

UNIVERSITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD  
Ústav porodní asistence

**Porod mrtvého plodu**  
**Bakalářská práce**

**Irena Stromšíková**

**Vedoucí práce:** Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

OLOMOUC 2012

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně, pod vedením garanta práce a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury. Souhlasím s využitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci, dne 24. 4. 2012

-----

Irena Stromšíková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za ochotu, vstřícnost, její cenné rady, zkušenosti a všem, kteří mne v práci podporovali.

## **ANOTACE**

### **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Název práce v ČJ:** Porod mrtvého plodu

**Název práce v AJ:** Delivery of dead fetus

**Datum zadání:** 20.1.2012

**Datum odevzdání:** 4.5.2012

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

**Autorka práce:** Irena Stromšíková

**Vedoucí práce:** Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

**Klíčová slova v ČJ:** Syndrom mrtvého plodu, psychika ženy, intrauterinní smrt plodu, truchlení

**Klíčová slova v AJ:** **Syndrom of dead fetus, woman's mental condition, endouterine death of fetus, mourning**

#### **Abstrakt v ČJ:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou porodu mrtvého plodu. Popisuje diagnózu mrtvého plodu, příčiny, které mohou vést k této diagnóze, prevenci, ošetrovatelskou péči. Pojednává o stresu a smutku, který prožívá rodička s partnerem, ale i ošetřující personál. Zdůrazněná je psychika ženy a muže, ale zahrnuje i vymezení základních definic, právní aspekty v porodnictví a etické chování zdravotnického personálu.

#### **Abstrakt v AJ:**

Bachelor's work deals with questions around still birth. Describes diagnosis of dead fetus, reasons which could lead to such a diagnosis, prevention, nursing. Deals with anxiety and sadness of woman in childbed and her partner and also nursing staff. Woman's and man's mental condition is emphasized, but also covers delimitation of basic definitions, legal aspects in obstetrics and ethics code of medical staff.

## Obsah

ÚVOD .....	6
1. Intrauterinní smrt plodu .....	8
1.1. Příčiny nitroděložního úmrtí plodu .....	9
1.2. Diagnóza nitroděložního úmrtí.....	10
1.3. Subjektivní známky matky .....	10
1.4. Objektivní známky .....	10
1.5. Vyšetření ženy.....	11
1.6. Sdělení diagnózy rodičce .....	11
1.7. Volba aktivní versus konzervativní péče .....	12
1.8. Psychika ženy a její reakce.....	13
1.9. Smutek a truchlení.....	14
1.10. Vývoj rituálů při porodu mrtvého plodu v historii a dnes .....	15
1.11. Období konce 19. a počátku 20. století .....	15
1.12. Období po druhé světové válce .....	16
1.13. Období konce 20. století.....	16
1.14. Současnost.....	17
1.15. Úloha truchlení .....	18
1.16. Strach, úzkost .....	18
1.17. Beznaděj, bezmoc.....	19
1.18. Stádia smutku .....	19
1.19. Pohřbívání .....	19
1.20. Reakce otce .....	20
1.21. Reakce sourozenců .....	21

1.22.	Nové těhotenství.....	22
1.23.	Psychologická pomoc.....	23
1.24.	Skupiny vzájemné pomoci .....	24
2.	Péče porodní asistentky o rodičku při příjmu na porodní sál .....	25
2.1.	Péče porodní asistentky o rodičku v I. době porodní .....	26
2.2.	Vedení porodu .....	27
2.3.	Péče porodní asistentky o rodičku ve II. době porodní .....	27
2.4.	Péče porodní asistentky o rodičku ve III. a IV. době porodní.....	28
2.5.	Péče o klientku v šestinedělí .....	28
2.6.	Sdělení výsledků pitvy .....	30
2.7.	Ošetrovatelské diagnózy u těhotné s mrtvým plodem .....	30
2.8.	Psychika porodní asistentky a její reakce.....	31
2.9.	Poskytnutí krizové intervence .....	32
2.10.	Etické chování zdravotníků.....	33
	ZÁVĚR.....	34
	Seznam bibliografických citací .....	37
	Přílohy .....	40

# ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku porodu mrtvého plodu. Zkoumaným problémem je, jak dalece situace při porodu mrtvého plodu působí na psychiku matky, ale také jak v těchto velmi těžkých a traumatizujících chvílích zvládají zátěž porodní asistentky a ostatní zdravotnický personál. Byly stanoveny dvě dílčí oblasti zkoumaného problému.

Cíl 1: Předložit poznatky o vlivu porodu mrtvého plodu na psychiku matky

Cíl 2: Předložit poznatky o tom jak se porodní asistentky vyrovnávají se zátěží při porodu mrtvého plodu.

Bibliografické citace vstupní studijní literatury:

1. HÁJEK, Z. Rizikové a patologické těhotenství. 1.vyd.Praha:Grada Publishing,a.s., 2004.444s.ISBN 80-247-0418-8
2. RATISLAVOVÁ, K. Aplikovaná psychologie porodnictví. 1.vyd. Praha:Reklamní ateliér Area,2008.106s.ISBN 20080930
3. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK,I. a kol.Intenzivní péče o novorozence. 1.vyd.Brno:NCO NZO 2007.403s. ISBN 978-80-7013-447-4
4. COLIN MURRAY PARKES, MARILYN RELF, ANN COULDRICK, 1996. Společnost pro odbornou literaturu, o.s., 2007. ISBN 978-80-87029-23-7
5. KÜBLER-ROSS, E. O dětech a smrti.Vyd.naklad. ERMAT Praha, s.r.o v Praze 2003.ISBN 80-903086-1-9

Vyhledávací strategie: bylo vyhledáváno použitím vyhledávače Google scholar, Google c.z. dle klíčových slov – syndrom mrtvého plodu, intrauterinní úmrtí, psychika ženy, truchlení. Dále jsem vyhledávala poznatky v recenzovaných časopisech pomocí databází Medline, Pubmed, Medvik. V těchto databázích bylo nalezeno více než tři tisíce článků. V databázi Medvik 117 a v databázi Pubmed celkem 56 článků. Z toho byly použity jen některé, z důvodu vztahu k tématu. Další byly vyřazeny, jelikož se netýkaly stanoveným cílů. Podle zadaných klíčových slov bylo vyhledáno 56 článků v anglickém a slovenském jazyce.

Byla vypracována rešerže v Lékařské knihovně Tomáše Bati ve Zlíně a ve Vědecké knihovně v Olomouci za období od roku 1998 do roku 2012. Zde bylo vyhledáno 28 článků dle zadaných klíčových slov, ale jen část z nich se týká daného tématu a stanovených cílů.

Práce je členěna do dvou kapitol. První kapitola popisuje psychiku ženy při porodu mrtvého plodu, jeho diagnózu, příčiny, známky, proces truchlení, rituál rozloučení. Zdůrazněna je také psychika otce a sourozenců. Druhá kapitola podává informace o práci porodní asistentky v jednotlivých dobách porodních, jejím etickém přístupu, zvládnání psychické zátěže, ošetrovatelských diagnózách. Součástí práce jsou uvedeny zdroje bibliografických citací a také kazuistika k tomuto tématu práce.



# 1. INTRAUTERINNÍ SMRT PLODU

Porod mrtvého dítěte je mimořádně složitou situací nejen pro matku a otce, ale také pro profesionála, který o ně v této velmi těžké chvíli pečuje. Při sebevětším rozvoji porodnické péče se nedosáhne nikdy takových kvalit, které by vyloučily tuto situaci. Rodiče, stejně jako zdravotníci, očekávají narození zdravého a živého dítěte. V opačném případě, jde o ztrátu tohoto očekávání, ke které se přidávají ještě další ztráty (Křemenová, 2009, s. 98).

Při vyslovení tohoto tématu přepadají člověka různé myšlenky. Některým naskočí husí kůže, jsou zmatení, jiní zase pociťují zděšení a smutek. Nejen tyto pocity, ale i spoustu dalších popisuje laická veřejnost, zdravotnický personál a také studenti. Avšak co o této problematice víme? Není tato problematika pro veřejnost tabu? Jsme na takovou situaci připraveni? A jak se s touto situací vyrovnávají rodiče, kteří prožívají silnou bolest a nebyli na něco takového připraveni a také samotné porodní asistentky? Na jedné straně musí zachovat profesionální přístup, ale na straně druhé převládají emoce.

Bohužel k práci porodní asistentky patří i chvíle, kdy na porodní sál přichází žena s fyziologickým průběhem těhotenství, ale při přijetí k porodu, porodní asistentka ozvy plodu nezachytí. Nastává velmi stresující situace, která iniciuje rychlou reakci a provedení dalších diagnostických metod, přitom musí mít stále na vědomí ochránit ženu před necitlivým sdělením pravdy. Musí spolupracovat s ženou, případně mužem, i s lékařem tak, aby nedošlo k poškození rodičů vlivem stresu, který porodníci prožívají a hledají vhodná slova ke sdělení diagnózy. Jak vysvětlit, že dítě, které očekávali a těšili se na ně, zemřelo? V procesu vzdělávání se učíme komunikovat s klienty, ale v momentu setkání se s realitou nenacházíme dost rozumných citlivých slov, metod a gest, kterými bychom situaci profesionálně řešili a byli rodičům, ale i sobě navzájem oporou (Křemenová, 2009, s. 98-99).

K intrauterinní smrti plodu většinou dochází neočekávaně. Čím neočekávaněji a čím blíže termínu porodu smrt plodu nastane, tím je psychické trauma pro ženu větší, ale nejen pro ni, i pro partnera a ostatní blízké v rodině. Velmi delikátní záležitostí je sdělení této nepříjemné diagnózy, uvádí (Vavřínková, 2010, s. 59).

Diagnóza bývá nejčastěji stanovena při ultrasonografickém vyšetření. Tuto informaci by měl pacientce sdělit vedoucí lékař oddělení, a pokud žena přichází v přítomnosti partnera, měl by být sdělení rovněž přítomen.

Při zjištění mrtvého plodu a jeho porodu mohou nastat komplikace, které závažně ohrožují zdravotní stav i život matky. Pod tento syndrom, jak uvádí Hájek (2004, s. 373-374) se zařazují podle novely zákona všechna úmrtí v těhotenství a za porodu, kdy se narodí plod o hmotnosti vyšší než 500 gramů bez známek života (srdeční akce, pohyb, dech, křik). Dále také uvádí, že zadržením mrtvého plodu v děloze mohou nastat komplikace, které ženu bezprostředně ohrožují na životě. Při odumření plodu dochází k vyplavení tkáňového faktoru do oběhu matky a tím k rozvoji DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie). Tento stav se vyvine ve 25-30% případů a infekce matky stav výrazně zhoršuje (Hájek, 2004, s. 373-374).

## **1.1. PŘÍČINY NITRODĚLOŽNÍHO ÚMRTÍ PLODU**

Příčiny můžeme rozdělit na odvratitelné, neodvratitelné a velmi obtížně odvratitelné.

Mezi odvratitelné příčiny patří podle Bindera (2007, s. 61) např. diabetes, preeklampsie, hypertenze, Hellp syndrom dále, neodvratitelné sepse, hydrops plodu a obtížně odvratitelné nehody, úrazy, abrupce placenty, nejasná příčina. V problému mrtvorozenosti hrají také úlohu dva zvláštní faktory: vyšší věk rodiček a větší plánovitost rodičovství. S vyšším věkem si ženy přinášejí do těhotenství více chronických onemocnění, obzvlášť stoupá množství hypertoniček a diabetiček. Druhý faktor je spojen s nízkou fertilitou. Ženy plánují těhotenství mnohem pečlivěji.

Narození dítěte by mělo zapadat jako kamínek do mozaiky a být přesně načasováno. Pokud se tak nestane je nezdar brán tragičtější než v minulosti (Binder, 2007, s. 61).

Na rozdíl od Bindera (2007, s. 61) rozděluje tyto příčiny Hájek (2004, s. 373) na příčiny:

Ze strany matky.

Ze strany plodu.

