by měla být zaměřena na její specifické potřeby. Za vhodnou intervenci před porodem se považuje vytvoření porodního plánu s ženou/rodiči. Jasná hranice odpovědnosti za péči o dítě snižuje nejistoty zdravotníků při péči o dítě mezi životem a smrtí. Úlohou zdravotníků je provést

rodiče cestou od stanovení diagnózy až po úmrtí miminka a naplnit tak jejich smysluplné okamžiky důležité pro další život (Ratislavová, 2016).

2.1.2 Péče o ženu během porodu mrtvého dítěte

K náhlému úmrtí dítěte v děloze může dojít jak u miminka s život limitující vadou, tak bohužel i v případě fyziologického těhotenství. Oznámení rodičům, že jejich dítě zemřelo je velmi traumatizující. Proto je velmi důležité, aby byl zdravotnický personál školen v této problematice a psychosociální podpoře rodičů po perinatální ztrátě.

Je velmi důležité, aby porodní asistentky a lékaři kladli důraz na naslouchání těhotným ženám. Výzkumy potvrdily, že se u některých žen již v těhotenství objevily iracionální představy, že těhotenství nebude úspěšně dokončeno. Výzkumy bylo také doporučeno, aby těhotné ženy důvěřovaly vlastním pocitům například při pochybnostech o pohybech plodu či pocitech, že není něco v pořádku nebo se necítí dobře a ihned vyhledaly lékařskou pomoc. V případě, že k úmrtí miminka došlo před delší dobou mohou se u ženy vyskytovat subjektivní pocity jako například únava, ochablost napětí prsou nebo se mohou objevit děložní kontrakce, výtok, subfebrilie či krvácení. Je doporučováno, aby žena, která přichází do nemocnice/ambulance s tím, že necítí pohyby, byla vyšetřena přednostně. Zdravotníci by tedy ženu měli vždy brát vážně a neměli by situaci zlehčovat. Konečnou diagnózu je povinen stanovit a poté sdělit rodičům lékař. Sdělení by mělo být velmi citlivé, empatické, ale jasné a krátké (např.: „Je mi to moc líto, ale srdíčko Vašeho dítěte netluče, děťátko již nežije.“), měla by být zajištěna intimní atmosféra a zdravotníci by měli mít klidný přístup. Výzkumy uvádějí, že způsob sdělení diagnózy ovlivňuje aktuální i dlouhodobý psychický stav rodičů (Ratislavová, 2016).

Po sdělení diagnózy je žena odeslána k hospitalizaci na porodní sál (Ratislavová, 2016). Je nezbytný citlivý přístup zdravotnického personálu k ženě, která je fázi šoku a chaotických emocí jako například hněv, úzkost apatie či pocity viny (Kameníková, 2012). Attia, Nolan (2011) ve svém výzkumu uvádějí, že rodiče nejvíce oceňují personál, který je schopen ukázat, že jim na nich záleží a nebojí se vyjádřit své vlastní emoce. Není pravděpodobné, že by slzy byly vnímány negativně, pokud jsou skutečně pocíťovány (Attia, Nolan, 2011). V případě, že žena na porodním sále nemá doprovod, je doporučována stálá přítomnost porodní asistentky. Je důležité s ženou citlivě projednat další průběh a poskytnout jí veškeré informace například o průběhu indukce vaginálního porodu, rizicích císařského řezu apod. Je doporučováno, aby na počátku porodní asistentka se ženou vytvořila porodní přání zahrnující například způsoby tlumení bolesti,

volbu porodní polohy a možnosti rozloučení s miminkem. Pokud porod nezačal spontánně, je ženě po domluvě s lékařem porod indukován medikamentózně vzhledem k hrožícím komplikacím jako je například diseminovaná intravaskulární koagulopatie (DIC), infekce nebo zhoršení onemocnění, které vedlo k úmrtí dítěte (Kameníková, 2012), (Ratislavová, 2016). Jako prevence rozvoje DIC je aplikován ženě nízkomolekulární heparin po dvanácti hodinách a v této souvislosti se provádí kontrolní hemokoagulační vyšetření. Jako prevence rozvoje infekce jsou podávány antibiotika širokého spektra. Porod je indukován aplikací prostaglandinů, dirupcí vaku blan či infuzemi s oxytocinem. V tomto období hrozí vysoké riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy, které je umocněno opakovaným neúspěchem indukce porodu či střídáním personálu v rámci směn (Ratislavová, 2016). K tlumení fyzické bolesti je rodiče nabízena epidurální analgezie. I pro porodní asistentku je tato situace velmi náročná, jelikož musí zachovat profesionalitu a zároveň zvládat svoje emoce při empatickém přístupu k ženě (Kameníková, 2012).

2.1.3 Rituály rozloučení s miminkem

Rituály pojící se k úmrtí blízké osoby jsou součástí kultur již odpradáвна. Jejich funkcí je uspokojit hlubokou lidskou potřebu nalézt smysl, podporu, jistotu či setkání s nadpřirozenem. Právě poznání a rozloučení se s dítětem můžeme brát jako určitou formu rituálu, kdy se mohou rodiče alespoň na chvíli zhostit všech rodičovských kompetencí. (Ratislavová a kol., 2012).

Rituály se v průběhu doby mění a vyvíjí. Například v České republice se v druhé polovině 20. století, v době přesunů porodů z domova do porodnice, objevil rituál „zmizení mrtvého novorozence“, který měl dle zdravotníků minimalizovat psychické utrpení rodičů po perinatální ztrátě. Rodiče své dítě neviděli, často se jim nedostaly ani žádné informace o pohlaví, váze a míře jejich dítěte. Oproti České republice, anglicky mluvící země začaly již v sedmdesátých a osmdesátých letech zdůrazňovat potřebu dítě vidět-poznat-rozloučit se, ke které se koncem 20. století začalo připojovat i koupání, oblékání dítěte či odnos dítěte domů ve specializované kolébce s chladicím zařízením (Ratislavová, 2016).

Když zemře dospělý člověk mají členové rodiny spoustu vzpomínek, ze kterých mohou čerpat. Když však zemře dítě v perinatálním období, rodiče truchlí nad nedostatkem vzpomínek a jakoukoli budoucností se svým dítětem. Výzkumy naznačují, že většina rodičů cítí silnou touhu opatrovat a vzpomínat na své dítě, a zachovat jeho

trvalý význam v jejich životě. Fyzické předměty spojené s dítětem mohou pomoci potvrdit realitu jeho krátké existence a poskytnout pohodlí, stejně jako soustředění pro jejich zármutek. Představa, že mohou být rodiče ušetřeni bolesti tím, že neznají nebo nevidí dítě, je odmítnuta (Attia, Nolan, 2011).

Dle autorek Attia, Nolan (2011) mohou porodní asistentky pomoci rodičům vytvářet vzpomínky, tím, že jim umožní vidět tělo nebo je povzbudí, aby se ho dotýkali, pokud si to přejí. Dalším z důležitých úkolů porodní asistentky je zajistit fyzické upomínky na dítě během tohoto omezeného časového období, a to například fotografie dítěte, otisky nohou a rukou, identifikační náramky, kadeře vlasů atd. Blood, Cacciatore, (2014) ve svém výzkumu potvrdili pozitivní vliv upomínkových předmětů na proces truchlení. Také Cacciatore, Rådestad, Frøen (2008) ve svém výzkumu uvádí, že nemožnost vidět dítě, omezená doba kontaktu ženy a dítěte či nepřítomnost konkrétních upomínek na dítě zvyšují riziko výskytu úzkostných a depresivních syndromů u žen po perinatální ztrátě jejich dítěte.

Je však třeba mít na paměti, že někteří rodiče mohou tvorbu těchto vzpomínkových předmětů odmítnout z osobních, kulturních nebo náboženských důvodů. Je důležité se vždy zeptat rodičů, než je například ostříhán pramen vlasů, protože některé kultury a náboženství, jako je tradiční sikhismus, zakazují vlasy ostříhat. Dalším příkladem je zákaz pořizování snímků osoby u muslimů. To zdůrazňuje význam toho, aby fotografie nebyly pořizovány bez vědomí a svolení rodičů. Pokud si rodiče nejsou jisti, zda chtějí fotografie, měli by jim zaměstnanci nabídnout, že je pořídí a bezpečně uchovávají spolu s lékařskými záznamy, dokud se rodiče nerozhodnou, zda je chtějí mít (Attia, Nolan, 2011).

Další otázkou je pojmenování dítěte. Pokud mají rodiče vymyšlené jméno pro svoje miminko již během těhotenství, doporučuje se jméno po perinatální ztrátě neměnit. Pokud rodiče jméno zatím vymyšlené nemají vůbec nebo mají jmen více, je důležité dítě pojmenovat. Pojmenování dítěte představuje jeho identitu a místo v rodinné historii. O mrtvém dítěti se také snáze hovoří, pokud má jméno. S pojmenováním dítěte se také pojí otázka nouzového křtu. V dnešní společnosti se velmi často neví, že jej může udělit jakákoliv osoba, tedy například i zdravotník, při splnění podmínky „mít úmysl konat to, co církve“. Pokřtít lze pouze živou osobu. V případě nouzového křtu postačí přírodní

voda (namísto vody svěcené) a formule „(Jméno ve vokativu), já tě křtím ve jménu Otce i Syna i Ducha svatého!“ (Ratislavová, 2016).

Někteří rodiče mohou chtít mít své dítě u sebe po určitou dobu a neměli by nuceni, aby se s dítětem rozloučili dříve, než se k tomu budou cítit připraveni. Co se týče praktických pomůcek, které by napomohly k dopřání dostatečného času stráveného s mrtvým miminkem, článek zmiňuje využití tzv. studené postýlky, která je speciálním chladicím zařízením. V případě, že nemocnice nemá finanční prostředky na zakoupení tohoto vybavení, je vhodné použít ledové sáčky pod prostěradlo v postýlce dítěte (Attia, Nolan, 2011).

Byl proveden výzkum, jehož cílem bylo popsát zkušenosti českých matek z hlediska rozhodování o vizuálním a fyzickém kontaktu s dítětem po perinatální ztrátě a také prozkoumat vliv této zkušenosti na intenzitu jejich zármutku. Byla získána kvalitativní data z 18 hloubkových rozhovorů a také smíšená kvalitativní a kvantitativní data z internetového dotazníku. Celkem 100 dotazníků bylo analyzováno pomocí „Interventions after Perinatal Loss“ a české verze „The Perinatal Grief Scale“. Rozhodování žen po perinatální ztrátě kontaktu s jejich zesnulým dítětem je ovlivněno vnitřními faktory (potřebou ženy poznat své dítě, obavami a strachem z kontaktu) a vnějšími faktory (emocionální podporou ženy, odbornými informacemi a zásahy porodní asistentky nebo lékaře). Vnitřní faktory jsou často protichůdné a rozhodující slovo má sociální prostředí. Výzkum prokázal, že nezávislé rozhodnutí matky o kontaktu s dítětem po perinatální ztrátě má významný dopad na intenzitu jejího smutku. Zármutek matek, které rozhodovaly samostatně a které si byly svým rozhodnutím jisté, byl statisticky významně méně intenzivní než u matek, u nichž rozhodnutí učinil zdravotnický personál (Ratislavová a kol., 2016).

To, že významu rituálů rozloučení s miminkem po perinatální ztrátě by se mělo věnovat více pozornosti, dokládá i výzkum, jehož cílem bylo zjistit způsob nabízení a využívání rituálů rozloučení s dítětem u žen po perinatální ztrátě v České republice. Soubor tvořilo 83 žen po perinatální ztrátě v letech 2007-2012 v ČR. Výsledek výzkumu byl následující. Většina žen po porodu mrtvého plodu své dítě neviděla a 69 % těchto žen této skutečnosti lituje. 100 % žen, které po perinatální ztrátě své dítě vidělo, byly rády. Bylo zjištěno, že velmi často možnost rozloučit se s dítětem nebyla vůbec nabízena. Pouze 17,5 % žen po perinatální ztrátě má nějakou upomínku na své dítě (Ratislavová a kol. 2012).

Porodní asistentky by měly mít na vědomí, že v první fázi truchlení je touha ženy poznat své dítě potlačena strachem a obavami. Je však důležité nepromarnit první půl hodiny po porodu mrtvého dítěte, kdy dochází k posmrtným změnám dítěte (jako je například barva či teplota kůže), a aktivně rodičům nabízet kontakt (Ratislavová, 2016). Podstatou práce s pozůstalými rodinami je však respektovat jejich přání a pocity, ať už jsou jakékoliv. Nabídnout jim tolik času, kolik potřebují, mluvit o tom, co se stalo, a skutečně naslouchat tomu, co říkají. Dále zajistit, aby měli tolik informací, kolik potřebují, a aby jim porozuměli. Upřímně odpovídat na jejich otázky a ujistit se, že budou mít někoho, na koho se mohou v budoucnu obrátit s žádostí o podporu. (Attia, Nolan, 2011).

2.1.4 Průběh hospitalizace ženy po perinatální ztrátě

Ratislavová (2016) uvádí, že po porodu mrtvého miminka či po úmrtí dítěte krátce po porodu je žena hospitalizována pouze po nezbytně nutnou dobu. Ve většině nemocnic jsou ženy po perinatální ztrátě umístěny na gynekologickém oddělení. Umístění na pokoj by mělo proběhnout až po domluvě se ženou dle jejich preferencí. Většinou si ženy volí jednolůžkový pokoj s možností stálé přítomnosti partnera nebo jiné blízké osoby. Některé ženy však preferují společnost a sdílení. V průběhu hospitalizace by zdravotníci měli ženě vytvořit bezpečné prostředí. Je důležité se ženou a jejím partnerem diskutovat o jejich individuálních potřebách a měli by jim vyjít vstříc.

V otázce medikalizace zármutku výzkumy ukázaly, že používání psychofarmak v procesu truchlení ztěžuje přijetí ztráty jako skutečnosti. Některým ženám mohou být nabídnuta mírná farmaka k podpoře odpočinku či spánku v bezprostředním období smutku, ale nedoporučuje se dlouhodobá sedace. Proto je doporučováno například poskytnout slovní kontakt místo podávání tablet. Kromě naplňování biologických potřeb a poskytování ošetrovatelské poporodní péče by měli zdravotníci ženě aktivně naslouchat a měli by rodičům vytvořit klidné prostředí. Standardní ošetrovatelská péče zahrnuje kontrolu celkového stavu, fyziologických funkcí, výšky děložního fundu, hojení porodního poranění, krvácení a očísků, prevenci komplikací atd. Specifickou péči o ženu po perinatální ztrátě představuje zástava laktace spojená s poučením ženy v péči o prsy (Ratislavová, 2016). Jako farmakologická léčba zástavy laktace jsou voleny antagonisté dopaminu s minimem vedlejších účinků, které vedou ke snížení produkce prolaktinu v hypofýze a následnému snížení produkce mateřského mléka (Fait, 2008). Dále je doporučováno podpořit zástavu laktace chladnými obklady (15-20 minut několikrát

denně) či stažením prsů těsnou podprsenkou, která sníží prokrvení prsů a dochází také k vyvíjení tlaku na epitel mléčné žlázy, čímž se také sníží produkce mateřského mléka. Prsy je doporučeno odstříkávat pouze v případě bolesti a nutnosti ulevit si při napětí prsou. Je však možnost darování odstříkaného mateřského mléka mléčné bance na počest jejího dítěte. Žena by měla dostat od porodní asistentky informace o všech možnostech a právo se rozhodnout.

Zdravotníci by se neměli vyhýbat komunikaci na téma ztráty nebo dokonce neměli ženu vyzývat k potlačení zármutku. Zdravotníci by měli rodičům sdělit, co je v nejbližší době čeká jako například návštěva úřednice z matriky a rozhodování ohledně pohřbu. Před odchodem z nemocnice by měli být rodiče poučeni o procesu truchlení, o mateřské dovolené, o možné laické a odborné pomoci či dostupné literatuře zabývající se perinatální ztrátou. Od roku 2012 je v Národní soustavě kvalifikací zveřejněna profesní kvalifikace „poradce pro pozůstalé“, na něž se mohou rodiče obrátit při plánování pohřbu či při práci se zármutkem. Rodičům by měly být tyto informace poskytnuty i v písemné podobě. Výzkumy ukázaly, že dostatek informací je nezbytný pro pocit psychické podpory (Ratislavová, 2016).

Legislativní rámec pohřbu nám udává Zákon č. 256/2001 Sb. o pohřebnictví a o změně některých zákonů. „Pro účely tohoto zákona se rozumí a) tělem zemřelého mrtvé lidské tělo nebo jeho části do pohřbení, pokud není za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem 26) použito pro potřeby lékařské vědy, výzkumu nebo k výukovým účelům; tělem zemřelého je i tělo mrtvé narozeného dítěte, b) jinými lidskými pozůstatky plod po potratu, včetně biologických zbytků potratu, není-li možné je od plodu oddělit, podle zvláštního právního předpisu; jiným lidským pozůstatkem je vždy plod po umělém přerušení těhotenství, o) identifikací jiných lidských pozůstatků písemné potvrzení poskytovatele zdravotních služeb o potratu obsahující údaje o stáří plodu v týdnech, je-li známo, jeho pohlaví, pokud ho lze určit, datum potratu, je-li známo, nebo datum ukončení těhotenství a jméno, popřípadě jména, a příjmení matky, p) vypravitelem pohřbu fyzická nebo právnická osoba sjednávající pohřbení do 96 hodin od oznámení úmrtí nebo obec zajišťující pohřbení podle § 5 odst. 1 až 3 (Zákon č. 256/2001 Sb. o pohřebnictví a o změně některých zákonů, 2021, s. neuvedena).“

2.1.5 Péče o ženu a její rodinu po propuštění z porodnice

Dle Ratislavové (2016) je žena před propuštěním do domácího prostředí poučena o návštěvě svého obvodního gynekologa po ukončení šestinedělí, který by měl být

informován o perinatální ztrátě. Je také doporučována jedna návštěva nemocnice, která by měla být zaměřena na vysvětlení příčin úmrtí dítěte/novorozence v souvislosti na výsledcích pitvy. Ženám po perinatální ztrátě by měla být nabídnuta návštěva komunitní porodní asistentky v šestinedělí. Porodní asistentka se zaměřuje nejen na kontrolu tělesného stavu ženy, kam patří například hojení porodního poranění, stav prsů, kontrola odchodu očítků aj., ale také na psychický stav ženy. Konkrétně by měla porodní asistentka zahrnout oblast dopadu ztráty na sourozence zemřelého dítěte, oblast partnerství, komunikace s okolím, návrat do práce, zvládání pocitů spojených s perinatální ztrátou apod. Vysvětlení rodičů ostatním dětem by mělo být upřímné, jednoduché, faktické, citlivé a mělo by zohledňovat věk dítěte. Děti je možné zapojit do rituálů rozloučení se zemřelým dítětem nebo vzpomínkových rituálů jako například pohřeb, kreslení obrázků, zasazení stromu či výběru hračky jako památkového předmětu na sourozence.

Co se týče vlivu perinatální ztráty na partnerství, v literatuře se můžeme setkat s pojmem inkongruentní zármutek, což znamená rozdílné vnímání zármutku muže a ženy. Bezprostředně po porodu můžeme pozorovat stejné reakce partnerů při perinatální ztrátě, avšak postupem času dochází k genderovým rozdílům v procesu truchlení. Ženy vnímají spíše ztrátu dítěte jako takového a muži vnímají spíše ztrátu rodičovské role. Výzkumy potvrdily, že muži potlačují zármutek nebo ho prožívají v soukromí a také, že se spíše zaměřují na praktické věci. Naopak ženy vyjadřují expresivně své emoce a hledají cestu k vyrovnání se se zármutkem. Pokud nejsou partneři zvyklí o svých pocitech otevřeně vzájemně hovořit, velmi často dochází k partnerským/manželským problémům až rozpadům vztahů. Porodní asistentka by proto měla do komunikace zapojit oba rodiče či páru doporučit párové nebo rodinné poradenství. Důležitá je také komunikace v rodině, která představuje velmi významnou sociální oporu pro rodiče po perinatální ztrátě. Porodní asistentka může rodičům poradit, jak oznámit tuto tragickou událost rodině i okolí (Ratislavová, 2016).

V rámci návštěvy obvodního gynekologa po ukončení šestinedělí je doporučeno dát ženě informace o dalším těhotenství, které může pro rodiče představovat emoční vzpruhu, nemělo by však představovat potlačení truchlení. Další těhotenství je častěji komplikováno úzkostmi až depresemi či posttraumatickou stresovou poruchou. Proto je doporučováno, aby žena měla individuální předporodní podporu porodní asistentky či psychologické (Ratislavová 2016). Salenius (2019) uvádí, že většina žen po

perinatální ztrátě, znovu otěhotní do jednoho roku. Ve srovnání s ženami, které nikdy perinatální ztrátu nezažily, jsou však vystaveny zvýšenému riziku výskytu úzkosti a depresí. Lze proto předpokládat, že těmto ženám by v budoucích těhotenstvích prospěla zvláštní péče, včetně zvýšené psychologické podpory. Nedávný průzkum mezi rodiči, kteří zažili mrtvě narozené dítě, zkoumal, kolik dodatečné péče se jim dostalo v následujících těhotenstvích. Průzkum uváděl, že doplňková ultrazvuková vyšetření a předporodní návštěvy byly provedeny u 70 % rodičů. Poskytování doplňkové psychosociální péče bylo zaznamenáno pouze u 10 % rodičů. Charita Stillbirth and Neonatal Death v současné době pilotuje National Bereavement Care Pathway napříč Anglií. Jejich průběžná zpráva však poukázala na nesrovnalosti v celé zemi a na to, že nedostatek zdrojů a odborné přípravy zaměstnanců a špatná zařízení jsou překážkou poskytování odpovídající péče.

Cílem výzkumu autorek Kaspárkové a Bužgové (2013), bylo identifikovat potřeby a způsoby zvládání zátěže v období právě probíhajícího těhotenství. Výzkum byl proveden kvalitativní metodou. Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Účastnicemi výzkumu bylo 6 těhotných žen ve třetím trimestru po perinatální ztrátě v předchozím těhotenství. K analýze dat byly využity postupy otevřeného a axiálního kódování a vytváření kategorií. Na základě této analýzy dat byly stanoveny kategorie: Zkušenost perinatální ztráty, Prožívání nového těhotenství, Pocity, Zvládání, Potřeby. Z analýzy rozhovorů se dozvídáme, že těhotenství po perinatální ztrátě představuje období zvýšené emociální zátěže a každá žena má své specifické potřeby a různé způsoby zvládání zátěže. Závěrem výzkumu lze říci, že těhotné ženy po předchozí perinatální ztrátě vyžadují specifický přístup od poskytovatelů péče. Velmi důležitá je kontinuita péče, která začíná obdobím perinatální ztráty, pokračuje přípravou na další těhotenství, porod a šestinedělí. Právě komunitní porodní asistentky mohou být vhodnou podporou pro skupinu žen a jejich rodin po perinatální ztrátě. Jejich podpora může být například v podobě poskytování informací o fyziologickém průběhu těhotenství, edukace o možnostech zvládání zátěže, poskytnutí doporučení ohledně relaxačních technik, podpora sebedůvěry ženy či podpora ženy v možnosti projevit své emoce.

