



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Perinatální ztráta z pohledu porodních asistentek

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **Porodní asistence**

Autor: Eva Sýkorová

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Perinatální ztráta z pohledu porodních asistentek“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30. dubna 2018

.....

Eva Sýkorová

Poděkování

Úvodem bych ráda na tomto místě upřímně poděkovala těm, kteří mi svojí radou, připomínkou nebo konkrétní pomocí pomohli při zpracování této práce. Mé poděkování především patří mé vedoucí PhDr. Drahomíře Filausové.

Dále chci poděkovat touto cestou své rodině, která mi byla oporou při psaní této práce.

Perinatální ztráta z pohledu porodních asistentek

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá pohledem porodní asistentky na perinatální ztrátu. Perinatální ztráta je v tomto případě definována jako antenatální úmrtí plodu v období mezi 22. týdnem těhotenství a porodem. Tato práce je zaměřena na péči porodní asistentky o ženu s mrtvým plodem od okamžiku stanovení diagnózy do porodu, v období šestinedělí a poté v ambulantní péči. Cílem práce bylo zjistit péči porodních asistentek o ženu s perinatální ztrátou a možnosti rozloučení se, které mají matky po porodu mrtvého plodu ve vybraných českých porodnicích. Výzkumné šetření bylo provedeno na základě kvalitativního šetření pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo devět porodních asistentek ze šesti vybraných českých porodnic. Se souhlasem respondentek byly rozhovory nahrávány na diktafon, následně přepsány a analyzovány metodou tužka-papír. Výsledky byly zpracovány do dvou kategorií a následných podkategorií.

První výzkumná otázka se zabývala tím, jak pečují porodní asistentky o ženu s perinatální ztrátou. Z provedeného výzkumu je patrné, že péče porodní asistentky není ve vybraných porodnicích zanedbávána. Porodní asistentky se snaží v rámci svých možností a znalostí podpořit ženu v této psychicky náročné situaci a minimalizovat trauma ze ztráty dítěte.

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jaké možnosti rozloučení se s dítětem mají ženy po porodu mrtvého plodu ve vybraných českých porodnicích. Ve všech sledovaných zařízeních je umožněno rodičům i ostatním členům rodiny rozloučit se s dítětem, pochovat jej, pohládit, vyfotografovat nebo pořídit videozáznam. Vytváření vzpomínkového materiálu není ve všech zařízeních standardní.

Aby bylo možno péči o ženu s perinatální ztrátou standardizovat a stala se kvalitní a dostupná pro všechny dotčené, je potřeba vytvořit jednotnou koncepci postupů a zajistit proškolení dostatečného množství porodních asistentek v této oblasti. Výstupem teoretické části je informační brožura pro PA, která obsahuje zásadní body péče, které by neměla PA opomíjet při péči o ženu s mrtvým plodem. Na základě výsledků výzkumu by bylo vhodné realizovat seminář pro PA. Cílem semináře, by mělo

být nejen předávání odborných informací, ale také nabádat porodní asistentky k sebereflexi, otevírat diskuze o osobních zkušenostech a pocitech PA při péči o rodiče postižené perinatální ztrátou.

Klíčová slova

porodní asistentka; perinatální ztráta; mrtvý plod; porod mrtvého dítěte; žena

Perinatal loss from the perspective of midwives

Abstract

This bachelor's thesis deals with a perinatal loss from the view of a midwife. The perinatal loss is defined as an antenatal death of fetus between 22nd week of pregnancy until child delivery. This thesis is focused on the care of a midwife for a woman with a dead fetus from the time of the diagnosis to the delivery, during the puerperium and then in outpatient care. The goal of the thesis was to find out the care for woman with perinatal loss by midwives and the possibility for mothers to say goodbye after the birth of a dead fetus in selected Czech maternity hospitals. The research was conducted based on a qualitative analysis with using of semi-structured interviews. The research sample was represented by nine of midwives from six selected Czech maternity hospitals. The interviews were recorded, analyzed via the pencil-paper-method with permission of the respondents. The results were divided into two categories and related subcategories.

The first research question dealt with how midwives care for a woman with perinatal loss. The research shows that midwife care is not neglected in selected maternity hospitals. The midwives, within their possibilities and knowledge, are trying to make support for women in this mentally difficult situation and to minimize trauma from loss of her child. The second research question dealt with how women can say goodbye after stillbirth in selected Czech maternity hospitals. In all facilities, parents and other family members are allowed to say goodbye to their child, cradle, care, make a photo or video. Making of memories materials is not standard in all maternity hospitals.

In order to standardize the care for a woman with perinatal loss and become quality and accessible care for all concerned, there is a need to develop a unified concept of procedures and ensure the training of a sufficient number of midwives in this area. An information brochure for midwives is the output of the theoretical part of this thesis. This brochure contains elementary points of care, which midwife should not leave out during the care for woman with dead fetus. Based on the results of the research, it would be appropriate to implement a seminar for midwives. The goal of the seminar would not be only providing of expert knowledge, but also to inspire of midwives for

self-reflection, to open a discussion about personal experiences and feels of midwives during the care of parents with prenatal loss.

Key words

midwife; perinatal loss; dead fetus; stillbirth; woman

Obsah

ÚVOD	9
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 PERINATÁLNÍ ÚMRTNOST V ČR.....	11
1.2 PŘÍČINY A KOMPLIKACE NITRODĚLOŽNÍHO ÚMRTÍ PLODU.....	11
1.3 PŘÍZNAKY A DIAGNOSTICKÝ POSTUP INTRAUTERINNÍHO ÚMRTÍ PLODU	13
1.4 TERAPEUTICKÝ POSTUP U ŽENY S MRTVÝM PLODEM.....	14
1.5 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI PÉČI O ŽENU S MRTVÝM PLODEM	16
1.6 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU V OBDOBÍ STANOVENÍ DIAGNÓZY	17
1.6.1 Péče porodní asistentky o ženu s mrtvým plodem při příjmu.....	19
1.6.2 Péče porodní asistentky o ženu v I. době porodní.....	21
1.6.3 Péče porodní asistentky o ženu ve II. době porodní.....	23
1.6.4 Péče porodní asistentky o ženu ve III. a IV. době porodní.....	24
1.6.5 Péče porodní asistentky o mrtvě rozené dítě a rituál rozloučení	25
1.6.6 Péče porodní asistentky o ženu po porodu mrtvého plodu v šestinedělí	28
1.6.7 Péče porodní asistentky o ženu v ambulantní péči.....	29
1.7 OBČANSKOPRÁVNÍ ZÁLEŽITOSTI PORODU MRTVÉHO PLODU	29
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 CÍLE PRÁCE	31
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.3 OPERACIONALIZACE POJMŮ	31
3 METODIKA VÝZKUMU	33
3.1 METODIKA A TECHNIKA VÝZKUMU	33
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	34
4 VÝSLEDKY	35
4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE RESPONDENTEK	35
4.2 VYHODNOCENÍ ROZHOVORŮ S PA	36
5 DISKUZE.....	52
6 ZÁVĚR.....	66
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
8 PŘÍLOHY	75
9 SEZNAM ZKRATEK.....	78

Úvod

Těhotenství představuje v životě každého páru velkou změnu. Rodiče těhotenství přizpůsobují svůj život a těší se na nenarozené dítě. Ne každé těhotenství má však šťastný konec. Někteří nastávající rodiče jsou konfrontováni se situací, kdy jim lékař sdělí, že se jejich očekávané dítě nenarodí živé. Procházejí obdobím šoku, beznaděje, smutku a musejí se vypořádat s nepopsatelnou ztrátou. Péče a přístup porodní asistentky může výrazně ovlivnit proces truchlení a minimalizovat patologické způsoby adaptace na neúspěšné těhotenství.

Porodní asistentka patří mezi první zdravotníky, kteří se o rodiče postižené perinatální ztrátou starají. Provází rodičku od okamžiku stanovení diagnózy do porodu, během porodu, v období šestinedělí a poté v ambulantní péči. Komplexní péče porodní asistentky zahrnuje psychickou podporu ženy a jejího partnera, sledování průběhu porodu, efektivní tišení bolesti, kontrolu celkového zdravotního stavu rodičky a péči o narozené dítě. Jejím úkolem je podpořit ženu, uspokojit její psychické, fyzické, emocionální a duchovní potřeby.

Péče o rodičku s diagnózou mrtvého plodu je velmi náročná. Je důležité, aby porodní asistentka byla vzdělaná, zkušená a empatická. Měla by vědět, jaké potřeby mají truchlící rodiče, vědět, jak důležitý do budoucna je pro ně okamžik rozloučení se s jejich dítětem a tento proces podpořit, poskytnou jim účast a nabídnout pomoc.

Bakalářská práce se zabývá tématem pohledu porodní asistentky na perinatální ztrátu, která je v tomto případě definována jako antenatální úmrtí plodu v období mezi 22. týdnem těhotenství a porodem. (Velebil, 2014).

Výzkumným cílem této práce je zjistit, jak porodní asistentky o ženu s mrtvým plodem pečují a zjistit, jaké možnosti rozloučení se s dítětem mají matky po porodu mrtvého plodu ve vybraných českých porodnicích.

1 Současný stav

Perinatální ztrátou rozumíme úmrtí plodu nebo novorozence v perinatálním období, které začíná hranicí období viability plodu, ta je v České republice stanovena na 22. dokončený týden těhotenství, pokračuje v průběhu porodu a dále obdobím šestinedělí až do sedmého dne po narození dítěte (Velebil, 2014).

Úroveň perinatální úmrtnosti je mezinárodně uznávaným ukazatelem kvality perinatální péče a dělí se na mrtvorozenost, kdy ke smrti plodu dochází antenatálně, před porodem, nebo intrapartálně, při porodu, a časnou novorozeneckou úmrtnost (Hájek, 2004, Hájek, 2014). Časným novorozeneckým úmrtím rozumíme období od porodu vitálního dítěte do 7. dne po porodu (Hájek, 2014, Ratislavová, 2016, ÚZIS, 2016). Dort et al. (2013) považují úmrtí novorozence za důsledek komplikací vzniklých v perinatálním období a jako hlavní příčinu úmrtí novorozenců uvádí vrozené vývojové vady neslučitelné se životem, perinatální asfyxii komplikovanou hypoxicko-ischemickou encefalopatií nebo intraventrikulární krvácení a infekce. V neposlední řadě je důsledkem předčasného úmrtí novorozenců narůstající počet předčasných porodů a tím i nárůst novorozenců s nízkou porodní hmotností (Štembera, 2007, Ratislavová, 2016).

Porod mrtvého plodu tvoří převážnou část perinatální mortality (Ratislavová, 2016, ÚZIS ČR, 2016). V dubnu roku 2012 vstoupil v platnost nový zákon č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Podle pojetí tohoto zákona, který sjednotil legislativu platnou ve většině západních zemí, jde o porod mrtvého dítěte v případě, že byl plod porozen bez známek života s hmotností po porodu více než 500 g a nemůžeme-li zjistit jeho hmotnost, vycházíme z hranice dokončeného 22. týdne těhotenství, pokud nelze určit délku těhotenství, jedná se o plod s délkou 25 cm a více, měřeno od hlavy k patě (Velebil, 2014, ÚZIS ČR, 2016). Tento zákon tak vymezuje hranici potratu a porodu.

Smrt dítěte je pravděpodobně nejzávažnější ztráta, kterou mohou rodiče zažít, a je pro rodiče velmi těžkou životní zkušeností, kterou provází šok, bolest a myšlenky na mrtvé dítě, přičemž, čím blíže je ztráta k termínu porodu, tím horší a delší je pak proces truchlení a vyrovnání se situací (Ratislavová, 2008). Ve stejně psychicky náročné situaci se ocitají rodiče při perinatálním úmrtí u vícečetného těhotenství. Po zjištění úmrtí jednoho nebo více dětí je pocit ztráty neméně intenzivní než v případě jednočetného těhotenství a jak uvádí Richards et al. (2015), mají rodiče v této situaci

často smíšené pocity. To často naruší jejich proces truchlení, protože na jedné straně pečují o dítě, které přežilo, a na druhé straně zařizují pohřeb pro dítě zemřelé. Do perinatální ztráty je možné zařadit také těhotenství ukončená předčasně ve druhém trimestru ze zdravotní indikace ženy nebo plodu (Kameníková a Kyasová, 2003).

1.1 Perinatální úmrtnost v ČR

Na konci 2. světové války byla perinatální péče v České republice (dále jen ČR), na úrovni málo vyvinuté země s úmrtností více než 60 ‰, do roku 1989 klesla její hodnota na 9,9 ‰ a v roce 2001 až na 4,3 ‰, čímž se dostala mezi země s nejnižší perinatální úmrtností na světě (Štembera et al., 2003, Hájek, 2013). Ke snížení časné novorozenecké úmrtnosti pomohlo zaměření se na péči o novorozence s hmotností nižší než 1500 g, soustředění porodů před 32. týdnem těhotenství do perinatologických center a rozvoj perinatální diagnostiky, terapie plodu, farmakologie a řešení komplikací v průběhu těhotenství (Štembera et al., 2003, Hájek, 2013).

Dle Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ), byla v roce 2014 a 2015 celková perinatální úmrtnost 4,98 ‰ (ÚZIS, 2016). Pak dle nekompletních dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky (dále jen ÚZIS, 2016) byla PÚ v roce 2015 3,26 ‰. Rozdíly jsou v tomto parametru významné. Rozdíl v PÚ ČSÚ a ÚZIS ČR v roce 2015 byl 1,72 ‰ (ÚZIS, 2016). Zejména komponentně mrtvorozenosti. Protože však mrtvorozenost v posledním desetiletí tvoří podstatnou část celkové perinatální úmrtnosti ČR, více než 70 % celkové PÚ, pak jsou tyto rozdíly velmi významné a nereflektují skutečné výsledky perinatální péče (ÚZIS, 2016). V databázi ÚZIS ČR chybělo ve srovnání s ČSÚ v roce 2015 117 mrtvě rozených dětí (ÚZIS, 2016).

1.2 Příčiny a komplikace nitroděložního úmrtí plodu

Příčiny intrauterinní smrti plodu mohou být různé. V některých případech nastává smrt bez zjevného důvodu, aniž by bylo možné její přesnou příčinu zjistit (Muin, 2017). Hájek (2014) dělí příčiny na příčiny ze strany matky, plodu, placentární a pupečnickové.

Ze strany matky je rizikovým faktorem probíhající onemocnění matky v těhotenství jako je preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom, antifosfolipidový syndrom a další orgánová onemocnění (Beinder a Bucher, 2008, Hájek, 2014). Častou příčinou smrti plodu byla ještě v nedávné minulosti Rh-izoimunita, kterou se podle Hájka (2014) podařilo díky rozvoji nových diagnostických metod snížit. Populační výzkumy uvádějí

zvýšené riziko intrauterinního úmrtí plodu také u matek s diagnózou diabetes mellitus, arteriální hypertenzí nebo přidruženými trombofiliemi (Beinder a Bucher, 2008). Měchurová (2004) rozšiřuje výše uvedené rizikové faktory o zevní příčiny způsobené šokovými stavy, psychickými a tělesnými traumaty jako jsou pády, automobilové nehody a intoxikace například benzenem, rtutí nebo olovem.

Častými příčinami ze strany plodu jsou kongenitální malformace především centrální nervové soustavy, chromozomální aberace, fetofetální transfúze dvojčat a velkým problémem jsou ascendentní virové a bakteriální infekce (Měchurová, 2004, Hájek, 2014, Ratislavová, 2016). Vzestupné bakteriální infekce spouští cytokinovou kaskádu vedoucí k poškození plodu, předčasné děložní činnosti a intrauterinní smrti plodu (Vais a Kean, 2015). Jedná se o infekce způsobené bakterií *Escherichia coli*, streptokoky skupiny B a klasickou skupinou s teratogenními vlivy je *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, Rubeolla virus, Cytomegalovirus, Herpes simplex virus, dalším je *Varicella zoster virus*, *Plasmodium falciparum* a Parvovirus B19, který je spojen s rozvojem hydroksu plodu a následným antenatálním úmrtím (Waldorf a McAdams, 2013, Hájek, 2014, Khong a Malcomson, 2015).

Mezi příčiny ze strany placenty a pupečníku patří placenta praevia, abrupce placenty, fetomaternální krvácení, chorioamnitis, strangulace pupečníku kolem krku, hrudníku nebo končetin plodu, trombóza cév a výhřez pupečníku (Hájek, 2014). Z výsledků retrospektivní analýzy dat, které provedla Klikarová et al. (2014) v Ústavu pro péči o matku a dítě vyplývá, že nejčastější příčinou intrauterinního úmrtí plodů ve zkoumaných případech byly právě placentární a pupečnickové komplikace.

Je známo, že dalšími rizikovými faktory je překročení termínu porodu více než o dva týdny, nízký nebo vysoký věk matky, který je s intrauterinním úmrtím plodu jednoznačně spojen, vícečetné gravidity, kde je častou příčinou u monochoriálních monoamniálních dvojčat strangulace pupečníku a monochoriálních biamniálních dvojčat fetofetální transfúze a dále pak rizikové faktory, se kterými již žena do těhotenství vstupuje, jako obezita, kouření, požívání alkoholu a drog (Beinder a Bucher, 2008). Podle výsledků výzkumu Aliyu et al. (2008) je u žen, které vypijí více než pět alkoholických nápojů týdně, riziko intrauterinního úmrtí plodu o 70 % vyšší než u žen, které abstinují.

V souvislosti s diagnózou foetus mortus a porodem mrtvého plodu hovoříme o Syndromu mrtvého plodu, protože pokud je zjištěna diagnóza mrtvého plodu, mohou nastat komplikace, které ohrožují zdraví a život matky (Hájek, 2014). Thromboplastiny uvolněné z krevních sraženin, poškozená placenta a mrtvý plod aktivují koagulační kaskádu a vedou k DIC přibližně u 25-30 % případů (Hájek, 2014, Patel et al., 2014). Hrozí vznik intraovulární infekce, která může vést až k septickému šoku (Hájek, 2014).

1.3 Příznaky a diagnostický postup intrauterinního úmrtí plodu

K ošetřujícímu gynekologovi nebo na ambulanci v nemocnici přichází žena zejména z důvodu snížení intenzity pohybů plodu nebo udává úplné vymizení pohybů (Měchurová, 2004, Hájek, 2014). Často má žena pocit, že něco není v pořádku. Měchurová (2004) uvádí, že u některých žen ustávají pohyby po stavu křečovitých záškubů plodu, nebo mají pocit cizího tělesa v břiše, stěžují si na nechutenství, zvláštní pocity a mívají mrazení. Častými subjektivními příznaky bývá ochablost napětí prsů, únava, subfebrilie, výtok nebo krvácení a děložní kontrakce (Měchurová, 2004, Hájek, 2014). V méně častých případech se žena o úmrtí plodu dozví při běžné těhotenské prohlídce a neudává žádné potíže, které by ji upozornily na známky ohrožení plodu (Ratislavová, 2016).

Erlandsson et al. (2012) provedli ve Švédsku kvantitativní výzkum se ženami, které porodily mrtvý plod po 22. týdnu gestace, týkající se jejich pocitů v období před diagnostikovaním intrauterinního úmrtí plodu. Studii zahrnovalo 614 žen (Erlandsson et al., 2012). Z jejich výzkumu vyplynulo následující: 64 % žen vědělo, že něco není v pořádku, 274 žen zavolalo do nemocnice, kde jim bylo sděleno, aby přišly na kontrolu, ale 88 z nich počkalo do další pravidelné kontroly, 30 ženám bylo při telefonické konzultaci řečeno, že vše vypadá normálně a na okamžitou prohlídku nebyly pozvány (Erlandsson et al., 2012). Co se týče pocitů, ženy hovořily o ztrátě kontaktu se svým dítětem i přes to, že se snažily vyvolat pohyb dítěte tlakem na břicho, pily studené nápoje nebo jedly sladké (Erlandsson et al., 2012). Některé z nich hovořily o zvláštním pocitu nejistoty, kdy věděly, že se něco změnilo, cítily pocit prázdnoty a několik žen uvedlo, že si uvědomují moment, kdy jejich dítě zemřelo (Erlandsson et al., 2012).

Zpravidla jako první nenachází ozvy plodu porodní asistentka stetoskopem, dopplerovým snímačem nebo při vyšetření na kardiokografu (dále jen CTG) (Hájek, 2014). Následně lékař provede ultrazvukové vyšetření a na základě přítomnosti

asystolie plodu a dilatace srdce diagnostikuje intrauterinní úmrtí plodu (Měchurová, 2004, Hájek, 2014). Další známkou rozpoznatelnou ultrazvukovým vyšetřením, podle které můžeme diagnostikovat smrt plodu, na které se shodují Eberhard (2002), Měchurová (2004) i Hájek (2014), je Spaldingovo znamení, kdy se střeovitě překrývají lební kosti, vznikající, je-li mrtvý plod v děloze více než sedm dní. Diagnostické vyšetření, kterého se již v dnešní době při antenatálním úmrtí plodu méně využívá, je rentgenologické vyšetření, kterým lze prokázat porušené držení plodu, ohnutí páteře, svatozář vznikající zborcením lebečních kostí, a i na hrudníku, stejně tak jako na hlavě, můžeme najít deformity v různém rozsahu (Eberhard, 2002, Měchurová, 2004). Diagnóza intrauterinního úmrtí plodu musí být vždy potvrzena minimálně dvěma lékaři.

1.4 Terapeutický postup u ženy s mrtvým plodem

Pokud lékař diagnostikuje intrauterinní úmrtí plodu, informuje citlivě ženu o nastalé situaci, a pokud žena souhlasí, podává informace partnerovi a nejbližší rodině. Jestliže žena přišla na těhotenskou prohlídku sama, je jí přivolán partner, případně člen rodiny (Ratislavová, 2014). Poté je obvodním gynekologem odeslána k hospitalizaci na gynekologicko-porodnické oddělení a v případě známek počínajících komplikací je hospitalizována v perinatologickém centru (Hájek, 2014). Měchurová (2004) i Hájek (2015) se shodují, že je nutné těhotenství ukončit co nejdříve vzhledem k možnosti vzniku komplikací ohrožujících ženu na životě například vznikem DIC, sepse, či prohloubením již primárního onemocnění matky, které vedlo ke smrti plodu.

V závislosti na velikosti nemocničního zařízení, jeho organizaci a kapacitě je žena přijata na gynekologicko-porodnické oddělení nebo na porodní sál. Po přijetí ženy na oddělení je s ní sepsána podrobná rodinná, osobní a sociální anamnéza, podepsány informované souhlasy, změřeny fyziologické funkce TK, P, TT, provedeno kontrolní ultrazvukové vyšetření a je zevně a vnitřně porodnický vyšetřena (Hájek, 2014). Lékař podrobně vysvětlí ženě postup terapeutických kroků, které budou následovat (Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2016). Při rozhovoru se ženou komunikuje srozumitelně, bez lékařského názvosloví a podle potřeby ženě poskytne psychologickou podporu odborník (Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2016). O ženu se stará pokud možno jeden lékař a jedna porodní asistentka.

Pro diagnostické účely je ženě odebrána krev na základní laboratorní vyšetření KO, diferenciál a trombocyty, CRP, velké hemokoagulační vyšetření, jaterní testy, ionty v séru, glykemie nalačno, TORCH, VDRL test, nepřímý Coombsův test, vyšetření na trombofiliu, APA, lupusový antikoagulant, krevní skupinu, Rh faktor a jsou odebrány a vyšetřeny vzorky moči (Hájek, 2014, Procházka et al., 2014). Pokud je to nutné, lékař indikuje vyšetření plodové vody ke zjištění karyotypu plodu, eventuálně pro zjištění aerobní či anaerobní infekce. Při vnitřním gynekologickém vyšetření je odebrán vzorek na bakteriologickou kultivaci z pochvy (Hájek, 2014, Muin, 2017).