Placentární a pupečnickové.

Možná rizika se mění v závislosti na gestačním stáří plodu. Ve 26. týdnu gestace je riziko 1/150, ve 37. týdnu klesá na 1/350 a v termínu porodu se uvádí riziko 1/475. V období po termínu porodu se riziko zvyšuje a ve 43. týdnu gestace je 1/375. V posledních 30 letech se příčiny úmrtí plodu změnily. V současnosti jsou zaznamenána ojedinělá úmrtí intrapartální. Ke snížení incidence došlo díky monitorovací technice. S rozvojem diagnostických možností došlo k poklesu úmrtnosti na Rh-izoimunizaci.

Nedaří se však snížit antenatální úmrtnost plodů v případech rozvinuté intraamniální infekce a v případech spojených s abrupcí placenty (Hájek, 2004, s. 373).

## **1.2. DIAGNÓZA NITRODĚLOŽNÍHO ÚMRTÍ**

Obvykle přichází těhotná žena do gynekologické ambulance s pocitem změny frekvence či intenzity vnímání pohybů plodu jak uvádí Binder (2007, s. 62) ve svém článku. Často ve dveřích gynekologické ambulance rozrušeně říká matka porodní asistentce: „Dnes se nějak málo hýbe, mám strach, zdali je vše v pořádku“ (Kučera, 2011). Kučera (2011) se s Binderem (2007, s. 62) ztotožňuje, že se jedná o údaj velmi nespolehlivý a ovlivněný stupněm anxiózy těhotné ženy. Současnou nejspolehlivější metodou k potvrzení či vyloučení diagnózy intrauterinního úmrtí je ultrasonografické vyšetření. Při potvrzení diagnózy je žádoucí ukončit těhotenství co nejdříve, vzhledem k rozvoji možných komplikací.

## **1.3. SUBJEKTIVNÍ ZNÁMKY MATKY**

Ženy mohou pociťovat ochablost napětí prsou, únavu. Dále mohou mít subfebrilie, snížené vnímání nebo úplné vymizení pohybů, výtok, krvácení, děložní kontrakce. Někdy těhotná udává pocit cizího tělesa v břiše, mrazení. Může se objevit nechutenství, bolest v zádech, podbřišku, uvádí Binder (2007, s. 62) a další autoři (Hájek 2004, s. 374; Kučera 2011), se s ním ztotožňují.

## **1.4. OBJEKTIVNÍ ZNÁMKY**

Za objektivní známky nitroděložního úmrtí považuje Kučera (2011) nepřítomnost ozev plodu stetoskopem, doplerovým snímačem, kardiokografem, nepřiměřená vzdálenost symfýza-fundus ve vztahu k délce těhotenství, nezvětšující se děloha, nadměrný váhový příbytek nebo úbytek na váze a výsledky biochemického screeningu. Nejdůležitějším ukazatelem je ovšem ultrazvukové vyšetření, prokazující asystolii a dilataci srdce. Pokud je plod mrtvý déle jak 7 dní, na ultrazvuku můžeme pozorovat střečovité překrývání lebních kostí, které se nazývá Spaldingovo znamení. Rovněž je porušeno držení těla. Při amnioskopickém vyšetření zjišťujeme červeně zbarvenou plodovou vodu. Dříve se používalo v diagnostice i rentgenové vyšetření, které po 24 hodinách zobrazovalo nahromadění plynů v aortě a její projasnění –

Holmsovo znamení. Po delší době úmrtí plodu, lze v jeho podkoží rozpoznat hyperechogenní proužek, který se vytvoří vlivem autolatických procesů (Kučera, 2011).

## **1.5. VYŠETŘENÍ ŽENY**

Je nutné zhodnotit celkový stav pacientky vzhledem k jejímu aktuálnímu stavu. Existuje rutinní vyšetření, které se provádí u žen s mrtvým plodem při příjmu ženy

Toto vyšetření zahrnuje změření tělesné teploty, pulsů a krevního tlaku a dále zevní a vnitřní porodnické vyšetření, ultrazvukové vyšetření, vyšetření plodové vody na karyotyp plodu, eventuálně aerobní a anaerobní infekce a bakteriologickou kultivaci z hrdla a pochvy. Pokud je genetikem indukováno, provádí se i rentgenový snímek plodu in utero. Dále porodní asistentka provede odběr krve. Zajímá nás krevní skupina, protilátky, krevní obraz, trombocyty, C-reaktivní protein, velké hemokoagulační vyšetření, jaterní testy, ionty v séru, glykémie nalačno, nepřímý Coombsův test a vyšetření na trombofilii. Lékař by měl provádět vyšetření co nejšetrněji, s maximálním ohledem na ženu (Hájek, 2004, s. 375).

## **1.6. SDĚLENÍ DIAGNÓZY RODIČCE**

Časový interval mezi vyšetřením, stanovením diagnózy a porodem, je pro ženu obdobím velké úzkosti (Binder, 2007, s. 62). Binder (2007, s. 62) se zmiňuje o tom jak je velmi důležité kdy, kdo, jak a kde bude tuto nepříjemnou diagnózu sdělovat rodičce. Je nadmíru nutné dodržet etická pravidla. Informaci by měl matce sdělovat služebně nejstarší lékař, tedy primář, vedoucí porodního sálu nebo lékař vykonávající hlavní službu. Měl by být také přivolán k vyšetření ženy.

S ním se ztotožňuje i další autor, který uvádí, pokud těhotnou doprovází partner nebo některý člen rodiny, měl by být také přítomen při sdělování diagnózy. Přítomnost dalších osob ve smyslu mediků, studentek jak vysokoškolského tak středoškolského studia, je považováno za nepřijatelné. Veškeré informace poskytované personálem pracoviště by měly být pro oba rodiče jasné, shodné, nespekulativní a srozumitelné. Jak toho dosáhnout nejvhodnější cestou je, redukovat počet osob, pověřených k podávání informací na minimum. Po sdělení této diagnózy žena i její partner potřebují čas a soukromí. Některé ženy se chtějí vrátit domů třeba jen na krátký čas (Murray, 1998, s. 358).

## 1.7. VOLBA AKTIVNÍ VERSUS KONZERVATIVNÍ PÉČE

„Po odumření plodu nepřevažují ze somatického hlediska při patřičných způsobech indukce porodu prospěch ani riziko indukce nad výsledky konzervativní péče. Výhody a nevýhody obou přístupů závisejí téměř výlučně na jejich emociálních a psychologických účincích. Nejlepším soudcem je žena sama a ona si má vybrat. Lékař jí má pomoci poskytnutím potřebných informací. Žena má být ujištěna, že kterýkoliv zvolený postup bude proveden s nejmenším možným tělesným i duševním dyskomfortem. Předpoklad, že všechny ženy si přejí co nejrychlejší metodu porod, když jejich dítě intrauterinně umřelo, je chybný. Pro některé ženy jsou nejistota a následné rozpoznání odumření plodu nejhoršími okamžiky. Další nošení mrtvého plodu jim ještě stále umožňuje pocit blízkosti dítěte, které ztratí, hned jak se narodí“ (Murray, 1998, s. 193).

Pokud lékař rozhodne o indukci porodu bez konzultace nebo přes účasti partnerů mohou toto rozhodnutí rodiče považovat za hledání rychlého řešení nebo za jakousi kompenzaci viny. Většina žen usiluje o co nejrychlejší ukončení těhotenství. Některé dokonce vyžadují provést císařský řez. Rozhovor o faktech a možných alternativách přináší ženě a jejímu partnerovi porozumění. Často pomůže rozptýlit pocity vzteku, které měli na začátku, podezření, nepatřičnosti nebo viny, které stejně jako ženy pociťují také všichni lékaři a ošetřující personál při vyslovení smutné diagnózy. Absence jakékoliv intervence je hlavní předností konzervativního postupu. Žena tak může zůstat doma, vyhnout se výkonům, které mohou být riskantnější a méně účinné, než se předpokládalo. Hlavní nevýhoda konzervativní péče je psychologická a zpravidla souvisí dlouho trvajícím obdobím, po které mrtvé dítě žena nosí. Nejen žena sama, ale někdy i její příbuzní nabývají dojmu, že uvnitř se dítě rozkládá a tím vyloučené toxiny jsou pro ženu nebezpečné. Přesto, že tato snaha nebývá vždy úspěšná je důležité rozptýlit takovéto obavy. Porucha krevního srážení je jediným nebezpečím konzervativního postupu. Pokud bylo příčinou odumření plodu odlučování placenty je tato porucha nejpravděpodobnější. Vzácné jsou poruchy koagulace, vázané na jiné příčiny odumření plodu. Většinou za tyto poruchy je odpovědná hypofibrinogenemie, která vzniká velmi pomalu a je jen zřídka klinicky významná v prvních čtyřech až pěti týdnech po úmrtí plodu. Doba, kdy se klinicky významné změny v mechanismech koagulace objeví, existuje reálná šance, že začne porod. Výhoda aktivního postupu při péči o rodičku s mrtvým plodem je, že přání ukončit těhotenství, které už ztratilo svůj smysl, se splní. Stanovit diagnózu

postmortem je možné vzhledem k tomu, že nedochází k maceraci. Se způsobem aktivního postupu souvisí nevýhody, jakým je těhotenství ukončeno. Účinnost a bezpečnost užitých metody, při indukci porodu je rozhodujícím faktorem pro posouzení v hodnosti tohoto postupu (Murray, 1998, s. 193).

## **1.8. PSYCHIKA ŽENY A JEJÍ REAKCE**

Silný vztah mezi matkou a dítětem se vytváří již po objevení prvních pohybů plodu. U prvorodičky hovoříme o 20. týdnu gravidity, u vícerodičky v 18 týdnu gravidity. Jedná se o moment velmi významný pro matku, ale i pro ostatní členy rodiny. Plod se stává pro rodinu osobou, prohlubuje se rodičovské očekávání a děťátko se stává pro rodinu víc a víc skutečné. Na porodním sále a novorozeneckém oddělení se většinou setkáváme s radostí, pocity štěstí, lásky a naplnění, které doprovázejí radostnou událost jako je příchod děťátka na svět. První pláč novorozence vyvolává radost nejen u rodičů, ale i u personálu. V naší praxi se bohužel, i přes kvalitní perinatální péči, setkáváme i s opačnou situací, kdy porod nekončí pláčem děťátka. Narození mrtvého plodu jim bere všechna tato očekávání a naděje. Je to prudký zásah do identity ženy, která ačkoliv prožila těhotenství a porodila dítě, nestala se oficiálně matkou (Špatenková, 2011, s. 23). Žena i její partner se náhle ocitají ve fázi šoku, paniky, zděšení, pocitu bezradnosti. Tyto reakce svědčí o obranném psychickém mechanismu popření. Odpovědi na šok jsou velmi individuální. Velkou roli hrají osobnostní rysy člověka a prostředí. Jsou doprovázeny emočními změnami, čímž rozumíme emoční výbuch nebo naopak emoční záraz. Dále zúžení zorného pole, kdy vnímání je zlomkovité, a převládá nesoustředěnost, projevy regrese až dětské závislosti, panické reakce projevující se pobíháním až útekem, popřípadě útočná reakce až agrese, buď k vlastní osobě či k okolí. V prvních chvílích se většinou rodička cítí emočně otupělá. Vše je pro ni neskutečné, cítí se osamělá, vzdálená od ostatních. Proto je důležité, aby v této traumatické a ve většině případů nečekané události nebyla žena sama. Vhodný je i fyzický kontakt: např. držet ženu za ruku, být fyzicky blízko, být k dispozici (Ratislavová, 2008, s. 76).