2.1.6 Proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou miminka

Kasparová, Bužgová (2010) ve svém výzkumu popisují pocity a zkušenosti žen po perinatální ztrátě. Výzkum byl proveden kvalitativní metodou. Metodou sběru dat bylo 7 nestrukturovaných rozhovorů s ženami, jež porodily mrtvé dítě a analýza obsahu

dokumentů. Respondentky spontánně popisovaly pocity, které prožívaly v určitých situacích. Na základě analýzy dat byly stanoveny významové kategorie a podkategorie: 1. prožívání a pocity (podkategorie: obavy o těhotenství, sdělení diagnózy, porod, období po porodu, rozloučení s dítětem, negativní zážitky); 2. pomoc a podpora (podkategorie: podpora otce dítěte, podpora okolí, profesionální podpora, vysvětlení příčiny smrti dítěte). Bylo zjištěno, že u respondentek nebyl příliš podporován proces truchlení, ani jim nebyly poskytovány dostatečné informace o tomto procesu. Ženy po perinatální ztrátě spíše využívaly svépomocné skupiny žen s podobnou situací než profesionální pomoci. Porod mrtvého dítěte je pro všechny ženy traumatizujícím zážitkem, a pro jeho zpracování má velký význam podpora a pomoc, která je ženě během porodu a v dalším období poskytnuta. Nezbytnou úlohu tu hraje právě porodní asistentka, která má vliv na zvládnání této traumatizující události. Z výzkumu také plyne, že by měly být ženám poskytovány písemné informace, aby se k nim mohly později vrátit. Pochopení pocitů žen po perinatální ztrátě zdravotníky, může přispět k efektivnějšímu poskytování ošetrovatelské péče.

To, že by se ženám po perinatální ztrátě v České republice mělo věnovat více pozornosti také v oblasti psychologické pomoci dokládá již zmíněný výzkum autorů Ratislavová a kol. (2012). Soubor tvořilo 83 žen po perinatální ztrátě v letech 2007-2012 v ČR. Výsledky výzkumu ukázaly, že 52 % žen využilo laickou podporu žen ve stejné situaci a pouze 44,5 % žen vyhledalo odbornou pomoc psychologa či psychiatra.

Salenius (2019) uvádí, že psychologické důsledky narození mrtvého dítěte jsou zničující, hluboké a trvají celý život. Používání teorie symbolického interakcionismu ke zkoumání zármutku po narození mrtvého dítěte, však může vést k většímu porozumění. Také přijetí účinné, vhodné a citlivé péče má zásadní význam pro proces zotavení rodičů po perinatální ztrátě.

Zajištění správné perinatální paliativní péče pro rodiny vyžaduje dovednosti a znalosti mnoha různých oborů. Autorky Kobler, Limbo a Oakdalen (2012) poznamenávají význam interdisciplinárního týmu pro komplexní poskytování takové péče. Je podporováno, aby do perinatálního paliativního interdisciplinárního týmu byli přidáni pedagogové při porodu (tzv. childbirth educators), kteří poskytují rodičům informace a podporu. Porodní pedagogové mohou poskytnout individualizovanou péči respektující rodinné preference, naděje a jejich zármutek. Porodní pedagogové mohou mnoha způsoby spolupracovat v celém kontinuu perinatální paliativní péče.

2.1.7 Poskytování perinatální paliativní péče v České republice a v zahraničí

Perinatální paliativní péče v České republice

Perinatální paliativní péče v České republice v mnoha ohledech zaostává za západní Evropou. Dle časopisu *The Economist* v rámci mezinárodního srovnávání v hodnocení kvality péče poskytované v závěru života, Česká republika skončila až za zeměmi jako je například Mongolsko či Panama. V České republice je velkým problémem oddělit paliativní péči od pojmů jako je stáří, umírání či hospicová péče. Tyto pojmy samozřejmě s problematikou paliativní péče souvisejí, avšak je velmi důležité uvědomit si, že tyto pojmy představují pouze malý výsek toho, co skutečně paliativní péče představuje a pro jaké problémy je určena (Loučka, 2018).

V České republice zatím neexistuje speciální místo, kde by ženy měly možnost родit jejich umírající/mrtvé miminko. Ženy tak rodí v běžných porodnicích či perinatologických centrech (Ratislavová, 2016), kde nenajdeme ani žádné specializované týmy perinatální paliativní péče na rozdíl od zahraničí, kde jsou specializované týmy při porodnicích a neonatologických klinikách běžnou praxí. V České republice je tato myšlenka zatím rozvíjena hlavně neziskovými organizacemi (např. organizace *Dítě v srdci*) či konkrétními nadšenými jednotlivci (Loučka, 2018).

Cílem perinatálního hospice *Dítě v srdci* je poskytnout maximální možnou podporu rodinám, dostatek informací pro všechny a usilovat o postupnou přeměnu českého zdravotnictví (*Dítě v srdci*, 2021). Podporu rodičům po perinatální ztrátě poskytuje také například občanské sdružení *Dlouhá cesta*, které vzniklo v roce 2005 z iniciativy maminek prožívající smrt dítěte, je zaměřeno na emocionální a praktickou podporu pozůstalých rodičů a jejich rodin. Z iniciativy občanského sdružení *Dlouhá cesta* vzniklo mnoho projektů a dalších aktivit, jež pomáhají zlepšit komunikaci směrem k pozůstalým rodinám. Jako příklad můžeme zmínit projekt „Nejste sami“, jež spočívá ve vytváření sítě laických poradců z řad rodičů a rodin po perinatální ztrátě po celé republice. Projekt „Prázdná kolébka“ nabízí pomoc a podporu rodičům, kterým zemřelo dítě před či krátce po porodu. Cílem projektu „Barevný anděl“ je pomáhat přeměňovat dětské pokojíčky pozůstalých sourozenců a podpora vztahů v rodině po úmrtí sourozence. Mezi další aktivity sdružení patří různá svépomocná setkání, rekondiční víkendy či vzpomínkové akce jako například akce „Zapalme svíčku“, která je pořádána každý rok

v rámci Světového dne památky zesnulých dětí. Jako další nezbytné aktivity sdružení jsou akce pro zlepšování informovanosti pro laiky i odborníky či vzdělávací kurzy a semináře, mezi které patří například seminář „Dobrý posel špatných zpráv“, jež se zaměřuje na předávání tragické zprávy a následné komunikaci s rodiči. E-learningový kurz „Péče o rodiče po perinatální ztrátě“ je určen pro studenty zdravotnických škol a zdravotníky. Cílem kurzu je vzdělávání v oblasti psychosociální podpory rodičů po perinatální ztrátě (Haruštiaková, Hráská, 2014).

Perinatální paliativní péče v zahraničí

Většina perinatální paliativních programů a hospiců se nachází v USA. V souvislosti s touto problematikou nesmíme zapomenout zmínit Amy Kuebelbeck, jednu z hlavních představitelk perinatální paliativní péče v USA. Amy Kuebelbeck je autorkou webového portálu PerinatalHospice.org, na kterém lze najít komplexní informace ohledně perinatální paliativní péče. Jako přední odbornice na toto téma přednáší po celém světě (Loučka, 2018).

Že je situace ohledně perinatální paliativní péče v zahraničí na vyšší úrovni, dokládají například autorky Power, Rea a Fenton (2017) ve svém článku. Univerzitní nemocnice Milton Keynes ve Spojeném království nabízí ženám, které utrpěly předchozí perinatální ztrátu, cestu k předporodní péči na míru, a to tím, že jim nabízí péči vedenou komunitní porodní asistentkou v ordinaci jejich praktického lékaře nebo je jim nabídnuta možnost péče od porodní asistentky Tracy Rea, specializující se na problematiku perinatální paliativní péče (tzv. bereavement midwife). Přínosem volby navštívit Tracy je, že ženy budou mít kontinuitu péče, čímž se vyhnou nutnosti diskutovat o své předchozí porodnické anamnéze s různými zdravotníky v průběhu těhotenství. Stejně tak, pokud se ženy rozhodnou, že se o ně budou starat jejich komunitní porodní asistentky, jsou ujištěny, že mohou kdykoliv během těhotenství kontaktovat tuto specializovanou porodní asistentku, pokud potřebují dodatečnou radu nebo podporu.

2.2 Vzdělávání porodních asistentek v problematice perinatální paliativní péče

Mezinárodní definice porodní asistentky, přijatá 19. 7. 2005 na kongresu Mezinárodní konfederaci porodních asistentek konaném v Brisbane, Austrálie, zní následovně: „*Porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila oficiální vzdělávací program pro porodní asistentky uznávaný v dané zemi, a dosáhla tak požadované*

kvalifikace pro získání registrace – úředního povolení k výkonu povolání porodní asistentky (Porodní dům U Čápa, 2021, s. neuvedena). “

Studentky porodní asistence se mohou v klinické praxi setkat s perinatální ztrátou, jako je narození mrtvého dítěte a úmrtí novorozence. Vyrovnat se s těmito událostmi může být náročné, protože ztráta a smrt jsou antitezí narození, která převažují v porodní praxi. O tom, jak jsou studentky porodní asistence podporovány při péči o ženy trpící ztrátou, existují jen omezené výzkumy, špatná podpora však může mít dopad na budoucí praxi (Alghamdi, Jarret, 2016).

2.2.1 Vzdělávání porodních asistentek v problematice perinatální paliativní péče v zahraničí

Efektivitou výuky zdravotnických pracovníků v perinatální paliativní péči se zabývají autorky Ratislavová, Bužgová, Vejvodová (2019) ve výzkumu, jehož cílem bylo analyzovat efektivitu výuky zdravotnických pracovníků v perinatální paliativní péči, metody hodnocení výuky a používané strategie výuky. Bylo prováděno systematické vyhledávání anglických jazykových recenzovaných publikací jakéhokoliv designu výzkumu prostřednictvím SCOPUS, Medline/PubMed, EBSCOhost, Science Direct, ERIC, Web of Science, Wiley, Ošetřovatelské databáze Ovidia a ProQuest. Do přezkumu bylo zahrnuto čtrnáct výzkumných prací zveřejněných v letech 2002 až 2017, které splňovaly kritéria výběru. Všechny 14 studií považovalo výchovu k perinatální paliativní péči za účinnou. Osm studií informovalo o statistickém zlepšení znalostí, bezpečnosti/komfortu při poskytování péče na konci života nebo o zvýšeném vnímání potřeb emocionální péče o pozůstalé rodiny po návštěvě vzdělávacího programu. K hodnocení vzdělávacích programů byly použity dotazníky nebo rozhovory. Kladně byly hodnoceny zejména inovativní výukové strategie (např. simulace, diskuse a metody založené na umění). Vzdělávání v oblasti perinatální paliativní péče je nezbytné v pregraduálním vzdělávání porodních asistentek a novorozeneckých sester. Vzdělávací programy pro perinatální paliativní péči musí být dostupné v postgraduálním vzdělávání pro odborníky, kteří se setkávají s perinatální smrtí a pozůstalými rodinami v nemocniční a komunitní péči.

USA

Theory of Caring, vyvinuta Kristen M. Swanson, PhD, děkankou ošetřovatelství na Univerzitě v Severní Karolině v USA, je mezinárodně uznávanou teorií ošetřovatelství

středního rozsahu, která je v zahraničí využívána ve výzkumech, vzdělávání i v praxi. Teorie ošetrovatelské péče vznikla v úseku péče o ženy po perinatální ztrátě. Theory of Caring je rozdělena na pět základních procesů, které vedou k blahu nemocného. Jedná se o kategorie vědět, být s, dělat pro, umožnit a zachovat víru (Ratislavová, Hendrych Lorenzová, 2013).

Autorky Logiudice a O'Shea (2017) představily model perinatální paliativní péče v americkém programu vzdělávání porodních asistentek. Využíváním postupů založených na důkazech a národních programů lze perinatální paliativní péči proplést osnovami pro porodní asistentky s cílem dosáhnout mezinárodních standardů praxe a kompetencí. Nejdůležitější je, že posílení výchovy perinatální paliativní péče lépe připraví budoucí porodní asistentky na případy, kdy porodní výsledek není takový, jaký se očekával na počátku těhotenství. Studentky porodní asistence s se vzděláním v oblasti perinatální paliativní péče tak rozvíjejí sadu dovedností, která poskytuje holistickou porodní péči ženám a rodinám, které se potýkají život limitujícími diagnózami plodu nebo mrtvě narozenými dětmi. Obsah modelu zahrnuje například práva umírajícího novorozence, pokyny a příklady porodních plánů, kulturní a náboženské aspekty perinatální paliativní péče; charakteristiky úmrtí na novorozenecké jednotce intenzivní péče či otázky pro telefonický hovor rodičů, kteří prodělali perinatální ztrátu. Další důležitou součástí modelu je partnerství s agenturou Hope After Loss, která nabízí zdravotníkům bezplatný vzdělávací přístup k osvědčeným postupům při práci s rodinami, které utrpěly perinatální ztrátu. Tato organizace také poskytuje emocionální podporu a finanční pomoc na pohřební náklady rodinám. Model perinatální paliativní péče mohou přijmout vzdělávací programy po celém světě. Takto vzdělané porodní asistentky pak mohou poskytnout holistickou péči ženám a rodinám, které se potýkají s mrtvě narozenými nebo život omezujícími diagnózami plodu.

Z globálního hlediska byl publikován malý výzkum týkající se potřeb zdravotních sester a porodních asistentek v souvislosti s perinatálním úmrtím. Cílem bylo určit potřeby a obavy amerických a španělských zdravotních sester a porodních asistentek, které pracovaly s perinatálním úmrtím, a určit intervence na pomoc rodinám s touto zkušeností. Byla provedena průřezová studie. V roce 2011 byly prostřednictvím dotazníku shromážděny údaje od amerických (n=44) a španělských (n=15) zdravotních sester a porodních asistentek. Zjištění odhalila trvalou potřebu vzdělávání v oblasti perinatální ztráty jak v USA, tak ve Španělsku. Vzdělávání je nutné jak v osnovách

ošetřovatelství a porodnictví, tak v klinické praxi. Nedostatek znalostí a dovedností je hlavním důvodem postojů a nepohodlí zdravotníků k perinatální smrti. Navíc zdravotní sestry a porodní asistentky z USA i Španělska potřebují další vzdělání související s významem náboženských rituálů. Tato zjištění prokazují trvalou potřebu zvýšit standard a konzistenci perinatální péče o pozůstalé na celém světě. Pro zvýšení standardu péče je nezbytná osvěta v oblasti ošetřovatelských osnov a praxe v obou kulturách. Zlepšení vzdělávání na toto téma umožní sestřím získat důvěru ve své dovednosti a zvýšit standard perinatální péče o pozůstalé (Steen, 2015).

Autoři Anspacher et al. (2017) popisují učební počítačový modul, který byl vyvinut jako součást osnov péče o novorozence, aby vyplnil mezeru ve vzdělávacích zdrojích o perinatální paliativní péči. Modul byl původně vyvinut pro pediatriy, ale jiní poskytovatelé novorozenecké péče, včetně porodních asistentek, zdravotních sester, studentů medicíny či asistentů lékařů, jej mohou považovat za přínosný. Počítačový formát modulu přispívá k jeho jedinečnosti a užitečnosti. Po absolvování tohoto modulu by měli být účastníci schopni definovat základní principy dětské paliativní péče a způsob, jakým se uplatňují na péči o novorozence s život limitující nemocí, rozpoznat diagnózy a zdravotní stav novorozence související s paliativní péčí, identifikovat perinatální paliativní péči a služby poskytované od těhotenství přes pozůstalost, popsat strategie pro komunikaci s rodinami ohledně plánování porodu a cílů péče, popsat přístupy k poskytování paliativní péče novorozenci při porodu a v bezprostředním období po porodu či určit, kdy a jak odkazovat na hospicové služby. Primárním nástrojem v tomto modulu učení je PowerPoint prezentace se sekcí poznámek. Tento modul byl testován členy oddělení Dětského národního zdravotního systému ve Washingtonu. Účastníci absolvovali pretestové, posttestové a modulové hodnocení. Modul byl vysoce hodnocen pro splnění studijních cílů, užitečnost pro výuku malých skupin a vhodnost formátu činnosti. Studenti také vysoce hodnotili modul v klinickém významu. Připomínky studujících byly veskrze pozitivní a konstruktivní zpětná vazba byla řešena. Zatímco je modul testován jako samostudijní nástroj, může být použit i v nastavení výuky v malých skupinách.

Anglie

Po perinatální ztrátě mají ženy a jejich rodiny individuální potřeby. Vzhledem k tomu, že právě porodní asistentky jsou v této době hlavní přítomnou profesní skupinou, musí být pro ženy v době perinatální ztráty velkou oporou. Špatná komunikace

a nepřipravenost personálu mohou prohloubit bolest ženy a její rodiny. Právě nároky, které jsou na porodní asistentky kladeny v této situaci, vedly k tomu, že se projevila rostoucí poptávka o odbornou přípravu, která dospěla k uskutečnění akce s názvem Den studia perinatální ztráty a komunikace pro porodní asistentky v rámci nadace University College London Hospitals NHS Foundation Trust.

Studijní den se konal v pohodlných prostorách nového vzdělávacího centra UCLH a zaměřil se na klíčové principy efektivní komunikace, zkoumal osobní zkušenosti porodních asistentek a žen po perinatální ztrátě a zvažoval praktické důsledky pro praxi. Porodní asistentky, které se zúčastnily tohoto studijního dne, se v závěru domnívaly, že je zapotřebí dalšího vzdělávání v této oblasti praxe, jako je například komunikace a kultura. Ze zpětné vazby bylo také patrné, že by měly zájem o pravidelné semináře v prostředí praxe (například místní procesy daného pracoviště v problematice papírování a dokumentace po smrti dítěte). Za důležitý faktor přispívající k osvědčeným postupům v této oblasti byla rovněž označena důležitost místních zdokumentovaných pokynů. Jednotlivé porodní asistentky poskytují péči o pozůstalé relativně zřídka, a proto je třeba, aby písemné pokyny byly k dispozici jako připomínka. Mít pokyny je také velmi užitečné pro nové zaměstnance během zaškolování.

Z článku tedy vyplývá, že je nezbytně důležité, aby byly porodní asistentky vzdělávány v problematice perinatální paliativní péče stejným způsobem jako v naléhavých situacích, jako je například školení a cvičení dovedností řešení porodního krvácení nebo dystokie ramene. Jelikož necítí-li se porodní asistentky podporovány, je obtížné zajistit, aby byla ženám v tak těžkém životním období poskytována kvalitní péče (Baxter, Baron, 2011).

Cílem předregistračního vzdělávání porodních asistentek je připravit studentky na náročnou a komplexní roli, a to s využitím řady výukových, učebních a hodnotících strategií jak v teorii, tak v praxi. Článek autorek Power, Rea (2016) je součástí série zkoumající roli klinických pracovníků jako zprostředkovatelů učení v prostředí učeben. Konkrétně pojednává o výuce studentek druhého ročníku na tříletém předregistračním programu porodní asistentka. Sezení trvalo přibližně dvě a půl hodiny. V rámci první části porodní asistentka odprezentovala hlavní přednášku, která se zabývala klasifikací mrtvě narozených dětí, zásadami péče o pozůstalé včetně příčin mrtvě narozených dětí, službami pro pozůstalé rodiče a školením a podporou personálu. Další část sezení

zahrnovala informace od páru, který se podělil o své zkušenosti ze ztráty syna a následného těhotenství. V tomto kontextu je zde zmiňována síla přenášení skutečných zážitků do třídy, která by neměla být podceňována. Článek je zakončen zpětnou vazbou studentů na sezení demonstrující hluboké a smysluplné učení, které proběhlo, a potvrzuje hodnotu přenesení reality praxe do učebního prostředí.

Cílem studie autorek Hollins Martin, Robb, Forrest (2016) bylo určit výukové strategie, které by mohly pomoci vybavit studentky porodní asistentky důvěrou v poskytování kompetentní úrovně perinatální paliativní péče pozůstalé rodině. K poskytnutí témat identifikovaných v rámci údajů shromážděných v předchozí studii byla použita průzkumná kvalitativní tematická analýza. Účastnice byly studentky porodní asistence (n=179) v druhém/třetím ročníku studijního programu pro porodní asistentky na 1 ze 3 univerzit ve Spojeném království. Data pro vyhodnocení účinnosti pracovního sešitu pro pozůstalé jako učební metody byla shromažďována pomocí nástroje průzkumu. V této studii byly analyzovány připomínky napsané v rámci otázek účastníků. Byla navržena 3 řešení. Podporovat skupinovou diskusi ve třídě, která pomůže budovat důvěru studentů k emocionálnímu zvládnutí skutečných událostí pozůstalosti. Zajistit, aby kvalifikované porodní asistentky hned na začátku vzdělávání studentky zahrnuly do skutečných událostí pozůstalosti. Vypracovat balíčky scénářů pro simulaci klinických dovedností.

Autoři článku Price et al. (2019) představili studii, která zkoumá potenciální hodnotu nových a inovativních interprofesionálních vzdělávacích zkušeností (IPE) pro studenty posledního ročníku oborů porodní asistentka a dětská sestra zaměřených na zlepšení povědomí o péči o děti na konci života ve spojení s podporou jejich rodin. Studie využívá přístup akčního výzkumu ke zkoumání zkušeností studentů porodních asistentek a dětských ošetřovatelů s iniciativou IPE při rozvoji znalostí týkajících se perinatální/neonatální paliativní péče. Studie probíhala v prostředí Higher Education Institute v jižní Anglii a zahrnovala studenty posledního ročníku oboru porodní asistentka (n=39) a dětská sestra (n=34). Kvalitativní a kvantitativní údaje ukázaly, že zásah IPE se osvědčil při rozvoji znalostí a důvěry studentek, protože obě skupiny cítily, že před návštěvou studijního dne nemají znalosti a důvěru v perinatální/neonatální paliativní péči. Studentky uvedly, že učení se s druhou zastoupenou profesí je důležité pro vytváření jejich znalostí. Byly shromážděny důkazy, které prokazují, že díky vzdělávací intervenci obě odborné skupiny studentů lépe porozuměly filozofii perinatální/neonatální paliativní

péče a také více ocenily význam včasného odkazování na paliativní péči před i po narození. Kromě toho studentky uvedly, že lépe chápou role a povinnosti toho druhého a že si uvědomují různé služby, které jsou v komunitě k dispozici. Pedagogové by měli prozkoumat inovativní způsoby, jak umožnit další rozvoj začínající specializace perinatální/neonatální paliativní péče prostřednictvím vzdělávání na interprofesní platformě. Existuje potenciál pro spolupráci vysokých škol a pořádání seminářů IPE, které sdružují studenty z jiných profesí zdravotní a sociální péče, jako je právo, lékařství, fyzioterapie, radiologie a sociální práce. Takový přístup by v konečném důsledku mohl přispět k pokroku ve znalostech/uvědomění, rozvoji efektivní týmové práce a poskytování vysoce kvalitní perinatální/neonatální paliativní péče kojencům a jejich rodinám.