I přes přání některých žen ukončit graviditu co nejdříve císařským řezem je dáována přednost vaginálnímu porodu a k císařskému řezu se přistupuje pouze, pokud je žena bezprostředně ohrožena na životě a u stavů, kde je kontraindikace pro vaginální porod (Hájek, 2014, Procházka et al., 2014). K vyvolání porodu se přistupuje pouze za předpokladu, že zdravotní stav neohrožuje život ženy a není nalezena kontraindikace k vaginálnímu porodu a po kontrole laboratorních výsledků (Procházka et al., 2014). Proces lékař plánuje na období denní směny z důvodu lepších podmínek při řešení možných komplikací (Procházka et al., 2014).

Indukci porodu předchází miniheparinizace nízkomolekulárním heparinem k zabránění vzniku DIC a profylaxe infekce širokospektrými antibiotiky (Hájek, 2014, Procházka et al., 2014). Při nálezu propustného hrdla děložního indukci zahajujeme dirupcí vaku blan s následnou infuzí oxytocinu, kterou preferujeme před indukcí prostaglandiny, prováděnou aplikací prostaglandinů E2 do děložního hrdla ve formě gelu nebo tablet (Hájek, 2014). V případě nepřipravenosti děložního hrdla lze využít hygroskopického cervikálního dilatátoru, například Dilapanu (Binder, 2007, Roztočil, 2010, Hájek, 2014). Po nastoupení pravidelných děložních kontrakcí je vhodné aplikovat epidurální analgezií a dostatek spasmolytik (Binder, 2007, Hájek, 2014, Procházka et al., 2014). Během porodu lze také využít nefarmakologické metody analgezie, jako je například aromaterapie, hydroanalgezie, relaxační masáže nebo akupresura (Slezáková et al., 2011, Pařízek., 2014).

Vlastní porod je s dostatečným chráněním hráze veden bez epiziotomie (Hájek, 2014). Hájek (2014) udává, že indikace ke zmenšovacím operacím nemají v současné době v moderním porodnictví místo. Pokud je to možné, po porodu mrtvého plodu nepřerušujeme pupečník a plod zasíláme společně k histopatologickému vyšetření

i s placentou (Roztočil, 2010, Hájek, 2014). U RhD negativních žen provedeme nejpozději do 72 hodin po porodu prevenci RhD aloimunizace aplikací imunoglobulinu (Lubušký et al., 2013, Procházka et al., 2014).

K porodu je volán pediatr, který následně prohlédne mrtvorozený plod i placentu a již pouhým pohledem může nalézt příčinu úmrtí (Hájek, 2014). Dle stupně macerace plodu zjistí přibližný čas intrauterinního úmrtí plodu. Buly se objevují šest až osm hodin po úmrtí, odlučování pokožky v plátech nastává v období prvního až sedmého dne a po sedmi dnech od úmrtí dochází ke zborcení lebky, pokožka se odlučuje ve velkých plátech a je patrné rozvolnění kloubů a vazů (Hájek, 2014, Khong a Malcomson, 2015). Po pěti až šesti dnech dochází ke změnám na placentě, k nimž patří například edém a stromální fibróza klků, ztlustění bazální membrány trofoblastu, usazování fibrinu na mateřské straně placenty a na pupečníku nacházíme úbytek Whartonova rosolu nebo barevné změny (Hájek, 2014, Khong a Malcomson, 2015). Pro následnou možnost průkazu infekční příčiny smrti provedeme stěr na kultivaci z placentárního povrchu a blan, kterou pediatr doplní kultivací z povrchu a vývodných ústí plodu (Hájek, 2014). Plod i placenta jsou odeslány nejdříve za dvě hodiny po stanovení smrti plodu na anatomicko-patologickou pitvu, případně při podezření na úmyslné zavinění smrti plodu matkou nebo chybným terapeutickým postupem, je žádáno o provedení soudní pitvy (Hájek, 2014). Po ohledání mrtvého plodu lékař vyhotoví List o prohlídce mrtvého.

Pokud se jedná o úmrtí plodu u vícečetného těhotenství, je potřeba postupovat přísně individuálně (Hájek, 2014). Smrt jednoho plodu na konci druhého nebo třetího trimestru je spojena se zvýšenou mortalitou přeživšího dvojčete (Divya a Purohit, 2014). U monozygotních dvojčat je nutné přistoupit k primárnímu císařskému řezu (Hájek, 2014). U dizygotních dvojčat u nezralých plodů můžeme volit konzervativní postup při pečlivé kontrole flowmetrie a hemokoagulačních faktorů, přičemž při prvních známkách nitroděložní tísne plodu nebo opožděném růstu, těhotenství zavčas ukončíme císařským řezem (Měchurová, 2004, Hájek, 2014).

1.5 Role porodní asistentky při péči o ženu s mrtvým plodem

Porodní asistentka (dále jen PA) patří mezi první zdravotníky, kteří se o ženu starají. Společně s lékařem provází ženu a zajišťuje kontinuální péči od okamžiku stanovení diagnózy do porodu, během porodu, v období šestinedělí a poté v ambulantní péči. Jejím úkolem je uspokojit její psychické, fyzické, emocionální a duchovní potřeby.

I přes značné zkušenosti s péčí o ženu při intrauterinním úmrtí plodu je porodní asistentka konfrontována nejprve se svými vlastními reakcemi, mezi které patří bezmoc, slabost a vlastní hranice. Pokud nezvládne své emoce, může to vést ke ztrátě kontroly nebo neschopnosti jednat a vznikne situace, kdy s rodiči nenaváže dostatečný kontakt a tím jim nedá žádný prostor na vyjádření jejich emocí (Maurer a Gassmann, 2006). Ratislavová (2016) uvádí, že komunikace mezi rodiči a ošetřující porodní asistentkou je klíčovým krokem a pokud dojde k nedostatečné nebo nesprávné komunikaci, může být proces zármutku postižených rodičů vážně narušen.

Porodní asistentka by měla respektovat reakce rodičů a neodsuzovat je, pokud nevyjadřují své emoce, nebo je-li naopak jejich reakce emocionální a bouřlivá (Maurer, 2014). V praxi je potřeba, aby byla porodní asistentka k ženě s mrtvým plodem po celou dobu hospitalizace citlivá, empatická a dokázala jí naslouchat. Měla by podávat rodičům dostatek informací o všech možnostech, které jim pomohou těžkou situaci zvládnout a nechala o nich rodiče v klidu rozhodnout (Ratislavová, 2012, Ratislavová, 2016).

Důležitý je profesionální přístup porodní asistentky, její zkušenosti v oboru, dostatečné vědomosti ze strany medicínské, ošetrovateľské i psychologické (Ratislavová, 2016). Při péči o rodiče po perinatální ztrátě jsou zásadní její verbální i neverbální komunikační schopnosti. Volba slov souvisejících s dítětem rodičů je velmi důležitá (Henley a Schott, 2008). Slovo plod je vnímáno rodiči jako devalvace dítěte, proto by porodní asistentka měla nazývat dítě jménem, pokud mu rodiče nějaké dali, nebo holčičkou, chlapečkem či miminkem (Henley a Schott, 2008). Porodní asistentka, která pečuje o truchlící rodiče, by měla akceptovat smrt jako aspekt života a vědět, jak hluboce ztráta zasáhne ji samotnou, protože jen tak může rodiče v procesu truchlení na jejich dlouhé cestě doprovázet (Kast, 2000). Nevědomý strach ze smrti se může u porodní asistentky projevit vyhýbavým chováním a minimalizací kontaktu s rodičkou, zacházením s mrtvým plodem jako s věcí, nebo únikem k bezúčelné aktivitě (Ratislavová, 2008). Tyto obranné mechanismy jsou v práci porodní asistentky nežádoucí, nevhodné, až kontraindikované (Ratislavová, 2008).

1.6 Péče porodní asistentky o ženu v období stanovení diagnózy

Ženě, která přichází k těhotenskému vyšetření s pochybnostmi o pohybech plodu, by měla věnovat okamžitou pozornost (Ratislavová, 2014). Pokud nezastihne ozvy plodu

poslechem ani CTG přístrojem, je nutné, aby zajistila okamžité vyšetření lékařem (Ratislavová, 2014).

Žena se po příchodu do nemocnice cítí nejistá a doufá, že je vše v pořádku, protože jinak nemá žádné potíže a cítí se dobře (Malm et al., 2011). Hodně žen slyšelo již o případech, kdy žena necítila pohyby dítěte, ale byl to jen planý poplach, nebo ví, že se dítě ke konci těhotenství pohybuje méně a stále tedy doufají, že půjdou domů, protože je vše v pořádku (Malm et al., 2011). Čekání na vyšetření a období diagnostiky zvyšuje jejich pocity úzkosti a nejistoty (Ratislavová, 2016).

Radestad et al. (2013) provedly výzkum, kde se ptaly žen na pocity před sdělením diagnózy, v průběhu vyšetření a jakým způsobem jim byla sdělena smrt dítěte. Nejhorší pro ženy bylo ticho během celého procesu vyšetření až do vyslechnutí diagnózy (Radestad et al., 2013). Nejhorším momentem, na kterém se často shodovaly, byla doba, kdy se všichni přítomní soustředili na obrazovku ultrazvukového přístroje a se ženou nikdo nekomunikoval (Radestad et al., 2014, Ratislavová, 2016). Proto by porodní asistentka měla být při přijetí ženy k vyšetření a v průběhu vyšetření ženě nablízku, naslouchat jejím obavám a ženiny pocity nesmí zlehčovat a podceňovat. Nesmí se ale pokusit ženu během vyšetření uklidňovat (Maurer a Gassmann, 2006). Musí ženu od cesty naděje vést k nastalým skutečnostem a doprovázet ji na cestě k jejímu přijetí (Maurer a Gassmann, 2006). Radestad et al. (2014) poukazují na fakt, že efektivní a citlivé poskytování informací a kontinuální komunikace s rodičkou během vyšetření může ovlivnit počáteční šok a emocionální reakci na nepříznivou zprávu. Po zjištění diagnózy lékař citlivě informuje ženu o smrti dítěte. Porodní asistentka by měla zajistit nerušené a klidné prostředí (Ratislavová, 2014). Pokud žena přichází k vyšetření sama, měl by k ní být přivolán partner nebo nejbližší osoba, kterou chce v tento těžký okamžik u sebe mít (Maurer a Gassmann, 2006, Sousou a Smart, 2015, Ratislavová, 2016).

Po sdělení diagnózy smrti dítěte jsou rodiče v šoku, protože na tuto situaci nejsou připraveni a nyní jsou konfrontováni se smrtí svého dítěte (Maurer a Gassmann, 2006). Spouštějí se obranné mechanismy, které je před touto bolestí ochraňují (Takács et al., 2015). Může se jednat o neakceptování reality smrti dítěte, neprojevují žádné emoce, žena může působit lhostejně, anebo se u ní v důsledku stresu, kterému je vystavena, může objevit zmatenost, zhoršená schopnost komunikace a nezřídka je to vztek, úzkost a záchvaty pláče nebo se žena na své dítě zlobí (Maurer, 2014, Takács et al., 2015,

Ratislavová, 2016). Dochází k přerušení kontaktu mezi matkou a dítětem a u ženy vzniká „pocit mít všechno rychle za sebou“ (Maurer, 2014). Při myšlence na dlouhý bolestivý porod se skutečností, že bude muset porodit mrtvé dítě, žena často žádá rychlé ukončení těhotenství a císařský řez v plné narkóze (Maurer a Gassmann, 2006, Maurer, 2014, Mändle a Kreuter, 2014, Ratislavová, 2016).

Rodiče v tuto chvíli potřebují dostatek času na realizaci myšlenky, že zemřelé dítě je jejich, že dojde k porodu, dítě přijde na svět a oni budou do konce jejich života jeho rodiči, a až v okamžiku kontaktu s touto realitou, jsou rodiče schopni udělat další krok (Maurer, 2014). Porodní asistentka je v této chvíli rodičům oporou, hovoří s nimi, naslouchá jim, vyjádří rodičům svoji lítost, akceptuje jejich chování a nechá je vyjádřit své emoce (Ratislavová, 2016).

Lékař rodičům následně vysvětlí terapeutické kroky, které budou následovat a důvod včasné hospitalizace. Maurer a Gassmann (2006), Ratislavová (2016), Sousou a Smart (2015), Hunter et al. (2016) uvádějí, že ve většině případů, pokud žena není bezprostředně ohrožena na životě, je možné ženě navrhnout na několik hodin odložit hospitalizaci a umožnit jí tak, aby byla alespoň chvíli se svými nejbližšími a rodiče se měli možnost v klidu rozhodnout o tom, jak si představují rozloučení se svým dítětem a pokud chtějí, aby si pro něj přinesli vlastní oblečení nebo fotoaparát k vytvoření vzpomínkových fotografií. Žena by ale měla být informována, že čím déle bude porod oddalovat, tím jí hrozí závažné zdravotní komplikace a může trpět prodlouženými pocity úzkosti (Mändle a Kreuter, 2014, Ratislavová, 2016). Hájek (2014) doporučuje, že by měla být žena po zjištění intrauterinního úmrtí plodu neprodleně odeslána k hospitalizaci na gynekologicko-porodnické oddělení a v případě komplikací do perinatologického centra. V případě, že žena souhlasí s okamžitou hospitalizací, je odeslána do příslušného zdravotního zařízení k ukončení těhotenství.

1.6.1 Péče porodní asistentky o ženu s mrtvým plodem při příjmu

O příchodu ženy s mrtvým plodem na oddělení by měly porodní asistentky včas vědět. Mají možnost si dopředu naplánovat, která porodní asistentka bude o ženu pečovat a na který pokoj ženu uloží, aby nebyla vystavena pláči novorozenců na oddělení, což by pro ni bylo velice traumatizující (Mändle a Kreuter, 2014). Pokud je to možné, měl by být z porodního boxu, kam bude žena uložena, odstraněn CTG přístroj a příslušenství, týkající se ošetření novorozence, ponecháno jen v nejvyšší nutné míře (Bläuer et al.,

2017). Dle Dingerkus a Kofoet (2006), stejně tak jako Ratislavové (2014) je důležité, aby porodní asistentka na dveře pokoje připevnila poznávací znamení používané na oddělení pro tyto případy, jako je například papírový motýlek, mašle nebo květina, aby ošetřující personál věděl, že se na pokoji nachází žena s mrtvým plodem.

Po příchodu ženy na oddělení se jí porodní asistentka představí a informuje ji, že o ni bude po celou dobu její přítomnosti na porodním sále pečovat. Pokud již žena nepřichází se svým partnerem, nebo doprovázející osobou, neměla by ji nechávat o samotě (Dingerkus a Kofoet, 2006, Ratislavová, 2016). Je vhodné, když u ženy setrvává do příchodu blízké osoby (Dingerkus a Kofoet, 2006, Ratislavová, 2014). Pro případ, že se jedná o ženu cizí národnosti, která nemluví česky, by měla mít porodní asistentka snadný přístup k vyškolenému zkušenému tlumočnickovi, který přeloží, co je řečeno, a zjistí, jaká mají rodiče přání ze strany kulturních a jiných otázek, které mohou být jinak překážkou pro vzájemné porozumění (Henley a Schott, 2008). Porodní asistentka na porodním sále pečuje o ženu, která je ve fázi šoku a chaotických emocí (Ratislavová, 2008). Pokud došlo k úmrtí plodu i přes maximální péči během hospitalizace, je žena plná hněvu na zdravotnický personál a často ho viní z pochybení, a v tomto případě je tedy vhodné zajistit psychologa, který rodičům naslouchá a poskytuje oporu (Ratislavová, 2008).

Porodní asistentka v průběhu příjmu založí novou dokumentaci, se ženou sepíše porodopis zahrnující podrobnou rodinnou, osobní, gynekologickou, sociální a pracovní anamnézu, kterou doplní údaji z těhotenské průkazky a ženě poté změří krevní tlak, pulz a tělesnou teplotu (Slezáková et al., 2011). Asistuje lékaři při zevním a vnitřním porodnickém vyšetření, odběru kultivace z pochvy a děložního čípku, popřípadě u kontrolního ultrazvukového vyšetření (Slezáková et al., 2011). Po příchodu na porodní box zavede ženě permanentní žilní katétr a dle ordinace lékaře provede žilní odběr krve, odebere moč a veškerý odebraný biologický materiál odešle i s příslušnými žádankami do laboratoře (Slezáková et al., 2011).

Lékař informuje rodičku o jejím současném zdravotním stavu, žena podepíše informovaný souhlas s hospitalizací a svým podpisem potvrdí, že byla informována o dalším postupu, se kterým souhlasí a současně udává, komu mohou být poskytovány informace (Kameníková, 2005, Slezáková et al., 2011). Poté ji lékař podrobně informuje o krocích, které budou následovat k vyvolání porodu a ženu seznámí

s možnostmi tišení bolesti během porodu (Flyer Empfehlungen für Helfende, 2002, Maurer a Gassmann, 2006, Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2016).

Po přijetí by měla pečující porodní asistentka se ženou sestavit porodní plán, ve kterém jsou mimo jiné uvedeny možnosti tišení bolesti, které osoby si u porodu přeje, nebo naopak odmítá a jeho důležitou součástí je otázka, jakým způsobem se žena/rodiče se svým dítětem chtějí rozloučit, zda ho chtějí vidět, chovat a trávit s ním čas (Maurer a Gassmann, 2006, Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2017). Porodní asistentka hovoří se ženou/rodiči o možnostech rozloučení se s dítětem, otevřeně odpovídá na dotazy, vysvětluje a radí, v žádném případě ale ženě/rodičům nic nevnucuje a ponechává dostatek času na rozmyšlenou, s možností rozhodnutí kdykoliv změnit (Schnabl, 2008, Ratislavová, 2016). Informace o možnostech rozloučení se s dítětem a možných rituálech předává rodičům nejen ve verbální, ale i v písemné formě (Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2016, O'Connell et al., 2016). Podporuje rodiče v samostatném rozhodování, protože tento proces může rodičům pomoci právě v okamžiku, kdy nad situací necítí žádnou kontrolu (Hunter et al., 2016, Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2016, Maurer a Gassmann, 2006). K ošetřující porodní asistentce by měla žena pociťovat důvěru, vědět, že se jí může svěřit se svou bolestí a zármutkem, cítit, že s touto porodní asistentkou dokáže porodit své mrtvé dítě a beze strachu jí věřit (Schnabl, 2008). Veškerá psychologická opora, kterou porodní asistentka poskytuje, je směřována oběma rodičům (Ratislavová, 2016).

Po přijetí zajistí porodní asistentka rodičům klidné a nerušené prostředí (Ratislavová, 2014). Podá ženě medikaci dle ordinace lékaře. Pokud porod nezačal již samovolně, indukce porodu je zahájena teprve v okamžiku, kdy nám žena sdělí, že je připravena (Maurer a Gassmann, 2006).

1.6.2 Péče porodní asistentky o ženu v I. době porodní

Při porodu mrtvého plodu je dostatek času, není nutné dávat pozor na zdraví dítěte, ale snažíme se, aby měla žena, v rámci možností dobrý pocit z porodu a dítě porodila bez stresu (Schnabl, 2008). Porodní asistentka věnuje ženě stejnou pozornost, jako u porodu životaschopného plodu.

Z medicínského hlediska porodní asistentka v průběhu první doby porodní kontroluje rodiče každé dvě hodiny krevní tlak, pulz a tělesnou teplotu, podává medikace dle

ordinace lékaře, sleduje frekvenci, sílu a délku trvání děložních kontrakcí, vnitřním vyšetřením zjišťuje progresi nálezu na hrdle děložním, sleduje, zda nedošlo ke spontánnímu odtoku vody plodové, kde kontroluje kvalitu, množství a zaměřuje se také na obtíže jako je nauzea a zvracení (Slezáková et al., 2011). U rodičky také kontroluje močení v průběhu porodu, obzvláště pokud má žena zavedenou epidurální analgezii, při které je vnímání pocitu na močení snižené a plný močový měchýř by bránil postupu porodu (Slezáková et al., 2011). Je nutné, aby ženu vždy včas informovala o tom, jaké vyšetření bude provádět, jak porod postupuje a co bude následovat, protože nedostatečná informovanost o aktuálním stavu a následných intervencích prohlubuje u ženy strach a nejistotu (Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2016). Všechna zjištění a výkony zapisuje do ošetrovatelské dokumentace.

Zvláštní pozornost při porodu mrtvého plodu věnuje ženě porodní asistentka při tlumení bolesti. Pokud žena požádá o tlumení bolesti, nabídne jí některou z nefarmakologických metod jako je hydroterapie, aromaterapie, relaxační masáž, akupresura nebo audioanalgezie (Slezáková et al., 2011, Hájek et al., 2014, Bašková, 2015). Rodičce pomůže zmírnit bolest polohování či relaxace na gymnastickém míči (Slezáková et al., 2011, Bašková, 2015, Ratislavová, 2016). Hájek (2014) udává, že z farmakologických metod lze ženě s jejím souhlasem aplikovat epidurální analgezii, využít dostatečných dávek spasmolytik nebo případně menších dávek opiátů. Naproti tomu Mändle a Kreuter (2014) uvádějí, že opiáty mají negativní vliv na následný proces truchlení. V první době porodní může žena využít při bolestivých kontrakcích také vdechování plynu směsi oxidu dusného a kyslíku, který má analgetické a anxiolytické účinky, rychlý nástup, ale i ústup účinku a nenarušuje tak dlouhodobě vnímání rodičky, naopak pomáhá vytvořit u ženy vyšší úroveň důvěry v porodní asistentku, žena se stává klidnější a je psychicky uvolněná (Pařízek, 2012). Bolest rodičky během porodu ovlivní podpora a přítomnost partnera nebo blízké osoby (Slezáková et al., 2011, Ratislavová, 2016).

Porodní asistentka by se měla snažit na porodním pokoji, kde se žena nachází, vytvořit v mezích možností uvolněnou atmosféru, umožňující ženě relaxaci, a pokud je to ženě příjemné, může poslouchat hudbu, uvolnit se a relaxovat v teplé koupeli s využitím aromaterapeutických olejů (Juříková, 2007). V pokoji také může být prostředí upravené tlumeným světlem a svíčkami (Juříková, 2007). Během porodu ženu povzbuzuje,

chválí, a, tak jako u normálního porodu, žena rozhoduje o tom, co jí dělá dobře, co by chtěla vyzkoušet a co odmítá.

Období mezi diagnózou nitroděložního úmrtí a porodem poskytuje porodní asistentce významnou příležitost ke zlepšení schopnosti ženy vyrovnat se s následným porodem a připravit ji na seznámení se s milovaným dítětem (Trulsson a Radestad, 2004). Schnabl (2008) ale dodává, že ženy bývají často manipulovány názory některých porodních asistentek, které si myslí, že rychlý, bezbolestný porod bez kontaktu matky s dítětem a rozloučení se s ním je pro ženy nejlepší. Pokud porodní asistentka ví, jak důležité je pro proces truchlení a následující těhotenství prožití přirozeného porodu a rozloučení se s dítětem, pak vede ženu tím správným směrem (Schnabl, 2008, Maurer, 2017).