Jak už je výše uvedeno, narození mrtvého dítěte přináší smutek, který má dvě stránky, jak uvádí Murray (1998, s. 355), akutní a chronickou. Mezi akutní příznaky patří: epizody neklidu, záchvaty zlosti a úzkost. Chronické, vznikají až později: špatné nálady, pocity ztráty smyslu života, společenská uzavřenost, zhoršení paměti a soustředěnosti, nechutenství a

poruchy spánku. Tyto příznaky jsou typické u lidí, kteří jsou postiženi těžkou ztrátou, když si uvědomí realitu ztráty dítěte a psychologické důsledky přerušování vztahu k mrtvému dítěti. Tento proces je nutný k tomu, aby mohli dále žít a neztratili smysl života, i když, může trvat měsíce i roky. Výsledek závisí na osobnosti člověka, na jeho životních zkušenostech a na okolnostech, za jakých k úmrtí dítěte došlo. Také na efektivitě podpůrné síly, která tyto lidi obklopuje (Murray, 1998, s. 355).

## **1.9. SMUTEK A TRUCHLENÍ**

Smrt dítěte je nutno odtruchlit ,tak jako každou jinou smrt. Truchlení je reakce potřebná k tomu, abychom se vyrovnali se ztrátou blízkého, přijali ji, smířili se s ní a s ohledem na ni začali nový život. Truchlení se projevuje na úrovni emocionální, tělesné, kognitivní a na úrovni chování a jednání truchlících osob. Je to komplexní prožitek. Je potřeba mít na mysli, že všechny tyto pocity, prožitky, myšlenky jsou normální. Cesta časem zármutku může být velmi těžká a taky různě dlouhá. Je potřeba vytrvalost, trpělivost a dostatečně dlouhý čas. V období truchlení přicházejí emoce, ke kterým patří: smutek, sklíčenost, strach, úzkost, beznaděj, hněv, sebeobviňování, osamělost. Na tělesné úrovni se truchlení projevuje pocitem sevřeného hrdla, únavou, nespavostí, nedostatkem energie. Postižený odmítá skutečnost, může být zmatený, vtírají se mu depresivní myšlenky. Změny v chování a jednání se projeví vyhýbáním se sociálním kontaktům, někdy úniku k alkoholu nebo jiným návykovým látkám (Vodáčková at al., 2002, s. 234).

Zármutek z perinatálního úmrtí se nijak neliší od smutku po smrti milované osoby, jsou však některé zvláštní okolnosti, které je třeba zvážit, uvádí Murray (1998, s. 356). Pozůstalí rodiče nejen že pociťují úzkost i zlost, ale případně také mohou obviňovat ošetřující personal, sami sebe nebo ostatní členy rodiny. Rodiče často chtějí znát příčinu smrti svého dítěte. V případě, kdy můžeme nalézt vysvětlení v extrémní nezralosti nebo vrozené vadě, vše snadněji přijímají. Pocit „prázdne náruče“ je běžný stresující příznak, který se objevuje po vymizení otupělosti. Matky taky často uvádí, že slyší své mrtvé dítě plakat. Jsou někteří pozůstalí rodiče, kteří mají negativní postoj k jiným dětem a bojí se, aby neztratili sebekontrolu a naopak, jiní touží držet jakékoliv jiné dítě v náručí, ať je to bolí sebevíc. Většinou v matkách převládá pocit, že selhaly jako ženy i manželky a ztrácejí sebevědomí. Velká většina rodičů nepatřila dříve mezi pozůstalé a má problémy s komplikovanými

postupy na matrice, při pohřbu. Tyto dojmy mohou posílit dobře míněné rady zdravotníků, příbuzných a přátel. Všechny projevy truchlení jsou normální, nejedná se o znaky duševního onemocnění. Truchlení bývá přirovnáno k procesu hojení rány (Murray, 1998, s. 356).

### **1.10. VÝVOJ RITUÁLŮ PŘI PORODU MRTVÉHO PLODU V HISTORII A DNES**

„Narození a smrt jsou jedinými mezníky lidského bytí. Proto mají oba krajní body v životě jedince ve všech kulturách pro jednotlivce i společnost zásadní význam. Lidé, aby nad úzkostí ze smrti získali kontrolu, využívají rituálu, domnívá se ve svém vědeckém článku antropolog Malinowski (in Ratislavová, Beran, 2010, s. 462). Jedná se o přechodové rituály. Rituál je způsobem formalizovaného, ustanoveného chování, který většinou řídí průběh přechodu do sociální role, která je změněná a tak truchlícím poskytuje čas na zpracování ztráty, dokladuje změny v jejich chování a k poskytování psychologické opory shromažďuje sociální okolí. V zahraničních publikacích se pojmu rituál běžně používá k postupům nebo zvyklostem a pro označení intervencí, které se v souvislosti péče o truchlící rodiče při perinatální ztrátě objevují (Ratislavová, Beran, 2010, s. 462).

Příchod dítěte na svět by měl být pro každou ženu radostnou událostí. V případě porodu mrtvého plodu nastává chvíle, kdy se páru mění situace ve zmar a ve zklamání. Nejen rodiče, ale i personál na porodním sálu prožívají negativní emoce velmi intenzivně. Se smrtí jsou konfrontováni jako kontrastem zrození. Rituály by měly plnit při perinatální ztrátě podpůrnou a ochrannou funkci. Dodávají, nad takovou velmi těžkou situací, pocit kontroly.

### **1.11. OBDOBÍ KONCE 19. A POČÁTKU 20. STOLETÍ**

V Evropě umíralo před koncem 19. století kolem 150-200 dětí z tisíce živě narozených v průběhu prvních let života. Před desátým rokem života umíralo dvakrát více dětí v chudých rodinách jak v bohatých. Do roku 1910, i přes velký důraz na hygienu a péči o zdraví, umírá do deseti let věku každé druhé až třetí dítě z deseti živě narozených. V těchto letech začala být v Anglii evidována novorozenecká úmrtnost. Budoucnost dítěte nebyla jistá a vazba mezi dítětem a rodičem zřejmě nebyla tak silná, jako dnes. Nepokřtěné malé děti byly pohřbívány skromně a často anonymně. Podle Camerona, který píše ve svém vědeckém článku, byla mateřská úmrtnost před druhou světovou válkou a během ní vysoká a proto smutek ze ztráty



dítě zastírala (Cameron in Ratislavová, Beran, 2010, s. 763). Vlivem vysoké perinatální a mateřské úmrtnosti byla společnost v té době ke ztrátě „imunní“. Celkově byla situace ovlivněna těžkými životními ztrátami a zkušenostmi z války. V tehdejší době není popisována podpora rodičů po smrti dítěte, ani truchlení.

## **1.12. OBDOBÍ PO DRUHÉ SVĚTOVÉ VÁLCE**

(Ratislavová in Beran, 2010, s. 463) zmiňují ve svých vědeckých poznatcích, že po druhé světové válce v prvních letech nebyla celostátně evidována perinatální úmrtnost. Péče o rodičku byla během padesátých let přesunuta do nemocničních zařízení. V tomto období zajišťovaly péči o těhotné perinatální poradny. Ve zdravotně sociální oblasti docházelo k podpoře. V zahraniční lékařské literatuře se v roce 1950 objevují první zmínky o psychice rodičů při ztrátě dítěte po porodu. Pocity otce se nikdo nezabýval. Očekávalo se od něj, aby partnerku podpořil a pomáhal s jejím uzdravením. Ženy měly málokdy možnost vidět své mrtvorozené dítě. V tomto období bylo zvykem dítě co nejrychleji odnést a matku pohledem na ně netraumatizovat. Naopak byla žena k potlačení ztráty povzbuzována a ztracené dítě nahradila dalším těhotenstvím.

## **1.13. OBDOBÍ KONCE 20. STOLETÍ**

Snižuje se počet dětí v rodině, snižuje se porodnost a taky perinatální úmrtnost. Začíná být při perinatální ztrátě zdůrazňovaná osobní ztráta a ztráta rodičovské role. Odborná zahraniční literatura uvádí diskuse o potřebách matek své dítě držet, vidět, pojmenovat si jej. Spousta žen, které uvěřily autoritám, litovaly, že své dítě neviděly, nedržely, nerozloučily se s ním. Se ztrátou se velmi těžce smiřovaly. Klade se důraz na význam budování reálné představy o dítěti. Důležitý je pro započetí zdravého procesu truchlení. Rodiče mají potřebu o ztrátě dítěte mluvit, shromažďovat vzpomínkový materiál (fotografie, otisk ručky, nožky, náramek se jménem). U nás v době před společenskými změnami bylo toto téma tabu a obecně v této době to platilo i o otázce smrti. Od roku 1990 se porod stává bezpečnějším, snižuje se perinatální úmrtnost. Důraz se klade na holistickou péči a začíná se rozvíjet proces humanizace zdravotnictví. Na počátku 21. století se o smrti a umírání nemluví jako o tabuizaci, ale o nové cestě „dobrého“ umírání a truchlení. S umíráním v domácím prostředí jsme se nesetkávali po tři generace a často bezradný býval i nemocniční personál. „Přirozená

a všudypřítomná nejistota z formy umírání je násobena jistotou odritualizované smrti. U lůžka nemocného bude buď neznámý profesionál, nebo zúskostnělý člen rodiny. Oba se opakovaně budou ptát, co mají dělat“ (Haškovcová in Ratislavová, Beran, 2010, s. 463-464). Ve vědeckém článku na toto téma se zmiňuje Haškovcová (in Beran, 2010, s. 464) o přínosu rituálů při perinatální ztrátě. Nejvíce se o těchto možnostech mezi odborníky diskutuje ve Skandinávských zemích a Anglii. Je velmi kladen důraz na úkol porodní asistentky, která je v těchto chvílích s rodiči v nejužším kontaktu a během celého porodu a v šestinedělí jim poskytuje psychosociální podporu. Žena může dítě nejen vidět a rozloučit se s ním, ale začíná se rozšiřovat nabídka vzpomínkových předmětů. Nejen shromažďování fotografií, pramínku vlasů, otisku ruky nebo nožky, ale také je obohacen kontakt s dítětem o koupání, oblékání dítěte, popřípadě braní dítěte domů. Doporučuje se také, pro zdravý proces truchlení, sepsání myšlenek do dopisu. Personál, doprovázející rodiče, začíná být přesvědčen o přínosu rituálů. Názory na tento problém jsou různé, jak dále uvádějí autoři. Závěry výzkumu potvrdily, že skupina žen, která své dítě po porodu mrtvého plodu držela, byla více deprimovaná než ta, která je jen viděla a ženy, které své dítě viděly, cítily větší úzkost a známky posttraumatické poruchy než ženy, které je neviděly. Dále také autoři uvádí, že fyzický kontakt s mrtvým dítětem může být v budoucnu spojen s narušením vztahu mezi matkou a dítětem v dalším těhotenství. Jiná studie zase dokazuje, že rodiče, kteří na své dítě mají nějakou upomínku, jsou spokojeni více než ti co nemají nic a upomínka úzkost matek snižuje. V těchto těžkých chvílích, kdy rodiče o nějakých vzpomínkových předmětech nepřemýšlejí, záleží na personálu, zda pomohou nějakou vzpomínku zachytit a uchovat. Rodiče jsou za to později vděční. Neméně důležité je také prostředí pro rozloučení s dítětem. Ve všech kulturách byl psychologický přístup rituálů podpořen výběrem symbolů: zpěvem, hudbou, osvětlením, atmosférou. Kontakt s duchovním, sociální pracovníci nebo psychologem může být psychosociální podporou, pokud si to rodiče přejí (Murray, 1998, s. 358-359).

