

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Sociální práce při perinatálním úmrtí

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce kombinované studium

Autor: Žaneta Konečná
Vedoucí práce: Mgr. Iva Linhartová

Olomouc 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 24. 4. 2024

Žaneta Konečná

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především vedoucí práce Mgr. Ivě Linhartové, za její čas, trpělivost, připomínky a vstřícný přístup. Také děkuji své rodině, přátelům a za poskytování potřebného prostoru a neustálé podpory jak při psaní práce, tak i po celou dobu studia.

Obsah

Seznam zkratk	6
Seznam obrázků	7
Úvod	8
1. Seznámení s tématem	9
1.1 Rodina	9
1.2 Poskytovatelé nemocniční péče	10
1.3 Perinatální úmrtí	11
1.4 Perinatální paliativní péče	13
2. Propojení se sociální politikou	14
2.1 Zdravotně sociální pracovník	15
3. Činnost zdravotně sociálního pracovníka při perinatálním úmrtí	17
3.1 Matriční činnost	17
3.2 Proces truchlení	18
3.3 Provedení pitvy a zajištění pohřbu	19
3.4 Systém sociální ochrany ČR	21
3.4.1 Sociální pojištění	21
3.4.2 Státní sociální podpora	23
3.4.3 Sociální pomoc	24
4. Propojení s teoriemi a metodami sociální práce	26
4.1 Krizová intervence	26
4.2 Case management	27
4.3 Komunikace	28
4.4 Sociální práce	30
4.5 Terapeutické paradigma	31
4.6 Expresivní terapie	32
4.6.1 Arteterapie	32
4.6.2 Dramaterapie	33
4.6.3 Muzikoterapie	33
4.6.4 Tanečně pohybová terapie	34
4.7 Poradenské paradigma	34
5. Etický pohled na perinatální úmrtí	35
6. Pomáhající organizace	37
7. Analýza potřebnosti metodiky	38
7.1 Informace o cílové skupině	38
7.2 Stakeholderi	39
7.3 Vznik problému a jeho dopady na cílovou skupinu	39
7.4 Způsoby řešení v České republice a v zahraničí	39

7.5 Sběr dat a jejich vyhodnocení.....	40
8. Metodika.....	44
8.1 Identifikace potřeb a popis změn díky navrženému metodickému postupu.....	44
8.2 Cíle metodiky	45
8.3 Identifikace rizik a jejich předcházení	45
9. Metodický postup.....	47
9.1 Postup realizace metodického postupu.....	48
9.2 Principy poskytování perinatální paliativní péče	49
9.3 Supervize, jako nástroj podpory	50
9.4 Vývojový diagram	51
10. Návrh ověření funkčnosti metodiky	53
10.1 Zainterесované skupiny osob	53
10.2 Zaškolení pracovníků	53
10.3 Klienti	53
10.4 Evaluace	53
Závěr.....	55
Bibliografie.....	56
Seznam příloh.....	62
Přílohy	63
Příloha 1: Podpora při perinatální ztrátě dítěte	63
Příloha 2: Žádost o odpuštění pitvy zemřelého	73
Příloha 3: Žádost o sdělení závěru pitvy	74
Anotace.....	75
Annotation	76

Seznam zkratek

ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists

ADTA – American Dance Therapy Association

BAPSM – British Association of Perinatal Medicine

CCMC – Commission for Case Manager Certification

CMSA – Case Management Society of Ameriky

FHS.UTT – Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií

IFSW – International Federation of Social Workers

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MUNI – Masarykova Univerzita

MV – Ministerstvo vnitra

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NADTA – Nort American Drama Therapy

NCONZ – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů

NZIP – Národní zdravotnický informační portál

OSSZ – Okresní správa sociálního zabezpečení

OSVČ – Osoba samostatně výdělečně činná

PCIP – Perinatologická centra intenzivní péče

PCMIP – Perinatologická centra intermediární péče

TANTER – Asociace tanečně pohybové terapie České republiky

ÚP ČR– Úřad práce České republiky

UPCE – Univerzita Pardubice

UPOL – Univerzita Palackého Olomouc

WFMT – World Federation of Music Therapy

Seznam obrázků

Obrázek 1: Třístupňová péče o těhotné ženy v ČR

Obrázek 2: Kvalita péče

Obrázek 3: Ukázka arteterapie

Obrázek 4: Model zdravotní gramotnosti

Obrázek 5: Vývojový diagram zavedení nového metodického postupu

Úvod

Bakalářská práce se bude věnovat sociální práci při perinatálním úmrtí v nemocnici na základní úrovni poskytované péče o těhotné a rodičí matky a možnostem začlenění zdravotně sociálního pracovníka do týmu pečujících o matku procházející touto ztrátou.

Motivací k výběru tohoto tématu mi je blízkost pracovní náplně zdravotně sociálního v nemocnici a zkušenost několika blízkých přátel s perinatální ztrátou, a to právě v nemocnicích, které nejsou primárně připravené k péči o tyto ženy a rodiny.

Tato problematika je primárně řešená v nemocnicích, které jsou ve druhém a třetím stupni poskytované péče pro těhotné a zapojení zdravotně sociálního pracovníka do perinatálního paliativního týmu je zde automatické. Na základní úrovni je zapojení zdravotně sociálního pracovníka velice omezené z důvodu nedostatečných metodik a podkladů, které by usnadnily jeho práci a zapojení do perinatálního paliativního týmu. Cílem této bakalářské práce je vypracování metodického postupu pro zdravotně sociálního pracovníka a perinatální paliativní tým, který zajistí kvalitní zapojení pracovníka do péče o matku procházející perinatální ztrátou a tím zlepšit poskytovanou péči.

Text v této práci vychází jak z českých, tak i zahraničních zdrojů, které se věnují nejen problematice perinatálního úmrtí ale i legislativnímu zakotvení z oblasti sociální práce, vědomostem z psychologie a zdravotnictví a textu věnující se etice v této oblasti.

Bakalářská práce je dělená celkem do 10. kapitol. Druhá kapitola se věnuje seznámení s tématem, definičními pojmy a úrovněmi poskytované péče v porovnání se světem. Třetí kapitola nabídne propojení se sociální politikou, legislativním zakotvením a vysvětlením systému sociální ochrany v České republice. Další kapitola nabídne propojení tématu s teoriemi a metodami sociální práce a možnostmi, které metody lze využít při práci s rodičkou nebo rodinou při úmrtí dítěte. Část bude zaměřena na expresivní terapie, které jsou nápomocné při rehabilitaci rodičů. Také zde najdete vysvětlení důležitosti komunikace a krizové intervence, která je pro výkon zdravotně sociálního pracovníka v této oblasti důležitá. V nemocničním prostředí se nabízí nespočet etických dilemat a problémů, které budou shrnuty v následující kapitole. Kapitola číslo šest je věnována doprovázejícím organizacím a jejich posláním. V dalších kapitolách sedm až deset, se lze dočíst o analýze potřebnosti, která byla provedená ve dvou nemocnicích základního typu a z rozhovorů poskytnutých ženami, kterým zemřelo dítě při porodu. Cílem je vypracování metodické podpory pro zdravotně sociální pracovníky při péči o ženu procházející perinatální ztrátou právě z výsledků analýzy potřebnosti.

1. Seznámení s tématem

Rodina je velice důležitá, protože utváří bezpečnou základnu pro všechny členy domácnosti. Nemoc, úmrtí, úrazy do rodiny přináší starosti, tlak, únavu a v mnoha případech i finanční problémy (Bužgová, Sikorová a kol 2019, s. 94). Porodnictví je jedno z nejstarších řemesel, které se v průběhu let vyvíjelo. Jedná se o obor plný lásky, naděje a optimismu. Skrývá však i řadu úskalí, proto se začaly budovat porodnice, aby mohly tyto situace řešit. S rozvojem porodnic se taky začala rozvíjet specializovaná pracoviště, která se věnují rizikovým případům (Šance dětem 2024). Mezi nejmladší odvětví v péči o dítě v České republice je dětská paliativní péče, která se postupně rozšířila o oblast perinatální péče o matku a dítě, které zemře buď v průběhu těhotenství, v době porodu nebo po porodu (Bužgová, Sikorová a kol 2019, s. 14).

1.1 Rodina

V České republice neexistuje jednotná definice výrazu rodina, a to i přesto, že se s tímto pojmem pracuje hned v několika důležitých dokumentech. Například v zákoně o státní sociální podpoře je rodina popsána jako soužití osob, tedy rodičů a jejich nezaopatřených dětí, kteří žijí ve společné domácnosti. Nezaopatřenými dětmi se rozumí děti, které neukončily povinnou školní docházku, připravující se na povolání, nebo dítě se zdravotním postižením, maximálně však do 26. let (MPSV 2024). Ve slovníku sociální práce je rodina popsána v užším významu, jako seskupení osob, kterou pojí vlastní příbuzenské vztahy nebo vztahy vzniklé sňatkem (Matoušek 2016, s. 177). Světová zdravotnická organizace definuje rodinu jako skupinu, která funguje na principu soudržnosti a spolupráce mezi členy, skupina, kde jsou pozitivní emoční vazby, je to místo pro poskytování opory a kde je bezpečný prostor pro komunikaci (Uhlíková 2011, s. 5-7).

V mezinárodních listinách lze najít články, které se přímo věnují právům týkající se rodiny. V Listině základních práv Evropské Unie je například zakotvené právo na respektování rodinného života, právo na uzavření manželství a založit rodinu, práva dítěte a ochranu mateřství. V Listině základních práv a svobod se věnuje rodině článek číslo 32 a lze se tam dočíst o právu na ochranu rodičovství a rodiny až po ochranu dětí a mladistvých. Také je tam právo na pomoc od státu rodinám pečující o dítě. A v neposlední řadě Úmluva o právech dítěte, která se řadí mezi smlouvy mezinárodní, zde jsou deklarována základní práva dítěte, jako je rozvoj nebo ochrana (Mertl 2023, s. 330-333).

Mezi základní funkce rodiny patří funkce pečovatelská, ochranná, výchovná, socializační, ekonomická a biologicko-reprodukční. To je funkce, která zajišťuje komplexní procesy, které umožňují pokračování života a společnosti na zemi (Krebs 2007, s. 348-349).

Očekávané narození dítěte je pro rodiče jedno z nejkrásnějších období v životě, na které se v průběhu těhotenství ženy připravují (Špaňhelová 2015, s. 16-22). Na co se však rodiny

nepřipravují je sdělení informace, že jejich nenarozené dítě zemřelo, nepřežije porod, nebo zemře krátce po narození (Špaňhelová 2015, s. 9). Tato sociální událost již vyžaduje aktivní podporu a pomoc od státu pro zachování funkčnosti rodiny (Worden 2013, s. 199). Během tohoto období rodina vyžaduje nejen speciální přístup zdravotnického zařízení a personálu, ale i odbornou psychosociální pomoc a pomoc zdravotně sociálního pracovníka (Špaňhelová 2015, s. 21-26). Truchlení po dítěti mnohdy rodiny rozděluje, protože každý člen má jiné potřeby a jiné způsoby prožívání zármutku, a rodině chybí článek, který by je v truchlení podpořil, pomohl ji, protože všichni členové jsou plně zahlceni svým žalem. Úkolem podporovatelů je právě provedení rodiny ztrátou, procesem truchlení a následným stmelením a uschopněním členů jako celku. První, kteří přijdou do kontaktu s rodinou při perinatální ztrátě dítě jsou poskytovatelé nemocniční péče – zdravotní sestry a lékaři, kteří sestavují první plány péče. Následně se k nim přidávají další členové, kteří se starají o další potřeby rodiny (Baštěcká 2013, s. 211–212).

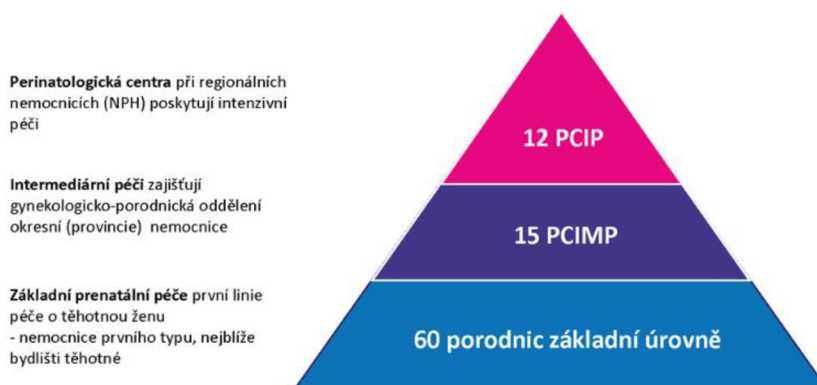
1.2 Poskytovatelé nemocniční péče

Zdravotní péče se v České republice řídí zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, kde se lze dočíst, že poskytování zdravotní péče zajišťují zdravotničtí pracovníci a odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním péče.

Péči o těhotnou a rodící ženu zabezpečuje hustá síť porodnic, které se dále dělí do tří stupňů, dle potřebné péče. Na primární úrovni se poskytuje péče matkám, které přichází do porodnice v termínu porodu, těhotenství probíhalo bez problémově a porod se předpokládá nízkorizikový. V České republice se tento typ nemocnic nachází nejčastěji. Na sekundární úrovni se nachází Perinatologická centra intermediární péče (PCMIP), sem přichází matky, u kterých hrozí předčasný porod od 31+0 týdne těhotenství, průběh těhotenství byl více sledován. Těchto typů porodnic se nachází v České republice 15 a patří sem například Uherskohradištská nemocnice, Nemocnice Jihlava nebo Nemocnice Havlíčkův Brod. Poslední úroveň tvoří Perinatologická centra intenzivní péče (PCIP) zde se nachází vysoce specializovaný tým, který se specializuje především na předčasné porody od 23. týdne těhotenství, rodiček se závažnými komplikacemi a komplikacemi vitálních funkcí dítěte i rodičky (NZIP 2024).

V České republice není žádné specializované pracoviště, které by bylo primárně přizpůsobené na porod mrtvého dítěte. Z toho důvodu ženy rodí v perinatologických centrech, nebo v běžných porodnicích, kde se jim nedostává odbornosti perinatálního paliativního týmu (Ratislavová 2016, s. 17).

Třístupňová péče o těhotné ženy



Obr. 1. Tří stupňová péče o těhotné ženy v ČR, zdroj nzip 2024.

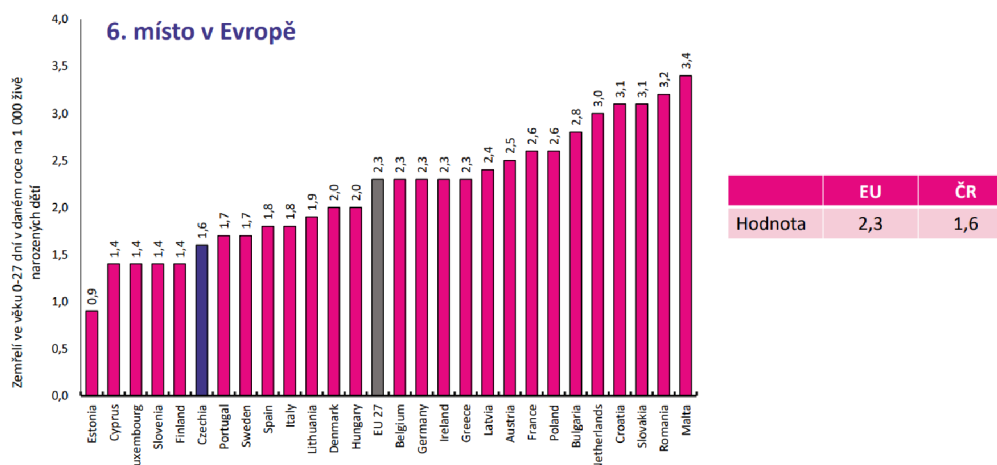
1.3 Perinatální úmrtí

Dobu těhotenství ženy lze rozdělit na perinatální období, tj. období od početí po narození, předporodní doba trvá 38-42 týdnů (Plecnarová 2013, s. 3). Perinatální období se dá definovat, jako období viability dítěte v době porodní a do sedmi dnů života od narození. Termínem viability plodu se označuje období, kdy je plod schopen narodit se živě a po porodu přežít za daných podmínek lékařské a ošetrovatelské péče (Ratislavová 2016, s. 9) a období postnatální, období odehrávající se po narození (Hartl, Hartlová 2000, s. 442).

Česká republika se dlouhodobě řadí mezi státy s nejnižší perinatální mortalitou v mezinárodním porovnání. Perinatální úmrtnost rozumíme součet mrtvě porozených a živě narozených novorozenců zemřelých do konce 7. dne po porodu, tj. časná novorozenecká úmrtnost, nebo v širším rozmezí, pozdní novorozenecká úmrtnost, do 28. dne po porodu na 1000 narozených novorozenců (Dort, Dortová, Jedlička 2013, s. 16). Na stránkách ministerstva zdravotnictví se můžeme dočíst, že evidujeme velmi nízkou novorozeneckou mortalitu – 1,6 zemřelých ve věku 0-27 dní na 1000 živě narozených dětí i časnou novorozeneckou mortalitu 1,3 zemřelých ve věku 0-6 dní v daném roce (2022) na 1000 živě narozených dětí, dle mezinárodního srovnání od společnosti Eurostat (MZČR 2023). Tento výsledek naši republiku řadí na 11. místo v časné novorozenecké úmrtnosti z 28. posuzovaných zemí Evropy (Kacerovský 2023, s. 11).

Kvalita péče: novorozenecká úmrtnost

Zdroj: Eurostat, 2020



Obr. 2 - Kvalita péče. Zdroj Eurostat 2020

Dle Rastislavové (2015, s. 11-13) perinatální ztrátou v České republice projde na 450 rodin za rok a nejvyšší podíl na časně novorozenecké úmrtnosti mají v současné době předčasné porody. Statisticky významný výskyt předčasných porodů činí dlouhodobě 6 % všech porodů a je příčinou asi 85 % časných úmrtí novorozenců bez vrozených vývojových vad. Mezi další příčiny můžeme zařadit – potíže s placentou a dělohou, infekci, jež postihuje matku a dalším významným činitelem jenž souvisí s úmrtím dítěte jsou vývojové vady, jako je Edwardsův syndrom, Patauův syndrom, rozštěp páteře nebo hydrocefalus (Kohnerová, Henleyová 2013, s. 220-221). O předčasný porod se jedná v okamžiku, kdy se dítě narodí dříve jak v 36+6 týdnu těhotenství, v tomto případě, již vyžaduje speciální péči. Na stránkách Biomed Central Lld (2024) se lze dočíst, že celosvětově mezi příčiny perinatálního úmrtí středně příjmových rodiček patří předčasný porod, infekce plodu, hypertenzní nemoci, asfexie nebo vrozené vady.

Hranice, kdy je dítě schopné narodit se živé a přežít se nachází někde mezi 22. týdnem těhotenství až 24. týdnem těhotenství (Zlatohlávková 2011, s. 47). Toto období se nazývá „šedá zóna“, kdy možnost přežití dítěte závisí na mnoha faktorech, mezi které například patří porodní váha, pohlaví dítěte nebo vyvinutí plic. Zvolený druh péče v tomto období závisí na rozhodnutí rodičů, kteří jsou seznámeni multidisciplinárním týmem s informacemi ovlivňující zdravotní stav dítěte a schopnost jeho přežití. Vždy by se mělo jednat v zájmu dítěte (Kohnerová, Henleyová 2013, s. 65-72). Pokud se dítě narodí dříve, než je 22. týden těhotenství, již se jedná o potrat. Zákon o zdravotních službách jej definuje v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách o jejich poskytování § 82 (2) Plodem po potratu se rozumí plod po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina a neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Biologickými zbytky potratu se především rozumí placenta a těhotenská sliznice.

1.4 Perinatální paliativní péče

První zmínky o zapojení paliativního týmu do péče o novorozence ve světě se poprvé objevují kolem roku 1982 ve Spojených státech amerických. Tyto poznatky později ovlivnily celkový vývoj perinatální paliativní péče nejen u nás, ale i ve světě. Od řešení pouhých fyziologických potřeb dítěte se lékaři zaměřili na celkovou psychologickou, sociální a spirituální stránku matky a dítěte (Ratislavová 2016, s. 16).