Maurer (2014) mluví o přerušení kontinua, které je popisuje jako plodnost, početí, těhotenství, porod a rodina. Také stav šoku toto kontinuum naruší a tím přeruší pouto mezi matkou a dítětem (Maurer, 2014). Maurer (2014) zdůrazňuje, že porodní asistentka, která ošetřuje ženu s mrtvým plodem, má důležitý úkol zabránit přerušení tohoto kontaktu a je důležité, aby vysvětlila rodičům, jak velice krátkou chvíli mají na to, aby se rozloučily se svým dítětem a že těchto pár okamžiků, které jim zůstanou v paměti, jsou velice důležité nejen pro proces truchlení, ale i pro počátek společné historie jako rodiny.

1.6.3 Péče porodní asistentky o ženu ve II. době porodní

Na počátku druhé doby porodní připraví porodní asistentka sterilní stolek a pomůcky k porodu (Slezáková et al., 2011). Vnitřním vyšetřením sleduje sestup hlavičky plodu porodním kanálem, sleduje močení, náplň močového měchýře, a pokud žena není schopna spontánního vymočení, vyprázdní močový měchýř gumovou cévkou (Slezáková et al., 2011, Hájek, 2014). Tak jako v první době porodní, kontroluje krvácení, sílu a délku trvání kontrakcí, psychický a fyzický stav ženy (Kameníková, 2005, Slezáková, 2011).

Porodní asistentka je trpělivá, ženu psychicky podporuje, povzbuzuje a chválí (Kameníková, 2005). Pomáhá ženě zaujímat vhodné polohy při tlačení, vysvětluje správnou techniku dýchání a tlačení při děložní kontrakci a v závěru druhé doby porodní uloží ženu na porodnické lůžko (Kameníková, 2005, Slezáková, 2011, Hájek,

2014). Je vhodné, aby porod vedl lékař. Pokud to není nutné a nehrozí poranění hráze, je porod veden bez epiziotomie (Hájek, 2014). Dle Hájka (2014) se plod a placenta porodí jako jeden celek bez přerušení pupečníku. Po porodu je plod ohledán pediatrem (Hájek, 2014).

Po porodu mrtvého plodu nastává na porodním sále ticho. Porodní asistentka zůstává v blízkosti rodičů, jejím úkolem je dodávat rodičům odvalu své dítě vidět, pochovat, dát mu jméno a rozloučit se s ním (Ratislavová, 2008, Ratislavová, 2016). Ze ženy padá veškeré napětí, možná pláče, křičí nebo naopak projeví jen málo pocitů, protože všechny možné reakce jsou normální (Schnabl, 2008). Porodní asistentka ženu pochválí za projevenou sílu a odvalu a nebrání jí ve vyjádření emocí (Schnabl, 2008). Porod je součástí procesu společného souznění mezi matkou a dítětem (Maurer, 2014). Na hormonální úrovni bylo vše připravené k porodu, a i když dítě přišlo na svět mrtvé, je možné, že si ho žena bezprostředně po porodu vezme k sobě, bude s ním hovořit a ochraňovat ho ve svém náručí (Maurer, 2014). V tento okamžik by měla porodní asistentka zajistit ženě klid a intimní prostředí (Ratislavová, 2014). Obdobím porodu počíná období truchlení (Kašparková a Bužgová, 2010).

1.6.4 Péče porodní asistentky o ženu ve III. a IV. době porodní

Za předpokladu aktivního vedení III. doby porodní, kdy dle zvyklostí oddělení po porodu hlavičky nebo bezprostředně po porodu plodu aplikuje porodní asistentka intravenózně 2-5 jednotek oxytocinu, vyčkáme na spontánní odloučení placenty (Slezáková, 2011, Hájek, 2014). Po kontrole placenty a plodových obalů provede lékař revizi porodních cest a ošetří případná poporodní poranění (Slezáková, 2011, Hájek, 2014). Porodní asistentka provede po ošetření porodního poranění hygienickou očistu a ženu uloží do klidové polohy (Slezáková, 2011). V průběhu IV. doby porodní, která trvá 2 hodiny po porodu, sleduje porodní asistentka poporodní krvácení, výšku děložního fundu, první močení a zpravidla každých 15 minut měří krevní tlak, pulz a tělesnou teplotu po porodu a následně za dvě hodiny (Slezáková, 2011, Hájek, 2014). Porodní asistentka všechny ošetrovatelské výkony spolu s poporodní krevní ztrátou, podanou medikací a výsledky měření zapíše do dokumentace.

V závislosti na rozhodnutí rodičů rozloučit se s dítětem žena zůstává na oddělení nebo je po dvou hodinách přeložena na gynekologické oddělení. Porodní asistentka sepíše překladovou zprávu a s informacemi o psychickém stavu rodičky a dokumentací

předává rodičku porodním asistentkám na gynekologickém oddělení (Kameníková, 2005).

1.6.5 Péče porodní asistentky o mrtvě rozené dítě a rituál rozloučení

Následující péče o tělo dítěte je závislá na zvyklostech oddělení a vnitřních normách zdravotnického zařízení (Kelnarová, 2007). Péče je variabilní v závislosti na ošetřujícím personálu a přání rodičů, jakým způsobem se chtějí s dítětem rozloučit.

Péči o tělo dítěte přejímá pečující porodní asistentka, nebo personál z neonatologického oddělení. Mrtvorozené dítě zváží, změří a pokud je to možné, určí pohlaví. Poté dítě umyje, oblékne a zabalí do peřinky (Kašparková a Bužgová, 2010). V České republice zatím není mnoho zkušeností se společnou péčí zdravotníků a rodičů o tělo dítěte, jako v zemích západní Evropy a ve Skandinávii, kde je běžné, že si rodiče do porodnice přinášejí pro dítě vlastní oblečení, do kterého chtějí, aby bylo oblečeno, a kde je také častým jevem, že rodiče o mrtvorozené dítě sami pečují (Ratislavová, 2016).

Radestad et al. (2009) podtrhují nutnost co nejčasnějšího kontaktu ženy s dítětem, protože během prvních 30 minut po porodu je dítě měkké a teplé jako dítě živé, po 30 minutách dítě začne chladnout a měnit barvu. Porodní asistentka by měla nejprve rodiče připravit na vzhled dítěte, který je závislý na délce gestace, stupni macerace nebo fyzických abnormalitách (Peters et al., 2015). Pokud rodiče nemají odvahu vzít si dítě k sobě, podívat se na něj a pochovat si ho, může porodní asistentka rodičům vzhled dítěte nejprve popsat (Dingerkus a Kofoet, 2006, Ratislavová, 2014, Sousou a Smart, 2015, Ratislavová, 2016). Čas, kdy se rodiče rozmyšlí, zda chtějí dítě vidět, by měla vyplnit láskyplnou péčí o dítě, měla by ho vzít sama do náruče, jmenovat ho jménem a vyjádřit mu jedinečnost (Maurer a Gassmann, 2006). To by mohlo otevřít cestu k dítěti i těm rodičům, kteří se prozatím nedokázali nebo neodvážili ke kontaktu s ním (Maurer a Gassmann, 2006).

Na otázku, zda by měla žena vidět a chovat své mrtvé dítě, jsou ve výzkumném světě rozdílné názory. Z výzkumu Ryninks et al. (2014) o pocitech žen, které zažívaly ve chvíli, kdy držely své mrtvé narozené dítě, vyplynulo, že většina z nich popisovala kontakt s dítětem jako pozitivní a považovala rozhodnutí jako správné. Naopak Turton et al. (2001) a Hughes et al. (2002) v závěrech výzkumů zaměřených na příznivost účinků vidět a chovat své mrtvé dítě provedených ve Velké Británii uvádějí, že ženy,

kteře trávily čas se svým dítětem, viděly ho a chovaly, byly více depresivní, pociťovaly úzkost a příznaky posttraumatické stresové poruchy. Je nutné dodat, že do výzkumu byly zahrnuty porody mrtvých plodů od 18. týdne těhotenství, a lze tedy předpokládat, že vidět 18. týdenní plod a 24. týdenní plod je rozdílné, a to mohlo mít vliv na výsledky výzkumu z hlediska následného nálezů psychopatologií u žen (Jones et al., 2015).

Erlandsson et al. (2012) ve svém výzkumu o pocitech žen v souvislosti s chováním personálu při předání dítěte došly k závěru, že matky, kterých se ošetřující personál ptá, zda své dítě chtějí vidět a chovat, prožívají mnohem více úzkosti než matky ostatní a závěrem doporučují, aby se porodní asistentky žen na otázku, zda chtějí kontakt s dítětem, neptaly a přistupovaly k nim s empatií, respektem a s předpokladem, že své mrtvé dítě budou chtít vidět a chovat. Kingdon et al. (2015) provedli přehled výzkumů zabývajících se vlivem kontaktu matky s mrtvým novorozencem na její psychický stav. Přehled obsahoval 23 studií, z toho 21 studií poukázalo na pozitivní efekt, který má vizuální a fyzický kontakt s mrtvým dítětem (Kingdon et al.).

V České republice je odnesení mrtvého dítěte stále ještě častým jevem. Dle výzkumu Ratislavové et al. (2012) v České republice dochází ke kontaktu matky s mrtvorozeným dítětem přibližně jen ve třetině případů, kdy za problematické považují především to, že tato intervence převážně ženám není ani nabídnuta a také nemají dostatek času na rozhodnutí, zda chtějí své dítě vidět nebo chovat. Porodní asistentka rituály rozloučení nesmí rodičům vnucovat, ale měla jim podat dostatek informací, času na rozhodování a možnost rozhodnutí kdykoliv změnit (Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2016). Je důležité, aby ke každé ženě přistupovala individuálně a respektovala její rozhodnutí.

Rodiče by měli mít dostatek času a prostoru na rozloučení se s dítětem, protože stejně tak jako před a při porodu jsou tyto dva faktory nesmírně důležité pro proces truchlení (Dingerkus a Kofoet, 2006, Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2016). Porodní asistentka by měla rodiče povzbudit, aby dali svému dítěti jméno (Dingerkus a Kofoet, 2006, Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2016). Tento akt potvrdí identitu dítěte a definuje jeho čas a prostor v rodinné historii (Ratislavová, 2016). Je důležité, aby PA rodiče podpořila ve vytváření vlastních upomínek, například společných fotografií, případně pokud rodiče své mrtvorozené dítě nechtějí vidět, nabídne jim vytvoření fotografií, které budou uchovány ve fotografické databázi a rodiče si je budou moci vyzvednout později (Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2016). Vzpomínky jsou důležitou součástí truchlení,

proto je možné vytvořit vzpomínkový box za pomoci rodiny i ošetřující porodní asistentky, přičemž tyto krabice obsahují později cenné předměty, které slouží jako věčná upomínka na dítě (Sousou a Smart, 2015). Do vzpomínkového boxu lze uložit fotografie dítěte, pramínek vlasů, identifikační náramek, vzpomínkový list, obrázky z ultrazvuku, oblečení dítěte, které mělo na sobě, hračku nebo dopis dítěti sepsaný rodiči (Sousou a Smart, 2015, Perinatální hospic – vzpomínkový balíček).

PA by měla respektovat kulturně specifické rituály rozloučení (Steen a Sherokee, 2015). Věřícím rodičům umožní kontakt s duchovním (Ratislavová, 2014). Pokud si to rodiče přejí, umožní PA rozloučení i ostatním členům rodiny (Ratislavová, 2016). V zemích západní Evropy a Skandinávie není neobvyklé rozloučení se s mrtvým dítětem v domácím prostředí v rodinném kruhu, kde jsou zapojeni všichni členové rodiny, včetně sourozenců mrtvorozeného dítěte (Maurer, 2014, Ratislavová, 2016). Porodní asistentka by měla podporovat u rodičů myšlenku pohřbení dítěte, protože rodiče později často litují, že se nepodíleli na vypravení pohřbu a přemýšlí, jak bylo s tělem jejich dítěte naloženo. (Dingerkus a Kofoet, 2006, Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2016).

Je nutné rodiče včas informovat o tom, co se následně stane s dítětem, kam bude přemístěno, zda mají možnost dítě později ještě vidět, zda chtějí mrtvě narozenému dítěti uspořádat pohřeb a kolik času mají na rozhodnutí (Ratislavová, 2016). Tato informace může mít podstatný vliv na jejich rozhodnutí. Do roku 2017 nebyly mrtvě narozené děti v zákoně o pohřebnictví zahrnuty mezi lidské pozůstatky a záleželo na nemocničním zařízení, jak se k otázce pohřbení mrtvě narozeného dítěte postavilo (Kotrlý a Vališová, 2014, Ratislavová, 2016). Teprve změna zákona č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví z roku 2017 stanovila právo rodičů na pohřbení mrtvě narozených dětí, bez ohledu na délku trvání těhotenství či váhu plodu. V České republice vznikl v roce 2013 spolek Tobit, který podporuje pietní zacházení s dětmi zemřelými před narozením, spolupracuje s poskytovateli zdravotních služeb a pohřbívá opuštěné mrtvě narozené děti a plody po potratu (Kotrlý a Vališová, 2014).

Rozloučení se s mrtvým dítětem usnadňuje uzavření bolestné události ztráty dítěte a započetí ozdravného procesu truchlení (Ratislavová, 2008). Porodní asistentka je v těchto chvílích pro ženu důležitou osobou, která může tento proces velmi ovlivnit (Kaspárková a Bužgová, 2010). Péče o rodiče s empatií a respektem a rituály rozloučení

jim mohou pomoci zanechat láskyplné vzpomínky na mrtvě narozené dítě, určit jeho místo v rodině, pomáhají procesu truchlení a pozitivně ovlivňují dalekou budoucnost rodičů (O'Connell et al., 2016).

1.6.6 Péče porodní asistentky o ženu po porodu mrtvého plodu v šestinedělí

Ženě po porodu mrtvého plodu, je potřeba věnovat individuální péči. O umístění rodičky po porodu by mělo být rozhodnuto až po domluvě s ní (Ratislavová, 2016). Z porodního sálu je žena většinou přeložena na gynekologické oddělení, na samostatný pokoj, protože přítomnost jiných matek a zdravých novorozenců je pro ženy po perinatální ztrátě velmi stresující (Kaspárková a Bužgová, 2010). Na pokoji, kde je žena umístěna, by měla být možnost trvalé přítomnosti partnera nebo blízké osoby (Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2016). Hospitalizace ženy by měla být pouze na nezbytně nutnou dobu (Ratislavová, 2016). Z výsledků výzkumu Kaspárkové a Bužgové (2010), zabývajícího se pocity a zkušenostmi žen po porodu mrtvého dítěte, vyplynulo, že ženy i přes jejich separaci od matek s novorozenci často ukončují hospitalizaci předčasně.

Po přijetí na oddělení porodní asistentka ženu edukuje o hygieně v šestinedělí. Následná péče PA zahrnuje kontrolu výšky děložního fundu, charakteru a množství očístků, hojení poporodního poranění, močení, stolice, stavu prsou, kontrolu fyziologických funkcí a celkového fyzického stavu (Slezáková et al., 2011). Porodní asistentka by měla ženu upozornit na proces nástupu laktace, který by mohl ženu překvapit. Cole (2012) udává, že některé ženy chtějí laktaci okamžitě zastavit, protože je připomenutím bolestivé ztráty dítěte, jiné se rozhodnou darovat mléko do mléčné banky, jako pomoc jiným matkám nebo novorozencům. Bez ohledu na to, zda se žena rozhodne zastavit laktaci nebo ne, je důležitým úkolem porodní asistentky zabránit zdravotním komplikacím jako je například retence mléka nebo mastitis (Cole, 2012). K farmakologické zástavě produkce mléka jsou používány antagonisté prolaktinu, nefarmakologickou metodou je mechanické stahování prsou a přikládání ledových obkladů (Roztočil, 2004, Cole, 2012).

Ženy po porodu trpí pocity smutku, dochází k dezintegraci osobnosti, poklesu sebevědomí a pocitu selhání v roli ženy (Ratislavová, 2008). Je proto důležité, aby porodní asistentka přistupovala k ženě s empatií a respektem, uznala její ztrátu a dokázala ženě naslouchat (Nordlund et al., 2012). Před propuštěním ženy do

domácího prostředí je potřebné, aby lékař rodiče informoval o možné příčině smrti dítěte a pohovořil s rodiči o normálním průběhu truchlení (Ratislavová, 2008, Kaspárková a Bužgová, 2013, Ratislavová, 2016). Vzhledem k psychickému stavu rodičů je vhodné setkání s lékařem zopakovat a poskytnout rodičům informace o výsledcích provedené pitvy (Kaspárková a Bužgová, 2013).

1.6.7 Péče porodní asistentky o ženu v ambulantní péči

Po propuštění ženy po perinatální ztrátě z nemocnice je nutné informovat obvodního gynekologa a v případě možnosti i komunitní porodní asistentku, která by měla ženu v domácím prostředí navštívit (Ratislavová, 2016). Ambulantní porodní asistentka při pravidelných kontrolách ženy sleduje nejen její fyzický stav, ale zaznamenává i psychický stav ženy a jejího partnera.

Perinatální ztráta může mít negativní vliv na duševní zdraví rodičů (Kaspárková a Bužgová, 2013). Truchlíci rodiče často vyhledávají samotu a vyhýbají se kontaktu s ostatními lidmi. Intenzita projevů truchlení a bolest, kterou pociťují, je může ochromit (Špatenková, 2008). Mohou se cítit špatně psychicky i fyzicky, což se projeví poruchami spánku, skleslostí, ztrátou energie a nezájmem o okolí (Špatenková, 2008). Rodiče se snaží na smutnou událost rychle zapomenout. Rychlé překonání smutku a jeho vytěsnění může vést ke vzniku patologického zármutku (Kersting et al., 2008). Ten se může projevit vznikem depresí, úzkostných poruch, zneužíváním alkoholu a drog, nepolevující zlostí nebo silnými pocity viny (Kersting et al., 2008, Ratislavová, 2016). Diagnostickým prostředkem pro zjištění psychického stavu rodičů po perinatální ztrátě je škála perinatálního zármutku, díky které je možné identifikovat jedince, kteří prožívají extrémně vysokou intenzitu zármutku a následně jim poskytnout odborné poradenství (Ratislavová, 2016). Pomoci rodičům se dostává i v podpůrných skupinách, kde si rodiče uvědomují, že nejsou sami, koho potkala ztráta dítěte (Kaspárková a Bužgová, 2010). Rodičům by mělo být poskytnut dostatek informací o zdravém procesu truchlení v ústní i písemné formě. Normální proces zármutku trvá zpravidla jeden rok (Kaspárková a Bužgová, 2010).

1.7 Občanskoprávní záležitosti porodu mrtvého plodu

Informace o možnosti pohřbení dítěte podává rodičům podle zvyklosti oddělení lékař, ošetřující porodní asistentka nebo sociální pracovnice. Rodiče mají po dobu 96 hodin

čas na rozhodnutí, zda chtějí dítěti vypravit pohřeb (zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví, 2017). O této lhůtě by měli být včas informováni. Pokud o vypravení pohřbu neprojeví zájem, zajistí pohřbení slušným způsobem na vlastní náklady obec (zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví). Vypravitel pohřbu má nárok na pohřebné ve výši 5000 Kč.

Podle zákona č. 301/2000 Sb. o matrikách, jménu a příjmení, je mrtvě narozené dítě zapsáno do knihy narození na základě písemného hlášení o narození mrtvého dítěte. Do knihy narození se zapisuje jméno a příjmení dítěte, den, měsíc a rok narození (zákon č. 301/2000 Sb. o matrikách, jménu a příjmení). Matriční úřad vydá rodný list bez rodného čísla, které je pak na základě zaslání výpisu z matriční knihy narození, nebo kopie rodného listu doplněno odborem správních činností (Kotrlý a Vališová, 2014).

Po porodu mrtvého dítěte má žena nárok na čerpání peněžité pomoci v mateřství po dobu 14 týdnů ve výši 70 % denního vyměřovacího základu (zákon č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění). Podmínkou nároku na peněžitou pomoc v mateřství je účast na pojištění alespoň po dobu 270 kalendářních dní v posledních dvou letech přede dnem nástupu na peněžitou pomoc v mateřství (zákon č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1.: Zjistit péči porodních asistentek o ženu s perinatální ztrátou.

Cíl 2.: Zjistit možnosti rozloučení se s dítětem, které mají matky po porodu mrtvého plodu ve vybraných českých porodnicích.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je péče porodních asistentek o ženu s perinatální ztrátou?
2. Jaké možnosti rozloučení se s dítětem mají matky po porodu mrtvého plodu ve vybraných českých porodnicích?

2.3 Operacionalizace pojmů

Perinatální období: začíná hranicí období viability plodu, která je v České republice stanovena na 22. dokončený týden těhotenství a pokračuje v průběhu porodu, dále obdobím šestinedělí až do sedmého dne po narození dítěte (Velebil, 2014, ÚZIS, 2016).

Porodní asistentka: je osoba, která řádně dokončila vzdělávací program pro porodní asistentky, je registrovaná, odpovědný odborný pracovník, který ženám poskytuje péči a rady v průběhu těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Porodní asistentka vede porod a následně poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Její úloha je péče o ženy na úseku gynekologie, vzdělávání žen, poradenství, preventivní péče a práce v rámci rodin a komunit. Pracuje v nemocnicích, na klinikách, v domácím prostředí nebo ve zdravotnických střediscích. (zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče).

Živě narozené dítě: za živě narozené dítě, se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matky, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje nejméně jednu ze známek života, kterou je srdeční činnost, pulsace pupečníku nebo pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl přerušen pupečník nebo připojena placenta (ÚZIS, Rodička a novorozenec, 2013/2015, str. 10).

Mrtvě narozené dítě: za mrtvě narozené dítě považujeme plod, který neprojevuje ani jednu známku života a má porodní hmotnost 500 gramů a vyšší, nelze-li porodní hmotnost určit, vycházíme z hranice dokončeného 22. týdne těhotenství nebo délky plodu od temene k patě, kde je určena délka 25 cm (ÚZIS, Narození a zemřelí do 1 roku, 2014/2015, str. 6-7).

Perinatální úmrtnost: je důležitým ukazatelem péče o těhotné, stavu jejich výživy a zdraví, který odráží kvalitu dostupné porodnické a neonatologické péče (WHO, 2006). Perinatální mortalitu zjistíme součtem mrtvě narozených dětí a dětí zemřelých do 7 dnů života, připadajících na 1 000 všech narozených dětí v daném roce, udává se v promile a dělí se na dvě části, mrtvorozenost a časnou novorozeneckou úmrtnost (ÚZIS ČR, 2016, Ratislavová, 2016).

Mrtvorozenost: vyjadřuje počet mrtvě narozených dětí připadající na 1 000 všech narozených dětí, rozených živě i mrtvě v daném roce. (Ratislavová, 2016, ÚZIS ČR, 2016).

Časně novorozenecké úmrtí: je definováno jako úmrtí živě narozeného novorozence v období do 7. dne života a je počtem živě narozených dětí, zemřelých v tomto období na 1 000 živě narozených dětí (Ratislavová, 2016, ÚZIS ČR, 2016).