Dle autorů Price et al. (2014) je vzdělávání považováno za ústřední prvek zlepšování budoucí paliativní péče o děti a rodiny ve všech zemích. Mezinárodní vzdělávací iniciativy zajistí, aby si praktičtí lékaři byli vědomi globálních zdravotních problémů a mohli poskytovat kulturně citlivou péči. Tvůrčí a inovativní prostředky pro splnění těchto směrnic jsou nezbytné pro dosažení smysluplného učení studentů. Tento článek se zaměřuje na mezinárodní interprofesní workshop dětské paliativní péče pro studenty ošetrovatelství z USA a studenty ošetrovatelství a porodní asistentky z Velké Británie. Tento workshop využívá jako učební metody případové studie. Workshop přinesl širší, smysluplné a zábavné učení pro studenty. Studenti z Velké Británie i USA byli schopni identifikovat rozdíly a podobnosti mezi zeměmi, pokud jde o ošetrovatelskou praxi a dostupnost zdravotnických služeb. Tím si vytvořili větší přehled o globální povaze svých vybraných profesí. Potřeba vzdělávání týkajícího se dětské paliativní péče je v rámci vysokoškolských programů ošetrovatelství a porodnictví nezbytná, stejně jako možnosti vzdělávání, které studenty motivují ke globálnějšímu uvažování o poskytování péče a péči citlivé na kulturní potřeby. Klíčové učební body vyplývající z hodnocení studentů byly zaznamenány ve třech hlavních tématech, kterými byly: rozdíly mezi zeměmi, podobnosti mezi zeměmi a to, aby učení bylo zábavné a zapamatovatelné. Zjištění naznačila, že tato společná vzdělávací činnost byla všemi studenty vnímána kladně a umožnila jim učit se spolu a od sebe navzájem, což mohlo mít dopad na jejich budoucí praxi.

Irsko

Kvalitnější vzdělávání v oblasti péče o pozůstalé bylo doporučeno HSE (Health Service Executive) v roce 2016 v Irsku. Rovněž byla doporučena podpora a dohled nad personálem pracujícím s pozůstalými rodiči, z důvodu podpory psychické pohody personálu a zlepšení péče o pacienty. Vzhledem k požadavku na porodní asistentky, aby poskytovaly péči založenou na důkazech, je nezbytné najít způsoby, jak zajistit, aby vzdělávání v této oblasti bylo efektivní a dobře začleněné do klinické praxe. Charita Stillbirth And Neonatal Death (SANDS) pořádá interaktivní jednodenní workshopy pro porodní asistentky, studentky porodní asistence a multidisciplinární týmy. Tento kurz dodává porodním asistentkám sebedůvěru a obsahuje relevantní, aktuální informace. Tento kurz je bohužel dostupný pouze ve Velké Británii. To vedlo k rozvoji vzdělávacího a školicího workshopu o péči o pozůstalé (ETWBC), který se zaměřil na potřeby studentských porodních asistentek v pokročilé fázi jejich vzdělávání, aby podpořil jejich důvěru v tuto důležitou oblast porodní praxe (Doherty, 2018).

V návaznosti na uskutečnění tohoto kurzu byl proveden výzkum zaměřený na vzdělávací potřeby studentek porodní asistence a jejich zkušenosti s účastí na vzdělávacím workshopu pro pozůstalé. Dvě cílové skupiny studentek diskutovaly o svých zkušenostech s účastí na workshopu, překážkách a zprostředkovatelích pro získání důvěry a o případných dalších vzdělávacích potřebách. Kvantitativní údaje (vyhodnocení výsledků) umožnily zachycení číselných údajů o znalostech, dovednostech a vnímání studentů a kvalitativní údaje (vyhodnocení procesů) umožnily zachycení zkušeností studentů s účastí v ETWBC. Výsledky studie ukázaly, že studentky porodní asistence nemají důvěru ve své znalosti a dovednosti v poskytování kvalitní péče o pozůstalé po perinatální ztrátě v důsledku nedostatku expozice a že účast na tomto vzdělávacím semináři jejich důvěru zvýšila. Studentky po absolvování semináře nejvíce ocenily možnost vyzkoušet si konkrétní modelové situace v bezpečném prostředí. ETWBC je doporučen jako účinný vzdělávací nástroj pro všechny studentky porodní asistence a může být uzpůsoben pro libovolné zdravotnické prostředí. Je třeba klást větší důraz na podporu studentek porodní asistence, aby se dostaly do kontaktu s perinatálním úmrtím, aby se následně zvýšila jejich důvěra v tuto oblast klinické praxe a zvýšila míra spokojenosti pozůstalých rodičů. K tomu se jeví jako nezbytná také podpora od mentorů a vedoucích pracovníků (Doherty, 2018).

Kvalitativní studie autorů Barry et. al. (2017) je založena na účasti studentek porodní asistence na specifickém uměleckém projektu zajišťující kreativní způsob jejich vzdělávání v problematice perinatální paliativní péče. V rámci této studie byly provedeny polostrukturované rozhovory se studentkami porodní asistence v prostředí regionální porodnice v Irsku, která hostila Národní umělecká díla a výstavu zkoumající skrytý svět úmrtí kojenců. Umělecké dílo a výstava Amulet poskytly studentům porodní asistence vhled do kognitivního a afektivního učení v kontextu perinatálního utrpení a ztráty. Výzkum uvádí, že samotné přednášky jsou neúčinné při identifikaci vnímání a obav studentů a že interaktivní proces stimuluje kritické myšlení a řeší afektivní oblast učení. Reflektivní učení a používání příběhů může pomoci rozvíjet znalosti a důvěru studentek.

Austrálie

Zatímco porodní praxe se zabývá převážně šťastnými zážitky, dochází však také k neočekávaným a nepředvídatelným událostem. Studie zkoumala počáteční klinická setkání vysokoškolských porodních asistentek s mrtvým porodem a úmrtím novorozenců. Jejím cílem bylo porozumět zkušenostem, kterým byly studentky vystaveny, s cílem zavést strategie pro jejich lepší přípravu a podporu. Studentky bakalářského studia porodních asistentek ze dvou univerzit ve Victorii v Austrálii byly pozvány k účasti na polostrukturovaných rozhovorech. Otázky k rozhovoru vypracovali výzkumní pracovníci na základě zkušeností a obecných otázek, z nichž studie vycházela. Bylo zjištěno, že mnohé z nich byly vystaveny situaci perinatální smrti již v počátcích svého studia a byly na konfrontace špatně připraveny. Například studentky popsaly potřebu plakat a vyjádřit emoce zpočátku po klinické příhodě, i když některé si nebyly jisté, zda je to vhodné. Existence podpůrných služeb byla navíc různorodá. Celkově studentky vyžadují před realizací stáží konkrétní přípravu a také jasně určené podpůrné strategie, pokud se s takovými zkušenostmi setkají.

Studie tak nabídla cenná vodítka pro tvůrce učebních osnov a porodní asistentky a také poskytla povědomí o potřebách podpory studentů. Vzdělávací programy musí usilovat o to, aby zahrnovaly podrobnou diskusi na téma perinatální smrti v rané fázi studia. I když se tyto situace stávají zřídka, studenti se s nimi setkávají a porodní asistentky je musí zvládat (McKeena, Rolls, 2011).

Itálie

Cílem této studie bylo posoudit současné postupy poskytovatelů zdravotní péče (HCP), kteří se starají o ženy po porodu mrtvého dítěte, a prozkoumat jejich potřeby odborné přípravy pro lepší podporu pozůstalých rodin. Byl proveden celostátní průřezový průzkum. Hlavními výstupními opatřeními bylo hodnocení poznávání, emocí a chování HCP s ohledem na péči o ženy s mrtvě narozenými dětmi a jejich soulad s mezinárodními pokyny. 750 HCP v 11 italských nemocnicích obdrželo dotazník s výběrem z více možností. Výskyt odpovědí byl 89,9 %; většina (94,1 %) byly ženy s průměrným věkem 37,6 let. Nejvíce zastoupeny byly porodní asistentky (72,8 %). Pouze 55 % respondentů mrtvě narozené děti běžně koupalo a oblékalo, aby je jejich rodiče viděli, zatímco 44,4 % HCP děti okamžitě odebralo, aniž by rodičům umožnilo se s nimi řádně rozloučit. Více než polovina respondentů cítila selhání a někteří dokonce uvedli, že v minulosti neposkytli rodině podporu při péči o ženu s mrtvě narozeným dítětem. Potřebu kurzů odborného vzdělávání vyjádřilo 90,2 % a tři čtvrtiny z nich se nikdy předtím nezúčastnily kurzu perinatální paliativní péče zaměřené na pozůstalé. Výsledky, v rámci vyhodnocování s odkazem na mezinárodní pokyny, byly velmi špatné. Pouze 27,9 % respondentů uvedlo, že vytvářeli upomínkové předměty, a méně než 3 % vyhověla všem doporučením v oblasti respektu k dítěti a rodičům, vhodných možností porodu a následné péče. Mezi standardy péče definovanými v mezinárodních pokynech a postupy, které v současnosti v Itálii existují, je značná propast. Italské HCP cítí naléhavou potřebu, aby jim byly nabídnuty kurzy odborné přípravy, které by lépe vyhovovaly potřebám truchlících rodin.

Zjištění této studie by mohla posloužit jako impuls pro zdravotnické orgány k provádění a formulování jasných a vhodných pokynů zaměřených na konkrétní profesní skupiny. Kromě toho by měla být problematika porodu mrtvého dítěte a perinatální ztráty strukturovanou součástí odborných kurzů v osnovách pro lékaře a porodní asistentky, aby mohly podstatně zlepšit kvalitu péče o italské rodiny prožívající perinatální ztrátu (Ravaldi et al., 2018).

2.2.2 Vzdělávání porodních asistentek v problematice perinatální paliativní péče v České republice

Dle Vránové a kol. (2013) je povolání porodní asistentky krásné, ale náročné. Porodní asistentka používá ke své práci jak hlavu, ruce, tak i srdce. Být dobrou porodní

asistentkou není tedy pouhé povolání, ale poslání. Porodní asistentka by měla mít znalosti nejen z gynekologie, porodnictví a neonatologie, ale také z pediatrie, vnitřního lékařství, chirurgie, anesteziologie a resuscitace, psychologie, psychiatrie, managementu, výzkumu, pedagogiky, ošetrovatelství apod. Svou praxi vykonává porodní asistentka na základě Evidence Based Midwifery, tedy praxi založené na důkazech. Porodní asistentku můžeme nazvat zdravotnickým profesionálem, vzdělaným a připraveným v pregraduálním studiu na péči o ženu, matku a dítě, a to v domácím prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnicích, klinikách či zdravotnických střediskách.

Studijní program Porodní asistence je tříletý, s tím že každý akademická rok se dělí na zimní a letní semestr. „*Absolvent/ka bakalářského studia oboru porodní asistentka získá v souladu s právními předpisy odbornou způsobilost k výkonu samostatné i týmové odborné činnosti v oblasti porodní asistence o ženu, rodičku, šestinedělku i novorozence a odborné péče o ženu a dítě. Absolvent/ka bude připraven/a zajišťovat odbornou péči porodní asistentky v oboru porodnictví, gynekologie a neonatologie. Má uplatnění v prevenci, diagnostice, podílí se na terapii a ošetřování těhotných žen, rodiček, novorozenců, šestinedělek, gynekologicky nemocných žen i v oblasti dětské gynekologie metodou procesu péče v porodní asistence – ošetrovatelského procesu* (Vránová a kol., 2013, s. 10).“

Porodní asistence je vědní disciplína, která se zabývá problematikou poskytování péče klientce a její rodině či komunitě na základě uspokojování potřeb a využívání aliance 3 N a její aplikace do procesu péče v porodní asistenci. Přičemž aliance 3 N tvoří Nanda International (klasifikace ošetrovatelských diagnóz), NIC (klasifikace ošetrovatelských intervencí) a NOC (klasifikace výsledků ošetrovatelské péče) (Vránová a kol., 2013).

Psycho-socio-spirituální péče o ženu a jejího partnera po perinatální ztrátě představuje velmi náročnou situaci pro porodní asistentky. Právě nejistota a další negativní pocity mohou vést k vyhýbavému chování, omezení péče o ženu pouze na péči tělesnou nebo zacházení s mrtvým plodem a novorozencem jako s věcí. V České republice však zatím není v praxi aplikována žádná komplexní teorie ošetrovatelské péče o ženy po perinatální ztrátě tak jako například aplikace Theory of Caring v zahraničí. V České republice je péče porodních asistentek v tomto směru stále převážně intuitivní. Moderní ošetrovatelství a porodní asistence ale vyžadují systematické a racionální

metody plánování a poskytování ošetrovatelské péče (Ratislavová, Henrych Lorenzová, 2013). Proto je nezbytné začít s touto změnou právě u vzdělávání nové generace porodních asistentek.

Cílem výzkumu autorek Zanovitové a Ovšonkové (2010) bylo identifikovat nejčastější problémy vyskytující se při poskytování ošetrovatelské péče o umírající a zemřelé novorozence ve sledovaných oblastech: sestra a umírání, umírání ve vztahu sestra, dítě a rodina, umírání ve vztahu sestra a podpůrné osoby. Pro sběr empirických dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, který byl zpracován a vyhodnocen pomocí kvalitativní metody případové studie. Pomocí analýzy pěti případových studií bylo zjištěno, že sestry identifikovaly nejčastější problémy v oblasti prostředí, soukromí, informací, komunikace a v podpoře rodičů a personálu. Přestože sestry pracují na úseku novorozeneckých jednotkách intenzivní medicíny, kde uplatňují při své práci některé prvky paliativní ošetrovatelské péče, výzkum potvrdil na jejich nedostatečné znalosti a dovednosti, čímž vzniká i nejednotnost postupů při poskytování paliativní péče.

Také výsledky výzkumu Ratislavová a kol. (2016) odrážejí často se vyskytující nejistotu porodních asistentek v České republice při péči o matku po perinatální ztrátě, která se ve většině případů projevuje paternalistickým přístupem ke komunikaci, nízkou úrovní psychologické podpory, nevhodně zvolenou verbální či neverbální komunikací a malou nebo dokonce žádnou pomocí při vytváření upomínek na dítě. Autoři tak doporučují věnovat více pozornosti vzdělávání porodních asistentek v péči o ženy po perinatální ztrátě, celoživotnímu vzdělávání zdravotnických pracovníků a provádění dalších výzkumů v České republice. Porodní asistentky a lékaři musí dostávat informace o osvědčených postupech a osvědčených metodách vysoce kvalitní zdravotní péče, které mohou uplatňovat, aby respektovali hodnoty a postoje žen a jejich rodin.

Nezbytností vzdělávání porodních asistentek v problematice perinatální paliativní péče se zabývají i autorky Dohnalová a Pavlíková (2011). V článku rozebírají životní situaci žen po perinatální ztrátě předčasně narozených dětí a možnosti jejich psychosociální podpory, která je standardně rodinám nabízena a jak by se tato péče měla změnit. Článek upozorňuje na nepoměr mezi špičkovou zdravotnickou péčí o nezralé novorozence a téměř neexistující odbornou péčí o psychický stav rodičů po perinatální ztrátě. V článku je zmíněna možná cesta plošného vzdělávání zdravotnických pracovníků perinatologických center v krizové intervenci a užší spolupráce zdravotnické sféry se sférou sociálních služeb, které jsou poskytovány například neziskovými organizacemi.

Dalším z podnětů by mělo být zavedení krizové intervence do vzdělávacího kurikula zdravotních sester, s čímž se můžeme inspirovat například Ústavem ošetrovatelství a porodní asistence LF OU v Ostravě, který jako první realizoval kurz krizové intervence pro své studenty.

V České republice se již dnes můžeme setkat s prvními vlaštovkami v souvislosti novodobého vzdělávání v problematice perinatální paliativní péče. V článku autorek Ratislavové a Kašové (2012) je popsána příprava studentek porodní asistence na poskytování perinatální paliativní péče na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Je zde zmíněna výuka této problematiky, kde se studentky několik hodin v rámci předmětu psychologie věnují teoretickým problémům jako je například proces truchlení, práva rodičů po perinatální ztrátě, možné rituály či jiné intervence rozloučení s dítětem. Ve cvičeních tohoto předmětu jsou pro studentky v rámci supervizí pořádány Balintovské skupiny, jež pomohou studentkám vcítit se do prožitků rodičů, rozvíjí empatii a v neposlední řadě pak slouží jako duševní hygiena pro studentky. Do výuky je též zařazena beseda s maminkami ze sdružení rodičů Dlouhá cesta, jež poskytuje studentkám pohled na perinatální ztrátu z druhého pohledu, tedy ze strany maminek.

Cílem projektu profesní příprava na péči o truchlící rodiče, jenž byl vypracován v rámci studentské grantové soutěže Západočeské univerzity v Plzni, bylo vytvořit vzdělávací program pro studentky porodní asistence zaměřený na péči o truchlící rodiče a pomocí evaluace programu zjistit jeho účinnost. Výuka a její evaluace byla shodná s verzí publikovanou britskými autorkami Caroline Hollins Martin a Eleanor Forrest, které ji dovolily využít právě v České republice. Výukový program se uskutečnil v roce 2014 u 128 studentek druhého a třetího ročníku bakalářského studia oboru Porodní asistentka na 3 vysokých školách v České republice. Následnou evaluací byla potvrzena efektivita výukového programu. U studentek došlo k nárůstu vědomostí a také k nárůstu dovedností díky aktivizačním metodám v oblasti psycho-socio-spirituální péče o ženy a jejich rodiny po perinatální ztrátě (Ratislavová, Buksová, 2016).

Výše uvedené výzkumy upozorňují na nedostatečné vzdělání porodních asistentek v problematice perinatální paliativní péče v České republice a ukazují na možnosti zlepšení této situace v podobně zjištěné efektivitě výukových programů.

2.3 Metodika a výsledky literárních rešerší

Vyhledávání literárních zdrojů a jejich třídění bylo provedeno podle níže popsaných kroků, které jsou znázorněny Tabulkou 3. Postupový diagram rešerší. Rešeršní otázka (RO) byla formulována pomocí komponent P (participant/účastník/osoba), Co (concept/hlavní pojem) a Co (context/okolnost/souvislost).

Znění rešeršní otázky v českém jazyce:

1. Jaké jsou dostupné informace o informovanosti (pI) studentek porodní asistence (P) o problematice perinatální paliativní péče (Co)?

K rešerši v **českém jazyce** byla uplatněna tato **primární hesla**, která byla při realizaci rešerší rozšiřována/nahrazována synonymy a příbuznými pojmy takto:

Tabulka 1. Primární komponenta RO v českém jazyce

Primární komponenta RO v českém jazyce	Primární komponenta RO v českém jazyce se synonymy
P: studentky porodní asistence	P: studentky porodní asistence OR studenti OR student OR porodní asistentky OR porodní asistence
pI: informovanost	pI: informovanost OR znalosti
Co: perinatální paliativní péče	Co: perinatální paliativní péče
Typ studie: kvalitativní	Typ studie: kvalitativní

Zdroj: Autorka

Znění rešeršní otázky v anglickém jazyce:

1. What information is available on the awareness (pI) of midwifery students (P) about perinatal palliative care (Co)?

Pro vyhledávání v **anglickém jazyce** byla uplatněna tato **primární hesla**, která byla při realizaci rešerší rozšiřována/nahrazována synonymy a příbuznými pojmy takto:

Tabulka 2. Primární komponenta RO v anglickém jazyce

Primární komponenta RO v anglickém jazyce	Primární komponenta RO v anglickém jazyce se synonymy
P: midwifery students	P: midwifery students OR students OR student OR midwives OR midwifery
pI: awareness	pI: awareness OR knowledges
Co: perinatal palliative care	Co: perinatal palliative care OR perinatal care OR palliative care
Type of study: qualitative	Type of study: qualitative

Zdroj: Autorka

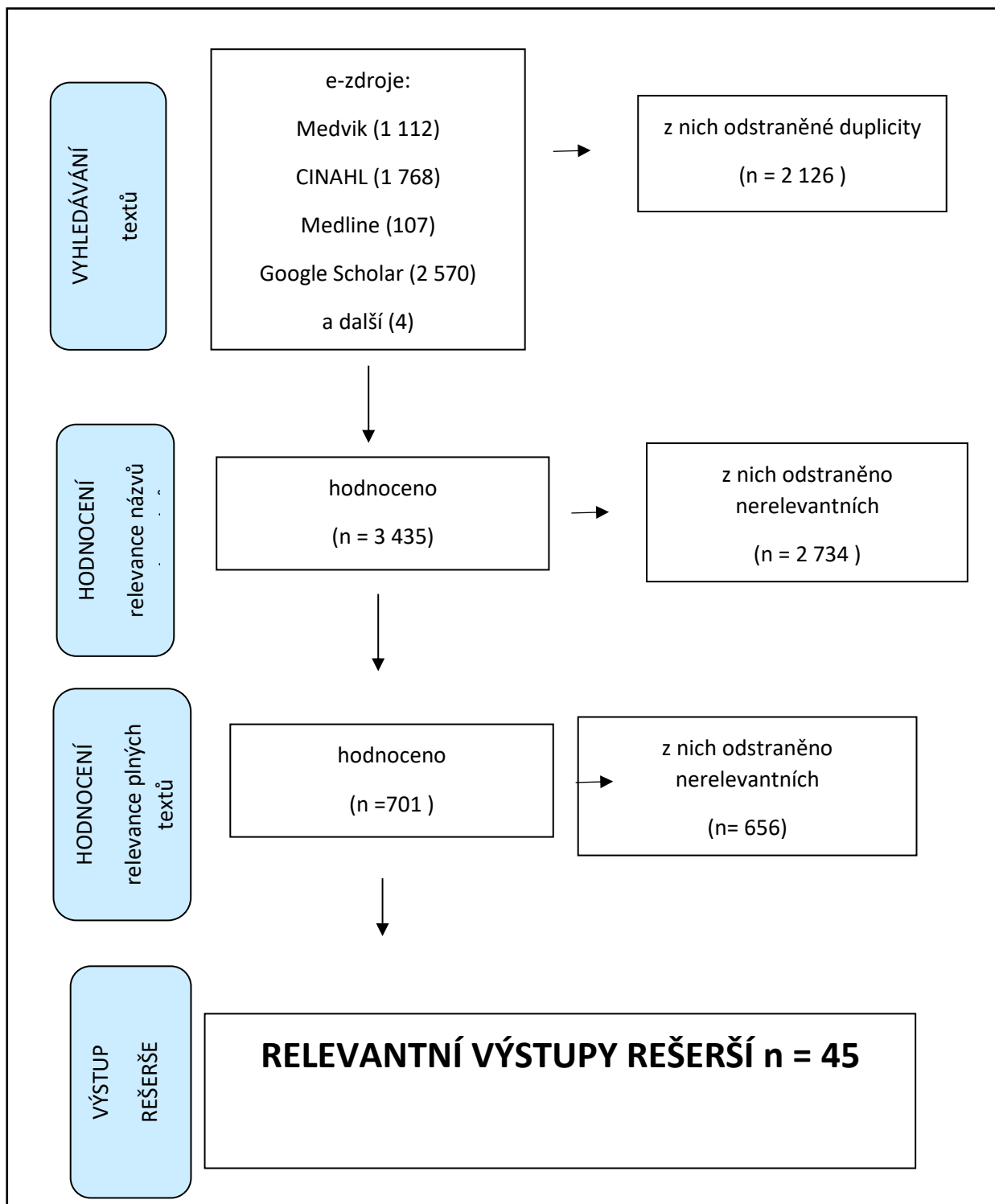
Uplatněné elektronické zdroje

Vyhledávání bylo provedeno v prostředí elektronických zdrojů CINAHL, Medline, Medvik, Google Scholar a další.