British Association of Perinatal Medicine (2010) definuje perinatální paliativní péči jako plánování a poskytování podpurné péče v průběhu života a péče na konci života plodu, novorozence nebo kojence a jeho rodiny v rámci zvládnání vhodného stavu dítěte. Dle Ratislavové je tato péče holisticky zaměřená na prevenci a tišení bolesti i dalších fyziologických, psychosociálních a spirituálních obtíží a vždy vychází z nejlepšího zájmu dítěte a jeho pohodlí (Ratislavová 2016, s. 16-17). Tato péče může zahrnovat i období, kdy rodiče přechází z aktivní péče o dítě do péče paliativní (ACOG 2024).

Perinatální paliativní péče zahrnuje také péči o rodiče, kteří potřebují pomoc na více úrovních – od pomoci perinatálního paliativního týmu při péči o matku a dítě během porodu, fyzickou a emocionální podporu, tak pomoc finanční (British Association of Perinatal Medicine 2010). Při práci s rodiči je kladen důraz na seznámení personálu s osobními názory rodičů, jejich postoji k celé situaci, a jaké jsou další možnosti postupování při poskytování péče (Ratislavová 2016, s. 17). Při poskytování paliativní péče je nutné, aby o matku, otce a celkově o rodinu bylo postaráno z holistického pohledu. Z tohoto důvodu je důležité, aby složení týmu bylo široké a obsáhlo co největší oblast péče (BAPM 2010). Ratislavová v kapitole Specifika paliativní péče v neonatologii zmiňuje, že v ideálním případě mezi členy týmu patří – gynekolog/porodník, genetik, neonatologický lékař, porodní asistentka, psycholog, dětská sestra, duchovní a sociální pracovník (Bužgová, Sikorová a kol. 2019, s. 166). Hlavním úkolem tohoto týmu je poskytnout rodině odbornou pomoc při rozhodování během těhotenství, porodu nebo po něm (Ratislavová 2016, s. 16-17). To znamená, připravit rodinu na možnost, že se mohou vyskytnout rozdíly v názorech mezi členy rodiny ohledně péče. A to zejména v případech, kdy se situace v průběhu porodu výrazně změní od prognóz z průběhu těhotenství a rodiče musí čelit situaci, kdy se dozví, že jejich dítě zemře (ACOG 2024).

2. Propojení se sociální politikou

Celosvětově existuje několik desítek definic sociální politiky, například sociální politika se dle Mertla orientuje směrem k člověku, k jeho rozvoji a zdokonalení jeho životních podmínek a osobnímu rozvoji (Mertl 2023, s. 17). Matoušek ji popisuje „*jako soustavné a cílevědomé úsilí o změnu nebo o udržení a fungování sociálního systému*“ (Matoušek 2016, s. 199). Sociální politiku je nutné chápat, jako celek se skupinou systémů, které jsou navzájem spojeny a navzájem se ovlivňují. To znamená, že je úzce vázaná na společenské okolí, a to jí proto činí v různých zemích specifickou a originální (Krebs 2007, s. 20). Jde tedy o činnost různých subjektů na různé úrovni, kterými je ovlivňována společenská realita a touto činností jsou prosazovány a naplňovány cíle politiky. To vyžaduje vysokou odbornost a vzdělání pracovníků v sociální oblasti, tvorbu a inovace stávajících metod a realizaci, vyhodnocování a stanovování nových cílů (Mertl 2023, s. 21–22). Sociální politika zahrnuje politiku zdravotní, rodinnou, bytovou nebo například politiku sociální ochrany (Krebs 2007, s. 22). Právě politika sociální ochrany je pro rodiny procházející perinatální ztrátou důležitá, protože pomocí dávek z těchto systémů mohou překonat složité období (Čeledová, Čevela 2020, s. 13-17).

Sociální politika se může dělit podle toho, jaký přístup volí k řešení problémů. První je aktivní sociální politika – kdy jde hlavně o prevenci vzniku sociálních problémů, tj. přijímáním konkrétních opatření. Druhý přístup je pasivní sociální politika – zde se jedná již o řešení vzniklých sociálních problémů (Mertl 2023, s. 24-25). V neposlední řadě sociální politika plní i několik funkcí, které navzájem souvisí a doplňují se. Jedná se například o funkci ochrannou, která pracuje již se vzniklými událostmi, které mohou způsobit znevýhodnění rodin ve společnosti a cílem je zmírnění nebo odstranění těchto událostí, jako je nezaměstnanost, nemoc nebo špatná finanční situace rodin. Funkce přerozdělovací, skrze kterou se stát se snaží o zmírnění sociálních nerovností ve společnosti. To se děje buď na trhu nebo sekundárně za pomoci státu, který k tomu má vhodné nástroje v podobě státního rozpočtu, soustav pojištění nebo pomoci nadací a církví (Krebs 2007, s. 54-61).

Mezi hlavní objekty sociální politiky se řadí lidé pracující, rodina, pacient nebo člověk nacházející ve špatné sociální situaci. (Mertl 2023, s. 53–58). Subjekty sociální politiky lze rozdělit na veřejnoprávní, kam náleží ústřední vláda, ministerstva a jejich pobočky – například úřad práce. Soukromoprávními subjekty jsou právnické osoby, které se dále člení do ziskových a neziskových organizací (Tomeš 2010, s. 101-102). Právě tyto subjekty navrhují směr, jakým se sociální politika státu bude ubírat a mimo jiné prostřednictvím sociálních pracovníků ji realizují (Mertl 2023, s. 47).

2.1 Zdravotně sociální pracovník

Činnost sociálního pracovníka se řídí zákonem č. 108/2006 o sociálních službách a v paragrafu 109 je vypsán výčet činností, které má vykonávat. Jedná se tedy o odbornou činnost, která využívá odbornost pracovníka využívající speciální techniky a metody. Sociální pracovník identifikuje a pomáhá řešit problémy člověka, rodin nebo skupin. Jde tedy o uspokojování základních potřeb, pomoc při socializaci a pomoc při seberozvoji člověka, který se dostal do takové situace, že ji již není schopen řešit samostatně nebo ve spolupráci s rodinou nebo přáteli (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 25-26).

Oproti tomu zdravotně sociální pracovník se řídí zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotních povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Další upřesnění lze najít ve vyhlášce číslo 424/ 2004 Vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V §9 se píše, že zdravotně sociální pracovník vykonává mimo jiné sociální prevenci, vyhledává jedince, kteří potřebují pomoc v důsledku nemoci, provádí sociální šetření, spolupracuje s orgány veřejné správy, jako jsou úřady práce, matriční úřady nebo česká správa sociálního zabezpečení, sestavuje plán psychosociální intervence, poradenství a pomáhá s úkony v oblasti spojené s úmrtím.

Dle Kuzníkové lze činnosti zdravotně sociálního pracovníka rozdělit do 6. hlavních bodů. 1. bod je řešení situace akutně hospitalizovaných klientů. 2. bod je sociální pomoc – ta zahrnuje sociální poradenství, komunikaci s odbornými institucemi, pomoc při řešení finančních otázek. 3. bod mapuje sociální prevenci – zjišťování klientových možných obtíží. 4. bod je sociální anamnéza – pomoc se znovu začleněním klienta do přirozené společnosti. 5. bod zajištění další formy pomoci, kde není možná reintegrace a za 6. je aplikace metod sociální práce (Kuzníková 2011, s. 48). V rámci světového porovnání jsou názory na zdravotně sociální pracovníky jednotné a tito pracovníci jsou vysoce kladně hodnoceni. Například ve Finsku se jedná o tzv. skandinávský model, kdy se zdravotně sociální pracovník nachází na každém oddělení a je součástí multidisciplinárního týmu. Anglie stála na počátku zavádění zdravotně sociálních pracovníků v nemocnici a jejich náplň obsahuje kompletní péči o hospitalizované pacienty a jejich podporu (Kuzníková 2011, s. 49-50).

Zdravotně sociální práce je zejména určena lidem, kteří trpí nějakou nemocí a v souvislosti s tímto zdravotním stavem potřebují specializovanou pomoc či péči. Každá nemoc je pro člověka něčím specifická a může mu významně zkomplikovat život. To znamená, že je negativně ovlivněná pracovní schopnost člověka a schopnost postarat se sám o sebe (Kutnohorská, 2011, s. 26).

K výkonu zdravotně sociálního pracovníka je nutné minimální vzdělání na vyšší odborné škole nebo vzdělání vysokoškolské (Profesiogramy 2020). Tento obor lze vystudovat například na Univerzitě Pardubice, Fakultě zdravotních studií (UPCE 2024) nebo na Univerzitě Tomáši

Batí ve Zlíně na Fakultě humanitních studií v prezenční formě studia (FHS.UTB 2024). Po studiu z vybraných vysokoškolských oborů lze navázat kurzem pro zdravotně sociálního pracovníka, které zajišťuje Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů (NCONZ 2024). Na stránkách Vysoké školy Ostravy se lze dočíst, že zdravotně-sociální pracovník má mít mezioborové znalosti z humanitních oborů, oborů medicíny, jako je patologie, hygiena nebo pediatrie, oborech ošetrovatelství, rehabilitace, komunikace a samozřejmě z oblasti sociální práce. Zde je kladen důraz na znalost zákonů, dávek ze systému sociální ochrany a spolupráce se státní správou (FFS.OSU 2024). Z toho je zřejmé zdravotně sociální práce stojí z části na sociální práci a z části na pomezí zdravotnictví. Jde o tak speciální obor, že si zasluhuje speciální terminologii i přístupy (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 24).

3. Činnost zdravotně sociálního pracovníka při perinatálním úmrtí

Dle Kuzníkové zdravotně sociální pracovník patří do stabilního týmu pracovníků v nemocnici a do jeho kompetencí náleží široké spektrum činností, které zdravotně sociální pracovník zařizuje. Standardně se s ním počítá v týmech urgentní péče, péče poskytované dětem, seniorům a dlouhodobě nemocných. S tím se pojí jeho hlavní činnosti jako je sociální pomoc, komunikace se službami následné péče, evaluace služeb nebo obhajoba potřeb klienta. Do jeho povinností patří také poskytování sociálního poradenství. Poradenství lze poskytovat na úrovni základního, kdy se jedná o všeobecné informace, které přispívají k řešení nepříznivých sociálních situací nebo odborného poradenství. Odborné poradenství je zaměřeno na určité oblasti jako je například poradenství pro osoby v nemocničních zařízeních (Kuzníková 2011, s. 50–51). Zapojení zdravotně sociálního pracovníka do týmu perinatálního paliativního týmu je v České republice stále nestandardní a vyskytuje se pouze v perinatologických centrech. Jeho přítomnost je však pro rodiny významná z důvodu informovanosti v oblasti sociální pomoci, návazných služeb a pomáhajících organizací. V následujících podkapitolách budou vysvětleny nejčastější činnosti zdravotně sociálního pracovníka v oblasti informování rodičů při perinatální ztrátě (Dítě v srdci 2024).

3.1 Matriční činnost

Do 3 dnů od narození dítěte musí zdravotně sociální pracovník provést jeho registraci na matričním úřadě v místě jeho narození (GOV 2024). Další činnosti vykonává již obec s rozšířenou působností a v této oblasti je jejich úkolem zaznamenat úmrtí a narození (301/2000, § 1). V zákonu č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů, jak vyplývá z pozdějších změn se dočteme, že Rodný list dítěte u dítě, které se narodilo živé, mrtvé i které zemřelo krátce po porodu se standardně vystavuje. Rodný list vydá matrika obce, kde se dítě narodilo do 30 dnů. K vydání je potřeba doložit – hlášení o narození dítěte, prohlášení o jménu a příjmení (pokud je dítě pojmenované), doklad totožnosti rodičů, pokud jsou rodiče sezdáni, tak jejich oddací list.

Úmrtní list se vystavuje v případech, kdy dítě zemřelo až po porodu. Úmrtní list opět vydává matrika obce, kde dítě zemřelo. Matrika musí nejprve obdržet List o prohlídce zemřelého a až poté jej zapíše do knihy úmrtí. K vydání je potřeba doložit – rodný list dítěte, List o prohlídce zemřelého, doklad totožnosti, která žádá o vydání.

3.2 Proces truchlení

Truchlení je přirozená reakce k tomu, aby se člověk vyrovnal s úmrtím blízkého člověka, přijal toto úmrtí, smířil se s ním a s citlivostí pokračoval dál v životě (Mrowetz, Chrastilová, Antalová 2011, s. 121). Přístup nemocničního personálu by měl být lidský, empatický, klidný, individuální a neměli by se bát projevit svoji soustrast nad událostí, která rodiče postihla (Mrowetz, Chrastilová, Antalová 2011, s. 122-123). Jednání s rodiči a dítětem by mělo být s respektem a úctou a dávat situaci mimořádné atmosféry (Ratislavová 2016, s. 72-73). Pracovníci by se měli informovat, zda si rodiče přeji jejich přítomnost, pomoci s konkrétními úkony a podporovat je. Proces truchlení je úzce spjat s procesem rozloučení a rituály. Rodiče musí přijmout fakt, že dítě zemřelo a už se nevrátí (Worden 2013, s. 35), proto je důležité vidět tělíčko mrtvého dítěte a rozloučit se s ním, vždy ale záleží na přání rodičů (Amery 2017, s. 226). V rámci rozloučení je možné dítě omýt, obléct do vlastního oblečení, provést otisk nožičky, ustříhnout vlásky, provést fotografie dítěte. V České republice je možné využít i chladicí kolébky, a odnést si dítě domů a tam se s ním v klidu, intimně rozloučit. Na všechny tyto možnosti musí být personál nemocnice připraven a být nápomocný rodině při jejich realizaci. Pokud si rodina nepřeje vidět svoje dítě a rozloučit se s ním, je po domluvě možné, že tyto rituály rozloučení provede personál nemocnice a artefakty budou uloženy v nemocnici, kde si je rodiče můžou vyzvednout (Ratislavová 2013, s. 72-79).

Každá rodina truchlí jinak a mezi hlavní rozdíly patří schopnost rodiny vyjádřit a tolerovat emoce své a druhých členů rodiny. Nesprávné procesy zpracování se mohou v průběhu let objevovat v oblasti patologického chování členů. Při zkoumání zármutku v rodině se řeší pozice zemřelého v rodině, jakou roli hrál, nebo měl hrát, jak významnou měl funkci. Je jasné, že děti mají významnou roli v rodině a jejich ztráta může být fatální. Další bod je emoční stránka rodiny, dobře integrovaná rodina je schopná si poradit s truchlením sama, zatím co špatně integrovaná potřebuje pomoc odborníka a poslední bod je schopnost reorganizace, schopnost redukovat vzniklý chaos, znovu se začlenit do rodiny a společnosti ale uchovat si vzpomínky na zemřelého člena (Worden 2013, s. 195–199).

V procesu truchlení se nesmí zapomínat, ani na otce, který se připravuje na novou roli, celé těhotenství je pro něj méně reálné než pro ženu. Po úmrtí dítěte panuje představa, že otec by měl být oporou pro matku, očekává se, že převezme roli pilíře (Kohnerová, Henleyová 2013, S. 104). Po úmrtí dítěte má dát otec průchod svým emocím, aby manželé, rodiče vnímali toto úmrtí jako společný prožitek, je to jejich dítě, jejich společný zármutek a žal (Špaňhelová 2015, s. 40–41).

Mezi hlavní emoce, které rodiče po ztrátě svého dítěte prožívají je smutek. Ten může být spatřován v držení těla, pohybech, gestech, mimice a v neposlední řadě tělesných pocitech. Jedná se tedy o bolestivé, nepříjemné prožívání s pocity fyzické bolesti a prázdna (Worden 2013, s. XIII). Lidé procházející ztrátou se cítí fyzicky vyčerpání – i přesto, že se jim dostává

prostoru a podmínek k odpočinku, pociťují apatii a vyčerpání. Mají pocity svírání a dušení, lapají po dechu, mají nevysvětlitelné bolesti hlavy, žaludeční bolesti. Mnozí chtějí sevřít své dítě, tak moc, až je bolí paže. Patří sem také ztráta smyslu života, sebedůvěry a zklamání nejen sebe, ale i rodiny, přátel, společnosti a obviňování (Kohnerová, Henleyová 2019, s. 95-96).

Fáze truchlení je zpracována mnohými autory, mezi které patří například Elizabeth Kübler-Ross, Bowlby, Sandersová nebo Parker. Všichni tyto autoři se shodují v tom, že truchlící člověk fázemi truchlení neprochází postupně, ale fáze přeskakují, setrvávají v nich po různou dobu a do některých se opět vrací a některé úplně přeskočí (Worden 2013, s. 33).

Parker dle Wordena definuje 4 fáze truchlení. 1. Fáze, otupění, začíná v okamžiku prožívání ztráty a díky otupění, někteří pozůstalý nevnímají bolest tak intenzivně. 2. fáze je tužba, touha po navrácení mrtvého a popření trvalosti této ztráty. 3. fáze, dezorganizace a zoufalství – jde o neschopnost fungování v přirozeném světě pozůstalého a poslední fáze je reorganizace chování, kdy si člověk začíná znovu žít a dávat si život dohromady (Parker in Worden 2013, s. 33-34).

Elizabeth Kübler-Ross definovala oproti Parkerovi pět fází zármutku – popírání a izolace, které je jen dočasným obranným mechanismem, kterým se snažíme popřít skutečnosti. Druhá fáze je zlost, a otázka, proč zrovna já. Hněv se obrací nejen na široké okolí rodiny, ale na kohokoliv. Život tak, jak si ho rodiče představovali byl předčasně ukončen a nikdy již nebude stejný. Třetí fáze je smlouvání, jde o smlouvání s Bohem, dej nám ještě jeden den, když naše dítě přežije, tak něco.... Poslední dvě fáze jsou deprese a akceptace (Kübler-Ross 2015, s. 51-127).

Dle Špatenkové (2024, s. 63) intenzitu a průběh ovlivňuje několik faktorů, jsou to individuální faktory, sem patří například věk, sebepojetí nebo pohlaví. Druhý faktor jsou situační faktory, což jsou veškeré okolnosti kolem úmrtí, možnost, jak se na tuto událost připravit, péči o umírajícího, rozloučení a poslední fáze environmentální, zde se nachází sociální zázemí a promítají se vzorce chování z dětství, jak chápeme smrt, zármutek. Důležité je si však uvědomit, že každý člověk truchlí originálně a nelze očekávat, že se bude držet zažitých tradic a způsobů.

3.3 Provedení pitvy a zajištění pohřbu

Citlivý přístup je v této oblasti práce velice důležitý. To, jakým způsobem se s rodiči jedná, může ovlivnit jejich celkový postoj k situaci (Ratislavová 2016, s. 91). Rodiče po ztrátě miminka potřebují čas a podporu při truchlení. Musí být však také upozornění, že je čeká ještě řada rozhodnutí, která musí udělat, například jak naloží s tělíčkem svého dítěte nebo jaké si představují rozloučení. Na všechna rozhodnutí by měli mít dostatek času a samozřejmě možnost změnit svůj dřívější názor (Ratislavová 2016, s. 91).

Každý rodič procházející ztrátou dítěte při porodu by měl být jasně srozuměn s tím, proč je důležité pitvu provést – získané informace mohou objasnit příčinu úmrtí a lze tím předcházet komplikacím při dalším těhotenství. Ne vždy, však pitva příčinu smrti odhalí (Centrum pro rodinu a sociální péči 2018, s. 9) Nutnost provedení pitvy se řídí zákonem č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Kde se píše, že pitva se provádí v případech zjištění základních nemocí, dalších nemocí a komplikací, u plodu z uměle přerušeno těhotenství, u dětí mrtvě narozených a dětí zemřelých do 18 let. V paragrafu 88 se lze dočíst, že lékař, který provádí ohledání těla zemřelého může rozhodnout v neprovedení pitvy, a to v případech kdy byla příčina úmrtí zřejmá nebo pokud blízcí zemřelého požádali o neprovedení pitvy, a to písemně na speciálním formuláři. Lékař, který pitvu dítěte provedl musí vystavit formulář o Listu ohledání zemřelého a seznámit s výsledky zařízení, kde k úmrtí došlo a lékaře z oblasti praktické lékařství pro děti a dorost a pokud si rodiče písemně zažádají, tak musí informovat i je (Zákon č. 372/2011, § 89). Důležitá je zde důvěra rodiče ve zdravotnické zařízení, sociálního pracovníka, že péče o zemřelé dítě bude probíhat, tak jak bylo domluveno a nebudou se vykonávat žádné nesmluvené úkony s tělem dítěte. Na rodiče má trvalý a výrazný vliv to, jakým způsobem se po smrti zachází s tělem dítěte (Bužgová, Sikorová a kol 2019, s. 197).