#### **1.14. SOUČASNOST**

Průzkumem, který v České republice proběhl, bylo zjištěno, že rodičům nebo matkám, umožňují své mrtvorozené dítě vidět nebo si jej pochovat, dle přání rodičů pouze tři centra zmiňuje ve svém článku Haškovcová (in Beran 2010, s. 464-465). Pokud si to rodiče přejí, je často využívána služba duchovního nebo psychologa. Jednou ze součástí celého procesu

doprovázení truchlících rodičů jsou rituály. Součástí lékařské a ošetrovatelské péče je respektující, tolerantní a empatický přístup zdravotnického personálu. Porodní asistentky se stávají účastníky při porodu mrtvého plodu a aktivně se podílejí na tom, aby byla vytvořena důstojná atmosféra při rozloučení s dítětem, vyjadřují respekt a sounáležitost se ztrátou rodičů (Haškovcová in Beran 2010, s. 464-465)

### **1.15. ÚLOHA TRUCHLENÍ**

Aby rodiče mohli začít truchlit, musí mít možnost se postavit tváří v tvář strachu z umírání a ze smrti a uvědomit si bolestnou realitu ztráty. To je možné nejlépe zprostředkovat největším možným kontaktem s jejich dítětem po smrti. Pro rodiče mrtvorozeného dítěte je důležité, aby dítě nejen viděli, ale také ho podrželi a pojmenovali. Jsou rodiče, kteří si své dítě nejsou schopni ihned po porodu pochovat a podívat se na něj. Pro tento případ je dobré dítě vyfotografovat a zařadit snímek do dokumentace. V dalších dnech často rodiče změni názor a budou mít příležitost se na fotografii podívat. Nejen snímek, ale jakákoliv jiná upomínka jako (smotek vlásků, kousek pupečníku nebo otisk ruky či nohy novorozence), jsou důležité, neboť poskytnou hmatatelný důkaz reality existence dítěte a jeho ztráty. Pokud o to rodiče žádají, mají to dostat, uvádí ve svém článku Murray (1998, s. 358-359). Truchlení je označováno za fyziologickou, přirozenou reakci, nezbytnou, aby se žena i muž s danou ztrátou vyrovnali. Konec truchlení je individuální. Trvá zpravidla jeden rok a je zakončený nalezením nové identity. Známkou konce truchlení je fakt, že vzpomínky truchlícím nepůsobí bolest, nevyvolávají pocit tlaku na hrudi nebo slzy (umírání, 2012).

### **1.16. STRACH, ÚZKOST**

Asi každý člověk se během života setkal s pocitem strachu. Strach ze ztráty blízké osoby, například dítěte, sourozence, rodičů, prarodičů či přátel, je přirozený. Vymětal (2003, s. 235) definuje strach jako: „Nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a ochrannou funkci.“

## **1.17. BEZNADĚJ, BEZMOC**

„Beznaděj neboli zoufalství je subjektivní emocionální stav, kdy člověk nevidí žádné alternativy nebo schůdné možnosti volby řešení problému nebo dosažení toho, po čem touží a není schopen ve vlastním zájmu mobilizovat energii“ (Trachtová, at al., 2006, s. 148) Charakteristickým znakem bezmocnosti je stav, kdy člověk pociťuje nedostatek osobního zvládnání určitých událostí nebo situací.

## **1.18. STÁDIA SMUTKU**

Stádia smutku podle E. Küblerové-Rossovové (in Křivohlavý, 2002, s. 115)

1. fáze: šok negace, popírání – rodiče nechápou diagnózu, jsou zmatení, nechtějí rozumět slovům, které jim zdravotníci říkají. V tomto stádiu jsou skleslí, apatičtí, mají pocit prázdnoty. Trvá obvykle krátkodobě. Je třeba s nimi navázat kontakt, získat si jejich důvěru.
2. fáze: agrese, hněv – popření diagnózy, odmítnutí přijmout skutečnost, zlost na zdravotníky, vyčítání spravedlnosti. Nepohoršovat se, dovolit odreagování.
3. fáze: smlouvání – rodiče žádají další vyšetření, prosí, myslí si, že mohlo dojít k diagnostickému omylu. Je zde nutná maximální trpělivost.
4. fáze: deprese, smutek – uvědomují si realitu, mají smutek ze ztráty dítěte, strach z kontaktu s dítětem. Zde je nutné rodičům trpělivě naslouchat, snažit se najít nějaké řešení.
5. fáze: smíření – akceptování, přijmutí diagnózy, pokora, čas loučení. V tomto stádiu je důležitá přítomnost, mlčení, pohlazení.

Ne všichni do tohoto stádia dospějí, ale pokud ano, znamená to začátek nového života. Jednotlivá stádia nemusí proběhnout chronologicky, tak že se mohou rodiče dostat z vyššího stádia opět do nižšího a tím běží celý proces od začátku (Küblerové-Rossovové in Křivohlavý, 2002, s. 115).

## **1.19. POHŘBÍVÁNÍ**

Život každého člověka provází nejen radost, ale taky smutek. Na počátku stojí radost, na jeho konci smutek. Tak jako člověk na svět přišel, z něho taky odchází. V případě mrtvě rozeného dítěte, bohužel, vše skončilo dříve, než vůbec začalo. Podle Špatenkové (in Pavlíková,

Dohnalová, 2011, s. 23) je hluboce zakořeněným mýtem, že pohřbívání mrtvě narozeného dítěte zesnulého krátce po porodu nemá smysl. Tento rituál má i u takto malých dětí svůj význam. Pokud není pohřeb vypraven, matka si často klade otázku: „Co se stalo s mým dítětem? Kde je moje dítě?“ (Pavlíková, Dohnalová 2011, s. 23). Ve shodě s Haškovcovou se domnívá, že i dnes hraje pohřeb neopomenutelnou roli v adaptačním procesu na ztrátu blízkého člověka i novorozenců. Rodiče však někdy potřebují čas, aby si vše promysleli. Nepočítali s tím, že sotva se jejich dítě narodí, budou muset uspořádat pohřeb. Pohřeb má určitě význam nejen pro rodiče, ale i další pozůstalé. Může přispět také k tomu, že začne být ztráta chápána jako realita. Měly by být akceptovány i pohřební rituály různých kultur (Pavlíková, Dohnalová, 2011, s. 23).

## **1.20. REAKCE OTCE**

V předchozích odstavcích jsem psala o matkách, které chtějí na traumatizující událost zapomenout. Existují také ženy, které mají tendenci o zemřelém dítěti stále mluvit a připomínat si je. Muži v těchto těžkých životních situacích však reagují jinak. Jsou takoví, kteří nesdílejí tuto potřebu, nechtějí připravené jméno pro svého syna nebo dceru ani vyslovovat, uzavírají se do sebe, uvádí (Musil in Pavlíková, Dohnalová, 2011, s. 23). Žena má pocit, že skolem tolik netrpí, když neprojevuje svoje emoce a nepláče. Může se stát objektem ženina hněvu. Tyto situace často vyvolávají konflikty a nedorozumění. Mnoho pozůstalých rodičů také řeší nesoulad v sexuálním životě. Na tento problém stejně pohlíží i Murray (1998, s. 356), který říká, že je dokázáno, že otcové se se smutkem vyrovnávají lépe a rychleji jak ženy. Problémy může tento fakt vyvolávat ve vztazích, zejména pokud nejsou partneři zvyklí své pocity sdílet nebo také když jeden druhého obviňují ze smrti dítěte. Jak je uvedeno již výše, sexuální a manželské problémy jsou běžné. Role otce v tak náročné životní situaci není vůbec jednoduchá. Většina mužů se svoji ženu snaží chránit od prožitků, které by je samotné mohly rozrušit. Mezi matkou a zdravotním personálem otec funguje jako prostředník. Přenáší veškeré lékařské informace do rodiny a navíc je na něm celá domácnost, péče o děti, pokud je mají. Většinou je živitel rodiny, tak musí plnit své pracovní povinnosti. Může mít strach z vlastního selhání v roli muže a obvykle z těchto důvodů se stáhne do sebe. Ratislavová (2008, s. 77) poukazuje na tuto situaci. V životě otce uvnitř těla i duše najednou dochází ke konfliktu rolí, které jsou od něj požadovány:

Role muže silného (od mládí slyšel – muži přece nepláčou, někdo musí být silný, může plakat?)

Role ochránce (může mít pocit, že selhal, manželku ani dítě neochránil před takovou událostí. Okolí mu jeho roli stále připomíná otázkou: Jak se má manželka?)

Role soběstačného muže (snaží se nepřipouštět své emoce, brání se tomu, aby se zhroutil jako ostatní.)

Role zajistitele (musí se vrátit a soustředit se na práci, zabezpečit rodinu. V práci cítí, že kolegové se chovají jinak, což může posilovat jeho pocity selhání. To může véde k úniku od rodiny ke svým koníčkům nebo také k alkoholu.)

Pro muže by bylo vhodné setkání s otcem, který prožívá stejnou situaci, přišel o dítě a pokouší se s ní také vyrovnat. Důležité je, aby své pocity partneri sdíleli a společně se je snažili řešit (Ratislavová, 2008, s. 77).

## **1.21. REAKCE SOUROZENCŮ**

Pozůstalým sourozencům je třeba také věnovat pozornost. Děti i velmi malé jsou vnímavé a vycítí, že se v rodině něco děje. Pro děti, obzvláště malé, se jedná o nepochopitelnou situaci. Když maminka odcházela z domu, měla břicho a v něm byl jejich malý bráška nebo sestřička. Po návratu z porodnice už maminka tak velké břicho nemá, ale sourozence, na kterého se těšily, v náručí nepřinesla. Děti této situaci nerozumí a jsou zmatené. Pokud nedostanou přiměřené vysvětlení, mohou se cítit zodpovědné za vzniklou situaci. Mnohem horší než realita může být u dětí jejich fantazie o umírání a smrti. Pochopení skutečnosti smrti souvisí s dětským myšlením, s jeho vývojem a zkušenostmi. Ve vědeckém článku (Špatenková in Pavlíková, Dohnalová, 2011, s. 23), že děti na tuto skutečnost v rodině nereagují jen smutkem, pocitem viny, zoufalstvím, pocitem, že jsou opuštěny, ale také vztekem a hněvem. V tomto názoru se také shoduje Murray (1998, s. 357), který říká, že jsou úplně běžné změny v chování dítěte a mohou se projevovat nejen ve zlobení a hyperaktivitě, ale také v kroku zpět ve vývoji, problémy ve škole a jinými emocionálními problémy. Je také pravdou jak uvádí (Ratislavová, 2008, s. 78), že rodiče mnohdy potřebují pomoc, aby byli schopni dítěti vše vysvětlit. Není dobré vyčkávat s objasněním situace nebo ji dokonce oddalovat.

Situaci se snažíme vysvětlit jednoduše, upřímně a pravdivě. Vysvětlování musí být přiměřené věku dítěte. Starší dítě je schopno přijmout informací více a zároveň je požaduje. U matky

mohou nastat změny v chování vůči dětem. Tato změna se projevuje buď přehnanou péčí s abnormálním strachem o bezpečí svých dětí nebo naopak nezájmem, citovým odstupem, nedostatkem energie, věnovat se svým dětem. Jsou to změny přechodné, na, které je třeba děti upozornit a matce dát čas. V tomto období je dobré, pokud s péčí o děti pomáhá nejen otec, ale také příbuzní a prarodiče. Tyto reakce obvykle trvají krátkodobě (několik týdnů) a pokud není špatný emoční vztah partnerů a dlouhodobě v rodině nechybí běžná vřelost a láska, jak uvádí Murray (1998, s. 357), vážné problémy ve vztahu matky ke svým žijícím dětem se neobjeví.

## **1.22. NOVÉ TĚHOTENSTVÍ**

Mnoho pozůstalých rodičů se snaží řešit problémy po porodu mrtvého plodu co nejrychlejším početím nového dítěte. Možnost otěhotnět nebo donosit dítě se komplikuje právě stresem, který přetrvává po předcházející ztrátě. Matka zesnulého dítěte pokud vůbec otěhotní, může další těhotenství prožívat s velkými obavami. Autorky článku poukazují, že pro většinu žen to není krásné období, protože se bojí o nenarozené dítě. Tyto ženy vyžadují specifický přístup od svého ošetřujícího lékaře a také se ostatním těhotným ženám vyhýbají (Kubíčková in Pavlíková, Dohnalová 2011, s. 23).