Období realizace a limitace rešerší

Jednotlivé rešerše byly provedeny v období listopad 2020 až březen 2021. Uplatněna byla tato omezení/limitace výstupů: publikační období za posledních 13 let (2008-2021), plný text, anglický jazyk, bez: bakalářských a diplomových prací.

Tabulka 3. Postupový diagram rešerší



Zdroj: Autorka

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Následující podkapitoly se věnují provedenému empirickému výzkumu. Jsou zde představeny cíle výzkumu, výzkumné otázky a na základě odborné literatury (Hendl, 2005; Gurková, 2019) je popsán typ/design výzkumné studie, metody výběru zkoumaného souboru, metody získávání a zpracování dat. Následně jsou pak představeny výsledky výzkumu a jejich interpretace.

3.1 Metodika

- **Hlavní cíl zkoumání**

Hlavním cílem práce je zjistit, jaká je informovanost studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče.

- **Dílčí cíle**

- Zjistit informace, které mají studentky porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče.
- Zjistit rozsah výuky perinatální paliativní péče v rámci tříletého vysokoškolského studia u studentek oboru Porodní asistentka.
- Zhodnotit spokojenost studentek porodní asistence s množstvím a dostupností informací o problematice perinatální paliativní péče.
- Popsat obavy studentek porodní asistence pro budoucí klinickou praxi ve svém oboru v souvislosti s poskytováním perinatální paliativní péče.
- Identifikovat osobní zkušenosti studentek porodní asistence s perinatální paliativní péčí.
- Identifikovat možnosti podpory studentek ve formě supervizí v rámci odborných praxí.
- Zjistit, jak si studentky představují účelné vzdělávání, které by zajistilo zlepšení informovanosti v problematice perinatální paliativní péče během jejich studia.

- **Výzkumné otázky**

- Jaké znalosti mají studentky porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče?
- Jaké zkušenosti mají studentky porodní asistence z klinické praxe v souvislosti s perinatální paliativní péčí?
- Jaké obavy mají studentky porodní asistence v souvislosti s poskytováním perinatální paliativní péče?
- Jaké možnosti podpory ve formě supervizí mají studentky v rámci vykonávání odborných praxí?
- Jak si studentky porodní asistence představují účelné vzdělávání v problematice perinatální paliativní péče?

• **Typ/design výzkumné studie**

Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl zvolen jako nejvhodnější způsob výzkumu kvalitativní přístup, jenž je podle Gurkové (2019) orientován celostně a člověk, skupina lidí, nebo událost je zkoumaná (podle možností) ve všech rozměrech, návaznostech a souvislostech. Východisko kvalitativního výzkumu lze označit za interakcionalistické (považuje interakce mezi výzkumníkem a respondentem za důležité), interpretativní (klade důraz na pochopení a interpretaci životní zkušenosti), konstrukcionistické (pracuje s východiskem, že člověk konstruuje realitu okolo sebe) a naturalistické (pracuje s předpokladem, že „pravdivý“ výzkum je možný pouze v přirozeném prostředí). Podstatou kvalitativního výzkumu je tedy zkoumání způsobu, jakým lidé interpretují sociální okolí a své prožívání a zkušenosti. Kvalitativní výzkum pracuje s mnohočetnými, ale špatně operacionalizovatelnými proměnnými (Gurková, 2019).

Jako design výzkumné studie byla využita zakotvená teorie, která může být dle Gurkové (2019) vhodným designem při zkoumání jevů, které nejsou zmapované a nejsou dostupné konceptuální modely nebo teorie vysvětlující zkoumaný jev či proces. Za hlavní cíl zakotvené teorie se považuje vybudování „nové“ teorie zkoumaného jevu na základě samotných dat.

- **Zkoumaný soubor**

V tomto výzkumu byl výběr participantek proveden záměrně, a to na principu lavinového výběru neboli na principu sněhové koule, tzv. snowball sampling (Gurková, 2019). Dle Hendla (2005) v této metodě výběru případů v kvalitativním výzkumu výzkumník naváže kontakt s určitou skupinou jedinců, pomocí nichž se pak dostává k dalším relevantním jedincům. Gurková (2019) uvádí, že základním východiskem je získání kontaktu s prvními účastníky (s tzv. „první generací“), které se může uskutečnit prostřednictvím instituce nebo osobním kontaktem. V nulté fázi tohoto výzkumu byly nejprve na základě dřívějšího osobního kontaktu osloveny 3 participantky, které byly po ukončení interview dotazovány na další kontakty. Touto cestou následně vznikly další kontakty, z nichž byly náhodným výběrem (Gurková, 2019) osloveno dalších 8 participantek.

Pro výzkum bylo požadováno, aby participantky byly studentkami tříletého programu Porodní asistence, nejlépe 3. ročníku z důvodu jejich větších teoretických znalostí a praktických zkušeností.

Výsledný výzkumný vzorek se skládal ze 11 studentek porodní asistence ve věku od 22-27 let z 8 vysokých škol, jejichž jména byla smyšlená v zájmu zachování anonymity. Je důležité si však uvědomit, že nelze na základě takto malého výzkumného vzorku výsledky zobecňovat na populaci.

Tabulka 4. Údaje o participantkách

Participantka	Věk	Ročník	Studium	Praxe
Tereza	23 let	3.	Praha	Praha
Annička	22 let	3.	České Budějovice	Jindřichův Hradec, České Budějovice
Denisa	22 let	3.	Zlín	Zlín, Kyjov, Hradiště
Veronika	22 let	3.	Praha	Praha
Alžběta	22 let	3.	Praha	Praha
Dominika	23 let	3.	Zlín	Břeclav, Zlín
Nikol	22 let	3.	Pardubice	Pardubice

Jana	23 let	3.	Olomouc	Olomouc
Hana	24 let	3.	Praha	Praha
Anna	27 let	3.	Plzeň	Plzeň
Anežka	23 let	3.	Ostrava	Ostrava

Zdroj: Vlastní výzkum

- **Etika zkoumání**

V rámci výzkumu diplomové práce byly dodržovány etické parametry. Na začátku rozhovoru bylo participantkám objasněno, čeho se výzkum týká, jaké jsou jeho cíle a k čemu tento výzkum bude sloužit. Byly seznámeny s tím, že získané informace budou využity pouze pro účely diplomové práce a že je výzkum prováděn anonymně. Jména participantek byla smyšlená v zájmu zachování anonymity. Participantky byly obeznámeny i s tím, že mohou od výzkumu kdykoliv odstoupit. Všechny tyto informace byly součástí Informovaného souhlasu a byly zaslány participantkám k podpisu.

- **Uplatněné výzkumné metody a nástroje**

Ke sběru dat byl využit polostrukturovaný rozhovor, který byl doslovně přepsán a na jehož základě byla vypracována analýza obsahu. Úvodní část rozhovorů sloužila k navození raportu. V další části rozhovorů byly postupně shrnuty informace týkající se etických a technických aspektů, participantkám byly připomenuty cíle a záměry výzkumu. Dále byly participantám pokládány otázky zaměřené na oblasti zkoumané problematiky. V rámci rozhovorů byly použity i doplňující otázky zacílené na prohloubení identifikace významu výpovědí.

- **Organizace a lokace sběru dat**

Sběr dat byl uskutečněn v termínu od 9. 3. 2021 do 16. 3. 2021. Rozhovory probíhaly prostřednictvím videohovorů z důvodu současné epidemiologické situace. Participantky tak měly zajištěné klidné prostředí v pohodlí svého domova. Všechna interview byla nahrávána na diktafon a trvala v rozmezí 30 až 40 minut.

- **Metody zpracování dat**

Všechna data získaná z polostrukturovaných rozhovorů byla doslovně přepsána z pořízených audionahrávek, které byly následně smazány.

První fází analýzy dat byla tvorba konceptů prostřednictvím otevřeného kódování, tedy nalezení významových jednotek (tzv. kódů), které by měly výstižně shrnout podstatu významové jednotky tak, jak ji výzkumníci v dané chvíli chápou (Gurková, 2019). V prepisech rozhovorů byly tedy vyznačeny podstatné úryvky, které se týkaly cílů výzkumu a k těmto výpovědím byly přiřazeny koncepty, které obecně shrnovaly to, co vyjádřily participantky konkrétními slovy.

Ve druhé fázi docházelo k hledání teoretických vztahů mezi koncepty (tzv. axiální kódování). Jednotlivé koncepty byly tedy sdruženy do skupin dle podobností.

Na závěr, po dosažení teoretické nasycenosti, byl ve třetí fázi zvolen ústřední koncept (hlavní téma analýzy), který byl propojen s dalšími koncepty (selektivní kódování).

K doložení věrohodnosti jednotlivých tvrzení, byly v jednotlivých úsecích využity přímé citace řeči participantek.

3.2 Výsledky

V této podkapitole budou představeny výsledky, k nimž jsme po analýze rozhovorů dospěli. Jednotlivé úseky budou doplněny citacemi našich participantek, které sdělovaly informace ohledně jejich studia v souvislosti s perinatální paliativní péčí, podělily se s námi o své znalosti této problematiky nebo také vyprávěly o náročných situacích v rámci odborné praxe. Na závěr se participantky pokusily navrhnout účelné vzdělávání pro další studentky porodní asistence, které by zajistilo jejich lepší informovanost v problematice perinatální paliativní péče. Informovanost a zkušenosti studentek porodní asistence se v určitých oblastech liší, což souvisí se studiem na různých školách, vykonáváním praxí na různých pracovištích, ale i odlišnými osobnostními charakteristikami a profesními zájmy.

Znalosti o problematice perinatální paliativní péče

V návaznosti na předem stanovený dílčí cíl, zjistit informace, které mají studentky porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče, byly participantky v průběhu

rozhovorů dotázány, zda by se pokusily říct vše, co o dané problematice vědí. Otázky byly pokládány v souvislosti s teoretickými poznatky v podkapitole 2.1.

Nejprve byla participantkám položena otázka: „Jak byste definovala pojem perinatální paliativní péče?“ Odpovědi participantek na tuto otázku ve většině případů obsahovaly správné informace, které korespondovaly s předloženými informacemi v podkapitole 2.1., tedy že perinatální paliativní péče znamená „*péči o plod či novorozence s život ohrožujícím nebo limitujícím onemocněním a je zaměřená na kvalitu života a nejlepší zájem plodu či narozeného dítěte a jeho rodiny.*“ (Mojžíšová, 2018, str. 38)

„To si představuju jako péči o ženu a v podstatě o celou rodinu, když jim zemře miminko, ať už v děloze nebo novorozenec.“ (Jana)

„Péče o miminko i tu paní po tom, když miminko umře nebo by mělo umřít.“ (Alžběta)

„Péče buď o ty těhotný nebo umírající miminka, nebo o ženy, který nějakým způsobem o to miminko přišly. Jestli bylo nějaké umělé ukončení těhotenství nebo samovolný potrat. Nebo třeba tomu mimčů hrozila nějaká vrozená vývojová vada a oni se starají o tu těhotnou.“ (Nikol)

„Je to péče jak o vážně nemocnej plod, kterej nemá nějak moc dobrý vyhlídky, tak i o matku, která se na to musí nějak psychicky připravit, pokud to ví třeba už z genetiky v těhotenství nebo prostě když umře ten plod v děloze, tak příprava matky na to, že ten porod nebude ten sluníčkovéj okamžik.“ (Annička)

„Péče o děti, které se narodily a bohužel nemůžou být zachráněny. Musí se postarat o to, aby v klidu dožily.“ (Veronika)

„Nějaká péče o to zemřelé dítě a rodiče.“ (Denisa)

„Péče o dítě a rodiče, který se rodí s nějakou vážnou vadou nebo je už mrtvorozený.“ (Hana)

„Nazvala bych to jako péči, kdy není cílem zachránit život, ale spíš umožnit, aby to odcházení bylo příjemnější. Prostě ztlumit bolesti, aby se člověk cítil komfortně a nebolelo ho to.“ (Tereza)

„Pokud tam umírá to miminko, tak vlastně aby tam docházelo k zachování úcty, tlumení bolesti. Už tam nejsou život zachraňující výkony, ale péče o takovou tu důstojnost člověka.“ (Anežka)

„Ztráta, úmrtí dítěte buď už v děloze matky nebo pár dnů, sedmi dnů po porodu.“ (Dominika)

V souvislosti s množstvím informací o dané problematice byly dále participantky dotázány, zda by časově vymezily perinatální období, které je dle Hájka a kol. (2014) definováno jako období od viability plodu, tedy období mezi 22. a 25. týdnem těhotenství (Zlatohlávková, 2011), (Ratislavová, 2016), až do sedmi dnů po porodu (Hájek a kol., 2014). Pouze jedna studentka odpověděla na otázku zcela správně. *„Perinatální, tak to je během těhotenství, od 24. týdne, kdy končí šedá zóna, za porodu, a ještě sedm dní po porodu.“ (Denisa)*

V ostatních případech měly participantky problém s určením horní hranice perinatálního období.

„U toho novorozence je perinatální období do 28. dne. S tím že od nějakého 22. těhotenského týdne už se ty děti v podstatě zachraňují, takže tam už nějak.“ (Anežka)

„Jednadvacátý týden do porodu.“ (Tereza)

„Perinatální, tak to je během těhotenství, od 24. týdne, kdy končí šedá zóna, za porodu, a ještě sedm dní po porodu.“ (Denisa)

„Období těsně po porodu a v období těhotenství.“ (Veronika)

„Od 24., 25. týdne těhotenství do konce šestinedělí zhruba.“ (Annička)

„Perinatální období je od 22. týdne do 1 měsíce novorozence.“ (Jana)

„Že u nás je to nějak od 22.- 24. týdne, tam my se je snažíme zachránit, ale že se neví, jak to dopadne. Že je zachraňují, když si to rodiče přejou, od toho 22.-25. a potom už je zachraňují sami od sebe. Ale vůbec se neví, jak to dopadne. Může to dítě mít třeba jen víc dioptrií nebo může být postižené.“ (Alžběta)

Po vymezení pojmu a časového rozmezí perinatálního období byla participantkám položena otázka, zda by byly schopny říci, co vše perinatální paliativní péče zahrnuje, popřípadě v jaké formě by ony samy perinatální paliativní péči poskytovaly.

Participantky nejčastěji hovořily o poskytnutí psychologické podpory ženě, dále zmiňovaly zdravotní péči (například ve formě poskytnutí farmakoterapie ženě či umírajícímu novorozenci), dále se objevily odpovědi jako zajištění sociální péče. Dvě studentky také zmínily poskytování psychologické a sociální pomoci prostřednictvím perinatálního hospice. Každá studentka se zaměřila na pár oblastí v poskytování perinatální paliativní péče, ale žádné studentky však informace nebyly ucelené, komplexní.

„Poskytuje se nějaká psychická podpora té matce, možná i nějaká farmakoterapie pro to mimčo umírající. Určitě nějaká zdravotní péče pro tu matku, například nějaká psychofarmaka a možná nějaká sociální pomoc, co se týče třeba toho pohřbu miminka. Vím, že jsou v Česku perinatální hospice, že jich v Česku moc není, ale na nějaké přednášce jsme si říkali, že je tady jeden, ale nevím, kde ani název. Ten hospic nabízí určitě tu sociální a psychickou podporu těm těhotným, nějaké rozloučení s tím miminkem. Vím, že dávají takové ty balíčky pro to mimčo.“ (Nikol)

„Pamatuju si, že nás učili, že se vynášejí všechny dětský věci jako postýlky, obrázky, úplně všechno, aby to byl holý pokoj. A že je nejdůležitější, aby se rozloučila s tím miminkem. O tom se mi těžko mluví, to bylo v prváku.“ (Alžběta)

„Nemělo by se říkat například „jste mladá, budete mít další“, že v tu chvíli jí je to jedno, že ona teď přišla o miminko, že třeba za rok může otěhotnět, to už jí je jedno v tu chvíli.“ (Jana)

„Musela bych zachovat profesionalitu, empaticky se na ní napojit, jestli o tom chce nebo nechce mluvit, stačí držet za ruku nebo další takový malý gesta jako pohládit po ruce, i takovýhle malý gesta stačí. Hlavně zachovat tu profesionalitu a pak až v soukromí by to prasklo. Snažila bych se o nějaký lehčí úsměv spíš, neplakala bych před tou ženou, ta žena má svého dost.“ (Annička)

„Jako porodní asistentka bych ženě mohla nabídnout konzultace, spojení s psychologem nebo psycholožkou, tady ty kontakty. Myslím si, že existují přímo i takové podpůrné skupiny, maminky, který si tím taky prošly. Můžu jí i třeba doprovázet k tomu porodu, provést jí tím porodem, říct jí všechna rizika, která jsou s tím spojený, nebo co se dá dělat proti bolesti, jaký odběry se jí třeba budou brát, nebo kdyby se mě ptala, proč jí berou tolik zkumavek, tak abych jí řekla, na co to je, k čemu to potřebujeme, proč ji otravujeme a tak, všechno jí vysvětlit. Kdyby to bylo třeba náhle, tak vím že se může stát,

že si budou maminky žádat císařský řez, tak samozřejmě vysvětlit rizika císařského řezu oproti vaginálnímu porodu. Po porodu mrtvého plodu bych jako porodní asistentka doporučila rozloučení s tím miminkem. Takže třeba nějaký fotky by se daly udělat, oni mívají takový ty kartičky, kde se dělají otisky ručiček a nožiček, mívají memoryboxy, který si taky můžou odnést domu. Může se udělat třeba takovej malej obřad, že se nechají v té místnosti s tou blízkou rodinou, třeba i se sourozenci, může se tam zapálit třeba nějaká svíčka, může se udělat fotka, může se dát do té chladicí kolébky to miminko potom. Víím, že se dělá koupel miminka, tam se rodiče můžou taky zapojit do toho.“ (Jana)

„To je hrozně těžký odpovědět, když jsem u toho nikdy nebyla ani jako druhý housle. Nikdy jsem to neviděla. Vůbec nevím, co se tam jakoby děje. Určitě by tam byla nějaká psychologická pomoc. Zeptala bych se, jestli mají zájem miminko vidět. Protože některý víím, že nechtějí vůbec. A víím, že vyfotí dítě polaroidem a polaroid si schovávají, jestli by pak rodina chtěla tu fotku. A to víím jediný, že dělají. Provést standardně porod s tím, že citlivěji, nabídnout veškeré tišící prostředky, aby to měla žena co nejjednodušší. Dát dostatek soukromí, ale naopak být i nápomocná, kdyby si chtěla i promluvit. Třeba bych to dítě vykoukala, aby vypadalo hezky na tý fotce. „Vím o stránkách perinatálního hospice, že tam pak maminkám pomáhají, když sepišou ten svůj příběh a zveřejní ho. Že se s tím pak i lépe vyrovnávají, když o tom mluví. A je tam spousta rad i jsou tam nějaký kontakty, kam se mohou obrátit, když potřebují pomoc.“ (Tereza)

„Domluvila bych se se ženou, jestli to miminko chtějí nebo nechtějí vidět. Je to o komunikaci mezi porodní asistentkou a tou ženou. Ale nevím, nezažila jsem to, takže nevím. Ale asi i porod je jinej, není tam ten happyend na konci. Navrhla bych rituály – pochovat miminko, vyfotit, umýt, oblíct.“ (Anička)

„Psychologická pomoc, případně zavolat nějakýho toho intervenanta pro tu maminku, který se může zavolat, když k něčemu takovému dojde. Viděla jsem tam vizitku, ale ještě jsem to nezažila. Zahrnula bych tam nějakou neonatologickou péči o to miminko, aby vlastně mělo pokryto tu potřebu tlumení bolesti, tepla, čistoty a aby tam bylo místo pro tu maminku, aby se s tím světem nějak důstojně rozloučilo ono nebo ta mamča. Přechodové rituály pro tu maminku, aby byla schopna se od té události odpoutat a přejít to v co nejlepší psychickým zdraví. Myslím si, že UNIPA to nabízela. Uzavírání pomocí 7 zámků pomocí reboza se to dá dělat, ale úplně přesně netuším.“ (Anežka)

Vzdělávání v problematice perinatální paliativní péče

V návaznosti na předchozí odpovědi, byly participantky dotázány, z jakých zdrojů pramení jejich dosavadní znalosti. Pokud odpověděly, že se s tímto tématem setkaly v průběhu svého studia na vysoké školy, byly dotázány také na to, v jakých předmětech a jak moc se tématu věnovaly. Výsledky výzkumu ukázaly, že vzdělávání studentek porodní asistence v České republice v problematice perinatální paliativní péče není jednotné a spíše záleží na iniciativě každé školy, a hlavně jednotlivých vyučujících, jak se této problematice zhostí.

„V rámci studia jsem se s pojmem perinatální paliativní péče rozhodně nesetkala. Maximálně jsme velmi okrajově probírali potraty, ale rozhodně tento pojem nezazněl.“
(Tereza)

„Ve škole máme vyučující, která se tomu tématu věnuje, takže si myslím, že z té školy minimálně teoreticky se dozvíme informace dostatečně. Že by to chtělo si to ještě víc vyzkoušet prakticky. Takže to umím tak teoreticky. Měli jsme jednu hodinu v rámci předmětu psychologie/komunikace. Ještě jsme měli přednášku v rámci Hnutí pro živo, tam se řešilo, jak komunikovat se ženou o té ztrátě, jak to prožívají a tak. Občas nám na školní mail přijde tip na nějaký seminář, tak tam přišlo ohledně té perinatální ztráty, že tam bylo něco v rámci projektu Začít znovu, ale nějak víc to v té škole není. Takový ty informace praktický, třeba jak má člověk postupovat, to si ještě myslím, že sama nevím všechno, že to je něco, co chybí. Třeba do kdy se musí rozhodnout o pohřbu, co se s tím tělíčkem dělá, všechny ty vyšetření. To chybí. V té hodině mluvila třeba spíš o tom, že pro většinu žen je dobrý, když mají možnost se s tím dítětem rozloučit. Spíš to bylo o té komunikaci. Že můžeme projevit své pocity, že není dobrý říkat té ženě, že bude mít další dítě, takový základní informace. V rámci porodnictví jsme měli mrtvý plod a takový ty technický věci, jaký se mají udělat vyšetření a tak. Ale jak je ten koronavirus, tak nám to jen vyučující poslal zpracovanou tu otázku.“ (Anna)

Někde je téma zpracováno v podobě samostatného předmětu.