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

Teoretická část bakalářské práce byla zpracována na základě odborné literatury a vědeckých publikací. Účelem této práce bylo zjistit, jakým způsobem pečují porodní asistentky o ženu s perinatální ztrátou, úroveň a kvalitu péče ve vybraných českých porodnicích a možnosti rozloučení se s dítětem, které mají matky po porodu mrtvého plodu. Výzkumná část byla provedena pomocí kvalitativního šetření v podobě polostrukturovaných rozhovorů dle stanovených cílů bakalářské práce s porodními asistentkami ve vybraných českých porodnicích. Výzkum byl započat po písemném povolení výzkumu k bakalářské práci vedoucími pracovníky vybraných zařízení (k nahlédnutí u autora práce) a následném schválení výzkumu na odděleních porodních sálů vrchními sestrami. PA byly vybrány náhodně a rozhovory byly vedeny s jejich ústním souhlasem. Všechny oslovené PA byly předem informovány o tématu a výzkumném cíli bakalářské práce. Výzkum byl ukončen v okamžiku, kdy se jednotlivé odpovědi respondentek již opakovaly (Čeněk et al., 2016). Polostrukturovaný rozhovor byl sestaven na základě stanovení výzkumného problému, cílů výzkumu, prostudované odborné literatury a vědeckých studií.

Rozhovory s porodními asistentkami byly zaznamenávány pomocí audiozáznamu a respondentky byly seznámeny s tím, že data budou použita pouze pro potřeby bakalářské práce a výzkum je anonymní. Rozhovor (Příloha 1) byl složen do dvou částí a byl rozdělen do několika témat. První část obsahovala identifikační otázky týkající se věku, vzdělání, délky praxe a přibližného počtu žen s perinatální ztrátou, o které PA pečovaly. Druhá část rozhovoru byla zaměřena na získání informací o péči porodních asistentek o ženu s mrtvým plodem, možnosti rozloučení se ženou/rodičů s dítětem a vlastní postoj PA k tématu perinatální ztráty. Rozhovor (Příloha 1) zahrnoval 16 otázek. Některé otázky byly doplněny podotázkami k získání doplňujících údajů. Otázky byly formulovány tak, aby PA měly možnost rozhovor dále rozvíjet. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon, všechny porodní asistentky s nahráváním souhlasily.

Následně byly záznamy rozhovorů podrobně přepsány na PC. Porodní asistentky byly označeny a očíslovány respondentka R1 – R9, vybraná zdravotnická zařízení A – F (Tabulka 1). Přepsané a označené rozhovory byly vytištěny, pečlivě prostudovány a analyzovány. Analýza získaných dat byla provedena metodou otevřeného kódování

neboli metodou tužka papír (Kutnohorská, 2012). Získaná data byla následně kategorizována. Byly vytvořeny tři hlavní kategorie, které jsou dále rozděleny na podkategorie. U každé podkategorie jsou uvedeny odpovědi respondentek doplněné vybranými přímými citacemi. Pro přehlednost byla ze získaných dat vytvořena tabulka s identifikačními údaji respondentek a ke každé kategorii a podkategorii bylo vytvořeno přehledné schéma odpovědí.

Praktická část práce je doplněna informační brožurou (volně vložená příloha ve vytištěné formě) pro porodní asistentky pečující o ženu s nitroděložním úmrtím plodu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo devět porodních asistentek (viz. Tabulka 1) pracujících na porodních sálech, které mají zkušenosti s péčí o ženu s mrtvým plodem. Všech devět oslovených respondentek souhlasilo s rozhovorem a následným využitím informací v praktické části bakalářské práce. Tři respondentky (R1, R4, R5) mají vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., čtyři (R2, R6, R7, R9) vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr., jedna (R3) vyšší odbornou školu s titulem Dis. a jedna respondentka (R8) má středoškolské vzdělání, dvouleté pomaturitní nástavbové studium a roční specializaci Péče o ženu v patologických stavech v gynekologii a porodnictví. Průměrná praxe respondentek ve výzkumném souboru v oboru gynekologie-porodnictví je 14 let. Výzkumné šetření probíhalo během února a března 2018 v šesti zdravotnických zařízeních. Zdravotnická zařízení byla označena zkratkami a odlišením počtu porodů (viz. Tabulka 1): A: krajská nemocnice – 2500 porodů, B: okresní nemocnice – 800 porodů, C: okresní nemocnice – 980 porodů, D: okresní nemocnice – 600 porodů, E: fakultní nemocnice – 3200 porodů, F: okresní nemocnice – 600 porodů. Uvedené údaje jsou za rok 2017.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje respondentek

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek (R1 – R9)

Respondentka	Věk	Vzdělání	Praxe	Péče o ženu s mrtvým plodem	Zařízení
R1	29	VŠ	7	10x	A
R2	49	VŠ	29	10x	B
R3	38	VOŠ	9	3x	C
R4	35	VŠ	11	4x	C
R5	44	VŠ	25	6x	D
R6	29	VŠ	7	13x	E
R7	36	VŠ	13	15x	E
R8	54	VOŠ	20	10x	F
R9	29	VŠ	5	4x	F

Zdroj: Vlastní

R1 je 29 let, má vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., praxi v oboru má sedm let, pečovala o ženu s mrtvým plodem více než 10x, pracuje na porodním sále v zařízení A.

R2 je 49 let, má vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr., praxi v oboru má dvacet devět let, o ženu s mrtvým plodem pečovala přibližně 10x, pracuje na porodním sále v zařízení B.

R3 je 38 let, má vyšší odborné vzdělání s titulem Dis., praxi v oboru má devět let, o ženu s mrtvým plodem pečovala 3x, pracuje na porodním sále v zařízení C.

R4 je 35 let, má vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., praxi v oboru má jedenáct let, o ženu s mrtvým plodem pečovala přibližně 4x, pracuje na porodním sále v zařízení C.

R5 je 44 let, má vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., praxi v oboru má dvacet pět let, o ženu s mrtvým plodem pečovala 6x, pracuje na porodním sále v zařízení D.

R6 je 29 let, má vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr., praxi v oboru má sedm let, o ženu s mrtvým plodem pečovala nejméně 13x, pracuje na porodním sále v zařízení E.

R7 je 36 let, má vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr., praxi v oboru má třináct let, o ženu s mrtvým plodem pečovala přibližně 15x, pracuje na porodním sále v zařízení E.

R8 je 54 let, má pomaturitní dvouletou návstavbu a roční specializační kurz, praxi v oboru má dvacet let, o ženu s mrtvým plodem pečovala nejméně 10x, pracuje na porodním sále v zařízení F.

R9 je 29 let, má vysokoškolské studium s titulem Mgr., praxi v oboru má pět let, o ženu s mrtvým plodem pečovala 4x, pracuje na porodním sále v zařízení F.

4.2 Vyhodnocení rozhovorů s PA

Tabulka 2 Kategorie a jejich podkategorie

Kategorie	Podkategorie
1. Péče PA o ženu s mrtvým plodem	Sdělení diagnózy Příjem rodičky Péče PA v I., II., III., IV. době porodní Edukace před propuštěním Důležité aspekty péče z pohledu PA
2. Rozloučení se s dítětem	Péče o dítě Možnosti rozloučení se s dítětem, rituály Vzpomínkový materiál

Zdroj: Vlastní

Na základě analýzy dat byly vytvořeny 2 hlavní kategorie a podkategorie (Tabulka 2). První kategorie Péče PA o ženu s mrtvým plodem obsahuje pět podkategorií: Sdělení diagnózy, Příjem rodičky, Péče PA v I., II., III., IV. době porodní, Edukace před propuštěním, Důležité aspekty péče z pohledu PA. Druhá kategorie Rozloučení se s dítětem, obsahuje tři podkategorie: Péče o dítě, Možnosti rozloučení se s dítětem, rituály, Vzpomínkový materiál. Výsledky analýzy rozhovorů byly popsány v jednotlivých podkategoriích. Analýzu doplňují přímé citace respondentek.

Kategorie 1: Péče PA o ženu s mrtvým plodem

První kategorie byla rozdělena na pět podkategorií (Tabulka 2). Čtyři podkategorie jsou zaměřeny na péči porodní asistentky o ženu s mrtvým plodem a jedna na osobní přístup PA k problematice péče o ženu s mrtvým plodem. Kategorie popisuje, jak porodní asistentky pečují o ženu v období sdělení diagnózy, jakým způsobem probíhá příjem rodičky na oddělení, jak je zajištěno soukromí ženy, dále péče PA o rodičku v I., II., III. a IV. době porodní a jak je žena edukována porodními asistentkami před propuštěním do domácího prostředí. V závěrečné podkategorii jsou popsány důležité aspekty péče z pohledu PA, jak se PA během praxe odborně připravovaly na péči o ženu s perinatální ztrátou a co by respondentky rády změnily ve svém přístupu při péči o rodičku s mrtvým plodem.

Podkategorie: Sdělení diagnózy

Podkategorie popisuje, jak pečují PA o ženu se známkami nitroděložního úmrtí plodu v období příchodu ženy do zdravotnického zařízení, jakým způsobem je diagnostikováno úmrtí plodu, jak probíhá následné sdělení diagnózy a péče porodních asistentek o ženu před přijetím k hospitalizaci.

Všechny respondentky R1 – R9 se v případě, kdy žena přichází s pocitem, že necítí pohyby plodu, shodly na přednostním přijetí pacientky. Respondentka R5 uvádí: *„Situace je různá. Žena buď přichází z ambulance od svého spádového gynekologa a je seznámena se situací, anebo je úmrtí plodu diagnostikováno zde na ambulanci, ale vždy, když přichází s pocitem, že necítí pohyby, přijímáme ji, pokud možno přednostně, abychom zjistili, zda jde o mrtvý plod nebo o planý poplach.“* U dalších respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R9) se odpověď shodovala s respondentkou R8: *„Jestliže přichází s tím, že necítí pohyby, je vyšetřena přednostně, aby nečekala.“* Při položení otázky, jakým způsobem je diagnostikováno úmrtí plodu, odpověděly respondentky R1, R2: *„Pokud nezachytíme ozvy na CTG, je ženě provedeno USG vyšetření.“* R4, R5, R6 a R7 nám při rozhovoru sdělily, že je u žen primárně provedeno USG vyšetření lékařem ihned po příchodu na ambulanci. R8 a R9 uvádí, že je ženě provedeno USG na oddělení. Všechny respondentky (R1 - R9) uvedly, že je diagnóza sdělena ženě lékařem. Respondentky R1 a R2 řekly, že pokud je lékař mladší, volá staršího sloužícího lékaře, aby diagnózu potvrdil. Dvě respondentky (R6, R7) uvedly nutnost potvrzení diagnózy

dvěma lékaři. R6: *„Informaci sděluje šetrně lékař a je vždy přítomen jiný lékař, aby tam byli minimálně dvě osoby, které vidí na USG, že tam není srdeční akce.“*

Respondentkám byla položena otázka, jakým způsobem je diagnóza ženě sdělena. Respondentky R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9, uvedly, že je zpráva sdělena citlivě a s empatií. R7: *„Diagnóza je sdělena laicky, že miminku netluče srdíčko.“* R1 uvedla, jakou formou věty je diagnóza sdělena: *„Je mi líto, ale musím Vám oznámit, že vaše dítě nežije.“* Z analýzy vyplynulo, zda je během vyšetření a sdělení diagnózy přítomna PA. Šest respondentek (R1, R2, R3, R4, R8, R9) udalo, že je u sdělení diagnózy porodní asistentka vždy přítomna. Dvě respondentky (R6, R7) řekly, že je u sdělení lékař s PA, nebo dva lékaři. Jedna z dotazovaných (R5) řekla: *„Při vyšetření je se ženou jenom lékař, podle možností i PA, je to případ od případu, protože u nás slouží jen jedna PA na porodním sále. Pokud pečuje o další rodičky, zprávu sděluje jen lékař. Pokud žena žádá přítomnost PA, její přítomnost je možná.“* Všechny dotazované respondentky (R1 - R9) uvedly, že pokud ženy nemají s sebou doprovod, zůstává PA v jejich přítomnosti do příchodu blízké osoby. Žena je přijata ihned k hospitalizaci (R1 – R9).

Podkategorie: Příjem

V následující podkategorii respondentky (R1 – R9) popisují příjem ženy na oddělení. Byly položeny otázky, na jaké oddělení je žena přijata, která PA o ženu pečuje, jak je chráněno soukromí ženy během hospitalizace, zda má žena možnost mít u sebe během hospitalizace partnera nebo blízkou osobu a jak příjem probíhá.

Pět respondentek (R5, R6, R7, R8, R9) uvedlo, že je žena přijata na porodní sál, kde je proveden příjem a rodička zde zůstává v průběhu celého porodu. Tři respondentky (R1, R2, R4) řekly, že je žena přijata na porodní sál nebo na gynekologické oddělení v závislosti na porodnickém nálezu, zda porodí spontánně nebo císařským řezem a na obsazenosti oddělení porodních sálů. R2: *„Paní je přijata dle stavu oddělení na porodní sál nebo na gynekologické oddělení. Také to záleží na porodnickém nálezu, a zda porodí spontánně nebo císařským řezem.“* Naproti tomu R3 uvedla: *„Pokud je volno na porodním sále a není tam jiná rodička, příjem je proveden na porodním sále, jinak ho sepisujeme na ambulanci. Po sepsání příjmu, pokud tam není nějaká progresse nálezu, tak se ženu nesnažíme držet na oddělení porodních sálů, ale jsou přeloženy na*

gynekologické oddělení. Když se dá porod do běhu a je tam nějaký nález, tak se žena vrací zpět na porodní sál.“

Všechny respondentky (R1 – R9) uvedly, že o ženu pečuje jedna PA a jeden lékař. Jedna z dotazovaných (R6) řekla: *„Snažíme se omezit množství personálu, který o ženu pečuje, což důsledně dodržujeme. Za paní chodí jedna PA, a pokud to jde, jeden lékař. Většinou tam nechodí studentky a studenti medicíny.“* Respondentkám byla položena doplňující otázka, jakou formou, je na oddělení poskytována péče o ženu s mrtvým plodem. Z odpovědí pěti respondentek (R1, R3, R4, R5, R8) vyplynulo, že o rodičku pečuje porodní asistentka, která ten den slouží na sále. R1 řekla: *„Krizový tým nemáme. Když jsem nastoupila na porodní sál, bylo tam více starších, zkušenějších PA, vždy nám říkaly, abychom tam nechodily, že nemáme tolik odrozeno, že tam půjdou. Snažily se nás chránit, abychom si nedělali těžkou hlavu. Ale teď převažují na sále mladé PA, tak se tomu nevyhneme. O ženu se stará ta, která přijde do služby.“* Čtyři respondentky (R2, R6, R7, R9) uvedly, že o ženu pečuje zkušenější PA. R6: *„O ženu pečuje jedna ze starších porodních asistentek, které mají více zkušeností, protože je žádoucí, aby žena měla opravdu kvalitní péči a aby porod nestagnoval a paní nebyla třeba čtyři hodiny na stejném nálezu, aby porod běžel.“* R7: *„Ne všechny kolegyně prošly kurzem Péče o ženu po perinatální ztrátě, tak se vybírá ta, která tímto kurzem prošla, jestliže je přítomna. Nebo je to PA, která se na to cítí, ne všechny jsou s tím v pohodě, třeba kolegyně, které se snaží otěhotnět, ty tam třeba nechodí.“*

Z analýzy dat vyplynulo, že o zajištění soukromí ženy, se snaží všechny dotázané respondentky (R1 – R9). Sedmi respondentkami (R1, R3, R5, R6, R7, R8, R9) je žena s ohledem na zajištění soukromí uložena na samostatný porodní pokoj, pokud možno uložený, co nejdále na oddělení. R1: *„Máme alternativní porodní box, kam ženu uložíme, je tam největší klid. Tento box je nejdále od sesterny. Je to z důvodu velké frekvence lidí okolo sesterny, kde mluvu nelze vždy ztišit, podává se zde hlášení, lidé se občas zasmějí. Na nejvzdálenějším porodním boxu je také nejmenší pravděpodobnost, že žena uslyší plačícího novorozence.“* Tři respondentky (R3, R4, R8) se ale zmínily, že i přes snahu nelze úplně eliminovat kontakt ženy s ostatními rodičkami či pláčem novorozenců. R8 řekla: *„Bohužel se i přes snahu potýkáme s problémy asi jako všude. Naposledy se nám stalo, že jsme rodili na vedlejší porodní sále, a i když jsou stěny poměrně dobře izolované, pláč narozeného miminka je někdy slyšet. Tomu bohužel nelze zabránit.“* R4: *„Snažíme se zamezit kontaktu jak s rodičimi ženami, tak*

i s šestinedělkami, bohužel tomu někdy nejde zamezit, ale jakékoliv kontakty, pokud k nim dojde, se snažíme minimalizovat.“ Respondentky R2 a R4 nám sdělily, že jsou rodičky s mrtvým plodem po přijetí přeloženy na gynekologické oddělení. R2: *„Paní je uložena na samostatný porodní pokoj nebo na nadstandartní pokoj na gynekologickém oddělení, tam má více soukromí.“* R4: *„Máme tady na gynekologickém oddělení takzvaný otcovský pokoj, pro tatínky, kteří přicházejí s maminkami k porodu z velké dálky, aby se nemuseli vracet domů. Pro ženy s mrtvým plodem tento pokoj využíváme právě proto, že je na oddělení, co nejdále a mají možnost většího soukromí.“*

Na otázku, jakým způsobem si mezi sebou porodní asistentky předávají informace o přítomnosti ženy s mrtvým plodem na oddělení, zda je označena dokumentace rodičky a jak je označen pokoj, na kterém se žena nachází. R6 uvedla: *„Pokud je diagnostikováno úmrtí plodu na ambulanci, tak nám volají. Jsme na to tedy připraveni.“* Všechny dotázané respondentky (R1 - R9) řekly, že si informace o přítomnosti ženy s mrtvým plodem předávají ústně. Na dotaz, zda je označen pokoj, na kterém se rodička nachází a pokud ano, jak je označen, odpověděly respondentky R1, R2, R3, R4, R6, R7, stejně jako R5: *„Na dokumentaci ani na pokoj žádné znamení nedáváme.“* Dvě z PA (R8, R9) uvedly, že dokumentaci mají označenou nálepkou. R9: *„Na dokumentaci dáváme nálepku, značící, že je zde žena s mrtvým plodem, jinak si informace podáváme ústně.“* R6 dodává: *„Žena je zapsána na informační tabuli, kde jsou zapsány všechny ženy přítomné na porodním sále. Je tam zapsána diagnóza, která je červeně zvýrazněná, aby byla dobře viditelná. Je to zapsané a zvýrazněné i v dokumentaci na každém listě. Vždy si to také předáváme slovně mezi službami.“* Znamení o přítomnosti rodičky s mrtvým plodem na pokoji vybrané respondentky (R1-R9) v praxi nepoužívají.

Z analýzy dat výzkumu, zda má žena možnost využít během hospitalizace přítomnosti blízké osoby a pokud ano, jestli ji ženy využívají vyplynulo, že dle R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 je možné, aby během porodu byly i dvě blízké osoby a během celé hospitalizace, pokud si to žena přeje, může doprovázet jeden blízký, většinou to bývá partner. R4 řekla: *„Samozřejmě může mít u sebe, koho chce. Přes den je možné, aby u rodičky bylo i více osob, maminka, sestra, partner... Můžou se u ženy střídat. Stane se i, že partner k samotnému porodu nechce, protože by ho neunesl, tak je tam se ženou třeba maminka nebo sestra. Na porodním sále je nutné zachovávat hygienická pravidla, tam jsou s ní maximálně dvě osoby.“* R2 odpověděla stejně jako R4, a dodala:

„V posledním případě ženy s diagnózou mrtvého plodu jsem na rodině musela ocenit to, že jich tu bylo hodně a drželi pohromadě, až jsem měla pocit, že si žena nemá možnost po porodu odpočinout, ale v žádném případě, bych jim do toho nechtěla zasahovat. Měla okolo sebe spoustu svých nejbližších.“ R6 má jiné zkušenosti: *„Doprovod zde může zůstat po celou dobu hospitalizace, i kdyby zde žena ležela čtyři dny. Jsou ale ženy, které řeknou, že tam nikoho nechtějí a že to zvládnou samy. Jiné zas potřebují pozornost celé rodiny a svým způsobem jim dělá dobře, když jsou opečovávané celou rodinou a mohou se někomu vyplakat na rameni.“* R3, R4, R5 uvedly, že na porodní sál je doprovod blízké osoby možný, ale na oddělení gynekologie není standardní, PA se snaží vždy najít možnost, jak pobyt blízké osoby po dobu hospitalizace ženy zajistit.

Všechny respondentky (R1 - R9) dále uvedly, že je žena po příchodu na oddělení přijata lékařem, který po zhodnocení anamnézy a porodnického nálezu rozhoduje o dalším postupu, pokud žena přichází z ambulance, PA se ženou sepíše dokumentaci, podrobnou anamnézu a provede nezbytné odběry biologického materiálu. Dvě respondentky (R1, R6) se vyjádřily, že se snaží příjem ženám co nejvíce usnadnit. R1: *„PA se ženou sepíše dokumentaci, podrobnou anamnézu, což trvá tak dvacet minut. Myslím si, že je to trochu zkrácená verze, že se člověk neptá na úplné detaily.“* R6 popsala: *„Pro mě je to osobně velmi nepříjemné, že se ženy musím vyptávat na spoustu věcí z anamnézy a na průběh těhotenství, protože ta maminka v tu chvíli má úplně jiné starosti, kdy jí to vůbec nezajímá. Zároveň pro mě jako pro zdravotníka jsou to strašně důležité informace, takže je dobře, pokud sebou přinese dostatek lékařských zpráv, ze kterých velkou část můžu sama vyčíst, a tím pádem se tolik nemusím ptát jí, protože chápu, že ona mi nechce v tu chvíli na to odpovídat, nechce na to myslet ani vzpomínat. K tomu musím provést spoustu krevních náběrů, takže i to je pro ženu velmi nepříjemné a pro obě strany je to těžké.“* Ostatní respondentky (R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9) se k délce příjmu nevyjádřily.

Podkategorie: Péče v I., II., III., IV. době porodní

Podkategorie popisuje péči PA o ženu s mrtvým plodem během porodu. Položenými otázkami bylo zjištěno, jak pečují porodní asistentky o ženu z medicínské stránky, jakým způsobem je tlumena bolest rodičky. Přístup PA k ženě, způsob komunikace, jak a kdy je žena/rodiče PA informována o možnosti rozloučení se s dítětem. Dále PA

popisují, zda má žena možnost využít pomoc psychologa a kam je žena přeložena po porodu.

Na prvním místě všechny dotázané respondentky R1-R9 uvedly, že po medicínské stránce je péče PA o ženu s mrtvým plodem stejná jako u normálního porodu. R1-R9 nám řekly, že PA seznámí rodičku s průběhem porodu, měří ženě pravidelně fyziologické funkce, sleduje progresi nálezů, kontroluje krvácení, tlumí bolest dle ordinace lékaře a zajišťuje uspokojení potřeb rodičky. R5: *„Když to shrnu, PA se stará o ženu z medicínské stránky stejně jako o ženu při normálním porodu.“* R3: *„PA pracuje podle standardu péče o ženu s nitroděložním úmrtím plodu, který máme vytvořený.“* Druhou dobu porodní shrnuly R1 a R9: *„Ve druhé době porodní ženu povzbuzuji, že je šikovná a statečná.“* R1: *„Paní poučím, že jí budu vše říkat, aby se nebála. Porod vede většinou lékař.“* Po porodu všechny respondentky (R1 – R9) kontrolují ženě FF, krvácení, zavínování dělohy a sledují psychický stav rodičky.