Dlouhodobé výzkumy ukazují, že hodně žen ještě mnoho let po ztrátě dítěte trpí vážnými psychickými příznaky. Zdá se, že nejčastějším problémem jsou tyto situace: nemožnost vidět nebo držet své mrtvorozené dítě, stav bez partnerovy nebo sociální podpory a bezprostřední další těhotenství uvádí Murray (1998, s. 357). Partnerské problémy mohou vzniknout, pokud bylo dítě příliš brzy počato po předchozí ztrátě. Pokud nebyl smutek před začátkem nového těhotenství dostatečně dlouhý, může se přesunout a objevit se jako poporodní deprese po dalším porodu. Problém ve vztahu k novorozenci může vyvolávat srovnávání s předešlým dítětem. Nové dítě se může stát terčem nevyřešené zlosti, kterou rodiče mají z předchozí ztráty, pokud dítě nebude schopno naplnit jejich představy. Stejný názor zastává i Ratislavová (2008, s. 78). Vhodné je, když si rodina na smíření ze ztrátou dá odpovídající čas. Od dalšího těhotenství se očekává, že bude takzvaně emoční vzpruhou, ale tím by mohlo být potlačeno truchlení a mohlo by se později vrátit, jak již bylo výše uvedeno po dalším porodu ve formě deprese. Očekávané dítě by nemělo být náhradou za dítě zemřelé, ale mělo by být novým jedincem. Každé těhotenství následující po porodu mrtvého plodu je nutno brát jako rizikové.

Je velmi těžce odhadnutelné riziko opakování intrauterinního úmrtí (Hájek, 2004, s. 376). Ženy, u kterých se jednalo o první těhotenství, otěhotní více než v devadesáti procentech do jednoho roku po porodu mrtvého plodu. U žen, které již mají zdravé dítě, je to individuálnější. Mnohem více další těhotenství zvažují. Samozřejmě záleží na tom jak velká je touha páru po dalším dítěti a jak se s touto tragickou událostí pár vyrovnal. Po porodu mrtvého plodu by měly všechny ženy projít poradnou pro infertilitu. Provedou se zde příslušná vyšetření k vyloučení příčiny intrauterinní smrti plodu. Po zhodnocení předešlého těhotenství a získaných výsledků lze stanovit rizikovost další gravidity. Binder (2007, s. 62) uvádí ve svém článku, že ženy, které uvažují o dalším těhotenství, chtějí mít jistotu, že se tak bolestivá situace již nebude opakovat. To se stoprocentní jistotou nikdy nelze přislíbit a ztotožňuje se s tímto názorem také Vavřínková (2010, s. 59) a dodává, že u nás v České republice je běžně součástí vyšetření po porodu mrtvého plodu jeho pitva. Je důležitým zdrojem informací významných pro další graviditu. Většinou důležitost tohoto vyšetření není rodiči zpochybňována. Důležité je v prenatalní péči věnovat zvýšenou pozornost rizikovým rodičkám a dodržovat postupy podle předpisu neboť smrt plodu je velmi deprimující záležitostí nejen pro samotné rodiče, ale také pro ošetřující personál.

### **1.23. PSYCHOLOGICKÁ POMOC**

Po porodu mrtvého plodu je vhodné rodičům zajistit odbornou psychologickou pomoc. Nemohou týdný fungovat na úrovni jejich předchozího života, neboť došlo ke změně jeho kvality. Ratislavová (2008, s. 77) říká, že rodiče prožívají největší bolest v den porodu, dále za 6 týdnů po narození, 6 měsíců po narození a na jeho „další“ narozeniny.

Truchlící matka a otec se často vyhýbají kontaktu s přáteli a ostatními lidmi. Mají pocit prázdnoty, cítí se osaměle. Bojí se setkání s dětmi, v přítomnosti miminek, a těhotných žen se zvyšuje jejich žal. Jsou to pro ně velmi stresující zážitky a právě psychologickou pomocí lze předejít vzniku depresí. Murray (1998, s. 360-361), který se touto problematikou také zabývá, uvádí, že vyškolený psycholog dokáže rodičům naslouchat, umožní jim vyjádřit své pocity, bez toho, aby je hodnotil a posuzoval jejich názory. Terapeut rodičům poskytuje podporu, radí, jak se se ztrátou nejlépe vyrovnat a snížit její příznaky. Také analyzuje, jak svůj problém rodiče vnímají. Snaží se je psychicky podpořit pravidelnými návštěvami. Díky včasné pomoci



psychologa mohou rodiče získat naději a odvalu projít toto těžké období a v něm najít nový směr života.

Psycholog může rodičům doporučit skupinovou terapii, sdružení rodičů, kteří prožili také stejnou událost. Taková vzájemná pomoc může být pro rodiče přínosná, neboť zjistí, že nejsou sami, kdo utrpěli takovou ztrátu. Mohou si navzájem svěřit své pocity. Vzájemně se ve skupině podporují a zjišťují, že čas všechny rány zahojí.

Ratislavová říká: „Cesta procházení žalem není jednoduchou cestou. Úspěšný výsledek projití truchlení závisí na osobnosti a životních zkušenostech všech zúčastněných, na efektivitě podpůrné síly, která tyto lidi obklopuje“ (Ratislavová, 2008, s. 77). Porodní asistentka pracující v ambulanci sleduje a zaznamenává případné změny v chování matky a jejího partnera. Musí samozřejmě vědět, jaké reakce jsou ještě normální a jaké ne. Při výskytu patologie konzultuje situaci a následné doporučení rodičů ke specialistovi s lékařem. Jedná se o stavy úzkostí, těžkých depresí, užívání alkoholu, drog, nepolevující zlost až agrese. Takové reakce mohou ohrožovat zdravotní stav matky, jejího partnera a vyhrotit se v partnerskou či rodinnou krizi uvádí ve svém článku (Kubíčková in Pavlíková, Dohnalová 2011, s. 23) a s tím se ztotožňuje Murray (1998, s. 360) a říká, že v takovém případě je psychologická pomoc dlouhodobá a vyžaduje farmakoterapii a dohled psychiatra. Další poznatek k tomuto tématu sděluje ve svém vědeckém článku také Nadava (in Besor, Shiber, 2005, s. 870-874), kteří říkají, že situace po porodu mrtvého plodu vytváří mezi zármutkem partnerů silné napětí. Každý z nás má svůj individuální způsob truchlení a vyrovnávání se smutkem a tyto mezery mohou vést k psychopatologickým reakcím.

#### **1.24. SKUPINY VZÁJEMNÉ POMOCI**

V řadě problémů, se kterými se rodiče potýkají, a perinatální ztráta není výjimkou, může být efektivní vzájemná pomoc. U lidí řídících skupinu je důležité, aby byli ze své ztráty dostatečně vyléčení, byli schopni druhým pomáhat a měli kontakt na profesionální pomoc. Rodičům, sdílení zkušeností může prospět, protože zjistí, že nejsou sami kdo něčím tak smutným prochází, kdo trpí a dozví se, že rány zahojí čas. Je samozřejmostí, že každá pozůstalá rodina se s podporou skupiny nevyrovná a není rozumné na tom trvat (Murray, 1998, s. 361).

## 2. PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O RODIČKU PŘI PŘÍJMU NA PORODNÍ SÁL

Porodní asistentka na porodní sál přijímá ženu, která se nachází ve fázi šoku a chaotických emocí. Z toho co se přihodilo je zmatená. Cítí se bezmocná, je zoufalá, pláče. Nemůže tomu, co se stalo uvěřit, vždyť své miminko cítila, že se ještě hýbe. Zlobí se na sebe, na lékaře, snaží se najít viníka. Sama sebe obviňuje. Některá žena může mít vztek i na mrtvé dítě ve svém těle a vykřikuje věty: „ Udělejte něco, ať už je TO ze mě venku“! (Ratislavová, 2008, s. 76) a hlavně chce mít vše co nejdřív za sebou. Porodní asistentka, která k rodičce přistupuje, by měla být nejzkušenější porodní asistentkou s týmu, přistupovat k rodičce s úctou, empatií a tolerancí. Měla by být profesionální, vstřícná, vlídná a získat si důvěru rodičů. Nesmí vystupovat anonymně. Ženě se představí, vysvětlí, že se bude o ni starat, zdůrazní, že je tady pro ni. Dopřeje ženě po prvotním šoku dostatek času, aby si mohla promluvit s partnerem. Poskytne jim místo, kde nebudou rušeni. Poučí je, že až budou chtít, udělá příjem k hospitalizaci.

Po provedení administračního příjmu, který spočívá v odebrání anamnézy, změření fyziologických funkcí připraví po domluvě rodičku k porodu a umístí ji na porodní box. Nejpříjemnější je situace, pokud mají na porodním sále vzdálenější, odlehlejší box, kde mohou rodičům poskytnout co největší možnou intimitu. Smutek rodičů, jejich trápení a bolest může prohlubovat pláč miminek s okolních boxů. Záleží na prostorách a vybavení nemocnice. Někdy nelze z provozních důvodů úplně zamezit okolním zvukům, vycházejícím z jednotlivých boxů. Pro rodičku v takové situaci je velmi traumatizující pláč novorozeneckých dětí. Po umístění rodičky na porodním boxu zajistíme žilní linku a splníme ordinace lékaře (Hájek, 2004. s. 374).

## 2.1. PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O RODIČKU V I. DOBĚ PORODNÍ

V průběhu I. porodní doby porodní asistentka poskytuje informace o průběhu porodu. Žena i její partner mají právo vědět, co se bude dít dál. S rodiči je dobré komunikovat klidným, tichým hlasem. Volit jednoduché, krátké věty a individuální přístup. Dále také provádí ošetrovatelskou péči o rodičku a plní předepsané ordinace lékaře. Průběžně monitoruje fyziologické funkce rodičky a lékaře informuje o případných změnách. Strategii porodu v případě porodu mrtvého plodu určuje lékař. Pomáhá rodičce zvládat porodní bolesti, Vysvětluje a ukazuje úlevové polohy, taky zapojuje do této činnosti partnera. Klientka zažívá obrovskou psychickou bolest. Porodní asistentka se snaží nejen o kvalitní ošetrovatelskou péči, ale taky o dobrou komunikaci a spolupráci s rodiči. Ta hraje nesmírnou úlohu (Murray, 1998, s. 357).

Další, důležitou úlohou porodní asistentky je péče o psychiku matky a otce. Musí k rodičům volit velmi citlivý a otevřený přístup, podporovat je a být jim oporou. Měla by naslouchat a respektovat přání matky i otce, vytvořit prostor pro vyjádření jejich pocitů, tlumit jejich nepřiměřené reakce a nebránit v pláči. Rodičům by měla vysvětlit, že je chápe a jejich reakce jsou oprávněné. V žádném případě by neměla bagatelizovat situaci větou: „Jste mladá, budete mít další dítě“ nebo „Doma máte krásného, zdravého chlapečka“, atd. Rodičku i partnera informuje o možnosti a důležitosti rituálu rozloučení se s dítětem. Ženu do ničeho nenutí. Rodiče mohou své rozhodnutí kdykoliv v průběhu porodu změnit. Porodní asistentka rodičům dodává odvalu, aby se na své dítě podívali, pohládili, pochovali v náručí, dali mu jméno a rozloučili se s ním. Tato možnost je jediná a zároveň poslední, kdy mohou chvíli strávit se svým dítětem.

„Porodní asistentky mají tendenci se této úloze vyhýbat, protože jim přináší enormní psychickou zátěž, intenzivní emoční prožitky smutku spolu s rodinou, přímou konfrontací se smrtí jako kontrastem zrození, pocity bezmocnosti a selhání. Nevědomý strach ze smrti se projevuje u zdravotníků vyhýbavým chováním, minimalizováním kontaktu s pacientkou, neosobním zacházením s rodičkou, zacházením s mrtvým plodem jako s věcí nebo únikem do nadměrné bezúčelné aktivity. Tyto obranné mechanismy jsou v práci porodní asistentky nevhodné, neproduktivní až kontraindikované. Již v době studií by se měla učit přijímat vědomě strach ze smrti, reflektovat vlastní konečnost. Pokud jsou naopak schopny skutečného

doprovodu rodina s mrtvorozeným dítětem, vycházejí z této situace posíleny zkušeností a dobrým pocitem, že udělaly pro klientku vše, co mohly“ (Ratislavová, 2008, s. 76).