V České republice je pohřeb ošetřen zákonem č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a dále související zákony, kterým se mění zákon č. 193/2017. V paragrafu 5 se lze dočíst, pokud rodiče nerozhodnou do 96 hodin od oznámení úmrtí dítěte, zda vypraví pohřeb a jak chtějí naložit s tělíčkem dítěte, zajistí pohřeb dítěte podle zvyklostí obec, na jejímž území došlo k úmrtí. Ratislavová píše, že u novorozenců se využívají tři způsoby pohřbení – pohřeb, kremace, kterou zajišťuje pohřební služba, zpopelnění bez obřadu a vyzvednutí urny nebo zpopelnění bez obřadu a rozptýlení na rozptylové loučce nebo uložení do společného hrobu (2016, s. 92). Vypravení pohřbu je v České republice rituál rozloučení se s blízkou osobou a pro mnohé rodiče je to důležitá součást rozloučení s dítětem (Centrum pro rodinu a sociální péči 2018, s. 9). Zákon o pohřebnictví umožňuje dva způsoby pohřbívání – uložení lidských ostatků do hrobů či hrobky nebo zpopelněním lidských pozůstatků v krematoriu. V případě zpopelnění se v zákonu o pohřebnictví nedočteme, zda je nutné popel uložit na veřejném nebo soukromém pohřebišti. Lze tedy uchovávat zpopelněné pozůstatky i mimo pohřebiště (Varvařovský 2013, s. 9). Pohřeb je pro rodiče velice důležitý proces, protože mají pocit, že se uzavřela kapitola jejich žití s dítětem, obzvlášť pokud mají místo, kam za dítětem mohou přijít, kde se s dítětem znovu setkat, může se jednat o urnu, rozptylovou loučku, nebo klidné místo, které mají rádi. Zde mohou na dítě v klidu vzpomínat, povídat si s ním (Špaňhelová 2015, s. 64–65).

3.4 Systém sociální ochrany ČR

Od doby průmyslové revoluce dochází k výrazné změně v podmínkách, ve kterých lidé žijí a celkově jejich způsobu života. Čím dál častěji jsou vystavováni rizikovým faktorům, které mohou negativně ovlivňovat jejich život. Rizikové faktory jsou takové, které jsou známe právu a kdy jde o změnu, zánik nebo změnu povinností, kterými je občan schopný předcházet, zmírňovat nebo překonávat tíživou životní situaci. Lze sem zařadit nemoci, těhotenství, narození dítěte nebo úmrtí (Krebs 2007, s. 161-162). Někteří lidé jsou na tyto události připraveni a jsou schopni je zvládat samostatně. Mnozí však potřebují pomoc od druhých osob nebo přímo od státu, aby toto období překonali (Krebs 2007, s. 161). Jde tedy o soubor institucí, zařízení a opatření pomoci, kterých stát může předcházet, zmírňovat nebo odstraňovat následky sociálních událostí občanů (Mertl 2023, s. 149) nebo také jako právní, finanční a organizační opatření, které kompenzují nepříznivé sociální a finanční důsledky různých životních událostí a okolností, které ohrožují sociální práva občanů (Krebs 2007, s. 163).

V České republice toto zajišťuje systém sociální ochrany. Ten stojí na třech pilířích – Sociální pojištění, Státní sociální podpora a Sociální pomoc (Čeledová, Čevela 2020, s. 14). Tyto systémy se od sebe liší v několika aspektech. Jakou situaci řeší, jak jsou zabezpečeny a jakým způsobem jsou dávky v těchto systémech financovány (Mertl 2023, s. 151). Financovány jsou například ze státního rozpočtu v rámci celoplošné solidarity a vypláceny jsou například MPSV, krajskými úřady, obecními úřady s rozšířenou působností, OSSZ a úřady práce ČR (Arnoldová 2015, s. 61). Rodiny procházející perinatální ztrátou využijí dávky ze systému sociálního pojištění pro čerpání například mateřské dovolené nebo otcovské dovolené. Systém státní sociální podpory je využitelný pro financování pohřbu a dle potřeby využití porodného. Systém sociální pomoci je pro rodiny, které mají omezené finanční možnosti a potřebují pomoc od státu v základních věcech (Dítě v srdci 2024).

3.4.1 Sociální pojištění

Je povinný finanční systém, týkající se všech obyvatel v ČR, kterým se člověk zajišťuje pro případ budoucích událostí, tím, že si odkládá část svých financí ve formě pojistného do systému (Čeledová, Čevela 2020, s. 15). Jde o zajištění sociálních potřeb občanů v případech, kdy se jedná o sociální událost spojenou se ztrátou příjmu, z výdělečné činnosti, a to v případech mateřství, ošetřování člena rodiny, nemoc, invalidity, stáří a ztráty živitele (Mertl 2023, s. 152). Sociální pojištění je tedy výrazem odpovědnosti každého občana směrem k sobě nebo ke své rodině (Krebs 2007, s. 164).

Podmínky upravuje zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku, který zahrnuje důchodové a nemocenské pojištění, příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Dále zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení a zákon č. 187/2006, Sb., o nemocenském pojištění, kde se blíže specifikují druhy dávek – nemocenské, peněžitá pomoc v mateřství, dávka otcovské poporodní péče, ošetřovné,

dlouhodobé ošetrovné, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. Orgány, které provádějí sociální pojištění jsou Okresní správa sociálního zabezpečení, Česká správa sociálního zabezpečení, MV, vězeňská služba a například MPSV (Arnoldová 2015, s. 55).

- **Peněžité pomoc v mateřství**

Pro vznik nároku na peněžitou pomoc v mateřství je důležité, aby žena byla v den vzniku nároku v posledních dvou letech účastna na nemocenském pojištění alespoň 270 dnů. OSVČ musí podat návrh na účast na nemocenském pojištění OSVČ a být účastna po dobu alespoň 180 kalendářních dní v posledním roce, přede dnem počátku podpůrčí doby.

Peněžité pomoc v mateřství trvá celkem 28 týdnů. Začíná 6-8 týdnů před porodem nebo v den porodu dítěte, pokud k porodu došlo před počátkem podpůrčí doby. Při narození mrtvého dítěte vzniká nárok na 14 týdnů peněžité pomoci v mateřství, která nesmí skončit před uplynutím 6 týdnů ode dne porodu. Pokud dítě zemře po uplynutí 14 týdnů mateřské dovolené má matka nárok na další 2 týdny ode dne úmrtí miminka.

Peněžitou pomoc v mateřství vyplácí Česká správa sociálního zabezpečení.

V případě zkrácení peněžité pomoci v mateřství je nutné informovat zaměstnavatele a Okresní správu sociálního zabezpečení a doložit kopii úmrtního listu nebo kopii Listu o prohlídce zemřelého (Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, § 32-38).

Nárok na peněžitou pomoc v mateřství nevzniká, pokud matka dítě potratila nebo se narodí dítě, které není životaschopné – tzn. narození dítěte před 22. týdnem těhotenství a váží méně než 500 g (Dítě v srdci 2024).

- **Otcovská dovolená**

Nárok na otcovskou dovolenou má pojištěnec, který je otec dítěte a je účasten nemocenskému pojištění. OSVČ se musí podílet na pojistném minimálně 3 měsíce předcházející nástupu na otcovskou dovolenou.

Otcovská dovolená trvá 2 týdny a otec si určuje sám, kdy nastoupí. Pokud však dítě zemřelo během porodu nebo 6 týdnů ode dne narození má otec nárok na nezkrácenou otcovskou dovolenou. Dítě však po dobu otcovské dovolené nesmí být hospitalizováno (Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, § 38a – 38c).

- **Nemocenská**

Nárok má pojištěnec, který byl uznán dočasně práce neschopen a byl účasten nemocenskému pojištění. OSVČ musí být účasten 3 měsíce před vznikem události na pojištění.

Podpůrčí doba začíná 15 dnem a může trvat nejdéle 380 kalendářních dnů (Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, § 23–31).

- **Ošetřovné**

Náleží osobě, která pečuje o dítě mladší 10 let, pokud toto dítě onemocnělo nebo utrpělo úraz nebo osobě, která pečuje o jinou fyzickou osobu, jejíž zdravotní stav z důvodu nemoci nebo úrazu vyžaduje ošetřování jinou osobou, nebo ženy, která porodila, jestliže její stav v době bezprostředně po porodu vyžaduje nezbytně ošetřování jiné osoby.

Podpůrčí doba je maximálně 9 kalendářních dnů (Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, §39–40).

3.4.2 Státní sociální podpora

Státní sociální podpora řeší sociální situace, které jsou uznány za zřetel hodné – především se to týká rodin s dětmi, které potřebují finančně podpořit (Mertl 2023, s. 152). Některé vyplácené dávky jsou ovlivňovány příjmy rodiny a některé tímto ovlivněny nejsou (Čeledová, Čevela 2020, s. 15). Mezi dávky, které jsou ovlivněny příjmy rodiny patří přídavek na dítě, porodné, příspěvek na bydlení a do netestovaných dávek patří rodičovský příspěvek, dávky pěstounské péče a pohřebné (Čeledová, Čevela 2020, s. 15-16). Státní sociální podporu upravuje zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v aktuálním znění zákona č. 407/2023.

- **Porodné**

Nárok má žena, které se narodilo první nebo druhé živé dítě. Nárok má také otec prvního nebo druhého živě narozeného dítěte, jestliže žena, která dítě porodila zemřela. Pokud žena porodí dítě mrtvé nárok na porodné nevznikne.

Rozhodný příjem v rodině nepřevyšuje součin částky životního minima rodiny a koeficientu 2,70.

Výše porodného činí na první živě narozené dítě 13000 Kč, na druhé živě narozené dítě 10 000Kč.

Pro vznik nároku na porodné jsou potřeba tyto dokumenty: Vyplněná žádost o porodné, Doklad o výši čtvrtletního příjmu, rodný list a občanský průkaz všech uvedených členů rodiny (GOV 2024).

- **Pohřebné**

Nárok má osoba, která vypravila pohřeb dítěti, které bylo nezaopatřené nebo plodu po potratu nebo plodu po umělém přerušení těhotenství v případě, že bylo provedeno ze zdravotních důvodů. Výše pohřebného činí 5000 Kč a je vypláceno jednorázově ÚP.

Pro vznik nároku na pohřebné je potřeba doložit: Průkaz totožnosti, žadatele o pohřeb, Žádost o pohřebné, fakturu za vystavení pohřbu, rodný list dítěte nebo úmrtní list dítěte, doklad o

potvrzení o potratu nebo umělém přerušení těhotenství ze zdravotních důvodů. (Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, § 47–48).

- **Rodičovský příspěvek**

Nárok na rodičovský příspěvek v případě narození mrtvého dítěte nebo úmrtí dítěte po porodu nevzniká.

Pokud rodiči zanikl nárok na rodičovský příspěvek z důvodu narození nejmladšího dítěte v rodině nebo vzniku nároku na peněžitou pomoc v mateřství má rodič nárok o jednorázovou výplatu částky, která z celkové částky nebyla vyplacena. Podmínkou je, že dá alespoň jednomu rodiči stanovit denní vyměřovací základ. Výplata částky probíhá následující měsíc po narození nejmladšího dítěte v rodině.

Pokud však rodič čerpá peněžitou podporu v mateřství a rodičovský příspěvek si nestihl vybrat na nejstarší dítě, má možnost se k němu po vyčerpání peněžité podpory v mateřství vrátit (Dítě v srdci 2024).

3.4.3 Sociální pomoc

Sociální pomoc je poskytována lidem, kteří nejsou schopni uspokojovat své základní životní potřeby (Tomeš 2010, s. 37). Důležité je zabránit dalšímu úpadku člověka a jeho závislosti na systému a vhodným způsobem ho podporovat k jeho znovu nabití samostatnosti. Mezi základní nástroje sociální pomoci patří poradenství, prevence, sociálně právní ochrana, sociální služby a dávky sociální pomoci (Mertl 2023, s. 253-255).

V poradenství probíhá výměna informací mezi pracovníkem, který je rádcem a klientem, který informace přijímá. Úkolem je poskytnout informace, které pomůžou klientovi odstranit příčiny nebo minimalizovat jejich dopad (Krebs 2007, s. 272).

- **Sociální prevence**

Sociální prevence se snaží chránit společnost před sociálně patologickými jevy, které ji mohou negativně ovlivňovat. Jde především o kriminalitu, toxikomanií, rasismus a násilí. Jedná se o aktivity, které jsou prováděny jak na celostátní úrovni, tak i na regionální úrovni. Výrazně se využívají na místní úrovni, kde mohou konkrétně cílit na sociálně patologické jevy (Mertl 2023, s. 256).

Mezi dávky sociální péče patří Příspěvek na péči, je určen lidem od 1 roku, kteří kvůli svému zdravotnímu omezení potřebují pomoc druhé osoby, příspěvek na mobilitu, který je určený osobám se postižením pohyblivosti nebo orientace, příspěvek na zvláštní pomůcku, pro osoby se zdravotním postižením.

- **Příspěvek na živobytí**

Je pro osoby, které se nacházejí ve stavu hmotné nouze, to znamená, že jejich příjem nedosahuje živobytí, které je vymezeno v zákoně č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu. Touto dávkou se tedy zabezpečují jejich základní životní potřeby jako je ošacení, strava, základní hygienické potřeby, které si nejsou schopni zajistit si sami. Tuto dávku lze poskytnout jak finančně, tak i materiálně (Mertl 2023, s. 261-261).

- **Doplatek na bydlení**

Je poskytován osobám, které mají nedostatečný příjem k zaplacení bydlení a jeho účelem je pokrýt náklady spojené s výdaji na bydlení. Podmínkou je, že příjem osoby žádající o doplatek na bydlení nedosahuje částky živobytí a pobírá příspěvek na bydlení. Ve výjimečných případech lze doplatek na bydlení přiznat, pokud příjem osoby a společně posuzovaných osob přesáhl částku živobytí, ale není vyšší, než 1,3násobek částky. Nárok osobě nevznikne, pokud odmítne cenově příznivější bydlení, neuplatní své pohledávky nebo neprodá či jinak nevyužije svůj majetek (Krebs 2007, s. 280-281).

- **Mimořádná okamžitá pomoc**

Je pro osoby, které se nachází ve hmotné nouzi a nemají dostačující příjmy k zajištění nezbytných životních potřeb. Tato dávka je vyplácena ve většině případů jednorázově na pokrytí mimořádných situací jako jsou – újma na zdraví, mimořádná událost, nezbytný výdaj, výdaje na vzdělání a zájmovou činnost nezaopatřeného dítěte, na pořízení a opravu nezbytného základního vybavení a k minimalizování sociálního vyloučení. Pokud osoba doloží, že se jedná o vážný případ, lze dávku vyplatit opakovaně (Mertl 2023, s. 264-265).

4. Propojení s teoriemi a metodami sociální práce

Práce s pocity, emocemi, nastavení vhodné komunikace a pomoc rodinám při prožívání krizových situací, a nejen tyto ale i další techniky a metody jsou velice důležité pro práci s klientem. Jejich znalost a schopnost aplikovat je dle situace je známka vysoké odbornosti pracovníka (Dítě v srdci 2024).

Nejen matka, ale i otec a sourozenci prožívají směsici pocitů, kterými jsou po ztrátě ovlivněni. U matky jsou tyto pocity ještě znásobeny množstvím poporodních hormonů, které má v těle a které ji ovlivňují. Je zcela přirozené, že pociťuje hněv, zlost, sebeobviňování, obviňování druhých, bezmoc, osamění, výčitky nebo neporozumění (Lebdušková 2014, s. 130-132).

V knize Prázdná kolébka se můžeme dočíst, že je důležité ženám vysvětlovat, že všechny tyto pocity a projevy, které pociťují jsou zcela normální, přirozené a při vhodném přístupu zdravotníků, rodiny a psychologa jsou zvládnutelné (Špaňhelová 2015, s. 26-27). Některé ženy ale odmítají sdílet svoji zkušenost, své pocity s někým jiným a svoji zkušenost v sobě uzamknou a dělají, že je vše v pořádku a žiji dál. V průběhu života, při dalším těhotenství nebo už při samotném plánování dalšího těhotenství se tyto nezpracované pocity začnou z nevědomí posouvat do popředí a ovlivňovat nejen psychickou a duševní stránku, ale i fyzickou stránku (Lebdušková 2014, s. 130-132). Mezi psychické onemocnění, které se často u žen po úmrtí dítěte vyskytují jsou například – posttraumatická stresová porucha, různé druhy závislostí, deprese, úzkostné poruchy a psychosomatické poruchy (Ratislavová 2016, s. 13). Pro rodinu procházející perinatální ztrátou dítěte je důležitá psychologická podpora a pomoc. Rodiny mohou vyhledat a navštěvovat svépomocné skupiny, kde jsou lidé se stejnou zkušeností. Existují již skupiny na Facebooku a dalších sociálních platformách, kde se setkávají matky, které přišli o dítě. V neposlední řadě významnou podporou jsou různé podpůrné webové stránky (Špaňhelová 2015, s. 81-85). Worden píše, že rodinám se se svým smutkem, hněvem a obavami pracuje lépe ve skupině, kde mají empatickou podporu od ostatních rodin, které si prošli stejnou ztrátou a pochopení pro to, že to, co potřebují, je mluvit o svém zemřelém dítěte (Worden 2013, s. 205). V případech, kdy je toho již na ženu moc a dosavadní podpora není dostačující je vhodné vyhledání odborné pomoci terapeuta. Tento odborník ji bezpečně provede její situací (Špaňhelová 2015, s. 81-85).

4.1 Krizová intervence

Za krizi lze považovat situace, které tak vyhodnotí jedinec, že jsou nad jeho síly a schopnosti jim čelit a je ohrožení vlastní existence (Špatenková 2014, s. 14). Z filozofického hlediska se jedná o komplexní rozpad všech dosavadních jistot a smyslu života (Cimrmannová 2013, s. 15). Krizová intervence tedy představuje rychlý a cílený zásah do života člověka, který se nachází

v takové situaci, kterou již nezvládá řešit sám. Tato pomoc není dlouhodobá, ale řeší akutní stránku a snaží se klienta stabilizovat. Krizová intervence by se měla pomoc poskytovat ihned, co nejdříve klientovi, kompetentně, bezpečně a jednoduše. Jedná se prakticky o pomoc praktickou, psychologickou, zdravotnickou, sociální a právní (Špatenková 2013, s. 153-158). Člověk k řešení své situace využívá copingové strategie, jde o schopnost zareagovat vědomě na určité situace, které mají za úkol zmírnit nebo odstranit nepříjemné psychické a fyziologické pocity. Tyto strategie se utváří už v raném dětství a postupně se upevňují v průběhu života. (Cimrmannová 2013, s. 23-24). Oproti tomu na nevědomé úrovni působí na člověka jeho obranné mechanismy, které se snaží o odstranění úzkostí, depresí a podobných stavů na úrovni, které mohou být pro člověka devastující (Drapela 2008, s. 26). Mezi nejvíce využívané obranné mechanismy v této problematice lze považovat mechanismy jako je vytěsnění, kdy jsou negativní zážitky a emoce zapomenuty. Popření, v tomto případě žena ignoruje veškeré špatné emoce, které v sobě má. Pomocí projekce žena svoje úmysly přisuzuje nějaké jiné osobě nebo například kompenzací, kdy se žena snaží své pocity uspokojit kompenzací něčeho dalšího (Kratochvíl 2017, s. 25).

Osobní charakteristika člověka pomáhá k lepšímu řešení krize, pokud je schopen odolávat zátěži, je optimistický a pozitivní, má zdravou sebedůvěru, smysl života a smysl pro humor a má například sociální oporu (Cimrmannová 2013, s. 24). Dle Špatenkové, pokud člověk zdárně projde krizovou situací, tato zkušenost ho posílí, posune dál a stane se odolnější. Překonáním však neznamená zapomenout, ale znovu nabití energií, obnovení vztahů, radování se ze života a minimalizování psychosomatických obtíží spojené s krizovou situací (Špatenková 2013, s. 46).

První psychologickou pomoc by měl umět poskytnout každý člověk, bez nutnosti vzdělání a na tu by měla navázat odborná pomoc krizového intervenanta. Tato pomoc je již odborná a vyžaduje odborné vzdělání. V psychologickém slovníku se lze dočíst, že psychoterapeut je člověk, který je empatický, má schopnost porozumět, dokáže emočně podpořit a má výborné komunikační schopnosti (Hartl, Hartlová 2000, s. 488). Dle Ratislavové by měl naslouchat, nehodnotit a neposuzovat, avšak zrcadlit jejich pocity (Ratislavová 2016, s. 98). Amery píše, že při práci s rodinou, která prožila ztrátu dítě je komunikace jeden z nejdůležitějších prvků péče (Amery 2017, s. 23-24).

4.2 Case management

V případech, kdy není potřeba využívat krizovou intervenci, z důvodu stabilizace klienta, lze využít k práci s klientem metodu case management. Jde o podpůrný nástroj pro zkvalitněné týmové práce a jednotné podpoře klienta (Člověk v tísni 2020). Na stránkách Commission for Case Manager Certification (2024) lze najít definici case managementu jako „*Dynamický proces, který posuzuje, plánuje, realizuje, koordinuje, monitoruje a vyhodnocuje s cílem zlepšit*

výsledky, zkušenosti a hodnotu. Je to profesionální a kooperativní metoda, která se vyskytuje v různých prostředích, kde se poskytuje lékařská péče, péče o duševní zdraví a sociální podpora. Služby zprostředkovávají různé obory ve spolupráci s příjemcem péče a jeho podpůrným systémem.“ Case Management Society of Ameriky case management definuje jako profesionální autoritu, jejíž cílem je zlepšení zdraví nejen jednotlivců, ale i rodin, pečovateli a systémů poskytující odbornou péči. To činí pomocí standardů, ovlivňováním politiky a poskytováním nástrojů a zdrojů pro case manažery (CMSA 2024). Na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí se lze dočíst, že se jedná o nástroj, který pomáhá v nastavení jednotného postupu a přístupu při práci multidisciplinárního týmu a cílem je posílení pozice klienta a jeho upevnění sociální pozice (MPSV 2018). Jedná se o spolupráci klienta s týmem odborníků z širokého okruhu péče na řešení jeho problému. Pole působnosti case managementu je široké. Klienti získávají podporu, obhajobu a emocionální podporu. Lékařům usnadňuje řešení složitých situací a v rámci ekonomických zdrojů je case management méně nákladový, efektivní a působí v potřebný okamžik (CCMC 2024). Dle Hubíkové se počítá s účastí sociálního pracovníka v každém case managementu, protože obor sociální práce je úzce spjatý s tématy, které klient řeší (Hubíková 2024, s. 37).

Primárním úkolem je důkladné zmapování klienta, například jeho finančních nebo bytových podmínek, jeho filozofie, náboženství a podobně (Člověk v tísní 2020). Olga Hubíková dále konkretizuje, že jde o identifikaci silných stránek klienta, jeho motivace, schopnosti a vnitřních zdrojů (2018, s. 31).

4.3 Komunikace

Na stránkách Dítě v srdci (2024) se lze dočíst, že při péči o klienta je velice důležitá komunikace, pomocí níž se sociální pracovník dozví potřebné informace. Všeobecně komunikace slouží k výměně informací, dorozumívání, předání myšlenkových obsahů, k procesu vzájemného porozumění, názorů nebo pocitů mezi lidmi (Křivohlavý 1994, s. 22-23). Mezi základní funkce komunikace patří funkce informování, instruktivní, poznávací, přesvědčovací nebo například funkce svěřovací (Zacharová 2016, s. 24). Každý člověk má motivaci ke komunikaci, která je však ovlivňována mnoha faktory a okolnostmi podle druhu situace, ve které se klient ocitl. Sociální pracovník využívá při komunikaci s klientem motivaci kognitivní, to znamená, že se pracuje s informacemi, které se dozvěděl, sděluje svoji myšlenku, znalost nebo například názor, motivaci zjišťovací a orientační k zjištění potřebných informací, postojů a názorů (Zacharová 2016, s. 37-38).

Pokud chce pracovník, aby komunikace s rodiči byla efektivní a plnohodnotná je důležité věnovat pozornost těmto oblastem:

- Rychlost komunikace

Přízpůsobit rychlost sdělovaných informací psychickému stav rodičů. Pokud pracovník komunikuje rychle, bez pomlky a frázování může to značit nejistotu, že je mu situace nepříjemná, neznalost tématu.

- Hlasitost

Hlasitost je regulována podle obsahu předávaných zpráv. Pokud pracovník mluví o intimních záležitostech nebo závažném tématu hlas přirozeně ztlumí. Tlumeným hlasem pracovník mluví i v případě, kdy je nesmělý, stydlivý nebo neznalý tématu.

- Barvě hlasu, intonaci

Z barvy hlasu lze rozeznat 8 emocí a pracovník si musí dávat pozor, aby nepřeháněl a jeho hlas nezněl nepřirozeně nebo až afektovaně nebo naopak monotónně, kdy to může značit nezáměr a chladnost (Vymětal a kol 2011, s. 117-118). Mezi další faktory, které zefektivňují komunikaci se řadí znalost tématu a znalosti sdělovaných informací, způsob podávání informací, přizpůsobit sdělovaný obsah aktuálnímu stavu klienta, hovořit jasně a srozumitelně, sledovat neverbální projevy klienta a reagovat na ně, udržování očního kontaktu, sebekontrola (Zacharová 2016, s. 126).

Při komunikaci s rodiči by měl pracovník identifikovat mechanismy, se kterými je rodina schopná pracovat v krizových situacích, popřípadě zjistit, které již dříve využily. Zdůraznit důležitost komunikace s ostatními členy týmu, naplánovat společné činnosti u kterých může být pracovník nápomocný a další postupy řešení situace (Zacharová 2016, s. 146).

Významnou částí komunikace je komunikace neverbální, kterou klient sděluje své myšlenky a pocity i když mlčí (Vymětal a kol 2011, s. 54). Některé neverbální signály, které klient ale i pracovníci vysílají, mohou být hodně intenzivní a jasně čitelné, některé naopak mohou zůstat skryté, nebo hůř interpretovatelné. Mezi tyto si signály patří – složení hlavy do dlaní, pláč, svěšení ramen, tělesný neklid, klepání se, výrazná až agresivní gestikulace, neovládání hlasu, změny výrazu tváře, neudržení očního kontaktu, nenavazování očního kontaktu, výrazné dýchání, pocení (Bužgová, Sikorová a kol 2019, s. 126-127).

Další prvek v komunikaci je ticho. V tichu se lidé učí komunikovat jinak než slovy, začínají se soustředit na svoje pohledy, postoje. Dle Koláčka být v tichu s jiným člověkem je to nejintenzivnější a nejintimnější co lze zažít (Koláček, 2006). Ticho je jedním ze základů pro aktivní naslouchání. Díky aktivnímu naslouchání, je pracovník vnímán jako více zainteresovaný, více empatický, klient má pocit, že se vžívá do jeho situace, že o něj má zájem (Vymětal a kol 2011, s. 49).

Komunikace je primární nástroj k důvěře ze strany rodiny, proto je důležité s nimi jednat otevřeně, upřímně a hlavně pravdivě. Ve vypjatých situacích, mezi které úmrtí dítěte patří

musíme pracovat s tím, že rodiče budou reagovat pod náporom emocí, jako je pláč, vztek, lítost. Pokud chce pracovník dále s rodiči pracovat, musí je nejprve nechat prožít si přítomné emoce, protože pod jejich vlivem nebudou schopni vnímat jiné informace. Pracovník může pomoci rodině v emočním vypětí pomocí nástroje NURSE.

N – name the emotion

U – Understand the emotion

R – Respect the patient

S – Support the patient by useful word

E – Explore the emotions further

Tato technika se skládá z empatických a výzkumných otázek a pomáhá rodině uvědomit si svoje pocity, popsat je a dále s nimi pracovat (Bužgová, Sikorová a kol s. 123-127).

4.4 Sociální práce

Mezinárodní federace sociálních pracovníků definuje sociální práci „*Sociální práce je na praxi založená profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost a zplnomocňování lidí. Pro sociální práci jsou zásadní principy sociální spravedlnosti, lidských práv, společenské zodpovědnosti a respektu k rozmanitosti. Sociální práce podporuje lidi a jejich okolí v řešení těžkých životních situací a výzev, aby se zvyšovala jejich životní pohoda. Opírá se přitom o teorie sociální práce, společenských a humanitních věd a o vlastní znalosti*“ (ISWF 2014). Sociální práce je proto součástí sociální politiky, každého moderního státu, který cílí na vytvoření podmínek, které podporují ideální rozvoj jedince, skupiny nebo rodiny nacházející se ve znevýhodněné sociální situaci (Kutnohorská 2011, s. 25).

Sociální práce má nástroje k řízení na úrovni mikro praxe, to znamená pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci, na mezo úrovni, tj. metodické vedení a řízení a makro úroveň (Zajacová 2022, s. 8). Teoretické zázemí je jedním ze zdrojů identity sociálního pracovníka, který mu pomáhá k identifikaci a způsobu práce a komunikace s klientem. Tyto teorie pomáhají pracovníkovi ujasnit si, kdo, co a jaký druh služby bude poskytovat. Jsou mu tedy jakým si návodem k jeho práci. V těchto teoriích jsou identifikované kroky, které jsou vhodné využívat u různé škály klientů s různými potřebami a je důležité se jimi řídit. Jejich aplikace na klienta bez dostatečných znalostí je nevhodná, nebezpečná a ohrožující (Navrátil 1998, s. 42).

Se schopností zvládat vzniklé sociální problémy a fungovat ve společnosti je úzce spojovaný koncept sociálního fungování od Bartlettové. Myšlenkou sociálního fungování je, že lidé a společnost jsou v neustále interakci a vzájemně na sebe působí a kladou na sebe určité nároky. Důležité je, aby mezi nároky a požadavky byla rovnováha, pokud se tak nestane a klient

nemá dostatečné schopnosti nebo dovednosti nároky splnit potřebuje pomoc sociálního pracovníka (Navrátil 2001, s. 12). Matoušek uvádí, že životní situaci lze dělit do minimálně čtyř kategorií, jako je fyziologická, psychologická, sociální a noogéní (Matoušek 2013, s. 228). Jde tedy o komplex různých faktorů, které klienta ovlivňují v jeho sociálním fungování v rámci zajištění různých potřeb (Matoušek 2013, s. 228). Sociální pracovník se tedy dle Navrátila má věnovat silným a slabým stránkám klienta, jakou má schopnost zvládat problémy a jak funguje ve společnosti a identifikovat oblast, která negativně ovlivňuje klienta (Navrátil 2001, s. 13-14). Hlavním úkolem je tedy znovuoobnovení fungování klienta a udržení jeho schopnosti interakce mezi ním a sociálním prostředím (Matoušek 2001, s. 12). V následující kapitole je poskytnutý přehled terapeutických modelů, které lze při práci s klienty aplikovat. Při péči o rodinu není jednoduché zvolit jeden univerzální terapeutický směr, ale vždy se musí vycházet z aktuální situace klientů a jejich schopností (Kuzníková 2011, s. 31).

4.5 Terapeutické paradigma

V tomto přístupu jde o nastolení duševní pohody, zdraví a sociální pohody člověka, skupiny nebo komunity skrze podporu, povzbuzení a seberealizaci. Vztah klienta a pracovníka je ve stále interakci, kdy je žádoucí vzájemné ovlivňování, protože tento způsob může být pro oba obohacující. Díky komunikaci může klient vyjádřit svoje pocity, stavy a získat tím kontrolu nad svým životem. Jako příklad terapeutických směrů využitelných v terapeutickém paradigma, lze uvést Terapii zaměřenou na klienta, Logoterapii nebo Gestalt terapii (Navrátil 2001, s. 15).

V Gestalt terapii je hlavní myšlenka náhled na doposud neuvědomované chování a přijetí zodpovědnosti za své chování. Během terapie se využívá práce s tělem, hlasem, zrakem, sluchem a dalšími smysly a celkové propojení člověka v oblasti smyslové, prožitkové a rozumové (Gestalt 2024). Cílem je tedy, aby naše prožitky korespondovaly s naším vědomím (Pearls 2022, s. 12).

Základním pojmem v Logoterapii je „vůle ke smyslu“ (Frankl 2023, s. 181). Lidí ztrácí smysl v případech, kdy jsou existencionálně frustrováni, to znamená, že prožívají pocity bezsmyslnosti, vnitřní prázdnoty (Frankl 2023, s. 95). Smysl života může člověk najít pomocí uskutečňovaných hodnot – tvořivé, jsou ty, které člověk dává v podobě svých výtvořů (práce), zážitkové, zahrnují to, co v nás vyvolává kladné emoce, jako je láska (Křivohlavý 1994, s. 36) a postojové, je to způsob, jakým člověk reaguje na situace, kdy čelí nepřízní osudu a životnímu soužení (Frankl 2021, s. 67). Logoterapie pracuje s tím, že je důležité vyhýbat se bolesti a utrpení co nejdéle, ale v okamžiku, kdy to již nejde tento osud přijmout, snažit se ho proměnit v něco smysluplného. Člověk si musí uvědomit, že lidský život je omezený a to, co se stalo, se již nedá vrátit zpátky, ale v minulosti jsou uchovány všechny naše vzpomínky, city, prožitky, utrpení (Frankl 2021, s. 71).

Terapie zaměřená na klienta vychází přímo z klienta a snaží se o jeho seberozvoj při důvěrném rozhovoru s terapeutem (Kratochvíl 2017, s. 38). Vymětal píše, že se zde pracuje s vrozenou tendencí k seberozvoji a k dosahování lepší kvality osobnosti, života i zdraví. Léčba touto terapií pracuje s tím, že terapeut bezpodmínečně přijímá klienta takového, jaký je. Je k němu autentický a otevřený (Vymětal a kol. 2011, s. 117). Dle Rodgerse má každý člověk v sobě schopnost porozumět svému prožívání a změnit své postoje a chování a při prokázání důvěry v jedince, může převzít kontrolu nad svým životem, rozvíjet se a růst (Rodgers 2020, s. 36). Klient si má uvědomovat svoje prožívání, pocity, tělesné signály, nebát se definovat a popsat své obavy a úzkosti, nebát se konfrontovat klienta s otázkami, kterým se vyhýbá nebo se o nich nechce bavit. V neposlední řadě ukázat klientovi, že mu rozumíme v jeho pocitech a být mu přítomni (Vymětal a kol. 2011, s. 129).

4.6 Expresivní terapie

Následující kapitola se bude věnovat využití expresivní terapie u rodin, které prošly úmrtím dítěte při porodu. Vymětal píše, že tyto techniky umožňují redukovat úzkost a uvolnit tak latentní tendence, internalizovat pocity úzkosti a strachu a přes mechanismus projekce hledat jeho kořeny (Vymětal a kol. 2011, s. 259). Expresivní terapie je psychoterapie, která využívá pro vyjádření, kontakt a intervenci i jiné formy než verbální. Kromě slova nám ve vztahu a terapeutickém procesu napomáhá pohyb, metafora obrazu, tance, dramatické stránky, hudby, zvuku, básně a podobně. Někdy se mluví o neverbální terapii jako o kreativní terapii (Expresivní terapie 2024). Mezi expresivní směry dle Balabánové (2024) řadíme: Tanečně pohybovou terapii, dramaterapii, arteterapii a muzikoterapie a tyto techniky se využívají u klientů u kterých nefungují standartní postupy léčby a zkouší se kreativní řešení jejich obtíží.

Expresivní terapii, lze studovat na vysoké škole Palackého v Olomouci v oboru Speciální pedagogika se zaměřením na expresivní přístupy (UPOL 2024) nebo na Masarykově univerzitě v Brně v oboru Expresivní terapie se zaměřením na arteterapii (MUNI 2024). V dalších možnostech je doplnění vzdělání v některých z dostupných art terapeutických výcviků (Arteterapie 2024).

4.6.1 Arteterapie

V arteterapii jde o využití výtvarného umění, jejíž účelem je změnit nebo zmírnit jejich negativní chování, emoce, myšlení takovým směrem, aby byly přijatelné pro společnost i pro klienta (Müller 2014, s. 387-388). Müller dále uvádí, že jde o společenský prostředek vyjádření, který klientům pomáhá zprostředkovat jejich pocity, a nesoustředí se na estetickou stránku věci, proto je tato technika vhodná pro každého. Arteterapie je úzce spjatá i s dalšími obory jako je například psychoterapie, výtvarné umění, pedagogika nebo psychologie (Müller 2014, s. 415). Vizualizace pomáhá klientovi zhmotnit vzpomínky, představy a fantazie a převést je do hmotné,

sdělitelné formy. Výsledek lze vykládat jako důsledek nevědomých a potlačených tendencí vygenerovaných ze životních zkušeností a situací (Sochor 2016, s. 8). Úkolem terapeuta je znovuotevřít blokované, nevědomí psychické struktury člověka (Sochor 2016, s. 12).



Obr. 3 Ukázka arteterapie. Zdroj Žij úspěšně 2024

4.6.2 Dramaterapie

Valenta ve své knize Dramaterapie (2012, s. 23) definuje tuto disciplínu jako „*léčebně-výchovná disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti*“. Na stránkách Nort American Drama Therapy association (2024) se můžeme dočíst, že klient má možnost převyprávět svůj příběh, city, problémy, katarzi. Pomocí dramaterapie lze prozkoumat prožitky a mezilidské vztahy. Terapeut je nedirektivní, vybírá příběh a na konci terapie pracuje s pocity klientů. Mezi základní schopnosti terapeuta dle Vymětala (2011, s. 272-273) patří schopnost naladit se na skupinu jako na celek ale i na individuální potřeby jedince, být empatický, otevřený a sdílný.

4.6.3 Muzikoterapie

„Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích prvků jako intervence v lékařském vzdělávacím a každodenním prostředí u jednotlivců, skupin, rodin nebo komunit, které se snaží optimalizovat kvalitu svého života a zlepšit své fyzické, sociální a komunikační, emocionální, intelektuální a duchovní zdraví a pohodu (WFMT, 2024). Muzikoterapie má uklidňující, relaxační účinky a pomáhá k psychické, fyzické a duchovní pohodě. Hudba spojuje nejen klientův vnitřní a vnější svět, ale reaguje i na přítomný a minulý okamžik, kam se klient může pomoci hudby přemístit (Vymětal a kol. 2011, s. 287). Při poslechu hudby z různých etap života

klienta může dojít k uvědomění si nezpracovaných vzpomínek a díky tomuto uvědomění je může klient zpracovat a uzavřít (Gerlichová 2020, s. 371-372). Terapeut musí mít výcvik a dobré hudební dovednosti a v některých zemích se doporučuje i sebezkušenostní výcvik, pomocí kterého může terapeut lépe pochopit možnosti, procesy a pocity, které klient může prožívat (Kantor, Lipský, Weber 2011, s. 160-161).

4.6.4 Tanečně pohybová terapie

Americká tanečně pohybová asociace píše, že se jedná o psychoterapeutické využití pohybu, který má podpořit kognitivní, emoční a fyzické integrace a zlepšit fyzický i psychický stav jedince (ADTA 2020). Jde o znovuprožití emocí, klíčových událostí v bezpečném prostředí terapeutického prostředí a následném rozuzlení a nápravy (Dance therapy Prague 2023). Tanečně pohybový terapeuti využívají pohybů těla, které jsou složkou tance, jako hlavní východisko pro svoji práci. Využívají jak verbální, tak neverbální komunikaci k realizaci intervencí (ADTA 2020). Neverbální projev je pro každého člověka osobitý a vlastní, protože obsahuje jeho přítomnost, minulost a aktuální prožívání. Nejde o krásu pohybu, ale o pocity vycházející z vnitřního prožívání (TANTER 2019).