„Měli jsme, Paliativní péče se to přímo jmenovalo. Ve druháku jsme to měli asi v zimním semestru. Učitelka nám přednášela z prezentace, ona jezdila po takových různých, jak to říct, i do zahraničí jezdila, kde přímo byly ty paliativní zařízení. Probírali jsme tam i co se všechno dělá během té paliativní péče, že se můžou dělat takové ty nějaké suvenýry na památku, že se musí vždycky rozloučit ten rodič, teda bylo by to dobré, že to

lepší ukončí a tak. V tom předmětu jsme dělali třeba i to, že jsme si mohli napsat co bysme chtěli až nastane naše smrt, jaký bysme chtěli pohřeb, a tak jen pro zajímavost. Předmět byl ukončený docházkou.“ (Denisa)

Ale ve většině participantky odpovídaly, že se o tématu zmínily v rámci hodin etiky, komunikace, psychologie či v rámci ostatních předmětů.

„My jsme měli nějaký předmět, myslím, že se to jmenovalo Péče o ženu s patologickým těhotenstvím, nebo Rizikové/Patologické těhotenství, něco takového. Tak tam jsme se o tom zmínili. Myslím, že jsme to měli ve druháku. V předmětu komunikace jsme na to měli vyloženě přednášku z psychologického hlediska, co říkat a neříkat ženám, když umře miminko. Vyučující je psycholožka a vím, že říkala, že se i setkává v praxi s maminkama, co tohle řeší.“ (Jana)

V předmětu komunikace nám říkali, jak komunikovat, když přijdou rodiče o mimčo a takhle. Více méně to byla jenom zmínka, dopodrobna jsme to úplně bohužel nedělali, což si myslím, že je zásadní chyba, že jsme to neměli. Bylo to jenom něco ve stylu, nechte ty rodiče, ať se vybrečí, ale že bysme to dělali dopodrobna, to určitě ne.“ (Dominika)

„V etice jsme se zamýšleli nad tou mamkou, kdy jsme měli i seminárku na to a taky jsme měli i brainstorming, kdy jsme se zamýšleli třeba i nad potratem. Ještě jsme to probírali tak částečně v psychologii, ale to jsme tak projeli nějakým taky brainstormingem, ale nějak jsme se tím moc nezabývali, protože v té době jsme ještě nechodili na praxe, když běžel tento předmět a neměli jsme s tím moc zkušeností, takže jsme se na to jen tak okrajově ptali, a to bylo všechno. Ale přímo samostatný předmět jsme na to neměli. Věnovali jsme tomu vždycky asi tak hodinu, to už si nepamatuju. Ještě nám o tom říkala doktorka z neonatologie a ta nám o tom tak částečně říkala, že o tom existuje kurz Prázdná kolíbka a tak, ale o tom se nám jen tak zmínila, že existuje. Ale asi bych neřekla, že jsme to probírali nějak do hloubky, že bysme třeba ty rituály zmiňovali nebo tak, to asi ne.“ (Anežka)

„Určitě jsme se o tom bavili v etice a psychologii a pak jsme se o tom bavili v předmětu, který se jmenoval alternativní metody v porodní asistenci. Tam jsme probírali nějakou jako ztrátu a organizace jako je Prázdná kolíbka a tak. Bylo to formou, že jsme projeli ty weby, vyučující tam měla nějaký brožurky, který jsme si prošli a probrali jsme, jak bysme měli k ženám přistupovat, a o čem a jak bysme se s nima měli bavit. Že

některý věci pomáhají víc než líp a informovat je o tom, že v tom nejsou sami a že mají nějakou možnost.“ (Annička)

Také se objevovala odpověď, že se o tématu okrajově dozvěděly v průběhu studia v předmětech porodnictví a neonatologie, kde se informace týkaly především časového vymezení potratu a porodu, či příčin úmrtí plodu apod.

„Myslím si, že něco jsme o tom měli, ale jenom tak okrajově, ale dopodrobna jsme to určitě neprobírali. Možná v předmětu Porodní asistence, ale tam jsme brali třeba časové vymezení potratu a porodu a tak. Ale jak se o to mimčo stará, to ne.“ (Dominika)

„.....a pak částečně nějak v porodnictví. V porodnictví to bylo určitě vedení porodu mrtvého plodu, pak jsme tam brali nějaké zákony, které toto všechno ovlivňují, od kdy už se plod považuje za novorozence a když už je třeba vystavit pohřeb a tady takový právní věci. Ještě nám o tom říkala doktorka z neonatologie a ta nám o tom tak částečně říkala, že o tom existuje kurz Prázdná kolíbka a tak, ale o tom se nám jen tak zmínila, že existuje. Ale asi bych neřekla, že jsme to probírali nějak do hloubky, že bysme třeba ty rituály zmiňovali nebo tak, to asi ne.“ (Anežka)

„Ve škole jsem se s tím setkala v rámci neonatologie, kdy jsme si říkali do kdy je to potrat a od kdy to je porod, pak pojem perinatální úmrtnost. V porodnictví jsme brali příčiny úmrtí a tyhle věci. Ale jinak ne.“ (Hana)

„Ve druháku v letňáku jsme brali umělý ukončení těhotenství, potraty a tak. To bylo v rámci předmětu Porodní asistence. To bylo v rámci tohoto předmětu, že se o tom takhle zmínila. Ale jinde jsme to nebrali. Ale teď nám přišla zpráva, že se bude konat nějaká přednáška na téma perinatální ztráty, tak to budeme pořádně probírat asi až teď.“ (Nikol)

„Brali jsme to v teorii porodní asistence. Probírali jsme jako kdy dojde k tomu, jestli už od toho 24. týdne nebo až jako po porodu. Probírali jsme to prostě podle období. Probírali jsme i komunikaci s rodinou. Vypracovávali jsme různé otázky a odpovědi, ale jako myslím, že jsme se tomu věnovali až moc málo. Péči o mrtvého novorozence, to jsme ve škole neprobírali, spíš péče o ženu.“ (Veronika)

„Asi jsme se s tím setkali, ale spíš jako že jsme tomu neříkali perinatální paliativní péče, spíš to bylo jako kdy se dítě zachraňuje, kdy ne, to jsme brali na neonatologii. Bylo

to takové věcné, pasivní a aktivní přístup, pasivně je to tak aktivně tak. Spíš jsme si říkali, kdy ty miminka zachraňují a kdy ne.“ (Alžběta)

Pouze dvě participantky uvedly, že v se rámci vzdělávání na toto téma díky iniciativě školy/konkrétní vyučující setkaly se seminářem, kde byla přednášející osoba s konkrétními zkušenostmi. V prvním případě se jednalo o seminář ředitelky perinatálního hospice Dítě v srdci a ve druhém případě šlo o porodní asistentku přímo z praxe.

„Co mě utkvělo v paměti, tak přednáška od ředitelky hospicu Dítě v srdci.“ (Hana)

„Ještě nám do školy pozvala naše porodní asistentka ze školy, co máme na porodnictví porodní asistentku z praxe a řešili jsme, jak mluvit s tou paní při FM, jak se fotí miminka, co se posílá na histologii, co ne. Že se jim třeba ustříhává kus zadečku nebo prstíků, že se to posílá i s placentou. Pak jak se chovat k tý paní, že s ní máme mluvit jako bychom s ní normálně mluvili. Že měla i paní, to mi přišlo zajímavý, která chtěla jít kouřit, a že ona dlouho uvažovala, jestli ji pustí nebo ne, a nakonec jí vzala ven, ať si zakouří. Takže to byly takový věci, který jsme řešili, ale rozhodně to nebyla náplň školy, ale iniciativa konkrétní vyučující. Měli jsme s ní dvouhodinový blok.“ (Alžběta)

Studentky také zmiňovaly vlastní iniciativu při hledání informací o problematice perinatální paliativní péče. Studentky si o zážitcích z praxe povídaly se spolužačkami či si hledaly informace na webových stránkách a sociálních sítích.

„Povídaly jsme si navzájem s holkama a předávaly jsme si zkušenosti a možnosti.“ (Annička)

„A vím, že se o tom zmínila jedna učitelka a jedna spolužačka se zmínila o těch perinatálních hospicích, že o tom ví a trošku nám o tom řekla a mě to docela i zaujalo a dívala jsem se na to i na internetu.“ (Nikol)

„To spíš mám ze své iniciativy, ve škole jsme to řešili, ale tohle mám spíš z instagramu, člověk našel zaměření, sleduje různé profily a třeba vlastně jak porodila ta miss v 5. měsíci tak se to okolo toho docela rozmázlo, tak na to jsem docela koukala. Nebo třeba nějaký další blogerky a instagramerky, co si s tím prošly.“ (Annička)

Z jednotlivých rozhovorů se dozvídáme, že studentky své znalosti získané ve škole v rámci tříletého studia hodnotí jako nedostatečné.

Zkušenosti z praxe související s perinatální paliativní péčí

Participantky udávaly, že nejvíce poznatků získaly až v praxi.

„Nejvíc jsem se toho naučila až na praxi. Když umřelo nějaký miminko, tak nás vzali porodní asistentky a řekly. Hele holky, musíte to vidět prostě s náma, i když se složíte, tak ať se složíte s náma, my vám pomůžeme a nejste překvapený po tom, až začnete pracovat. Tak nás do toho takhle hodily, že jsme i obtiskávaly ty nožičky a tak.“ (Alžběta)

„V našem oboru mi přijde, že se člověk učí spíše praxí než teorií. V té psychologii, jak jsme tam měli ty cviky, tak jsme tam probírali něco takovýho, ale stejně si myslím, že nás to moc nenaučilo. Spíš pak ta praxe, že se to odkouká od těch zkušenějších porodních asistentek, jak se s tou ženou bavít, jak se k ní chovat.“ (Nikol)

„Ono oproti tomu, co se učíme ve škole, je to pak v praxi jiný.“ (Anna)

Participantky také zmínily fakt, že jejich praxe, na které se mohou setkat s perinatální paliativní péčí, začíná již v prvním ročníku, avšak ony se v tento čas necítí připravené na poskytování takto náročné péče. Ocenily by, kdyby dostaly již nějaké informace před nástupem na svou první praxi. Například, s čím se mohou setkat, popřípadě, jak se zachovat apod.

„Když jsem to zažila na praxi poprvé, tak jsme znali jen teorii mrtvě narozený plod, umělý ukončení, ale skoro nic jsem o tom nevěděla.“ (Nikol)

„Ani mě to jako nedošlo, zrovna taková první situace, tak mě ani nenapadlo, že tam ty ozvy nebudou.“ (Dominika)

„Jako překvapilo mě, že se to stává tak často.“ (Hana)

„O tom se mi těžko mluví, to bylo v prváku. To jsem přišla na gyndě na pokoj k nějaký paní a ta strašně brečela. A já vůbec nevěděla, proč brečí. A hned mě napadlo prostě. No jo, oni nám to říkali, to je ten poporodní blues. A tak jsem ji říkala, proč brečíte? To bude všechno dobrý. A pak jsem se dozvěděla, že to je paní po FMku. Ale asi by bylo dobrý ty studentky v rámci těch praxí třeba víc připravit, s čím se setkáme. Aby někdo řekl, hele holky, dejte si bacha, na pokoji tomhle je tahle paní a přistupujte k ní takhle. I v tom prváku bych zařadila nějakou tu paliativní péči, já jsem v tom prváku málem s tou školou skončila. Protože jsem na to vůbec nebyla připravená. Zažila jsem to,

a to mě hodně vzalo. Ještě se mi o tom týden zdálo, protože jsem na to nebyla připravená.“
(Alžběta)

Některé studentky zmínily, že situace porodu mrtvého miminka se v době jejich praxe odehrávala, ale ony samy u porodu přítomné nebyly. V průběhu rozhovorů tedy vyvstávala otázka, co bylo důvodem jejich nezapojení do perinatální paliativní péče. Většina studentek sdělila, že důvodem byl zákaz jejich přítomnosti u porodu mrtvého miminka ze strany porodních asistentek nebo lékařů. Některé studentky zmínily, že jim to nebylo nabídnuto, ale ani ony samy zájem neprojevovaly z důvodu svých obav a z důvodu zachování soukromí.

„Záleží na sestře, jedna řekne holky to musí vidět a jedna sestra, která řekne, ne tohle holky nemusí vidět.“ (Alžběta)

„Jednou se mi stalo na ambulanci, že jsem nemohla najít ozvy, když jsem paní napojovala na monitor. Potom vlastně lékař diagnostikoval, že je už dítě mrtvé. To bylo myslím si že ve druháku. Pro mě to byla taková situace úplně hrozná. Ale paní zrovna tak vtipkovala, že tam určitě mimčo spí a že nespolupracuje nikdy jako. Takže jsme zkoušely natáčet v sedě, v leže a potom jsem volala porodní asistentku, protože paní byla taková pevnější, tak jsme jako nevěděly a ta to taky nemohla najít, tak potom šla paní za lékařem na ultrazvuk. A tam já už jsem jako nešla nebo jako neřekli mně, ať tam jdu a pak už jsem jen viděla, jak paní pláče. Nenabídli mi tam jít, protože to byly zvlášť monitory a zvlášť ta ambulance, kde lékař dělá ten ultrazvuk a zrovna v ten den jsem byla na těch monitorech. Takže mi neřekli, že tam můžu jít. Popravdě v té chvíli jsem jako nepřemýšlela nad možností, že by tam ty ozvy nebyly. Ani mě to jako nedošlo, zrovna taková první situace, tak mě ani nenapadlo, že by tam ty ozvy nebudou. Ale kdybych to věděla, tak bych určitě měla zájem se tam jít podívat, abych věděla, co jí třeba doktor říká a tak.“ (Dominika)

„Setkala jsem se s tím na gynekologii, když jsme měli praxi, že tam chodily ty ženy s vysokýma abortama. Že jim třeba ve 23+ něco zjistili, že tam je nějaká vrozená genetická vada neslučitelná se životem nebo hodně závažná a pak ty ženy chodily na vyvolávaný abort a často se tam toto řešilo. Já jsme tam u paní byla akorát zavádět kanylu, udělala jsem ji odběry, ale k samotnému tomu abortu jsem se nedostala, možná i v tu dobu, že když jsem tam byla tak ten abort neběžel. Byla tam sice hospitalizovaná, ale dělaly se příjmy a všechny tyhle věci a samotný abort se odehrál v jinou dobu. Ale na

porodním sálu jsem zažila paní, která takhle měla abort, ale tam nás cíleně nepouštěli. Netuším proč. Já vím, že jsem se tam tehda úplně nějak necpala, že jsem se snažila respektovat to, aby u paní bylo co nejmíň lidí, tak jsme si říkala, že už bych tam byla tak jako navíc, že se tam ani cpát nechci.“ (Anežka)

„Tím že já mám nějakou svojí životní filozofii, že nevnímám tu smrt jako nějaký konec, mám k tomu takovej přístup, kterej si myslím, že mi umožňuje to líp zvládat. Myslela jsem si proto, že můžu s těma ženama i líp mluvit a nějak je podpořit a že tam s nima můžu bejt a tak jsem projevovala zájem. Za těma ženama jsem chodila a mluvila s nima, snažila jsem se i o to, aby to dítě mohla vidět co nejdřív. To byla paní, která o to měla zájem. Oni jí ho pak přinesli, ale bylo to s nějakým takovým zpožděním. Nepřipravili si to včas. Chtěli ho dát do tý pletený kolíbky. Já jsem tam chodila, ale přímo, když se to dítě narodilo, tak to jsem tam nikdy nebyla. Vždycky se to tak seběhlo, že tam třeba byla i jiná práce a tak. Jinak na porodní sál, když tam rodila paní mrtvý dítě, tak mě tam nepustili. Možná jsem mohla být aktivnější, ale nějak si myslím, že to tam brali, že nechtějí, aby tam studentka šla. (Anna)

„Já jsem den před tím s tou paní ještě mluvila a ona říkala, že chtěla, abych tam u toho byla. A oni říkali pak že ať tam nechodím, že to byla dcera zdravotnice, že to brali, že oni si to tam všechno nějak udělají, že ta maminka to všechno zařídí, že ona je zdravotnice. Tak jsem tam pak přišla potom, že jsem tam za ní chodila a ona pak říkala, že jí to mrzí, že jsem tam nebyla. A jedna sestra pak řekla, že jsem se tam moc nehlásila. Takže oni sami z toho byli takoví vykulený, že sami nevěděli, jak já to budu zvládat a tak. Určitě by mě tam nikdo neposlal si myslím a možná by se to dalo zařídit, kdybych já byla nějak víc aktivní no.“ (Anna)

„V praxi jsem se s tím setkala, ale tak jako spíš mizivě. Ale jeden případ se mi vryl do paměti. Ležela na gynekologickém oddělení paní 18. týden, 20. týden se převážela a praskla ji voda a o obě dvojčátka přišla. I pro mě to nebylo easy peasy v tu chvíli. Měla jsem z toho takovej těžkej pocit. Na tu si často vzpomenu, ale nebyla jsem u toho. Spíše z doslechu. Ale na gynekologii byly genetický potraty a mrtvý plody. Ale porodní asistentky mě k tomu nepouštěly. Ale já jsem u toho nebyla. Jenom jsem pak viděla plod.“ (Annička)

„Přišlo mi, že už jsou z toho takový vyhořelý (porodní asistentky – poznámka autorky). Jako nevnímaj nebo nevěděly, jestli to se mnou mají nějak probrat. Braly to

jako běžnou věc, že se to stane. Neprobíraly to se mnou nějak do hloubky. Spíš se mnou probraly takový ty praktický věci, co s tím plodem a tak. Plod se naložit do formaldehydu a poslal se na pitvu. Ani se neukázal rodičům.“ (Annička)

„Na praxi na porodním sále jsem to zažila, co okolo toho je a okolo toho je strašně moc věcí, co udělat. U toho jsem nebyla, ale byla jsem venku a ta porodní asistentka, co jsem se s ní byla, tak ta se o ní starala. Ta tam i brečela, ona je mladá a bylo to pro ni poprvý. Jinak jsem u toho vyložene nebyla. Asi by mě to zajímalo, je to teda hrozně smutný, ale z toho hlediska pracovního by mě to zajímalo. Ale myslím, že se tomu vyhýbají i porodní asistentky, co začnou pracovat. Dlouho se tomu vyhýbají, než dostanou takovou paní. Oni to dávají starším porodním asistentkám. Minule co jsem to zažila, tak to měla dostat mladá porodní asistentka a vyměnila si to se starší. Vůbec tam nešla.“ (Alžběta)

„K paní nás nebrali, to by asi nikoho nenapadlo. Ale pak kouknout se na to miminko, tak to nás tam brali, a to jsem už viděla asi tři takto. Nebrali nás tam z důvodu, aby tam bylo co nejméně lidí. Že bychom mohli něco blbýho plácnout, oni potřebují klidnou péče, co nejmíň lidí. Na tohle si myslím, že jako studentky na tohle ještě nejsme připravený. Ale mluví s náma o tom. Že třeba porodní asistentky vyjdou, já se zeptám, oni řeknou že paní je taková a taková, teď s ní budeme dělat tohle a zvládá to takhle, to jo. Oni chtějí, ať víme, jak to probíhá. Nám ukazovali ty krabičky, ale k tý paní nejdem.“ (Alžběta)

„Zažila jsem tak akorát potraty, to bylo asi jediné, ale nikdy jsem neviděla to starší mimino. Ale na porodním sále musely rodit ty potraty no, to bylo vždycky smutný no. Ale já jsem se o ně starat nemohla, protože nechtěly asistentky, aby tam chodily studentky. Ale já jsem to chápala, já bych u potratu taky nechtěla žádnou studentku. Co nejmíň lidí prostě. Já jsem se k tomu ani nijak nehnala. A asistentky taky říkaly, že bude lepší, když tam budou jen ony s ní.“ (Denisa)

„Na praxi jsem se s tím setkala na oddělení rizikového těhotenství, kdy tam byla hospitalizovaná nějaká paní s retroplacentárním hematodem, mimčo to nakonec nezvládlo a musela potratit. Byl to malý týden. Ale jediný co, tak tam měla kaplana. Paní byla věřící a chtěla kaplana. A myslím, že jí ještě nabízeli psychologa.“ (Hana)

„V praxi jsem to párkrát zažila. Ale nikdy jsem se nesečkala přímo s tou rodičkou, že bych s ní mluvila nebo tak. Ale poprvé když jsem se s tím setkala, tak jsem měla praxi na novorozeneckým. Dělal jsem něco se sestřičkou na novorozeneckým boxu a najednou

tam přišla porodní asistentka, která už porodila mrtvý děťátko a vrazila ho do ruky té sestřičce z novorozeneckýho, ať se o to jako nějak postará. Takže tam jsem s ní byla a dělaly jsme právě ty fotky, děťátko bylo připojený na placentu a dělaly se fotky placenty i celýho tělíčka, dělaly jsme otisky. Maminka ani nechtěla to miminko vidět, ale stejně se to dělalo, kdyby si to třeba rozmyslela.“ (Jana)

„Pak jsem měla praxi na sále a jedna maminka tam rodila mrtvý děťátko, ale u toho jsem jako studentka nebyla, že jsem nebyla ani s tou porodní asistentkou.“ (Jana)

„Ve třetíku na praxích, to u nás taky rodila jedna maminka. Měla jsem denní a ona v noci přišla, že necítí pohyby a srdíčko nebylo. Poslali ji ještě domů, že si to může promyslet, že zítra přijde na vyvolání a ona pak přišla za pár hodin, že se doma necítila, že to vyvolají hned. Mě by to třeba i zajímalo, že bych se tam o ní třeba i starala, ale ona měla zrovna covid, takže mě tam k ní nechtěli pouštět.“ (Jana)

„Jinak záleží, kdo je tam za porodní asistentky, některá si všechno chce dělat sama a není zrovna na mě příjemná a jiná je fajn, že chce abych si zkoušela věci.“ (Jana)

„Setkala jsem se s tím dvakrát. Ale to bylo vždycky umělý ukončení, ale kolem toho 22., 23. týdne, že už to fakt bylo pozdě. To bylo z genetický indikace vrozený vývojový vady. Ale nevím o tom, že by někdo té ženě třeba poskytl informace zrovna o tom perinatálním hospicu. Ty ženy asi ani nechtěly pohřeb, že se jen rozloučily s tím miminkem a miminko se odneslo na pitvu, a to bylo všechno. Myslím, že tady se ani nedělaly otisky, žádněj balíček ani nedostaly, nic.