Z analýzy dat výzkumu, jakým způsobem je tlumena bolest rodičky a jak PA pečují v průběhu porodu o bolest rodičky vyplynulo, že sedm respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8) uvedlo jako první volbu tišení bolesti u ženy s mrtvým plodem epidurální analgezií. Pouze dvě respondentky (R2, R9) se o epidurální analgezií nezmínily. R8 uvedla, že sice epidurální analgezií nabízí, ale ne jako metodu první volby, protože zařízení má omezené množství anesteziologů. Všechny respondentky (R1 – R9) uvedly, že ženy mají také možnost využít různé druhy analgetik a opiátů. R6: *„Ženě je nabídnuto více možností analgezie, včetně silnějších opiátů. Podávají se také léky dle ordinace lékaře na utlumení psychiky, které se udržují na určité hladině, aby to prožití bylo jako by v mlze a třeba aby si na to později nepamatovaly.“* Na dotaz, zda ji ženy využívají, se odpovědi některých respondentek lišily. Čtyři respondentky (R5, R6 R7, R9) se vyjádřily, že se setkaly i se ženami, které při porodu mrtvého plodu bolest tlumit nechtěly. Čtyřem respondentkám (R1, R2, R4, R8) se nestalo, aby ženy nevyužily tlumení bolesti analgetiky. R4 uvedla: *„Nestalo se mi, aby žena analgetika nevyužila. I alternativní maminky dávaly přednost v tomto případě bezbolestnému porodu.“* Jedna PA (R3) se k využití analgezie nevyjádřila. Všechny respondentky (R1 – R9) se vyjádřily, že PA aktivně nabízejí ženám možnost využití nefarmakologických metod, jako je hydroterapie, aromaterapie a masáže, kterých často využívají.

Bylo zjištěno, že většina respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R8, R9) ke každé ženě s mrtvým plodem přistupuje individuálně. R4: *„Záleží na tom, jak to má žena v sobě nastavené. Jsou rodičky, které se uzavrou v sobě a nechtějí komunikovat a jiná zase naopak komunikaci vyžaduje a potřebuje, takže se snažíme přistupovat vysoce individuálně.“* Respondentka R3 uvedla, že se snaží si na ženu udělat dostatek času. R5 má zkušenosti, že vše záleží na situaci. *„Snažím se s rodičkou navázat komunikaci, ale z mé zkušenosti to opravdu závisí na situaci, například, když žena přijde již s diagnózou, prošla okamžikem šoku, začíná komunikovat a ptát se, proč se to stalo, ale pak jsou rodičky, které se to dozví až na sále, prochází obdobím šoku ve fázi porodu, ty se upnou buď ke svému partnerovi nebo k mamince.“* Všechny respondentky (R1 – R9) se shodly, že se snaží ženu vyslechnout a být jí oporou. R5 se vyjádřila, že se ženou komunikuje, snaží se vyjít jí vstříc, ale respektuje i potřebu rodičky mlčet a snaží se ponechat ženě dostatek soukromí. R9 je názoru, že *„Pro dobrou komunikaci je velice důležité, aby si PA se ženou sedly“*. Žádná z respondentek (R1 – R9) v rozhovoru nezminila neverbální komunikaci.

R1, R2, R4, R5, R6, R7, R9 uvedly, že ženě/rodičům informace o možnosti rozloučení se s dítětem podává lékař i PA. R3 a R8 uvedly pouze porodní asistentku. Informace podávají respondentky (R1, R3, R4, R6, R7, R8, R9) v průběhu první doby porodní. R2 a R5 podávají informace během první doby porodní nebo po porodu. R8 řekla, že informace ženě podává opakovaně. Jedna z respondentek (R1) si myslí, že je důležité podat ženě/rodičům informace v průběhu první doby porodní. R1: *„Abychom nepromarnili čas, kdy u nás ještě paní leží po porodu a může tam v klidu ty dvě hodiny s děťátkem být. Měla by včas vědět, že miminko může vidět.“* Informace většina PA (R2, R3, R4, R5, R6, R7) sděluje pouze ústně, jen tři respondentky (R1, R8, R9) uvedly, že je ženám předávají i písemně. Z analýzy dat vyplynulo, že všechny respondentky (R1 – R9) uvedly rozloučení se rodičů s dítětem jako důležitý krok k ukončení nějaké cesty a mělo by proběhnout. Domnívají se (R1 – R9), že pokud se rodiče s dítětem nerozloučí, později toho litují, že ho neviděli, nepohladili. R3 si myslí, že hodně záleží na PA, která ženu ošetřuje, jak jí možnosti rozloučení podá. Podle R4 by měl být nějak dopředu nastavený systém. R4: *„Rodiče by měli dostávat vzpomínkové předměty, měli bychom podporovat více bonding a rodiče by měli mít možnost si miminko třeba vykoupat. Je důležité, pokud dítě nechtějí fotit, jim nějaké snímky udělat a uchovat pro případ, že by si to později rozmysleli a vrátili se pro ně.“* R8 se domnívá, že pokud se

můžeme rozloučit s dospělým člověkem, je to jiné, než když tuto možnost nemáme, a děti se to týká ještě víc. R9 je názoru, že pokud je dítě již delší dobu mrtvé, mohlo by být rozloučení se rodičů s dítětem traumatické: *„Nevím, zda je to v případě, kdy dítě nevypadá dobře pro ženu lepší nebo horší, když ho vidí. Zdá se mi, že je v tomto případě lepší, když si památku na dítě uchovají jen v podobě otisku nožiček, nebo fotografií.“* Pro R6 je rozloučení důležité také proto, aby rodiče viděli, že dítě nemá žádné životní projevy a později si neřekli (R6): *„Co když nám ho odnesli a ono žilo. Aby jim to v hlavě později nevrátilo.“* R1 rozloučení se rodičům vždy doporučuje, ale uvědomuje si, že ne pro všechny rodiče je to vhodné. R1: *„Snažím se jim ale vysvětlit, že pro jejich další život a vstřebávání skutečností, že jejich děťátko odešlo, je určitě lepší, se rozloučit.“* Jako manipulace s lidmi se jeví nabízení možností R5: *„Pokud sami lidé nepřijdou s jinými vlastními přáními, nechci jim nabízet jiné možnosti, brala bych to jako manipulaci.“*

Z analýzy dat výzkumu, zda má žena možnost během hospitalizace využít psychologického poradenství vyplynulo, že osm respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9) uvedlo možnost žen využít odborné pomoci psychologa nebo psychiatra. R5 uvedla, že psychiatr slouží v nemocnici jen ambulantně, jeho služby lze využít jen omezeně. R1 řekla, že se na pracovišti nenachází žádný krizový intervent, který by mohl ihned pomoci, ale ženám je pomoc psychologa nabízena po přeložení na gynekologické oddělení. Bylo zjištěno, že na pracovišti u dvou respondentek (R6, R7) je klinický psycholog předem informován o přijetí ženy s mrtvým plodem na oddělení. R6: *„Vždy se k ženě s mrtvým plodem volá psycholog, který je u nás k dispozici, voláme ho v okamžiku, kdy k nám žena přichází, aby o ní věděl a byl připravený. V nutném případě můžeme volat i psychiatra.“* R3 uvedla, že psycholog nechodí automaticky, ale je ženě po přijetí jeho pomoc nabídnuta. R5 informuje ženy, že mají možnost navštívit psychologa po propuštění do domácího prostředí. Jelikož se R4 nesetkala se situací, kdy by žena s mrtvým plodem pomoc psychologa potřebovala, nebo vyžadovala, sama pomoc psychologa aktivně nenabízí. Ženy psychologické pomoci ne vždy využijí. Pět respondentek (R1, R3, R4, R5, R9) má zkušenosti, že žena využije odbornou pomoc později, až po ukončení hospitalizace. R5 je názoru: *„V průběhu první doby porodní ještě žádná žena neprojevila potřebu zavolat odbornou psychologickou pomoc, je to to poslední, na co ženy myslí.“* Jedna respondentka (R6) dodala, že přistupuje ke každé ženě individuálně, dle potřeb ženy, protože některá situaci snáší statečně, jiná se zhroutí

a je nutná intervence psychologa. Jak se vyjádřily všechny respondentky (R1 – R9), mají ženy možnost kontaktovat svého duchovního. R2, R3, R8 spirituální péči aktivně nabízí.

Bylo zjištěno, na jaké oddělení je žena po porodu přeložena. Všechny respondentky (R1-R9) shodně uvedly následné přeložení ženy na gynekologické oddělení. R3 řekla, že pokud žena nemá žádné problémy, je po fyziologickém porodu, dle aktuálního stavu a rozhodnutí lékaře odchází domů ambulantně. Bylo zjištěno (R1 – R9), že ženám není hospitalizace zbytečně prodlužována.

Podkategorie: Edukace ženy před propuštěním

Podkategorie edukace ženy před propuštěním uvádí, jaké informace podávají PA ženě před propuštěním do domácího prostředí.

Všechny respondentky (R1 – R9) uvedly, že je žena edukována o průběhu šestinedělí stejně jako po normálním porodu. Pouze jedna respondentka (R6) zmínila informování ženy o nutnosti zástavy laktace. Každá respondentka (R1 – R9) řekla, že ženě nabízí možnost kdykoliv zavolat, kdyby měla dotazy nebo potřebovala pomoc psychologa. Většina respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8) předává ženám kontakt na psychologa a centrum péče o maminky po perinatální ztrátě Modrou pomněnku nebo Prázdnou kolébku. Dvě respondentky (R1, R4) odpověděly, že neví, jak dál ženu edukují sestry na gynekologickém oddělení. R1 ale dodala: „Ženě by měl být předán kontakt na organizaci zabývající se perinatální ztrátou. Další kontrola by měla být provedena obvodním gynekologem, aby zjistil, jaký je její psychický stav.“

Podkategorie: Důležité aspekty péče z pohledu PA

Podkategorie popisuje, co je z pohledu porodní asistentky nejdůležitější při péči o ženu s nitroděložním úmrtím plodu, jak se PA během své praxe připravovaly na péči o ženu s mrtvým plodem a jak je na problematiku péče o ženu s touto diagnózou připravila škola. Dále podkategorie uvádí, co by jednotlivé dotázané PA rády změnily ve svém přístupu při péči o rodičku s diagnózou mrtvého plodu.

Z analýzy dat výzkumu, co je z pohledu každé respondentky nejdůležitější při péči o ženu s mrtvým plodem, vyplynulo, že dvě z dotazovaných (R4, R5) uvedly empatii a ponechat ženě dostatek času, který by měla mít na rozmyšlenou v otázce rozloučení se

s dítětem. O komunikaci a nabídnutí pomoci hovořily respondentky R3, R4. Pro R5 a R9 je důležitá péče o psychiku ženy a (R5) co nejrychlejší propuštění z hospitalizace do kruhu rodiny. Podstatné je vyhradit si pro ženu dostatek času a nenechat ji samotnou (R3). Žena by neměla mít pocit, že je v tom sama, „*aby věděla, že situaci nezavinila a neudělala žádnou chybu*“, odpověděla R8. R7 si myslí, že je důležité nebránit se vlastním emocím: „*Vyjádřit ženě soustrast a pokud ona pláče a vy máte potřebu také plakat, je potřeba ponechat své pocity proudit.*“ R7 je názoru, že je pro ženu dobré, když vidí, že s ní soucítí a dodává: „*Já nedokážu dělat kamennou tvář a nebráním se svým pocitům. Nechci odcházet z diskomfortní psychicky náročné situace, protože se mi chce plakat. Je to náročná situace pro rodiče i pro nás zdravotníky. Rodiče také pochopí, že když si dovolí plakat personál, tak na to mají nárok i oni a nemusí držet na uzdě svoje vlastní emoce. Není důvod, proč by nemohli plakat.*“ Pro další z dotazovaných respondentek (R2) je důležitý takt, umění ženě naslouchat a rozpoznat její přání. Pro R3 je podstatné: „*Neříkat to přebolí, to bude dobré. Nikdy to nepřebolí, maximálně to čas trochu utlumí nebo otupí. Možná by PA měla trochu alternovat psychologa.*“ R3 popisovala situaci, do které by se žena neměla dostat: „*PA by měly dávat pozor, aby se žena vyhnula oddělení šestinedělí. Stalo se nám to jednou, byla to napjatá situace, nakonec se problém vyřešil, ale viděli jsme na ženě, jak to velice těžce nesla. Aby se žena po porodu mrtvého plodu přeložila na oddělení šestinedělí, by se stát v dnešní době už nikde nemělo.*“ R1 je názoru, že mezi důležité aspekty péče patří umět volit vhodná slova, aby člověk situaci ještě nezhoršil, poskytnout ženě stručně informace, ne moc rozsáhlé, aby jimi žena nebyla zahlcena.

Téměř všechny respondentky (R1, R2, R3, R5, R6, R8, R9) uvedly, že nejvíce zkušeností na péči o ženu s perinatální ztrátou nabyly praxí. Pět respondentek odpovědělo (R1, R3, R5, R6, R8), že sebevzděláváním. Dvě PA (R1, R6) si zakoupily odborné knihy, R2 získala informace v rámci seminářů a neonatologických kongresů a jedna respondentka (R3) z letáčků. Zkušenosti PA získaly také od svých starších zkušenějších kolegyně (R1, R6). Pouze jedna respondentka (R7) absolvovala odborný kurz Péče o rodiče po perinatální ztrátě (Dlouhá cesta) Škola neposkytla dostatek informací k problematice péče o ženu s mrtvým plodem jedné respondentce (R6). Částečně se připravené ze školy cítí respondentky R1 a R7. R7 hodnotila situaci následovně: „*Za mého studia se ve škole již okrajově probírala možnost rozloučení se rodičů s dítětem, ale praxe mi dala více než teorie. Studentky v současné době slyší ve*

škole o možnosti rozloučení se určitě častěji, když se ale k případu mrtvého plodu dostanou, některé nezvládnou situaci a u plodů okolo pěti set gramů říkají, že ani otisk dělat nebudou. Jdu je potom udělat já, nic proti tomu nemám. Ne každý na to má. Ale je důležité, aby rodiče nějakou památku na miminko měli.“ Naopak tři respondentky R3, R9, R2 mají získané znalosti i ze školy, z nich respondentka R2, se vyjádřila, že jí škola dala dostatek znalostí, protože dostudovávala později, kdy se studenti ve škole již častěji zabývali tématem péče o rodiče s perinatální ztrátou.

Ve svém přístupu při péči o rodičku s diagnózou mrtvého plodu, by nechtěla změnit nic R5, ale pokud by se dozvěděla, že v některém případě postupovala špatně, snažila by se to změnit a dodala: „*Nikdo není dokonalý.*“ Další respondentka (R3) by u sebe nic neměnila, co by ráda změnila, je poskytnout rodičům více vzpomínkového materiálu, pro který by se mohli rodiče vrátit, hlavně pořizovat fotografie a uschovávat je. R4 projevila zájem se v tomto směru více vzdělávat: „*Například na kongresech, které navštěvujeme, je toto téma jen okrajově nebo opomíjené. Je potřeba, aby bylo více seminářů pro odbornou veřejnost.*“ R8 trápí, když se na sousedním porodním sále rodí a žena slyší narozené dítě, ráda by to změnila, kdyby to bylo v jejich možnostech. Chtěla by mít (R8) na ženu také více času, kterého jí z důvodu jiné práce pro ženu nezbývá mnoho: „*Mám pak pocit, že jsem u ní strávila málo času, méně, než potřebovala.*“ R9 je ženy vždy líto, má obavy, aby se před ní nerozplakala sama: „*Snažím se tomu samozřejmě zabránit, myslím si, že to má žena těžké a musí řešit sama svůj zármutek a ne, aby viděla plakat ještě někoho jiného. Nemyslím si, že žena chce vidět emoce někoho jiného a mohlo by ji to naštvat.*“ Prožívání ztráty děsí R6, vždy se ženou pláče, protože je to pro všechny těžká chvíle, ale ráda by se chtěla naučit nebrat si situaci tak osobně. R7 se vyjádřila, že je dnes schopná velmi rychle zmapovat situaci a ženě dát veškerou péči, kterou potřebuje. R7 by ale lépe ráda zvládala situaci při akutních stavech, kde není přítomen partner, který se dozvídá diagnózu v nepřítomnosti ženy, protože žena je po císařském řezu. R7: „*Ten akutní stav, kdy se jedná honem honem a není tam čas na péči o ženu, nebo o oba dva dohromady. Ten případ, kdy jde žena na akutní císařský řez, pak je umístěna na dospívací pokoj, muž přijíždí z domova a dítě je na neonatologii. Dát všechny tři dohromady, je vcelku těžké, téměř nemožné. Ale i tak se snažím pro rodiče vždy udělat maximum.*“

Kategorie 2: Rozloučení se s dítětem

Tato kategorie je rozdělena na tři podkategorie (Tabulka 2). V jednotlivé podkategorie popisují jednak péči o dítě po porodu, možnosti rozloučení se s dítětem, jaké mají rodiče po porodu, kde rozloučení v jednotlivých zařízeních A – F probíhá a kategorie popisuje, zda má žena možnost provést péči o dítě společně se zdravotníky nebo samostatně, zda porodní asistentky u porodu mrtvého plodu podporují bonding, kdo a kdy rodičům podává informace o možnosti pojmenování a pohřbení dítěte, a jaké vzpomínkové materiály PA rodičům poskytují.

Podkategorie: Péče o dítě

Podkategorie je zaměřena na péči o dítě po porodu. Popisuje, kde je ošetření dítěte po porodu provedeno, kdo ošetření provádí a jak probíhá. Položili jsme doplňující otázku, zda by měla žena/rodiče mohla/i, pokud by projevíli zájem, provést péči o dítě společně se zdravotníky nebo samostatně.

Tři respondentky (R1, R2, R5) uvedly, že na základní ošetření dítě odnáší do jiné místnosti, kde je poté ošetřeno. R6 a R7 se shodly, že je dítě po domluvě s rodiči ošetřeno na porodním sále, nebo v jiné místnosti. Čtyři PA (R3, R4, R8, R9) ošetřují dítě přímo na porodním sále, od rodičů ho neodnáší. Odpovědi na otázku, kdo ošetřuje dítě po porodu, se odpovědi některých respondentek lišily. R1 uvedla, že je dítě ošetřeno PA, není volán pediatr a dítě je ohledáno porodníkem. U R2 je dítě ošetřeno PA a neonatologickou sestrou, není volán pediatr. Tři respondentky (R3, R4, R6) řekly, že dítě ošetřuje neonatologická sestra, dítě je prohlédnuto neonatologem a následně je předáno PA. R7 odpověděla: „*K ohledání dítěte přichází pediatr a ošetří ho buď neonatologická sestra, nebo PA. Tady si necháváme prostor podle nastavení rodičů.*“ R5, R8, R9 uvedly, že dítě ošetří jen porodní asistentka a není volán pediatr. Další otázka se týkala toho, jak ošetření probíhá. Z odpovědí respondentek R1 – R9 vyplynulo, že PA nebo neonatologická sestra dítě po porodu osuší, změří a zváží. U dítěte je určeno pohlaví (R1 – R9). R7 dodala: „*Číslo neříkáme nahlas, ale někteří rodiče s tím nemají problém a chtějí vše vědět, píšeme jim míru, váhu, pohlaví, jméno a čas narození do upomínkové kartičky.*“ Po základním ošetření dítě oblečou a zabalí do peřinky respondentky R2, R6 a R7. R1, R5, R8, R9 dítě zabalí do peřinky, neoblékají, ale pokud by rodiče projevíli zájem, nemají s oblečením dítěte problém. Všechny respondentky (R1 – R9) nám sdělily, že je žena vždy předem upozorněna na vzhled

dítěte, protože nevypadá vždy jako fyziologický novorozenec. R7: „*Pokud je děťátko delší dobu mrtvé a došlo již ke zborcení klenby lebeční a k prosáknutí, je více zabaleno a rodiče jsou na tuto skutečnost dopředu upozorněni.*“ Z analýzy dat výzkumu, zda je možné, aby rodiče v případě jejich přání mohli provést péči o narozené dítě se zdravotníky, nebo samostatně vyplynulo, že sedm respondentek (R1 A, R2 B, R3 C, R4 C, R5 D, R7 E, R9 F) v tom nevidí problém. R5 (D) řekla, že v tom nevidí problém, ale že probíhá pouze označení dítěte, k jinému ošetření nedochází. R7 (E) je názoru, že ano, ale myslí si: „*Pokud by rodiče za mnou přišli s tím, že si miminko chtějí sami ošetřit a obléci, nemám s tím problém. Zatím jsem se s tím ale nesetkala. Myslím si, že kontakt s mrtvým tělem je o dost intenzivnější, než pohled. Bylo by to pro rodiče psychicky o dost náročnější pečovat o bezvládné tělíčko, je pro ně lepší, když je zpevněno v zavinovače.*“

Podkategorie: Možnosti rozloučení se s dítětem

Následující podkategorie popisuje možnosti rozloučení se s dítětem, které mají rodiče, kde rozloučení probíhá, zda by žena mohla, pokud by projevila zájem, provést péči o dítě společně se zdravotníky nebo samostatně a v jaké míře porodní asistentky u porodu mrtvého plodu podporují bonding.

Téměř všechny respondentky (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9) uvedly, že rozloučení se s dítětem probíhá na porodním sále. Jedna respondentka (R2) uvedla možnost rozloučení se s dítětem na porodním sále, případně na gynekologickém oddělení, pokud by žena byla přemístěna z kapacitních důvodů z porodního sálu dříve než za dvě hodiny. Dítě zůstává na oddělení pouze dvě hodiny (R1 – R9), pokud by rodiče projevili zájem být s dítětem delší dobu než dvě hodiny, R5 řekla, že by se interval dal na přání prodloužit, pokud by k tomu byla možnost, po přeložení ženy na gynekologické oddělení k rozloučení dojít nemůže z důvodu hygienických pravidel a vnitřního nařízení. Naopak R4 projevila zájem situaci řešit: „*Kdyby rozloučení trvalo delší dobu, mohli by si snad děťátko vzít na ten otcovský pokoj, to by se asi zařídit dalo. Vždy je to samozřejmě na konkrétní PA, která se o ženu stará, jakým způsobem, co a jak řeší.*“ R6 neví, zda by se doba kontaktu rodičů s dítětem dala prodloužit. Že dobu dvou hodin, po kterou mají rodiče možnost se se svým dítětem rozloučit, není možné prodloužit z epidemiologicko-hygienického hlediska, si myslí R2. R1 by se snažila v případě

okamžitého umístění ženy po porodu na jiné oddělení hledat řešení a improvizovat, aby se rodiče mohli s dítětem důstojně rozloučit.