4.7 Poradenské paradigma

Poradenské paradigma je využíváno klienti, kteří mají neuspokojené základní potřeby a potřebují pomoc s orientací v systému nabízených a poskytovaných služeb a pomoc se zajištěním dalších navazujících potřeb. Odborníci z této oblasti se věnují menším systémovým změnám, které pomáhají k zpřístupnění péče, než k velkým reformám (Matoušek a kol 2013, s. 103). Matoušek ve Slovníku sociální práce píše, že se jedná o příležitost klientka k tomu, aby zjistil své přednosti a nedostatky a tím zkvalitnil svůj život (Matoušek 2001, s. 142). Vztah mezi klientem a terapeutem je v tomto paradigmatu postavený na rovnosti, přátelskosti a je jasně vymezený. Tento vztah v průběhu terapie prochází vývojem. Mezi využívané směry z tohoto paradigmatu patří Kognitivně behaviorální terapie, hlubinné a humanistické směry (Univerzita Hradce Králové, s. 6-11).

5. Etický pohled na perinatální úmrtí

Etika nemá za úkol moralizovat, určovat mravní povinnost, ale hledat východiska, podle kterých by se rozlišilo, co je mravné a co je již nemravné. Co je dobré a co je zlé, určit, co je tou nejvyšší hodnotou, k níž by měl člověk směřovat (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 43). Hlavním východiskem etiky je tedy jedinečnost a důstojnost každého lidského života a respektování a ochrana základních lidských práv (Ondriová 2021, s. 27).

„Lidská důstojnost je chápána jako vnitřní nezczizitelná hodnota, která přísluší každému člověku ve stejné míře, bez ohledu na jeho činy, rasu, kulturu, pohlaví, sexuální orientaci, věk, přesvědčení nebo status ve společnosti. Z toho důvodu si každý člověk zaslouží, aby se k němu přistupovalo s respektem, aby byla chráněna jeho práva a zájmy.“ (Nemčeková a kol 2008, s. 89).

V Globálním prohlášení o etických principech sociální práce Mezinárodní federace sociálních pracovníků v principu 1. Uznání přirozené důstojnosti lidství se dočteme *„Sociální pracovníci uznávají a respektují vrozenou důstojnost a hodnotu všech lidských bytostí v postojích, slovech a skutcích. Respektujeme všechny osoby, ale zpochybňujeme přesvědčení a činy těch osob, které sebe nebo jiné osoby znehodnocují nebo stigmatizují.“* (ifsw.org, 2024). Právě lidská důstojnost je nedotknutelné právo každého člověka hodná respektování a dodržování (Ondriová 2021, s. 27).

Jak ve zdravotní, tak i v sociální oblasti se zaměstnanci musí řídit etickými kodexy, které jsou v souladu s právními dokumenty země (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 81). Etický kodex proklamuje práva a povinnosti sociálního pracovníka a jsou mu ku pomoci při řešení etických dilemat a v oblasti jeho práce (Profesní svaz sociálních pracovníků 2011). V České republice byl poprvé vydán etický kodex sociálních pracovníků v roce 1995 a revizí prošel v roce 2006 od té doby funguje v nezměněné podobě. Lze jej shrnout jako činnost sociálního pracovníka, který podporuje klienta, chrání důstojnost a lidská práva, ke všem přistupuje stejně. Přistupuje k jeho péči holisticky, chrání klientovo právo na soukromí, chrání jeho práva a podporuje ho při využívání služeb a provádí poradenskou činnost a jedná s klientem empaticky (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 85).

Etický kodex pro zdravotně sociální pracovníky nebyl nikdy vydán, a tak se při své práci řídí etickým kodexem pro sociální pracovníky a Etickými normami v ošetrovatelském povolání a Mezinárodním etickým kodexem sociálního pracovníka (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 82).

Při poskytování péče musí, jak klienti, tak i poskytovatelé dodržovat Práva a povinnosti klientů. Tyto práva lze najít v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Jsou zde vypsány oblasti, na které mají pacienti právo, jako například: právo na výběr poskytovatele zdravotní péče, právo na odmítnutí léčby, právo podat stížnost nebo práva dítěte. Mezi práva

dítě se řadí právo na doprovod, právo na poskytnutí informací v přiměřené podobě a právo dítěte při doprovodu na zákrok (NZIP, 2024). Na Facebookové skupině Podpořte mne v osvětě? (2024) se lze dočíst, že právě práva dětí jsou velice častým důvodem konfliktu mezi rodiči a zdravotnickým personálem.

Během výkonu své práce se zdravotně sociální pracovník/sociální pracovník může dostat do situace, kdy bude potřeba řešit otázku, která je pro něj těžce řešitelná nebo nejistá. Etický problém je situace, kdy pracovník ví, jak by měl jednat, ale tato možnost jednání se mu přičí. Etické dilema je situace, kdy se pracovník nemůže rozhodnout mezi dvěma, či více možnostmi, které nejsou vhodné a představují pro něj morální konflikt (Ondřiová 2021, s.14). Lidé v pomáhajících profesích jsou těmto situacím vystaveni více než jiné profese, protože neřeší jen co je a co není morální, ale řeší situace, ve kterých se klient ocitl a mohou pro něj mít fatální následky (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 50). Mezi hlavní oblasti, kde se dilemata vyskytují patří konflikt, hodnoty pracovníka x hodnoty organizace, zájmu více klientů, loajalita klient x organizace, minorita x majorita nebo k samotnému rozdělování zdrojů a příležitostí (Mátel a kol 2010, s. 145-146).

Při práci s rodiči, kterým se narodí mrtvé dítě nebo dítě v kritickém stavu musí pracovníci brát v potaz kulturní a náboženské hodnoty, osobnostní rysy rodičů a jejich tradice. Uplatňuje se zde princip autonomie, pravdivosti a princip beneficente (Ondřiová 2021, s. 60-61). Etika zdravotně sociálního pracovníka obsahuje jak jeho osobu, tak i klienta/klienty/rodinu.

Pracovník by měl být dostatečně seznámen se svými etickými hodnotami, principy a etickými kodexy, které definují jeho práci a podle kterých posuzuje klienty. Proto je důležité, aby byl schopný akceptovat a respektovat i jiná etická a morální hlediska, než jsou ta jeho (Kutnohorská 2011, s. 94).

6. Pomáhající organizace

Cesta, kterou rodina musí projít není jednoduchá a pro úspěšné zvládnutí je důležité osobnostní nastavení rodičů a jejich životní znalosti. Vhodné je rodině doporučit péči pomáhajících organizací, které mají prostředky pro nastavení odborné péče o matku a rodinu (Ratislavová 2016, s. 99). Některé ženy však odbornou pomoc odmítají a raději se obrací na svépomocné skupiny, kde jsou lidé, kteří si také prošli perinatální ztrátou nebo ztrátou dítěte v průběhu života. Rodiče zapojeni do těchto skupin mohou mít pocit, že někam patří, nejsou ti jiní, jsou pochopení a mohou si vyměňovat autentické pocity s ostatními rodiči (Ratislavová 2016, s. 100). Organizace na, které se ženy mohou o pomoc obrátit jsou:

Ztráta miminka (2024), jedná se o webovou stránku, kde se lze dočíst příběhy ostatních rodičů, kteří prožili perinatální ztrátu dítěte a co jim v cestě za zotavením pomohlo.

1. Perinatální ztráta (2024), jedná se o podpůrný web nejen pro odborníky z dané problematiky, ale v části pro rodiče, se lze dočíst spoustu užitečných informací.

2. Dítě v srdci (2024), poskytuje odbornou pomoc pro rodiny, které zasáhla perinatální ztráta nebo ztráta dítěte po porodu.

3. Prázdní kolébka (2024), je web, který podporuje rodiče při úmrtí jejich dítěte. Nabízí jak laickou, tak i odbornou pomoc a pořádají svépomocná setkání rodičů.

4. Cesta domů (2024), podpora pro pečující a pozůstalé.

5. Pohřební průvodci (2023), užitečná stránka z oblasti pohřbů a pohřbívání. Lze se dočíst o zákonných nutnostech při pohřbívání dětí při perinatální ztrátě, potratu.

6. Tobit (2014) webová stránka je neaktualizována, ale lze najít spoustu užitečných informací o důstojném zacházení s tělíčkem dítěte.

7. Poradna pro pozůstalé (2023), na těchto stránkách lze najít kontakty na poradce.

7. Analýza potřebnosti metodiky

V této části práce představím potřebnost zapojení zdravotně sociálního pracovníka do multidisciplinárního týmu o péči o matku a rodinu po perinatální ztrátě. Specifika této cílové skupiny, popis stakeholderů a analýzu potřebnosti, která proběhla v nemocnicích na základní úrovni poskytované péče se zdravotně sociálními pracovníky a s klientkami, které právě v těchto typech nemocnic přišly o své děti.

7.1 Informace o cílové skupině

Primární cílovou skupinou jsou zdravotně sociální pracovníci poskytující péči v porodnicích na základní úrovni. Sekundární cílovou skupinou jsou pak matky a rodiče, kteří v těchto porodnicích procházejí perinatální ztrátou.

V České republice se nachází 60 porodnic na základní úrovni z celkového počtu 87. porodnic. Jejich rozmístění je minimálně 2. porodnice základního typu na kraj s výjimkou hlavního města a měla by být v blízkosti rodičky. Tento typ porodnic je pro matky, jejichž těhotenství probíhalo bezproblémově a je u nich nízké riziko komplikací u porodu (NZIP 2024). V Jihomoravském kraji se jedná o 7. poskytovatelů – Nemocnice Znojmo, p. o., Nemocnice Ivančice, p. o., Nemocnice Kyjov, p. o., Nemocnice Břeclav, p. o., Nemocnice Vyškov, p. o., Nemocnice Milosrdných bratří, p. o, Nemocnice Boskovice, s. r. o. (nzip, 2024). Naopak se zde nachází pouze jedno specializované pracoviště, a to Fakultní nemocnice Brno.

Z webových stránek výše zmiňovaných nemocnic jsem se dozvěděla, že počet zdravotně sociálních pracovníků je v nemocnicích odlišný. Nejmenší počet je jeden zdravotně sociální pracovník, který se nachází v nemocnici Kyjov a Břeclav. Dva zdravotně sociální pracovníci jsou v nemocnici Znojmo, Vyškov a Ivančice, kdy vždy jeden z nich má na starost klienty z léčebny dlouhodobě nemocných. V těchto nemocnicích se využívají Memoryboxy, které jim dodává společnost Dítě v srdci. Tato společnost provádí i odborné proškolení pracovníků na gynekologicko porodnickém oddělení nemocnic v jejich používání. Další nabízené kurzy nemocnice nevyužívají. Tři zdravotně sociální pracovníci se nachází v nemocnici Milosrdných bratří.

Oproti tomu v Perinatologickém centru porodnice Brno Bohunice a Brno Obilný trh je pro rodiče, kterým dítě zemřelo k dispozici speciálně vyškolený zdravotně sociální pracovník, který je k těmto případům volán a poskytuje jim odbornou péči.

Po prostudování výročních zpráv nemocnic základního typu v Jihomoravském kraji lze zjistit, že od roku 2021 není nemocnice, která by nepracovala s rodinami, které přišly o dítě při porodu. Například v roce 2021 prožilo perinatální ztrátu svého dítěte v nemocnici Boskovice 6 rodin a v roce 2022 touto ztrátou prošly 4 rodiny v nemocnici Břeclav.

7.2 Stakeholderi

Mezi hlavní aktéry při zavádění metodického postupu do nemocnice poskytující péči o těhotné a rodící ženy na základní úrovni jsou zejména zdravotně sociální pracovníci, pro které je metodický postup připravován. Dále mezi významné aktéry z oblasti nemocnice patří členové perinatálního paliativního týmu, vedení nemocnice, které bude mít významný vliv při procesu zavádění postupu a další zaměstnanci z nemocnice, kteří se navzájem budou ovlivňovat. Z aktérů, kteří se pohybují mimo nemocnici jsou významní kraj, Ministerstvo zdravotnictví a pomáhající organizace, kteří se věnují provázení žen a rodin při perinatální ztrátě a Unie porodních asistentek.

7.3 Vznik problému a jeho dopady na cílovou skupinu

Úmrtí dětí v perinatálním období je velmi specifické, protože některá onemocnění se u dospělých jedinců již vůbec nevyskytují a je těžké je diagnostikovat (CZSO 2022). Mezi hlavní důvody úmrtí dítě během těhotenství, v průběhu porodu nebo krátce po něm se řadí předčasné porody, ty jsou ovlivněny jak sociální, tak i demografickými skutečnostmi a tvoří víc jak 6 % všech porodů. Dále preeklampsie, infekty a vývojové vady dítěte (Ratislavová, s. 11-12). To znamená, že v některých případech se nelze připravit, na to, co se během porodu, nebo v krátké době po porodu může stát. Zdravotně sociální pracovník, musí být tedy připravený na tyto situace reagovat, umět zvolit vhodný způsob komunikace, postoj a nabídnout pomoc, kterou rodina potřebuje. To znamená mít nachystaný postup, kterým se při kontaktu s rodinou řídit, vědět, jaké informace je důležité rodině sdělit hned.

7.4 Způsoby řešení v České republice a v zahraničí

V České republice lze zaznamenat několik aktivit v oblasti perinatální paliativní péče. Jedná se o činnosti perinatologických center, pomáhajících organizací nebo například pomoc nadačních fondů v této oblasti.

V minulém roce proběhla setkání Perinatologických center intenzivní péče a jejich rozšíření odborností a nové poznatky z této oblasti. V prosinci roku 2023 proběhlo závěrečné setkání perinatologických center perinatální paliativní péče v nemocnici v Olomouci, která byla zaměřená na shrnutí všech získaných informací z průběhu roku. Výstup těchto konferencí je ucelený postup péče pro perinatální centra v České republice při péči o rodiny procházející perinatální ztrátou (Paliativní tým fnol, 2024).

Z užitečných českých pomáhajících organizací lze jmenovat Prázdná kolébka, jedná se o projekt z občanského sdružení Dlouhá cesta a je zde věnována péče rodičům, kteří přišli o své

dítě v průběhu těhotenství nebo krátce po porodu a další pomáhající organizace jako jsou Cesta domů, Perinatální ztráta či Dítě v srdci. Všechny tyto sdružení pomáhají rodičům během těhotenství, kdy se dozví nepříznivou prognózu, v průběhu porodu i během truchlení. Na stránkách asociace pro pozůstalé lze vyhledat nejbližšího poradce, který je schopný nabídnou specializované služby.

Ze zahraničí je důležité jmenovat zdroje Stillbirth and Neonatal Death Society (2022), organizaci, která se věnuje rodinám, které zažili perinatální úmrtí nebo ztrátu dítěte v průběhu života. Jejich posláním je také vzdělávání a výzkum v této oblasti a spolupráce s vládou. Z dalších zahraničních zdrojů lze jmenovat Children's Hospital of Philadelphia (2024), kde se věnují perinatální diagnostice a následné péči o rodiče při zjištění život limitujícího onemocnění u dítěte a podpoře v oblasti truchlení nebo Together for short lives (2024). Tato organizace se věnuje celkovému doprovázení umírajících dětí, ale od roku 2009 rozšířili péči o perinatální období. Funguje zde mnohočlenný tým odborníků ve složení psychologů, pediatrů, sociálních pracovníků, etiků, aj..

7.5 Sběr dat a jejich vyhodnocení

„Během těch dvou dnů jsem byla často sama, cítila jsem se osamocená. Bylo mi smutno. Doktor se byl podívat jen jednou, ale o dítěti neřekl nic. Měla jsem pocit, že se nemám ptát...Nevím, jak se tělíčka zbavili nebo co s ním vlastně udělali....Cítila jsem se ztracená, izolovaná, jako by na mně vůbec nezáleželo, a už jsem se nic víc nedozvěděla.“ (Kohnerová, Henleyová 2013, s. 67).

Pro svoji analýzu potřebnosti jsem si z nemocnice základní úrovně nacházející se v Jihomoravském kraji vybrala Nemocnici Břeclav, p. o. a Nemocnici Znojmo, p. o. V těchto nemocnicích jsem zjišťovala, jestli se o péči o matku a rodinu po perinatální ztrátě zapojuje i zdravotně sociální pracovník z jejich nemocnice.

Sběr dat proto tuto analýzu potřebnosti jsem uskutečnila formou dotazníku, prostudováním Výročních zpráv nemocnic za roky 2022 a 2021 a telefonického rozhovoru, jak se zdravotně sociálními pracovníky, tak i náměstkyněmi ošetrovatelské péče. Z důvodu udržení anonymity zde budu používat pojem Nemocnice A a následné označení zdravotně sociální pracovník – ZSP–A, náměstkyně ošetrovatelské péče – NOP–A a Nemocnice B, ZSP-B a NOP-B.

Otázky:

1. Máte ve Vaší organizaci metodiku/pracovní postup, jak pracovat s rodinou v rámci sociální práce při perinatálním úmrtí?
2. Jste zapojeni do procesu péče o ženu při perinatální ztrátě? Pokud ano, jak?
3. Máte připravené podklady, které dáváte ženě po perinatální ztrátě k seznámení? (nárok na dávky, nutnost pitvy dítěte, pomáhající organizace), pokud ano, jste s nimi spokojeni?
4. Pokud nemáte, ocenili byste dostupnost takových podkladů pro Vaši práci?
5. Pokud máte, jste s nimi spokojeni? Pokud ne, co byste ocenili jinak?

Nemocnice A, z výroční zprávy za rok 2022 jsem se dozvěděla, že zde proběhlo 797 porodů a z toho se jednalo o 4 perinatální úmrtí, v roce 2021 proběhlo 987 porodů z toho 3 perinatální úmrtí. Pro uvolnění informací o spolupráci zdravotně sociálního pracovníka s porodnicko gynekologickým oddělením a možností sběru dat jsem musela oslovit náměstkyni pro ošetrovatelskou péči s Žádostí o sběr dat pro studijní účely. V průběhu 3 měsíců jsem odeslala 4 žádosti o sběr dat a na žádnou mi nepřišla reakce. Po několika pokusech se mi podařilo náměstkyni pro ošetrovatelskou péči dovolat a uskutečnit s ní rozhovor po telefonu. Z rozhovoru vyplynulo, že zdravotně sociální pracovník se nezapojuje do spolupráce o péči o matku a rodinu po úmrtí dítěte při porodu, ale také, že nemají žádné metodiky ani materiály, které by mohly rodinám poskytnout. Pouze koho dle potřeby volají je psycholog. Paní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči dále sdělila, že o nabízené materiály nemají zájem, protože se jedná o jednotky případů ročně a je to pracovníky zbytečné.

V průběhu těchto 3 měsíců jsem oslovila i zdravotně sociálního pracovníka o informace, který mi sdělil, že za dobu jejího působení v nemocnici, déle jak 5 let, jí nikdo k úmrtí dítěte u porodu nekontaktoval a materiály by z toho důvodu nevyužila.

Nemocnice B—z výroční zprávy se lze pouze dočíst počet porodů v roce 2022 – proběhlo celkem 896 a v roce 2021 949 porodů.

Telefonicky jsem požádala ZSP-B o informace. Sdělila mi, že jí nikdo nevolal k úmrtí dítěte při porodu nebo krátce po něm, žádné materiály vypracované nemá, ale byla by za ně ráda, protože by vše sdělovala ústně a rodiče by byli nuceni si to sami zapisovat. Dále mě odkázala na NOP-B pro uvolnění informací. NOP-B mi sdělila, že žádné metodiky vypracované nemají a že účast zdravotně sociálního pracovníka při těchto událostech je minimální. Tato skutečnost ji osobně mrzí, protože v týmu byl potřeba. Dále jsem si na doporučení NOP-B zažádala o Sběr dat pro studijní účely a poslala jsem jim dotazník pro zdravotně sociálního pracovníka.

Odpovědi ZSP-B (dotazník, 2024)

1. Pracovní postup ani metodiku pro zdravotně sociální pracovníky u nás v nemocnici pro tyto situace vypracované nemáme.
2. Za dobu, co pracuji v této nemocnici jako zdravotně sociální pracovník jsem nebyla kontaktována kolegy k tomu, abych došla za maminkou řešit takovou situaci. S porodnickým oddělením jsem domluvená, že maminkám předají moji vizitku s kontaktními údaji a mohou se na mě kdykoliv obrátit s žádostí o pomoc nebo pokud si nebudou vědět rady.
3. Podklady pro takové případy bohužel vypracované nemám, vše bych rodičům sdělovala ústně, popřípadě mohla v rychlosti sepsat na papír, což se ale vzhledem k situaci, kterou rodina prožívá není vhodné.
4. Osobně bych určitě vhodně připravené podklady pro maminky v této situaci využila. Tato inovace by zvýšila kvalitu naší poskytované služby a zlepšení následné péče. Určitě bych v nich ocenila vypsání zmiňovaných dávek, postup při nakládání s tělíčkem miminka, ale i doporučené doprovázející organizace, které by pomohli rodinám touto situací lépe projít, kontakt na poradnu pro pozůstalé.

K doplnění potřebnosti účasti zdravotně sociálního pracovníka jsem na soukromých Facebookových stránkách poslala žádost o to, aby mě kontaktovaly ženy, které přišly o své dítě právě v nemocnicích na základní úrovni péče a podělily se semnou o péči, která jim byla poskytnutá v sociální oblasti. Na tuto žádost se mi ozvaly dvě ženy, které semnou chtěly sdílet svoji zkušenost.

S respondentkami jsem po celou dobu komunikovala pomocí zpráv. Nejprve jsme se bavily celkově o péči poskytnuté při ztrátě, o jejich miminku, co prožívaly, co jim pomáhalo vyrovnat se ztrátou a asi po týdnů komunikace jsem je požádala o vyplnění dotazníku. V průběhu jednoho dne se mi oba dotazníky vrátily vyplněné.

Otázky:

1. Ve kterém roce jste přišla o miminko?
2. Jaká Vám byla poskytnutá péče ze strany zdravotně sociálního pracovníka?
3. Seznámil Vás někdo s tím, co je potřeba všechno zařídit, doporučil doprovázející organizace?
4. Byla byste ráda, kdyby Vás s tímto zdravotně sociální pracovník seznámil?

Odpovědi respondentka A (dotazník, 2024)

1. V roce 2021.
2. Žádná, ani jsem neměla informaci o tom, že bych jeho služeb mohla využít.
3. Po porodu jsem hned odešla domů, před odchodem jsem podepsala nějaké papíry a dostala jsem informaci, jak vyzvednou rodný list miminka.
4. Když se na to dívám zpětně, ocenila bych, kdyby za mnou někdo došel, někdo jiný než lékař, sestra, někdo, kdo by mě vyslechl. Kdo by nebyl přímo spojený s úmrtím syna. To období pro mě bylo náročné, musela jsem si některé informace hledat sama, nebo manžel. Bylo to moje první dítě a nevěděla jsem, na koho se může obrátit o pomoc. Takže ano, ocenila bych, kdyby mě touto částí někdo provedl. Bylo pro mě obtížné zjistit, co všechno musím zařídit, nevěděla jsem, že se mi krátí mateřská, že mám možnost zůstat doma, když se stále necítím dobře. Doktor mi, ale říkal, že mi v práci bude líp.

Odpovědi respondentka B (dotazník, 2024)

1. Bylo to v roce 2022.
2. Žádná. Po celou dobu jsem byla v péči porodní asistentky a lékaře.
3. Ne, když to šlo, tak jsem hned odešla domů.
4. Bylo to náročné. Nejsem si jistá, jestli bych si všechny informace zapamatovala, ale mít kontakt na někoho, kdo by mi pak pomohl, nebo zpočátku řekl jen to nejdůležitější. Mít někoho na koho se obrátit...hodně by mi to pomohlo.

Z těchto dotazníků lze vyčíst, že zpětně by respondentky ocenily, kdyby za nimi někdo přišel a podpořil je v sociální oblasti, doporučil pomáhající organizace, kdyby měly kontakt na někoho, na koho by se mohly v klidu a s jistotou obrátit o radu.

To mě podporuje v tom, že je důležité, aby se zdravotně sociální pracovník začlenil do perinatálního paliativního týmu v nemocnici.

8. Metodika

V této části práce navrhnu metodický dokument, který bude použitelný v nemocnicích základní úrovně jako podpora pro zdravotně sociálního pracovníka při práci s rodinou při perinatální ztrátě.

8.1 Identifikace potřeb a popis změn díky navrženému metodickému postupu

Z analýzy potřebnosti vychází, že v oslovených nemocnicích základní úrovně nejsou využívány žádné metodické postupy pro zdravotně sociálního pracovníka při péči o matku při perinatální ztrátě. V žádné z oslovených nemocnic nejsou ani tyto podklady připravovány. Z toho vyplývá, že je zde vysoká potřeba vypracování takového metodického postupu. Zdravotně sociální pracovnice B sama uvádí, že žádné podklady nemá a je si vědoma, že není vhodné předávat rodičům informace pouze slovně. Z oslovených nemocnic by pouze nemocnice B měla zájem o poskytnutí vypracované metodické podpory pro jejich zdravotně sociální pracovníky. Oproti tomu Nemocnice A zájem neprojevila s tím, že není nutné vypracování metodiky kvůli pár případům ročně. Na toto tvrzení nemocnice A o nepotřebnosti reagují respondenty, které přišly o své dítě právě v nemocnicích základní úrovně.

Z dotazníků, které respondenty vyplňovaly lze vyčíst, že i ony by ocenily, přítomnost zdravotně sociálního pracovníka při úmrtí jejich dítěte. Respondentka A uvádí, že by jí byl příjemnější někdo, kdo nebyl u porodu jejího mrtvého dítěte. Někoho, kdo by jí vysvětlil informace ohledně mateřské dovolené, pomáhajících organizací nebo například možností, pokud se po ukončení mateřské dovolené necítí dobře, může požádat praktického lékaře o dočasnou pracovní neschopnost. Doporučení odborné péče z oblasti psychologie nebo psychiatrie. Obě dále uvádí, že by jim pomohlo, kdyby měly kontakt na někoho, u koho by se mohly zeptat na informace a obrátit o pomoc.

Při zavedení nového metodického postupu pro zdravotně sociálního pracovníka při práci s rodinou při perinatální ztrátě do zdravotnického týmu, který se stará o rodičku během porodu a v době po porodu, dojde ke zkvalitnění poskytované péče. Právě díky zapojení zdravotně sociálního pracovníka do týmu bude o rodičku postaráno z holistického pohledu. Bude odborným, ale vhodným způsobem seznámena o nezbytných úkonech spojeny s péčí o její zemřelé dítě, zdravotně sociální pracovník jí popíše postup kroků z oblasti sociální ochrany, seznámí ji s pomáhajícími organizacemi a místních organizací doprovázejících při procesu truchlení. Budou více respektovány rodinné a kulturní tradice. V neposlední řadě může zdravotně sociální pracovník fungovat jako prostředník mezi rodinou a zdravotnickým personálem při neporozumění si.

Těmito všemi kroky přispějeme k tomu, že rodička při odchodu z porodnice bude mít informace, jak dále postupovat, kde se nachází instituce, které musí informovat o situaci, ve které se nachází, a bude mít kontakt na odborníky, kteří ji budou připraveni podpořit a pomoci.

8.2 Cíle metodiky

Cílem metodiky je zapojení zdravotně sociálního pracovníka do multidisciplinárního týmu, který pečuje o matku při perinatální ztrátě. Díky jeho účast bude matka lépe informována o možnostech, které má z oblasti sociální ochrany a práv při pobytu v nemocnici.

8.3 Identifikace rizik a jejich předcházení

Při zavádění nového metodického postupu do nemocnice může vzniknout řada rizik, především se může jednat o rizika na straně samotných zdravotně sociálních pracovníků, pracovníku z gynekologicko-porodnického oddělení, vedení nemocnice nebo na straně klientů. Stejně, jak existuje několik desítek možných rizik, existují i řešení nebo možnosti, jak rizikům předcházet a podpořit pracovníky jak individuálně, tak skupinově.

Rizika spojená se zdravotně sociálním pracovníkem

V tomto případě lze pracovat s možností, že se pracovník nechce zapojit do péče o rodinu procházející perinatální ztrátou, nedostatečné znalosti nebo pocit nedostatečné opory a začlenění do týmu. Na tyto rizika lze reagovat motivačními rozhovory s pracovníkem, návštěvami zařízení, kde se již zdravotně sociální pracovník zapojuje do této problematiky, dobrá praxe a proškolením od odborných organizací. V neposlední řadě se jedná o supervize a teambuilding. Supervizi vidím, jako důležitou složku péče o zdravotně sociálního pracovníka nejen při výkonu perinatální paliativní péče, ale i před samotným výkonem činnosti.

Rizika spojená s gynekologicko-porodnického oddělením

Zde může nastat nepřijetí pracovníka z jiného oddělení, tím, že se stávající pracovníci drží svého primárního týmu. S tímto rizikem lze pracovat opět pod vedením pomáhajících organizací, které vysvětlí přínos zdravotně sociálního pracovníka v týmu a podpora supervizora. Přínosem mohou být i workshopy nebo školení na téma efektivní komunikace, efektivní vyjednávání nebo kurzem plánování advokační práce.

Rizikové faktory na straně vedení

Riziko může být nedostačující finance, výrazné změny v dosavadním fungování, nedostatečná podpora nebo nerealistické cíle. K podpoře vedení a motivaci k rozvíjení spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s jinými odděleními lze opět využít podporu organizací věnující se podpoře a proškolení pracovníků, supervizní dohled, vyjasnění kompetencí na každém

oddělení a společné porady, na kterých je možné vyjasnit si konkrétní kroky a postupy spolupráce. Na financování tohoto projektu lze využít dotační programy ministerstva zdravotnictví – aktuálně běží dotační program EU na podporu rozvoje a dostupnosti paliativní péče (Paliativa 2018).

Rizika spojená s klienty

V tomto případě s rodiči, kteří přišli o své dítě vidím možná rizika jako riziko, že rodina nebude chtít někoho dalšího u sebe v tak intimní chvíli, může tam probíhat nedůvěra v nemocniční personál nebo celkové nepřijetí situace. Lze využít i spolupráci ostatních kolegů (zdravotnický personál, kaplan, psycholog) k informování o možnosti kontaktovat zdravotně sociálního pracovníka. K rodině se musí přistupovat citlivě, empaticky, individuálně, holisticky a v tempu, které je pro rodinu vhodné.

9. Metodický postup

Tyto metodické postupy jsou určeny pro nemocnice základní úrovně. Jejich účelem je poskytnutí podpory pro zdravotně sociální pracovníky do zapojení péče o matku a rodinu při perinatální ztrátě. Tento postup je reakce na analýzu potřebnosti, ze které vyšlo, že nemocnice na této úrovni, žádné metodické postupy nemají a respondentek, které by ocenily přítomnost odborníka z oblasti sociální práce. Důležité je zapojení zdravotně sociálního pracovníka do perinatálního paliativního týmu a zavedení case managementu, který pomáhá v nastavení jednotného postupu a přístupu právě zmiňovaného týmu a zplnomocňování klientů.

V první podkapitole je vypracovaný postup realizace, jakým způsobem má zdravotně sociální pracovník postupovat při seznamování rodiny s oblastí týkající se sociální oblasti. Je zde kladen důraz na citlivý přístup a vhodně přizpůsobenou komunikaci. Více o způsobu vhodné komunikace v kapitole 4.3 Komunikace. Při komunikaci s matkou a rodinou není vhodné používat „klišé fráze“, které rodině obsahově nic nedají, nepomůžou jako například: Jste mladá, budete mít ještě spoustu dětí, je to lepší než postižené dítě, stalo se to více lidem a zvládli to, nebuďte hysterická, už to neřešte, zapomeňte. Jako vhodné fráze se hodí: Je mi moc líto, co se Vám stalo, mrzí mě Vaše ztráta, klidně plačte, nemusíte být silná, chcete mi povídat o Vašem dítěti, budeme respektovat Vaše přání, jsme tu pro Vás.

Při práci s rodiči je kladen důraz na jejich zdravotní gramotnost. Jde o schopnost orientovat se, vyhledávat, pochopit a být schopný využít získané informace. Jedná se tedy o oblasti prevence, podpoře zdraví a poskytování zdravotní péče (Nzip 2024).

Druhá podkapitola je věnována principům, kterými se zdravotně sociální pracovník musí řídit při práci s rodinou.



Obr. 4 Model zdravotní gramotnosti. Zdroj Nzip 2024.

9.1 Postup realizace metodického postupu

Mezi první kroky patří sestavení perinatálního paliativního týmu a vymezení jasných rolí a úloh v týmu. Zdravotně sociální pracovník nabízí podporu v oblasti poskytování péče, informovanosti o sociální ochraně, kontakty na pomáhající organizace. V případě nepřítomnosti zdravotně sociálního pracovníka, může předat kontakt rodičům některý z jiných členů týmů například psycholog nebo kaplan.

Dalším krokem je vypracování podpory pro zdravotně sociálního pracovníka, kterou může ponechat rodičům, pokud by o ni měli zájem. Na vypracování by se měli podílet zdravotně sociální pracovníci, kteří jsou odborníky v daném tématu ve spolupráci s ostatními členy týmu, kteří mohou doplnit informace, které jsou důležité z jejich oblasti. Dále je vhodné, aby semnou měl Žádost o odpuštění pitvy zemřelého a Žádost o sdělení závěru pitvy. Tyto dokumenty jsou často nedostupné a zdravotně sociální pracovník by měl být schopný je poskytnout. Tuto vypracovanou podporu naleznete stejně jako žádosti v příloze této práce.

Kroky, které jsou v tomto metodickém postupu popsány na sebe logicky navazují a pro poskytnutí kvalitní a bezpečné služby není vhodné je přeskakovat, nebo je vynechat. Lze pracovat s možností, že rodiče budou chtít se zdravotně sociálním pracovníkem mluvit znovu, a i přesto vidím důležitost všech kroků a nevhodnost jejich vynechání. V případě, že rodiče nebudou chtít se zdravotně sociálním pracovníkem mluvit, je vhodné jim poskytnout příručku a kontakt na pracovníka pro případ, že by si to rozmysleli a chtěli využít jeho podpory.

1) Seznámení zdravotně sociálního pracovníka s klientkou/rodiči

Před prvním kontaktem s rodinou je pracovník seznámen ostatními kolegy z perinatálního paliativního týmu o historii rodiny, důvodu ztráty dítěte a dalšími důležitými informacemi.

Zdravotně sociální pracovník přichází v době, kdy je již matka ošetřena a proběhlo rozloučení s dítětem.

Pracovník se představí, kdo je a proč za rodinou přichází, projeví lítost nad ztrátou dítěte, zhodnotí celkový stav rodičů a schopnost vnímat mluvené slovo a sdělované informace.

2) Seznámení s Podpora při perinatální ztrátě

Pracovník začne citlivým způsobem seznamovat rodiče s informacemi, informuje se, zda chápou sdělované informace a jestli nemají nějaké otázky.

Vzhledem k psychickému stavu rodičů je vhodné předat rodičům veškeré informace v písemné podobě. Pracovník může přenechat rodičům, kteří prochází perinatální ztrátou, příručku Podpora při perinatální ztrátě.

Při komunikaci s rodiči se snažíme o jejich aktivizaci a o zdravotní gramotnost v této oblasti.

3) Rozloučení s rodiči

Pokud rodiče nemají otázky, jsou seznámeni s postupem, který je čeká, pracovník se rozloučí s rodinou.

Následně proběhne informování ostatních členů perinatálního paliativního týmu o průběhu péče, jak se pracovníkovi rodiče jeví a dalších možnostech spolupráce.

4) Hodnocení průběhu poskytované služby

Zdravotně sociální pracovník provede hodnocení průběhu rozhovoru s rodiči. Proběhne i hodnocení péče z celkového pohledu perinatálního paliativního týmu. Z tohoto hodnocení lze vyvodit, jestli péče o matku proběhla v pořádku nebo je potřeba některé postupy upravit.

9.2 Principy poskytování perinatální paliativní péče

V této podkapitole jsou vypsány principy, kterými se zdravotně sociální pracovník má řídit při práci s rodinou. Zdravotně sociální pracovník ctí silné i slabé stránky rodiny, jejich kulturní zvyklosti, tradice a jejich znalosti, které mají. Bužgová, Sikorová a kol (2019) zmiňují jako hlavní principy práce jednání v nejlepším zájmu, emoční a psychologická podpora a respektování kulturních otázek. Ratislavová k tomu dodává, že jsou důležité i další principy při práci s rodinami jako je respektování individuality, komunikace v týmu a čas pracovníka. Kuzníková (2019) ve své knize Sociální práce ve zdravotnictví ještě mezi hlavní principy zmiňuje Spirituální podporu rodin a jejich zplnomocnění. Na stránkách Prázdná kolébka (2024) se často objevuje důležitost jazykové vybavenosti v nemocnicích.

- *Jednat v nejlepším zájmu*

Zapojování rodiny do procesu rozhodování, seznámení s objektivními informacemi (Bužgová, Sikorová a kol 2019, s. 169).

- *Podpora v emoční a psychologické oblasti*

Poskytnutí krizové intervence a podpora rodiny (Bužgová, Sikorová a kol 2019, s. 176).

- *Kulturní otázky*

Respektování kulturních otázek a zvyklostí v rodině, možnost uskutečnění rituálů, které jsou pro rodinu důležité (Bužgová, Sikorová a kol 2019, s. 185).

- *Komunikace*

Jasná, srozumitelná, empatická komunikace v klidném a podporujícím prostředí (Ratislavová 2016, s. 29).

- *Respektování individuality jedince*

Přístupovat k rodičce a rodičům individuálně – jejich schopnostem porozumět podávaným informacím, inteligenčním schopnostem, osobním a povahovým vlastnostem, osobním názorům, aj... (Ratislavová 2016, s. 29).

- *Komunikace v rámci týmu*

Vyjasnění, kdo co bude dělat, co má za úkol (Ratislavová 2016, s. 29).

- *Důvěrnost, kapacita*

Pracovník musí mít na rodinu dostatek času, věnovat se dle jejich potřeby a přání (Ratislavová 2016, s. 31).

- *Spirituální podpora*

Seznámení s duchovní stránkou rodiny a respektem k jejich potřebám v této oblasti (Kuzníková 2011, s. 19).

- *Zplnomocňování*

Podpora matky, rodičů po perinatální ztrátě v jejich silných stránkách, jejich aktivizaci a schopnosti opětovného zajištění si potřebných věcí jak v běžných oblastech života, tak i v mimořádných situacích, nechat je rozhodovat v oblasti jejich budoucnosti (Kuzníková 2011, s. 77).

- *Jazyková vybavenost*

V nemocnici by se měl nacházet tlumočnický, který poskytne pomoc při jazykové bariéře (Prázdna kolébka 2024).

9.3 Supervize, jako nástroj podpory

Práce ve zdravotnictví a v sociálních službách je nejen fyzicky, psychicky ale i emocionálně náročná. Mezi pracovníky a klienty vzniká vztah a je těžké vyhnout se pocitům beznaděje, vyčerpání demotivace nebo vzteku, proto je důležité, aby o sebe pracovníci ve zdravotnictví pečovali a měli vhodně nastavenou podporu (Venglářová a kol. 2013, s. 9). Hlavním smyslem supervize je starat se o spokojenost pracovníka, o jeho další růst a motivaci ke zlepšování práce, kterou odvádí a vychází z toho, že pracovníci sami mají zájem o zkvalitňování jejich práce,

pochopení pocitů a možnost sebereflexe pod vedením odborníka (Venglářová a kol. 2013, s. 11).

Supervizi lze využívat v případech, kdy organizace přijímá změny, zaměstnanec přechází na nové pracoviště, má změnu pracovní náplně, při etických dilematech, jako podpora při řešení složitých nebo vypjatých situacích, při procesu zvládnání emocí nebo k pochopení jednání klientů.

Supervize může být individuální, skupinová nebo týmová. Každá z těchto možností má svá pravidla, jakým způsobem se bude postupovat. Při individuální supervizi se pracuje s jednotlivcem, většinou je to pracovník, který je ve vedoucí pozici. Supervize skupinová, kde se schází lidé stejného profesního zaměření a supervize týmová, kde se řeší otázky předávání informací, vzájemné spolupráce (Venglářová a kol. 2013, s. 80).

Supervize by měla probíhat v pravidelných intervalech, v předem daných termínech, tak aby se na ni zaměstnanci předem mohli připravit a vyčlenit si na ni čas.

9.4 Vývojový diagram

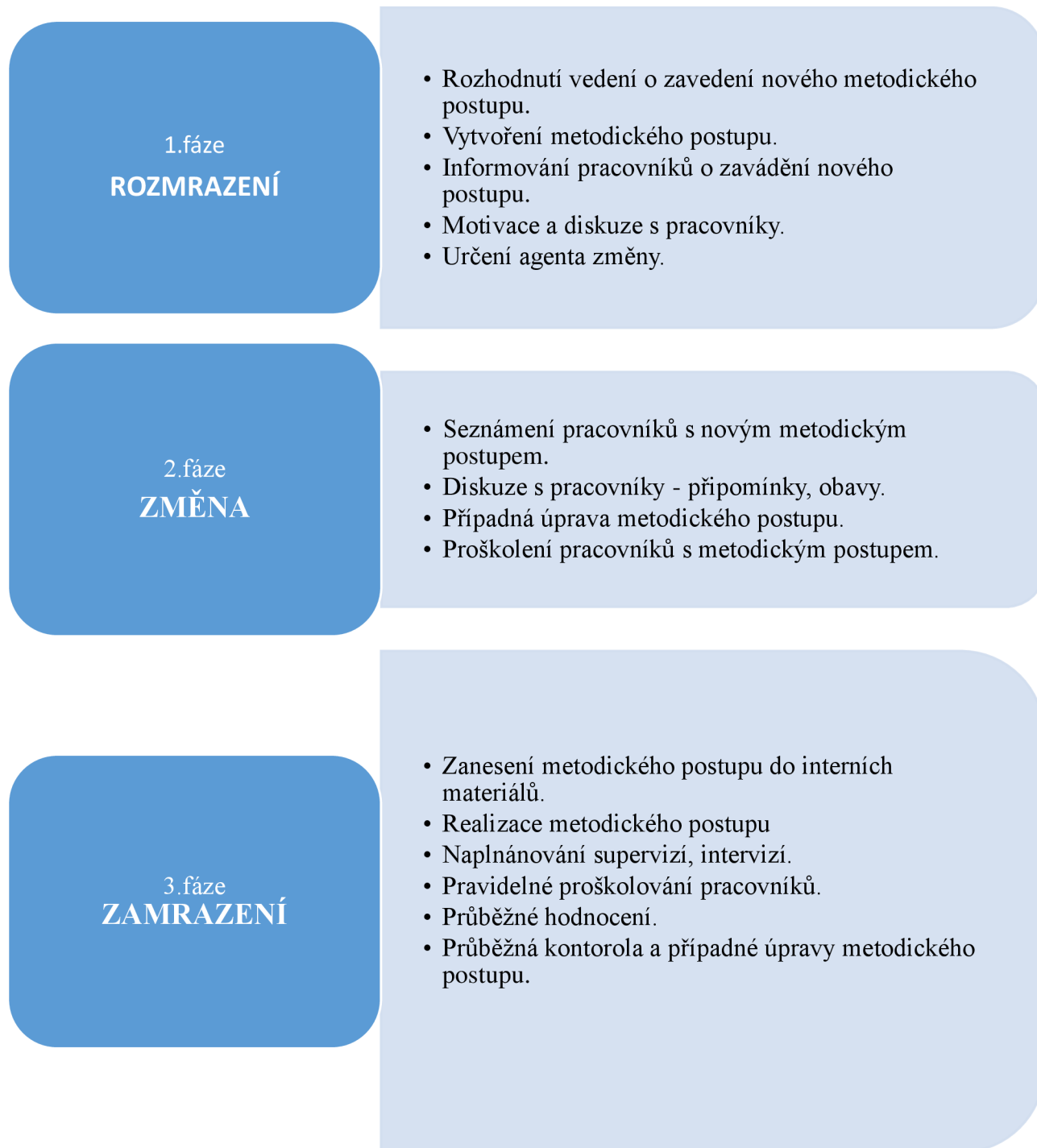
Zavedení nového metodického postupu do praxe ve zdravotnickém zařízení znamená jistou změnu v pracovních postupech, organizaci a podpoře pracovníků, kterých se tato změna dotýká.

Změna bude provedena pomocí tří fázového procesu řízení změny od Lewina. Tento model je založený na třech fázích změny. První je proces rozmrazení, což znamená stávající pravidla, normy, a způsoby myšlení jsou rozmrazeny. Pracovníci, kterých se změna bude dotýkat jsou detailně seznámeni s důvodem změny a co je cílem nového metodického postupu. Jsou určeny osoby, které se budou podílet na vytváření nového metodického postupu a návrhu jeho realizace.

Ve druhé fázi se přechází k seznamování, vytváření nových postupů a připravovaná změna. Zde je prostor pro diskusi s pracovníky o jejich názorech na nový postup, prostor pro připomínky a úpravy domluvených bodů. Pokud je metodický postup přijatý proběhne proškolení zaměstnanců s tímto postupem.

Ve třetí, v poslední fázi jsou nové způsoby práce a myšlení zafixovány, tedy zamrazeny. To znamená zanesení nového metodického postupu mezi stávající postupy, realizace a hodnocení průběhu. Dle hodnocení je možné zapracovat změny v postupech. V pravidelných intervalech nebo dle potřeby je vhodné naplánovat supervizi (Moravská Vysoká škola Olomouc 2020).

Fáze vývojového diagramu jsou vizuálně znázorněny na obrázku číslo 5.



Obr. 5 Vývojový diagram zavedení nového metodického postupu. Zdroj vlastní 2024

10. Návrh ověření funkčnosti metodiky

Metodický postup je vypracován pro nemocnice, kde se nachází porodnice na základním stupni poskytované péče. Proto by se primárně mělo jednat o tuto nemocnici a z analýzy potřebnosti vyplývá, že o vypracovaný metodický postup a další podklady má zájem Nemocnice – B, hlavně zdravotně sociální pracovník a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

10.1 Zainteresované skupiny osob

Do skupiny zainteresovaných osob patří zdravotně sociální pracovník, pro kterého je primárně metodický pokyn vytvořen. Jako sekundární cílová skupina je zde uvedena rodina, která prochází perinatální ztrátou a je jí poskytována péče od perinatálního paliativního týmu. Do toho týmu patří gynekolog/porodník, neonatologický lékař, porodní asistentka a dětská sestra, ti patří mezi první, kteří přichází do kontaktu s rodinou. Mezi další členy týmu patří genetik, psycholog, a duchovní. Významnou roli zde hraje i Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, která řídí a zajišťuje komplexní péči o ošetrovatelský personál, to znamená, sestavuje optimální počet pracovníků, jejich struktury a klasifikace a zajišťuje jejich vzájemnou spolupráci.

10.2 Zaškolení pracovníků

Tuto činnost by měla provádět některá z pomáhajících organizací, která se věnuje této problematice. Ve zmiňované nemocnici mají vytvořenou spolupráci s Dítě v srdci, která do nemocnice dodává jejich Memoryboxy a proškolila zdravotnický personál v jejich používání. Proto by bylo vhodné ve spolupráci pokračovat a rozšířit jejich spolupráci o zdravotně sociálního pracovníka. Nebude se jednat o jednorázovou vzdělávací akci, ale vhodné by bylo nastavit si několik setkání v průběhu roku a dle potřeby s odborníky doladit vzájemnou spolupráci a doladit nedostatky, které se v průběhu realizaci mohou vyskytnout.

10.3 Klienti

Z poskytnutých zdrojů, lze vyčíst, že se bude jednat opravdu o jednoty maminek a rodin, které budou potřebovat péči zdravotně sociálního pracovníka.

10.4 Evaluace

Z důvodu nízké vzorku klientů bude vhodné, aby hodnocení nově nastavované metodiky probíhalo po každé realizaci. To znamená, aby se v určitém časovém intervalu od poskytnutí péče perinatálního paliativního týmu tento tým sešel a pod vedením odborníka zhodnotil

funkčnost, co se povedlo, kde pracovníci vidí nedostatky ve spolupráci nebo poskytované péče a možné návrhy řešení ke zlepšení.

Velkým přínosem bych viděla celkové zhodnocení zavedené metodiky po roce používání, popřípadě v době, kdy byla již 5x využita a provést zhodnocení, jakým směrem se poskytovaná péče posunula a jak ji hodnotí tým.

Závěr

Při psaní bakalářské práce mi pomohlo studium odborné literatury a pramenů dostupných na internetových stránkách se lépe zorientovat v problematice perinatální ztráty a poskytované péče rodičům. V rámci evropských zdrojů hodně čerpám z Ameriky a Velké Británie, kteří jsou v této problematice na vysoké úrovni a Česká republika od nich čerpá mnohé informace.

V propojení se sociální politikou jsou blíže specifikované dávky ze systému sociální ochrany České republiky, matriční činnosti a zákonných podmínek v oblasti pohřbu, které rodiče využijí v následujících krocích.

V teoriích a metodách sociální práce jsou vypsány metody, které jsou nejčastěji využívány při práci s rodinou při ztrátě dítěte a vysvětlení expresivních terapií, které pomáhají v případech, kdy běžné postupy selhávají.

Významnou roli v České republice hrají pomáhající organizace, které se věnují nejen péči o rodinu, ale i odbornému proškolení zdravotnického personálu, sociálních pracovníků a ostatních členů perinatálního paliativního týmu.

Práce zdravotně sociálního pracovníka je v oblasti gynekologicko porodnického oddělení často opomíjená činnost. Z analýzy potřebnosti lze vyčíst, že ani v jedné z dotazovaných nemocnic není zdravotně sociální pracovník zapojován do péče o rodiče procházející perinatální ztrátou. Tuto informaci potvrdily i ženy, které v nemocnicích poskytující péči na základní úrovni přišly o dítě. Cílem bakalářské práce bylo vytvoření metodického materiálu, díky kterému bude možné zapojení zdravotně sociálního pracovníka do perinatálního paliativního týmu a tím zvýšit kvalitu poskytované péče na gynekologicko porodnickém oddělení.

V této práci jsem zpracovala metodický postup, který je využitelný v nemocnicích základního typu poskytované péče těhotným ženám, který zajistí zapojení zdravotně sociálního pracovníka do péče o rodinu. Jako příloha je zde vypracovaný podpůrný materiál pro činnost zdravotně sociálního pracovníka při péči o rodinu při perinatální ztrátě.

Bibliografie

- AMERICAN DANCE THERAPY ASSOCIATION (ADTA), 2020. American dance therapy association. Online. Dostupné z: <https://www.adta.org/>. [citováno 2024.03.06].
- AMERY, Justin, 2017. *Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí pro doktory a zdravotní sestry kdekoli na světě*. Vydání 3. Cesta domů. ISBN 978-80-88126-34-8.
- ARNOLDOVÁ, Anna, 2015. *Sociální péče 1. díl*. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-5147-4.
- ASOCIACE TANEČNĚ POHYBOVÁ TERAPIE, 2019. Tanter. Online. Dostupné z: <https://www.tanter.cz/>. [citováno 2024.02.26].
- BAŠTECKÁ, Bohumila, 2013. *Psychosociální krizová intervence*. Vydání 3. Grada Publishing. ISBN 978-247-7554-8.
- BRITISH ASSOCIATION OF PERINATE (BAPM), 2010. British Association of Perinatal Medicine. Online. Dostupné z: bapm.org. [citováno 2024.03.03].
- BUŽGOVÁ, Radka, Lucie, SIKOROVA a kol, 2019. *Dětská paliativní péče*. Grada Publishing as. ISBN 978-80-271-0584-7.
- CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA (CMSA), 2024. Case Management Society of America. Online. Dostupné z: <https://cmsa.org/>. [citováno 2024.04.10].
- CENTRUM PRO RODINU A PÉČI, 2018. *DĚTI NEBE průvodce pro rodiče prožívající ztrátu dítěte*. Centrum pro rodinu a dítě.
- CIMRMANNOVÁ, Tereza a kol, 2013. *Krize a význam pomáhajícího prvního kontaktu*. Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2403-7.
- COMMISSION FOR CASE MANAGER CERTIFICATION (CCMC), 2024. Commission for Case Manager Certification. Online. Dostupné z: <https://ccmcertification.org/>. [citováno 2024.04.18].
- ČELEDOVÁ, Libuše, Rostislav, ČEVELA, 2020. *Laskavý průvodce po sociálních dávkách*. Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4576-6.
- ČESKÁ TERAPEUTICKÍ SPOLEČNOST (ČAA), 2023. Arteterapie. Online. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz/>. [citováno 2024.03.05].
- DĚTSKÝ TANEČNĚ POHYBOVÝ TERAPEUT, 2023. Dancetherapyprague. Online. Dostupné z: <https://dancetherapyprague.com/>. [citováno 2024.03.01].
- DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ, Petr, JEDLIČKA, 2013. *Neonatologie*. Vydání 2. Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2642-0.

- DRAPELA, Viktor J., 2008. *Přehled teorií osobností*. Vydání 5. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-7367-505-9.
- FRANKL, E. Viktor, 2021. *Léčba smyslem*. Portál. ISBN 978-80-262-1723-7.
- FRANKL, E. Viktor, 2023. *Vůle ke smyslu*. Vydání 4. Portál. ISBN 978-80-262-2090-9.
- GERLICOVÁ, Markéta, 2021. *Muzikoterapie v praxi*. Vydání 2. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-4038-1.
- HARTL, Pavel a Helena HARTOLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- HUBÍKOVÁ, Olga, 2018. *Možnosti a uplatňování metody case managementu v sociální práci na obecních úřadech zaměřené na klienty v životních situacích dlouhodobé péče*. Online. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/>. [citováno 2024.04.04].
- INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORK (IFSW), 2014. International federation of social work. Online. Dostupné z <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>. [Citováno 2024.03.05].
- KACEROVSKÝ, Marian, 2023. Národní registr reprodukčního zdraví. Online. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/05/TK-MZCR-sky.pdf>. [citováno 2024.02.28].
- KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ, Jana Weber, 2009. *Základy muzikoterapie*. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-7008-6.
- KOHNEROVÁ, Nancy a Alix HENLEYOVÁ, 2013. *Když dítě zemře*. TRITON. ISBN 978-80-7387-643-2.
- KOLÁČEK, Josef, 2006. *Nevypínejte, mluví k vám ticho*. Online. Radiovaticana. Dostupné z <https://www.radiovaticana.cz/clanek.php?id=5420> [2024.04.04].
- KRATOCHVÍL, Stanislav, 2017. *Základy psychoterapie*. Vydání 7. Portál. ISBN 978-80-262-1227-0.
- KREBS, Vojtěch a kolektiv, 2007. *Sociální politika*. Vydání 4. ASPI. ISBN 978-80-7357-276-1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1994. *Mít pro co žít*. Návrat domů. ISBN 978-80-7195-404-0
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání*. Vydání 2. Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina, CICHÁ, Radoslav, GOLDMAN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3843-7.

- KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247.3676-1
- LANDA, Petra, 2024. Podpoře mne v osvětě? In Facebook. Online. Dostupné z <https://www.facebook.com/groups/107171469380645>
- LEBDUŠKOVÁ, Lucie, 2014. *Čekala jsem miminko, ale*. TOPLIL s.r.o. ISBN 978-80-905261-1-2.
- MASARYKOVA UNIVERZITA PEDAGOGICKÁ FAKULTA (PED.MUNI), 2024. Expresivní terapie se zaměřením na arteterapii. Online. Dostupné z: <https://www.ped.muni.cz/czv/nabidka-kurzu/vsechny-kurzy/expresivni-terapie-se-zamerenim-na-arteterapii-1>. [citováno 2024.03.05].
- MÁTEL, Andrej, 2019. *Teorie sociální práce*. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-271-2220-2.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2001. *Základy sociální práce*. Vydání 1. Portál. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2016. *Slovník sociální práce*. Vydání 3. Portál. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MERTL, Jan a kolektiv, 2023. *Sociální politika*. Vydání 7. Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7676-675-4.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (MZCR), 2013. Nová data Národního registru reprodukčního zdraví potvrzují trvale vysokou míru dostupnosti a kvality péče o těhotné rodičky a novorozence v ČR. Online. MZCR. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/nova-data-narodniho-registru-reprodukcnio-zdravi-potvrzuji-trvale-vysokou-miru-dostupnosti-a-kvality-pece-o-tehotne-rodicky-a-novorozence-v-cr/>. [citováno 2024.03.03].
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR A ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2024. Národní zdravotnický informační portál. Online. Dostupné z <https://www.nzip.cz/>. [citováno 2024.04.04].
- MORAVSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA OLOMOUC, 2020. In Youtube. Online. Dostupné z https://www.youtube.com/watch?v=WEQ-ZmNj_dY. [citováno 2024.03.03].
- MROWETZ, Michaela, Gauri, CHRASTILOVÁ, Ivana, ANTALOVÁ, 2011. *Bonding – porodní radost*. DharmaGaia. ISBN 978-80-7436-014-5.
- MÜLLER, Oldřich a kol., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. Vydání 2. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4172-7.
- NAVRÁTIL, Pavel, 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.

- NAVRÁTIL, Pavel, 1998. Sociální práce jako sociální konstrukce. Online. Sociologický časopis, 1, 37-51. Dostupné z: <http://systemika.g-i.cz/record/1288/files/Navratil,%20Pavel=20-%20Socialni%20prace%20jako%20kosntrukce.pdf>. [citováno 2024.03.19].
- NEMČEKOVÁ, Mária a kol, 2008. *Etika v ošetrovatel'stve*. Filozofická fakulta Prešovskej Univerzity. ISBN 978-80-8068-812-7.
- NORT AMERICAN DRAMA THERAPY ASSOCIATION (NADTA), 2024. Nort American drama therapy association. Online. Dostupné z: <https://www.nadta.org>. [Citováno 2024.03.10].
- ONDRIOVÁ, Iveta, 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovateľskej praxi*. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-271-1696-6.
- OSTRAVSKÁ UNIVERZITA FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ (FSS.OSU), 2024. Nabízené studijní programy a obory pro přijímací řízení. Online. FSS.OSU. Dostupné z: <https://fss.osu.cz/studijniobory/?specializaceid=2983>. [citováno 2024.03.07].
- PEARLS, S. Frederick, 2022. *Gestalt terapie doslova*. Vydání 2. Portál. ISBN 978-80-262-1861-6.
- PROFESIOGRAMY, 2020. Sociální pracovník ve zdravotnictví/zdravotne sociální pracovník. Online. Sociální práce, Sociálna práca. Online. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-ve-zdravotnictvi-zdravotne-socialni-pracovnik/> [citování 2024.03.04].
- RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2016. *Perinatální paliativní péče*. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-271-0121-4.
- RODGERS, Carl R., 2020. *Teorie terapie a osobnosti*. Portál. ISBN 978-80-262-1665-0.
- SOCHOR, Pavel, 2016. *Arteterapie*. Slezská diakonie.
- ŠPAŇHELOVÁ, Ilona, 2015. *Prázdňá kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem*. Portál. ISBN 978-80-262-0942-3.
- THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST (ACOG), 2024. Perinatal Palliative Care. Online. ACOG. Dostupné z: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/09/perinatal-palliative-care>. [citováno 2024.03.03].
- UHLÍKOVÁ, Petra, 2011. *Rodiče a rodina v životě dítěte*. In MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Služby pro rodinu a děti, s. 5-7.
- UNIVERZITA HRADCE KRÁLOVÉ, nedatováno. Studijní opora k předmětu kombinované formy studia. Online. Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/edee/pedagogicka-fakulta/pdf/pracoviste-fakulty/ustav-socialnich-studii/dokumenty/studijni_opory/socialni-

pedagogika-se-zamerenim-na-vychovnou-praci-v-etopedickych-zarizenich/poradenske-teorie-a-strategie.pdf [citováno 2023.04.04].

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI (UPOL), 2024. Speciální pedagogika se zaměřením na expresivní přístupy. Online. UPOL. Dostupné z: <https://www.studium.upol.cz/Catalog/StudyPrograms?type=Bachelor#year=2024&globalId=48574&maior=8049> [citováno 2024.03.06].

VAVRVAŘOVSKÝ, Pavel, 2013. *Pohřebnictví*. Veřejný ochrance práv ve spolupráci s Wolters, Kluwer ČR. ISBN 978-80-904579-6-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-4082-9.

Vyhláška 424/ 2004 ze dne 20.čevence 2004, o stanovení činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

VYMĚTAL, Jan a kol., 2007. *Speciální psychoterapie*. Vydání 2. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-6997-4.

VYMĚTAL, Jan, 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací*. Efektivní komunikace v praxi. Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-6742-0.

WORD FEDERATION OF MUSIC THERAPY (WFMT), 2024. Word Federation of Music Therapy. Online. Dostupné z: <https://www.wfmt.info/>. [Citováno 2024.03.01].

WORDEN, J. William, 2013. *Smútkové poradenstvo a smútková terapie*. Vydavateľstvo F, Pro mente sana, s.r.o. ISBN 978-88952-73-2

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-271-9238-0.

ZAJACOVÁ, Melanie, 2022. *Systémová podpora sociální práce v obcích*. Online. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864403/karty+Soci%C3%A1ln%C3%AD+pr%C3%A1ce+na+obecn%C3%ADm+%C3%BA%C5%99adu.pdf/cc264bdd-83d1-c8a6-03e2-eb4e52303dec/>. [citováno 2024.03.07].

Zákon 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, o sociálních službách.

Zákon 117/1995 ze dne 14. července 1995, o státní sociální podpoře.

Zákon 187/2006 ze dne 12. května 2006, o nemocenském pojištění.

Zákon 301/2000 ze dne 7. září 2000, o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů.

Zákon 372/2011 Sb. ze dne 1. dubna 2012, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Zákon 407/2023 ze dne 27. prosince 2023, o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Zákon 582/1991 ze dne 31. prosince 1991, zákon o České národní radě o organizaci a provádění sociálního zabezpečení.

Zákon 96/2004 Sb. ze dne 3. března 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

ZLATOHLÁVKOVÁ, Blanka, 2011. *Viabilita plodu a novorozence*. Online. Actual Gyn, 3, 47-51. Dostupné z https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2011_43.pdf. [citováno 2024.03.03].

Seznam příloh

Příloha 1: Podpora při perinatální ztrátě dítěte

Příloha 2: Žádost o opuštění od pitvy zemřelého

Příloha 3: Žádost o sdělení závěru pitvy

Přílohy

Příloha 1: Podpora při perinatální ztrátě dítěte

*Podpora
při perinatální ztrátě dítěte*



*Vplul jsi do našeho života,
tiše a pouze na malou chvíli.
Ale jaký silný otisk své stopy jsi zanechal v našich srdcích.*



Milá maminko a tatínku,

je nám velice lito, že Vaše miminko zemřelo. Jakákoliv slova útěchy a pochopení nemohou zmírnit Váš žal a bolest ze ztráty, kterou prožíváte.

Všechny pocity, které právě prožíváte jsou naprosto v pořádku a jsou přirozené. Je důležité si je uvědomovat a projít si procesem truchlení. Nemůžeme Vám říct, jak dlouho bude celý proces trvat, ale věřte v lepší dny. Pokud Však máte pocit, že je toho na Vás moc, neumíte si samy poradit nebojte se obrátit na odbornou pomoc.

Tato příručka Vám, jako rodičům, pomůže v zajišťování nezbytných věcí, které jsou spojené s úmrtím Vašeho dítěte, dozvíte se zde i informace, které se Vám mohou hodit v budoucnosti a v poslední řadě odkazy na pomáhající organizace, které Vám mohou pomoci při prožívání Vaší ztráty.

Přijměte, prosím, naši hlubokou soustrast a nebojte se na nás s čímkoli obrátit.



Rozhodnutí v porodnici

*** Zajištění pohřbu miminka**

Ať již Vaše miminko umřelo v průběhu těhotenství nebo po porodu, máte 96 hodin na rozhodnutí, zda chcete sami zařídit pohřeb, nebo to necháte v kompetenci obce.

Je pouze na Vás, jakou pohřební službu využijete k vypravení pohřbu vašeho dítěte a jaký způsob pohřbení využijete.

Pokud Vaše dítě spadá do definice porodu, Český zákon umožňuje dva způsoby pohřbení – Jeden z nich je uložení tělíčka do hrobu, nebo rodinné hrobky a druhý způsob je zpopelněním. Pak je již na Vás, jak s urnou naložíte. Jestli ji uložíte na hřbitově, nebo vytvoříte někde pro Vás blízkém místě, vzpomínkové místo. V České republice existují rozptylové loučky, kde je možné popel po domluvě rozptýlit. To sebou obnáší to, že nebude přesně vědět, kde se popel nachází, pouze přibližné místo.

Pokud jste o miminko přišla před 22.týdnem, dle zákona se jedná o potrat. V tomto případě máte také 96 hodin na rozhodnutí o naložení s tělíčkem a možnost vybrat si pohřební službu. Zde je ale pouze možnost zpopelnění a následného vyzvednutí urny. Následně je již na Vás, jak s urnou naložíte – uložení na hřbitově, nebo pro Vás důležitém místě.

Pokud do 96 hodin neprovedete rozhodnutí, pohřeb za Vás vypraví obec, kde dítě zemřelo. V tomto případě proběhne kremace a uložení do hrobu.

Pohřeb, jako rituál rozloučení je velice důležitý a hraje významnou roli pro zpracování úmrtí dítěte a následném procesu truchlení. Ve spolupráci se zdravotně sociálním pracovníkem a pohřební službou lze domluvit konkrétní postupy a péči o tělíčko.



* **Provedení pitvy**

Provedení pitvy je uloženo v zákoně České republiky v případech zjištění základních nemocí a dalších nemocí a komplikací, u plodu z uměle přerušeno těhotenství, u dětí mrtvě narozených a dětí zemřelých do 18 let. Lékař, který provádí ohledání těl, však může rozhodnout, že není nutné pitvu provádět, a to v případech, kdy je příčina úmrtí dítěte zjevná nebo na žádost rodičů nebo blízkých dítěte, a to písemně na speciálním formuláři.

Pitva slouží k objasnění, co způsobilo úmrtí dítěte. A pro Vás to může to být důležitá informace do budoucna abyste získala odpovědi na určité otázky. Jsou, ale i případy, kdy provedená pitva důvody úmrtí neodhalila.

* **Rodný a úmrtní list dítěte**

Mrtvě narozené dítěte máte možnost pojmenovat. Zdravotně sociální pracovníci podepíšete souhlas se jménem dítěte. Při poskytnutí dalších informací je možné i vyřízení rodného i úmrtního listu dítěte. K tomu je potřeba doložit

- Doklad totožnosti obou rodičů (OP, pas u cizinců).
- Oddací list.
- Pokud se miminko narodila 300 dní od rozvodu, je nutné doložit oddací list a rozsudek o rozvodu.
- Pokud je žena svobodná její rodný list.
- Určení otcovství, pokud je potřeba.
- Rozsudek o rozvodu, pokud je žena rozvedená.

Rodný list mrtvě narozeného dítěte se nijak neliší od rodného listu živě narozeného dítěte, na žádost rodičů, lze do poznámky dopsat, že se jedná o mrtvě narozené dítě.

Rodný list dítěte je k dispozici za 10 dní od narození, ten může na matrice vyzvednout nejen tatínek dítěte, ale i jeho prarodiče, sourozenci nebo blízcí přátelé na základě ověřené plné moci nebo jej nechat zaslat poštou.

K vydání úmrtního listu budete potřebovat:

- List o prohlídce zemřelého (nemocnice ve většině případů předává rovnou matrice).
- OP, osoby, která žádá o vydání úmrtního listu.
- Rodný list dítěte
- Fakturu o zaplacení pohřbu



Co zařídit po příchodu domů

*** Pohřebné**

Nárok má osoba, která vypravila pohřeb dítěti, které bylo nezaopatřené nebo plodu po potratu nebo plodu po umělém přerušení těhotenství v případě, že bylo provedeno ze zdravotních důvodů. Osoba, jehož jméno je uvedeno na faktuře od pohřební služby.

Jedná se jednorázovou dávkou od Úřadu práce podle místa trvalého bydliště, toho, kdo pohřeb objednává a jedná se o 5000 korun.

K vyplacení pohřebného je nutné doložit:

- OP žadatele o pohřeb.
- Úmrtní list dítěte nebo potvrzení o přerušení těhotenství nebo potratu ze zdravotních důvodů.
- Pokud nelze doložit úmrtní list, tak rodný list společně s dokladem o zaplacení pohřbu.

*** Porodné**

Nárok na porodné máte v případě, že se jedná o první nebo druhé živě narozené dítě. Pokud se tedy narodí dítě mrtvé, nárok nevznikne. Nárok má otec v případě, že žena při porodu zemřela.

Rozhodný příjem pro uznání dávky je pokud součin částky životního minima rodiny nepřevyšuje 2,70.

Porodné činí 13.000 korun na druhé 10.000 korun a dávku vyplácí úřad práce.

K vyplacení porodného je nutné doložit:

- Žádost o porodné.
- Doklad o výši čtvrtletního příjmu.
- Rodný list dítěte.
- OP všech členů domácnosti.

*** Peněžité pomoc v mateřství**

Nárok na „mateřskou“ má žena, která se v posledních dvou letech účastnila na nemocenském pojištění, alespoň po dobu 270 dnů, tzn. 9 měsíců. U OSVČ se jedná o 180 dní v posledním roce.

Mateřská dovolená trvá při narození jednoho dítěte 28. týdnů. Dle domluvy začíná 6-8. týdnů před porodem, nebo dnem narození dítěte.

Při narození mrtvého dítěte trvá mateřská dovolená 14 týdnů a nesmí být kratší, než 6. týdnů. Pokud dítě umře po uplynutí 14. týdnů, má matka nárok na další 2. týdny mateřské dovolené. Peněžitou pomoc v mateřství vyplácí Česká správa sociálního zabezpečení.

V případě zkrácení peněžitě pomoci v mateřství je nutné informovat zaměstnavatele a Okresní správu sociálního zabezpečení a doložit kopii úmrtního listu nebo kopii Listu o prohlídce zemřelého.

Nárok na peněžitou pomoc v mateřství nevzniká, pokud matka dítě potratila nebo se narodí dítě, které není životaschopné – tzn. narození dítěte před 22. týdnem těhotenství a váží méně než 500 g

* **Otcovská dovolená**

Nárok na otcovskou dovolenou má pojištěnec, který je otec dítěte a je účasten nemocenskému pojištění. OSVČ se musí podílet na pojistném minimálně 3 měsíce předcházející nástupu na otcovskou dovolenou a tvoří 70 % redukováného denního základu. Otcovská dovolená trvá 2 týdny a otec si určuje sám, kdy nastoupí.

Pokud dítě zemřelo během porodu nebo 6 týdnů ode dne narození má otec nárok na nezkrácenou otcovskou dovolenou. Dítě však po dobu otcovské dovolené nesmí být hospitalizováno.

* **Rodičovský příspěvek**

Nárok na rodičovský příspěvek v případě narození mrtvého dítěte nebo úmrtí dítěte po porodu nevzniká.

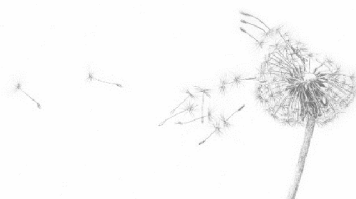
Pokud však rodině vznikl nárok na rodičovský příspěvek z důvodu narození nejmladšího dítěte v rodině má nárok na jednorázovou výplatu dávky, která nebyla vyplacena. Podmínkou je, že alespoň jednomu rodiči lze stanovit denní vyměřovací základ. K výplatě rodičovského příspěvku se lze i vrátit, pokud nebyl vyčerpán.

* **Ošetřovné**

Náleží osobě, která pečuje o dítě mladší 10 let, pokud toto dítě onemocnělo nebo utrpělo úraz nebo osobě, která pečuje o jinou fyzickou osobu, jejíž zdravotní stav z důvodu nemoci nebo úrazu vyžaduje ošetřování jinou osobou, nebo ženy, která porodila, jestliže její stav v době bezprostředně po porodu vyžaduje nezbytně ošetřování jiné osoby.

Na ošetřovném lze
nejdéle.

zůstat 9 kalendářních dní



Návrat do práce

Pokud narození miminka spadá do definice potratu, nárok na mateřskou ani rodičovskou dovolenou nevzniká. Máte však dle uvážení Vašeho lékaře – gynekolog, praktický lékař, nebo například psychiatr možnost nastoupit na dočasnou pracovní neschopnost – jedná se situaci, kdy jste byla uznána dočasně práce neschopnou, ale musíte být účastná na nemocenském pojištění. OSVČ nejméně 3 měsíce před vznikem události. Podpůrčí doba začíná 15 dnem a nejdéle může trvat 380 dnů.



Pomáhající organizace

Vaši velkou oporou v této situaci mohou být doprovázející organizace, které se primárně věnují perinatální ztrátě miminka. Pomohou Vám se zjištěním potřebných informací, nasměrují ke skupinám rodičů, které potkala stejná ztráta nebo Vám pomohou projít procesem truchlení, budou tu pro Vás.

- **Dítě v srdci**

Nabízí rodičům odbornou péči při perinatální ztrátě v průběhu celého těhotenství, během porodu i po něm.

www.ditevsrdci.cz

- **Prázdná kolébka**

Nabízíme **laickou i odbornou podporu** rodičům i dalším blízkým prostřednictvím lidí s vlastní zkušeností i zkušených profesionálů. Naše pomoc je bezplatná a je dostupná v jakémkoliv časovém horizontu od ztráty dítěte.

www.prazdnakolebka.cz

- Na stránkách **emimino**, lze najít blog prázdná náruč, který funguje jako svépomocná skupina, pro rodiny, které si prošli ztrátou miminka v jakékoliv fázi těhotenství.

www.emimono.cz/prazdna-naruc

- **Perinatální hospic**

Stránky jsou určeny pro rodiče, jejichž nenarozenému děťátku byla diagnostikována život limitující nemoc, která je jen těžko slučitelná se životem po narození, a rodičům, jejichž miminko zemřelo v průběhu těhotenství, během porodu, či krátce po něm.

Zároveň jsou také určeny všem, jejichž blízcí, přátelé či známí se s touto náročnou životní situací potýkají.

www.perimentalviztrata.cz



- **Pohřební průvodce**

Na těchto stránkách budete seznámeni s možnostmi pohřbení a rozloučení s Vaším miminkem a právními nařízení v této oblasti.

www.pohrebnipruvodci.cz

Doporučená literatura

- **Když dítě zemře**, Kohnerové a Henleyové

Jejich zkušenosti, doložené osobními výpověďmi a úryvky ze stovek dopisů a rozhovorů, tvoří podstatu knihy. Rodiče sami hovoří o tom, jaké události provázely smrt jejich dítěte, jaké při tom měli pocity, co jim pomohlo a jak si pomohli sami. Kniha s porozuměním a soucitem pomáhá čtenářům pochopit, co pro rodiče znamená ztráta dítěte a co je podstatou jejich zármutku. Rodičům, kteří přišli o dítě, nabízí útěchu a podporu.

- **Prázdná kolébka**, Špaňhelová

V této knize se píše, kdo a jak může mamince pomoci při ztrátě miminka, jak postupovat při návratu do pracovního procesu. Jak se připravit na další těhotenství, co lze očekávat, na co si dát pozor. Podporující knížka od dětské psycholožky, která spolupracuje s dlouhou cestou,

- **Čekala jsem miminko, ale.**, Lebdušková

Obsahuje okolo padesáti skutečných příběhů žen a jejich pohled na tuto ztrátu. Budete mít možnost nahlédnout do jejich autentického prožívání tak, jak je vnímaly v oné chvíli, ale i několik let poté. Přináší příběhy o potratech spontánních, ale i o cílených interrupcích. Díky přispění terapeutů a terapeutek, kteří pracují i s touto tematikou, bude jistě cennou inspirací a rádkyní, jak tuto ztrátu prožít a přežít.



Příloha 2: Žádost o odpuštění pitvy zemřelého

Žádost o upuštění od pitvy zemřelého

Podepsaný(á):

Jméno a příjmení: _____

Přesná adresa: _____

Příbuzenský poměr k zemřelému: _____

totožnost ověřena dle dokladu: _____

žádá, aby bylo upuštěno od provedení patologicko-anatomické pitvy u:

Jméno a příjmení: _____

zemřelého dne: _____

na klinickém oddělení: _____

Žadatel byl poučen dle § 89 odst. 3) zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. o tom, že lékař v případě zřejmé příčiny úmrtí a v případě, že zemřelý pacient za svého života, zákonný zástupce pacienta nebo osoba blízká zemřelému vyslovili prokazatelně nesouhlas s provedením pitvy, může rozhodnout o neprovedení patologicko-anatomické pitvy. Prokazatelný nesouhlas s provedením pitvy je součástí zdravotnické dokumentace vedené o zemřelém.

V..... dne

Podpis žadatele

Vyjádření primáře (pověřeného lékaře) klinického oddělení, na kterém pacient zemřel:

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

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře

Vyjádření primáře (pověřeného lékaře) oddělení Patologie:

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

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře

Příloha 3: Žádost o sdělení závěru pitvy

Žádost o sdělení závěru pitvy

Žadatel:

Jméno a příjmení: _____

Přesná adresa: _____

Kontaktní telefon: _____

Zemřelý:

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Datum narození _____

Vztah k zemřelému: _____

Závěr pitvy bude zaslán na dobírku na výše uvedenou adresu.

zují se uhradit náklady spojené s pořízením vyžádaného dokumentu dle aktuálního ceníku služeb nehrazených ze zdravotního pojištění a poštovné.

V..... dne

Podpis žadatele

Výsledek pitvy:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

V..... dne

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře

Anotace

Tématem této bakalářské práce je Sociální práce při perinatální ztrátě. Cílem je vytvoření metodické podpory pro zdravotně sociální pracovníky v nemocnicích základní úrovně. Tato podpora by měla pomoci zapojit zdravotně sociální pracovníky do perinatálních paliativních týmů v nemocnicích, a zlepšit tak kvalitu poskytované péče. Základními pilíři této práce je konceptualizace tématu, náplň zdravotně sociálního pracovníka v nemocnicích základní úrovně a ukotvení v sociální politice a legislativě. Z výsledků analýzy potřeby vyplývá, že zde existuje potřeba zapojení zdravotně sociálních pracovníků do péče a rodinu. Výsledkem bakalářské práce je zpracovaný metodický postup pro zdravotně sociálního pracovníka při péči o matku zažívající perinatální ztrátu.

Klíčová slova: perinatální ztráta, úmrtí, nemocnice základní úrovně, sociální práce, metodická podpora.

Annotation

The topic of this bachelor thesis is Social work during a perinatal loss. The goal of the thesis is to create a methodical support for medical social workers in primary-level hospitals. This support should help medical social workers to get involved in perinatal palliative team in hospitals and thus improve a provided health care. The thesis focuses on conceptualization of topic and scope of work of medical social workers in primary-level hospitals. It also covers its anchoring in social policy and legislation. The results of the needs analysis show that there is a need to involve medical social workers in mother and family care. The result of the bachelor thesis is an elaborated methodological procedure for medical social workers who take care of mothers who experienced a perinatal loss.

Key words: perinatal loss, decease, Primary-level hospitals, Social work, Methodical support