Byla jsem u toho porodu, to bylo na noční, viděla jsem, jak se porodilo to mimčo, jak se odneslo ale že bych za tou paní chodila to ne. To tam chodila normálně porodní asistentka, která s tím měla zkušenosti, jako jak se bavit s tou ženou a tak. A já jsem myslím ani nechtěla, aby tam nechodilo moc lidí. U toho porodu to vypadalo jako normální porod, jen to byla rychlovka, protože to bylo malé dítě a potom se hned odneslo, protože ještě chvílku žilo, a to už mi bylo hodně nepříjemný. Ještě jak to byla noční, tak se mi i udělalo špatně, protože jsme čekaly půl nebo třičtvrtě hodiny ještě, než to mimčo umře, takže to fakt bylo těžký. Ale to jsem viděla, že to bylo těžký i pro tu porodní asistentku.

A podruhé to jsem tam nebyla vůbec, protože paní měla nesouhlas se studentkama, jenom jsem pak viděla, jak odnesli to mrtvý miminko a porodní asistentka ho oblékla

a odnesla té mamince. Nechtěla jsem tam chodit spíš vůči té paní. Já nejsem ten člověk, že bych se tohohle bála, ale vůči té paní, aby tam byla s ní jen ta porodní asistentka a pán. Ale na ten porod mi to dovolila, ale stejně mi to bylo nepříjemný, že tam jen stojím a koukám.

Obě ženy chtěly dítě vidět, první paní ho u sebe měla dvacet, třicet minut, loučila se s ním. Vůbec nevím, jestli si ho třeba fotila, myslím, že tam není ta možnost těch otisků a tak. Ale vím, že obě ženy chtěly zůstat s mimčama. Ta druhá paní ho tam měla třeba pět deset minuta už ho chtěla dát pryč. Porodní asistentky ženy podporovaly, aby se rozloučily. Snažila se paní uklidnit, už věděla, jak s ní mluvit, že už to párkrát zažila, dala ji možnost ať se s ním rozloučí, ž ho pěkně oblékla, dala ho do zavinovačky, že to mimčo vypadalo jako že spinkalo.“ (Nikol)

„Na dětském ARU. Bylo tam dítě s těžkou diagnózou a bavili se tam o tom, že přejdou na paliativní péči toho dítěte, ale nebyla jsem u toho. Nepouštěj nás k tomu. Právě i když na porodním sále se třeba ví, že se narodí mrtvý miminko nebo že tam je diagnóza, že po porodu umře, tak nás k tomu nepouští. I když bych měla zájem. Ptala jsem se, ale řekli, že ne. Prej by to pro ženu nebylo vhodné. I když jsem říkala, že bych nemusela být přímo u toho, že bych se chovala diskrétně nebo bych se chtěla aspoň podívat na to dítě později, ale ne. Já jsem i argumentovala tím, že nebudu pak v práci na to připravená, že se to tý práce týká, že to bohužel není jen o hezkých věcech, že dochází i k tomuhle a že bych to ráda alespoň jednou za tu praxi viděla, ale ne. A když to povolila sestra, tak to zakázala doktorka.“ (Tereza)

„S tím jsem se v praxi určitě setkala, ale moc nás k tomu nechtěli pouštět. Celkově nás k tomu nechtěli pouštět jako studující, že si v praxi toho užijeme dost. Já jsem to rozhodně vidět nechtěla, já jsem se tomu vyhýbala. Bála jsem se a nevěděla jsem, jak s tou ženou komunikovat.“ (Veronika)

„To jsou věci, s kterými zkušenosti nemám a nevím, co by to se mnou dělalo, když bych u toho byla já a když bych to třeba měla vést. Nezažila jsem to. Mluvila jsem s porodní asistentkou, která sama zažila dvě perinatální ztráty a ta mi to popisovala, tak úplně strašnej strach z toho nemám. Ty lidi to vnímají různě. Někdo, kdo nemá víru v osud, tak to může brát úplně jinak. Nebo třeba klasický křesťani nebo lidi s jiným pohledem, to nevím, jestli bych s nima uměla komunikovat tak, je nejlíp možný.“ (Anna)

„Ještě jsem viděla na gynekologii, kde jsme měli mrtvé dítě, asi 15. týden. A ta paní byla taková, že se nechtěla rozloučit, nic. Jenom jsem se tam dívala, jak se to dítě balí, co se s ním dělá. Ale tam jsem normálně k paní mohla s porodní asistentkou chodit. Lékaři i porodní asistentka paní říkali, že by bylo dobrý se rozloučit, ale paní už měla doma dítě a byla to nějaká zdravotnice a říkala, že dítě nechce. Vyloženě nechtěla i když jsme ji říkali, že třeba v budoucnu by to pro ni mohlo být lepší, tak prostě nechtěla. Mimčo jsme jenom zvážili, a to bylo všechno. Zabalili a zavolali na patologii.

Na riziku tam byla dlouhodobě paní s odteklou paní a potom porodila a druhý den ji to mimčo zemřelo. Ale to nevím, co tam s tím dítětem bylo, jen říkali, že bylo špatný. A na druhý den zemřelo.“ (Dominika)

„Studentky tam neberou, ale některé řeknou, co se tam děje za dveřma, když se člověk zajímá, ale říkají, že ta žena má právo na co největší soukromí.“ (Hana)

Dvě studentky také upozornily na nefunkční vztahy mezi porodními asistentkami na praxi a studentkami celkově, které byly příčinou jejich negativního prožívání celé praxe.

„Jako porodní asistentky a studentky, to tam není dobrý. Jsou tam k nám odměřené. Sedávali jsme tam na chodbách, vůbec nás nebraly si ohřát jídlo. Nikdy bych tam nechtěla pracovat. Bohužel i ty mladší se to naučili od těch starších. Už se to tam veze takto několik let.“ (Dominika)

Porodní asistentky nechtějí spolupracovat se studentkami. Hraje se tam na separaci. Tam se to všeobecně ví a nikdo s tím nic nedělá.“ (Tereza)

Poskytování perinatální paliativní péče v místě konání praxe

Jelikož většina participantek odpověděla, že nikdy během praxí neměla možnost poskytnout ženě a miminku perinatální paliativní péči, byla jim položena otázka, zda vědí, jaká péče je v dané nemocnici/porodnici poskytována v závislosti na dané problematice.

„V době, co jsem tam byla na praxi tam žádný rituály moc neměli, myslím, že jediný, co dělali, byly otisky. Jinak myslím, že ani ne. Myslím, že to berou tak rychle pryč.“ (Veronika)

„To mě hodně ovlivnilo, na gynekologii byly indukce kolem 20. týdne, kdy ty ženy to dítě chtěly vidět, byly na to připravený a ty sestry tam s tím měly problém. A co mi vyprávěly třeba zážitky, kdy to dítě mělo známky života a oni se snažily ho umlčet, schovat do kyblíku, to bylo hodně hustý, a to byly jinak samy matky a empatický ženy a já jsem si říkala, že oni samy z toho musí mít trauma. Na gynekologii tam měli jeden pokoj na to jakoby vyčleněnej, jednolůžkovej. Tam se dávaly ženy, když rodily mrtvý děti. A to bylo třeba i, že jsem šla s paní na aminocentézu a tam bylo na obrovským monitoru normálně živý dítě, ale pak se zjistilo, že má v plodový vodě strašně moc interleukinů, že má velkej zánět a je potřeba vyindukovat, to dítě zabít a porodit/potratit.“ (Anna)

„Na gynekologii je sestřička, která ručně háčkuje ty hnízdečka pro ty miminka, tak to tam dělá z vlastní iniciativy. A na porodním sále mají takovou tu krabičku pro ty děti, kde mají čepičku a tady ty věci na památku, tu kartu otiskovali. A vím, že když se to miminko narodilo už mrtvý, v tom asi 24. týdnu na porodním sále, tak ho porodní asistentka zvažila, umyla a dávala těm rodičům ať mají čas na rozloučenou už jenom upravený hezký spící miminko v tom pelišku.“ (Anežka)

„O rituálech nic nevím. Víم, že ženě nabízeli, že tam je nějaká ta možnost, hospic provázení nebo nějak tak se to jmenuje. Že tam chodí psycholožky a co se týče dítěte, tak víم, že bylo tlumený lékama, snažili se mu to takhle nějak zpříjemnit, ale nic jiného.“ (Tereza)

„Mají tam upletený košíčky, memoryboxy, jsou vyškolený v problematice perinatální paliativní péče.“ (Anna)

„Přehled mám, je to na domluvě s rodičema, jestli to miminko chtějí vidět nebo nechtějí vidět, jestli se s ním chtějí rozloučit, pomazlit, vykoupat, oblíct, ale nevím, jak je to přesně v té nemocnici u nás. Povědomí mám, že se jim dělají upomínkový balíčky, že tam mají čepičku, ponožtičky. Je to pak jednodušší se asi s tím dítětem rozloučit, aspoň pomazlit a tu fotku. I když je to mrtvý dítě, tak aspoň tu fotku mít. Na gyndě musíme ze zákona dávat ženám možnost dítě pohřbít. Ženy musí podepsat formulář, kde se musí vyjádřit, jestli chtějí dítě pohřbít, jsou tam i kontakty na pohřební služby.“ (Anička)

„Snaží se hned miminko odvézt a ty porodní asistentky s těma rodičema moc nekomunikují se mi zdálo. Pořád vidím u některých starších porodních asistentek i u některých lékařů, že to berou jako každodenní rutinu. S těma ženama vůbec nemluví, neprobírají s nima to miminko, nic s nima neřeší. Je to na bodu mrazu.“ (Veronika)

„Vím, že pokud si ženy ty upomínkový předměty nevezmou, tak to neuchovávají, takže ten primář to tam nechce. Ale tím pádem se to snaží těm ženám dávat, i když na to třeba ještě nejsou připravený.“ (Anna)

„Mě kolikrát přijde, že ta studentka to prožívá víc a je víc empatická k té ženě než ty starší kolegyně, který to mají trochu na běžným pořádku. Čekala jsem, že se to naučím od starších kolegyně, ale přišlo mi, že to nikdo neovládá nějakou speciální komunikaci a péči o tyhle ženy. Viděla jsem třeba i rozdíl mezi mladšíma PA a staršíma PA. Starší PA jsou takové stalo se to každému, děje se to často a moc pro to nemají pochopení a už vůbec nejsou vzdělaný v této problematice. Myslím si, že ty mladší PA se v tom orientují líp a jsou k tomu více nakloněný.“ (Hana)

„No, když nás něco zajímalo, tak nám řekly. Co vím, tak ten plod dají do emitky a někam to dají do lednice a když je to ten starší plod, tak se dělají ty otisky prstů ještě a oblékaj se a fotí se a takového věci. Ten potrat, to bylo malinkatý a taky to dali do emitky a to neviděla ani ta žena a nic se s tím nedělalo. Potratem to skončilo a nebylo nic dál.“ (Denisa)

„Rodičům doporučují, aby se rozloučili s tím mimčem. Máme tam memoryboxy, to myslím, že je super, že těm rodičům můžeme dát alespoň ty otisky a třeba tu vzpomínku, což je strašně dobře pro ně. (Dominika)

„U nás je to takový rychle pryč s tím. Nemluví se ani o dítěti, ani mezi porodními asistentkami. Rychle pryč s tím, ať to ta maminka nevidí a ať z toho není traumatizovaná.“ (Annička)

„Tam se dělá strašně moc různých odběrů, třeba zánětlivých markerů, ty jsou tam důležitý. Potom se musí dělat průvodky kam půjde dítě potom, že paní musí domluvit místo na gynekologickým oddělení, aby nebyla na šestinedělí. A hlavně se tam snažej utišit ty bolesti. A potom když se to miminko narodí, tak ho odnesou pryč, vyfotí ho, zabalí, aby bylo co nejkrásnější. Pak se musí rozloučit a pak se řeší, jestli chtějí nebo nechtějí pohřeb. Ale jako interně nevím, kolik se tam musí dělat testů nebo tak. Jsou tam ty memoryboxy, pro kluka modřej, pro holčičku je růžovej. To právě říkala ta porodní asistentka, která přišla do školy, že rodiny si to právě otevírají na úmrtí miminka každé rok, nebo si to můžou vzít domů a až jsou připravený, tak se do toho kouknou. A jsou tam černobílý fotky toho miminka. Dřív se dělali barevný. A pak tam šel ten průvodce smrtí, to je psychologka, která tam pracuje a oni ji zavolají z porodního sálu a ona se pak té paní zeptá, jestli

potřebuje nějak pomoci se s tou ztrátou vyrovnat nebo ne. A když si vyberou, že jo, tak o tom tak mluví jako třeba co bude, taková psychologická pomoc.“ (Alžběta)

„Myslím si, že hlavně taky záleží, kdo na tý směně je, jaká porodní asistentka, jak se k tomu staví. Když je tam nějaká, co to neřeší. Někde byli fakt skvělí. Stalo se mi tam, že jsem chytla fakt skvělou porodní asistentku, že se to hodně snažila té paní vysvětlit a nějak ji jako povzbuzovat. Záleží asi jak kde no.“ (Dominika)

„Je ta, více méně nějaký postup, ale měla tam být přednáška s ředitelkou dítě v srdci, kterou pozvala jedna porodní asistentka. Ale kvůli covidu se to ještě neuskutečnilo, a ne všichni tam jsou tomu nakloněný. Takže je to tam ponechaný na tom, jak to každá porodní asistentka bude chtít dělat. Jsou tam k dispozici memoryboxy, tam je vysvětlivka, co s tím. Je tam problém i s pediatriem, protože ta péče je v jejich kompetencích a ta péče je nedostatečná. Oni udělají otisky a tím to hasne. Jedna pediatrička tam minule říkala jedné porodní asistentce, že to je nehumánní a odporný a nevím co, když tam dělala ty memoryboxy. Jsou tam i menší kolíčky, na ty malý miminka na rizikovým oddělení. Ale tam to staniční odmítá, není k tomu nakloněná. Nechce věřit, že by ty ženy s těmi malými týdny chtěly loučit, myslí si, že to vůbec nechtějí vidět. Ale tu možnost jim tam nikdo nedá. Nedokážu pochopit, že oni řeknou „no stává se, udělají si nový“. Mě to přijde jako jedna z nejhrošších věcí, co se ženě může stát.“ (Hana)

Supervize

Jelikož se téma perinatální paliativní péče týká velmi citlivé lidské oblasti, může být pro studentky velmi náročné se se situací perinatálního úmrtí a celkově perinatální paliativní péče vyrovnat. V průběhu rozhovorů byla participantkám kladena otázka, zda jim škola poskytovala možnost supervizí, jak v průběhu jejich praxí, tak po ukončení praxí. Tedy zda jim bylo nabídnuta možnost, hovořit o svých pocitech, obavách při poskytování perinatální paliativní péče. Většina participantek odpověděla, že jim supervize nabídnuta nebyla. Pokud měly ve škole po ukončení svých praxí sezení, rozebíraly zde pouze praktické věci jako například odchozené hodiny a splněné výkony.

„Třeba se nás naše garanta ptala, co na praxích, co se nám nelíbilo, ale spíš, jestli jsme spokojený s mentorkou, co máme nebo s přístupem porodnic a tak. V porodnictví se nás ptala, co se nám stalo hrozného, jak se to řešilo a tak. Ale vyloženě sezení jsme na to neměli. Myslím si, že nějaký supervize by byly fajn třeba i pro ty

studentky obecně, že zažíváš na praxi věci, co se ti třeba nelíbí a nevíš, jak to v sobě máš řešit, tak by bylo fajn si o tom s někým popovídat.“ (Jana)

„Supervize nemáme. Ocenila bych to.“ (Alžběta)

„Ne. Vedoucí, co by s náma měla probírat praxe, s tou je taková komunikace, jakože v podstatě nic.“ (Tereza)

„Supervize jsme neměli. Bohužel pro to není prostor. Vyučující nám řeknou, že kdyby se něco dělo, ať jim napíšem nebo že to s nima můžeme probrat. Ale my vidíme, kolik práce oni mají a není pro to moc ten prostor.“ (Anna)

„Asi jsme měli možnost, ale zkušenosti s tím nemám.“ (Nikol)

„Supervize jsme neměli. Myslím, že jsme se po tom ani nijak nepídili, ale nikdy nám to nebylo nabízeno.“ (Veronika)

„Ani ne spíš to bylo popovídání o celé praxi, jak nám to šlo, co bylo za problémy, co nového a odevzdání docházky, hodnocení praxe a deníky.“ (Denisa)

„My, když odevzdáváme dokumentaci z praxe, aby nám mohla garantka udělit zápočet, tak se vždycky bavíme o té praxi, co tam probíhalo a jak to fungovalo. Máme možnost říct garantce oboru, že se tam událo to a to. Případně nám nabízela, že kdyby byl nějaký problém, tak se to dá řešit, zatím ale k ničemu takovému nedošlo ani ze stran spolužaček, takže to nemohu soudit, jak by to vypadalo.“ (Anežka)

Pouze jedna participantka uvedla, že jim byla ve škole nabídnuta možnost supervizí, ve které jedna její spolužačka využila prostor k tomu, aby povyprávěla její pocity ohledně situace, kdy v rámci praxí nenašla ozvy plodu u jedné ženy při kardiografickém záznamu. Participantka si cenila této možnosti a shledávala jí přínosnou.

„Ve škole jsme mívali supervize, ale tam jsme spíš řešili porodní sál. Ale takhle chování těch asistentek. Ale kdo chtěl, že zažil něco takového, tak to jsme to tam spolu probírali. Spolužačce se právě stalo taky, že nenašla ozvy, takže tam řešila, jak paní reagovala, jak na to vzpomínala. Bylo fajn, že jsme měli pak ve škole takovouhle možnost. To byla supervize, kdy jsme se takhle sešli a hodinku, dvě jsme si povídali. Ukazovali jsme deníky, výkony, co jsme museli mít a mohli jsme tam právě řešit takovýhle věci. Měli jsme

tu možnost, když se někomu něco stalo. Nebo i pěkný porod, prostě kdo chtěl, tak mohl k tomu něco říct.“ (Dominika)

Připravenost studentek porodní asistence na poskytování perinatální paliativní péče

Na otázku, zda se cítí připravené po studiu na péči o ženu a dítě v souvislosti s problematikou perinatální paliativní péče, odpověděly všechny participantky, že se připravené necítí. Nejčastěji se opakovala odpověď, že se necítí připravené na komunikaci se ženou po perinatální ztrátě. Dále některé studentky uvedly, že se necítí připravené na samotnou péči o mrtvorozené/umírající dítě či že postrádají znalost psychologického přístupu k ženě v této situaci.

„Necítím se na to připravená.“ (Tereza)

„Po praktické stránce jsem se vůbec necítila připravená. A necítila jsem se připravená ani na tu komunikaci s těma rodičema. Třeba kdyby se mi to stalo v praxi tak by se mi tam nechtělo. Já bych chtěla třeba nějaký seminář nebo tak něco na tohle téma.“ (Dominika)

„Já se absolutně necítím připravená. Třeba jsem čekala, že budu mít ze školy lepší komunikační schopnosti nebo i nějaký nástroje z psychologie, abych s takovýma ženama byla schopná jednat nebo že se to naučím na praxi od starších porodních asistentek. Ale přijde mi, že ani jedno nemám.“ (Hana)

„Ne, vůbec si nepřijdu připravená v té komunikaci a v péči o toho mrtvýho novorozence.“ (Veronika)

„Necítím se připravená v té komunikaci.“ (Dominika)

„Myslím si, že bych to nějak vzala, ale asi by to ještě nějakou přípravu chtělo. Třeba nějaký kurz nebo aby mi někdo řekl, jak se k té ženě mám chovat. Ať jí třeba zbytečně nelituju, jak řešit tu komunikaci s ní, jak jí být fakt jako oporou, aby měla pocit, že děláme, co můžeme.“ (Anežka)

„Myslím si, že nejsem připravená, necítím se tak. Když tam jsme dva týdny dvakrát za rok, tak člověk se v tom necítí jistě. Nikdy jsem u toho nebyla, jen jsem věděla, že to je na mojí směně. To tam vždycky brečely všechny asistentky, takže to bylo takové smutné. Ale nezažila jsem to, takže bych na to určitě připravená nebyla. Nevěděla bych vůbec, co říkat.“ (Denisa)

„Necítím se připravená v té komunikaci. Ještě jak to máme teď všechno online, tak je to takový těžší.“ (Nikol)

„Já osobně nejsem připravená z toho psychologického hlediska.“ (Jana)

„Chtěla bych, abysme na to byly více připravené, abychom teoreticky věděly, co a jak.“ (Tereza)

„Já se necítím připravená ani přes to, že si to sama hledám. Já si myslím, že by se hodilo si prakticky natrénovat ty situace, třeba nějaký to role play. Natrénovat si tu komunikaci.“ (Anna)

„Ve škole to s náma probrali, což považuji za velké plus, že jsme neřešili jen ty sluníčkové věci, ale že se to v praxi stane, že tam bude ten mrtvý plod. Ať nepočítáme vždycky jen s tím, že to bude dobrý. Ale asi to nebylo úplně do hloubky. Myslím si, že je to pak o své iniciativě, o tom dovzdělávání se a řešení si těch vlastních kurzů.“ (Annička)

„Připravená se cítím, tak na půl. Ale já jsem člověk, co do toho jde po hlavě, takže bych to zkusila se o takovou ženu postarat, stejně mě to jednou potká. V praxi to dělají tak že té nové porodní asistence takovou ženu nedají třeba rok. Pořád se jí ptali, jestli je na to připravená. Ta mladá měla možnost si ji vzít, ale nechtěla. Bylo by to pro mě strašně těžký, ale jo. Ale potřebovala bych mít někoho za dveřma za zadkem, kdo by mi s tím pomáhal.“ (Alžběta)

Dvě studentky také zmínily potřebu nejprve se samy v sobě vyrovnat se smrtí, aby pak nadále mohly být oporou pro ženu a její rodinu v této situaci.

„..... a i si tyhle situaci beru hodně k srdci a asi by to pro mě bylo těžké, že se s tím i já musím nějak smířit.“ (Dominika)

„Člověk se s těmahle situacema musí sám vyrovnat. Smrt je pro mě takový téma, že si v tom musím najít sama cestu.“ (Annička)

Obavy studentek při poskytování perinatální paliativní péče

Nedostatek důvěry vytváří bariéru pro rozvoj důvěrného vztahu s pozůstalými rodiči. Mnoho studentek si například není jisto, zda je vhodné projevovat syrové emoce, a často cítí potřebu je zadržet. Tato úzkost je činí zranitelnými vůči nevyřešenému zármutku, který je spojen s vyhořením a může být faktorem v jejich rozhodnutí opustit profesi (Doherty, 2018).

V souvislosti s otázkou, zda se cítí připravené na péči o ženu a dítě v souvislosti s problematikou perinatální paliativní péče vyvstala v průběhu rozhovorů otázka, z čeho mají participantky největší obavy. V souvislosti se zjištěnou nedostatečnou připraveností na komunikaci se ženou mají z komunikace největší obavy. Dále zmiňovaly obavy z péče o mrtvé miminko, či celkový přístup k dané situaci z psychologického hlediska. Jejich nedostatečná připravenost na tyto situace jim tedy přináší i jejich největší obavy.

„Mám strach z té komunikace.“ (Dominika)

„Bojím se, že s tou ženou nebudu schopná správně mluvit, že nezvládnou tu péči o toho mrtvýho novorozence.“ (Veronika)

„Největší obavy mám z komunikace, že kdyby ta žena byla třeba nějak hodně lítostivá. Abych něco prostě neplácla. Teoreticky něco třeba vím, ale myslím, že je důležitá ta praxe. Že ty situace můžou bejt hodně různý. Některý ženy na té gyndě mi byly blížký, že se mi s nima dobře mluvilo, ale že by to mohlo vypadat úplně jinak. Nebo třeba když to dítě bude nějak víc deformovaný, tak jak to prostě komunikovat s tou ženou, abych jí na to připravila, abych jí popsala, jak vypadá. To jsou věci, s kterýma zkušenosti nemám a nevím, co by to se mnou dělalo, když bych u toho byla já a když bych to třeba měla vést. Ty lidi to vnímají různě. Někdo, kdo nemá víru v osud, tak to může brát úplně jinak. Nebo třeba klasický křesťani nebo lidi s jiným pohledem, to nevím, jestli bych s nima uměla komunikovat tak, jak je nejlíp možný.“ (Anna)

„Nejvíc mám obavy z té komunikace. Prostě bych se bála, že řeknu něco nebo že bych něčím ztratila důvěru té rodičky. Že bych řekla něco takovýho špatnýho, že pak by se mi bála třeba svěřit. Asi teda obavy z toho komunikačního hlediska, jinak vést porod, to by mi asi nevadilo, i když tam můžou nastat nějaké komplikace a tak.“ (Jana)

„Bojím se všeho, komunikace, vedení porodu, péče o novorozence. Hlavně se bojím, že řeknu něco nevhodnýho. Nevím, co bych jí měla říct, jestli mám mlčet nebo vyjádřit soustrast. Nevím, jak bych jí třeba měla citlivě podat dokumentaci, kterou je třeba vyplnit.“ (Hana)

„Že bych vůbec nevěděla, jak jí pomoci psychicky, protože člověk nemůže říct, že bude mít další, to prej se jako vůbec říkat nemá, že mají soucítit s tou ženou, ale nevěděla bych prostě co říct, aby to bylo správně.“ (Denisa)

Účelné vzdělávání

Participantkám byla položena otázka, jak by si představovaly účelné vzdělávání v této problematice, které by je kvalitně připravilo na jejich budoucí povolání. Některé dotázané participantky by teoretické znalosti prezentovaly ve formě blokové výuky samostatného předmětu či by této problematice věnovaly čas v rámci hodin psychologie, komunikace, etiky nebo v rámci předmětu rizikové těhotenství. Teoretické znalosti o této problematice by se podle dotázaných participantek měly týkat praktických věcí ohledně porodu mrtvého plodu, jako například činnosti, které musí porodní asistentka vykonat v této souvislosti (krevní odběry, péče o mrtvé miminko), postupů, jak komunikovat se ženou v této situaci či psychologických přístupů k ženě po perinatální ztrátě.

„Myslím si, že máme spoustu zbytečných předmětů, takže by nebylo špatný udělat třeba nějakou blokovku právě o tomhle, nebo alespoň v rámci toho předmětu Rizikový těhotenství, tak udělat o tom vyloženě nějakou přednášku.“ (Jana)

„A celkově v tý psychologii, kdybychom to víc probírali. Nácvik nějaký komunikace.“ (Veronika)

„Nejdřív bych o tom mluvila teoreticky, třeba jak to proběhne technicky. Teoreticky by to chtělo víc než jednu hodinu. Pak je i velký téma, když to dítě zemře neplánovaně během porodu. Tomu se nevěnuje pozornost vůbec během výuky.“ (Anna)

„Nechala bych to v té etice, s tím že bych tomu dala víc času. Na úvod třeba ten brainstorming nechat ty studentky, aby popřemýšlely, co o tom ví.“ (Anežka)

„Ale kdyby mě někdo poučil, co se v takových situacích dělá a tak, tak by stačili jeden, druhý a třetí a byla bych si jistá tím, co říkám.“ (Denisa)

Jedna participantka si byla sama vědoma toho, že na každé škole je vzdělávání v této problematice rozdílné a zmínila návrh, že by bylo dobré, zavést jednotné osnovy po celé ČR.

„Co se praxí týče tak bych ráda chodila za tou paní, ale to je na těch porodních asistentkách. A co se školy týče, tak by bylo dobrý, aby ten blok byl zařazenej automaticky. Protože kdyby to nenavrhl ta naše porodní asistentka ve škole, tak jsme o tom nikdy nemluvili. To nám dalo hodně tohle.“ (Alžběta)

Studentky také zmiňovaly přínos praktických cvičení zaměřených na komunikaci s matkou/rodiči po perinatální ztrátě, například formou hraní rolí či by ocenily konkrétní postupy a rady, jak v takové situaci se ženou komunikovat. Studentky by si na praktických cvičeních také rádi zkusily konkrétní postupy v péči o mrtvé miminko.

„A potom zapojit ty studentky, aby o tom mluvily, a aby si to jakoby vyzkoušely ty situace, ale takovým citlivým způsobem. Mluvila bych o tom, dobrý by bylo, aby to byla menší skupinka, třeba s 10 studentkami. A zahrát si různé případy tý ztráty.“ (Anna)

A pak třeba nácvik přímo toho, co budou té paní říkat. Aby se postavili před figurínu nebo spolužačku jako k paní po perinatální ztrátě a jak se k ní budou chovat, aby tam byl přímo ten nácvik. Uvést situaci, že paní to miminko zemřelo a bylo to tak a tak a ať se s tím popasují.“ (Anežka)

„Určitě bych vysvětlila tuhle problematiku v podobě teorie a potom bych to zkoušela na cvičeních, jak připravit holky na tyhle situace.“ (Nikol)

„A potom jim říct, jak to má jako být a ukázat jim třeba tu péči o to miminko. Ukázat, jak se to miminko balí, třeba i otisknout tu nožičku, protože třeba i u normálně narozených zdravých dětí to jde horkotěžko otisknout tu nožičku, aby byla pěkná a nebyl tam jen flek. Takže bych vzala nějakou panenku, ať si zkusí a zároveň aby ty rodiče neměli pocit, že porodní asistentka tomu mimčů tu nohu nějak láme nebo dává to divné polohy.“ (Anežka)

Dvě z dotázaných participantek by také ocenily aktivní zapojení do perinatální paliativní péče při vykonávání jejich odborné praxe.

„Pomohlo by mi, kdybych se nebála a v praxi se do toho zapojila. Ale tím, že mě k tomu stejně nechtěli pouštět, tak to by ani nebylo možné.“ (Veronika)

„Bylo by fajn, kdybych se mohla podívat aspoň k jednomu tomu potratu, že bych nic neříkala, jenom bych to poslouchala, byla bych tam jako pasivní člověk, vůbec bych do toho nezasahovala, ale chtěla bych si to poslechnout, co ten doktor ji vykládá no. Je to zajímavý.“ (Denisa)

Většina participantek by však zařadila do vzdělávání v problematice perinatální paliativní péče semináře zaměřené na osobní zkušenosti, ať už zkušené porodní asistentky nebo maminky po perinatální ztrátě.

„Bud' seminář nebo nějakou zkušenou porodní asistentku, která má více takových porodů za sebou, aby nám k tomu taky něco řekla. Nebo třeba nějaká ta maminka, kdyby byla svolná a nevadilo by ji o tom mluvit, tak to by bylo fajn, abysme se mohli doptat, co ji pomohlo a tak.“ (Tereza)

„Určitě bych ocenila nějaké další semináře, spolupráce s hospicema a tak.“ (Veronika)

„Zabrousila bych na weby a zkusila oslovit nějaké ty organizace jako třeba ta Prázdná kolébka, že to má svůj význam, že si o tom někdo s těma studentkama popovídá, kdo těch zkušeností má víc.“ (Annička)

„A třeba nějaký seminář s porodní asistentkou, která má s tímhle zkušenosti, nebo porodní asistentky z těch hospiců nebo nějaké paní s těmito zkušenostmi.“ (Nikol)

„Ale ještě by bylo dobrý někoho se zkušenostmi, třeba porodní asistentky, jak u toho bývají, tak aby takto někdo přímo povykládal o zkušenostech. Takovou zkušenost, co se jim říká, jak reagovat, jak odpovídat na jejich otázky a podobně.“ (Denisa)

„Nějaký seminář nebo někoho, kdo se tímhle nějak zabývá. Aby nám řekl, jak se v takové situaci zachovat, co přesně dělat. Třeba nějakou porodní asistentku u toho mít, někoho z těch hospiců nebo z těchle organizací, které se tím zabývají.“ (Dominika)

„..... a pak bych tam dala nějakou praktickou část určitě. Vysvětlit ten vývoj péče, že je třeba podporovat ten kontakt a rozloučení ženy a dítěte, ukázat jim nějaký ty příběhy, organizace, který se tomu věnujou.“ (Anna)

„Tím, že jsem se na praxích s tím moc nesešla, tak by bylo super třeba kdyby nějaká psychologka, která s těma ženama pracuje a znala by ženu, která to prožila a byla by ochotná se studentkama to projít z jejího pohledu. Myslím si, že když nemají zkušenosti, tak že to nedokážou pochopit, jak moc je to pro ty ženy náročný. Dát tomu víc času a hodin tomuhle tématu.“ (Hana)

„A nejvíc člověku pomůže, když je to z praxe. Třeba když tam je nějaká porodní asistentka, která odvedla třeba takových pět porodů, tak už ví, co a jak. Popovídat si o tom od začátku do konce i z hlediska té komunikace i třeba jaký odběry bereš nebo potom péče o to miminko a tak.“ (Jana)

Jedna participantka také zmínila nápad, zařadit již v prvním ročníku před nástupem na praxe výuku paliativní péče či seminář, kde by byly studentky seznámeny s tím, s čím se mohou na praxi setkat a popřípadě, jak se v takových situacích zachovat.

„I v tom prváku bych zařadila nějakou tu paliativní péči, já jsem v tom prváku málem s tou školou skončila. Protože jsem na to vůbec nebyla připravená.“ (Alžběta)

4 DISKUZE

Cílem realizovaného šetření bylo zjistit, jaká je informovanost studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče. Bylo stanoveno následujících 5 výzkumných otázek: „Jaké znalosti mají studentky porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče?“, „Jaké zkušenosti mají studentky porodní asistence z klinické praxe v souvislosti s perinatální paliativní péčí?“, „Jaké obavy mají studentky porodní asistence v souvislosti s poskytováním perinatální paliativní péče?“, „Jaké možnosti podpory ve formě supervizí mají studentky v rámci vykonávání odborných praxí?“ a „Jak si studentky porodní asistence představují účelné vzdělávání v problematice perinatální paliativní péče?“ V této kapitole budou shrnuta zjištění tohoto šetření a v konfrontaci s odbornou literaturou budou podrobena diskuzi.

V odborné literatuře zatím není téma informovanosti studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče příliš zpracováno. Poznatky z našeho výzkumu jsme částečně srovnávali jak se zahraničními, tak s českými výzkumy a dostupnou literaturou.

Ratislavová, Bužgová, Vejvodová (2019) uvádějí, že vzdělávání v oblasti perinatální paliativní péče je nezbytné v pregraduálním vzdělávání porodních asistentek a novorozeneckých sester. Jak zmiňují autorky Ratislavová a Kašová (2012), v České republice se již dnes můžeme setkat s prvními vlaštovkami v souvislosti novodobého vzdělávání v problematice perinatální paliativní péče. Také náš výzkum potvrdil, že vzdělávání v této problematice je na dobré cestě, avšak bylo zjištěno, že toto vzdělávání není jednotné a spíše záleží na iniciativě každé školy, a hlavně jednotlivých vyučujících, jak se této problematice zhostí. Byla tedy zaznamenána rozdílná informovanost studentek porodní asistence v problematice perinatální paliativní péče. Většina participantek však udávala, že informovanost o dané problematice pocítují jako nedostatečnou a necítí se připravené na poskytování perinatální paliativní péče ve své budoucí klinické praxi.

Autorky Ratislavová a Kašková (2012) popisují přípravu studentek porodní asistence na poskytování perinatální paliativní péče na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Je zde zmíněna výuka této problematiky, kde se studentky několik hodin v rámci předmětu psychologie věnují teoretickým problémům jako je například proces truchlení, práva rodičů po perinatální ztrátě, možné rituály či jiné

intervence rozloučení s dítětem. Ve cvičeních tohoto předmětu jsou pro studentky v rámci supervizí pořádány Balintovské skupiny, jež pomohou studentkám vcítit se do prožitků rodičů, rozvíjí empatii a v neposlední řadě pak slouží jako duševní hygiena pro studentky. Do výuky je též zařazena beseda s maminkami ze sdružení rodičů Dlouhá cesta, jež poskytuje studentkám pohled na perinatální ztrátu z druhého pohledu, tedy ze strany maminek. Náš výzkum opět ukázal na nejednotnost předávání znalostí, dovedností a zkušeností související s problematikou perinatální paliativní péče. Někde je téma zpracováno v podobě samostatného předmětu. Ale ve většině participantky odpovídaly, že se o tématu zmínily v rámci hodin etiky, komunikace, psychologie či v rámci ostatních předmětů. Také se objevovala odpověď, že se o tématu okrajově dozvěděly v průběhu studia v předmětech porodnictví a neonatologie, kde se informace týkaly především časového vymezení potratu a porodu, či příčin úmrtí plodu apod. Pouze dvě participantky uvedly, že v rámci vzdělávání na toto téma díky iniciativě školy/konkrétní vyučující setkaly se seminářem, kde byla přednášející osoba s konkrétními zkušenostmi. V prvním případě se jednalo o seminář ředitelky perinatálního hospice Dítě v srdci a ve druhém případě šlo o porodní asistentku přímo z praxe. Studentky také zmiňovaly vlastní iniciativu při hledání informací o problematice perinatální paliativní péče. Participantky si o zážitcích z praxe povídaly se spolužačkami či si hledaly informace na webových stránkách a sociálních sítích. V zahraničí představily autorky Logiudice a O'Shea (2017) model perinatální paliativní péče v americkém programu vzdělávání porodních asistentek. Využíváním postupů založených na důkazech a národních programů lze perinatální paliativní péči proplést osnovami pro porodní asistentky s cílem dosáhnout mezinárodních standardů praxe a kompetencí. Model perinatální paliativní péče mohou přijmout vzdělávací programy po celém světě. Takto vzdělané porodní asistentky pak mohou poskytnout holistickou péči ženám a rodinám, které se potýkají s mrtvě narozenými nebo život omezujícími diagnózami plodu.

Ratislavová a kol. (2016) doporučují věnovat více pozornosti vzdělávání porodních asistentek v péči o ženy po perinatální ztrátě, celoživotnímu vzdělávání zdravotnických pracovníků a provádění dalších výzkumů v České republice. Autoři také kladou důraz na nezbytnost informovat porodní asistentky o osvědčených postupech a osvědčených metodách vysoce kvalitní zdravotní péče, které mohou uplatňovat právě při poskytování perinatální paliativní péče. Také participantky našeho výzkumu jsou si vědomé nezbytnosti vzdělávání v této problematice, které by se podle nich mělo

zaměřovat na oblast praktických postupů při porodu mrtvého plodu či péči o umírající dítě, dále pak na oblast komunikace a psychologické péče o ženu a její rodinu po perinatální ztrátě. Účelné vzdělávání by si studentky představovaly jak formou předávání teoretických znalostí v rámci hodin psychologie, komunikace, etiky, rizikového těhotenství nebo v rámci blokové výuky samostatného předmětu zabývajícího se perinatální paliativní péčí, tak formou praktických cvičení zaměřených na komunikaci se ženou a její rodinou (například formou hraní rolí), nácviků konkrétních postupů v péči o mrtvé miminko, v komunikaci se ženou a její rodinou či formou seminářů zaměřených na předávání osobních zkušeností jak ze strany zkušené porodní asistentky, tak ze strany maminky/rodičů po perinatální ztrátě. Ve studii autorek Ratislavová, Bužgová, Vejvodová (2019) byly kladně hodnoceny zejména inovativní výukové strategie (např. simulace, diskuse a metody založené na umění). Baxter, Baron (2011) ve svém článku zmiňují důležitost písemných pokynů pro porodní asistentky, které poskytují péči o pozůstalé relativně zřídka. Tvorbu praktických postupů v perinatální paliativní péči, které by usnadnily takto náročné situace, shledávaly přínosným i participantky v našem výzkumu. V rámci zlepšení celkového vzdělávání by ocenily aktivní zapojení do poskytování perinatální paliativní péče v rámci odborných praxí. Některé participantky také navrhly zařazení bloku perinatální paliativní péče před celkovým nástupem na odbornou praxi v rámci 1. ročníku, které by je připravilo na možné konfrontace s touto problematikou.

Náš výzkum ukázal, že nejvíce poznatků o dané problematice získaly participantky až v praxi. Některé participantky zmínily, že situace porodu mrtvého miminka se v době jejich praxe odehrávala, ale ony samy u porodu přítomné nebyly. V průběhu rozhovorů tedy vyvstávala otázka, co bylo důvodem jejich nezapojení do perinatální paliativní péče. Většina participantek sdělila, že důvodem byl zákaz jejich přítomnosti u porodu mrtvého miminka ze strany porodních asistentek nebo lékařů. Některé participantky zmínily, že jim to nebylo nabídnuto, ale ani ony samy zájem neprojevovaly z důvodu svých obav a z důvodu zachování soukromí. Dle výzkumu autorky Doherty (2018) je třeba klást větší důraz na podporu studentek porodní asistence, aby se dostaly do kontaktu s perinatálním úmrtím, aby se následně zvýšila jejich důvěra v tuto oblast klinické praxe a zvýšila míra spokojenosti pozůstalých rodičů. K tomu se jeví jako nezbytná také podpora od mentorů a vedoucích pracovníků.

Studentky porodní asistence se mohou v rámci odborné praxe setkat s perinatální ztrátou, jako je narození mrtvého dítěte a úmrtí novorozence. Vyrovnat se s těmito událostmi může být náročné, protože ztráta a smrt jsou antitezí narození, která převažují v porodní praxi. O tom, jak jsou studentky porodní asistence podporovány při péči o ženy trpící ztrátou, existují jen omezené výzkumy, špatná podpora však může mít dopad na budoucí praxi (Alghamdi, Jarret, 2016). Na článek autorů Alghamdi, Jarre (2016) jsme navázali i v našem výzkumu, kdy nás zajímalo, jaká je studentkám nabízena podpora v souvislosti s odbornou praxí, konkrétně situacemi jako je například poskytování perinatální paliativní péče. Jelikož se téma perinatální paliativní péče týká velmi citlivé lidské oblasti, může být pro studentky velmi náročné se se situací perinatálního úmrtí vyrovnat. V průběhu rozhovorů byla participantkám kladena otázka, zda jim škola poskytovala možnost supervizí, jak v průběhu jejich praxí, tak po ukončení praxí. Tedy zda jim bylo nabídnuta možnost, hovořit o svých pocitech, obavách při poskytování perinatální paliativní péče. Většina participantek odpověděla, že jim supervize nabídnuta nebyla. Pokud měly ve škole po ukončení svých praxí sezení, rozebíraly zde pouze praktické věci jako například odchozené hodiny a splněné odborné úkony. Pouze jedna participantka uvedla, že jim byla ve škole nabídnuta možnost supervizí, ve které jedna její spolužačka využila prostor k tomu, aby povyprávěla její pocity ohledně situace, kdy v rámci praxí nenašla ozvy plodu u jedné ženy při kardiografickém záznamu. Participantka si cenila této možnosti a shledávala jí přínosnou. Dvě participantky také zmínily v souvislosti s touto oblastí potřebu nejprve se samy v sobě vyrovnat se smrtí, aby pak nadále mohly být oporou pro ženu a její rodinu v této situaci.

Výsledky výzkumu Ratislavová a kol. (2016) ukázaly často se vyskytující nejistotu porodních asistentek v České republice při péči o matku po perinatální ztrátě, projevující se paternalistickým přístupem ke komunikaci, nízkou úrovní psychologické podpory, nevhodně zvolenou verbální či neverbální komunikací a malou nebo dokonce žádnou pomocí při vytváření upomínek na dítě. Také v rámci výzkumu autorek Zanovitové a Ovšonkové (2010) byly identifikovány nejčastější oblasti problémů vyskytující se při poskytování ošetrovatelské péče o umírající a zemřelé novorozence ve sledovaných oblastech: sestra a umírání, umírání ve vztahu sestra, dítě a rodina, umírání ve vztahu sestra a podpůrné osoby, kterými byly prostředí, soukromí, informací, komunikace a oblast podpory rodičů a personálu. Výzkum potvrdil na nedostatečné znalosti a dovednosti sester pracujících na úseku novorozeneckých jednotkách intenzivní

medicíny uplatňujících při své práci některé prvky paliativní ošetrovatelské péče, čímž vzniká i nejednotnost postupů při poskytování paliativní péče. Také náš výzkum potvrdil na nedostatečné znalosti a dovednosti studentek porodní asistence chystajících se na poskytování perinatální paliativní péče, kdy participantky udávaly pocity nepřipravenosti v oblastech komunikace se ženou po perinatální ztrátě, psychologické podpory ženy a její rodiny, samotné péči o mrtvorozené nebo umírající dítě či v oblasti vlastního vyrovnání se se smrtí.

Nedostatek důvěry vytváří bariéru pro rozvoj důvěrného vztahu s pozůstalými rodiči. Mnoho studentek si například není jisto, zda je vhodné projevovat syrové emoce, a často cítí potřebu je zadržet. Tato úzkost je činí zranitelnými vůči nevyřešenému zármutku, který je spojen s vyhořením a může být faktorem v jejich rozhodnutí opustit profesi (Doherty, 2018). V našem výzkumu participantky uváděly jejich obavy, které pramenily z nedostatečné připravenosti, jak teoretickými poznatky, tak praktickými dovednostmi, na určité situace v souvislosti s poskytováním perinatální paliativní péče konkrétně v oblastech komunikace, péče o mrtvé a umírající miminko, či celkový přístup k dané situaci z psychologického hlediska.

Baxter, Baron (2011) uvádí, že je nezbytně důležité, aby byly porodní asistentky vzdělávány v problematice perinatální paliativní péče stejným způsobem jako v naléhavých situacích, jako je například školení a cvičení dovedností řešení porodního krvácení nebo dystokie ramene. Steen (2015) ve svém výzkumu potvrzuje, že nedostatek znalostí a dovedností je hlavním důvodem postojů a nepohodlí zdravotníků k perinatální smrti. Výzkum prokazuje trvalou potřebu zvýšit standard a konzistenci perinatální péče o pozůstalé na celém světě. Pro zvýšení standardu péče je nezbytná osvěta v oblasti ošetrovatelských osnov a praxe. Zlepšení vzdělávání na toto téma umožní porodním asistentkám získat důvěru ve své dovednosti a zvýšit standard perinatální péče o pozůstalé.

Limitace předloženého zkoumání

Určitá limitace našeho výzkumu se týká povahy získaných dat. Vzhledem k počtu zúčastněných studentek je možné, že v případě oslovení dalších participantek by se objevily oblasti, které v naší práci nebyly zmíněny. Přesto však byl získán poměrně rozmanitý vzorek studentek z různých škol, vykonávající své odborné praxe v odlišných

zdravotnických zařízeních, jak bylo popsáno výše. Je důležité si však uvědomit, že nelze na základě takto malého výzkumného vzorku výsledky zobecňovat na populaci.

Jako další limit práce může být považován i způsob výběru participantek. Výběr kontaktů s prvními účastníky, tzv. první generace či výběr na principu sněhové koule může mít vliv na účasti skupiny participantek, u kterých se může projevit vlastní zájem o danou problematiku nad rámec jejich výuky a odborné praxe. S výběrem participantek také souvisí fakt, že studentky, které byly dotázané, zda se účastní rozhovoru na téma Informovanost studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče, si mohly některé informace související se znalostmi o této problematice vyhledat dopředu.

Limitem práce také může být doba sběru informací, kdy po ukončení šetření zbývá studentkám třetího ročníků ještě několik týdnů k načerpání znalostí a zkušeností v dané problematice.

Dalším aspektem, který mohl ovlivnit získaná data, bylo aktuální rozpoložení studentek (nálada, únava apod.), ale i vnější prostředí (absence osobního kontaktu, použité komunikační technologie apod.).

Touto prací bychom chtěli také upozornit na to, aby se tématu informovanosti studentek porodní asistence věnovalo více pozornosti a bylo tak možné dále přesněji určit, jak by se dalo přispět k větší participaci této skupiny na dalším vzdělávání. V tomto výzkumu se podařilo identifikovat některá témata, která se v literatuře neobjevují, a bylo by dobré je sledovat a zabývat se jimi více. Kromě sběru kvantitativních dat o informovanosti studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče by bylo dobré také zaměřit se na to, jak vnímají ženy a jejich partneři po perinatální ztrátě či porodní asistentky účast studentek porodní asistence na perinatální paliativní péči.

ZÁVĚR

Tato práce se zabývala problematikou perinatální paliativní péče v souvislosti se vzděláváním studentek porodní asistence na toto téma, jak v zahraničí, tak v České republice. Výzkumné šetření bylo zaměřeno přímo na informovanost studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče v České republice.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaká je informovanost studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče. Dílčími cíli pak bylo identifikovat, jaké informace mají studentky porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče, jaký je rozsah výuky perinatální paliativní péče v rámci tříletého vysokoškolského studia u studentek oboru Porodní asistentka, zhodnotit spokojenost studentek porodní asistence s množstvím a dostupností informací o problematice perinatální paliativní péče, identifikovat možnosti podpory studentek ve formě supervizí v rámci odborných praxí, popsat obavy studentek porodní asistence pro budoucí klinickou praxi ve svém oboru v souvislosti s perinatální paliativní péčí, identifikovat osobní zkušenosti studentek porodní asistence s perinatální paliativní péčí a zjistit, jak by si studentky představovaly účelné vzdělávání, které by zajistilo zlepšení informovanosti během studia v problematice perinatální paliativní péče. Stanovené výzkumné otázky byly zodpovězeny a cíle se tedy podařilo dosáhnout. Vzhledem k malému vzorku a výzkumné strategii však nelze závěry tohoto výzkumu zobecňovat na celou populaci.

Přestože se jednotlivé participantky lišily v mnoha ohledech (například ve studiu na různých vysokých školách v různých městech, vykonávání odborné praxe v odlišných zdravotnických zařízeních, různé zájmy související s jejich studiem apod.), bylo zde možné nalézt shodné prvky. Z analýzy dat vyšly najevo, že vzdělávání porodních asistentek v České republice v problematice perinatální paliativní péče není jednotné a spíše záleží na iniciativě každé školy, a hlavně jednotlivých vyučujících, jak se této problematiky zhostí. Pozitivním zjištěním byl fakt, že pro participantky toto téma není neznámé, celkově však své znalosti získané ve škole v rámci tříletého studia hodnotí jako nedostatečné. Shodným prvkem participantek byla také jejich nepřítomnost při porodu mrtvého plodu a celkové perinatální paliativní péči, jejíž důvodem byl zákaz ze strany porodních asistentek nebo lékařů. Některé participantky zmínily, že jim to nebylo nabídnuto, ale ani ony samy zájem neprojevovaly z důvodu svých obav a z důvodu

zachování soukromí. Dalšími specifickými obavami studentek porodní asistence v souvislosti s poskytováním perinatální paliativní péče jsou obavy z komunikace se ženou a jejím partnerem, dále pak obavy z péče o mrtvé miminko, či celkový přístup k dané situaci z psychologického hlediska, které vyplývají z jejich nedostatečné připravenosti na tyto situace. Participantky se také ve svých výpovědích shodovaly na představě účelného vzdělávání, které by podle nich mělo zahrnovat předávání teoretických poznatků ve formě blokové výuky samostatného předmětu či by se této problematice měl věnovat čas v rámci hodin psychologie, komunikace, etiky nebo v rámci předmětu rizikové těhotenství. Teoretické znalosti o této problematice by se podle dotázaných participantek měly týkat praktických věcí ohledně porodu mrtvého plodu, jako například činnosti, které musí porodní asistentka vykonat v této souvislosti (krevní odběry, péče o mrtvé miminko), postupů, jak komunikovat se ženou v této situaci či psychologických přístupů k ženě po perinatální ztrátě. V rámci představ o účelném vzdělávání této problematiky by však kladly důraz na praktická cvičení zaměřených na komunikaci s matkou/rodiči po perinatální ztrátě, například formou hraní rolí či by ocenily konkrétní postupy a rady, jak v takové situaci se ženou komunikovat. Participantky by si na praktických cvičeních také rády zkusily konkrétní postupy v péči o mrtvé miminko. Také by kladly důraz na aktivní zapojení studentek do perinatální paliativní péče v rámci odborné praxe. Většina participantek by také zařadila do vzdělávání v problematice perinatální paliativní péče semináře zaměřené na osobní zkušenosti, ať už zkušené porodní asistentky nebo maminky po perinatální ztrátě. Participantky se také zamýšlely nad zařazením výuky této problematiky v rámci tříletého studia, kdy by toto téma situovaly již na začátek studia před nástupem na odborné praxe. Ač v porodnické praxi převážejí spíše šťastné okamžiky narození, nesmíme také zapomínat na situace jako je právě úmrtí miminka v perinatálním období. Nedostatečně informované studentky i další zdravotničtí pracovníci poskytující ženě a jejímu partnerovi perinatální paliativní péči budou svým přístupem spjati s rodinou navždy.

Díky zjištěným poznatkům je možné lépe porozumět obavám, motivacím či smysluplnému způsobu předávání znalostí a zkušeností při vzdělávání studentek porodní asistence v problematice perinatální paliativní péče. Tato práce může být inspirací pro jednotlivé vyučující, ale i konkrétní vysoké školy či jednotlivá zdravotnická zařízení zajišťující studentům absolvování odborné praxe, k nastavení účelného vzdělávání, které by zajistilo kvalitní informovanost studentek porodní asistence v problematice perinatální

paliativní péče. Je zřejmé že poskytování perinatální paliativní péče je komplexní problematikou vyžadující kvalitní profesionální přístup porodních asistentek. Proto je nezbytná kvalitní příprava studentek porodní asistence v rámci jejich vzdělávání na tyto situace, a to jak formou předávání teoretických poznatků, tak formou předávání praktických dovedností a zkušeností.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá informovaností studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče. V rámci kapitoly Přehled publikovaných poznatků k tématu diplomové práce byly představeny poznatky o perinatální paliativní péči jako takové, o poskytování perinatální paliativní péče v České republice i v zahraničí a dále pak poznatky o vzdělávání studentek porodní asistence v této problematice ve vybraných zemích.

V rámci praktické části byl proveden kvalitativní výzkum. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je informovanost studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče. Výzkumný soubor, vybraný na principu sněhové koule, tvořilo 11 studentek 3. ročníku programu Porodní asistence z 8 vysokých škol v České republice, s nimiž byl v rámci výzkumu proveden polostrukturovaný rozhovor. Získaná data byla následně analyzována.

Výsledky ukazují, že vzdělávání studentek porodní asistence v problematice perinatální paliativní péče je na dobré cestě, avšak stále velmi záleží na iniciativě každé školy a jednotlivých vyučujících, jak se zpracování tématu zhostí. Byla tedy zjištěna různá informovanost studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče studujících na různých vysokých školách a vykonávajících odborné praxe v různých zdravotnických zařízeních. V rámci závěrů našeho výzkumu jsme dospěli k tomu, že by bylo vhodné nastavení jednotného a účelného vzdělávání v této problematice v České republice, které by zajistilo to, aby si studentky byly jisté v poskytování kvalitní perinatální paliativní péče v rámci svého krásného, ale náročného budoucího povolání.

Klíčová slova: perinatální paliativní péče, studentky porodní asistence, kvalitativní výzkum

SUMMARY

The diploma thesis deals with the awareness of midwifery students about the issue of perinatal palliative care. Within the chapter Overview of published findings on the topic of the diploma thesis, findings on perinatal palliative care as such, on the provision of perinatal palliative care in the Czech Republic and abroad were presented, as well as findings on the education of midwives in this country in selected countries.

Within the practical part, qualitative research was performed. The main goal of the research was to find out what is the awareness of midwifery students about the issue of perinatal palliative care. The research group, selected on the principle of a snowball, consisted of 11 students of the 3rd year of the Midwifery program from 8 universities in the Czech Republic, with whom a semi-structured interview was conducted as part of the research. The obtained data were subsequently analyzed.

The results show that the education of midwifery students in the issue of perinatal palliative care is on the right track, but it still depends very much on the initiative of each school and individual teachers how to deal with the topic. Thus, it was found that students of midwifery were differently informed about the issue of perinatal palliative care studying at various universities and performing professional practices in various medical facilities. As part of the conclusions of our research, we came to the conclusion that it would be appropriate to set up a uniform and effective education in this area in the Czech Republic, which would ensure that students are confident in providing quality perinatal palliative care in their beautiful but challenging future. profession.

Key words: perinatal palliative care, midwifery students, qualitative research

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ALGHAMDI Reem, Patricia JARRET. 2016. Experiences of student midwives in the care of women with perinatal loss: A qualitative descriptive study. *British Journal of Midwifery*. 24(10): 715-722. ISSN: 0969-4900
2. ANDERSON S. 2010. Learning through experience: a student's reflection of a stillbirth. *British Journal of Midwifery*. 18(12): 814-816. ISSN: 0969-4900
3. ANSPACHER M., A. BURD, J. STROH, R. CONROY. 2017. Newborn Care Curriculum: Palliative Care for the Newborn. *MedEdPORTAL: the journal of teaching and learning resources [MedEdPORTAL]*. Vol. 13, pp. 10639. ISSN: 2374-8265
4. ATTIA Linda, Ann NOLAN. 2011. Caring for parents following the death of a twin: A student's experience. *British Journal of Midwifery*. 19(10): 665-669. ISSN: 0969-4900
5. BARRY Maebh et al. 2017. Exploring perinatal death with midwifery students' using a collaborative art project. *Nurse Education Today*. 48 1-6. ISSN: 0260-6917
6. BAXTER, Jackie, Maurina BARON. 2011. A bereavement and communication study day for midwives. *British Journal of Midwifery*. 19(2): 116-119. 10.12968/bjom.2011.19.2.116. ISSN: 0969-4900
7. BLOOD, Cybele, Joanne CACCIATORE. 2014. Parental Grief and Memento Mori Photography: Narrative, Meaning, Culture, and Context. *Death studies*. 38. 224-33. 10.1080/07481187.2013.788584.
8. CACCIATORE, J., I. RÅDESTAD, and Frederik FRØEN, J. 2008. Effects of Contact with Stillborn Babies on Maternal Anxiety and Depression. *Birth*. 35: 313-320. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00258.x>

9. DÍTĚ V SRDCI. 2021. [online]. Perinatální hospic. [cit-2021-02-10]. Dostupné z: <http://www.ditevsrdci.cz/>
10. DOHNALOVÁ, Zdeňka a Eva PAVLÍKOVÁ. 2011. Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence. *Florence*. 7(1), 21-27. ISSN 1801-464X.
11. DOHERTY, Jean, Barbara COUGHLAN, Brenda CASEY, Barbara LLOYD, Lucille SHEEHY, Mary BROSNAN, Theresa BARRY, Anne MCMAHON, Sarah CULLEN. 2018. Student midwives' education needs and their experience of attending a bereavement education workshop. *British Journal of Midwifery*. 26(8): 523-531. ISSN: 0969-4900
12. FAIT, Tomáš. 2008. Zástava laktace. *Moderní babičtví*. 15. ISSN 1214-5572.
13. GURKOVÁ, Elena. 2019. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5627-0.
14. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
15. HARUŠTIAKOVÁ, Lucia a Martina HRÁSKÁ. 2014. Občanské sdružení "Dlouhá cesta" - možnosti podpory rodičů po ztrátě dítěte. *Neonatologické listy*. 20(2), 34. ISSN 1211-1600.
16. HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
17. HOLLINS MARTIN C.J., Y. ROBB, E. FORREST., 2016. An exploratory qualitative analysis of student midwives views of teaching methods that could

build their confidence to deliver perinatal bereavement care. *Nurse Education Today*. 39, 99–103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.023>

18. KAMENÍKOVÁ, Miloslava. 2012. Porod mrtvého dítěte. *Nemocniční listy*. **13**(3), 24-25. ISSN 1802-0224. Dostupné také z: <https://www.fnbrno.cz/nemocnicni-listy/t1130>
19. KASPARKOVÁ, Pavla a Radka BUŽGOVÁ. 2010. Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. *Kontakt*. **12**(4), 387-398. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2010.052
20. KASPÁRKOVÁ, Pavla a Radka BUŽGOVÁ. 2013. Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. **4**(4), 643-656 [cit. 2020-09-23]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/1_kasparkova_buzgova.pdf
21. KOBLER Kathie, Rana LIMBO, Cheryl OAKDALEN. 2012. Childbirth Education for Parents Receiving Perinatal Palliative Care. *International Journal of Childbirth Education*. **27**(2): 26-32. ISSN: 0887-8625
22. LOGIUDICE Jenna A. and Eileen O'SHEA, 2017. Perinatal Palliative Care: Integration in a United States Nurse Midwifery Education Program. *Midwifery*, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.024>
23. LOUČKA, Martin. 2018. Perinatální paliativní péče. *Vita nostra revue*. **28**(1), 24-26. ISSN 1212-5083. Dostupné také z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/fakulta/casopisy/vnr/>
24. MCKENNA Lisa, Colleen ROLLS. 2011. Undergraduate midwifery students' first experiences with stillbirth and neonatal death. *Contemporary Nurse*:

A Journal for the Australian Nursing Profession. 38(1-2): 76-83. ISSN: 1037-6178 PMID: NLM21854239

25. MOJŽÍŠOVÁ, Mahulena. 2018. Dětská paliativní péče. *Časopis lékařů českých*. **157**(1), 37-40. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/detska-paliativni-pece-63255>
26. NAVRÁTILOVÁ, Michaela. 2013. Péče o ženu s diagnózou mrtvý plod. *Sestra*. 2013, **23**(7-8), 53-54. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
27. PALIATIVNÍ MEDICÍNA. 2021.[online]. Paliativní medicína. [cit-2021-1-3]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/cspm/>
28. PORODNÍ DŮM U ČÁPA. 2021. [online]. Mezinárodní definice porodní asistentky. [cit-2021-2-21]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/PA/DefinicePA.html>
29. POWER, Alison; Tracy REA. 2016. Clinicians in the classroom: The bereavement midwife. *British Journal of Midwifery*. 24(3): 219-221. ISSN: 0969-4900
30. POWER Alison, Tracy REA, Sharon FENTON. 2017. Life after death: The bereavement midwife's role in later pregnancies. *British Journal of Midwifery*. 25(5): 329-331. ISSN: 0969-4900
31. PRICE, Jayne, Jacqueline S. JANICKI, Heather MCKEE, Sharon NURSE, Eileen GRAY. 2014. Perspectives of an international education initiative in children's palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*. 20(11): 542-548. ISSN: 1357-6321

32. PRICE, Jayne E., Rosa Maria MENDIZABAL-ESPINOSA, Elisabeth PODSIADLY, Sylvie MARSHALL-LUCETTE, Jayne E. MARSHALL. 2019. Perinatal/neonatal palliative care: Effecting improved knowledge and multi-professional practice of midwifery and children's nursing students through an inter-professional education initiative. *Education in Practice*. ISSN: 1471-5953
33. RÅDESTAD, I., STEINECK G., NORDIN C., SJÖGREN B. Psychological complications after stillbirth--influence of memories and immediate management: population based study. *BMJ*. 1996 Jun 15;312(7045):1505-8. doi: 10.1136/bmj.312.7045.1505.
34. RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2016. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada.. Psyché (Grada). ISBN 9788027101214
35. RATISLAVOVÁ, Kateřina a Eva HENDRYCH LORENZOVÁ. 2013. Využití Theory of Caring v porodní asistenci v ČR. *Florence*. **9**(7-8), 23-25. ISSN 1801-464X.
36. RATISLAVOVÁ, Kateřina, Jiří BERAN a Eva HENDRYCH LORENZOVÁ. 2016. Decision-making of Czech mothers about contact with their baby after perinatal loss. *Kontakt*. **18**(1), 32-37. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2016.02.003
37. RATISLAVOVÁ, Kateřina, Jiří BERAN a Lucie KAŠOVÁ. 2012. Psychosociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Praktický lékař*. **92**(9), 505-508. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/psycho-socialni-pece-o-zenu-po-perinatalni-ztrate-39374>
38. RATISLAVOVÁ, Kateřina a Lucie KAŠOVÁ. 2012. Doprovod rodičů po perinatální ztrátě. *Sestra*. **22**(2), 19. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/?id=3801>

39. RATISLAVOVÁ K., R. BUŽGOVÁ, J. VEJVODOVÁ. 2019. Perinatal palliative care education: An integrative review. *Nurse education today*. Nov; Vol. 82, pp. 58-66; ISSN: 1532-2793.
40. RATISLAVOVÁ, Kateřina a Z. BUKSOVÁ. 2016. Profesní příprava na péči o truchlící rodiče. *Praktický lékař*. 96(1), 28-31. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/profesni-priprava-na-peci-o-truchlici-rodice-57356>
41. RAVALDI Claudia et al. 2018. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery*. 64 53-59. ISSN: 0266-6138
42. SALENIUS, Poppy. 2019. Sociological and psychological effects of stillbirth: theory, research, and midwifery. *British Journal of Midwifery*. 27(10): 616-619. ISSN: 0969-4900
43. STEEN Sue E. 2015. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *International Journal of Palliative Nursing*. 21(2): 79-86. ISSN: 1357-6321
44. VRÁNOVÁ, Věra a kol. 2013. *Porodní asistence II.: (základní dovednosti porodní asistentky, odborná praxe v porodní asistenci)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3854-2
45. ZÁKON č. 256/2001 Sb., o pohřbenictví a o změně některých zákonů. 2021 [online]. [cit-2021-02-08]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-256>
46. ZANOVITOVÁ, Mária a Anna OVŠONKOVÁ. 2010. Prvky paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v neonatológii. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 1(2), 61-65. ISSN 1804-2740. Dostupné také z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-02/11_zanovitova.pdf

47. ZLATOHLÁVKOVÁ, Blanka. 2011. Viabilita plodu a novorozence. *Actual Gyn.*
3, 47-51. ISSN 1803-9588.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Primární komponenta RO v českém jazyce	35
Tabulka 2. Primární komponenta RO v anglickém jazyce	36
Tabulka 3. Postupový diagram řešerší	37
Tabulka 4. Údaje o participantkách	40

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A. Informovaný souhlas.....	I
-------------------------------------	---

PŘÍLOHY

Příloha A. Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená slečno,

obracím se na Vás s prosbou o zapojení do studie, jejíž výsledky budou součástí mé diplomové práce s názvem Informovanost studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče.

Byla bych velmi ráda, kdybych s Vámi mohla k tomuto tématu realizovat rozhovor, jehož obsah bude nahráván audiozařízením.

Vaše účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Získané údaje nebudou uváděny ve spojitosti s Vaší osobou, neboť veškeré informace budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně a tento Informovaný souhlas bude uchován odděleně*. V průběhu realizace výzkumu můžete kdykoliv odstoupit.

Pokud budete mít i nadále jakékoliv otázky související s výzkumem, můžete mě kontaktovat:

Magdalena Hašplová, tel: 721 832 228, e-mail: m.hasplova@gmail.com

studijní obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

ročník: 2., navazující magisterské studium, prezenční forma

Děkuji Vám za spolupráci

.....

Souhlas s účastí

Přečetl/a jsem si výše uvedené informace o studii s názvem: Informovanost studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče. Obdržel/a jsem odpovědi na veškeré mé dotazy a vyslovuji souhlas s účastí na tomto výzkumu.

v dne.....

jméno podpis

*Údaje budou zpracovány dle Zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Magdalena Hašplová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní péče
Vedoucí práce:	PhDr. Hana Heiderová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Informovanost studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče
Název v angličtině:	Awareness of midwifery students about the issue of perinatal palliative care
Anotace práce:	Diplomová práce se věnuje tématu informovanosti studentek porodní asistence o problematice perinatální paliativní péče. Práce předkládá kvalitativní šetření, ve kterém bylo u souboru jedenácti studentek 3. ročníku programu Porodní asistence z 8 vysokých škol v České republice sledována jejich informovanost o problematice perinatální paliativní péče. Využita byla metoda polostrukturovaného rozhovoru.
Klíčová slova:	Studentky, porodní asistence, perinatální paliativní péče, znalosti, informovanost, kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor.
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with the topic of awareness of midwifery students about the issue of perinatal palliative care. The thesis presents a qualitative survey in which a group of eleven students in the 3rd year of the Midwifery program from 8 universities in the Czech Republic were monitored for their awareness of the issue of perinatal palliative care. The method of semi-structured interview was used.
Klíčová slova v angličtině:	Students, midwifery, perinatal palliative care, knowledge, awareness, qualitative research, semi-structured interview.
Přílohy vázané v práci:	Příloha A – Informovaný souhlas
Rozsah práce:	88 stran
Jazyk práce:	Český jazyk