Z analýzy dat výzkumu týkajícího se možností rodičů rozloučit se s dítětem, vyplynula jednoznačná odpověď R1 – R9, že rodiče mohou dítě vidět, pojmenovat, pochovat si ho, pohladit a vyfotit nebo si pořídit videozáznam. R7: *„Mají možnost se s děťátkem rozloučit, mohou s ním být sami.“* Rodiče mohou zavolat, pokud mají zájem, i další členy rodiny (R4, R6, R7, R8). Respondentkám byla podána doplňující otázka, zda v tomto případě podporují bonding. Respondentky R1, R3, R6, R7, R8 odpověděly, že ne. Jedna respondentka (R1) bonding nenabízí, protože si myslí, *„že by se na mě ostatní dívali skrz prsty.“* R6 o bondingu u mrtvého dítěte neslyšela, ani mu nebyla přítomna. O možnosti nepřemýšlela R6: *„Chápu, že by to mohla být určitá forma rozloučení se, ale že bych dala narozené mrtvé miminko paní na nahé tělo, si nedovedu představit, to bych tedy úplně nepodporovala.“* R7 si myslí, že na bonding nahého mrtvého novorozence nejsme v ČR zvyklí, ani připravení. Naopak R2, R4, R5 a R9 s bondingem nemají problém. R2 nevidí důvod, proč ho ženě nenabídnout, ale vždy záleží na situaci z důvodu macerace plodu. U R4 vše záleží na tom, jak se domluví se ženou, poslední mamince tu možnost nabídla, cíleně se ale neptá, zda dítě chce položit na břicho, problém s tím ale nemá. R9 bonding nabízí, ale nikdy se nesetkala s tím, že by ho žena chtěla: *„Pokud si žena chtěla pochovat dítě, tak zabalené.“* Některé z respondentek se podle svých dosavadních zkušeností vyjádřily k tomu, jak rodiče využívají možnosti rozloučení se s dítětem. R3: *„Stane se, že chce žena děťátko vidět, má ho u sebe a chová si ho, jiná dítě nechce vidět, nechce znát ani pohlaví.“* R8: *„Někdy jsou rodiče každý jiného názoru. Jeden chce dítě vidět, druhý na to nemá sílu.“* R1: *„Paní leží u nás po porodu a může tam v klidu ty dvě hodiny s děťátkem být. Většinou ale zájem nemají. Naopak jsem ale zažila, že paní měla dítě pomalu dvě hodiny na břicho.“* R6: *„Stává se nám, že zde miminko máme a rodiče o něj neprojeví zájem.“*

Z analýzy dat výzkumu jsme zjistili, že o možnosti pojmenování dítěte hovoří s rodiči všechny respondentky (R1 – R9) během první doby porodní. *„Když známe jméno děťátka, tak pokud o něm hovoříme, tímto jménem ho nazýváme“*, dodala R2. Informace o možnosti pohřbení dítěte, zákonné lhůtě devadesáti šesti hodin, kterou mají na rozhodnutí, zda chtějí dítě pohřbít, jsou rodičům podány ve většině případů až po porodu, uvedly respondentky R2, R3, R4, R5, R8, první dobu porodní a období po porodu využívají k podání informací R1, R6, R7 a R9. Informace podává sama porodní

asistentka (R1, R4, R8, R9), PA s lékařem (R3, R4), neonatolog (R6, R7) nebo přednosta oddělení a vrchní sestra (R2). Pět respondentek (R2, R6, R7, R8, R9) uvedlo, že jsou informace předány pouze ústně. R1, R3, R4, R5 předávají informace v ústní i písemné formě.

Podkategorie: Vzpomínkové materiály

Podkategorie popisuje, jaké vzpomínkové materiály PA rodičům poskytují.

Rodičům žádný vzpomínkový materiál neposkytují respondentky R1 a R2. Vzpomínkový list se zapsaným jménem dítěte, datem a časem narození, váhou, mírou a pohlavím předávají rodičům R3, R4, R6, R7. Sedm respondentek (R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9) vytvoří pro rodiče otisk nohy a ruky dítěte. R6: *„Nabízíme rodičům možnost otisknout nožičku a ruku. Oni si potom řeknou, co chtějí a nechtějí. Často rodiče neví, protože je to pro ně velký šok.“* Pokud si rodiče přejí uchovat kadeř děťátka, je jim předána nalepená na kartičce (R3, R6, R7, R9). R9 nabízí rodičům mimo jiné vypsany pásek s údaji dítěte, který se novorozencům dává po porodu na ruku. Pokud si rodiče přinesou vlastní oblečení pro dítě, je jim vráceno (R5, R6). Respondentky R8, R9 vytváří pro rodiče fotografie dítěte, které jsou uchovány společně s otisky dítěte na oddělení i v případě, že o ně rodiče během hospitalizace nejeví zájem. R8: *„Říkáme rodičům, že se pro vzpomínkový materiál mohou kdykoliv vrátit.“* Otisk nohy a ruky také uchovávají R3, R4.

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá pohledem porodní asistentky na perinatální ztrátu. V tomto případě, byla perinatální ztráta definována jako antenatální úmrtí plodu v období mezi 24. týdnem těhotenství a porodem. Tato práce měla dva cíle. Zjistit péči PA o ženu s perinatální ztrátou a možnosti rozloučení se s dítětem, které mají rodiče ve vybraných českých porodnicích.

První výzkumná otázka se zabývala tím, jak pečují PA s perinatální ztrátou o ženu s mrtvým plodem. Ženy přicházející na ambulanci zdravotnického zařízení jsou již seznámeny se situací od svého obvodního gynekologa, nebo je úmrtí plodu diagnostikováno na ambulanci příslušného zařízení. Dle Ratislavové (2014) je důležité, aby porodní asistentka věnovala ženám, které přicházejí s pochybnostmi o pohybech plodu, okamžitou pozornost a při nezachycení ozev plodu zajistila okamžité vyšetření lékařem, protože dlouhé čekání na vyšetření zvyšuje u žen pocity úzkosti a nejistoty. Výzkum ukázal, že všechny respondentky (R1 – R9) uvádějí přednostní přijetí pacientky. Ženy jsou vyšetřeny přednostně, aby nečekaly a bylo co nejdříve zjištěno, zda jde o mrtvý plod nebo planý poplach. Ženě je následně provedeno USG vyšetření lékařem na ambulanci nebo na příslušném oddělení.

Radestad et al. (2006) zjistili ve svém výzkumu, že nejhorší okamžik je pro ženy čekání při vyšetření a poukázali na fakt, že komunikace se ženou během vyšetření může ovlivnit počáteční šok a emocionální reakci na nepříznivou zprávu. Je žádoucí, aby byla PA vyšetření ženy přítomna a byla jí oporou (Ratislavová, 2015). Bylo zjišťováno, zda jsou respondentky (R1 – R9) po celou dobu vyšetření a při sdělení diagnózy přítomny a jsou ženě nablízku. Šest respondentek (R1, R2, R3, R4, R8, R9) vyjádřilo, že PA je vždy přítomna. Všechny respondentky (R1 – R9) hovořily o jemném a citlivém přístupu k ženě. Toto zjištění poukazuje na to, že si většina z dotázaných respondentek (R1, R2, R3, R4, R8, R9), uvědomuje nutnost setrvat v blízkosti ženy a být jí oporou. Potřebu podpory a přítomnosti PA vyjádřily i ženy ve výzkumné studii Kasparkové a Bužgové (2010). Ve všech případech, je dle odpovědí respondentek (R1 – R9), diagnóza sdělena lékařem citlivě a s empatií. Pokud se ženou nepřichází k vyšetření partner nebo blízká osoba, zůstávají podle všech respondentek (R1 – R9) PA v její přítomnosti až do příchodu blízké osoby. Podle doporučení Hájka (2014) by měla být žena neprodleně odeslána z důvodu možnosti vzniku závažných komplikací k hospitalizaci na

gynekologicko-porodnické oddělení. V zahraničních zdrojích naopak Maurer a Gassmann (2006), Sousou a Smart (2015), Hunter et al. (2016) uvádí, že je možné navrhnout ženě, pokud není bezprostředně ohrožena na životě, odložit na několik hodin hospitalizaci, aby se setkala se svými nejbližšími. Z výsledků šetření vyplynulo, že jsou ženy po zjištění diagnózy mrtvého plodu téměř ve všech případech neodkladně hospitalizovány. Pokud by žena projevila zájem odejít domů, musela by podepsat negativní revers.

Žena je poté přijata na porodní sál nebo na gynekologické oddělení v závislosti na stavu oddělení a porodnickém nálezu ženy. Všechny respondentky (R1 – R9) uvedly, že je žena uložena na samostatný pokoj, ať už porodní sál, nebo samostatný či nadstandartní pokoj na gynekologickém oddělení, aby se vyhnula kontaktu s ostatními rodičkami nebo plačícími novorozenci. Vždy se snaží, aby to byl pokoj, který je na oddělení, co nejdále umístěný od sesterny. R1 se vyjádřila: *„Žena je uložena na alternativní box, který je nejdále od sesterny, kde mluvu nejde ztišit, podává se tam hlášení a lidé se občas zasmějí.“* R2 řeší zajištění soukromí ženy po přijetí na oddělení uložení ženy na nadstandartní pokoj. Je toho názoru (R1), že zde žena má víc soukromí. Mändle a Kreuter (2014) uvádí, že kontakt ženy s pláčem novorozenců na oddělení je pro ni velmi traumatizující. S tímto tvrzením nelze jinak než souhlasit. Bohužel, ale není v silách PA na porodním sále, vždy zabránit, aby se žena nedostala do kontaktu s ostatními rodičkami nebo se vyhnula pláči novorozenců. Tři respondentky (R3, R4, R8) uvedly, že se kontaktu s rodičkami ženami snaží zamezit, ale ne vždy se jim to podaří, ale pokud ke kontaktu dojde, snaží se ho minimalizovat. Myslíme si, že na porodních sálech ve většině zařízení nelze zamezit kontaktu ženy s pláčem novorozence. Tuto domněnku potvrzují tři respondentky (R3, R4, R6), které uvádí, že i přes dobrou izolovanost stěn porodních boxů je pláč narozeného miminka slyšet.

Všechny respondentky (R1 – R9) zmínily, že je vždy jejich snahou, aby o ženu pečovala jedna PA a jeden lékař. R6 uvedla: *„Snažíme se omezit množství personálu, který o ženu pečuje, což důsledně dodržujeme. Za paní chodí jedna PA, a pokud to jde, jeden lékař. Většinou tam nechodí ani studentky a studenti medicíny.“* Jelikož se žádná z dotázaných (R1 – R9) nezmínila, která z porodních asistentek o ženu pečuje nebo jak je PA vybrána, byla respondentkám položena doplňující otázka. Pět respondentek (R1, R3, R4, R5, R8) uvedlo, že o ženu pečuje porodní asistentka, která právě slouží na sále. V týmu PA u čtyřech respondentek (R2, R6, R7, R9) se snaží vybrat jednu ze

zkušenějších porodních asistentek, protože jak se vyjádřila R7: „*Je žádoucí, aby žena měla opravdu kvalitní péči.*“ A dodala (R7): „*Ne všechny kolegyně prošly kurzem Péče o ženu po perinatální ztrátě, tak se vybírá ta, která tímto kurzem prošla, jestliže je přítomna. Nebo je to PA, která se na to cítí, ne všechny jsou s tím v pohodě, třeba kolegyně, které se snaží otěhotnět, ty tam třeba nechodí.*“ Z výše uvedených výsledků je zřejmé, že ne na všech pracovištích PA ((R1, R3, R4, R5, R8) mezi sebou vybírají nejzkušenější z týmu. V menších porodnicích, kde slouží jen jedna porodní asistentka to ani nelze. Domníváme se, že ale většina z nás souhlasí s R7, která zdůraznila, že je důležité, aby ženě s mrtvým plodem byla zajištěna opravdu kvalitní péče. Je tedy žádoucí, aby se mladší, nezkušené PA měly možnost učit od zkušenějších kolegyně nebo měli možnost absolvovat odbornou přípravu, například kurz Péče o rodiče po perinatální ztrátě (Dlouhá cesta).

O přítomnosti ženy s mrtvým plodem na oddělení by měl být informován celý ošetrovatelský tým. Možností předání informací je několik. Dle Dingerkus a Kofoet (2006), stejně tak jako Ratislavové (2014) mohou připevnit PA na dveře poznávací znamení, jako je motýlek nebo kytička, která by značila přítomnost ženy s mrtvým plodem na pokoji a dokumentaci opatřit samolepkou. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že si všechny respondentky (R1 – R9) informace o přítomnosti ženy s mrtvým plodem podávají ústně, jen dvě respondentky (R8, R9) řekly, že dokumentaci značí samolepkou. R6 sdělila, že jsou informace viditelné na několika místech: „*Žena je zapsána na informační tabuli, je tam zapsána diagnóza, která je červeně zvýrazněná, aby byla dobře viditelná, je to zvýrazněné i v dokumentaci na každém listě.*“ Ani na jednom z pracovišť dotázaných respondentek (R1 – R9) PA na pokoj ženy znamení nedávají. Myslíme si, že podávání ústních i písemných informací mezi ošetřujícími zdravotníky je dostačující, ale ostatní zdravotnický personál nemusí být vždy dostatečně informován o stavu pacientek na oddělení. Je tak možné, že se s nešpatným záměrem, ale z důvodu nedostatečné informovanosti, ženy s mrtvým plodem na pokoji někdo zeptá, jak se na miminko těší, zda to bude holčička nebo chlapec a jak se bude jmenovat. Z našeho pohledu je to situace nežádoucí.

Dále jsme zjišťovali, zda má žena možnost využít během hospitalizace přítomnost blízké osoby. Podle Roztočila (2017), je pro ženu s mrtvým plodem při porodu přítomnost blízké osoby velmi žádoucí. R4: „*Samozřejmě může mít žena u sebe, koho chce. Přes den je možné, aby u rodičky bylo i více osob, maminka, sestra, partner.*

Můžou se u ženy i střídat. Na porodním sále je nutné zachovávat hygienická pravidla, tam jsou s ní maximálně dvě osoby.“ Záleží na ženě, zda si doprovod přeje. Tři respondentky (R3, R4, R5) udaly, že je přítomnost partnera na oddělení gynekologie, kam je žena po porodu přeložena, nemožná. Z výsledku šetření vyplynulo, že během porodu je přítomnost blízké osoby možná, PA samy tuto možnost aktivně nabízejí. Ne vždy je ale možnost ubytování partnera na gynekologickém oddělení standardní a nejsou k tomu vytvořeny podmínky. Respondentky uvedly (R3, R4, R5) snahu improvizovat a hledat řešení v případě, kdy není běžná stálá přítomnost partnera na gynekologickém oddělení, aby mohl být přítomen po dobu hospitalizace ženy. Dále se všechny respondentky (R1 – R9) vyjádřily shodně k průběhu příjmu. Žena je po příchodu na oddělení přijata lékařem, který rozhodne o dalším postupu, PA se ženou sepíše dokumentaci, anamnézu a provede nezbytné odběry biologického materiálu. R1: *„Jde o zkrácenou verzi anamnézy, kde se člověk neptá na detaily.“* Po přijetí by měla pečující porodní asistentka se ženou sestavit porodní plán (Maurer a Gassmann, 2006, Ratislavová, 2014, Ratislavová, 2017). V průběhu rozhovoru se o sestavení porodního plánu ani jedna respondentka (R1 – R9) nezmínila.

Na prvním místě všechny respondentky (R1 – R9) uvedly, že po medicínské stránce je péče o ženu během porodu s mrtvým plodem a po porodu stejná, jako u normálního porodu. *„PA pracuje podle standardu péče o ženu s nitroděložním úmrtím plodu, který máme vytvořený“*, jak se vyjádřila R3. Všechny respondentky (R1 – R9) zmínily empatický a citlivý přístup k rodičce. Kameníková (2005) uvádí, že je důležité, aby PA byla trpělivá, ženu psychicky podporovala, povzbudila a chválila. R1 uvedla, že ženu poučí, vše jí vysvětlí, aby se nebála. Respondentky (R1 – R9) se shodly, že porod vede většinou lékař.

Zvláštní pozornost při porodu mrtvého plodu by měla věnovat PA ženě při tlumení bolesti. Pokud žena požádá o tlumení bolesti, měla by jí být nabídnuta PA některá z nefarmakologických metod jako je hydroterapie, aromaterapie, relaxační masáž, akupresura nebo audioanalgezie (Slezáková et al., 2011, Hájek et al., 2014, Bašková, 2015). Hájek (2014) uvádí, že ženě lze s jejím souhlasem aplikovat epidurální analgezii, využít dostatečných dávek spasmolytik nebo případně menších dávek opiátů. Sedm respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8) uvedlo, že metodou první volby při tlumení bolesti je epidurální analgezie Dle Čepického (2006) by se již měla epidurální analgezie v případech porodu mrtvého plodu podávat povinně. Všechny respondentky (R1 – R9)

vedly možnost ženy využít nefarmakologické metody i různé druhy analgetik a opiátů. Jedna z respondentek (R6) uvedla: „*Podávají se také léky na utlumení psychiky, které se udržují na určité hladině, aby to prožití bylo jako by v mlze a třeba aby si na to ženy později nepamatovaly.*“ Ve výzkumné práci Kasparkové a Bužgové (2010) ženy uváděly, že jim byly lékařem opiáty často nabízeny. Mändle a Kreuter (2014) ale uvádějí, že opiáty mají negativní vliv na následný proces truchlení. Myslíme si, že pokud to stav ženy nevyžaduje, opiáty by neměly být podány, protože je ovlivněno vnímání ženy a tím i následný proces rozloučení se s dítětem. Z výsledků šetření vyplynulo, že ženy mají možnost využít nefarmakologické i farmakologické metody tlumení bolesti, první volbou je epidurální analgezie. Všechny respondentky (R1 – R9) aktivně nabízí nefarmakologické metody bolesti.

Žena by měla PA věřit, měla by vědět, že se jí může svěřit se svou bolestí a zármutkem, cítit, že s touto porodní asistentkou dokáže porodit své mrtvé dítě. (Schnabl, 2008). Svobodová (2017) ve svém výzkumu, o potřebách žen s perinatální ztrátou zjistila, že ženy postrádaly zájem PA měly potřebu lepší komunikace. R5 uvedla, že „*Vše záleží na situaci. Se ženami, které již prošly fází šoku, je snadnější navázat kontakt než se ženami, které prochází fází šoku během porodu. Tyto ženy se upínají ke svému partnerovi nebo k mamince.*“ Z výsledků šetření vyplynulo, že se většina respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R8, R9) snaží ke každé ženě s mrtvým plodem přistupovat individuálně, s rodičkou navázat komunikaci a všechny respondentky (R1 – R9) se snaží ženu vyslechnout a být jí oporou. Psychická podpora je ze strany PA (R1 – R9) poskytována i partnerovi. R5 se snaží se ženou komunikovat a zároveň respektuje potřebu rodičky mlčet a ponechává ženě dostatek soukromí. Pouze z odpovědi respondentek na otázku, zda a jak se ženou hovoří, ale nelze posoudit, jak komunikace PA (R1 – R9) se ženou probíhá, zda ke komunikaci volí vhodnou chvíli, jaká volí slova, jsou-li zachovány zásady neverbální komunikace a jak je ženou PA vnímána. Hraje zde i roli sympatie mezi oběma ženami a vztah mezi nimi.

Trulsson a Radestad (2004) uvádějí, že v období mezi diagnózou a porodem je vhodná příležitost pro PA připravit ženu na seznámení se s dítětem. Aby se mohli rodiče rozhodnout, musí mít dostatek času a komplexní informace. Informace o možnostech rozloučení se s dítětem podává sedm respondentek během první doby porodní, dvě respondentky uvedly podání informací v první době porodní nebo po porodu. Při rozhovoru jedna z respondentek (R1) řekla, že je velmi důležité podat ženě informace

v průběhu první doby porodní, aby nebyl promarněn čas po porodu, kdy může žena dvě hodiny s dítětem v klidu být. S respondentkou nelze nesouhlasit. Informace ženě podává buď porodní asistentka, nebo PA i lékař. Měly by být podány v ústní i písemné formě. Pouze tři (R1, R8, R9) respondentky ale uvedly, že je předávají nejen v ústní, ale i formě písemné. Porodní asistentka by měla hovořit se ženou/rodiči o možnostech rozloučení se s dítětem, měla by otevřeně odpovídat na jejich dotazy, neměla by rodičům ale nic vnucovat, měla by jim ponechat dostatek času na rozmyšlenou a možnost rozhodnutí kdykoliv změnit (Schnabl, 2008, Ratislavová, 2016). Schnabl (2008) si ale myslí, že ženy bývají často manipulovány názory některých porodních asistentek, které si myslí, že rychlý, bezbolestný porod bez kontaktu matky s dítětem a rozloučení se s ním je pro ženy nejlepší. Zjišťovali jsme, jaký zastávají PA názor na možnost rodičů rozloučit se s dítětem. Všechny respondentky (R1 – R9) vyjádřily pozitivní postoj. R2: „*Rozloučení rodičů je velmi důležitým krokem k ukončení nějaké cesty, mělo by proběhnout. Rodiče později litují, že se s dítětem nerozloučili, litují, že ho neviděli, nepohladily.*“ R9 si ale není jistá, zda je v případě, kdy dítě nevypadá dobře pro ženu lepší nebo horší, když ho vidí a není lepší, když si památku uchová pouze jako otisk nožičky. Jako manipulace s lidmi se jeví aktivní nabízení možností rozloučení se s dítětem R5: „*Pokud sami lidé nepřijdou s jinými vlastními přáními, nechci jim nabízet jiné možnosti, brala bych to jako manipulaci.*“ Tento názor nás velice zaskočil a nesouhlasím s ním. Podle našeho názoru jsou rodiče v šoku a nemají situaci pod kontrolou. Je pro ně důležité, aby jim PA nastínila, jakým způsobem se mohou se svým dítětem rozloučit a aby vysvětlila rodičům, jak krátkou chvíli mají na to, aby se rozloučily se svým dítětem. Rodiče by měli mít na rozhodnutí dostatek času a musí se sami rozhodnout.

Oporou pro rodiče v náročné životní situaci jako je ztráta nenarozeného dítěte může být odborná psychologická pomoc. Bylo zjišťováno, zda ji v případě potřeby má žena možnost využít. Výzkum ukázal, že většina žen má možnost využít odborné pomoci psychologa nebo psychiatra již při hospitalizaci, jen jedna (R5) respondentka uvedla, že psychiatr slouží v zařízení jen omezeně, a proto jsou možnosti odborné pomoci ženám omezené. Jak uvedly R1 – R9, mají ženy možnost spirituální péče kaplana. Ne všechny respondentky (R4, R5), ale psychologickou podporu během porodu ženám nabízí. Odborná pomoc psychologa je ženám respondentkami (R1, R9) nabídnuta častěji po porodu nebo před propuštěním. Jen dvě respondentky (R6, R7) uvedly, že je klinický

psycholog, kterého mají k dispozici, k ženě s mrtvým plodem vždy volán. Některé respondentky (R1, R3, R4, R5, R9) se vyjádřily, že ženy pomoc psychologa nevyžadují nebo se nesetkaly se ženami, které by ho potřebovaly. Podle Ratislavové (2016) je ale aktivní nabídka psychologa a jeho návštěva pro ženy přijatelná a považují ji za žádoucí, některé zpětně litují, že jim taková pomoc nebyla nabídnuta. Naopak výzkum Kasparkové a Bužgové (2010) ukázal, že dotázané ženy o pomoc psychologa neměly zájem, významnější byl pro ženy přístup personálu.