## **2.2. VEDENÍ PORODU**

Pokud nezačne porod spontánně, vyvoláme jej aplikací prostaglandinů. Maminky si často přejí císařský řez, protože chtějí mít tento nepříjemný traumatický zážitek co nejrychleji za sebou. Bojí se o své zdraví a mají obavy, že je dítě v břiše ohrožuje. Císařský řez, v případě porodu mrtvého plodu, se z lékařského hlediska vzhledem k možným rizikům neprovádí, uvádí. (Kučera, 2011)

## **2.3. PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O RODIČKU VE II. DOBĚ PORODNÍ**

II. doba porodní je stádiem, při kterém dochází k vypuzení plodu. Proto je označována za dobu vypuzovací. Zánikem branky začíná a porodem plodu končí (Čech, 2006, s. 138-139). Porod mrtvého plodu vede lékař a porodní asistentka mu asistuje. Porodní asistentka vysvětluje klientce správnou techniku tlačení a dýchání. Snaží se být trpělivá, na matku zbytečně netlačí, netraumatizuje ji. Snaží se ji povzbuzovat a společně s ní nachází nejvhodnější polohu k tlačení. Neustále s ní komunikuje, po každém tlačení ji pochválí a ujišťuje rodičku, že za chvíli bude po všem a pak si odpočine.

Většinou po porodu mrtvého plodu nastává ticho, rodiče pláčou. Matce i otci je důležité potvrdit, že i když je jejich dítě mrtvé, přesto se stali rodiči (Hankins at al., 2002, s. 28). Rodička, nejenže prožívá tělesnou bolest, ale především bolest psychickou. Porodní asistentka se snaží udržet klidnou a tichou atmosféru. Na jejím klidném, tichém přístupu jako osoby doprovázející ne řídící, závisí celý průběh porodu. Právě zde musí porodní asistentka využít svých znalostí a schopností, kterými může přispět ke zkrácení trvání porodu a menšímu výskytu komplikací jak uvádí (Ratislavová, 2008, s. 62). Porodní asistentka již z předchozího rozhovoru s rodiči ví, zda chtějí dítě vidět hned nebo až po zabalení, přesto je informuje o tom, jak může dítě po porodu vypadat. Tím může předejít nechuti rodičů dítě vidět a držet je. Murray (1998, s. 358) se zmiňuje, že někteří rodiče po porodu nechtějí své dítě vidět a už vůbec je chovat. Porodní asistentka ženu k ničemu nenutí, avšak ji podává informace o důležitosti rituálu rozloučení se s dítětem. Pro případ, že v dalších dnech rodiče změní názor,

je dobré dítě vyfotografovat a snímek uchovat v dokumentaci. Nejen snímek, ale i další upomínka na dítě (smotek vlásků, otisk nohy či ruky novorozence) mohou být hmatatelným důkazem existence dítěte a jeho ztráty. S tímto názorem se také ztotožňuje Ratislavová (2008, s. 76) a uvádí, že přesto, že je u nás rituální chování považováno za zvrácené a absurdní, podle všeho celou smutnou událost uzavírá snadněji a vede k počtí procesu truchlení.

## **2.4. PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O RODIČKU VE III. A IV. DOBĚ PORODNÍ**

Třetí doba porodní nastává po porodu plodu. Pokud nenastanou žádné komplikace, je nejkratší dobou porodní. Podle autorů je nazývána dobou k lůžku (Čech, 2006, s. 140).

Čtvrtou porodní dobou je označována doba dvě hodiny po porodu. Žena je unavená, tento čas by měla trávit v klidu, teple a čistotě. Podle stavu rodičky, připraví porodní asistentka přeložení na gynekologické oddělení. Matku po porodu mrtvého plodu nikdy nepřekládáme na oddělení šestinedělí. Ženu také informuje o nástupu a následně zástavě laktace. Kubíčková (in Pavlíková, Dohnalová, 2011, s. 23) uvádí, že žena může mít výčitky svědomí, trpět pocitem viny a také ze ztráty bezdůvodně obviňovat nejbližší. Často dochází k pocitu selhání v roli ženy a manželky, k poklesu sebevědomí a sebehodnocení, v čemž se s ní shoduje (Ratislavová, 2008, s. 76). Důležité je, aby porodní asistentka rodičku pochválila a ujistila ji, že svou roli při porodu zvládla. Právě pochvala, rozhovor, psychosociální podpora od profesionála, který o ženu po porodu mrtvého plodu pečuje, může být velkým přínosem a také užitečným v procesu truchlení uvádí (Geerinc-Vercammen in Kanhai, s. 543-548). S ženou, se pak rozloučí a přeloží ji na výše uvedené oddělení.

## **2.5. PÉČE O KLIENTKU V ŠESTINEDĚLÍ**

Porodní asistentka při přijetí klientky na gynekologické oddělení ji edukuje o hygieně v šestinedělí. Poučí ženu o nutnosti častého sprchování, oplachu rodidel, výměně vložek a čistotě rukou. Zdůrazní infekčnost očísků. Zkontroluje krvácení a změní fyziologické funkce. Společně s ošetřujícím lékařem ji informuje o zástavě laktace.

Záleží na rozhodnutí ženy a na jejím zdravotním stavu, ale obvykle na revers, čili na vlastní žádost odchází z nemocnice domů. Před odchodem, podotýká Murray (1998, s. 360), je třeba zajistit rodičům schůzku s vedoucím lékařem a pediatrem a vysvětlit jim co proběhlo špatně. Je velkou chybou, že v praxi se tak běžně neděje. Soucitná, odpovídající péče a dostatek informací rodičům dodává důvěru vůči zdravotnickému personálu. Pro rodiče je dobré, jestliže se mohou stýkat se stále stejnými ošetřujícími. Informace podané v prvních dnech po smutné události musí být zřejmě později zopakované, po odeznění počátečního šoku. Nejlépe je rozhovor zopakovat po několika týdnech. To je pravděpodobně nellepší cesta k překonání problému. Ratislavová má na tento problém stejný náhled. Uvádí, že dobrá komunikace, je základem péče o rodiče. Rodičům může napomoci se lépe vyrovnat se ztrátou jejich dítěte. Porodní asistentka často dává rodičům telefonický kontakt na členy týmu a rodiče mají možnost se s nimi kdykoliv spojit. Lékař, po obdržení pitevni zprávy, rodiče informuje o výsledku pitvy. Dále porodní asistentka domluví kontakt se sociální pracovníci a nabídne rodičům psychologickou pomoc (Ratislavová, 2008, s. 76). Stejný názor s ní sdílí ve svém vědeckém článku také Kasparková (in Bužgová, 2010, s. 387-398), která uvádí, že pro všechny ženy je porod mrtvého plodu nesmírně traumatizujícím zážitkem a tudíž pro jeho zpracování má pomoc a podpora, která je klientce během porodu i v dalším období poskytnuta velký význam. Právě porodní asistentka může mít na zvládnání této situace velký vliv. Osvědčené je poskytování informací také v písemné podobě, protože je možné se k nim později vrátet. Právě pochopení pocitu žen, prožívajících tak zátěžovou situaci, zdravotníky může přispět k poskytování efektivnější ošetrovatelské péče. Také Murray (1998, s. 358) se ve svých poznámkách zmiňuje, jak důležitá je při ztrátě dítěte dobrá komunikace i mezi profesionály. Takto můžeme předejít bolestivým situacím, kdy se na dítě zeptá někdo z personálu, kdo o jeho úmrtí není bezprostředně informován. Také se zmiňuje, že nemocnice by měla akceptovat, pokud rodiče požádají o podporu svého kněze.

Důležitá je také péče porodní asistentky o prsy šestinedělky po porodu mrtvého plodu. Tato diagnóza je indikací k zástavě laktace. V minulosti se k zástavě laktace používalo těsného stažení prsů a omezování příjmu tekutin. Tyto postupy jsou účinné a v současné době nejužívanější nefarmakologické metody (Fait, 2008, s. 1-4).

## **2.6. SDĚLENÍ VÝSLEDKŮ PITVY**

Výsledek pitvy je pro rodiče velmi důležitý uvádí Kučera (2011). Čekají na odpověď, proč jejich dítě zemřelo. Příčinu porodu mrtvého plodu v některých případech však pitva neodhalí. Výsledky by měly být sdělovány v klidu, soukromí a srozumitelnou formou. Stejný názor na tuto problematiku sdílí také Murray (1998, s. 359), který ve své knize říká: „Nejlepší je, pokud tak učiní nejstarší člen týmu, který musí interpretovat patologické nálezy.“

## **2.7. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U TĚHOTNÉ S MRTVÝM PLODEM**

Marečková (2006, s. 52) uvádí, že v systému Nanda-International je podle specifických prvků zařazen každý ošetrovatelský problém. Ošetrovatelská diagnóza nám vlastně objasňuje, o jakou odchylku lidské potřeby se jedná. Stav duševní tísně- ovlivní celou osobnost člověka a hluboce zasáhne do jeho životních principů, ovládne a změní jeho psychosociální a biologické vlastnosti.

Příčiny: porod mrtvého plodu, následky velkého utrpení.

Strach 00148 - je subjektivní prožitek, který je vyvolaný ztrátou bezpečí, ohrožením. Je to obava z něčeho konkrétního, obsah je reálný a zdroj definovatelný.

Úzkost 00146 – je to stav těžce definovatelných pocitů. Je vyvolaný ohrožením systému hodnot nebo nejistotou.

Bolest 00132 – v souvislosti s děložními kontrakcemi.

Riziko infekce – 0004

Chronický zármutek v důsledku intrauterinního úmrtí plodu – 00137. Dále ve svých poznátcích uvádí Pavlíková (in Dohnalová, Herdman, s. 24), že by měl být ošetrovatelský personál seznámen s možnými příznaky maladaptivní reakce, aby mohl v případě nutnosti pomoci, případně navázat kontakt s odborníkem. V takových chvílích, jako je porod mrtvého plodu, přichází v úvahu v systému Nanda doména č. 9- Zvládání/Tolerance zátěže, třída 1: Posttraumatické reakce a třída 2: Reakce na zvládání zátěže. Z konkrétních diagnóz pak - 00136 anticipační smutek nebo truchlená.

## 2.8. PSYCHIKA PORODNÍ ASISTENTKY A JEJÍ REAKCE

Porod mrtvého dítěte je i pro profesionála pečujícího o ně mimořádně složitou situací. Přesto, že se porodnická péče stále rozvíjí, přes všechny její kvality, není možno situaci vyloučit. Křemenová (2009, s. 99) uvádí: „I když v procesu vzdělávání se učíme komunikovat s klientem, v momentu skutečného setkání s realitou nenacházíme dost rozumných a zároveň citlivých slov, gest a metod, kterými bychom profesionálně situaci řešili, byli rodičům, ale i sobě navzájem oporou.“ Stát při porodu mrtvého plodu a sdělit ženě tak citlivou informaci je velmi složité. Porodník, který informaci o ztrátě dítěte sděluje, ví, že tento prožitek je oboustranně traumatizující. Sám personál prožívá vlastní ztrátu profesionální dokonalosti, nenachází vhodná slova a rozumné myšlenky nepřicházejí. Začínají se také dostavovat pochybnosti o smysluplnosti práce. Je těžké pomáhat a být oporou neboť ztráta není jen profesionální, ale i lidská. K této složité problematice se vyjadřuje ve svých poznatcích a souhlasí s názorem, jak je těžké zvládnout situaci u porodu mrtvého plodu ze strany personálu také Ratislavová (2008, s. 78). Uvádí, že by porodní asistentka měla nejdříve analyzovat své pocity ve vztahu k tak složité příhodě, než se rozhodne truchlícím rodičům pomáhat. Je těžké se vyhnout vlastním pocitům a obviňování, že matka někde udělala chybu, (např. pila alkohol, kouřila apod.). Tyto pocity je třeba si uvědomit, mít je stále na mysli, a potom je jednodušší se jimi nenechat ovlivnit a tak se lépe starat o podporu. Ve vědeckém článku si autorky Pavlíková a Dohnalová (2011, s. 25) kladou otázku, zda porodní asistentky jsou matkám schopny poskytnout dostatečnou psychosociální podporu v této krizové situaci a jestli pak, se této očekávané pomoci matkám, od zdravotního personálu dostává. Jsou toho názoru, že jaklékaři, tak porodní asistentky, v této velmi smutné a těžké chvíli, nevědí, jak se k rodičům zesnulých dětí chovat a nemohou naleznout způsob, jak při tak tragické události nejlépe prakticky, ale i emocionálně pomoci. Tato nevědomost může vést k tomu, že se zdravotníci uchylují znovu a znovu ke strategiím, které nejsou podpůrné, ale naopak spíše zraňující. Stejného názoru je i Ratislavová (2008, s. 78), která říká, že je rodičům třeba pozorně naslouchat a sledovat jejich reakce. Porodní asistentka musí respektovat, že každý, se s takovou velkou ztrátou vyrovnává jinak, truchlí svou rychlostí a svým způsobem. Nemůže očekávat, že se rodiče budou chovat podle jejich představ, které jsou podle ní nejlepší. V takových chvílích nejde naleznout vhodná slova, ale jen umožnění projevu zármutku a uznání rodičovské ztráty (Ratislavová, 2008, s. 78). Nejen v zahraničí, ale také u nás jsou



některá zařízení částečně připravena na nutnost podpory pozůstalých rodičů (Špatenková in Dohnalová, Pavlíková 2011, s. 25). Je spousta moderních technologií, které jsou k dispozici v diagnostice vyhaslého života, ale ke zvládnutí lidsky a profesně těžké situace zbývá pouze lidské a osobnostní schopnosti a kvality. „Zvládat se člověk učí zvládáním, lidová moudrost učí člověka to, co ho nezabije, ho posílí (Křemenová, 2009, s.99). Každá krize, kterou prožijeme, pro nás představuje poznatek, jak se zachovat v dané situaci příště. Naše schopnosti jak se získanými zkušenostmi efektivně naložit, jsou při každé další příležitosti zkoušeny. Provázení rodičů mrtvého dítěte není jednoduché, bez ohledu na to, kolikrát jsme se s danou situací setkali. Provázení klientů bolestnou ztrátou je pro zdravotnický personál opravdovým paradigmatem jejich práce. Zkoumají ošetrovatelské, léčebné a diagnostické postupy a konfrontují jejich znalost s kvalitou vlastního lidství. Mělo by být snahou už při základním vzdělávání zdravotníků ve výuce, aby byli seznámeni s dovednostmi v komunikaci a s provázejícími postupy v náročných klinických situacích. V praxi stojí vždy na prvním místě empatický, podporující, citlivý a chápající přístup ke klientům, který vede k přiměřenému prožitku ztráty a tak i k jejímu postupnému vyrovnání. Šetrný přístup je důležitý nejen pro klienta, ale i pro profesionála. I když to pro nás není jednoduché a ztrátu prožíváme společně s klientem, naší snahou musí být zaujmout vedoucí pozici v řízení ošetrovatelských postupů a být součástí vyrovnávacího procesu. Nejen tento přístup vede k oboustranně prohloubenému sdílení, ale také přístup profesionálně angažovaný. Návrat rodičů zpátky do života po tak velké ztrátě, podpoření procesu truchlení a nalezení dalšího smyslu života může podpořit právě intenzivní a citlivý kontakt porodní asistentky s matkou a otcem, uvádí ve svých poznámkách (Křemenová, 2009, s. 100). Klientovi může pomoci projít náročnou situací nejen osobní angažovanost profesionála a poskytnutí psychologicky a eticky kvalitní krizové intervence, ale i přiznání si vlastní nedokonalosti a vyjádření zármutku. K pěstování profesionální a životní pokory, soucitu, citlivosti a lidské vzájemnosti přispívají všechny tyto uvedené skutečnosti.

## **2.9. POSKYTNUTÍ KRIZOVÉ INTERVENCE**

Pavlíková in Dohnalová (2011, s. 27) uvádí, že zavedení krizové intervence by mělo být zavedeno do vzdělávání zdravotních sester. U nás v České republice probíhají kurzy krizové intervence a jsou pro studenty úspěšně realizovány, na Lékařské Fakultě Ostravské univerzity.

V jiném vědeckém článku, který se zabývá, tzv. pozitivní psychologií, říká Chrásková (2009, s. 208-212), že tento směr psychologie je pro rozvoj duševního zdraví důležitý. Budování co nejlepší kvality života je cílem pozitivní psychologie, což je v práci porodní asistentky velmi důležité, aby její myšlení bylo pozitivní.

## **2.10. ETICKÉ CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ**

K základním etickým požadavkům zdravotnických pracovníků patří vzdělání, zdvořilost, diskrétnost, trpělivost, takt a vysoký morální kredit. Chování zdravotníka by měla provázet pozornost, srdečnost, neodsuzování názorů a činů žen. Zachovávat úctu k životu při své práci, respektovat důstojnost každého jedince bez ohledu na věk, lidská práva, národnost, rasu, pohlaví věk, víru, sociální postavení a politické přesvědčení. Žena nesmí nabýt dojmu, že je zdravotnickému personálu na obtíž, že se nejedná v její prospěch nebo že porodní asistentka a lékař na ni nemají čas, jak uvádí Čech (2006, s. 87-91). Absence láskyplného přístupu a pochopení klienta může mít na zdravotní stav a psychiku matky velmi negativní vliv. Právě povrchnost, autoritářství, povýšenost, spěch neprofesionalita, jednání ve svůj prospěch bez ohledu na zájem klientky, jsou nejčastějšími projevy neetického chování zdravotníků. Porodní asistentka se řídí ve své praxi Mezinárodním etickým kodexem porodních asistentek. Kutnohorská (2007, s. 34) říká: „Cílem a snahou Mezinárodní konfederace porodních asistentek je zlepšit úroveň péče poskytované ženám, dětem a rodinám po celém světě tím, že vhodně využije profesionálních schopností, dovedností a vzdělání každé porodní asistentky. K dosažení tohoto cíle, k němuž patří zdraví žen a osobní rozvoj porodních asistentek, má na poli výuky, praxe i výzkumu sloužit následující text. Tento Kodex uznává lidská práva žen, usiluje o spravedlnost a rovnost v přístupu ke zdravotní péči pro všechny. Zakládá se na vzájemných vztazích úcty, důvěry a důstojnosti mezi všemi členy společnosti.“

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsou shrnuty poznatky o porodu mrtvého plodu, jeho příčinách, psychice ženy a muže, jejich reakce na tragickou událost v jejich životě, také proces truchlení, rituál rozloučení. Dále jsem se zabývala úlohou porodní asistentky nejen při samotném porodu, ale také její psychologickou a sociální pomocí v těchto pro každého člověka nejtěžších chvílích. Jak už bylo výše uvedeno, jedná se o téma velmi citlivé a mnohdy opomíjené. Nedostatek literatury považuji za stěžejní situaci při zpracování tohoto tématu, neboť danou problematikou se mnoho autorů nezabývá. Autoři, kteří se o tématu porodu mrtvého plodu zmiňují, (Špatenková 2011; Murray 1998; Ratislavová 2008) se shodují v tom, že porod mrtvého plodu je prudký zásah do identity ženy. Oba partneři se nacházejí ve fázi šoku. V této chvíli je vhodný tělesný kontakt, např. ženu držet za ruku. Příznaky, s kterými se partneři v této fázi potýkají, jsou typické pro lidi, kteří utrpěli těžkou ztrátu. Tímto procesem si musí projít, aby neztratili smysl života a mohli žít dál. K těmto autorům se také přidává Hankins (2002), který říká, že rodička neprožívá jen fyzickou bolest, ale především bolest psychickou. Všichni se shodují v názoru, že rodiče se s touto ztrátou lépe vyrovnávají, pokud mají hmatatelný důkaz existence jejich dítěte (ať je to otisk ruky či nohy) a to taky vede k započetí procesu truchlení. V těchto chvílích také dodává rodičům důvěru vůči zdravotnickému personálu dostatek informací, jejich odpovídající a soucitná péče. Dobrá komunikace je základem péče o rodiče. Může jim napomoci se lépe vyrovnat se ztrátou, v čemž se shodují autoři (Kasparková in Bužgová, 2010; Murray, 1998; Ratislavová, 2008). Právě porodní asistentka může mít velký vliv na zvládnání této situace. Truchlící otec a matka se mnohdy vyhýbají kontaktu s přáteli, mají pocit prázdnoty, bojí se kontaktu s ostatními dětmi, jejich žal se stále zvyšuje. V těchto okamžicích je důležitá pomoc psychologa, aby se předešlo případným depresím nebo jiným psychickým poruchám. Je vhodná také skupinová terapie, která může být pro rodiče přínosem, neboť zjistí, že nejsou s tímto problémem sami. Mohou si navzájem svěřit své pocity. Je třeba sledovat psychický stav matky i jejího partnera, aby se případně předešlo vyhrocení situace eventuálně partnerské či rodinné krizi. Není divu, že v tak těžké situaci, jakou porod mrtvého plodu je, k těmto komplikacím dochází. V takových případech je psychologická pomoc dlouhodobá, uvádí autoři (Pavlíková in Dohnalová, 2011; Murray, 1998; Ratislavová, 2008) a také Nadava in (Besor, Shiber, 2005). Tito autoři, se

také shodují v tom, že vážnými psychickými problémy trpí právě ty ženy, které neměly možnost vidět nebo držet své mrtvorozené dítě. Partnerské problémy mohou nastat také, pokud bylo další dítě brzy počatou po předchozí ztrátě. Pokud nebyl smutek před začátkem nového těhotenství dostatečně dlouhý, může se přesunout a objevit se jako poporodní deprese po dalším porodu. Nové dítě se může stát terčem nevyřešené zlosti, kterou rodiče mají z předchozí ztráty. Není dobré od nového těhotenství čekat emoční vzpruhu, ale dát si na smíření ze ztrátou odpovídající čas. Očekávané dítě by nemělo být náhradou za dítě zemřelé. Závěrem je třeba také připomenout důležitost práce porodní asistentky, na kterou jsou v této těžké chvíli kladeny ne malé nároky. Nevědomý strach ze smrti se může projevit vyhýbavým chováním a minimálním kontaktem s pacientkou. (Špatenková, 2011; Ratislavová, 2008 ; Pavlíková in Dohnalová, 2011) shodují v názoru, že i když je těžké se vyhnout vlastním pocitům a obviňování, že matka udělala někde chybu, je třeba zachovat profesionalitu. V takových chvílích je těžké nalézt vhodná slova, ale je možno projevit zármutek a uznání rodičovské ztráty. K dispozici v diagnostice vyhaslého života, je spousta moderních technologií, ale ke zvládnutí lidsky a profesně těžké situace zbývají pouze lidské a osobnostní schopnosti a kvality.

Jak již bylo výše uvedeno, jedná se o téma velmi citlivé. V životě snad není pro rodiče horší chvíle než té, v níž musejí hledět do hrobu svého sotva narozeného dítěte. Po devíti měsících těšení se na nového člena rodiny, po devíti měsících netrpělivého očekávání, napětí, radosti přichází nečekaná smrt, která zanechá zdrcené rodiče. Smrt dítěte je jakýmsi porušením přirozeného řádu života. Rodiče jsou zdrceni zjištěním, že jejich dítě zemřelo dříve než oni. Vždyť je to tak nespravedlivé, že děti mohou umřít, aniž by dostaly možnost prožít život. Smířit se se smrtí dítěte je obzvláště těžké, protože čas, který s ním rodiče strávili je tak krátký. Smrt dítěte je ničující ztrátou. Je to obrovská bolest, kterou si nikdo z nás nedovede představit, čím vším musí rodiče projít, jak se vyrovnávají s prázdnou náručí. „ Umřelo nám děťátko, ztratili jsme štěstí, ztratili jsme plod naší lásky“.

Sama za sebe mohu říct, že i když jsem takovou situaci mnohokrát zažila, nestává se pro mě péče o rodičku po porodu mrtvého plodu jednodušší. Všichni se neustále učíme zvládat těžké situace. Ověřujeme si své profesní schopnosti. Z prožitých krizových situací, bychom si měly vzít ponaučení, jak se příště zachovat.

Určitě by měl být kladen důraz na dovednosti v komunikaci při výuce v náročných, krizových situacích. Nejen učit studentky vlídnému, empatickému přístupu a ke klientkám být

chápavá a pokorná, ale také v praxi pro porodní asistentky připravovat semináře k problematice péče o rodičku s mrtvým plodem, o které by byl určitě velký zájem. Z praxe vím, že o kurzy krizové komunikace, které probíhaly v letošním roce na našem pracovišti, měly u zdravotníků velký úspěch. Dále bych se ráda zmínila o vytvoření vzpomínkové kartičky pro rodiče, aby porodní asistentky tuto kartičku rodičům nabízely, samozřejmě, pokud si nějakou vzpomínku na dítě budou chtít zachovat.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2.přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
2. HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
3. HÁJEK, Z. Porod mrtvého plodu: Komentář. *Gynekologie po promoci*. Praha: 2002, ročník II, č.3, s.24-28. ISSN 1213-2578.
4. KUČERA, J. *Syndrom mrtvého plodu* [on line] URL:< <http://gyne.cz> > [6.2.2012], strany neuvedeny
5. BINDER, T. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie*. Praha: 2007, č.2.
6. GARY D.V.HANKINS et al. Porod mrtvého plodu: přehlížená porodnická tragédie. *Gynekologie po promoci*. Praha: 2002, ročník II, č.3, s.28. ISSN 1213-2578.
7. ENKIN, M. et al. *Efektivní péče v perinatologii*. 1.vyd.české. Praha: Grada Publishing, a.s., 1998. 386 s. ISBN 80-7169-417-7.
8. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1.vyd. Praha : Reklamní ateliér Area, 2008. 106 s. ISBN 20080930.
9. MAGYAROVÁ, G. *Podpora rodičov pri úmrtí novorodenca*. Novorodenecká klinika. Bratislava: 2006
10. SOBOTKOVÁ, D. *Narozeni mrtvého plodu*. Levret. Praha: 1999, URL: <<http://www.levret.cz/texty/casopisy/ostatni/files/perinatumrti.php>> [10.1.2010]

11. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno : Mikadapress, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
12. SOSNA, O.; PAŘÍZEK, A.; FAIT, T. Intrauterinní smrt plodu. *Diagnóza*. 2000, roč. 3, č. 43, s. 7. ISSN 1212-3595.
13. FAIT, T. *Zástava laktace*. Levret. Praha: 2008, *Moderní babičství* 15, s.1-4
14. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
15. CHRÁSTKOVÁ, J. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a v pôrodnej asistencii*. Vyd. 1. Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2009. ISBN: 978-80-88866-61-9. 2009, s. 208-212. ISBN: 978-80-88866-61-9.
16. KASPARKOVÁ. P. BUŽGOVÁ, R. *Kontakt*. 2010, roč. 12, č. 4, s. 387-398. ISSN: 1212-4117.
17. UMÍRÁNÍ. *Truchlení*. [online]. Dostupné z WWW: [www.umirani.cz/truchleni.htm/](http://www.umirani.cz/truchleni.htm/).  
SDRUŽENÍ POHŘEBNICTVÍ V ČR. [online]. *Nekomplikované truchlení*. Dostupné z WWW: [www.pohrebnictvi.cz](http://www.pohrebnictvi.cz)
18. KŘEMENOVÁ, J. FREMLOVÁ, H. *Etické aspekty ošetrovatelské péče v teorii a praxi*. Sborník.1.vyd. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Vlnařská 6, 603 00 Brno, 190 s. ISBN 978-80-7013-506-8
19. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. 246 s. ISBN 80-247-1319-3.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

21. DOHNALOVÁ, Z. PAVLÍKOVÁ, E. Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence. Florence. Brno: 1/2011
22. ŠPATENKOVÁ, N., a okol. *Krizová intervence pro praxi*. 2 vydání. Praha: Grada, 2011. 340 s. ISBN 978-80-247-07235.
23. Česká gynekologie 5, ročník 75, říjen 2010, E 11049, ISSN 1210-7832.
24. Gynekologie po promoci, ročník 2010, č. 10, E 11049, ISSN 1213-2578.
25. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3.vyd. Praha : Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
26. HÁŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000
27. HAREFUAH . 2005 prosinec , 144 (12) :870-4, 909 .[Stillbirth : zapomněli žal].  
Článek v hebrejštině ]Nadava, M. Besor, Y. Shiber, A. Psychiatrická klinika, Soroka University Medical Center a oddělení psychiatrie, centrum pro zdraví věd, Ben-GurionuniverzitaNegevnadavm@clalit.org.il
28. PRENAT DIAGN . 2003 červenec ; 23 (7) :543-8 .Geerinck - Vercammen ČR, Kanhai HH . Jak se vyrovnat s ukončením těhotenství pro abnormality v podpůrném prostředí . Katedra sociální práce , Leiden University Medical Centre ( LUMC ) , 2300 RC Leiden,Nizozemsko.



## PŘÍLOHY

### Kazuistika

Začalo to 14 prosince 2010, byla jsem čtyři měsíce vdaná a týden před svadbou jsem zjistila, že jsem těhotná. Manželovi jsem to řekla den po svadbě a on chudák štěstím rozbil auto. Jemu se naštěstí nic nestalo. Šla jsem klasicky do poradny a těšila se, že se dozvím, co čekáme. Byla jsem v 19. týdnu těhotenství a můj manžel se šel poprvé podívat na ultrazvuk. Pan doktor na ultrazvuku řekl, že se mu tam něco nezdá, ale že není odborník, tak mě poslal ke specialistovi do Olomouce. Domluvil nám schůzku hned na druhý den. Říkala jsem si, to nic nebude, já už mám to špatné vybráno. Byla jsem asi v 19 letech na miniinterupci, protože jsem nechtěla být svobodná matka a pak jsem toho litovala. Dojeli jsme do Olomouce a já byla pořád přesvědčena, že je vše v pořádku, ale můj manžel mi velice opatrně říkal, ať se připravím i na zlé. Já jsem tomu nevěřila, ale bohužel pan doctor nám sdělil, že srdíčko nepracuje jak by mělo, že je ho jen část, jedna komora nebyla vyvinuta, okolo srdce voda a plíce nevyvinuté. Byl to šok, když řekl, že mu dává par týdnů života. Šli jsme ke specialistce a ta potvrdila, že je to vada neslučitelná se životem. Byl to nejhorší víkend v mém životě. V pondělí jsme jeli ke specialistovi do Ostravy a ten se mně zeptal jestli se mnou může mluvit na rovinu. Řekla jsem, že ano. Bohužel srdíčko pracovalo stále méně, vody bylo více a pan doktor řekl, že to vidí na pár dní. Kdyby náhodou přežilo, tak se nenadechne, jak se narodí. Bylo strašné poslouchat to umírající a špatně bijící srdce, věděla jsem, že je moc zle. Zrovna týden před tou hrůzou jsem začala cítit pohyby miminka. Lékaři mě o všem informovali, šance na přežití byla minimální. Na podkladě tohoto sdělení, jsem se rozhodla těhotenství ukončit. Bylo to nejtěžší rozhodnutí v mém životě. Přijali mě do nemocnice, službu měl můj pan doktor, ke kterému jsem chodila do poradny. Začalo se s přípravou k porodu. Několikrát jsem dostala tabletu a jelikož se nic nedělo, tak jsem se nevyhla píchání do břicha. Strašně to bolelo, byla tam úžasná sestřička, která mně držela za ruku a to mně poprvé tekly slzy jako hrachy, porod začal. Trvalo to dlouho a po 24 hodinách jsem porodila mrtvého chlapečka. Najednou nastala velká úleva, sestřička mě položila jednu ruku na koleno a to lidské teplo bylo k nezaplacení. Celou dobu jsem u sebe měla plyšovou ovečku, velkou jako miminko, asi jsem vypadala jako cvok, ale mě to moc pomohlo. V nemocnici jsem se držela, ale po příchodu domů jsem brečela, vše mi začalo docházet. Moje sestra i švagrová čekali miminka. Byl to masakr, dívat se na jejich břicha nebo poslouchat jak se spolu baví, že mrňata kopou.

Já jsem měla potřebu o tom hodně mluvit, manžel to zvládal, ale měl toho taky už plné zuby. Není divu, vychytával všechny mé záchvaty vzteku, hrůzy a běsnění. Snažila jsem se být před ostatními v pohodě, ale je pravda, že jsem očekávala pomoc od své matky a ta mi řekla, že se se mnou o tom bavit nebude, ať vyhledám psychiatra, že jsem sobec, protože Blanka, to je moje sestra, je nemocná a já myslím jen na sebe. V té době byla opravdu má sestra hodně nemocná, do toho se jí narodilo miminko a mamka ji pomáhala. Nechtěla jsem to miminko vzít na ruce, ani se věnovat synovci, kterému jsem kmotrou. Byla to katastrofa. Bohužel, jim v té době nedocházelo, že jsem před dvěma měsíci pohřbila vlastní dítě. S novým těhotenstvím jsme museli čekat tři měsíce a pro mě to byla neskutečně dlouhá doba. Dostávala jsem se z toho velmi těžko, musela jsem nějakou dobu brát antidepressiva. Návrat do práce byl pro mě úžasný balsám na duši, ale doma hromada nervů. Dlouho trvalo, než jsme se s manželem začali beze strachu milovat. Pokaždé jsem brečela, ale časem se to zlepšovalo. Přišlo jaro, mohli jsme se pokoušet o nové těhotenství. Podařilo se, povedla se Sabinka. Trpěla jsem spoustu nocí a ještě dlouho jsem slyšela tlouct to umírající srdíčko. Sabinka rostla, byla jsem ve dvanáctém týdnu, říkala jsem si, že je vše v pořádku. Omyl, přišla sprcha, musíte vydržet do 21 týdne, jak naroste srdce. Vypadalo to na vrozenou vývojovou vadu. Byla ze mě zase hromádka nervů. Nakonec vše dopadlo skvěle, máme krásnou holčičku, i když ve 36 týdnu narozenou, protože jsem měla preeklampsii. Je úžasná a krásná. Bohužel ta ztráta tu je. I když mám krásnou dceru, stále to bolí. Mám jednu úžasnou paní kinezioložku, ke které se chodím vypovídat. Moc mi pomohla a už vím, že se s tou ztrátou dá žít. Když jsem vypisovala papír do porodnice se jménem dítěte, věděla jsem, že budeme mít Sabinku. Chlapečkovi jsem napsala jméno Mikuláš, jako takové malé rozloučení s drobečkem. On by byl totiž Mikuláš. Teď mám krásnou čtyřměsíční dceru a jsem šťastná. Bohužel se mi vrátily noční můry, ale vím, že to půjde, chce to čas. Strašně to bolí, pořádně nám to zacvičilo s manželstvím a s manželem jsme si řekli spoustu nepěkných věcí. Prošla jsem si peklem a do dnes se tam skočím občas kouknout i když nechci, ale vím, že čas všechno zahojí a bude se mi žít lépe. Je to zkušenost, ale když ji nemáte, o nic nepřicházíte, ale já vím, že mám manžela, který má zlatou trpělivost. Nejhorší, co se může ženě stát, je, když přijde o dítě. Je to hrůza a děs, z kterého se buď zblázní, nebo se s tím postupně naučí člověk žít. Já se s tím chci naučit žít i když mě to s psychikou pěkně zatočilo.

Vyžaduje to spoustu času. Někdo říká, že zapomeneš, omyl, to se nezapomene. Časem jsem si našla cestu ke všem dětem a taky k dítěti od mé švagrové. Každý má jiné reakce a

každý se s takovou situací vyrovnáva po svém. Vím, že ty děti za to nemohly, ale já jsem potřebovala čas.