Jak uvedly všechny respondentky (R1 – R9), je žena po porodu přeložena na gynekologické oddělení, aby se vyhnula kontaktu matek s novorozenci. Porodní asistentka by měla ženu již na porodním sále nebo po přeložení na gynekologické oddělení upozornit na proces nástupu laktace, který by mohl ženu překvapit. Důležitým úkolem porodní asistentky je zabránit zdravotním komplikacím, jako je například retence mléka nebo mastitis (Cole, 2012). Pouze jedna respondentka (R6) v rozhovoru zmínila, že informují ženu o nástupu laktace a nutnosti její zástavy. Hospitalizace ženy by měla být pouze na nezbytně nutnou dobu (Ratislavová, 2016). Všechny respondentky (R1 – R9) odpověděly, že ženám není hospitalizace zbytečně prodlužována. R3 uvedla, že pokud je žena po fyziologickém porodu, nemá žádné problémy, dle aktuálního stavu po rozhodnutí lékaře odchází domů ambulantně. Před propuštěním do domácího prostředí by měla být dostatečně edukována PA i lékařem. Všechny respondentky (R1 – R9) uvedly, že edukují ženu o průběhu šestinedělí stejně jako po normálním porodu. Většina respondentek předává rodičům kontakt na psychologa nebo centrum péče o maminky po perinatální ztrátě (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8), ale o vlastní edukaci ženy o normálním a patologickém průběhu truchlení se žádná respondentka R1 – R9) nezmínila. Výzkum Borůvkové (2012) poukazuje také na větší potřebu žen být PA informovány více o procesu truchlení. Ženám je nabídnuta všemi respondentkami (R1 – R9) možnost kdykoliv zavolat, kdyby měly dotazy nebo potřebovaly pomoc psychologa. Dvě respondentky (R1, R4) ale odpověděly, že přeložením ženy na jiné oddělení s ní ztrácí kontakt a že neví, jak dál ženu edukují sestry na gynekologickém oddělení.

Vzhledem k náročnosti poskytování péče ženám s mrtvým plodem, jsme zjišťovali, co je z pohledu respondentek nejdůležitější při péči o ženu s nitroděložním úmrtím plodu, jak jsou respondentky (R1 – R9) odborně připraveny na problematiku perinatální ztráty a co by rády změnily ve svém vlastním přístupu při péči o ženu s diagnózou mrtvého

plodu. Jako nejdůležitější se jeví respondentkám (R1 – R9) empatie, (R4, R3, R1) komunikace, (R3) nabídnutí pomoci, (R5, R9, R2) péče o psychiku ženy, (R3, R5) nenechat ji samotnou a (R5) co nejrychlejší propuštění ženy do kruhu rodiny. Pro další respondentky (R6, R7) je důležité vyjádřit ženě soustrast, (R2) rozpoznat přání ženy a umění naslouchat. Po odborné stránce všechny respondentky (R1 – R9) nejvíce připravují sebevzděláváním pomocí knih nebo z letáčků a téměř všechny respondentky (R1, R2, R3, R5, R6, R8, R9) uvedly, že je nejvíce naučila praxe a (R1, R6) zkušenosti starších kolegyně. V současné době pořádá spolek Dlouhá cesta kurz Péče o rodiče po perinatální ztrátě. Jen jedna respondentka (R7) uvedla, že kurz absolvovala. Sama jsem prošla tímto kurzem a vím, jak je přínosný. Myslíme si, že by každá PA, která se setkává a pečuje o ženu/rodiče po perinatální ztrátě, měla projít kvalitní odbornou přípravou, kterou poskytuje například výše zmíněný kurz. Z výzkumného šetření vyplynulo, že ze školy mají částečné informace o péči o rodiče s perinatální ztrátou dvě respondentky (R1, R7), tři (R2, R3, R9) mají ze školy dostatek informací, a naopak jedné respondentce (R6) nedala škola žádné informace. Nutno dodat, že dříve se ve škole možnost rozloučení se rodičů s dítětem probírala jen okrajově, dnes je téma perinatální ztráty do výuky PA již zahrnuto. Výzkumný soubor zahrnoval většinu respondentek (R1, R2, R3, R4, R7, R9), které se již ve výuce s perinatální ztrátou setkaly. Ve svém přístupu při péči o rodičku s diagnózou mrtvého plodu by nechtěla změnit nic jedna respondentka (R3). Jedna respondentka (R4) projevila zájem se více vzdělávat a zmínila nedostatek seminářů pro odbornou veřejnost. R8 trápí, když se na sousedním porodním sále rodí a žena slyší pláč novorozence. Ráda by to změnila. R8 by chtěla mít na ženu také více času: „*Mám pak pocit, že jsem s ní strávila málo času, méně, než potřebovala.*“ Dvě respondentky (R6, R9), by rády lépe kontrolovaly své emoce. R7 by lépe zvládala situaci při akutních stavech, kde není přítomen partner, který se dozvídá diagnózu v nepřítomnosti ženy, protože žena je po císařském řezu a dítě je již na neonatologii. R7: „*Dát pak všechny tři dohromady je téměř nemožné.*“ Z výše uvedených informací vyplynulo, že všechny respondentky (R1 – R9) ví o rezervách péče o ženu s mrtvým plodem a snaží se péči zlepšovat. Co se ale týče vzdělávání, více respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9) volí cestu sebevzdělávání a praxe, odborná příprava ve formě kurzů a seminářů na téma perinatální ztráty není často vyhledávána.

Na základě zjištěných výše uvedených informací je možné odpovědět na první výzkumnou otázku. Péče PA o ženu po ošetrovatelské stránce je standardní, vyjma monitorace plodu odpovídá péči o rodičku, dle Slezákové (2011). Specifickou součástí péče o ženu s perinatální ztrátou je uspokojení jejích psycho-socio-spirituálních potřeb. Ty zahrnují zejména zajištění soukromí při hospitalizaci, přítomnost blízké osoby, citlivý a empatický přístup PA, možnost rozloučit se s dítětem, popřípadě důstojná realizace tohoto aktu, poskytnutí odborné psychologické péče a v neposlední řadě správná edukace ženy před propuštěním z nemocnice. To vše má za cíl snížit vliv traumatické události na psychiku rodičů. Zajištění potřebného soukromí při hospitalizaci a možnost přítomnosti blízké osoby u ženy po celou dobu její hospitalizace jsou v praxi ovlivněny velikostí, strukturou a vnitřními pravidly konkrétního zdravotnického zařízení. Permanentní přítomnost blízké osoby je obvyklá v prostorách porodního sálu, po přemístění ženy na gynekologické oddělení nebývá ve všech sledovaných zařízeních standardní. Z výzkumného šetření vyplývá, že i přes ne vždy vyhovující podmínky mají PA (R3, R4, R5) snahu vhodné prostředí zajistit. Všechny respondentky (R1 – R9) se snaží ženy a jejich partnery psychicky podpořit empatickým a citlivým jednáním, s nutností využití odborné psychologické péče v průběhu hospitalizace ženy se doposud některé respondentky (R1, R3, R4, R5, R9) nesetkaly. O možnosti rituálu rozloučení se s dítětem, informují rodiče všechny dotázané respondentky (R1 – R9), jsou si vědomy jeho důležitosti v procesu truchlení. Z výzkumu nelze hodnotit, jakým způsobem jsou informace PA (R1 – R9) podávány a zda mají rodiče dostatek času na rozmyšlenou. Informace by měly být vzhledem k jejich psychickému stavu a omezené schopnosti vnímání podávány písemnou formou, což je ne vždy PA (R2, R3, R4, R5, R6, R7) zajištěno. PA (R1 – R9) jsou v přístupu k ženě a kvalitě péče o ni limitovány svými odbornými znalostmi problematiky perinatální ztráty, osobnostním charakterem, komunikačními schopnostmi i osobním postojem k rituálu rozloučení se s dítětem. Jelikož není výběr PA v těchto případech systematický, ne vždy je ženě poskytnuta plnohodnotná péče.

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jaké možnosti rozloučení se s dítětem mají rodiče ve vybraných českých porodnicích. Nejprve byla pozornost zaměřena na péči o dítě po porodu. Z výzkumu vyplynulo, že základní péči o dítě provádí porodní asistentka nebo neonatologická sestra. Hájek (2014) doporučuje volat k ohledání pediatra, který může již v některých případech pohledem zjistit příčinu smrti dítěte.

Respondentky (R3, R4, R6, R7, R8) uvedly, že pediatr je k porodu mrtvého plodu volán a v jednom případě (R1) dítě ohledává porodník. Tři respondentky (R1, R2, R5) uvedly, že PA dítě ošetřují v jiné místnosti, než se nachází žena/rodiče a po základním ošetření dítě přinesou zpět k ženě/rodičům. Dvě (R6, R7) po domluvě s rodičkou ošetří dítě v přítomnosti ženy/rodičů, nebo ho odnáší do jiné místnosti a čtyři (R3, R4, R8, R9), že PA dítě ošetřují přímo na porodním sále, od rodičů ho neodnáší. Respondentky (R1, R5, R8, R9) nebo neonatologické sestry (R2, R3, R4, R6, R7) dítě po porodu osuší, změří a zváží. U dítěte je určeno pohlaví. R7 uvedla skutečnost: „*Naměřené hodnoty neříkáme nahlas, ale někteří rodiče s tím nemají problém a chtějí vše vědět.*“ Následně dítě PA zabalí do zavinovačky. Jen tři respondentky (R2, R6, R7) uvedly, že dítě oblékají. Jak uvádí Ratislavová (2016), v České republice zatím mnoho zkušeností se společnou péčí zdravotníků a rodičů o tělo dítěte, nemáme, tak jako v zemích západní Evropy a ve Skandinávii, kde je běžné, že si rodiče do porodnice přinášejí pro dítě vlastní oblečení a často o dítě sami pečují. Proto byla respondentkám položena doplňující otázka, zda mají rodiče možnost provést péči o dítě společně se zdravotníky nebo sami. Všechny respondentky (R1 – R9) se vyjádřily, že by jim společná péče o dítě s rodiči nevadila, ale aktivně možnost nenabízí. R7 vyjádřila ale obavu, že by bylo pro rodiče psychicky náročné pečovat o bezvládné tělíčko dítěte, je lepší, když je zpevněno v zavinovačce. Radestad et al. (2009) podtrhují nutnost co nejčasnějšího kontaktu ženy s dítětem, protože během prvních 30 minut po porodu je dítě měkké a teplé jako dítě živé, po 30 minutách dítě začne chladnout a měnit barvu. Respondentek (R1 – R9) jsme se zeptali, zda i při porodu mrtvého plodu podporují bonding. Pět respondentek (R1, R3, R6, R7, R8), se cítilo otázkou zaskočeno a odpověděly, že ne. R6 si neumí představit, že by mrtvé tělíčko dítěte položila na nahé tělo ženy. R7 si myslí, že by pro rodiče bylo větší psychickou zátěží manipulovat s nahým mrtvým tělíčkem dítěte, je lepší, když je zabalené do zavinovačky. Čtyři respondentky (R2, R4, R5, R9) s bondingem ani v tomto případě problém nemají, ale jen jedna (R5) ho aktivně nabízí. Pokud rodiče chtějí dítě vidět, PA by je měla na skutečnost, co uvidí, upozornit, což koresponduje s praxí respondentek (R1 – R9), které uvedly, že ženu/rodiče o vzhledu dítěte informují.

Ratislavová (2015) uvádí, že mezi základní rituály, které jsou nabízeny rodičům po perinatální ztrátě, patří: dítě vidět a rozloučit se s ním, dítě chovat v náručí a být s ním o samotě. Dle výzkumu Ratislavové et al. (2012) v České republice dochází ke kontaktu matky s mrtvorozeným dítětem přibližně jen ve třetině případů, protože ve zbylých

případech, není možnost rozloučení se s dítětem rodičům PA nabídnuta. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že ve všech sledovaných zařízeních, je respondentkami (R1 – R9) nabízena rodičům možnost dítě vidět, pojmenovat, pochovat si ho, pohladit a vyfotit nebo si pořídit videozáznam. Mohou být s děťátkem sami nebo zavolat rodinné příslušníky. Rituály rozloučení jsou v zahraničí rozšířeny o koupání dítěte a braní dítěte domů (Ratislavová, 2015, Ratislavová, 2016). Tomuto rituálu ale žádná z dotázaných respondentek (R1 – R9) není příliš nakloněna.

Zajímalo nás, jak dlouho rodiče s dítětem mohou být. Jak uvedly všechny respondentky (R1 – R9), rituál rozloučení probíhá na porodním sále. Ve všech vybraných zařízeních (A – F), zůstává dítě na oddělení dvě hodiny, poté je odneseno na patologii. V platnosti, je ale pouze jeden metodický pokyn o převozu zemřelých, který je pro nemocnice závazný a který vydalo ministerstvo zdravotnictví v roce 1975 ve Věstníku č. 20/1975 (Mrowetz, 2008). V tomto věstníku se píše, že zemřelý smí být odvezen z oddělení nejdříve po dvou hodinách (Mrowetz, 2008). Pokud by rodiče projevíli zájem být s dítětem delší dobu, uvedly respondentky (R2, R5), že je prodloužení doby dvou hodin, kdy je dítě uloženo na oddělení, nemožné z důvodu epidemiologicko-hygienického hlediska. Většina zdravotnických zařízení v České republice nemá kapli nebo chladnou místnost, kde je v západních zemích běžné umožnit rodičům rozloučit se se svým mrtvým dítětem. V zahraničí je dobu rozloučení se s mrtvým dítětem umožněno rodičům prodloužit ponecháním dítěte v chladicí postýlce (Blair, 2017, Obrázek 2). Z výsledků výzkumu vyplynulo, že ze zkušeností respondentek (R1 – R9) rodiče, ale o delší kontakt s dítětem neprojevují zájem. Pokud je žena po porodu z kapacitních důvodů porodního sálu odvezena dříve než za dvě hodiny na oddělení gynekologie, snaží se PA (R1, R4) hledat řešení, aby se mohli rodiče se svým dítětem důstojně rozloučit.

Včasné podání informací rodičům, že mohou dítě pojmenovat, co se následně s dítětem bude dít, o možnosti pohřbení dítěte, a jak dlouho mají na rozhodnutí, může mít podstatný vliv na rozhodnutí rodičů, zda budou chtít dítě pohřbit (Ratislavová, 2016). Od roku 2017 mají podle novely zákona č. 256/2001 Sb., o pohřbnictví rodiče právo dítě pohřbit, nehlédě na délku těhotenství. Uznání a respekt lze také vyjádřit zemřelému dítěti tím, že ho rodiče i PA nazývají jménem. Dingerkus a Kofoet (2006), Ratislavová (2014), Ratislavová (2016) uvádějí, že porodní asistentka by měla rodiče povzbudit, aby dali svému dítěti jméno. Z výzkumného šetření vyplynulo, že informaci o možnosti

pojmenovat dítě dávají ženě/rodičům PA (R1 – R9) již v první době porodní. Informace o pohřbení jsou ve všech zařízeních podány v první době porodní (R1, R6, R7, R9), nebo po porodu (R2, R3, R4, R5, R8), kdy je žena umístěna na oddělení gynekologie. Informace podává ve většině zařízení PA (R1, R4, R8, R9), nebo lékař i PA (R3, R4), v jednom ze zařízení (R2) je to vrchní sestra. Žena/rodiče jsou respondentkami nebo lékařem informováni, že v případě nezájmu dítě pohřbít bude pohřbeno na náklady obce. Podané informace předává PA rodičům ve formě písemné, ale k tomu dochází pouze u čtyřech respondentek (R1, R3, R4, R5).

Vzpomínky jsou důležitou součástí truchlení, proto je důležité, aby PA rodiče podpořila ve vytváření vlastních upomínek, například společných fotografií (Ratislavová, 2016). V případě, že rodiče dítě nechtějí vidět, měla by jim fotografie vytvořit a uchovat je, kdyby se pro ně později chtěli vrátit. Studie Radestad et al. (1996) ukázala, že vlastnění upomínek na dítě výrazně snižuje úzkost u matek. Naopak Hennegan et al. (2015) ve své studii uvádějí, že držení vzpomínkového materiálu na dítě, pozitivitu tohoto rituálu zpochybňují. Z výzkumného šetření vyplývá, že vzpomínkový list předávají rodičům PA (R3, R4, R6, R7) ze dvou zařízení, ve třech zařízeních vytvoří PA (R3, R4, R6, R7, R8, R9) pro rodiče otisk nohy a ruky dítěte, ve třech zařízeních předávají rodičům PA (R3, R4, R6, R7, R8, R9) kadeř dítěte. Jedna respondentka (R9), vypisuje rodičům jako upomínku na dítě pásek na ruku s údaji dítěte, který se novorozencům dává po porodu na ruku. Jen v jednom zařízení PA (R8, R9) vytváří pro rodiče fotografie dítěte, které jsou uchovány společně spolu s otisky dítěte na oddělení, otisk nohy a ruky uchovávají PA (R3, R4). Ve dvou ze šesti zařízení PA (R1, R2) nevytvářejí rodičům žádný vzpomínkový materiál. Sousou a Smart (2015) uvádějí, že je možné vytvořit vzpomínkový box za pomoci rodiny i pečující porodní asistentky, kam lze uložit fotografie dítěte, pramínek vlasů, identifikační náramek, vzpomínkový list, obrázky z ultrazvuku, oblečení dítěte, které mělo na sobě, hračku nebo dopis dítěti sepsaný rodiči. Vzpomínkový balíček (Příloha 2, Obrázek 1) PA zdarma poskytuje v ČR Perinatální hospic (Perinatální hospic). V žádném z vybraných zařízení vzpomínkový box pro rodiče PA (R1 – R9) nevytvářejí.

Z uvedených výsledků výzkumu můžeme odpovědět na druhou výzkumnou otázku. U mrtvě narozeného dítěte je provedeno základní ošetření. Je osušeno, změřeno a zváženo. Následně je zabaleno do zavinovačky. Vystává otázka, zda by oblečení dítěte nepřispělo k důstojnosti aktu rozloučení. V některých nemocnicích je tělo dítěte

k základnímu ošetření odneseno automaticky (R1, R2, R5), jinde tomu předchází domluva s rodiči (R6, R7) a ve čtyřech zařízeních (R3, R4, R8, R9), je ošetřeno v přítomnosti rodičů. Jejich aktivní účast při této činnosti je možná, v žádném z šetřených zařízení však není PA (R1 – R9) nabízena. Dle výzkumu, neměly PA (R1 – R9) k možnosti aktivní účasti rodičů při základním ošetření dítěte žádné výhrady, pouze není zvykem o ní rodiče informovat. Všechny dotázané PA (R1 – R9) upozorňují rodiče na vzhled mrtvého dítěte. V názoru na případnou realizaci bondingu PA nejsou jednotné. Pět dotazovaných PA (R1, R3, R6, R7, R8) mělo pocit, že není v případě mrtvého dítěte vhodný. Ostatním PA (R2, R4, R9) by nevadil, ale nabízen je pouze jednou respondentkou (R5).

Všemi respondentkami (R1 – R9) ve sledovaných zařízeních, je umožněno rodičům, i ostatním členům rodiny rozloučit se s dítětem, pochovat jej, pohladit, vyfotografovat nebo si pořídit videozáznam. Čas k tomu není vymezen zákonem, ale PA (R2, R5) bylo uvedeno, že je vnitřním nařízením omezen na dvě hodiny a zejména z epidemiologicko-hygienických důvodů nebývá prodlužován. V případě, že by tato doba nebyla pro rodiče dostačující, měla by PA (R4) dle svých slov snahu vyjít rodičům vstříc a zajistit jim potřebný čas navíc. V některých zemích si rodiče dítě odnáší, aby se s ním rozloučily v domácím prostředí. Této praxi nebyla nakloněna ani jedna z PA (R1 – R4). Zákonem je stanovena možnost pojmenování a pohřbení dítěte, zákonná lhůta pro rozhodnutí je 96 hodin. Tyto informace, jsou PA sdělovány téměř ve všech případech (R2, R6, R7, R8, R9) pouze ústně. Vzpomínkový materiál je vytvářen a předáván PA (R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9) pouze ve čtyřech ze šesti zkoumaných zařízení. Většinou se jedná o vzpomínkový list se základními údaji o dítěti, doplněný otiskem nožky a ručky, popřípadě kadeří vlasů. Vzpomínkový materiál by měl být pořizován a uchováván i pro rodiče, kteří své dítě nechtějí v danou chvíli vidět a tato potřeba se u nich rozvine až později. Fotky dětí jsou PA (R8, R9) vytvářeny a spolu s otisky ručky a nožky dítěte těchto rodičů jsou uchovávány PA (R8, R9) pouze v jednom ze čtyř zařízení, které vzpomínkový materiál poskytují. V jednom zařízení jsou uchovávány PA (R3, R4) pouze otisky ručky a nožky dítěte.

Z uvedených výsledků výzkumu vyplývá, že ve všech sledovaných zařízeních není rituál rozloučení se matky a ostatních členů rodiny s dítětem PA (R1 – R9) podceňován a je umožněn v dostatečné míře. Objektivita výsledku výzkumu je zkrslena faktem, že souhlas s rozhovorem ve sledovaných zařízeních, daly pouze respondentky (R1 – R9)

s kladným názorem na akt rozloučení se rodičů s dítětem. Většina dotazovaných PA, není proti jeho rozšíření o některé další prvky, které nejsou v jejich zařízení doposud praktikovány, např. aktivní účast rodičů při základním ošetření dítěte (R1 – R9) a bonding, se kterým souhlasily tři respondentky (R2, R4, R9). Jednou respondentkou (R5) je bonding již aktivně podporován. Zásadní problém vidí PA (R1 – R9) pouze v možnosti odnášení mrtvých dětí do domácího prostředí. Vzhledem k psychickému stavu rodičů postižených perinatální ztrátou a jejich snížené schopnosti vnímání je vhodné doplňovat veškeré důležité informace podávané ústně i jejich písemnou formou, předáváno je však PA (R1, R3, R4, R5) pouze ve třech zařízeních. Jako nedostatečná, se z výzkumu jeví oblast vytváření vzpomínkového materiálu, ve třetině z dotazovaných zařízení PA (R1, R2) není nabízen.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá pohledem porodní asistentky na perinatální ztrátu, která je v tomto případě definována jako antenatální úmrtí plodu v období mezi 24. týdnem těhotenství a porodem. Perinatální ztrátu zažije každý rok v České republice okolo 398 žen a jejich partnerů. Porod mrtvého dítěte je tragickou událostí a znamená pro všechny zúčastněné velký stres. Zvládnání této situace je náročné z mnoha pohledů a přístup porodních asistentek může mít zásadní vliv na to, jak žena zvládne tuto situaci.

Teoretická část práce je zaměřena na objasnění základních pojmů perinatální ztráty, perinatální úmrtnost v České republice, příčiny a příznaky nitroděložního úmrtí plodu. Dále se práce zabývá terapeutickým postupem, součástí je i role porodní asistentky. Další část je věnována péči porodní asistentky o ženu s mrtvým plodem v období stanovení diagnózy, při příjmu, v období I., II., III., a IV. doby porodní. Důležitou částí je pak péče o mrtvě rozené dítě a rituál rozloučení. Závěrečné tři kapitoly tvoří péče porodní asistentky o ženu s mrtvým plodem v období šestinedělí, v ambulantní péči a občansko-právní záležitosti porodu mrtvého plodu.

Výzkumná část byla provedena pomocí kvalitativního šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů s porodními asistentkami. V bakalářské práci byly stanoveny dva cíle a dvě výzkumné otázky. Prvním cílem bylo zjistit péči porodních asistentek o ženu s perinatální ztrátou. První výzkumná otázka zjišťovala, jak pečuje porodní asistentka o ženu s perinatální ztrátou. Z provedeného výzkumu je patrné, že péče o ženy s perinatální ztrátou není ve vybraných porodnicích výrazněji zanedbávána. Porodní asistentky se snaží v rámci svých možností a znalostí podpořit ženu v této psychicky náročné situaci a minimalizovat trauma ze ztráty dítěte. Aby bylo možno péči o ženy s perinatální ztrátou standardizovat a stala se kvalitní a dostupná pro všechny dotčené je potřeba vytvořit jednotnou koncepci postupů a zajistit proškolení dostatečného množství porodních asistentek v této oblasti.

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit možnosti rozloučení se ženou s dítětem ve vybraných českých zařízeních. Z výzkumného šetření vyplývá, že ve všech sledovaných zařízeních je umožněno rodičům i ostatním členům rodiny rozloučit se s dítětem, pochovat jej, pohladit, vyfotografovat, pořídit videozáznam. Aktivní účast rodičů při základním ošetření dítěte PA je možná, pouze o ní rodiče nejsou porodními asistentkami ze sledovaných zařízení předem informováni. Prodloužení doby kontaktu dítěte s rodiči

není vždy možné, z důvodu dodržování epidemiologicko-hygienického nařízení každé konkrétní nemocnice.

Porod mrtvého dítěte je tragickou událostí, která způsobí rodičům velkou psychickou zátěž a zasáhne jim zásadním způsobem do života. Zvládání této situace je náročné nejen pro rodiče, ale i pro porodní asistentku, která o ženu pečuje. Nedílnou součástí je akt rozloučení se rodičů s dítětem. Všechno, co je řečeno a provedeno, je základem toho, co si sebou rodiče ponесou po zbytek svého života. Jedná se o jedinečnou a nesmazatelnou vzpomínku na jejich dítě. Vrátit tento okamžik zpět a učinit změnu již není možné. Porodní asistentka provází ženu v zásadních okamžicích perinatální ztráty od okamžiku stanovení diagnózy do porodu, během porodu, po porodu, v období šestinedělí a poté v ambulantní péči. Měla by být ve všech ohledech profesionálkou, empatií a citlivým jednáním pomoci ženě překonat tuto náročnou životní situaci a umožnit rodičům, aby mohli láskyplně a důstojně přijmout své dítě a rozloučit se s ním.

Výstupem teoretické části je informační brožura (volně vložená příloha ve vytištěném formátu) pro PA, která obsahuje zásadní body péče, které by neměla PA opomíjet při péči o ženu s mrtvým plodem. Na základě výsledků výzkumu by bylo vhodné realizovat seminář pro PA. Cílem semináře by mělo být nejen předávání odborných informací, ale také nabádat porodní asistentky k sebereflexi, otevírat diskuze o osobních zkušenostech a pocitech PA při péči o rodiče postižené perinatální ztrátou.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ALIYU, M. et al., 2008. Alcohol consumption during pregnancy and the risk of early stillbirth among singletons. *Alkohol*, 42(5), 369-374. doi: org/10.1016/j.alkohol.2008.04.003
2. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
3. BEINDER, E., BUCHER, H., 2008. Totgeburt und plötzlicher Kindstod. *Der Gynäkologe*. 41(4), s. 283-293. ISSN 0017-5994
4. BINDER, T., 2007. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie*. 11/2, s. 61-64. ISSN 1211-6645.
5. BLAIR, O., 2017. Cuddlecots: Invention allows parents of stillborn children to spend more time with them [online]. In: *Independent* [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/cuddlecots-invention-parents-stillborn-children-spend-extra-days-dead-babies-a7664916.html>
6. BLÄUER, C. et al., 2017. *Konzept glücklose Schwangerschaft* [online]. Universitätsspital Basel Frauenklinik [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: https://easy.usb.ch/upload/content/20/19266_Konzept_gluecklose_Schwangerschaft_170822.pdf
7. COLE, M., 2012. Lactation after Perinatal, Neonatal, or Infant Loss. *Clinical Lactation*. 3(3), s. 94-100. ISSN: 0893-2190.
8. ČENĚK, J. et al., 2016. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 312 s. ISBN: 978-80-247-5414-7.
9. ČEPICKÝ, P., 1999. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. Moderní gynekologie a porodnictví. 8(3), s. 162-250. ISSN: 1211-1058.
10. DINGERKUS, G., KOFOET, CH., © 2017. *Still geboren – Unterstützende Maßnahmen in der Begleitung von Eltern zum Zeitpunkt der Geburt* [online]. Münster: Alpha NRV [cit. 2018-01-08]. Dostupné z: <https://alpha-nrw.de/still-geboren-unterstuetzende-massnahmen-in-der-begleitung-von-eltern-zum-zeitpunkt-der-geburt/>
11. DIVYA, J., PUROHIT, C., 2014. Review of Twin Pregnancies with Single Fetal Death: Management, Maternal and Fetal Outcome. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 64(3), s. 180-183. doi: 10.1007/s13224-013-0500-5.

12. DORT, J. et. al., 2013. *Neonatologie*. Praha: Karolinum. 115 s. ISBN 978-80-246-2253-8.
13. EBERHARD, M., 2002. *Sonographische Diagnostik Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart: Thieme. 651 s. ISBN 3-13-127302-X.
14. ERLANDSSON, K. et al., 2012. Women's premonitions prior to the death of their baby in utero and how they deal with the feeling that their baby may be unwell. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91:28-33, doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01209x.
15. ERLANDSSON, K. et al., 2013. Seeing and holding a stillborn baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth – Findings from an online questionnaire. *Midwifery*. 29, s. 246-250. ISSN 0266-6138.
16. *Flyer Empfehlungen für Helfende, Abschied vom still geborenen Kind*, © 2002-2007 [online]. Die Schmetterlingskinder [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <http://www.schmetterlingskinder.de/index.php?showfile=1&fid=9&p=downloads&area=1&categ=2>
17. HÁJEK, Z., 2014. Syndrom mrtvého plodu. In: HÁJEK, Z, ČECH, E., MARŠÁL, K., *Porodnictví*. Praha: Grada, s. 435-437. ISBN 978-80-247-4529-9.
18. HENNENGAN., J. et al., 2015. Contact with the Baby Following Stillbirth and Parental Mental Health and Well-being: a systematic review [online]. *BMJ*. [cit. 2018-01-04]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008616>.
19. HENLEY, A., SCHOTT, J., 2008. The death of a baby before, during or shortly after birth: Good practice from the parents' perspective. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 13, s. 325-328. doi:10.1016/j.siny.2008.03.003.
20. HUGHES, P. et al., 2002. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. *The Lancet*. 360, s. 114–118. doi:10.1016/S0140-6736(02)09410-2
21. JUŘÍKOVÁ, L., 2007. Psychologické prožívání porodu. *Sestra*. 17/12, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
22. JONES, H. et al., 2015. Standard care practices and psychosocial interventions aimed at reducing parental distress following stillbirth: A systematic narrative review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 33(5), s. 448-465. doi.org/10.1080/02646838.2015.1035234

23. KAMENÍKOVÁ, M., 2005. Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou [online]. *Moderní babičtví* [cit. 2018-01-06]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7/?pdf=79>
24. KAMENÍKOVÁ, M., KYASOVÁ, M., 2003. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha: Grada. 92 s. ISBN 80-247-0285-1.
25. KASPARKOVÁ, P., BUŽGOVÁ, R., 2010. Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. *Kontakt*. 4 (12), 387-398. ISSN 1804-7122.
26. KASPÁRKOVÁ, P., BUŽGOVÁ, R., 2013. Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě. *Ošetrovatelství a porodní asistence*.
27. KAST, V., 2000. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál, 168 s. ISBN 80-7178-365-x.
28. KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 109 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
29. KERSTING, A. et al., 2008. Die Verarbeitung von Trauer nach eine Totgeburt. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*. 2(2), s. 69-73. ISSN: 1862-8818.
30. KHONG, T., MALCOMSON, R., 2015. *Keelings Fetal and Neonatal Pathology*. 5. vydání. London: Springer, 881 s. ISBN 978-3-319-19-206-2.
31. KINGDON, C. et al., 2015. Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth. *Birth issues in perinatal care*. 42(3), s. 206-218. doi: 10.1111/birt.12176.
32. KOTRLÝ, T., VALIŠOVÁ, J., 2014. Občanská společnost mění zacházení s dětmi, které zemřely před narozením. In: STODOLA, J., KRATOCHVÍL, M., *Nejmenší z nás 2014: sborník příspěvků interdisciplinární konference o právní ochraně osob před narozením*. Brno: Bios-společnost pro bioetiku, s. 228-264. ISBN 978-80-905358-2-4.
33. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
34. LUBUŠSKÝ, M. et al., 2013. Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen. *Česká gynekologie/suplementum*. 78(2), s. 132–133. ISSN 1210-7832.
35. MAURER, F., 2014. Die Trauer um togeborene Kinder. *Leidfaden Fachmagazin für Krisen, Leid und Trauer*. 3(3), 9-13. ISSN 2192-1202.
36. MAURER, F., 2017. Wenn Geburt und Tod zusammenfallen. *Pflegen:paliativ*, 36, s. 16-19. ISSN 1867-9390.

37. MAURER, F., GASSMAN, CH., 2006. Der perinatale Kindstod- Hebammenarbeit in Verlustsituationen. In: BIEDERMANN, J., *Hebammenarbeit: Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen*. Bern: Huber, s. 141-171. ISBN 3456843119.
38. MÄNDLE, K., KREUTER, S., 2014. *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe*, Stuttgart: Schattauer. 1286 s. ISBN 978-3-7945-2970-4.
39. MĚCHUROVÁ, A. et al., 2004. Syndrom mrtvého plodu. In: ZWINGER, A. et al., *Porodnictví*. Praha: Galén. 443 s. ISBN 80-7262-257-9.
40. MROWETZ, M., 2008. Smrt na dvouhodinový předpis [online]. *AZ RODINA* [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/2709-smrt-nadvouhodinovy-predpis>.
41. MUIN, D., 2017. Intrauteriner Fruchttod – unklar oder nicht ausreichend abgeklärt? *Speculum-Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe*. 35(2), s. 15-17. ISSN 1011-8772.
42. NORDLUND, E. et al., 2012. When a baby dies: Motherhood, psychosocial care and negative affect. *British Journal of Midwifery*. 20(11), s. 780-784. doi: [org/10.12968/bjom.2012.20.11.780](https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.11.780).
43. O'CONNELL, O. et al., 2016. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women and Birth*. 29(4), s. 345-349. ISSN 1871-5192.
44. PAŘÍZEK, A., 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Kamenice: Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.
45. PAŘÍZEK, A., 2014. Léky, analgezie a anestezie při porodu. In: HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada, s. 435-437. ISBN 978-80-247-4529-9.
46. PATEL, S. et al., 2014. Study of causes and complications of intra uterine fetal death. *Obstetrics and Gynecology*. 3(4), s. 931-935. doi: [10.5455/2320-1770.ijrcog20141211](https://doi.org/10.5455/2320-1770.ijrcog20141211).
47. *Péče o rodiče po perinatální ztrátě*, 2014. Prázdná kolébka [online]. [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://perinatalniztrata.blogspot.cz/>

48. PETERS, M. et al., 2015. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth*. 28(4), s. 272-278. ISSN 1871-5192.
49. PROCHÁZKA, M. et al., 2014. Vedení porodu mrtvého plodu – doporučený postup. *Česká gynekologie/supplementum*, 79, s. 3-4. ISSN 1210-7832.
50. RADESTAD, I. et al., 1996. Psychological Complications after stillbirth-Influence of Memories and Immediate Management: population based study. *BMJ*. 312, s. ISSN: 1468-5833.
51. RADESTAD, I. et al., 2009. Holding a stillborn baby: mothers' feelings of tenderness and grief. *British Journal of Midwifery*. 17(3), s. 178-180. doi: org/10.12968/bjom.2009.17.3.40082.
52. RADESTAD, I. et al., 2013. Being alone in silence – Mothers' experiences upon confirmation of their baby's death in utero. *Midwifery*, 30(3), s. 91-95. ISSN 0266-6138.
53. RATISLAVOVÁ, K., 2008, *Aplikovaná psychologie-porodnictví*. Praha: Area, s.r.o. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
54. RATISLAVOVÁ, K., 2012. Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Praktický lékař*. 92(9), s. 505-508. ISSN 0032-6739.
55. RATISLAVOVÁ, K., 2014. Psychosociální péče o ženy po perinatální ztrátě. Doporučené intervence porodních asistentek. Praha: Dlouhá cesta. 19 s. ISBN 978-80-260-7134-1.
56. RATISLAVOVÁ, K., 2015. *Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě*. České Budějovice. Disertační práce. ZSF JU.
57. RATISLAVOVÁ, K., 2016. Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou. Praha: Grada, Psyché. 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.
58. RATISLAVOVÁ, K. et al., 2016. Decision-making of Czech mothers about contact with their baby after perinatal loss. *Kontakt*. 1, s. 32-37. ISSN 1212-4117.
59. RININKS, K. et al., 2014. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 14(1), s. 203. doi:10.1186/1471-2393-14-203.

60. ROZTOČIL, A., 2010. Preindukce a indukce porodu – doporučený postup. *Česká gynekologie/suplementum*. 78, s. 19-20. ISSN 1210-7832.
61. ROZTOČIL, A., 2017. Porod mrtvého plodu. In: ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. 2 vydání. Praha: Grada, 656 s. ISBN: 978-80-247-5753-7.
62. SCHNABL, K., 2008. Hebammenhilfe bei früher Stiller Geburt [online]. *Österreichische Hebammenzeitung* [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <http://www.stille-geburt.net/media/pdf/Artikel%20Hebammenzeitung%201-08.pdf>
63. SCHOTT, J. et al., 2016. *Pregnancy loss and the death of a baby: Guidelines for professionals*. London: Tantamount, 487 s. ISBN 978-1-909929-16-6.
64. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
65. SOUSOU, J., SMART, C., 2015. Care of the Childbearing Family With Intrauterine Fetal Demise. *Nursing for Women's Health*. 19(3), 237-247. doi: 10.1111/1751-486X.12205.
66. STEEN, S., SHEROKEE, I., 2015. Mediocre or excellent-where does your facility stand? Becoming a perinatal loss gold standard hospital. *Pregnancy and Childbirth*. 15(1), s. doi:10.1186/1471-2393-15-S1-A13.
67. SVOBODOVÁ, M., 2017. *Význam podpory žen s perinatální ztrátou*. Jihlava. Diplomová práce. VŠPJ.
68. ŠPATENKOVÁ, N., 2008. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 987-80-247-1740-1.
69. ŠTEMBERA, Z., 2007, *Perinatální epidemiologie*. Praha: Karolinum. 296 s. ISBN 978-802-4613-406.
70. TRULSSON, O., RADESTAD, I., 2004. The Silent Child—Mothers' Experiences Before, During, and after Stillbirth. *Birth issues in perinatal care*. 31(3), s. 189-195, doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00304.x.
71. TURTON, P. et al., 2001. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry*. 178, s. 556–560. doi:10.1192/bjp.178.6.556.
72. *Narození a zemřelí do 1 roku 2013-2015, 2016* [online]. ÚZIS ČR [cit. 2017-10-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/narozeni-zemreli>.

73. *Rodička a novorozenec 2014-2015*, 2017 [online]. ÚZIS ČR [cit. 2017-10-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>
74. VAIS, A., KEAN, L., 2015. Stillbirth in the UK: current trends, investigation and opportunities for prevention. *Obstetrix, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 25(6), 160-166, doi: 10.1016/S1751-7214(15)00084-6.
75. VELEBIL, P. 2014. Perinatální mateřská mortalita a morbidita – hlavní ukazatele perinatální péče. In: HÁJEK, Z, ČECH, E., MARŠÁL, K., *Porodnictví*. Praha: Grada, s. 435-437. ISBN 978-80-247-4529-9.
76. *Vzpomínkový balíček: perinatální hospic* [online]. Perinatální hospic: Perinatální hospicová a paliativní péče [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <https://perinatálníhospic.cz/vzpominkove-balicky/>
77. WALDORF, K., McADAMS, R., 2013. Influence of Infection During Pregnancy on Fetal Development. *Reproduction*. 146(5), 151-162, doi:10.1530/REP-13-0232.
78. Zákon, kterým se mění zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a další související zákony, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 71, s. 1994-2012. ISSN 1211-1244.
79. Zákon č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů, 2008. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 123, s. 5873-5893. ISSN 1211-1244.
80. Zákon, kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 106, s. 3362-3374. ISSN 1211-1244.
81. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, 2008. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 109, s. 5206-5247. ISSN 1211-1244.

8 Přílohy

Příloha 1 Seznam otázek ke kvalitativnímu výzkumu

Dobrý den,

jmenuji se Eva Sýkorová a jsem studentkou třetího ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Název mé bakalářské práce je „Perinatální ztráta z pohledu porodní asistentky“. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o rozhovor, který bude sloužit jako podklad k mé bakalářské práci. Zajímalo by mě, jak pečují porodní asistentky ve vašem zařízení o ženy s diagnózou mrtvého plodu po přijetí na oddělení, během porodu a po porodu, a jaké možnosti rozloučení se s dítětem mají ve vašem zařízení rodiče po porodu mrtvého plodu.

Informace získané z rozhovoru s Vámi zůstanou anonymní a budou použity pouze k vypracování této bakalářské práce.

Kolik je Vám let?

Jaké dokončené nejvyšší vzdělání máte?

Jak dlouho pracujete v oboru porodní asistence?

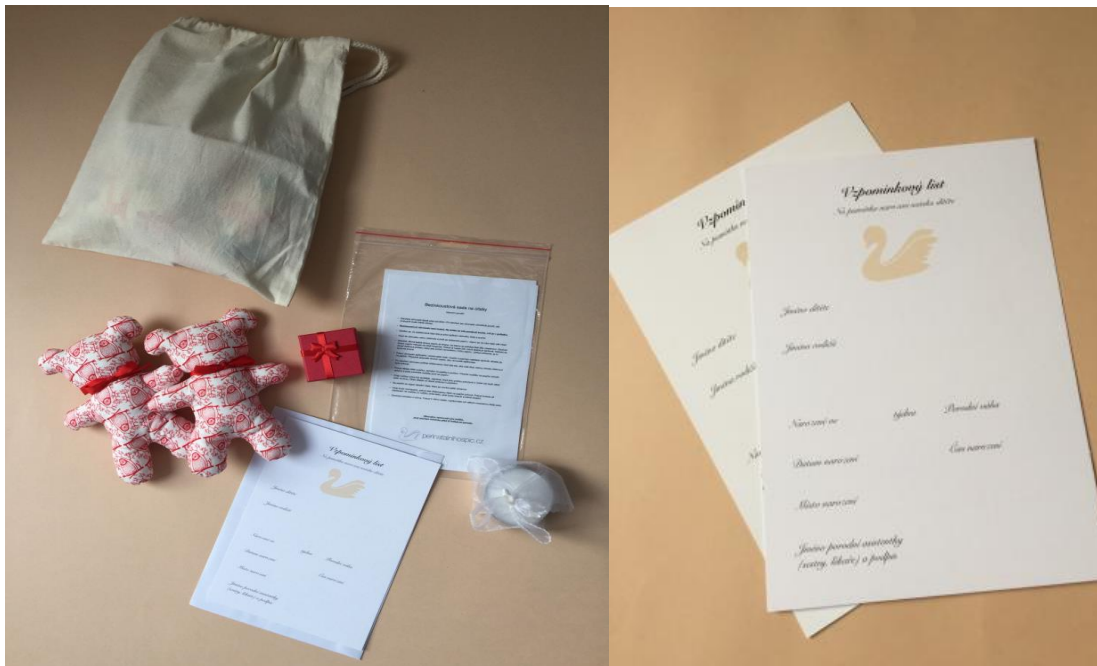
Kolikrát jste se setkala s porodem mrtvého plodu během Vaší praxe v oboru?

1. Pokud je ve vašem zařízení u ženy diagnostikováno nitroděložní úmrtí plodu, kdo ženě tuto informaci sděluje a jakým způsobem?
2. Můžete mi popsat příjem ženy s diagnózou mrtvého plodu?
3. Jakým způsobem chráníte soukromí ženy s touto diagnózou při hospitalizaci?
4. Má žena možnost využít během hospitalizace ve vašem zařízení přítomnosti blízké osoby a pokud ano, využívá ji?
5. Prosím popište mi, jakým způsobem pečuje porodní asistentka o ženu s diagnózou mrtvého plodu po přijetí na vaše oddělení, během porodu a po porodu?
6. Jakým způsobem pečujete o bolest pacientky v průběhu porodu mrtvého plodu?
7. Jaké možnosti rozloučení se s dítětem mají rodiče ve vašem zdravotnickém zařízení a kdo jim informace o těchto možnostech podává?

8. Kde ve vašem zařízení probíhá rozloučení rodičů s jejich dítětem?
9. Jak a kým je zajištěna péče o mrtvorozené dítě?
10. Jaký je váš názor na možnost rodičů rozloučit se s dítětem v souvislosti s procesem truchlení?
11. Jaké vzpomínkové materiály na dítě poskytuje vaše nemocnice?
12. Jakým způsobem je žena/rodiče informována o možnosti pojmenování a pohřbení dítěte a kdo ženě/rodičům tuto informaci podává?
13. Jak edukujete ženu po perinatální ztrátě před propuštěním do domácího prostředí?
14. Co je pro Vás z pohledu porodní asistentky nejdůležitější při péči o ženu s nitroděložním úmrtím plodu?
15. Jak jste se během své praxe odborně připravovala na péči o ženu po perinatální ztrátě a jak Vás na péči o ženu s touto diagnózou připravila škola?
16. Je něco, co byste ve svém přístupu při péči o rodičku s diagnózou mrtvého plodu chtěla změnit?

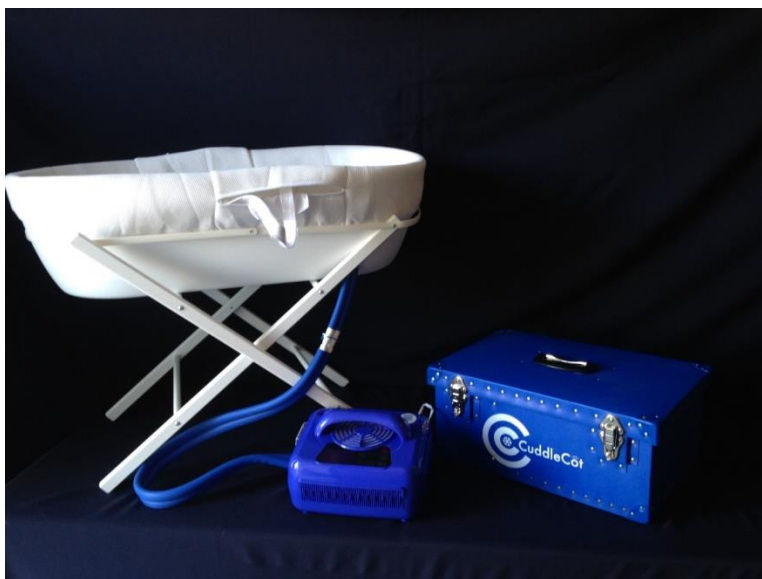
Příloha 2 Obrazová příloha

Obrázek 1: Vzpomínkový balíček



Zdroj: *Vzpomínkový balíček: perinatální hospic* [online]. Perinatální hospic: Perinatální hospicová a paliativní péče [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <https://perinatálníhospic.cz/vzpomínkové-balíčky/>

Obrázek 2: CuddleCot



Zdroj: Obrázek dostupný z: <http://flexmort.com/wp-content/uploads/2017/09/New-CC-Main-photo.jpg>

9 Seznam zkratek

APA	antifosfolipidové protilátky
CRP	C-reaktivní protein
CTG	kardiotokograf
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulopatie
HELLP	hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count
KO	krevní obraz
P	pulz
PA	porodní asistentka
PÚ	perinatální úmrtnost
RhD	protilátky anti-D
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
TORCH	toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes virus
USG	ultrasonografické vyšetření
VDRL	Výzkumná laboratoř venerických chorob
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky