

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNÍCKYCH VIED

Ústav pôrodnej asistencie

DIPLOMOVÁ PRÁCA

2023

Bc. Alžbeta Ohradzanská

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNÍCKYCH VIED

Ústav pôrodnej asistencie

Bc. Alžbeta Ohradzanská

**Starostlivosť pôrodných asistentiek po perinatálnej strate
na Slovensku**

Diplomová práca

Vedúca práce: Mgr. et Bc. Daniela Javornická

Olomouc 2023

PREHLÁSENIE:

Prehlasujem, že predloženú diplomovú prácu s názvom „Starostlivosť pôrodných asistentiek po perinatálnej strate na Slovensku“ som vypracovala samostatne, pod odborným vedením Mgr.et Bc. Daniely Javornickej. Všetku literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som čerpala, v práci citujem a uvádzam v zozname použitej literatúry.

Olomouc 11. mája 2023

Alžbeta Ohradzanská

POĎAKOVANIE:

Chcela by som sa poďakovať Mgr. et Bc. Daniele Javornickej za odborné vedenie, cenné rady a trpezlivosť. Ďalej by som sa chcela poďakovať za preklad dotazníka Bc. Viktórii Takáčovej. Úprimne ďakujem pôrodným asistentkám, ktoré si našli čas a zúčastnili sa výskumu.

Obsah

Úvod	9
1. Popis rešeršnej činnosti	10
1. Perinatálna strata	12
1.1 Hranica medzi živo rodeným a mŕtvo narodeným dieťaťom	13
1.2 Dôvody perinatálneho úmrtia	14
1.2.1 Diagnóza vnútromaternicového úmrtia plodu	15
1.3 Trúchlenie	16
1.3.1 Fázy trúchlenia	17
1.3.2 Prežívanie trúchlenia na strane matky	17
1.3.3 Prežívanie trúchlenia na strane otca	18
1.3.4 Porovnanie prežívania trúchlenia u oboch rodičov	19
1.4 Perinatálna strata a partnerský život	20
1.5 Perinatálna strata a súrodenci	21
2. Starostlivosť o pacientku po perinatálnej strate	22
2.1 Manažment starostlivosti	23
2.2 Prehľad odporúčaní súvisiace s pozostalými:	23
2.3 Odporúčaný prístup k ženám po perinatálnej strate	24
2.4 Vedenie pôrodu mŕtveho plodu	24
2.5 Rituálne rozlúčenie	26
2.6 Starostlivosť o ženu v šestonedelí	27
2.7 Perinatálna strata a organizačné zaistenie	27
2.8 Emocionálne potreby rodičov	28
3. Starostlivosť o personál	31
3.1 Vzdelávanie v oblasti perinatálnej straty	31
3.2 Seba- starostlivosť	32
4. Štúdium pôrodnej asistencie	34
4.1 Vplyv perinatálnej straty na študentov počas praxe	34
4.2 Odporúčania ohľadom prípravy na perinatálnu stratu v priebehu štúdia a opatrenia pre študentov	35
5. Metodika výskumu	37
5.1 Realizácia výskumu	37
5.2 Charakteristika výskumného súboru	37
5.3 Merací nástroj	37
5.4 Stanovenie výskumných cieľov a hypotéz	38
5.5 Štatistická analýza	39

5.6 Výsledky - Analýza reliability.....	41
5.7 Výsledky - Deskriptívna analýza.....	43
5.8 Výsledky - Verifikácia hypotéz.....	48
6. Diskusia.....	58
Záver.....	64
REFERENČNÝ ZOZNAM.....	65
ZOZNAM TABULIEK.....	79
ZOZNAM GRAFOV.....	80
ZOZNAM PRÍLOH.....	81
PRÍLOHY.....	82

ANOTÁCIA

Typ práce: Diplomová práca

Názov práce: Starostlivosť pôrodných asistentiek po perinatálnej strate na Slovensku

Názov práce v AJ: Midwives care after perinatal loss in Slovakia

Dátum zadania: 2022-01-30

Dátum odovzdania: 2023-05-11

VŠ, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotníckych vied

Ústav pôrodnej asistencie

Autor práce: Bc. Alžbeta Ohradzanská

Vedúci práce: Mgr. et Bc. Daniela Javornická

Oponent práce: doc. PhDr. Yveta Vrablová, Ph.D.

Abstrakt v SJ:

Cieľ: Preskúmať skúsenosti pôrodných asistentiek v súvislosti s perinatálnou stratou a objasniť skúsenosti pôrodných asistentiek, ktoré sa starajú o rodičov, ktorí utrpeli perinatálnu stratu na Slovensku.

Metodika: Bol zvolený dizajn prierezovej kvantitatívnej štúdie. Výskum diplomovej práce bol realizovaný pomocou kvantitatívneho deskriptívneho výskumu. Meracím nástrojom výskumu bol štandardizovaný írsky dotazník Perinatal Bravement Care Confidence Scale (PBCCS). Autormi dotazníku sú Kalu, Larkin a Couglan (2020), použitie tohto dotazníka bolo písomne schválené od autorov. Distribúcia dotazníka bola elektronickou formou pomocou Slovenskej komory pôrodných asistentiek, alebo vrchných pôrodných asistentiek jednotlivých nemocníc. Dotazník vyplnilo 124 respondentiek a z toho boli 4 respondentky vyradené z dôvodu neposkytnutia súhlasu so svojou účasťou na výskume. Celkovú vzorku tvorilo 120 žien. Dáta boli spracované v štatistickom programe R.

Záver: Perinatálna strata je aktuálna téma, ktorej je potrebné venovať primeranú pozornosť. Vo výsledkoch mojej práce sa preukázalo, že iba 27 % respondentiek sa cítilo byť pripravených

na starostlivosť o rodičov po perinatálnej strate, 66 % respondentiek uviedlo, že zamestnávateľ im neposkytuje vzdelávanie v oblasti perinatálnej straty a 2,5 % respondentiek uviedlo, že absolvovali kurz zameraný na perinatálnu stratu. Ďalšie prekvapujúce zistenie bolo, že až 65 % respondentiek uviedlo, že im zamestnávateľ neposkytuje žiadnu formu podpory v súvislosti s prácou pôrodnej asistentky. Iba 5,8 % respondentiek dostáva podporu vo forme supervízie a 15,8 % respondentiek dostáva podporu vo forme psychológa.

Kľúčové slová: Perinatálna strata, pôrod mŕtveho plodu, proces trúchlenia, PA, pôrodná asistancia, podpora, študenti pôrodnej asistencie, vzdelávanie, štúdium.

Abstrakt v AJ:

Aim: To examine the experiences of midwives in relation to perinatal loss and clarify the experiences of midwives who care for parents who have suffered a perinatal loss in Slovakia.

Methodology: A cross-sectional quantitative study design was chosen. The thesis research was carried out using quantitative descriptive research. The measuring tool of the research was the standardized Irish Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS). The authors of the questionnaire are Kalu, Larkin and Coughlan (2020), the use of this questionnaire was approved in writing by authors. The questionnaire was distributed electronically with the help of the Slovak Chamber of Midwives or senior midwives of individual hospitals. The questionnaire was filled out by 124 respondents, of which 4 respondents were excluded because they did not indicate their consent to participate in the research. The total sample consisted of 120 women. Data were processed in statistical program R.

Conclusion: Perinatal loss is a current topic that needs attention. As a result of my work, it was shown that only 27 % of respondents felt ready to care for parents after a perinatal strategy, 66% of respondents managed that their employer does not provide them with education in the field of perinatal losses, and 2.5 % of the responses showed that I completed a course aimed at to the perinatal layer. Another surprising finding was that up to 65 % of female respondents stated that they were not given any form of support in connection with the work of a midwife. Only 5.8 % of respondents receive support in the form of supervision and 15.8 % of female respondents receive support in the form of a psychologist.

Keywords: Perinatal loss, stillbirth, grieving process, midwifery, support, students of midwifery, education, the study, Bereavement

Rozsah: 99/3 prílohy

Úvod

Narodenie mŕtveho dieťa predstavuje pre rodičov a ich rodinu veľkú psychickú záťaž. Smútok môže byť dlhodobý a jeho následky môžu zmeniť život rodiny. Odhaduje sa, že 60 – 70 % žien, ktorým sa narodilo mŕtve dieťa zažije depresívne symptómy súvisiace so smútkom na klinicky významných úrovniach jeden rok po smrti ich dieťaťa. Kvalita starostlivosti o smútok je dôležitým determinantom, avšak zdravotníci častokrát uvádzajú, že majú pocit, že nie sú dostatočne pripravení poskytnúť rodičom podporu (Boyle et al., 2020).

Myslím, že sa o perinatálnej strate veľa nehovorí a práve preto som sa rozhodla vybrať si tému „Starostlivosť pôrodných asistentiek po perinatálnej strate na Slovensku“. Zaujímalo ma, ako sú na Slovensku pôrodné asistentky pripravené poskytovať starostlivosť ženám a ich rodine po perinatálnej strate, či je pôrodným asistentkám po takejto starostlivosti poskytnutá nejaká forma supervízie, či zamestnávateľ poskytuje vzdelávanie v oblasti podpory trúchliacim rodičom. Každá žena si zaslúži individuálny prístup. Pôrodná asistentka by mala mať vedomosti, ako poskytovať starostlivosť po perinatálnej strate, ako podporiť ženu v procese trúhlenia. Pôrodná asistentka by mala byť podporovaná vo svojom povolani zamestnávateľom supervíziou alebo iným spôsobom. Taktiež pôrodné asistentky by mali vedieť ako sa vysporiadať so stresom v danej situácii, ako sa starať o svoje duševné zdravie aby predišli syndrómu vyhorenia.

Práca je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. Prvá kapitola sa venuje opisu čo je perinatálna strata, v podkapitolách uvádzam prehľad ako prebiehajú jednotlivé fázy smútenia, hranicu medzi živo rodeným a mŕtvonarodeným dieťaťom, aké sú dôvody perinatálneho úmrtia, a ako prežíva smútok matka a ako otec. V druhej kapitole sa zaoberám starostlivosťou o pacientku po perinatálnej strate. V tretej kapitole prezentujem starostlivosť o personál. Štvrtá kapitola je venovaná študentom pôrodnej asistencie a v podkapitolách je prehľad ako vplýva perinatálna strata na študentov pôrodnej asistencie, aké sú odporúčania týkajúce sa prípravy študentov na perinatálnu stratu v priebehu štúdia.

Cieľom práce bolo preskúmať skúsenosti pôrodných asistentiek v súvislosti s perinatálnou stratou a objasniť skúsenosti pôrodných asistentiek, ktoré sa starajú o rodičov ktorí utrpeli perinatálnu stratu na Slovensku. Na riešenie cieľov bol využitý štandardizovaný dotazník PBCCS (Kalu, Larkin a Coughlan, 2020).

1. Popis rešeršnej činnosti

ALGORITMUS REŠERŠNEJ ČINNOSTI



VYHLADÁVACIE KRITÉRIÁ:

Kľúčové slová v SJ: Perinatálna strata, pôrod mŕtveho plodu, proces trúchlenia, PA, pôrodná asistancia, podpora, študenti pôrodnej asistencie, vzdelávanie, štúdium

Kľúčové slová v AJ: Perinatal loss, stillbirth, grieving process, midwifery, support, students of midwifery, education, the study, bravement

Jazyk: slovenský, anglický

Obdobie: 2011 - 2022



DATABÁZY:

Google scholar, EBSCO, Pumed, Scopus, EMBASE, Biomedical



VYRAĎUJÚCE KRITÉRIA:

duplicitné články, články netýkajúce sa cieľov, články nespĺňajúce kritériá



NÁJDENÝCH: 242



SUMARIZÁCIA VYUŽITÝCH DATABÁZ A DOHĽADANÝCH DOKUMENTOV:

Google scholar – 2 článkov

EBSCO- 3 článkov

Pumed- 38 článkov

Scopus- 16 článkov

EMBASE- 2 článkov

SUMARIZÁCIA DOHĽADANÝCH PERIODÍK A DOKUMENTOV:

Knižné publikácie 8



Pre tvorbu teoretických východísk práce bolo použitých 79 dohľadaných zdrojov.

1. Perinatálna strata

Perinatálna strata je, definovaná ako neúmyselná strata tehotenstva v dôsledku spontánneho potratu, mŕtveho pôrodu alebo úmrtia novorodenca. Perinatálne úmrtie môže byť pre nastávajúcich rodičov traumatizujúcou udalosťou (Aite et al., 2011; Krosch 2017; Rinehart 2010).

Obdobie perinatálnej straty je väčšinou sprevádzané pocitmi smútku nie len u ženy, ale aj ostatných rodinných príslušníkov. Perinatálna strata je sprevádzaná pocitmi, bezmocnosti a žiaľom ktorý môže mať rôznu intenzitu, s myšlienkami na dieťa (Rastislavová, 2016, s 13), avšak môže zahŕňať aj iné emócie napríklad: strach, vinu, hnev, či úzkosť (Škodová, 2018, s 49).

Aktívny, funkčný alebo aj nekomplikovaný smútok je prirodzenou, bolestivou a nevyhnutnou reakciou. Aktívny smútok je adaptatívnou reakciou ktorej súčasťou na stratu sú emocionálne, fyzické, spirituálne, sociálne a intelektuálne reakcie jednotlivca alebo aj rodiny.

Neaktívny, dysfunkčný alebo aj komplikovaný smútok sa vyskytuje maladaptívny proces vyrovnávania sa so stratou. Od prirodzeného smútku sa neodlišuje podstatou, ale intenzitou a dĺžkou (Urbanová et al., 2010, s 245).

Mehran a kolektív (2013) tiež uvádzajú, že perinatálna strata je veľmi nepríjemný emocionálny zážitok, po ktorom nasleduje pocit zlyhania, beznádeje a straty sebavedomia. Psychické poruchy, ktoré sa rozvinuli, môžu pretrvávať aj do nasledujúceho tehotenstva a môžu viesť k odporu voči adaptačnému procesu na materstvo (Mehran et al., 2013). Táto reakcia na perinatálnu stratu, ktorá sprevádza blízkych, je popisovaná ako prirodzená a je popisovaná ako proces trúchlenia. Žena sa v období perinatálnej straty dostane do fázy šoku a psychickej bolesti (Rastislavová, 2016, s 23). Aj iní autori, ako napríklad Škodová (2018) uvádzajú, že žena môže na oznámenie diagnózy reagovať šokom, nie je schopná uveriť tomu čo sa stalo, má pocit nereálnosti a popiera informácie (Škodová, 2018, s 49). Strata dieťaťa môže byť pre rodičov veľmi bolestná a intenzívna až tak že sa u nich aktivujú obranné mechanizmy. Jeden z obranných mechanizmov je disociácia, pri ktorej sa odštiepia traumatické myšlienky a pocity z vedomia, až ku nim človek dočasne stratí prístup. Bežným prejavom disociácie je čiastočná amnézia. Amnézia je stav, kedy si človek nespomína na niektoré udalosti spojené s traumatickou udalosťou. Vplyvom tohto obranného mechanizmu sa môže stať, že žena neprejavuje žiadne emócie, nekomunikuje, alebo uskutočňuje mechanicky pokyny. Disociatívny obranný mechanizmus dočasne ochráni človeka pred bolesťou, ale bráni kontaktu

s traumatickou spomienkou a tým bráni vyrovnaniu sa so situáciou (Škodová, 2018, s 49 - 50, Takács a kol. 2015, s 141). Preto nepovažujeme vonkajší prejav smútku za maladaptívny, pretože práve naopak napomáha s vyrovnaním sa so stratou (Škodová, 2018, s 50).

Mnohokrát po návrate z pôrodnice ženy prežívajú pocit prázdnoty, bezmocnosti, hanby, úzkosti a samoty. Perinatálna strata môže mať dlhodobé negatívne následky ako depresia, úzkosť, obsesívne-kompulzívne konanie, samovražedné sklony, pocit viny a hanby, postraumatická stresová porucha, partnerské problémy (Rastislavová 2016, s 13).

Perinatálna strata je emočnou záťažou aj pre zdravotníkov. Komunikácia s rodičmi, ktorí prišli o svoje dieťa je pre zdravotnícky personál veľmi náročná. Kľúčovým ukazovateľom kvality perinatálnej starostlivosti je mortalita novorodencov (Takács a kol. 2015, s 141).

Ošetrovateľský a zdravotnícky personál zohráva významnú úlohu pri vedení rodičov k zdravému vyrovnávaniu sa so smútkom a v konečnom dôsledku pri zvládaní dlhodobého smútku (Lawrence et al., 2017). Zdravotníci by mali kooperovať s rodinou, poskytnúť podporu. Personál by mal poskytnúť informácie o biologických a psychosociálnych aspektoch, či už v nemocnici, alebo v komunitnej starostlivosti (Rastislavová, 2016, s 14).

1.1 Hranica medzi živo rodeným a mŕtvo narodeným dieťaťom

„Každé ukončenie gravidity narodením živého, alebo mŕtveho plodu sa nazýva pôrod (Hájek a kol., 2014, s 175).

Živo narodené dieťa je také, ktoré bolo úplne vypudené, alebo vyňaté z matky, bez ohľadu na dĺžku gravidity, ak dieťa po narodení dýcha alebo prejavuje aspoň jednu zo známk života (srdcovú činnosť, pulzáciu pupočníka, pohyb kostrového svalstva, bez ohľadu na to či bol pupočník prerušený alebo placenta prerušená) (Hájek a kol., 2014, s 175, Procházka a Pilka, 2018, s 114).

Mŕtvonarodené dieťa je plod, ktorý sa narodí bez známk života a hmotnosť je 500g a viac, alebo ak nejde určiť pôrodnú hmotnosť potom po 22. dokončenom týždni gravidity. Ak sa nedá určiť dĺžka gravidity, tak plod musí byť najmenej 25cm dlhý (dĺžka sa meria od temena hlavy ku chrbtici) (Hájek a kol., 2014, s 175, Ota et al., 2020). „

Podľa WHO je perinatálna strata definovaná ako smrť počas perinatálneho obdobia teda v období po dovŕšení 22. týždňa gestačného veku do 7 dní po pôrode (Škodová 2018, s 49). V Slovenskej Republike v roku 2020 bolo hlásených 6558 spontánnych potratov, všeobecná

miera spontánnej potratovosti bola na úrovni 5,1 promile, čo predstavuje mierny medziročný pokles o 0,4 bodu. Najviac spontánnych potratov pripadalo na ženy vo veku 25 – 29 rokov (8,7 na 1 000 žien v danom veku) a 30 – 34 rokov (8,6/1 000) (Zdravotnícka ročenka Slovenskej Republiky 2020).

V slovenskej legislatíve, sa uvádza pôrod živého dieťaťa, je jeho narodenie s jedným zo znakov života, medzi ktoré patrí: dýchanie, akcia srdca, pulzácia pupočníka alebo aktívny pohyb svalstva, aj keď nebol prerušený pupočník alebo nebola porodená placenta. Pôrodná hmotnosť je 500 g a vyššia alebo 499 g a nižšia, ak dieťa prežije 24 hodín po pôrode. Pôrod mŕtveho dieťaťa je jeho narodenie bez znakov vyššie uvedených.

Za mŕtvonarodený plod podľa českej novely zákona sa považuje každé úmrtie v tehotenstve aj za pôrodu, kedy sa narodí plod s hmotnosťou vyššou než 500 g bez známk života (srdcová akcia, pohyb, dych, krik). Pokiaľ sa nedá zistiť hmotnosť plodu, tak sa určí dĺžka tehotenstva nad 22. týždeň tehotenstva. Za mŕtvonarodený plod sa považuje ten plod, ktorý zomrel počas pôrodu, zaraďuje sa sem aj intrapartálne úmrtie (Hájek a kol., 2014, s 434). So živo a mŕtvonarodenosťou plodu súvisí pojem viabilita plodu. Viabilita plodu sa považuje za obdobie, kedy je plod schopný narodiť sa ako živý a po pôrode je schopný prežiť vďaka lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti. Viabilita plodu závisí od viacerých faktorov: biologickej zrelosti plodu, zdravotného stavu plodu a taktiež od vývoja medicínskej technológie, socioekonomických a kultúrnych faktorov. Doba medzi 22. a 24. týždňom sa označuje za hranicu viability plodu. Toto obdobie sa označuje aj ako „šedá zóna“, pretože výsledky starostlivosti sú neisté. Výsledky sú ovplyvnené biologickými faktormi (hmotnosť, pohlavie dieťaťa, pľúcna zrelosť a pod.), ale aj postojom lekárov a rodičov a dostupnosťou moderných technológií v perinatologickej starostlivosti o matku a novorodenca (Rastislavová, 2016, s 25).

1.2 Dôvody perinatálneho úmrtia

Približne v 20 – 50 % prípadov sa príčina smrti plodu nepreukáže (Procházka, 2020, s 617). Spolu s gestačným vekom sa mení riziko (Hájek a kol., 2014, s 434). Príčina perinatálnej straty sa líši podľa zdravotného stavu matky a prístupu k perinatálnej starostlivosti. Približne 99 % perinatálnych strát sa vyskytuje v krajinách s nízkymi a strednými príjmami. U tehotných žien, ktoré majú prístup ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti, hlavnými príčinami perinatálnych strát sú vrodené malformácie, predčasný pôrod a obmedzenia vnútromaternicového rastu.

V oblastiach kde je nízke pokrytie zdravotných služieb, sú hlavnými príčinami asfyxia, novorodenecký tetanus a infekcie (Manjavizde et al., 2019). Odhaduje sa, že každý rok v celom svete sa narodí viac ako 2 milióny mŕtvonarodených detí. Dôležitým krokom pri riešení perinatálnej úmrtnosti je presné zachytenie a klasifikácia príčin úmrtí (Allanson et al. 2016).

Príčiny na strane matky zväčša sú preexistujúce primárne ochorenia, kedy dôjde ku zhoršeniu ochorenia vplyvom tehotenstva (Procházka a kol., 2020, s 617) príčiny môžu byť aj na strane plodu, alebo na strane placenty a pupočníka.

Príčiny materské	Príčiny zo strany plodu	Placentárne a pupočníkové príčiny
peeklapsia, HELLP syndróm, diabetes melitus, nefropatia, hepatopatia, kardiovaskulárne ochorenia, antifosfolipidový syndróm, abúzus liekov a drog, septikémia, šokový stav, krvácanie, endokrinné ochorenia, infekčné a horúčkové ochorenia, bakteriálne infekcie urogenitálneho traktu, trombóza ciev placenty, lupus erythematodes, traumy, abúzus návykových látok, alkoholu a drog, ionizujúce žiarenie, chemické látky, malnutricia matky	ťažké malformácie plodu, vnútromaternicové infekcie, viacpočetné tehotenstva, chromozómové aberácie, vrodené poruchy metabolizmu, imunitný a nonimunitný hydrops, fetotransfúzia dvojčiat, bakteriálne a vírusové infekcie	predčasné odlúčovanie lôžka, včestné lôžko, membranoceózna placenta, zápalové a infekčné zmeny placenty, placentárne infarkty, abnormálny úpon pupočníku, vasa previa, pravý uzol na pupočníku, prolaps pupočníku pri predčasnom odtoku plodovej vody, insuficiencia placenty, torsio nimia, trombóza ciev

Zdroj: vlastné spracovanie z dostupných zdrojov (Procházka a kol., 2020, s 617, Hájek a kol., 2014, s 435).

1.2.1 Diagnóza vnútromaternicového úmrtia plodu

Žena najčastejšie vyhľadá lekársku pomoc kvôli zníženej intenzite vnímania pohybu plodu. Tento údaj môže byť skreslený pocitmi obáv a úzkosti, tieto príznaky sa môžu označiť za subjektívne a nemusia byť spoľahlivým ukazovateľom. Tehotná žena častokrát prichádza s príznakmi spoločnými pre ďalšie patológie ako napríklad krvácanie, maternicové kontrakcie, výtok z rodidiel (Procházka a kol., 2020, s 617).

Diagnóza mŕtveho plodu podľa Hájeka (2014) je rozdelená na subjektívne príznaky ženy a objektívnu diagnózu. Medzi subjektívne príznaky ženy sa radí ochabnutie prsníkov, únava, subfebrílie, zmena frekvencie a intenzity alebo dokonca úplné vymiznutie pohybov plodu. Taktiež sa sem radí výtok, krvácanie a kontrakcie. Medzi objektívnu diagnózu patrí neprítomnosť oziev plodu pri vyšetrení stetoskopom, dopplerovskou sondou alebo pri monitorovaní kardiokografom. Medzi najdôležitejšie vyšetrenia patrí ultrazvuk. Ultrazvukové vyšetrenie preukáže asystoliu a dilatáciu srdca. Ak sa nachádza mŕtvy plod v maternici viac než sedem dní, tak môžeme na ultrazvuku vidieť strechovité prekrytie lebečných kostí - Spaldingovo znamenie (Hájek et al. 2014).

1.3 Trúchlenie

Proces trúchlenia sa zhoduje u všetkých ľudí v hlavných štádiách a základných charakteristikách. U niektorých ľudí však proces trúchlenia nenastane, alebo je ukončený predčasne. Uvedené rozdiely môžu byť spôsobené odlišnými skúsenosťami so záťažovými situáciami alebo rozdielnym vnímaním miery záťaže (Takásc, 2015, s 142). Lawrence et al. vo svojej štúdií uvádzajú, že reakcia na smútok počas perinatálnej straty sa môže líšiť aj od kultúrnych noriem, tradícií, pohlavia a minulých skúseností a individuálnych hodnôt, ktoré rodina zažívajúca stratu zastáva (Lawrence et al. 2017). Na zvládanie a proces trúchlenia má vplyv aj osobnostná charakteristika. Začiatok obdobia trúchlenia ovplyvňuje aj to, akým spôsobom matka a ostatní rodinní príslušníci nadviazali aké silné a blízke puto s dieťaťom (Takásc, 2015, s 142 - 143).

Fáza smútenia a vyrovnávania sa so stratou dieťaťa môže trvať dlho, niekedy môže trvať až rok (Škodová, 2018, s 50). Rastislavová (2016) uvádza, že akútny žiaľ môže trvať týždne až mesiace rôznej intenzity a dĺžky, a taktiež rôznymi prejavmi smútku (Rastislavová, 2016, s 119). Stáva sa, že sociálne okolie je presvedčené o tom, že nie je vhodné s rodičmi o perinatálnej strate hovoriť. Ľudia nevedia ako vhodne reagovať, preto sa častokrát správajú akoby sa nič nestalo, čo môže byť pre ženu traumatizujúce. Je vhodné o strate hovoriť a prejavovať účasť (Škodová, 2018, s 50). Smútok je jav, ktorý zhrňa fyzické, behaviorálne, spirituálne zložky a sú pre neho typické kognitívne, emocionálne, sociálne zmeny, ktoré sprevádzajú stratu blízkej osoby. Trúchlenie má rôzne prejavy: žiaľ, ktorý sa prejavuje veľkým smútkom, nervozita, úzkosť, podráždenosť, nespavosť, nechutenstvo alebo práve naopak prejedanie sa, nesústredenosť a nutkavé myšlienky (Rastislavová, 2016, s 119).

1.3.1. Fázy trúchlenia

Existujú rozličné klasifikácie štádií smútku. Medzi najznámejšie klasifikácie patrí klasifikácia podľa Engela, Martocchia a Kübler- Rossovej. Podľa Engela žena po perinatálnej strate prechádza týmito štádiami:

1. Žena odmieta stratu a je bez emocionálnych reakcií je v šoku, nedôveruje a popiera to čo sa stalo.
2. Žena si uvedomí a má rôzne reakcie ako napríklad: hnev, plač, zúfalstvo, obviňovanie seba samej alebo zdravotný personál.
3. Žena dodržiava rituály smútenia, ktoré vyplývajú z jej kultúry či náboženstva, táto fáza sa označuje aj ako náhrada.
4. Žena rieši stratu, neustále spomína na nenarodené dieťa, môže byť až závislá na podpornej osobe.
5. Žena si idealizuje nenarodené dieťa, spomienky vyvolávajú čoraz menšiu ľútosť.
6. Východisko – žena objavuje význam straty a prenáša city na iný objekt, napríklad na ďalšie dieťa (Urbanová et al., 2010, s 246, Takács et al., 2015, s 143).

Vyrovnanie so stratou je vysoko individuálne. Nie každý jedinec si prejde všetkými štádiami smútku, dôležité sú aj okolnosti perinatálnej straty. Taktiež dĺžka smútku je individuálna, akútna fáza smútku trvá asi 4 – 6 týždňov a predĺžená fáza je až 1 – 2 roky. Na hornú hranicu smútku sú rôzne názory môže presiahnuť aj 4 roky (Urbanová et al., 2010, s 246).

V štúdií Mergla a kolektívu (2022) sa uvádza, že sa nedá jednoznačne určiť dĺžka smútenia, pretože zahrnuté štúdie v ich výskume sú veľmi rozdielne. Uvedený interval dĺžky smútenia je menej ako tri týždne až niekoľko rokov, preto sa nedajú jednoznačne interpretovať výsledky, pokles smútku môže prebiehať počas dlhšieho obdobia. Ak by nenastal pokles smútku, tak sa predpokladá dlhotrvajúca porucha smútku. (Mergl et al. 2022).

1.3.2 Prežívanie trúchlenia na strane matky

Niektoré štúdie udávajú, že ženy pociťovali, že ich telo zlyhalo a ich ženskosť bola podkopaná. Ženy po perinatálnej strate vykazujú vyššiu mieru psychického utrpenia v porovnaní so ženami, ktoré perinatálnu stratu neutrpejú. Ženy môžu pociťovať závisť voči deťom iných ľudí, niektoré sa môžu snažiť nadviazať kontakt s ľuďmi v ich okolí, ktorí majú deti. Seba obviňovanie môže predĺžiť proces smútenia, ak matka vníma, že robila niečo zlé napríklad fajčila počas tehotenstva a podobne. Ťažkosti s týmito pocitmi a neustále vyhybanie sa často vedie k izolácii týchto matiek (Kersting and Wagner, 2012).

Miera smútku postupne klesá. Vek, stav duševného zdravia a bezdetnosť sú faktory, o ktorých je známe, že väčšinou ovplyvňujú úroveň smútku žien. Zistilo sa, že smútok sa môže prejavovať v rozličných patologických formách a chronický smútok môže zapríčiniť depresiu, úzkosť, fóbie, obsesie a psychotické poruchy (Gozuyesil et al., 2022). Gozuyesil vo svojej štúdií uvádza, že u väčšiny žien sa prejavili depresívne symptómy (Gozuyesil et al., 2022).

V štúdií podľa Mergla a kolektívu (2022) sa uvádza, že väčšina štúdií dokumentuje intenzívny smútok žien, ktoré potratili alebo mali mŕtvorodený plod. Väčšina štúdií naznačuje pokles smútku v priebehu času. Nedá sa jednoznačne vyvodiť závery, ktoré sa týkajú zodpovedajúcich rozdielov medzi ženami s potratmi a mŕtvorodenými plodmi s jedným alebo opakovaným tehotenstvom. V štúdií podľa Gozuyesila a kolektívu (2022) rozdiely neboli tak významné. Avšak vzhľadom na veľkosť vzorky ($N = 70$) by sa mali opatrne interpretovať dané výsledky. Sedemnást' z 21 štúdií, ktoré boli zahrnuté v štúdií Mergla a kolektívu (2022) naznačuje, že stres súvisiaci so smútkom je výrazne zvýšený u žien po potrate alebo mŕtvom pôrode. Ďalším zistením uvedenej štúdie je dôležitosť času merania pre interpretáciu smútku u žien, ktoré trpia následkami potratov alebo mŕtvo narodených detí (Mergl et al., 2022).

K veľmi podstatnému zisteniu prišiel deMontigny a kolektív vo svojej prierezovej štúdií (2017). Poukázali na fakt, že symptómy perinatálneho smútku rýchlejšie ustúpili u žien, ktoré boli spokojné so zdravotnou starostlivosťou. Dlhý pretrvávajúci smútok a depresia sa vyskytovala u tých žien, ktoré boli bezdetné alebo nespokojné so zdravotnými službami (deMontigny et al., 2017). Do uvedenej štúdie bolo zapojených celkovo 245 žien, ktoré vyplnili dotazník.

1.3.3 Prežívanie trúchlenia na strane otca

O vplyve perinatálnej smrti na otcov sa vie málo (Pabón et al., 2019). Skúmanie mužských perspektív je však dôležité vzhľadom na potenciálne rodové rozdiely týkajúce sa štýlov smútku, hľadania pomoci a prístupu k službám (Obst et al., 2021). Stať sa otcom v mnohých kontextoch prináša radosť a uspokojenie, väčší zmysel života, sebaúctu, zodpovednosť a zrelosť (Pabón et al., 2019).

Muži sa snažia skrývať svoje emócie a trpia osamote, pretože cítia potrebu byť hlavnými podporovateľmi svojich partneriek. Aj iní autori ako Due et al. (2017) uvádzajú, že muži majú pocit, že ich hlavnou úlohou je podpora svojej partnerky, čo bráni uznaniu ich vlastnej straty (Pabón et al., 2019, Due et al., 2017). Častokrát sa stáva, že zatiaľ čo ženy majú starostlivosť, zdravotnícky personál zabúda na mužov. Otcovia sa trápia sami a snažia sa nájsť spôsob, ako by podporili svoje partnerky počas smútku. Muži môžu prekonať stratu a prispôbiť sa jej,

keď nájdu nový zmysel. Pabón a kolektív (2019) vo svojej štúdií uviedli, že muži mali zanedbávanie v nemocničnom prostredí a cítili sa byť marginalizovaní, zatiaľ čo ich partnerky sa liečili. Je dôležité, aby zdravotníci rozpoznali aj bolesť otcov, ktorí čelia perinatálnej smrti, a čo najviac ich zahrnúť do štandardnej starostlivosti. Výsledky identifikujú príležitosti pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v klinickom a ambulatnom prostredí (Pabón et al., 2019).

Niektorí otcovia prežívajú perinatálnu stratu tak, že zvyšujú svoju pracovnú záťaž ako mechanizmus zvládania bolesti a týmto spôsobom odvádzajú pozornosť od bolesti. Iní muži sa vysporiadali s bolesťou iným spôsobom a to, že išli radšej piť s priateľmi, alebo sa vysporiadali s bolesťou osamote. Uvedená štúdia bola robená prostredníctvom dotazníka uverejneného na domovskej stránke švédskej národnej nadácie pre dojčatá. Odpovede na dotazník boli analyzované pomocou obsahovej analýzy: „Ste dnes vďační za niečo, čo zdravotníci urobili v súvislosti s narodením vášho dieťaťa? a „Ste dnes smutný, zranený alebo nahnevany za niečo, čo personál urobil v súvislosti s narodením vášho dieťaťa?“ (Cacciatore et al., 2013).

Lindber a Kost (2014) vo svojej štúdií uvádzajú, že muži si začínajú vytvárať rolu otca, tým, že sa spájajú so svojim nenarodeným dieťaťom (Lindber and Kost, 2014). Očakávania z výchovy dieťaťa v páre a pohľad na partnerku nadšenú z gravidity robí mužov šťastnými. Budujú si vlastnú identitu budúcich otcov a podľa toho upravujú svoje životné projekty. Perinatálna strata naruší toto vnímanie otca a prestavby života (Cacciatore et al. 2013).

Obst et al. (2020) vo svojej štúdií uvádza, že výskum o pohlaví zistil vzhľadom na sociálne očakávania týkajúce sa mužského správania po perinatálnej strate že u mužov je menšia pravdepodobnosť, že navonok prejavia emocionálnu reakciu. Muži môžu cítiť väčšie problémy ako ženy pri vyhľadani, alebo prijatí pomoci pre obavy o psychické zdravie, smútok a prispôsobenie sa perinatálnej strate (Obst et al., 2020).

Faktory, ktoré prispievajú k smútku sa tiež líšili v závislosti od typu smútku. Intuitívny (zameraný na emócie) smútok bol spojený s podporou poskytovanou zdravotníkom. Inštrumentálny smútok (zameraný na aktivitu) sa spájal s časom a kvalitou pripútania k dieťaťu počas tehotenstva, dostupnosťou sociálnej podpory, uznaním mužského smútku od partnerky, rolou podporovateľa zasahujúcou do ich smútku a sklonmi k samostatnosti (Obst et al. 2021).

1.3.4 Porovnanie prežívania trúchlenia u oboch rodičov

Rozdiel prežívania procesu trúchlenia u páru môžeme vidieť v tempe, intenzite a spôsobe trúchlenia. Na to ako prežívajú trúchlenie má vplyv rozdiel osobností a rodinných podmienok. U mužov sa očakáva že budú silnejší ako ženy a nebudú tak emocionálni, u žien sa

zas predpokladá, že budú labilnejšie zvlášť v popôrodnom období v dôsledku hormonálnych zmien. Trúchlenie partnerov nie je rovnaké, pretože ich puto k dieťaťu je rozdielne. Matka má silnejší vzťah s dieťaťom, pretože otec dieťaťa ho až do pôrodu vníma abstraktnejšie, ak zomrie v skorej gravidite muži pociťujú menšiu intenzitu smútku v porovnaní so ženou (Takács, 2015, s 143 - 144).

1.4 Perinatálna strata a partnerský život

Veľa rodičov pociťuje nepriaznivé symptómy intenzívneho smútku do konca svojho života (Hutti et al., 2017). Skúsenosti s perinatálnymi stratami sú často nepoznané a neuznané priateľmi, rodinou a spolupracovníkmi, najmä skúsenosti otcov (Cacciatore, 2013; Kelley and Trinidad, 2012).

Smrť dieťaťa v rodinnom prostredí zmení rodinné vzťahy a tiež mení správanie a typ starostlivosti o staršie deti (Fernández-Sola et al., 2020). Vzťahy so staršími deťmi sú ovplyvnené, pretože rodičia ich môžu prehnane chrániť, alebo sa môžu dokonca vzdialiť a zanedbávať rodičovské povinnosti. Staršie deti zažívajú pocity viny, strachu a úzkosti, čo zaťažuje vzťah rodičov a zvyšuje konflikty medzi nimi (Camacho- Ávila et al., 2019).

Perinatálna strata má vplyv na ďalšie tehotenstvá, čo si vyžaduje podporu zdravotníkov. V niektorých štúdiách matky a otcovia vyjadrili, že nové tehotenstvo by znížilo ich bolesť a emocionálnu prázdnotu. Iní sa naopak obávajú, že nové tehotenstvo by malo rovnaký výsledok (Fernández-Sola et al., 2020). V niektorých štúdiách je uvedené, že ženy po perinatálnej strate v nasledujúcom tehotenstve častejšie vyhľadávali lekársku pomoc, aby sa uistili, že ich dieťa je v poriadku. Ultrazvukové vyšetrenia môžu byť pre niektorých rodičov po perinatálnej strate stresujúce, preto sa odporúča individuálny prístup s ohľadom na pôrodnícku anamnézu a preferencie matky (Roseingrave et al., 2022).

Predchádzajúce štúdie ukázali, že perinatálna strata zvyšuje pravdepodobnosť sporov medzi partnermi, a zvyšuje pravdepodobnosť rozvodu. Pravdepodobnosť rozvodu sa zvyšuje ak jeden z páru necíti potrebnú podporu od svojho partnera. Niektoré páry práve naopak udávajú, že to posilnilo ich vzťah. Taktiež sa ukázalo že sa zmenil sexuálny život párov po perinatálnej strate, sexuálna túžba a pohlavný styk poklesli (Fernández-Sola et al., 2020).

Pre partnerov sú príbuzní a blízky základnými prvkami na prekonanie smútku, ale aj podpora partnerov navzájom ako primárny prvok na prekonanie straty. Niektorí rodičia však potláčali svoje vlastné pocity, pretože si mysleli, že by mali byť „silní“, aby primerane chránili a podporovali svojho partnera (Camacho- Ávila et al., 2019).

Bezdetnosť, predchádzajúca strata tehotenstva, pokročilý vek matky a nedostatok podpory sú rizikové faktory depresie, úzkosti a smútku (Blackmore et al., 2011). Hoci sú rodičom k dispozícii intervencie na zvládnutie perinatálnej straty, ich účinnosť na psychologické výsledky rodičov (depresia, úzkosť a smútok) zostáva nepresvedčivá (Shaohua and Shorey, 2021).

1.5 Perinatálna strata a súrodenci

Perinatálna strata v rodine je pre pozostalých súrodencov skúsenosťou, ktorá im zmení život. Smútiaci súrodenci sú zvyčajne malými deťmi, keď sa musia vyrovnávať so stratou. Súrodenci nestratia len zosnulého brata, alebo sestru, ale aj rodičov ako ich poznali pre stratou.

Ďalšia komplikácia, ktorá môže nastať je ambivalencia voči tehotenstvu matky zo strany súrodencov. Po perinatálnej strate súrodenca môže deťom chýbať sociálna sieť, pretože sa izolujú kvôli smútku. Nedostatok sociálnej podpory, informácii o smrti, seba obviňovanie pozostalých môžu viesť ku vzniku komplikovaného smútku dieťaťa. Aby deti dokázali uznať mŕtveho súrodenca za člena rodiny je potrebné pomenovanie súrodenca, aby ho súrodenec mohol vidieť a zapamätať si ho. Vybudovanie puta je dôležité pre súrodencov, pretože je pre nich dôkazom toho že dieťa nemôže zmiznúť z rodiny, ako keby nikdy neexistovalo. Niektoré štúdie hovoria o pozostalých súrodencoch ako o „zabudnutých smútiacich“ (Bornemisza et al. 2021).

Fanos a kolektív (2009) vo svojej štúdií zistili, že súrodenci ktorí prežili stratu súrodenca si cenili ak mohli prísť do kontaktu so súrodencom. Pre pozostalých súrodencov bolo ťažké pochopiť smrť a potrebovali pomoc a podporu. Ďalším zistením bola užitočnosť fotografií, aby si mohli uctiť zosnulého súrodenca. Fotografie poskytli spôsob ako sa dozvedieť o súrodencovi, ktorý zomrel, taktiež pomáhajú udržať spomienky a tiež slúžia ako prostriedok komunikácie medzi rodičmi a dieťaťom v rôznych vývojových štádiách (Fanost et al., 2009).

2. Starostlivosť o pacientku po perinatálnej strate

Jednou z najnáročnejších oblastí ošetrovateľskej praxe je poskytnutie starostlivosti po perinatálnej strate ženám a ich partnerom, najmä pre tie pôrodné asistentky, ktoré majú obmedzené znalosti o psychosociálnych súvislostiach perinatálnej straty, alebo o spôsoboch ako komunikovať so smútiacimi rodinami (Hutti and Limbo, 2019).

Pôrodné asistentky sú vo veľa prípadoch odborníčky, ktoré posielajú pacientku do nemocnice pri podozrení na možnú patológiu. Označujú sa aj za spojovací článok medzi rodičmi a systémom zdravotnej starostlivosti. Pôrodné asistentky sprevádzajú rodičov počas procesu straty (Fernández-Basanta et al., 2021).

Súčasná starostlivosť po perinatálnej strate je nejednotná. Pri spontánných potratoch je pohotovostná služba často jedinou príležitosťou pre rodičov na získanie formálnej podpory. V prípade mŕtvo narodených detí sa usmernenia zameriavajú najmä na lekársky manažment, zatiaľ čo emocionálna podpora je odkázaná na posúdenie každého zdravotníckeho pracovníka (Fernández- Basanta et al., 2020). Na zabránenie tomu, aby sa poskytovala povrchná starostlivosť sú potrebné znalosti, zručnosti a osobná obeta (Ellis a kol., 2016; Martínez-Serrano a kol., 2018).

Prežívanie perinatálnej straty môže viesť k negatívnym emóciám, čo je dlhodobý dôsledok, ak ženy riadne nesmútia. V súlade s tým existuje potreba poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť ženám, ktoré zažili perinatálnu stratu. Najmä pôrodné asistentky majú dobrú pozíciu na to, aby podporili ženy, ktoré trpia perinatálnou stratou, aby zabránili negatívnym zdravotným následkom a pomohli im fyzicky a duševne zotaviť sa zo zážitku. Terapeutická komunikácia je základným faktorom pri ošetrovaní ženy, ktorá zažila perinatálnu stratu a je v procese smútku (Kang and Kim, 2021).

Starostlivosť o matku po perinatálnej strate zahŕňa pôrod a popôrodnú starostlivosť o ženu. Zdravotnú starostlivosť zahŕňajú fyzické, psychosociálne a kultúrne potreby ženy a jej rodinných príslušníkov (Wool and Catlin, 2018).

Zdravotnícky pracovníci považujú starostlivosť o rodičov po nedobrovoľnej strate tehotenstva za stresujúcu a náročnú. Cítia sa tiež nepripravení podporovať smútiacich rodičov. Náročnosť tejto podpory môže mať osobný dopad na zdravotníkov a starostlivosť poskytovanú rodičom (Fernández-Basanta et al., 2020).

2.1 Manažment starostlivosti

Anamnéza

Pri zozbieraní anamnézy treba zistiť príčinné faktory straty. Zisťuje sa či žena mala nejaké straty v minulosti a ako zvládala vyrovnanie sa so stratou. Stratégia zvládania záťaže sa zisťuje pomocou anamnestického rozhovoru a pomocou pozorovania, ale môže sa využiť aj špecifický dotazník. Ďalej sa zisťuje aké má žena podporné systémy, ktoré by sa v starostlivosti mohli využiť, vek páru a štádium vývinu rodiny.

Fyzikálne vyšetrenie

Podchytávajú sa typické telesné a mentálne zmeny, ktoré sprevádzajú smútok a žiaľ. Typickými prejavmi smútku sú tachykardia, skrátené a zrýchlene dýchanie, nadmerné potenie, synkopy, poruchy spánku a tak ďalej.

Plán starostlivosti

Pozostalým treba zabezpečiť špecifickú starostlivosť. Starostlivosť by mala rešpektovať teoretické východiská problému. Každý reaguje na perinatálnu stratu inak, a preto treba rešpektovať individuálne potreby pacientky aj rodiny. Pri starostlivosti je dôležité docieľiť tieto ciele: akceptovať perinatálnu stratu, otvorene vyjadriť svoj žiaľ, deliť sa o svoj žiaľ s inými, aktívne vyhľadávať zdroje podpory (Urbanová et al., 2010, s 246 - 248).

2.2 Prehľad odporúčaní súvisiace s pozostalými:

1. Posúdenie požiadaviek rodičov s rituálmi rozlúčenia, ako sú duchovné praktiky (krst, požehnanie) a kultúrne preferencie (prítomnosť rodiny), čo umožňuje poskytovateľom zdravotných služieb prispôbiť intervencie. Existuje trend v starostlivosti po perinatálnej strate a to chladiaci systém, ktorý umožňuje rodičom byť s dieťaťom dlhší čas.
2. Zabezpečenie podpory pre rodičovskú starostlivosť, ako je držanie dieťaťa, kúpanie, obliekanie a podobne.
3. Poskytnutie spomienok v podobe prameňov vlasov, odtlačku rúk, chodidiel, špeciálne odliatky nožičky, alebo ručičky bábätká.
4. Fotografie umožňujú rodinám mať špeciálnu spomienku na ich dieťa.

5. Počas popôrodného obdobia po prepustení môžu rodičia oceniť následný kontakt vo forme pohľadníc, telefonátov a pozvánok na výročné spomienkové slávnosti (Wool and Catlin, 2018).

2.3 Odporúčaný prístup k ženám po perinatálnej strate

Je dôležité, aby pôrodná asistentka pristupovala k žene s perinatálnou stratou s vedomím, že je pre pacientku táto situácia traumatická a je spojená s negatívnymi emóciami a reakciami. Pôrodná asistentka by mala akceptovať reakcie ženy aj partnera, ktoré môžu byť búrlivé, iracionálne, alebo namierené proti zdravotníkom, spojené s hľadaním vinníka. Je dôležité rešpektovanie negatívnych pocitov ženy a poskytnúť jej priestor na vyjadrenie emócií, zachovať empatický prístup a vypočuť ju. Potrebné je vyhnúť sa zľahčovaniu situácie a tiež sa nesprávať akoby sa nič nestalo. Vyhnúť sa falošnému utešovaniu (ešte budete mať ďalšie deti) a nabádaniu ženy, aby sa vzchopila, pretože je to väčšinou kontraproduktívne. Je dôležité poskytnúť podrobné informácie o postupoch, ako bude prebiehať pôrod, čo sa bude diať po ňom, možnosti rozlúčenia sa s dieťaťom (Škodová, 2018, s 50 - 51).

2.4 Vedenie pôrodu mŕtveho plodu

Pred pôrodom by mala nastať konzultácia lekára a pôrodnej asistentky s rodičmi, ako sa bude ďalej postupovať. Lekár je zodpovedný za naplánovanie pôrodu, indukciu pokiaľ s ňou pacientka súhlasí a farmakologické tlmenie bolesti (Rastislavová a Hrušková, 2019, s 56 - 57).

Ak je ohrozené zdravie rodičky (sepsa, preeklampsia, HELLP syndróm, DIC) a príčinou je odumretie plodu, tak sa podniknú okamžité kroky k ukončeniu tehotenstva podľa aktuálneho pôrodnického nálezu a celkového stavu rodičky (ČGPS ČLS JEP, 2019). Rodičom by mal poskytnúť všetky potrebné informácie. V prípade, že je žena mimo ohrozenia života, je preferovaný vaginálny pôrod, ale ženy bývajú častokrát v šoku a vyžadujú cisársky rez. Väčšinou je to kvôli tomu, že to chcú mať čím skôr za sebou (Rastislavová a Hrušková, 2019, 56 - 57). Vedenie pôrodu závisí od gestačného veku plodu, anamnézy matky a taktiež na preferencií páru. Indukcia alebo augmentácia pôrodu a prirodzený pôrod predstavuje najnižšie riziko. Sekcia by mala byť robená u tých žien, u ktorých je to klinicky indikované. Zdravotný personál by mal povzbudiť ženy, aby zvážili fyziologický pôrod, kvôli zvýšeným rizikám spojenými s predchádzajúcim cisárskym rezom v nasledujúcom tehotenstve. Rodičia by mali byť uistení, že rodičke bude poskytnutá úľava od bolesti a fyzická a emocionálna podpora počas pôrodu (Koopmans et al. 2013).

Pôrodná asistentka podľa odporúčenia lekára, môže odobrať krv na ďalšie vyšetrenia a vykonať zhodnotenie stavu ženy. Počas pôrodu mŕtveho dieťaťa je podstatné sledovať bolesť ženy a znižovať ju pomocou analgetík alebo peridurálnej analgézie. Pôrodná asistentka musí sledovať venózne vstupy, vyprázdňovanie ženy, postup pôrodu a taktiež psychický stav ženy. Pokiaľ by rodiaca žena chcela mať pri pôrode otca dieťaťa, je vhodné zaistiť jeho prítomnosť. Ak to nie je možné, tak je vhodné zaistiť inú blízku podpornú osobu (Procházka a kol., 2020, s 618).

Na začiatku pravidelnej maternicovej činnosti sa aplikuje peridurálna analgézia, dostatok spazmolitik a menšie dávky opiátov (Procházka a kol., 2020 s 618). Ak sa podá včas peridurálna analgézia, tak sa znižuje vyplavovanie stresových hormónov, šetrí sa energia matke, ktorú bude potrebovať. Pre niektoré ženy je vnímanie bolesti pri pôrode mŕtveho dieťaťa zmysluplné a nechcú ju tmiť (Rastislavová a Hrušková, 2019, s 56). Ak nastane v priebehu pôrodu ohrozenie ženy, napríklad abrupciou placenty alebo masívnym krvácaním, pôrod sa ukončuje cisárskym rezom. Je vhodné prizvať pediatra k prehliadke mŕtveho plodu. Plod sa odosiela k patologicko-anatomickej pitve spolu s placentou (Procházka a kol., 2020, s 618, Hájek a kol., 2014, s 436).

Vo svojej štúdií Listermar a kolektív (2020) uvádzajú, že rodičia mŕtvonarodených detí sa cítili spokojnejší, ak sa o nich starala pôrodná asistentka so skúsenosťami v oblasti perinatálnej straty. Rodičia ocenili, keď sa pôrodná asistentka rozprávala priamo s bábätkom a správala sa k nemu s rovnakou citlivosťou, dôstojnosťou a rešpektom, aké by sa dostalo živému bábätku. Rodičom to pomohlo priblížiť sa k vlastnému dieťaťu (Listermar et al., 2020).

Zabezpečenie súkromia a intimity pri pôrode mŕtveho plodu pomáha žene lepšie využiť zdroje podpory. Mal by sa im dopriať priestor na rozlúčenie s dieťaťom. Ak žena nemá prítomného rodinného príslušníka ako podpornú osobu, mala by ho zastúpiť pôrodná asistentka. Dopriatie maximálneho súkromia žene by malo eliminovať, že žena príde do kontaktu s inými tehotnými, rodičkami alebo zdravými novorodencami. Na pôrodnej sále sa vyčlení samostatný box a neskôr aj izba (Urbanová et al., 2010, s 250).

Aby deti dokázali uznať mŕtveho súrodenca za člena rodiny je potrebné pomenovanie súrodenca, aby ho súrodenec mohol vidieť a zapamätať si ho. Vybudovanie puta je dôležité pre súrodencov, pretože je pre nich dôkazom toho že dieťa nemôže zmiznúť z rodiny, ako keby nikdy neexistovalo. Niektoré štúdie hovoria o pozostalých súrodencoch ako o „zabudnutých smútiacich“ (Bornemisza et al. 2021).

2.5 Rituálne rozlúčenie

Po perinatálnej strate rodičov čaká rad rozhodnutí. Niektoré intervencie sa so zdravotným personálom mohli prebrať ešte pred pôrodom, ale rodičia môžu svoj názor časom zmeniť. Preto je dôležité, aby sa zdravotnícky personál viackrát spýtal na dané želania a intervencie. Rodičia by sa mali dozvedieť o možnostiach rozlúčenia s mŕtvonarodeným dieťaťom ešte pred pôrodom. Dieťa môžu nie len vidieť, ale aj si ho podržať v náruči. O týchto možnostiach by mala rodičov informovať pôrodná asistentka. Taktiež môže diskutovať s rodičmi o ich pocitoch a ešte pred pôrodom im môže dať čas na rozmyslenie. Dôležitý je správny spôsob, ako komunikovať s rodičmi o možnostiach kontaktu s mŕtvo rodeným plodom, dostatok času na rozlúčenie a v neposlednom rade rešpekt k individuálnym potrebám rodičov (Rastislavová a Hrušková, 2019, s 68 - 69).

Pôrodné asistentky môžu pomôcť v procese smútenia tým, že uľahčia rozlúčkové rituály a sprevádzajú rodinu. Pomáhajú uctiť si pamiatku dieťaťa a podporujú rodičov, aby dali zosnulému dieťaťu identitu, ktorá z neho robí člena rodiny. Niektoré praktiky zmiernujú bolesť napríklad: vidieť dieťa, urobiť si čas na rozlúčku a uchovať si spomienky (fotografie, otláčok ruky alebo nohy). Povzbudenie k vykonávaniu smútočných rituálov a uchovávanie spomienok na svoje dieťa, podľa niektorých štúdií, má pozitívny dopad na rodičov. Zdravotnícky personál by mal akceptovať, ak si rodičia neželajú rozlúčku. Mali by podporiť intimitu rodičov a vyhnúť sa tomu, aby boli na oddelení s rodičmi zdravých detí (Camacho- Ávila et al., 2019).

Bolo zistené, že je dôležité pre rodičov tráviť čas so svojimi mŕtvonarodenými deťmi a vytvoriť si spomienky na dieťa pred rozlúčkou. V niektorých kultúrach sa považuje za neprijateľné, ak sa nechá mŕtvonarodené dieťa samé pred pohrebom (O'Connell et al., 2016). Aj v iných štúdiách autori uvádzajú, že rodičia, ktorí videli a držali svoje dieťa, sa lepšie vyrovnávali so stratou (Kingdon et al., 2015).

V západných nemocniciach je umožnené spomienkové fotografovanie, ako súčasť starostlivosti o pozostalých, ktorí prežívajú perinatálnu stratu. Viacerí rodičia súhlasia s touto psychosociálnou intervenciou. Pre rodičov sú najhodnotnejšie pamätne predmety - sadrové otláčky nôh, pramene vlasov, detské oblečenie, ktoré nosili v nemocnici, fotografia ich dieťaťa a ultrazvuková fotografia (Blood and Cacciatore, 2014).

Posledným rozlúčením je pohreb, ktorý je spojený s uložením pozostatkov zosnulého. Na prekonanie smútku slúži pohrebný obrad. Formálne obrady, ako napríklad pokrstenie dieťaťa, pomenovanie, alebo pohreb dieťaťa, môžu v smútiacich rodičoch vyvolať pocit, že sa o svoje dieťa za daných okolností postarali. Pri perinatálnej strate je potrebné, aby sa vychádzalo z potrieb a želaní smútiacich rodičov. O potreby a prania by sa mala starať pôrodná

asistentka. Mala by rodičom vysvetliť aké sú možnosti, zaistiť vhodné podmienky a poskytnúť oporu rodičom. Rozlúčkové rituály by mali byť využívané na podporu rodičov po perinatálnej strate a mali by spĺňať ochrannú funkciu, či podpornú funkciu. Ďalšou funkciou je dať pocit kontroly nad situáciou a to napomáha začatiu procesu trúchlenia (Rastislavová a Hrušková, 2019, s 68).

V Slovenskej republike je zákon o pohrebníctve, ktorý umožňuje pochovať potratené, predčasne odňaté ľudské plody, ak to rodičia požadujú. Na vykonanie týchto úkonov sa nevyžaduje evidencia v matrike (Zákon NR SR č. 470/2005 Z. z. o pohrebníctve v znení neskorších predpisov). Rodičia nemusia o tom vedieť a mali by byť včas informovaní (Urbanová et al., 2010, s 251).

2.6 Starostlivosť o ženu v šestonedelí

Ženy po perinatálnej strate bývajú hospitalizované iba nevyhnutný čas. Po spontánnom pôrode niektoré šestonedielky odchádzajú už na druhý deň domov. Hospitalizácia po perinatálnej strate je dôležitá na odznenie prvotného šoku. Taktiež je hospitalizácia dôležitá na podanie informácií o možnostiach rozlúčenia sa s dieťaťom (Rastislavová, 2016, s 77). Pôrodná asistentka v období šestonedelia nekontroluje len telesný stav ženy, ale aj psychický stav (Rastislavová a Hrušková, 2019, s 85).

Zdravotnícky pracovníci by mali poskytnúť neprerušovaný čas na diskusiu v súkromí a v tichom prostredí. Rodinám to pomôže spracovať a pochopiť prijaté informácie. Je to aj príležitosť na kladenie otázok (Helps et al., 2020). Najdôležitejšie je informovanie matiek o fyzických a psychických dôsledkoch perinatálnej straty, poskytnutie včasnej psychologickkej podpory, informácie o podporných službách, diskutovanie o dôsledkoch nasledujúceho tehotenstva (Ravaldi et al., 2018).

Fyzikálne vyšetrenia - podchytávajú typické telesné a mentálne zmeny, ktoré sprevádzajú smútok a žiaľ. Medzi typické zmeny patrí tachykardia, skrátané a zrýchlené dýchanie, nadmerné potenie, synkopy, poruchy spánku, svalová slabosť, zmätenosť, znížená schopnosť porozumenia, prejavy depresie a podobne (Urbanová et al., 2010, s 246 - 247).

2.7 Perinatálna strata a organizačné zaistenie

Umiestnenie pacientky na izbu by mali zdravotnícky pracovníci odkonzultovať so ženou (Rastislavová, 2016, s 85). Umiestnenie by malo byť mimo oddelenia šestonedelia. Vhodné je, aby zdravotnícky personál umožnil pobyt s matkou v nemocnici partnerovi, alebo inému rodinnému príslušníkovi (Rastislavová a Hrušková, 2019, s 77). Každá má iné preferencie a

niektoré ženy chcú byť umiestnené samé na izbe, iné chcú mať spoločnosť (Rastislavová, 2016, s 85 - 86).

Po perinatálnej strate môže psychologická podpora od zdravotníckeho personálu zmierniť negatívny dopad na rodinu. Podpora zahŕňa najmä čas a pozornosť venovanú rodičom, overenie ich emócií (Rastislavová a Hrušková, 2019, s 78).

Smútiacim párom treba prispôbiť prostredie pôrodnice a treba ich oddeliť od ostatných fyziologicky prebiehajúcich tehotenstiev. Pre matky po perinatálnej strate môže byť stretnutie, alebo počúvanie iných rodičiek a ich novorodencov traumatické (Helps et al., 2020). Pôrodné a popôrodné oddelenia sú rušné a hlučné oddelenia. Byť v čakárni spolu s rodičkami alebo po pôrode, kým sa nestanoví diagnóza, môže zvýšiť utrpenie žien po perinatálnej strate (Hartigan et al., 2018, Meaney et al., 2017). Pôrodná sála môže vyvolávať úzkostné pocity v rodičkách, pretože ich dieťa zomrelo, čo vyvoláva v žene alebo jej rodine potrebu ihneď zakročiť, urobiť napríklad cisársky rez (Helps et al., 2020).

V štúdií Helps a kolektívu sa uvádza, že by mala byť na pôrodnici zamestnaná aspoň jedna špecialistka na pôrodnú asistenciu pre pozostalých, a taktiež jedno kontaktné miesto pre pozostalých. Je to dôležitý a pozitívny krok pri poskytovaní starostlivosti pre trúchliacich rodičov na pôrodniciach, aby sa zabezpečila čo najkvalitnejšia starostlivosť pre všetkých pozostalých rodičov (Helps et al., 2020).

Nedostatočná informovanosť zdravotníckeho personálu má za následok nedostatočnú kontinuitu starostlivosti. Kontinuálna starostlivosť znamená bezproblémové a personalizované poskytovanie kvalitatívnej starostlivosti rodinám počas celého obdobia počas, ktorého sa rodina zapája do zdravotnej služby. Ak je poskytnutá dobrá kontinuálna starostlivosť, tak prechod pozostalej rodiny od diagnózy, cez pobyt v nemocnici, až po prepustenie je bezproblémový. Rodičom to umožní sústrediť sa na svoje dieťa. Vďaka efektívnej kontinuálnej starostlivosti poskytovanej pozostalým by sa dalo vyhnúť určitým ťažkostiam (Helps et al., 2020).

2.8 Emocionálne potreby rodičov

Narodenie mŕtveho dieťaťa je traumatickou udalosťou pre rodičov, ktorá môže zmeniť ich život. Obdobie po perinatálnej strate má veľké následky, čo vyplýva z negatívnych účinkov smútku, úzkosti, strachu a utrpenia (Heazell et al., 2016). Mŕtvonarodené dieťa a perinatálna strata sú považované za vysoko stresujúcu udalosť (Nuzum et al., 2014).

Pri starostlivosti o rodičov zohrávajú dôležitú úlohu poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Odporúča sa pri starostlivosti o rodičov používať jednoduchý jazyk, prejavujúci zmysel pre starostlivosť a osobnú angažovanosť bez odsudzovania, umožniť rodičom tráviť

s dieťaťom toľko času koľko potrebujú, uľahčiť vytváranie spomienkových predmetov, poskytnúť informácie týkajúce sa pitvy, nájsť si čas na diskusiu s rodičmi, rešpektovať ich kultúrne a náboženské zázemie a riešiť nezodpovedané otázky (Ravaldi et al. 2018).

Potreby rodičov sú rozdielne. V štúdií podľa Rehfeldta kolektívu (2016) potreby rodičov sú zamerané na:

- Vyhnutie sa nadmernému zaťaženiu
- Vyjadrenie emócie
- Bezpečnosť a podporu rodiny
- Spojenie s dieťaťom
- Poskytnutie porozumenia a významu

Potreby rodičov sú spájané so Swansonovou teóriou starostlivosti. Zdôrazňuje aká je dôležitá emocionálna a výchovná podpora rodičov v starostlivosti v období perinatálnej straty. Medzi hlavné požiadavky patrí „spoznanie“ rodičov a ich potrieb (Rehfeldt et al., 2016).

Online podporné skupiny a pamätné webové stránky sa stali populárne. Predpokladá sa, že tieto zdroje by mohli byť nápomocné pri psychoedukácii, a poskytnúť pocit emocionálnej podpory pre rodiny (Koopmans et al., 2013). Podpora od personálu je spojená s nižšou úrovňou úzkosti aj depresie u žien po pôrode mŕtveho dieťaťa. Z dlhodobého hľadiska znižuje matkine trápenie podpora od partnera a rodiny. Úloha podporných skupín po perinatálnej strate je nejasná, hoci sa uvádzajú prínosy, najmä pre ženy (Flenady et al. 2014).

Odporúčanie pre zdravotný personál:

- Rešpekt - kvalitná starostlivosť pri perinatálnej strate si vyžaduje rešpekt k individualite a rôznorodosti smútku rodičov. Rozhodujúce je uznanie existencie a rešpekt voči mŕtvemu dieťaťu.
- Informácie - pôrodná asistentka by mala poskytnúť objektívne informácie podané pokojne a podporným spôsobom. Zásadné informácie by mali zdravotnícky pracovníci opakovať.
- Vytvorenie spomienok - mali by sa podporiť činnosti ako je držanie, kúpanie, obliekanie, účasť na náboženských obradoch a podobne. Mali by sa ponúknuť pamätné predmety rodičom ako fotografie, odtlačky.
- Profesionálny rozvoj a podpora - zdravotný personál by mal absolvovať školenie, aby bola poskytnutá primeraná starostlivosť po perinatálnej strate (Flenady et al. 2014).

Málo žien po perinatálnej strate dostane emocionálnu psychologickú podporu. Perinatálna strata môže mať významný dopad na psychické zdravie ženy (deMontigny et al., 2017). Niet pochýb o tom, že sú nevyhnutné psychologické intervencie na podporu žien po perinatálnej strate. Čím ďalej, tým viac sa začínajú využívať nové technológie na hodnotenie, liečbu a pochopenie problémov, ktoré súvisia s duševným zdravím. Čím ďalej tým viac sa stávajú populárne intervencie na internete. Patria sem psychoedukačné webové stránky, online skupiny, poradenstvo ale aj psychoterapia pre všetky druhy duševných problémov (Corno et al., 2020).

Na Slovensku existuje internetová podporná skupina pre rodičov, ktorí zažili perinatálnu stratu. Táto skupina sa nazýva Anjeliky. Ďalšie formy možnej sociálnej podpory sú:

- Návrh rodinných stretnutí
- Poradenstvo pre pozostalých
- Bohoslužby pre pozostalých
- Anonymná podpora pomocou krízových liniek (Urbanová et al., 2010, s 252).

3. Starostlivosť o personál

Zdravotnícky pracovník, ktorý pracuje v pôrodníctve a gynekológii sa pravidelne stretáva s potratmi, mŕtvorodenosťou a neonatálnou stratou. Je to neoddeliteľná súčasť jeho práce a musí sa s tým vyrovnávať. Je náročné poskytnúť kvalitnú starostlivosť z hľadiska zložitosti a citlivosti. Personál musí podporovať rodičov prežívajúcich intenzívnu úzkosť. Od pôrodných asistentiek, ale aj ostatného personálu, sa očakáva, že bude emocionálne zapojená a bude empatická voči rodine a uľahčí zdravý proces smútenia (Wallbank and Robertson, 2013).

Zamestnávateľia by mali poskytnúť podporu zamestnancom po nežiadúcej udalosti. Zdravotnícky personál, ktorý bol pri smrti, mal významne vyššie riziko úzkosti alebo depresie. Ak sa nerieši dopad smrti na zdravotnícky personál, môže to ovplyvniť ich individuálny život a tiež starostlivosť o pacienta, z čoho vyplýva dôležitosť riešiť tento problém (Margulies et al., 2020).

Vplyv práce na personál s perinatálnou stratou je málo diskutovaný. V niektorých štúdiách sa uvádza, že táto práca v materskom prostredí sa považuje za pozitívne prostredie, kde sa odohrávajú šťastné udalosti. Avšak pre personál pracujúci v takomto prostredí, je ťažké vyjadriť svoje vlastné rozrušenie. Zdá sa, že zamestnanci pracujúci v tomto prostredí pociťujú úzkosť. Formálne školenie nie je dostačujúce a nemá ochrannú formu. Mal by sa poskytnúť prístup k podpore a dohľadu na zmiernenie úzkosti a povzbudenie prehodnotenia starostlivosti po perinatálnej strate (Wallbank and Robertson, 2013).

Pôrodná asistentka prežívajúca traumatické perinatálne udalosti, čelí vysokej úrovne vyhorenia, pocitu bezmocnosti, nedostatočnosti, emočného vyčerpania. Ak pôrod mŕtveho dieťaťa a perinatálna strata zostanú zanedbávaným problémom, sekundárny traumatický stres a tiež syndróm vyhorenia v uvedenej profesii zostanú nepreskúmané. Pôrodné asistentky nie sú dostatočne podporované pri zvládaní stresu a straty. U zdravotníckeho personálu, u ktorého dochádza k syndrómu vyhorenia sa vyskytuje podráždenosť, neangažovanosť, znížená empatia a chyby pri liečbe (Ravaldi et al. 2022).

3.1 Vzdelávanie v oblasti perinatálnej straty

Práca s pozostalými rodičmi je pre profesionálov veľkou výzvou a vyžaduje si vysokú úroveň vedomostí a zručností (Rastislavová a Štípková, 2020). Školenia sú potrebné, ale nie sú dostatočné na podporu personálu, aby im to pomohlo adaptatívne reagovať na nepríjemné a stresujúce emócie (Wallbank and Robertson, 2013). Iní autori ako Ravaldi a kolektív (2022) uvádzajú, že medzinárodné smernice pre perinatálnu stratu zdôrazňujú, že personál by mal mať možnosť absolvovať školenie a rozvíjať zručnosti v oblasti starostlivosti o úmrtia. Pôrod

mŕtveho dieťa je oblasť, v ktorej zdravotnícky personál má málo, alebo vôbec nemá školenie. Mnoho personálu po absolvovaní školenia uviedlo, že je nedostatočné (Ravaldi et al, 2022).

Nedostatok podpory a vhodného školenia o emocionálnom a praktickom zvládaní traumatických udalostí, môže byť hlavným dôvodom, prečo pôrodné asistentky považujú starostlivosť o pozostalé rodiny za stresujúcu, emocionálne náročnú a uvádzajú mnohé ťažkosti v tejto oblasti praxe. Predpokladá sa, že ak by pôrodné asistentky mali väčšiu psychickú pohodu, tak by dokázali lepšie podporiť rodičov, pretože by boli profesionálne sebavedomejšie, kompetentnejšie a empatickejšie (Ravaldi et al, 2022).

Prežitie perinatálnej straty môže spôsobiť negatívne emócie, čo je dlhodobým dôsledkom toho, ak ženy riadne nesmútia. V tejto súvislosti je dôležité poskytnúť správnu ošetrovateľskú starostlivosť pre ženy po perinatálnej strate. Pôrodné asistentky majú dobrú pozíciu na to, aby zabránili negatívnym zdravotným následkom. Pripravenosť pôrodných asistentiek je nevyhnutná. Perinatálna strata je aj pre pôrodné asistentky stresujúcou situáciou, ktorá si vyžaduje dostatočnú prípravu. Zistilo sa, že pôrodné asistentky majú nízku sebadôveru v súvislosti so starostlivosťou o ženy po perinatálnej strate. Ďalej sa zistilo, že ich zručnosti a znalosti sú nedostatočné (Kang and Kim, 2022).

Najčastejšie vzdelávacie programy o perinatálnej smrti, ktoré sa využívajú, sú interaktívne workshopy a debriefing. Pravidelné workshopy a debriefing sa považujú za efektívne. Môžu pomôcť sestram a pôrodným asistentkám poskytnúť užitočné informácie, získať podporu od kolegov a organizačnú podporu (Mauri and Squillace, 2017). Simulácie sa využívajú vo vzdelávaní študentov a pomáhajú im, aby sa vystavili špeciálnej situácii a pomáhajú im naučiť sa, ako sa s ňou vyrovnáť (Doherty et al., 2018). E-learning, pre dlhodobé vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek, by mohol byť pohodlnejším spôsobom na získanie vzdelávania v oblasti perinatálnej straty, a tým by mohol zvýšiť efektivitu vzdelávania (Quian et al., 2021).

3.2 Seba- starostlivosť

Starostlivosť o rodičov po perinatálnej strate je náročná situácia a zasiahne každého. Súčasťou práce pôrodnej asistentky je aj starostlivosť o seba, aby mohla pomáhať iným, pretože pôrodná asistentka je nástrojom pomoci. Je dôležité sa o seba starať akútne aj dlhodobo. Možnosti, ako si pomôcť, sú napríklad intervízia alebo supervízia. Supervízia sa odporúča k spracovaniu zážitkov.

Supervízia – jedná sa o pomoc pomáhajúcim. Keď zdravotnícky personál starostlivosť o pacientky vyčerpá, alebo silne emočne zasiahne, môže im pomôcť supervízor. Supervízor rozoberie so zdravotníkom jeho situáciu a spracuje miesta, ktoré sa pomáhajúceho dotýkajú.

Intervízia - je to vzájomná supervízia medzi kolegami. Súčasťou intervízie je starostlivosť o tím (Rastislavová a Hrušková, 2019, s 124 - 125).

4. Štúdium pôrodnej asistencie

Študentky pôrodnej asistencie sa stretávajú s perinatálnou stratou (narodenie mŕtveho dieťaťa, neonatálna smrť). Je to súčasťou skúseností z klinickej praxe. Smrť je protikladom narodenia, ktorý prevláda v praxi pôrodnej asistencie, a preto vyrovnanie sa s týmito udalosťami môže byť náročné (Alghamdi and Jarrett, 2016).

Správna starostlivosť o ženy po perinatálnej strate je nevyhnutná. Pôrodné asistentky a študentky pôrodnej asistencie by mali byť dostatočne pripravené na poskytnutie náležitej starostlivosti. Starostlivosť po perinatálnej strate si vyžaduje špeciálne vzdelanie a inštruktáž, žiaľ študentkám sa poskytuje len málo. Zvládanie neočakávaných situácií patrí medzi potreby vzdelania nových pôrodných asistentiek (Kang and Kim, 2022).

Starostlivosť môže byť efektívnejšia, ak by mali študentky pôrodnej asistencie možnosť učiť sa pomocou simulovaných situácií. Simulovaný tréning je považovaný za efektívnu metódu využívanú na vzdelávanie študentov. Odohráva sa v prostredí, ktoré je podobné klinickému pracovisku. Výhodou simulačného vzdelávania je, že študenti môžu opakovane skúšať ošetrovateľskú starostlivosť, taktiež získajú spätnú väzbu ohľadom procesu riešenia problémov. Žiaľ simulácie perinatálnej straty sú zriedkavé (Kang and Kim, 2022).

V štúdiu podľa Qiana a kolektívu sa ukázalo, že študenti mali pocit, že je ťažké poskytnúť starostlivosť rodičom po perinatálnej strate napriek tomu, že absolvovali školenie, pretože im chýbali dostatočné skúsenosti. Vo svojej štúdiu navrhli workshopy, vypracovanie scenárov a rozšírenie hrania rolí (Quian et al., 2021). Doherty a kolektív tiež vo svojej štúdiu navrhujú začleniť do vyučovania hranie rolí, teoretické učenie a komunikačné zručnosti (Doherty et al., 2018).

4.1 Vplyv perinatálnej straty na študentov počas praxe

Študenti pôrodnej asistencie sa stretávajú okrem fyziologického pôrodu, aj s perinatálnymi úmrtiami počas klinickej praxe (McKenna and Rolls, 2011, Reem and Patricia, 2016). Vzdelávanie pôrodných asistentiek sa zameriava na fyziologické, alebo vysokorizikové pôrody a len malá pozornosť je venovaná praktickým informáciám, ktoré sa týkajú perinatálnej straty a zvládania úmrtia pre rodiny (Shen et al., 2022). Študentky pôrodnej asistencie majú málo skúseností so smrťou pred nástupom na klinickú prax, a tiež im chýbajú potrebné zručnosti na prevedenie rodičov procesom smútenia po perinatálnej smrti, čo zvyšuje ich zraniteľnosť voči smútku (McKenna and Rolls, 2011, Reem and Patricia, 2016).

Pôrodné asistentky z praxe opísali poskytovanie starostlivosti o perinatálnu smrť rodinám, ako stresujúci zážitok (Shen et al., 2022). Pôrodné asistentky, ktoré často zažívajú

úmrtia plodu uvádzajú, že pociťujú hlboký smútok a tiež pochybnosti o sebe, hrozí im vyhorenie a odchod z povolania (Martínez-Serrano et al, 2018, Ravaldi et al., 2021, Sheen et al., 2015).

Študentky pôrodnej asistencie majú jedinečnú úlohu, keď nastane perinatálne úmrtie, v tom, že sa nemusia venovať naliehavým klinickým povinnostiam, a preto im to umožní asistovať pri podpore rodičov (Ravi et al., 2020). Emocionálne reakcie študentiek na perinatálnu stratu sú podobné, ako u kvalifikovaných pôrodných asistentiek, často zahŕňajú emocionálnu traumu. Pri pomáhaní zvládnuť pôrod mŕtveho dieťaťa sa študentky cítia nepripravené, pretože majú nedostatok adekvátneho školenia a podpory. Niektoré študentky sa stretli s tým, že sa nemohli zúčastniť na dôležitých okolnostiach, ktoré súviseli s perinatálnou stratou. Uvedené vynechanie z okolností perinatálnej straty mohlo zanechať stopy na ich sebedomí, zvýšiť riziko vyhorenia a únavy zo súcitu. Častokrát sa stáva, že študentky skrývajú svoje pocity a málokedy rozprávajú o svojom smútku, pretože majú strach z kritiky zo strany mentora (Shen et al., 2022).

4.2 Odporúčania ohľadom prípravy na perinatálnu stratu v priebehu štúdia a opatrenia pre študentov

Práca pôrodnej asistentky je emocionálne náročná. Pre študentky pôrodnej asistencie je náročné klinické umiestnenie na pôrodnom oddelení. Je na ne vyvíjaný tlak, organizačné napätie, podpora pre ženy v súvislosti s perinatálnou stratou je pre ne zdrojom stresu (Coldridge and Davies, 2017). Študentky pôrodnej asistencie môžu byť zraniteľnejšími voči stresu kvôli ich študentskému statusu a intenzívne empatických vzťahov so ženami (Davies and Coldridge, 2015).

Odporúča sa pridať ďalšieho obsahu do workshopov, vypracovanie rôznych scenárov a hranie rolí. Hranie rolí, teoretické učenie, starostlivosť o empatiu a komunikačné zručnosti sa navrhli začleniť do budúceho vyučovania (Doherty et al., 2018).

V nedávnej štúdií boli navrhnuté dve teórie, ktoré by bolo možné aplikovať v praxi, v oblasti smútku po perinatálnej strate a spoluúčasti na tomto smútku (Hutti a Limbo, 2019). Tieto klasické usmernenia a teórie, by mohli poskytnúť usmernenie pri vývoji vzdelávacích programov starostlivosti o perinatálnu stratu (Quian et al., 2021). Vzdelávacie programy o smútení po perinatálnej strate pozostávajú z troch častí – vedomostí a zručností v starostlivosti o perinatálne smútenie, zlepšenie klinických zručností v interrupčnej starostlivosti a psychologická podpora sestier a pôrodných asistentiek.

V prvom rade je pre pôrodné asistentky nevyhnutné, aby chápali psychologické potreby rodičov po perinatálnej strate. Pôrodné asistentky nerozumejú procesu smútenia rodičov, alebo ich potrebám, a to je prekážkou v poskytnutí kvalitnej perinatálnej starostlivosti (Andersson et al., 2014). Veľmi dôležité je školenie sestier a pôrodných asistentiek, aby vedeli nájsť správne slová a prístup k rodičom. A tiež, aby vedeli ako pomôcť rodičom rozhodnúť sa ohľadom pôrodných plánov a prípadnej pitvy (Boyle et al., 2020).

V druhom rade treba zlepšiť klinické zručnosti v starostlivosti o potraty, je to dôležitým predpokladom starostlivosti o perinatálnu smrť (Quian et al., 2021).

Po tretie pre zdravotný personál je poskytovanie starostlivosti pre rodičov po perinatálnej strate stresujúce. Je potrebné riešiť emocionálny vplyv perinatálnej straty na zdravotnícky personál a stratégiu na podporu starostlivosti o seba a budovanie odolnosti medzi personálom (Qian et al., 2021).

Existujú rôzne formy vzdelávacích programov perinatálnej straty. Najčastejšie využívané formy sú interaktívne workshopy a debriefing, ktoré sú efektívne a výhodné. Pomáhajú pôrodným asistentkám zdieľať užitočné informácie a získať podporu (Mauri and Squillace, 2017).

Taktiež sa využívajú vo vzdelávaní študentov scenáre a simulácie prostredníctvom hrania rolí. Prostredníctvom simulácie sú vystavení špeciálnym situáciám. Tiež im pomáhajú naučiť sa, ako sa s perinatálnou stratou vyrovnáť (Doherty et al., 2018).

5. Metodika výskumu

5.1 Realizácia výskumu

Výskum prebiehal od augusta 2022 do novembra 2022. Boli oslovené pôrodné asistentky po celej Slovenskej Republike. Pôrodné asistentky boli oslovené pomocou Slovenskej komory pôrodných asistentiek a pomocou vrchných pôrodných asistentiek v nemocniciach.

5.2 Charakteristika výskumného súboru

Respondentky boli pôrodné asistentky zo Slovenskej republiky. Výber pôrodných asistentiek bol príležitostným výberom. Distribúcia dotazníka bola elektronickou formou pomocou Slovenskej komory pôrodných asistentiek, alebo vrchných pôrodných asistentiek jednotlivých nemocníc. Dotazník vyplnilo 124 respondentiek a z toho boli 4 respondentky vyradené z dôvodu neposkytnutia súhlasu so svojou účasťou na výskume. Celkovú vzorku tvorilo N=120 žien. Priemerný vek respondentiek bol 34,7 so smerodajnou odchýlkou 11,9. Najstaršia respondentka, ktorá sa zúčastnila výskumu mala 58 rokov a najmladšia respondentka mala 21 rokov.

5.3 Merací nástroj

PBCCS je štandardizovaný dotazník a jednotlivé otázky sú zaradené do škál (vedomosti na podporu zvládania trúchlenia, zručnosti na podporu zvládania trúchlenia, sebauvedomenie sa, organizačná podpora). Škála vedomosti na podporu zvládania trúchlenia sa rozdeľuje na subškály všeobecné znalosti o potrebách pri podpore smútiacich, sú v nej zaradené otázky (3, 20, 44, 5, 24, 21, 41, 23,4, 22), poznanie citových potrieb pozostalých rodičov obsahujúce otázky (2, 6, 18), do subškály nepretržitý rozvoj vedomostí odborníkov v oblasti pôrodnej starostlivosti po perinatálnom úmrtí sú zaradené otázky (19, 7). Škála zručnosti na podporu zvládania trúchlenia obsahuje subškály špecifické interpersonálne zručnosti pri úmrtí, kde sú zaradené otázky (36, 16, 17, 34, 8), zručnosti pri úmrtí (33, 40, 45,25). Škála organizačná podpora obsahuje subškálu podpora personálu poskytujúceho starostlivosť o pozostalých, kde sú zaradené otázky (39, 42, 10, 27, 13, 31, 28) a subškálu vplyvy prostredia a pracovnej záťaže (38, 11, 43, 30, 29). V škále sebauvedomenia je subškála povedomie o potrebách pozostalých rodín (9, 14, 35, 26, 32,) a subškála uvedomenie si mojich osobných potrieb vo vzťahu ku poskytovaniu podpore smútiacim rodičom (12, 37,15). Štandardizovaný dotazník bol po konzultácii s autorkou a s jej odsúhlasením preložený metódou spätného prekladu. Po vytvorení

slovenskej verzii, ktorá bola testovaná na 10 pôrodných asistentkách, ktoré neboli zaradené do tejto štúdie bola táto verzia spätne preložená do angličtiny dvoma bilingválnymi nezávislými prekladateľmi.

5.4 Stanovenie výskumných cieľov a hypotéz

Cieľ: preskúmať skúsenosti pôrodných asistentiek v súvislosti s perinatálnou stratou a objasniť skúsenosti pôrodných asistentiek, ktoré sa starajú o rodičov ktorí utrpeli perinatálnu stratu na Slovensku. Bolo stanovených päť vedľajších cieľov a následne bolo definovaných 6 hypotéz.

Čiastkové ciele:

1. Zistiť súvislosť dĺžky praxe a mieru praktických skúseností pôrodných asistentiek.
2. Zistiť rozdiel v poskytovaní podpory trúchliacich rodičov na základe vzdelania.
3. Zistiť rozdiel v poskytovaní podpory trúchliacich rodičov medzi veriacimi a neveriacimi pôrodnými asistentkami.
4. Zistiť rozdiel v poskytovaní podpory trúchliacich rodičov na základe skutočností, či pôrodné asistentky majú alebo nemajú deti.
5. Zistiť štatisticky významný rozdiel medzi pôrodnými asistentkami na základe vlastnej skúsenosti s perinatálnou stratou.
6. Zistiť štatisticky významný rozdiel medzi vekom respondentiek a skóre v subškálach dotazníka.
7. Zistiť akú formu podpory poskytuje zamestnávateľ v súvislosti s prácou pôrodnej asistentky.
8. Zistiť, či účasť pôrodných asistentiek na kurzoch o starostlivosti o rodičov po perinatálnej strate má vplyv na mieru znalosti pôrodných asistentiek.

Jednotlivé ciele boli vytvorené na základe škál štandardizovaného dotazníku PBCCS (Kalu, Larkin a Coughlan, 2020).

Hypotézy:

H₀1: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomovanie pri podpore smútiacich) na základe dĺžky praxe respondentiek.

H_A1: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe dĺžky praxe respondentiek.

H₀2: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vzdelania.

H_A2: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vzdelania.

H₀3: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vierovyznania.

H_A3: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vierovyznania.

H₀4: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe skutočnosti, či respondentky majú alebo nemajú vlastné deti.

H_A4: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe skutočnosti, či respondentky majú alebo nemajú vlastné deti.

H₀5: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vlastnej skúsenosti respondentiek s perinatálnou stratou.

H_A5: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vlastnej skúsenosti respondentiek s perinatálnou stratou.

H₀6: Neexistuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre v subškálach dotazníka PBCCS.

H_A6: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre v subškálach dotazníka PBCCS.

5.5 Štatistická analýza

Analyzovaná vzorka pozostávala z odpovedí 120-tich respondentov na 44-položkový dotazník PBCCS a ich demografických charakteristík.

Pre vyjadrenie základných charakteristík dátového setu sme použili deskriptívnu štatistiku pozostávajúcu z výpočtov stredných hodnôt (aritmetický priemer, medián) v prípade spojitých premenných a z výpočtu absolútnych (n) a relatívnych (%) početností v prípade ordinálnych alebo kategorických premenných. Tieto výsledky prezentujeme vo forme grafov a tabuliek. Reliabilitu meracieho nástroja PBCCS sme overili pomocou výpočtu Cronbachovej α

(Cronbach, 1951) s 95 % intervalom spoľahlivosti podľa Duhachek & Iacobucci (2004) a McDonaldovej ω (McDonald, 1999).

Kľúčovými predpokladmi pre adekvátne použitie Cronbachovej α sú i) gaussovo rozdelenie a linearita premenných; ii) tau-ekvivalencia a iii) nezávislosť medzi meranými subjektmi (Cortina, 1993). Môže nadobúdať hodnoty až po 1, pričom za akceptovateľné sú považované hodnoty nad 0.7 (Nunnally & Bernstein, 1994). Hodnoty blížiac sa hodnote 1 indikujú, že skóre odpovedí na jednotlivé položky meracieho nástroja sú vo vysokej korelácii medzi sebou a s celkovým skóre 95 % interval spoľahlivosti. Merací nástroj, ktorý prikladáme taktiež, poskytuje odhad indexu pre asymptotickú populáciu.

McDonaldova ω je taktiež schopná merať vnútornú konzistenciu meracích nástrojov, avšak v porovnaní s Cronbachovou α má menej podmienok použitia — a sú viac realistické (napr. nevyžaduje tau-ekvivalenciu). Interpretácia tohto indexu je v princípe zhodná s Cronbachovou α — hodnoty blížiac sa hodnote 1 indikujú vysokú reliabilitu meracieho nástroja.

Inferenčná časť analýz bola zameraná na verifikáciu šiestich stanovených hypotéz.

V prípade hypotézy č. 1, 2 a 3 sme použili testy stredných hodnôt. Pred samotnou voľbou testu sme však diagnostikovali prítomnosť normálneho rozdelenia pomocou Shapiro-Wilkovho testu (Royston 1982). Ak bola normalita prítomná ($p > 0.05$), tak sme zvolili parametrickú analýzu rozptylu (ANOVA; Chambers et al., 1992) ak čo i len jedna z porovnávaných skupín nedodržiavala normálne rozdelenie, tak sme zvolili konzervatívny neparametrický Kruskal-Wallisov test (Hollander & Wolfe 1973). Obidva tieto vyššie uvedené testy sú prispôbené na porovnávanie stredných hodnôt v prípade ak je potrebné porovnať tri a viac skupín. V prípade ak testovacie kritérium rozdiel potvrdí – výsledná p-hodnota menšia ako 0.05 a nultá hypotéza sa zamieta – medzi skupinami existujú signifikantné rozdiely. Po vykonaní testu sme aplikovali aj tzv. post-hoc test, ktorý dokáže určiť medzi ktorými skupinami je (prípadný) rozdiel prítomný. V prípade ANOVA sme použili Tukey-ho HSD post-hoc (Yandell, 1997) a v prípade Kruskal-Wallis testu algoritmus podľa Dunn (1964).

V prípade hypotézy č. 4 a 5 sme taktiež použili testy stredných hodnôt - avšak určené pre porovnávanie len dvoch skupín. Aj v tomto prípade sme pred samotnou voľbou testu diagnostikovali prítomnosť normálneho rozdelenia pomocou Shapiro-Wilkovho testu (Royston 1982). V prípade ak bola normalita prítomná v oboch skupinách, použili sme Studentov t-test

v prípade dát bez normality sme použili Wilcoxonov test (Bauer, 1972). V prípade ak testovacie kritérium týchto testov rozdiel potvrdí – výsledná p-hodnota menšia ako 0.05 a nultá hypotéza sa zamietá – medzi skupinami existujú signifikantné rozdiely.

V prípade hypotézy č. 6 sme predpokladaný vzťah medzi vekom s rôznymi škálami PBCCS overili výpočtom Spearmanovho korelačného koeficientu (Best & Roberts, 1975). Hodnota tohto indexu môže nadobúdať hodnoty od -1 cez 0 až po +1. Záporné hodnoty indikujú existenciu nepriamoúmerného vzťahu medzi testovanými premennými, kladné hodnoty priamoúmerný vzťah, a hodnoty blízke 0 indikujú neprítomnosť akéhokoľvek vzťahu (t. j. absencia korelácie). Na základe korešpondujúcej hodnoty pravdepodobnosti (p) sme odvodili štatistickú signifikantnosť objavených vzťahov.

Všetky štatistické výpočty boli vykonané v prostredí programovacieho jazyka „R“ verzia 4.2.2 (R Core Team, 2023) za využitia balíkov “ggplot2” (Wickham, 2016), “ggalluvial” verzia 0.12.4 (Brunson & Read, 2023), “FSA” verzia 0.9.3 (Ogle et al., 2022) a “psych” verzia 2.2.9 (Revelle, 2022). Pre editáciu grafických výstupov do finálnej podoby bol použitý Inkscape (Harrington et al., 2004).

5.6 Výsledky - Analýza reliability

Tabuľka 1. Diagnostická tabuľka psychometrických charakteristík - analýza reliability a vnútornej konzistencie meracieho nástroja PBCCS.

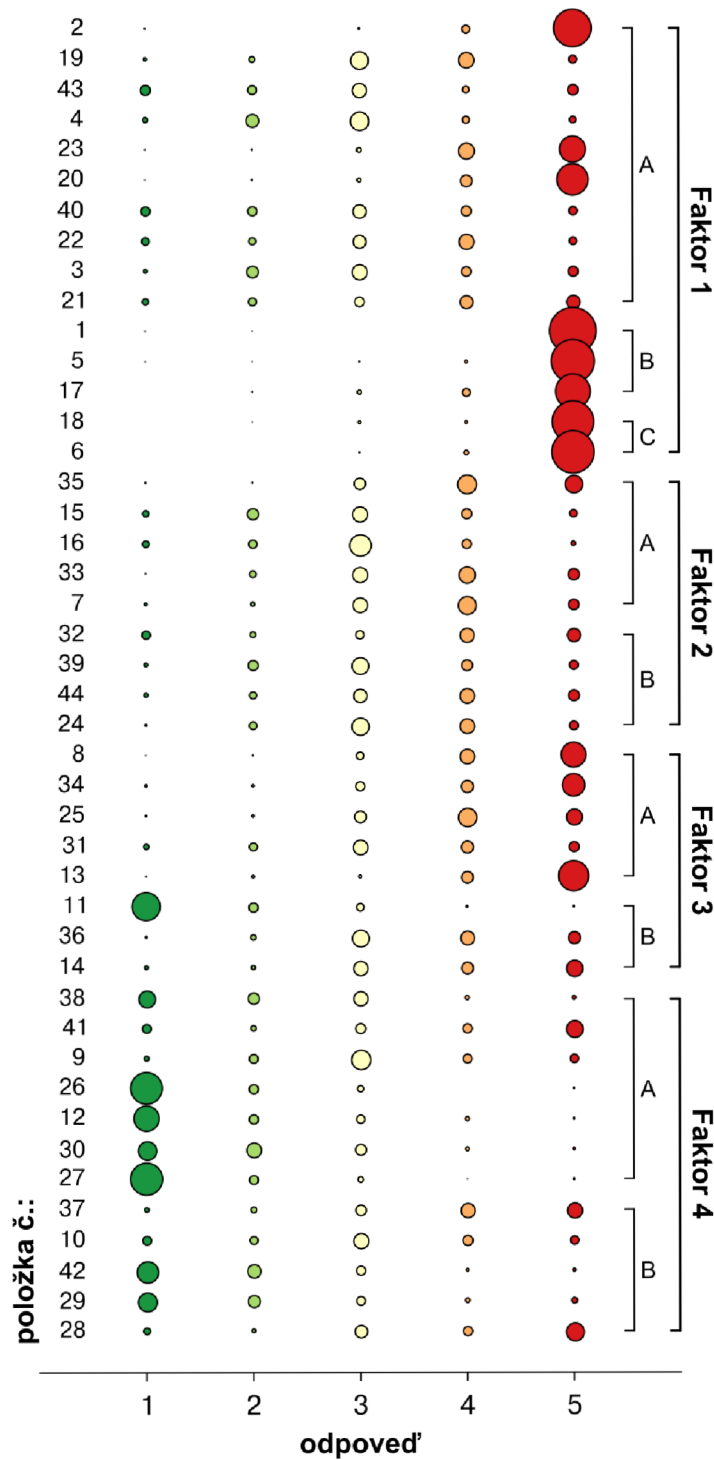
	<i>Cronbach's α</i>	<i>+CI_{95%}</i>	<i>McDonald's ω</i>
1. Faktor 1 (“vedomosti”)	0.81	0.82 – 0.90	0.85
subškála A	0.82	0.77 – 0.87	0.88
subškála B	0.22	0.01 – 0.44	0.29
subškála C	0.35	0.14 – 0.56	–
2. Faktor (“zručnosti”)	0.86	0.82 – 0.90	0.89
subškála A	0.73	0.65 – 0.80	0.78
subškála B	0.82	0.77 – 0.87	0.84
3. Faktor (“sebauvedomenie”)	0.74	0.67 – 0.81	0.82
subškála A	0.65	0.55 – 0.75	0.73
subškála B	0.55	0.41 – 0.69	0.56
4. Faktor (“X?”)	0.78	0.72 – 0.84	0.85
subškála A	0.72	0.49 – 0.71	0.84
subškála B	0.60	0.72 – 0.84	0.72
TOTAL	0.92	0.90 – 0.94	0.94

Z uvedenej tabuľky je zrejmé, že pri faktore 1 subškále B sme zaznamenali nízke hodnoty reliability (0,22 Cronbach's α , 0,29 McDonald's ω) a pri subškále C je tiež nízka hodnota (0,35 Cronbach's α). Pravdepodobná príčina tohto stavu je nízka variabilita odpovedí respondentov

v týchto subškálach (t. j. dominantná odpoveď = 5). Pri subškále C sa nedala vypočítať McDonald's ω z dôvodu malého počtu položiek ($n = 2$). Pri faktore 3 subškále B sme tiež zaznamenali nízku hodnotu reliability, ktorá môže byť zapríčinená nízkou variabilitou odpovedí respondentov, alebo nekonzistentnosťou ich odpovedí. Na základe tejto tabuľky usudzujeme, že dotazník dosahuje vynikajúcu úroveň reliability - a to ako v jednotlivých subškálach, tak celkovo. Intervaly spoľahlivosti boli vypočítané podľa Duhachek & Iacobucci (2004). Červenou farbou sú vyznačené hodnoty nespĺňajúce kritérium.

5.7 Výsledky - Deskriptívna analýza

Graf 1. Grafická vizualizácia odpovedí respondentov.



Graf 1 znázorňuje celkový prehľad odpovedí pri jednotlivých otázkach. Veľkosť kruhu odráža relatívne zastúpenie odpovedí. Faktor 1 na grafe znázorňuje škálu Vedomosti na podporu zvládania trúchlenia a písmená A, B, C znázorňujú jednotlivé subškály (A - Všeobecné znalosti o potrebách podpory smútiacich, B - Poznanie citových potrieb pozostalých rodičov,

C - Nepretržitý rozvoj vedomostí odborníkov v oblasti pôrodnej starostlivosti po perinatálnom úmrtí). Faktor 2 znázorňuje škálu Zručnosti na podporu zvládania trúchlenia a písmená A, B znázorňujú subškály (Špecifické interpersonálne zručnosti pri úmrtí, Zručnosti pri úmrtí). Faktor 3 je škála Sebauvedomenie a písmena A a B sú subškály (Povedomie o potrebách pozostalých rodín, Uvedomenie si mojich osobných potrieb vo vzťahu ku poskytovaniu podpory smútiacim rodičom). Faktor 4 znázorňuje škálu Organizačná podpora a písmena A a B znázorňujú subškály (Podpora personálu poskytujúceho starostlivosť o pozostalých, Vplyvy prostredia a pracovnej záťaže).

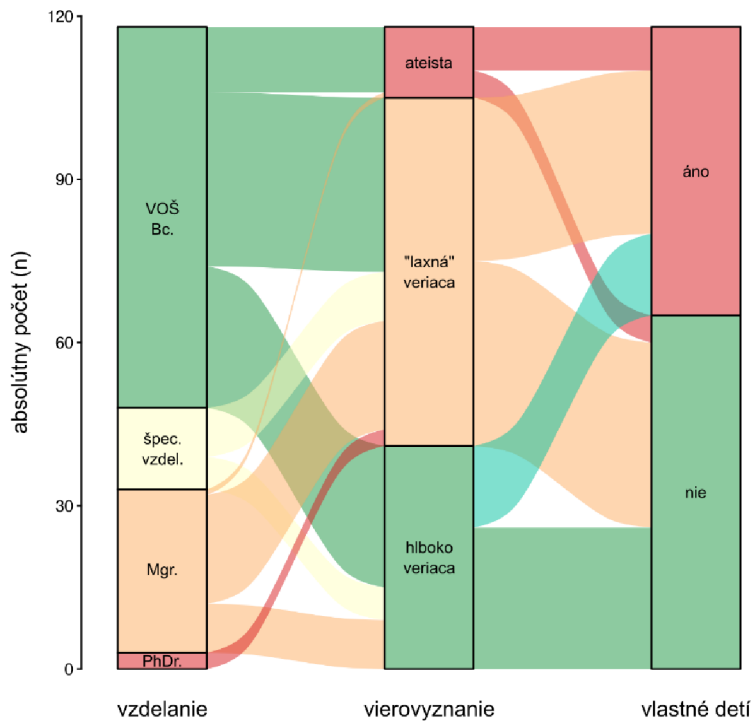
Tabuľka 2. Prehľad stredných hodnôt a charakteristík variability jednotlivých položiek meracieho nástroja PBCCS.

položka č.	priemer±sd	median	min–max	položka č.	priemer±sd	median	min–max
1	4.9±0.5	5	1–5	23	4.4±0.9	5	1–5
2	4.7±0.7	5	1–5	24	3.4±1.1	3	1–5
3	3.2±1.2	3	1–5	25	3.9±1	4	1–5
4	3±1.2	3	1–5	26	1.5±0.9	1	1–5
5	4.8±0.6	5	1–5	27	1.6±1	1	1–5
6	4.9±0.4	5	3–5	28	3.6±1.4	4	1–5
7	3.6±1.1	4	1–5	29	2.3±1.4	2	1–5
8	4.3±0.9	5	1–5	30	2.1±1.1	2	1–5
9	3.1±1.2	3	1–5	31	3.3±1.3	3	1–5
10	3±1.3	3	1–5	32	3.4±1.4	4	1–5
11	1.7±1.1	1	1–5	33	3.6±1	4	1–5
12	1.9±1.2	1	1–5	34	4±1.1	4	1–5
13	4.4±1	5	1–5	35	4±1	4	1–5
14	3.6±1.2	4	1–5	36	3.6±1.1	4	1–5
15	3±1.2	3	1–5	37	3.6±1.3	4	1–5
16	2.9±1.1	3	1–5	38	2.3±1.2	2	1–5
17	4.6±0.7	5	2–5	39	3.2±1.2	3	1–5
18	4.8±0.6	5	2–5	40	3±1.3	3	1–5
19	3.4±1.1	3	1–5	41	3.4±1.5	4	1–5
20	4.5±0.8	5	1–5	42	2.1±1.2	2	1–5
21	3.4±1.4	4	1–5	43	3±1.4	3	1–5
22	3.2±1.3	3	1–5	44	3.4±1.2	4	1–5

Tabuľka 2 znázorňuje prehľad stredných hodnôt a charakteristík variability jednotlivých položiek meracieho nástroja PBCCS. Pri otázke č. 5 sme sa pýtali, či sa pôrodné asistentky cítia byť dobre pripravené na poskytovanie podpory v procese trúchlenia po perinatálnej strate. Iba 27,5 % (4.8±0.6) opýtaných respondentiek uviedlo, že sa cítia byť pripravené na poskytovanie podpory v procese trúchlenia. Až 77,4 % pôrodných asistentiek pri otázke č. 12 (1.9±1.2), vyjadrilo nesúhlas že sa pravidelne zúčastňujú supervízie vo vzťahu ku poskytovaniu podpory rodinám v procese trúchlenia. Pri otázke č. 23 uviedlo 45 % (4.4±0.9) pôrodných asistentiek, že nemá dostatočné praktické znalosti, ako poskytnúť podporu trúchliacim rodičom. V otázke č. 27 uviedlo 85 % (1.6±1) pôrodných asistentiek, že ich zamestnávateľ neposkytuje

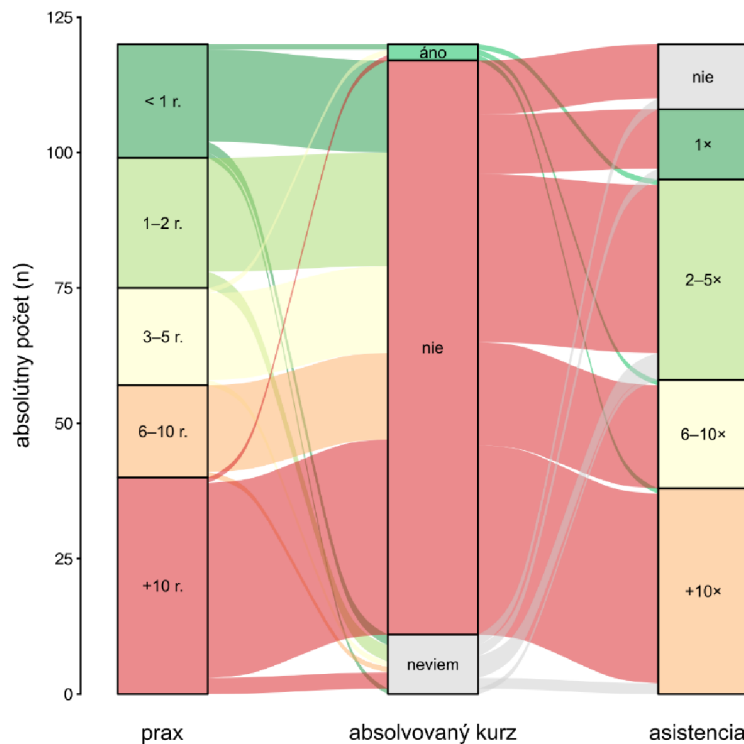
vzdelávanie v oblasti poskytovania podpory trúchliacim rodičom. 85 % (3.6±1.4) pôrodných asistentiek uviedlo v otázke č. 28, že po traumatickom zážitku na pracovisku sa im neponúka možnosť supervízie. V otázke č. 38 až 58,3 % (2.3±1.2) pôrodných asistentiek uviedlo, že ich pracovná záťaž na oddelení im bráni účinnému poskytovaniu podpory trúchliacim rodičom.

Graf 2. Demografická charakteristika respondentov



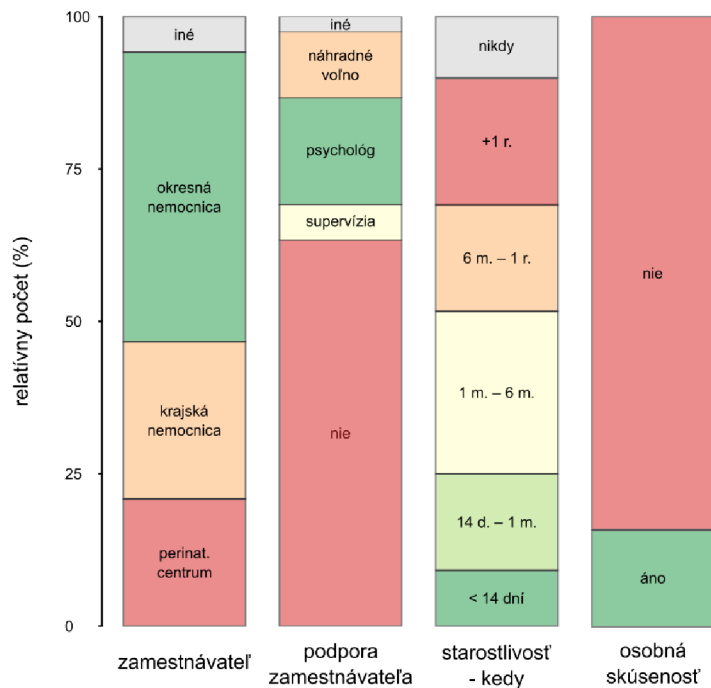
Graf 2 znázorňuje demografické charakteristiky respondentov. Najväčší počet respondentov malo vysokoškolské bakalárske vzdelanie (58,3 %) pričom väčšina z nich uviedla, že sú veriace, ale nechodia pravidelne na omše, polovica z nich uviedla, že nemá deti. Druhou najpočetnejšou skupinou bolo magisterské vzdelanie (25,8 %) z nich väčšina je tiež laxne veriaca a väčšina nemá deti. Najmenej respondentov malo doktorandské vzdelanie (2,5 %) a boli ateisti, viac respondentiek uviedlo, že nemajú deti.

Graf 3. Demografické charakteristiky respondentov (časť druhá).



Graf 3 znázorňuje demografické charakteristiky respondentov (časť druhá). Na otázku koľko rokov pôsobia ako pôrodné asistentky bolo najviac odpovedí viac ako 10 rokov (33,3 %), druhou najpočetnejšou odpoveďou bola odpoveď 1 - 2 roky (20 %) a pri odpovediach 3 - 5 rokov a 6 - 10 mali rovnaký počet odpovedí (14,2 %). Na otázku, či absolvovali kurz s tematikou perinatálnej straty väčšina respondentiek uviedlo odpoveď nie (90 %), iba 2,5 % respondentiek uviedlo, že absolvovali kurz ohľadom perinatálnej straty. Niektoré pôrodné asistentky označili odpoveď, že nevedia (7,5 %). Je možné vidieť, že najviac žien, ktoré absolvovali kurz, mali prax menej ako rok. Posledný stĺpec v uvedenom grafe znázorňuje otázku koľko krát asistovala pôrodná asistentka rodičom po perinatálnej strate. Takmer vyrovnaný počet odpovedí bolo uvedených pri odpovediach viac ako 10x (31,7 %) a 2 - 5x (30,8 %). Menej odpovedí bolo uvedených pri 6 - 10x (16,7 %) a 1x (10,8 %) a najmenej odpovedí bolo uvedených pri odpovedi, že neasistovali rodičom v súvislosti s perinatálnou stratou.

Graf 4. demografické charakteristiky respondentov (časť tretia).



Graf 4 znázorňuje demografické charakteristiky respondentov (časť tretia). Najviac respondentiek (47,5 %) je zamestnaných v okresnej nemocnici, v porovnaní s odpoveďou perinatálneho centra (20,8 %) je o niečo vyšší počet respondentiek zamestnaných v krajskej nemocnici (25,8 %). Na otázku ohľadom podpory od zamestnávateľa po perinatálnej strate až 65 % respondentiek uviedlo, že nedostávajú žiadnu podporu od zamestnávateľa, druhá najčastejšia odpoveď bola podpora od zamestnávateľa vo forme psychológa (15,8 %). Podporu od zamestnávateľa vo forme supervízie uviedlo 5,8 % respondentiek a odpoveď náhradné voľno uviedlo 10,8 % respondentiek. Niektoré respondentky uviedli možnosť iné (2,5 %), kde uviedli napr. rekondičný pobyt, alebo možnosť zacvičiť si. Na otázku, či majú respondentky osobnú skúsenosť s perinatálnou stratou bolo najviac odpovedí v možnosti nie (84,2 %). Osobnú skúsenosť s perinatálnou stratou malo 15,8 % respondentiek.

5.8 Výsledky - Verifikácia hypotéz

Hypotéza H₁:

H₀₁: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomovanie pri podpore smútiacich) na základe dĺžky praxe respondentiek.

H_{A1}: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe dĺžky praxe respondentiek.

Záver: V subškále *vedomosti* nie sú žiadne rozdiely (KW: $\chi^2 = 2.11$; df = 4; p = 0.713). V subškále *zručnosti* nie sú žiadne rozdiely (ANOVA: $F_{4,115} = 0.36$; p = 0.835). V subškále *vedomosti* a subškále *zručnosti* zamietame alternatívnu hypotézu a prijímame nulovú hypotézu. V subškále *sebauvedomenie* sú rozdiely prítomné (KW: $\chi^2 = 9.80$; df = 4; p = 0.043), pričom respondentky s dlhšou praxou dosahujú vyššie skóre (Tabuľka H1a, H1b). V subškále *sebauvedomenie* prijímame alternatívnu hypotézu.

Tabuľka 3a Charakteristika vzorky na základe stredných hodnôt subškál dotazníka PBCCS.

	prax	priemer±sd	medián	W	p
vedom.	<1 r.	59±4.7	60	0.884	0.017
	1–2 r.	59.3±4.6	60.5	0.968	0.631
	3–5 r.	61.4±4.6	61	0.885	0.031
	6–10 r.	59.4±3.5	60	0.835	0.006
	+10 r.	59.6±6	60	0.924	0.01
zruč.	<1 r.	29.5±4.8	31	0.933	0.159
	1–2 r.	30.5±4.4	31	0.973	0.747
	3–5 r.	31.2±6.2	31.5	0.977	0.921
	6–10 r.	30±5.2	30	0.911	0.104
	+10 r.	31±6.2	30.5	0.977	0.582
sebauved.	<1 r.	26.8±4.1	27	0.963	0.581
	1–2 r.	28±4.3	29	0.971	0.699
	3–5 r.	29.1±6	27	0.936	0.247
	6–10 r.	28.6±5.8	30	0.937	0.29
	+10 r.	30.4±5.3	31	0.932	0.02

V tabuľke H1a charakterizujeme vzorku na základe stredných hodnôt subškál dotazníka PBCCS s rozdelením podľa dĺžky praxe respondentiek. Vhodná reprezentatívna hodnota je aritmetický priemer a štandardná odchýlka. Stĺpce W a p obsahujú diagnostiku prítomnosti normality - ak $p > 0.05$, tak normalita je prítomná. Zvýraznené hodnoty v stĺpci medián značia, že normalita nie je prítomná pri subškálach *vedomosti* a *sebauvedomenie*.

Tabuľka 3b. Charakteristika vzorky na základe párového porovnania skóre podľa dĺžky praxe.

	vedom.	zruč.	sebauved.
porovnanie	p	p	p
<1 r. — 1–2 r.	0.884	0.972	0.371
<1 r. — 3–5 r.	0.219	0.874	0.196
1–2 r. — 3–5 r.	0.26	0.994	0.636
<1 r. — 6–10 r.	0.96	0.998	0.15
1–2 r. — 6–10 r.	0.931	0.998	0.523
3–5 r. — 6–10 r.	0.263	0.965	0.871
<1 r. — +10 r.	0.5	0.851	0.003 **
1–2 r. — +10 r.	0.592	0.997	0.041 *
3–5 r. — +10 r.	0.453	0.999	0.181
6–10 r. — +10 r.	0.567	0.968	0.263

V tabuľke H1b charakterizujeme vzorku na základe párového porovnania skóre podľa dĺžky praxe. P hodnota určuje platnosť nultej hypotézy, t. j. žiadny rozdiel. Ak $p < 0.05$, tak medzi skupinami existuje signifikantný rozdiel. Prejavili sa dva signifikantné rozdiely a to pri škále sebauvedomenia pri porovnaní u pôrodných asistentiek, ktoré majú prax menej ako rok a ktoré majú prax viac ako 10 rokov ($p = 0,003$) a druhý rozdiel bol pri porovnaní u pôrodných asistentiek, ktoré majú prax 1 - 2 roky v porovnaní s tými, ktoré sú v praxi viac ako 10 rokov ($p = 0,041$).

Figure H1. Skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie

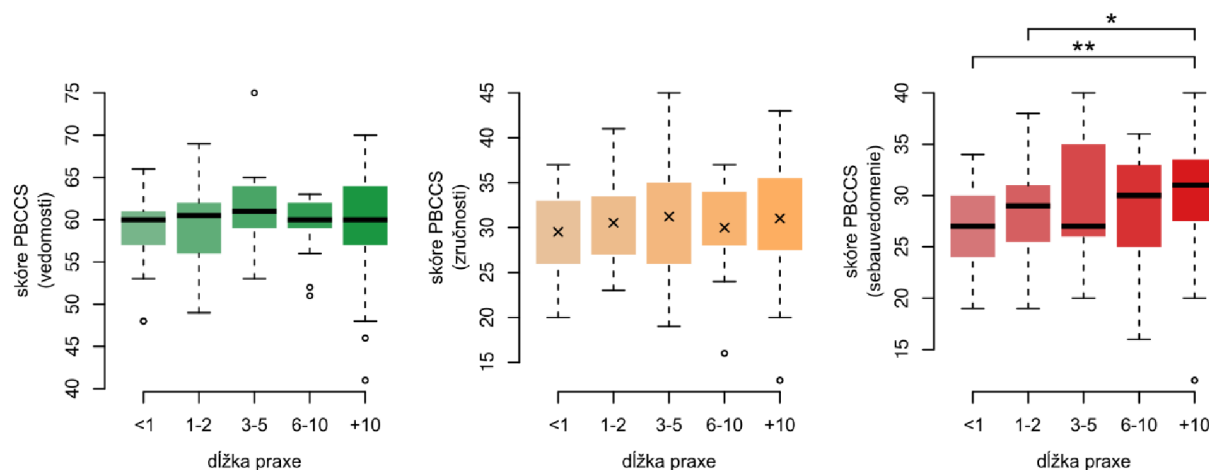


Figure H1 graficky znázorňuje skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich na základe dĺžky praxe respondentiek. Na krabicových grafoch je vidieť minimálne rozdiely v odpovediach. Zelený graf znázorňujúci skóre PBCCS vedomosti spolu na základe dĺžky praxe respondentiek a červený krabicový graf znázorňuje skóre PBCCS sebauvedomenie a základe dĺžky praxe oba tieto grafy majú vyjadrenú strednú hodnotu pomocou mediánu

a oranžový graf znázorňuje skóre PBCCS zručnosti a základe dĺžky praxe má vyjadrenú strednú hodnotu pomocou priemeru.

Hypotéza H₂:

H₀₂: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vzdelania.

H_{A2}: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vzdelania.

Záver: Hypotézu zamietame. V subškále *vedomosti* nie sú žiadne rozdiely (KW: $\chi^2 = 2.52$; $df = 3$; $p = 0.471$). V subškále *zručnosti* nie sú žiadne rozdiely (ANOVA: $F_{3,116} = 0.19$; $p = 0.901$). V subškále *sebauvedomenie* nie sú žiadne rozdiely (ANOVA: $F_{3,116} = 2.06$; $p = 0.108$; Tabuľka H2a, H2b). V subškálach vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie zamietame alternatívnu hypotézu a prijímame nulovú hypotézu.

Tabuľka 4a. Stredné hodnoty subškál dotazníka PBCCS s rozdelením podľa vzdelania.

	vzdelanie	priemer±sd	medián	W	p
vedom.	VOŠ + Bc.	59.4±4.6	60	0.956	0.016
	špec. vzdel.	57.8±7.5	60	0.904	0.094
	Mgr.	61.1±4.1	61	0.911	0.014
	PhDr.	60±3	60	0.999	0.988
zruč.	VOŠ + Bc.	30.3±5	30	0.984	0.561
	špec. vzdel.	30.4±6.9	30	0.915	0.141
	Mgr.	30.9±5.8	31	0.988	0.981
	PhDr.	32.3±6.4	35	0.871	0.298
sebauved.	VOŠ + Bc.	28.1±4.8	28	0.989	0.835
	špec. vzdel.	28.8±6.2	30	0.899	0.078
	Mgr.	30.1±5.3	31	0.974	0.647
	PhDr.	34±5	34	0.999	0.998

Tabuľka H2a znázorňuje stredné hodnoty subškál dotazníka PBCCS s rozdelením podľa vzdelania. Stĺpce W a p obsahujú diagnostiku prítomnosti normality - ak $p > 0.05$, tak normalita je prítomná a vhodná reprezentatívna hodnota je aritmetický priemer a štandardná odchýlka.

Tabuľka 4b. Párové porovnanie skóre podľa vzdelania

	vedom.	zruč.	sebauved.
porovnanie	p	p	p
VOŠ + Bc. — špec. vzdel.	0.787	0.999	0.96
VOŠ + Bc. — Mgr.	0.146	0.956	0.296
špec. vzdel. — Mgr.	0.207	0.991	0.857
VOŠ + Bc. — PhDr.	0.981	0.927	0.214
špec. vzdel. — PhDr.	0.888	0.947	0.378
Mgr. — PhDr.	0.62	0.975	0.584

Tabuľka H2b znázorňuje párové porovnania skóre podľa vzdelania. P hodnota určuje platnosť nulte hypotézy, t. j. žiadny rozdiel. Ak $p < 0.05$, tak medzi skupinami existuje signifikantný rozdiel.

Figure H2. Skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie na základe vzdelania respondentiek.

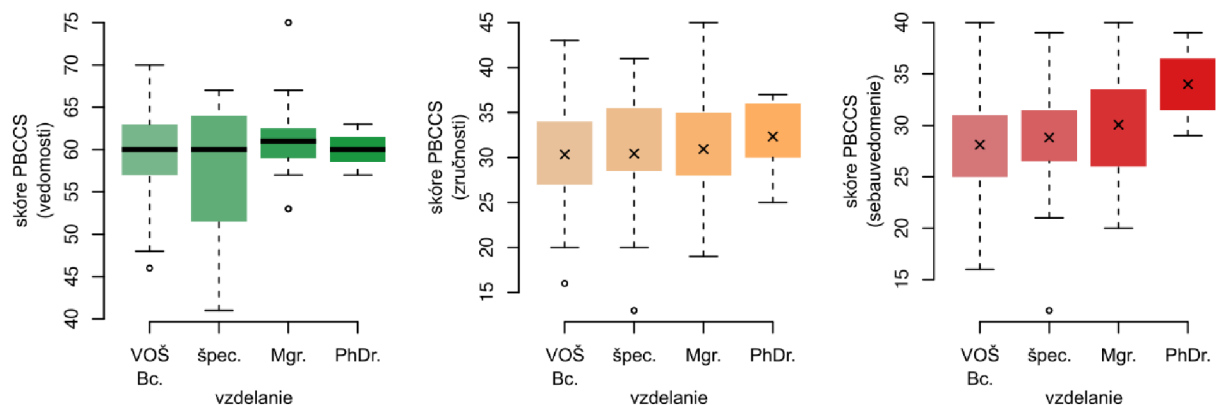


Figure H2 graficky znázorňuje skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich na základe vzdelania respondentiek. Opäť je na grafoch vidieť minimálne rozdiely v odpovediach. Zelený graf znázorňujúci skóre PBCCS vedomosti na základe vzdelania má vyjadrenú strednú hodnotu pomocou mediánu a oranžový graf znázorňujúci skóre PBCCS zručnosti a červený graf znázorňujúci sebauvedomenie na základe vzdelania majú vyjadrenú strednú hodnotu pomocou priemeru.

Hypotéza H₃:

H₀₃: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vierovyznania.

H_{A3}: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vierovyznania.

Záver: V subškále *zručnosti* nie sú žiadne rozdiely (KW: $\chi^2 = 1.77$; df = 2; p = 0.411). V subškále *sebauvedomenie* nie sú žiadne rozdiely (ANOVA: $F_{2,116} = 0.41$; p = 0.659). V subškále *vedomosti* sú rozdiely (KW: $\chi^2 = 5.77$; df = 2; p = 0.045), pričom ateistky majú signifikantne nižšie skóre ako hlboko veriace respondentky (Tabuľka H3a, H3b). Pri subškálach zručnosti a sebauvedomenie zamietame alternatívnu hypotézu a prijímame nulovú hypotézu. Pri subškále vedomosti prijímame alternatívnu hypotézu a zamietame nulovú hypotézu.

Tabuľka 5a. Znázornenie stredných hodnôt subškál dotazníka PBCCS.

	nábožnosť	priemer±sd	medián	W	p
vedom.	ateista	58.4±3.1	58	0.946	0.501
	laxná	59.5±4.5	60	0.921	<0.001
	hlboká	60.7±5.8	61	0.926	0.011
zruč.	ateista	29.9±4.4	29.5	0.951	0.578
	laxná	30.3±5.3	30	0.986	0.685
	hlboká	31.2±6.2	31	0.945	0.048
sebauved.	ateista	29.1±4.3	30.5	0.933	0.339
	laxná	29.2±5.2	30	0.978	0.327
	hlboká	28.2±5.5	28	0.968	0.313

Tabuľka H3a graficky znázorňuje stredné hodnoty subškál dotazníka PBCCS s rozdelením podľa nábožnosti. Stĺpce W a p obsahujú diagnostiku prítomnosti normality - ak $p > 0.05$, tak normalita je prítomná a vhodná reprezentatívna hodnota je aritmetický priemer a štandardná odchýlka.

Tabuľka H5b. Párové porovnanie skóre podľa nábožnosti.

	vedom.	zruč.	sebauved.
porovnanie	p	p	p
ateista-laxná	0.164	0.712	0.996
ateista-hlboká	0.021 *	0.554	0.866
laxná-hlboká	0.127	0.766	0.641

Tabuľka H3b znázorňuje párové porovnania skóre podľa nábožnosti. P hodnota určuje platnosť nulovej hypotézy, t. j. žiadny rozdiel. Ak $p < 0.05$, tak medzi skupinami existuje signifikantný

rozdiel. Medzi ateistkou a hlbokou veriacou pôrodnou asistentkou je signifikantný rozdiel vo vedomostnej škále.

Figure H3. Skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie na základe nábožnosti respondentiek.

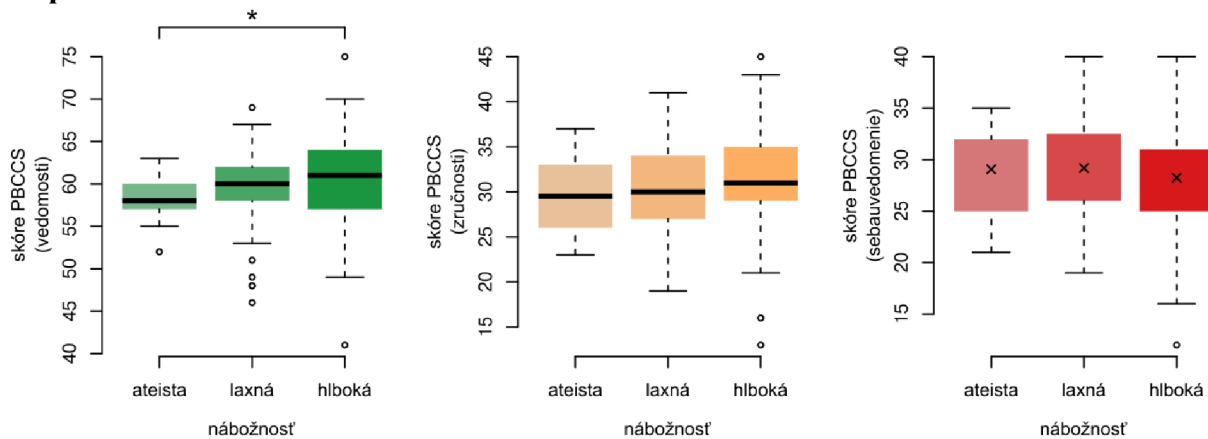


Figure H3 graficky znázorňuje skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe nábožnosti respondentiek. Zelený graf znázorňujúci skóre PBCCS vedomosti na základe nábožnosti má a oranžový graf zručnosti na základe nábožnosti majú vyjadrenú strednú hodnotu pomocou mediánu. Červený graf znázorňujúci skóre PBCCS sebauvedomenie na základe nábožnosti ma vyjadrenú strednú hodnotu pomocou priemeru.

Hypotéza H4: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe skutočnosti, či respondentky majú alebo nemajú vlastné deti.

H₀4: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe skutočnosti, či respondentky majú alebo nemajú vlastné deti.

H_A4: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe skutočnosti, či respondentky majú alebo nemajú vlastné deti.

Záver: V subškále *vedomosti* nie sú žiadne rozdiely medzi respondentkami bezdetnými (medián = 61) a matkami (medián = 60; Wilcoxon: $z = -0.67$; $p = 0.501$). V subškále *zručnosti* nie sú žiadne rozdiely medzi respondentkami bezdetnými (priemer \pm sd = 29.8 ± 5.1) a matkami (priemer \pm sd = 31.5 ± 5.9 ; t-test: $t = 1.69$; $df = 117$; $p = 0.092$). V subškále *sebauvedomenie* sú rozdiely, pričom bezdetné respondentky dosahujú nižšie skóre (priemer \pm sd = 28 ± 5.1),

v porovnaní s matkami (priemer \pm sd = 30 ± 5.2 ; t-test: $t = 2.17$; $df = 117$; $p = 0.031$; Tabuľka H4).

V subškálach vedomosti a zručnosti sa nenachádzajú žiadne rozdiely a preto zamietame alternatívnu hypotézu a prijímame nulovú hypotézu. Pri subškále sebauvedomenie prijímame alternatívnu hypotézu a zamietame nulovú hypotézu.

Tabuľka 6. Stredné hodnoty subškál dotazníka PBCCS s rozdelením podľa parity.

	deti	priemer \pm sd	medián	W	p
vedom.	áno	59.4 \pm 5	60	0.954	0.037
	nie	60 \pm 5	61	0.916	<0.001
zruč.	áno	31.5 \pm 5.9	32	0.983	0.659
	nie	29.8 \pm 5.1	30	0.966	0.078
sebauved.	áno	30 \pm 5.2	31	0.971	0.206
	nie	28 \pm 5.1	28	0.98	0.376

Tabuľka H4 vyjadruje stredné hodnoty subškál dotazníka PBCCS s rozdelením podľa parity. Stĺpce W a p obsahujú diagnostiku prítomnosti normality - ak $p > 0.05$, tak normalita je prítomná a vhodná reprezentatívna hodnota je aritmetický priemer a štandardná odchýlka.

Figure H4. Skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie na základe bezdetnosti

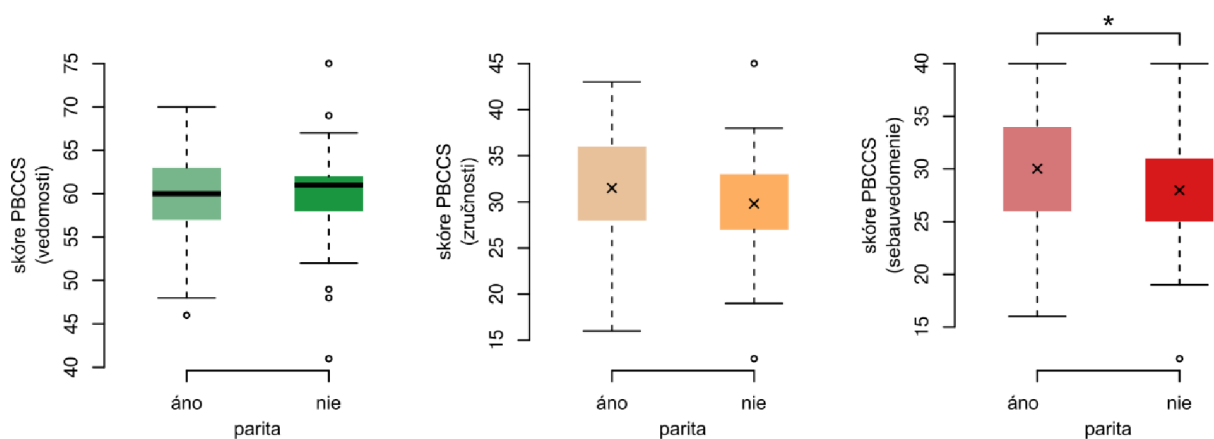


Figure H4 graficky znázorňuje skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich na základe faktu, či sú respondentky bezdetné alebo nie. Zelený graf znázorňujúci skóre PBCCS vedomosti na základe parity má vyjadrenú strednú hodnotu pomocou mediánu. Oranžový graf znázorňujúci skóre PBCCS zručnosti na základe parity a červený graf znázorňujúci skóre PBCCS sebauvedomenie na základe parity majú vyjadrenú strednú hodnotu pomocou priemeru.

Hypotéza H₅:

H₀₅: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vlastnej skúsenosti respondentiek s perinatálnou stratou.

H_{A5}: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vlastnej skúsenosti respondentiek s perinatálnou stratou.

Záver: V subškále *vedomosti* nie sú žiadne rozdiely medzi respondentkami na základe vlastnej skúsenosti s perinatálnou stratou (medián₊ = 60; medián₋ = 60; Wilcoxon: $z = -0.03$; $p = 0.974$). V subškále *zručnosti* nie sú žiadne rozdiely na základe vlastnej skúsenosti s perinatálnou stratou (priemer \pm sd₊ = 32 ± 8.1) a matkami (priemer \pm sd₋ = 30.3 ± 4.8 ; t-test: $t = 1.26$; $df = 118$; $p = 0.209$). V subškále *sebauvedomenie* sú rozdiely, pričom ženy so skúsenosťou dosahujú vyššie skóre (medián₊ = 31), v porovnaní so ženami bez skúsenosti (medián₋ = 28; Wilcoxon: $z = -2.08$; $p = 0.036$). Na základe vyššie uvedeného zamietame alternatívnu hypotézu pri subškálach vedomosti a zručnosti a prijímame nulovú hypotézu. Pri subškále sebauvedomenie prijímame alternatívnu hypotézu a zamietame nulovú hypotézu.

Tabuľka 7. Stredné hodnoty subškál dotazníka PBCCS s rozdelením podľa skúsenosti s perinatálnou stratou.

	skúsenosť	priemer \pm sd	medián	W	p
vedom.	áno	59.3 \pm 6.7	60	0.883	0.024
	nie	59.7 \pm 4.6	60	0.953	0.001
zruč.	áno	32 \pm 8.1	35	0.902	0.053
	nie	30.3 \pm 4.8	31	0.99	0.678
sebauved.	áno	30.5 \pm 7.4	31	0.862	0.011
	nie	28.6 \pm 4.7	28	0.984	0.308

Stĺpce W a p obsahujú diagnostiku prítomnosti normality - ak $p > 0.05$, tak normalita je prítomná a vhodná reprezentatívna hodnota je aritmetický priemer a štandardná odchýlka (v opačnom prípade medián).

Figure H5. Skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich na základe skúsenosti.

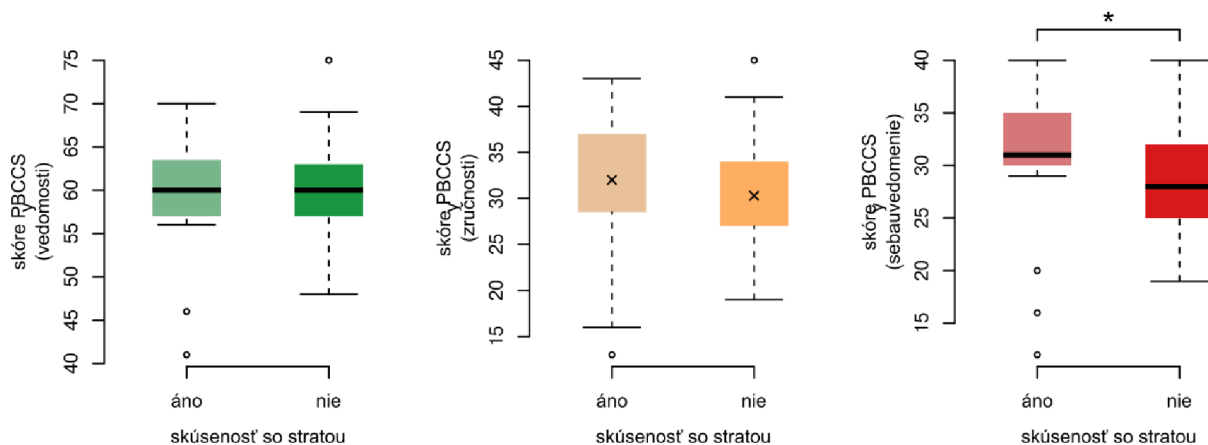


Figure H5 graficky znázorňuje skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich na základe skúsenosti s perinatálnou stratou. Zelený graf znázorňujúci skóre PBCCS vedomosti a červený graf znázorňujúci skóre sebauvedomenie na základe skúsenosti so stratou majú vyjadrenú strednú hodnotu pomocou mediánu. Oranžový graf znázorňujúci skóre PBCCS zručnosti na skúsenosti so stratou má vyjadrenú strednú hodnotu pomocou priemeru.

Hypotéza H₆:

H₀₆: Neexistuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre v subškálach dotazníka PBCCS.

H_{A6}: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre v subškálach dotazníka PBCCS.

Záver: Spearmanov korelačný test neindikuje žiadny signifikantný vzťah medzi vekom a vedomosťami respondentiek (Spearman: $\rho = +0.014$; $p = 0.872$) alebo vekom a zručnosťami (Spearman: $\rho = +0.157$; $p = 0.085$), preto pri nich zamietame alternatívnu hypotézu a potvrdzujeme nulovú hypotézu. Je však prítomná pozitívna závislosť medzi vekom a sebauvedomením respondentiek (Spearman: $\rho = +0.361$; $p < 0.001$) - potvrdzujeme alternatívnu a zamietame nulovú hypotézu.

Figure H6. Vzťah medzi vekom a vedomosťami, zručnosťami a sebauvedomením respondentiek.

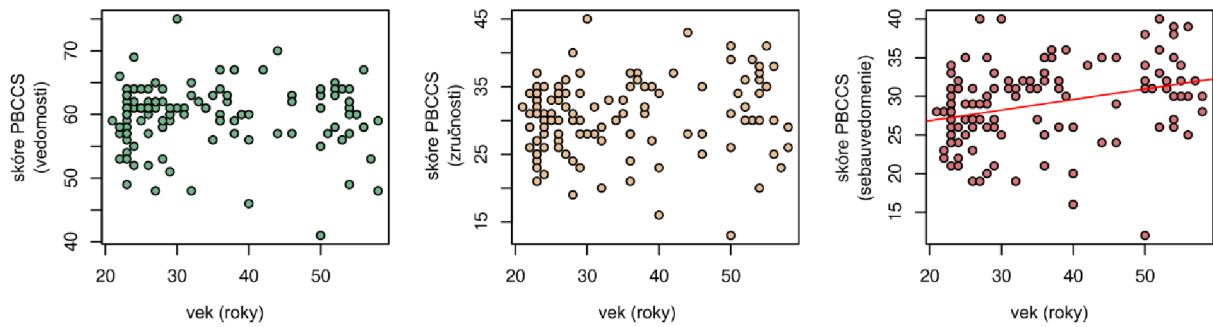


Figure H6 graficky znázorňuje vzťahy medzi vekom a vedomosťami, zručnosťami a sebauvedomením respondentiek.

6. Diskusia

Diplomová práca sa venuje starostlivosti pôrodných asistentiek po perinatálnej strate na Slovensku. Cieľom práce bolo preskúmať skúsenosti pôrodných asistentiek v súvislosti s perinatálnou stratou, ktoré sa starajú o rodičov ktorí utrpeli perinatálnu stratu na Slovensku.

Zámerom práce bolo zistiť do akej miery je dôležité vzdelávať pôrodné asistentky v danej problematike, ponúkať pôrodným asistentkám po traumatickom zážitku možnosť supervízie a venovať dostatočnú pozornosť rodičom po perinatálnej strate.

Vo výsledkoch mojej práce sa preukázalo, že iba 27 % respondentiek sa cítilo byť pripravených na starostlivosť o rodičov po perinatálnej strate, 66 % respondentiek uviedlo, že zamestnávateľ im neposkytuje vzdelávanie v oblasti perinatálnej straty a 2,5 % respondentiek uviedlo, že absolvovali kurz zameraný na perinatálnu stratu. Tieto čísla sú alarmujúce, pretože práca s pozostalými rodičmi je pre profesionálov veľkou výzvou a vyžaduje si vysokú úroveň vedomostí a zručností (Rastislavová a Štípková, 2020). Školenia sú potrebné, ale nie sú dostatočné na podporu personálu, aby im to pomohlo adaptatívne reagovať na nepríjemné a stresujúce emócie (Wallbank and Robertson, 2013). Iní autori ako Ravaldi a kolektív (2022) uvádzajú, že medzinárodné smernice pre perinatálnu stratu zdôrazňujú, že personál by mal mať možnosť absolvovať školenie a rozvíjať zručnosti v oblasti starostlivosti o úmrtia. Pôrod mŕtveho dieťaťa je oblasť, v ktorej zdravotnícky personál ma málo, alebo vôbec nemá školenie. Mnoho personálu po absolvovaní školenia uviedlo, že je nedostatočné (Ravaldi et al, 2022). Kalu a kolektív vo svojej štúdií tiež uvádzajú, že aj v Írsku identifikovali potrebu vzdelávania zdravotníckeho personálu v oblasti perinatálnej straty (Kalu, Larkin, Coughlan, 2020).

Nedostatok podpory a vhodného školenia o emocionálnom a praktickom zvládaní traumatických udalostí, môže byť hlavným dôvodom, prečo pôrodné asistentky považujú starostlivosť o pozostalé rodiny za stresujúcu, emocionálne náročnú a uvádzajú mnohé ťažkosti v tejto oblasti praxe. Predpokladá sa, že ak by pôrodné asistentky mali väčšiu psychickú pohodu, tak by dokázali lepšie podporiť rodičov, pretože by boli profesionálne sebavedomejšie, kompetentnejšie a empatickejšie (Ravaldi et al, 2022).

V Slovenskej Republike je povinnosť sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov upravuje zákon č. 578/2004 Z. z. § 42 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zdravotnícki pracovníci sú povinný sa sústavne vzdelávať. Sústavné vzdelávanie pre zdravotníckych pracovníkov príslušného zdravotníckeho povolania zabezpečuje zamestnávateľ

a komora, v ktorej je zdravotnícky pracovník registrovaný (§ 62 ods. 2 až 11) samostatne alebo v spolupráci so vzdelávacími inštitúciami a odbornými spoločnosťami Slovenskej lekárskej spoločnosti alebo inými medzinárodne uznanými odbornými spoločnosťami alebo profesijnými združeniami a poskytovateľmi, ak ďalej nie je ustanovené inak.

Ďalšie prekvapujúce zistenie bolo, že až 65 % respondentiek uviedlo, že im zamestnávateľ neposkytuje žiadnu formu podpory v súvislosti s prácou pôrodnej asistentky. Iba 5,8 % respondentiek dostáva podporu vo forme supervízie a 15,8 % respondentiek dostáva podporu vo forme psychológa. Autorky Rastislavová a Hrušková uvádzajú, že starostlivosť o rodičov po perinatálnej strate je náročná situácia a zasiahne každého. Súčasťou práce pôrodnej asistentky je aj starostlivosť o seba, aby mohla pomáhať iným, pretože pôrodná asistentka je nástrojom pomoci. Je dôležité sa o seba starať akútne aj dlhodobo (Rastislavová a Hrušková, 2019, s 124 - 125). Aj iní autori ako Margulies a kolektív hovoria, že zamestnávateľia by mali poskytnúť podporu zamestnancom po nežiadúcej udalosti. Zdravotnícky personál, ktorý bol pri smrti, má významne vyššie riziko úzkosti alebo depresie. Ak sa nerieši dopad smrti na zdravotnícky personál, môže to ovplyvniť ich individuálny život a tiež starostlivosť o pacienta, z čoho vyplýva dôležitosť riešiť tento problém (Margulies et al., 2020).

Narodenie mŕtveho dieťaťa predstavuje pre rodičov a ich rodinu veľkú psychickú záťaž. Smútok môže byť dlhodobý a jeho následky môžu zmeniť život rodiny. Kvalita starostlivosti o smútok je dôležitým determinantom, avšak zdravotníci častokrát uvádzajú, že majú pocit, že nie sú dostatočne pripravení poskytnúť rodičom podporu (Boyle et al., 2020). Do nášho výskumu bolo zapojených 120 pôrodných asistentiek priemerný vek respondentiek bol 34, 7 rokov, najmladšie respondentka, ktorá sa zúčastnila výskumu mala 21 rokov.

V demografických údajoch a charakteristike respondentiek sme zistili, že najväčší počet respondentov malo vysokoškolské bakalárske (58,3 %) vzdelanie pričom väčšina z nich uviedla, že sú veriace, ale nechodia pravidelne na omše, polovica z nich uviedla, že nemá deti. Druhou najpočetnejšou skupinou bolo magisterské vzdelanie (25,8 %) z nich väčšina je tiež laxne veriaca a väčšina nemá deti. Najmenej respondentov malo doktorandské vzdelanie (2,5 %) a boli ateisti, viac respondentiek uviedlo, že majú deti. Na otázku koľko rokov pôsobia ako pôrodné asistentky bolo najviac odpovedí viac ako 10 rokov (33,3 %), druhou najpočetnejšou odpoveďou bola odpoveď 1 - 2 roky (20 %) a pri odpovediach 3 - 5 rokov a 6 - 10 mali rovnaký počet odpovedí. Na otázku, či absolvovali kurz s tematikou perinatálnej straty väčšina respondentiek uviedlo odpoveď nie (89,2 %), iba 2,5 % respondentiek uviedlo, že absolvovali kurz ohľadom perinatálnej straty. Niektoré pôrodné asistentky uviedli, že

nevedia, či absolvovali kurz (8,3 %). Na otázku koľko krát asistovala pôrodná asistentka rodičom po perinatálnej strate takmer vyrovnaný počet odpovedí bolo uvedených pri odpovediach viac ako 10x (31,7 %) a 2 - 5x (30,8 %). Menej odpovedí bolo uvedených pri 6-10x (15,8 %) a 1x (11,7 %) a najmenej odpovedí bolo uvedených pri odpovedi, že neasistovali rodičom v súvislosti s perinatálnou stratou. Podľa výsledkov je možné vidieť, že najviac žien, ktoré absolvovali kurz mali prax menej ako rok.

Na výskumu bol použitý írsky dotazník, ktorý bol preložený metódou spätného prekladu. Poradie otázok bolo zmenené na náhodné poradie. Na vyhodnotenie otázok boli otázky zaradené do škál. Reliabilitu meracieho nástroja PBCCS sme overili pomocou výpočtu Cronbachovej α (Cronbach, 1951) s 95 % intervalom spoľahlivosti podľa Duhachek & Iacobucci (2004) a McDonaldovej ω (McDonald, 1999).

Hypotéza H₁:

H₀₁: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomovanie pri podpore smútiacich) na základe dĺžky praxe respondentiek.

H_{A1}: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe dĺžky praxe respondentiek.

V subškále *vedomosti* nie sú žiadne, v subškále *zručnosti* nie sú žiadne rozdiely. V subškále *sebauvedomenie* sú rozdiely prítomné, pričom respondentky s dlhšou praxou dosahujú vyššie skóre. V subškále *vedomosti* a subškále *zručnosti* zamietame alternatívnu hypotézu a prijímame nulovú hypotézu. V subškále *sebauvedomenie* prijímame alternatívnu hypotézu. Pôrodné asistentky s dlhšou praxou majú vyššie sebauvedomenie.

Hypotéza H₂:

H₀₂: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vzdelania.

H_{A2}: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vzdelania.

Hypotézu H₂ zamietame v subškálach *vedomosti*, *zručnosti* a *sebauvedomenie* nie sú žiadne rozdiely. Pri všetkých troch subškálach zamietame alternatívnu hypotézu a prijímame nulovú hypotézu. Iba 27 % respondentiek sa cítilo byť pripravený na starostlivosť o rodičov po perinatálnej strate, 66 % percent respondentiek uviedlo, že zamestnávateľ im neposkytuje vzdelávanie v oblasti perinatálnej straty. Autori Hutti a Limbo uvádzajú, že poskytovanie starostlivosti po perinatálnej strate je náročné pre tie pôrodné asistentky, ktoré majú obmedzené znalosti o psychosociálnych súvislostiach perinatálnej straty, alebo o spôsoboch ako

komunikovať so smútiacimi rodinami (Hutti and Limbo, 2019). Súčasná starostlivosť po perinatálnej strate je nejednotná. V prípade mŕtvo narodených detí sa usmernenia zameriavajú najmä na lekársky manažment, zatiaľ čo emocionálna podpora je odkázaná na posúdenie každého zdravotníckeho pracovníka (Fernández- Basanta et al., 2020). Na zabránenie tomu, aby sa poskytovala povrchná starostlivosť sú potrebné znalosti, zručnosti a osobná obeta (Ellis a kol., 2016; Martínez-Serrano a kol., 2018).

Hypotéza H₃:

H₀₃: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vierovyznania.

H_{A3}: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vierovyznania.

V subškálach *zručnosti* a *sebauvedomenie* nie sú žiadne rozdiely, preto zamietame alternatívnu hypotézu a prijímame nulovú hypotézu. V subškále *vedomosti* sú rozdiely pričom ateistky majú signifikantne nižšie skóre ako hlboko veriace respondentky. Pri subškále *vedomosti* prijímame alternatívnu hypotézu a zamietame nulovú hypotézu. Viera nemá vplyv na vedomosti a starostlivosť ako takú. Môžeme sa domnievať, že viera má vplyv sebaspytovanie, sebareflexiu a tým pádom aj na samotne prežívanie perinatálnej straty. Pre kresťanov je prežívanie obrazu Boha prostredníctvom starostlivosti, niečo o našom bytí, ktoré sa odráža v činnostiach, ktoré robíme. Nie je to niečo, čo je vlastné všetkým ľuďom, alebo niečo čo sa učíme (Newbanks et al., 2018), preto pravdepodobne môžeme vidieť rozdiel vo výsledkoch medzi ateistkami a hlboko veriacimi pôrodnými asistentkami.

Hypotéza H₄:

H₀₄: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe skutočnosti, či respondentky majú alebo nemajú vlastné deti.

H_{A4}: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe skutočnosti, či respondentky majú alebo nemajú vlastné deti.

V subškále *vedomosti* nie sú žiadne rozdiely medzi respondentkami bezdetnými a matkami, v subškále *zručnosti* nie sú žiadne rozdiely medzi respondentkami bezdetnými a matkami a v subškále *sebauvedomenie* sú rozdiely, pričom bezdetné respondentky (55 %) dosahujú nižšie skóre, v porovnaní s matkami (45 %). V subškálach *vedomosti* a *zručnosti* sa nenachádzajú žiadne rozdiely a preto zamietame alternatívnu hypotézu a prijímame nulovú

hypotézu. Pri subškále sebauvedomenie prijímame alternatívnu hypotézu a zamietame nulovú hypotézu. Môžeme predpokladať, že rozdiel v subškále sebauvedomenie medzi pôrodnými asistentkami, ktoré majú deti a tie ktoré nemajú môže byť zapríčinené tým, že sú mladé, bezdetné a preto ich sebauvedomenie nie je pravdepodobne na takej úrovni ako u respondentiek s deťmi.

Hypotéza H₅:

H₀₅: Neexistujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vlastnej skúsenosti respondentiek s perinatálnou stratou.

H_{A5}: Existujú štatisticky významné rozdiely v subškálach dotazníka PBCCS (vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich) na základe vlastnej skúsenosti respondentiek s perinatálnou stratou.

V subškále *vedomosti* nie sú žiadne rozdiely medzi respondentkami na základe vlastnej skúsenosti s perinatálnou stratou, v subškále *zručnosti* nie sú žiadne rozdiely na základe vlastnej skúsenosti s perinatálnou stratou a matkami a v subškále *sebauvedomenie* sú rozdiely, pričom ženy so skúsenosťou dosahujú vyššie skóre, v porovnaní so ženami bez skúsenosti. Na základe vyššie uvedeného zamietame alternatívnu hypotézu pri subškálach vedomosti a zručnosti a prijímame nulovú hypotézu. Pri subškále sebauvedomenie prijímame alternatívnu hypotézu a zamietame nulovú hypotézu. Respondentky, ktoré mali vlastnú skúsenosť sa perinatálnou stratou vnímajú problematiku perinatálnej straty osobnejšie ako tie, ktoré ju nezažili na vlastnej koži, preto môžeme predpokladať že sú prítomné rozdiely v subškále sebauvedomenia na základe vyššie uvedeného.

Hypotéza H₆:

H₀₆: Neexistuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre v subškálach dotazníka PBCCS.

H_{A6}: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre v subškálach dotazníka PBCCS.

Spearmanov korelačný test neindikuje žiadny signifikantný vzťah medzi vekom a vedomosťami respondentiek, alebo vekom a zručnosťami, preto pri nich zamietame alternatívnu hypotézu a potvrdzujeme nulovú hypotézu. Je však prítomná pozitívna závislosť medzi vekom a sebauvedomením respondentiek - potvrdzujeme alternatívnu a zamietame nulovú hypotézu.

Odporúčania pre prax

Na základe zistení práce navrhujeme venovať v praxi perinatálnej strate väčšiu pozornosť.

Odporúčame sa zamerať na:

- Školenia pre zdravotnícky personál, aby sa poskytla primeraná starostlivosť po perinatálnej strate.
- Organizovanie workshopov a mentorských programov so zameraním na odolnosť, ktoré by umožnili pôrodným asistentkám stať sa odolnejšími a efektívne riadiť svoje vlastne emocionálne reakcie.
- Treba zlepšiť klinické zručnosti v starostlivosti o potraty, je to dôležitým predpokladom starostlivosti o trúchliacich.
- Odporúčame, aby zdravotnícky personál mal možnosť supervízie po traumatickom zážitku.
- Navrhujeme, aby zdravotnícky personál poskytoval objektívne informácie trúchliacim rodinám, ktoré by mali byť podané pokojne a s podporným spôsobom. Kritické informácie by mali zdravotnícky pracovníci viac krát zopakovať.
- Zdravotnícky personál by mal podporiť vykonanie činností na vytvorenie spomienok (držanie, kúpanie, obliekanie, účasť na náboženských obradoch a pod.), personál by mal ponúknuť pamätne predmety rodičom ako sú napríklad fotografie a odtlačky. Tiež by mal personál informovať o možnosti pohrebu zosnulého novorodenca.
- Odporúčame zapájať študentov do starostlivosti o rodičov po perinatálnej strate, aby mali skúsenosti so smrťou pred nástupom na klinickú prax.

Záver

Teoretickou časťou som sa zorientovala v problematike perinatálnej straty. Praktický výskum mi poskytol informácie o pôrodných asistentkách, ako sa orientujú v problematike starostlivosti o rodičov po perinatálnej strate. Ošetrovateľský a zdravotnícky personál zohráva významnú úlohu pri vedení rodičov k zdravému vyrovnávaniu sa so smútkom a v konečnom dôsledku pri zvládaní dlhodobého smútku (Lawrence et al., 2017). Zdravotníci by mali kooperovať s rodinou, poskytnúť podporu. Personál by mal poskytnúť informácie o biologických a psychosociálnych aspektoch, či už v nemocnici, alebo v komunitnej starostlivosti (Rastislavová, 2016, s 14).

Prínos práce je v zistených nedostatkoch v oblasti starostlivosti pôrodných asistentiek po perinatálnej strate. Pôrodné asistentky sa necítia byť dostatočne pripravené poskytovať starostlivosť o ženu po perinatálnej strate a taktiež nemajú dostatočnú podporu od zamestnávateľa. Pôrodné asistentky nemajú dostatočné vzdelanie v danej problematike. Na základe vyššie uvedeného odporúčame, aby sa poskytovali školenia pre zdravotnícky personál, aby zdravotníci vedeli poskytovať primeranú starostlivosť po perinatálnej strate. Je dôležité organizovať workshopy a mentorské programy, ktoré sú zamerané na odolnosť, aby umožnili pôrodným asistentkám byť odolnejšími a efektívnejšie riešiť svoje vlastné emocionálne reakcie. Najčastejšie vzdelávacie programy o perinatálnej smrti, ktoré sa využívajú v zemiach kde sú už dlho štandardom, sú interaktívne workshopy a debriefing. Pravidelné workshopy a debriefing sa považujú za efektívne. Môžu pomôcť sestram a pôrodným asistentkám poskytnúť užitočné informácie, získať podporu od kolegov a organizačnú podporu. Treba zabezpečiť zdravotníckemu personálu možnosť supervízie po traumatickom zážitku, pretože čelia vyhoreniu, pocitu bezmocnosti a emočného vyčerpania. Nejaká forma podpory po perinatálnej strate môže prechádzať syndrómom vyhorenia, zníženej empatie a taktiež chybách pri liečbe. Odporúčame zapájať študentov do starostlivosti o rodičov po perinatálnej strate, aby mali skúsenosť so smrťou pred nástupom na klinickú prax. Študentky pôrodnej asistencie majú málo skúseností so smrťou pred nástupom na klinickú prax, a tiež im chýbajú potrebné zručnosti na prevedenie rodičov procesom smútenia po perinatálnej smrti, čo zvyšuje ich zraniteľnosť voči smútku.

REFERENČNÝ ZOZNAM

AITE, L, A ZACCARA, N MIRANTE, A NAHOM, A TRUCCHI, I CAPOLUPO a P BAGOLAN. Antenatal diagnosis of congenital anomaly: a really traumatic experience?. *Journal of Perinatology* [online]. 2011, **31**(12), 760-763 [cit. 2022-09-08]. ISSN 0743-8346. Dostupné z: doi:10.1038/jp.2011.22

ALLANSON, Emma, Özge TUNÇALP, Jason GARDOSI, et al. Classifying the causes of perinatal death. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. 2016, **94**(2), 79-79A [cit. 2022-08-05]. ISSN 0042-9686. Dostupné z: doi:10.2471/BLT.15.168047

ALGHAMDI, Reem a Patricia JARRETT. Experiences of student midwives in the care of women with perinatal loss: A qualitative descriptive study. *British Journal of Midwifery* [online]. 2016, **24**(10), 715-722 [cit. 2022-08-25]. ISSN 0969-4900. Dostupné z: doi:10.12968/bjom.2016.24.10.715

ANDERSSON, Inga-Maj, Kristina GEMZELL-DANIELSSON a Kyllike CHRISTENSSON. Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy. *Contraception* [online]. 2014, **89**(5), 460-465 [cit. 2022-09-01]. ISSN 00107824. Dostupné z: doi:10.1016/j.contraception.2014.01.012

BAUER, David F. Constructing Confidence Sets Using Rank Statistics. *Journal of the American Statistical Association* [online]. 1972, **67**(339), 687-690 [cit. 2023-03-03]. ISSN 0162-1459. Dostupné z: doi:10.1080/01621459.1972.10481279

BEST, D. J. a D. E. ROBERTS. Algorithm AS 89: The Upper Tail Probabilities of Spearman's Rho. *Applied Statistics* [online]. 1975, **24**(3) [cit. 2023-03-03]. ISSN 00359254. Dostupné z: doi:10.2307/2347111

BLACKMORE, Emma Robertson, Denise CÔTÉ-ARSENAULT, Wan TANG, Vivette GLOVER, Jonathan EVANS, Jean GOLDING a Thomas G. O'CONNOR. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry* [online]. 2011, **198**(5), 373-378 [cit. 2023-05-09]. ISSN 0007-1250. Dostupné z: doi:10.1192/bjp.bp.110.083105

BLOOD, Cybele a Joanne CACCIATORE. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. *BMC Psychology* [online]. 2014, **2**(1) [cit. 2022-08-19]. ISSN 2050-7283. Dostupné z: doi:10.1186/2050-7283-2-15

BORNEMISZA, Agnes Y., Rebeka JAVOR a Marta B. ERDOS. Sibling Grief over Perinatal Loss—A Retrospective Qualitative Study. *Journal of Loss and Trauma* [online]. 2022, **27**(6), 530-546 [cit.2023-02-24]. ISSN 1532-5024. Dostupné z: doi:10.1080/15325024.2021.2007650

BOYLE, Frances M., Dell HOREY, Philippa F. MIDDLETON a Vicki FLENADY. Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care — An overview. *Women and Birth* [online]. 2020, **33**(2), 107-110 [cit. 2022-09-02]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2019.01.008

BRUNSON, Jason C, a OUINTIN, Read D. ggalluvial: Alluvial Plots in 'ggplot2'. R package version 0.12.4. [online]. 2023, [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <http://corybrunson.github.io/ggalluvial/>

CACCIATORE, J., Kerstin ERLANDSSON a Ingela RÅDESTAD. Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2013, **50**(5), 664-670 [cit. 2022-08-08]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.014

CACCIATORE, Joanne. Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* [online]. 2013, **18**(2), 76-82 [cit. 2022-08-15]. ISSN 1744165X. Dostupné z: doi:10.1016/j.siny.2012.09.001

CAMACHO-ÁVILA, Marcos, Cayetano FERNÁNDEZ-SOLA, Francisca Rosa JIMÉNEZ-LÓPEZ, José GRANERO-MOLINA, Isabel María FERNÁNDEZ-MEDINA, Laura MARTÍNEZ-ARTERO a José Manuel HERNÁNDEZ-PADILLA. Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2019, **19**(1) [cit. 2022-08-15]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-019-2666-z

COLDRIDGE, Liz a Sarah DAVIES. "Am I too emotional for this job?" An exploration of student midwives' experiences of coping with traumatic events in the labour ward. *Midwifery* [online]. 2017, **45**, 1-6 [cit. 2022-08-31]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2016.11.008

CORNO, Giulia, Stéphane BOUCHARD, Rosa M. BAÑOS, Marie-Christine RIVARD, Chantal VERDON a Francine DE MONTIGNY. Providing Psychological and Emotional Support After Perinatal Loss: Protocol for a Virtual Reality-Based Intervention. *Frontiers in Psychology* [online]. 2020, **11** [cit. 2022-08-23]. ISSN 1664-1078. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2020.01262

CORTINA, Jose M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology* [online]. 1993, **78**(1), 98-104 [cit. 2023-03-03]. ISSN 1939-1854. Dostupné z: doi:10.1037/0021-9010.78.1.98

CRONBACH L. Lee. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, [online]. 1951, 16(3), 297-334 **11** [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/bf02310555>

CHAMBERS, J.M., A. FREENY a R.M. HEIBERGER. 1992. Analysis of variance; designed experiments. Chapter 5 of *Statistical Models in S* eds J. M. Chambers and T. J. Hastie, Wadsworth & Brooks/Cole.

DAVIES, Sarah a Liz COLDRIDGE. 'No Man's Land': An exploration of the traumatic experiences of student midwives in practice. *Midwifery* [online]. 2015, **31**(9), 858-864 [cit. 2022-08-31]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2015.05.001

DEMONTIGNY, Francine, Chantal VERDON, Sophie MEUNIER a Diane DUBEAU. Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2017, **20**(5), 655-662 [cit. 2022-08-22]. ISSN 1434-1816. Dostupné z: doi:10.1007/s00737-017-0742-9

DOHERTY, Jean, Barbara COUGHLAN, Brenda CASEY, et al. Student midwives' education needs and their experience of attending a bereavement education workshop. *British Journal of Midwifery* [online]. 2018, **26**(8), 523-531 [cit. 2022-08-24]. ISSN 0969-4900. Dostupné z: doi:10.12968/bjom.2018.26.8.523

DUE, Clemence, Stephanie CHIAROLLI a Damien W. RIGGS. The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2017, **17**(1) [cit. 2022-08-08]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-017-1560-9

DUNN, Olive Jean. Multiple Comparisons Using Rank Sums. *Technometrics* [online]. 1964, **6**(3), 241-252 [cit. 2023-03-03]. ISSN 0040-1706. Dostupné z: doi:10.1080/00401706.1964.10490181

DUHACHEK, Adam a Dawn IACOBUCCI. Alpha's Standard Error (ASE): An Accurate and Precise Confidence Interval Estimate. *Journal of Applied Psychology* [online]. 2004, **89**(5), 792-808 [cit. 2023-03-03]. ISSN 1939-1854. Dostupné z: doi:10.1037/0021-9010.89.5.792

ELLIS, Alison, Caroline CHEBSEY, Claire STOREY, Stephanie BRADLEY, Sue JACKSON, Vicki FLENADY, Alexander HEAZELL a Dimitrios SIASSAKOS. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2016, **16**(1) [cit. 2022-08-16]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-016-0806-2

FANOS, Joanna H., George A. LITTLE a William H. EDWARDS. Candles in the Snow: Ritual and Memory for Siblings of Infants Who Died in the Intensive Care Nursery. *The Journal of Pediatrics* [online]. 2009, **154**(6), 849-853 [cit. 2023-02-24]. ISSN 00223476. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpeds.2008.11.053

FERNÁNDEZ-BASANTA, Sara, Carmen CORONADO, Terese BONDAS a María-Jesús MOVILLA-FERNÁNDEZ. Primary healthcare midwives' experiences of caring for parents who have suffered an involuntary pregnancy loss: a phenomenological hermeneutic study. *Midwifery* [online]. 2021, **92** [cit. 2022-08-16]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2020.102863

FERNÁNDEZ-BASANTA, Sara, María-Jesús MOVILLA-FERNÁNDEZ, Carmen CORONADO, Haizea LLORENTE-GARCÍA a Terese BONDAS. Involuntary Pregnancy Loss and Nursing Care: A Meta-Ethnography. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020, **17**(5) [cit. 2022-08-17]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph17051486

FERNÁNDEZ-SOLA, Cayetano, Marcos CAMACHO-ÁVILA, José Manuel HERNÁNDEZ-PADILLA, Isabel María FERNÁNDEZ-MEDINA, Francisca Rosa JIMÉNEZ-LÓPEZ, Encarnación HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, María Belén CONESA-FERRER a José GRANERO-MOLINA. Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020, **17**(10) [cit. 2022-08-15]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph17103421

FLENADY, V, F BOYLE, L KOOPMANS, T WILSON, W STONES a J CACCIATORE. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2014, **121**, 137-140 [cit. 2022-08-21]. ISSN 14700328. Dostupné z: doi:10.1111/1471-0528.13009

GOZUYESIL, Ebru, Ayse Inel MANAV, Saliha Bozdogan YESILOT a Mete SUCU. Grief and ruminative thought after perinatal loss among Turkish women: one-year cohort study. *Sao Paulo Medical Journal* [online]. 2022, **140**(2), 188-198 [cit. 2022-08-07]. ISSN 1806-9460. Dostupné z: doi:10.1590/1516-3180.2021.0148.r1.09062021

HARRINGTON B. Inkscape. 3 [online]. 2004, [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <http://www.inkscape.org/>

HARTIGAN, Lucia, Leanne CUSSEN, Sarah MEANEY a Keelin O'DONOGHUE. Patients' perception of privacy and confidentiality in the emergency department of a busy obstetric unit. *BMC Health Services Research* [online]. 2018, **18**(1) [cit. 2022-08-20]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-018-3782-6

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745299.

HEAZELL, Alexander E P, Dimitrios SIASSAKOS, Hannah BLENCOWE, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet* [online]. 2016, **387**(10018), 604-616 [cit. 2022-08-20]. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(15)00836-3

HELPS, Anne, Keelin O'DONOGHUE, Laura O'BYRNE, Richard GREENE a Sara LEITAO. Impact of bereavement care and pregnancy loss services on families: Findings and recommendations from Irish inquiry reports. *Midwifery* [online]. 2020, **91** [cit. 2022-08-19]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2020.102841

HOLLANDER, Myles, Douglas A. WOLFE a Eric CHICKEN. *Nonparametric statistical methods*. Third edition. Hoboken, New Jersey: John Wiley, [2013]. ISBN isbn:978-0-470-38737-5.

HUTTI, Marianne H. a Rana LIMBO. Using Theory to Inform and Guide Perinatal Bereavement Care. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* [online]. 2019, **44**(1), 20-26 [cit. 2022-08-15]. ISSN 0361-929X. Dostupné z: doi:10.1097/NMC.0000000000000495

KALU, Felicity Agwu, Philip LARKIN a Barbara COUGHLAN. Development, validation and reliability testing of 'Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS)'. *Women and Birth* [online]. 2020, **33**(4), e311-e319 [cit. 2022-05-11]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2019.07.001

KANG, Sook Jung a Yoonjung KIM. The Impact of Perinatal Loss Nursing Simulation among Undergraduate Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2022, **19**(14) [cit. 2022-08-23]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph19148569

KELLEY, Maureen C a Susan B TRINIDAD. Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth—a qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2012, **12**(1) [cit. 2022-08-15]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2393-12-137

KERSTING, Anette a Birgit WAGNER. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience* [online]. 2012, **14**(2), 187-194 [cit. 2022-08-07]. ISSN 1958-5969. Dostupné z: doi:10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting

KINGDON, Carol, Jennifer L. GIVENS, Emer O'DONNELL a Mark TURNER. Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth. *Birth* [online]. 2015, **42**(3), 206-218 [cit. 2022-08-19]. ISSN 07307659. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12176

KOOPMANS, Laura, Trish WILSON, Joanne CACCIATORE a Vicki FLENADY. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2022-08-17]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD000452.pub3

KROSCH, Daniel Jay a Jane SHAKESPEARE-FINCH. Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* [online]. 2017, **9**(4), 425-433 [cit. 2022-09-08]. ISSN 1942-969X. Dostupné z: doi:10.1037/tra0000183

LEDUFF, Lawrence D., Wanda T. BRADSHAW a Stephanie M. BLAKE. Transitional Objects to Faciliate Grieving Following Perinatal Loss. *Advances in Neonatal Care* [online]. 2017, **17**(5), 347-353 [cit. 2022-08-04]. ISSN 1536-0903. Dostupné z: doi:10.1097/ANC.0000000000000429

LINDBERG, Laura Duberstein a Kathryn KOST. Exploring U.S. Men's Birth Intentions. *Maternal and Child Health Journal* [online]. 2014, **18**(3), 625-633 [cit. 2022-09-07]. ISSN 1092-7875. Dostupné z: doi:10.1007/s10995-013-1286-x

LISTERMAR, Karin Henley, Taina SORMUNEN a Ingela RÅDESTAD. Perinatal palliative care after a stillbirth—Midwives' experiences of using Cubitus baby. *Women and Birth* [online]. 2020, **33**(2), 161-164 [cit. 2022-08-17]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2019.05.013

LIZCANO PABÓN, Lucero del Mar, María Elisa MORENO FERGUSON a Ana Maria PALACIOS. Experience of Perinatal Death From the Father's Perspective. *Nursing Research* [online]. 2019, **68**(5), E1-E9 [cit. 2022-09-07]. ISSN 1538-9847. Dostupné z: doi:10.1097/NNR.0000000000000369

MANJAVIDZE, Tinatin, Charlotta RYLANDER, Finn Egil SKJELDESTAD, Nata KAZAKHASHVILI a Erik Eik ANDA. Incidence and Causes of Perinatal Mortality in Georgia. *Journal of Epidemiology and Global Health* [online]. [cit. 2022-08-05]. ISSN 2210-6014. Dostupné z: doi:10.2991/jegh.k.190818.001

MARTÍNEZ-SERRANO, Paloma, Ana María PALMAR-SANTOS, Montserrat SOLÍS-MUÑOZ, Consuelo ÁLVAREZ-PLAZA a Azucena PEDRAZ-MARCOS. Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery* [online]. 2018, **66**, 127-133 [cit. 2022-08-16]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2018.08.010

MARGULIES, Samantha L, Joshua BENHAM, Joan LIEBERMANN, Richard AMDUR, Nancy GABA a Jennifer KELLER. Adverse Events in Obstetrics: Impacts on Providers and Staff of Maternity Care. *Cureus* [online]. [cit. 2022-08-23]. ISSN 2168-8184. Dostupné z: doi:10.7759/cureus.6732

MAURI, Paola Agnese a Francesca SQUILLACE. The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [online]. 2017, **22**(3), 227-232 [cit. 2022-09-03]. ISSN 1362-5187. Dostupné z: doi:10.1080/13625187.2017.1318846

MCDONALD, Roderick P. *Test Theory* [online]. Psychology Press, 1999 [cit. 2023-03-03]. ISBN 9781410601087. Dostupné z: doi:10.4324/9781410601087

MCKENNA, Lisa a Colleen ROLLS. Undergraduate midwifery students' first experiences with stillbirth and neonatal death. *Contemporary Nurse* [online]. 2014, **38**(1-2), 76-83 [cit. 2022-08-27]. ISSN 1037-6178. Dostupné z: doi:10.5172/conu.2011.38.1-2.76

MEANEY, Sarah, Stephen GALLAGHER, Jennifer E. LUTOMSKI a Keelin O'DONOGHUE. Parental decision making around perinatal autopsy: a qualitative investigation. *Health Expectations* [online]. 2015, **18**(6), 3160-3171 [cit. 2022-08-20]. ISSN 13696513. Dostupné z: doi:10.1111/hex.12305

MEHRAN, Pegah, Masumeh SIMBAR, Jamal SHAMS, Fahimeh RAMEZANI-TEHRANI a Navideh NASIRI. History of perinatal loss and maternal–fetal attachment behaviors. *Women and Birth* [online]. 2013, **26**(3), 185-189 [cit. 2023-05-09]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2013.04.005

MERGL, Roland, Sarah Miriam QUAATZ, Lisa-Madeleine EDELER a Antje-Kathrin ALLGAIER. Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: a systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies. *European Journal of Psychotraumatology* [online]. 2022, **13**(2) [cit. 2022-11-26]. ISSN 2000-8066. Dostupné z: doi:10.1080/20008066.2022.2108578

NEWBANKS, R. Shirlene, Linda S. RIEG a Beverly SCHAEFER. What Is Caring in Nursing?. *Journal of Christian Nursing* [online]. 2018, **35**(3), 160-167 [cit. 2023-04-20]. ISSN 0743-2550. Dostupné z: doi:10.1097/CNJ.0000000000000441

NUZUM, D, S MEANEY a K O'DONOGHUE. The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2014, **121**(8), 1020-1028 [cit. 2022-08-20]. ISSN 14700328. Dostupné z: doi:10.1111/1471-0528.12695

OBST, Kate Louise, Melissa OXLAD, Clemence DUE a Philippa MIDDLETON. Factors contributing to men's grief following pregnancy loss and neonatal death: further development of an emerging model in an Australian sample. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2021, **21**(1) [cit. 2022-08-07]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-020-03514-

6

OBST, Kate Louise, Clemence DUE, Melissa OXLAD a Philippa MIDDLETON. Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2020, **20**(1) [cit. 2022-08-08]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-019-2677-9

O'CONNELL, Orla, Sarah MEANEY a Keelin O'DONOGHUE. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better?. *Women and Birth* [online]. 2016, **29**(4), 345-349 [cit. 2022-08-18]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2016.01.003

OGLE, D.H., DOLL J.C., WHEELER P. a DINNO A. FSA: Fisheries Stock Analysis. R package version 0.9.3 [online]. 2022, [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <https://github.com/fishR-Core-Team/FSA>.

OTA, Erika, Katharina DA SILVA LOPES, Philippa MIDDLETON, Vicki FLENADY, Windy MV WARIKI, Md. Obaidur RAHMAN, Ruoyan TOBE-GAI a Rintaro MORI. Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2020, **2020**(12) [cit. 2022-08-04]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD009599.pub2

Pôrod mŕtveho plodu 2019, Česká gynekologická a pôrodnická spoločnosť. [cit. 2022-08-17]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/recommendedaction/22/doc/p-2019-08-porod-mrtveho-plodu.pdf>

Právna úprava sústavného vzdelávania a jeho hodnotenie, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek [cit. 2022-05-4]. Dostupné z: <https://www.sksapa.sk/obsah/co-je-sustavne-vzdelavanie/pravna-uprava-sustavneho-vzdelavania.html>

PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN isbn978-80-244-5322-4.

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN isbn978-80-7345-618-4.

QIAN, Jialu, Shiwen SUN, Mengwei WU, Lu LIU, Sun YAPING a Xiaoyan YU. Preparing nurses and midwives to provide perinatal bereavement care: A systematic scoping review. *Nurse Education Today* [online]. 2021, **103** [cit. 2022-09-01]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2021.104962

RASTISLAVOVÁ, K., 2016. Perinatální paliativní péče, Grada Publishing, a.s., 2016. 200 s. ISBN 978- 80- 271- 9399-8

RASTISLAVOVÁ, Kateřina a Zuzana HRUŠKOVÁ. *Psychosociální podpora při úmrtí miminka: průvodce pro učitele pomáhajících profesí*. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 2020. ISBN isbn:978-80-270-6935-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina a Martina ŠTÍPKOVÁ. The Perinatal Loss Care Educational Programme and Its Evaluation. *Slovenian Journal of Public Health* [online]. 2020, **59**(1), 1-7 [cit. 2022-11-26]. ISSN 1854-2476. Dostupné z: doi:10.2478/sjph-2020-0001

RAVALDI, Claudia, Elisa CARELLI, Aurora FRONTINI, et al. The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. *Women and Birth* [online]. 2022, **35**(1), 48-58 [cit. 2022-08-23]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2021.01.003

RAVALDI, Claudia, Miriam LEVI, Elena ANGELI, Gianpaolo ROMEO, Marco BIFFINO, Roberto BONAIUTI a Alfredo VANNACCI. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs?. *Midwifery* [online]. 2018, **64**, 53-59 [cit. 2022-08-20]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2018.05.008

RAVI, Krithi, Shannon GUNAWARDANA, Krupa RAVI, Movin ABEYWICKREMA, Monica DAVIES, Emily TOUGH a Maureen KELLEY. Why stillbirth deserves a place on the medical school curriculum. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2020, **127**(3), 414-414 [cit. 2022-08-30]. ISSN 1470-0328. Dostupné z: doi:10.1111/1471-0528.15939

R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation for Statistical Computing* [online]. 2023[cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <https://www.R-project.org/>.

REEM, Alghamdi a Patricia JARETT. Experiences of student midwives in the care of women with perinatal loss: A qualitative descriptive study. *Academic Journal* [online]. 2016, **24**(10), 715- 722 [cit. 2022-08-25]. Dostupné z:

<https://essentials.ebsco.com/search/eds/details/experiences-of-student-midwives-in-the-care-of-women-with-perinatal-loss-a-qualitative-descriptive?query=perinatal%20loss%20OR%20stillbirth%20AND%20care%20AND%20midwife&db=asx&an=118651651>

REHFELDT, Ingrid, Axel DOLL, Ina THIERFELDER a Dorothea TEGETHOFF. Unterstützungsbedarf von Eltern in der Trauerbegleitung nach dem Tod ihres frühgeborenen Kindes. *Pflege* [online]. 2016, **29**(2), 63-71 [cit. 2022-08-21]. ISSN 1012-5302. Dostupné z: doi:10.1024/1012-5302/a000474

REVELLE W. psych: Procedures for Personality and Psychological Research, [online]. 2022, [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <https://CRAN.R-project.org/package=psych> Version = 2.2.9.

RINEHART, Martha S. a Mark S. KISELICA. Helping men with the trauma of miscarriage. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* [online]. 2010, **47**(3), 288-295 [cit. 2022-08-03]. ISSN 1939-1536. Dostupné z: doi:10.1037/a0021160

ROSEINGRAVE, Ruth, Margaret MURPHY a Keelin O'DONOGHUE. Pregnancy after stillbirth: maternal and neonatal outcomes and health service utilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* [online]. 2022, **4**(1) [cit. 2022-08-16]. ISSN 25899333. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajogmf.2021.100486

ROYSTON, J. P. Algorithm AS 181: The W Test for Normality. *Applied Statistics* [online]. 1982, **31**(2) [cit. 2023-02-24]. ISSN 00359254. Dostupné z: doi:10.2307/2347986

SHAOHUA, Liu a Shefaly SHOREY. Psychosocial interventions on psychological outcomes of parents with perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2021, **117** [cit. 2022-08-16]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103871

SHEEN, Kayleigh, Helen SPIBY a Pauline SLADE. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2015, **52**(2), 578-587 [cit. 2022-08-30]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006

SHEN, Qiaoqiao, Jiayi LIANG a Yulin GAO. Experience of undergraduate midwifery students faced with perinatal death in clinical practice: A qualitative study. *Nurse Education Today* [online]. 2022, **108** [cit. 2022-08-27]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2021.105159

ŠKODOVÁ, Z., 2018. Psychológia v pôrodnej asistencii, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Martin, 2018. 67 s. ISBN 978-80-8187-044-6

TAKÁCS, L., et al. 2015. Psychologie v perinatální péči, Grada Publishing, a.s., 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-9716-8

THORNDIKE, Robert M. Book Review: Psychometric Theory (3rd ed.) by Jum Nunnally and Ira Bernstein New York. *Applied Psychological Measurement* [online]. 1995, **19**(3), 303-305 [cit. 2023-03-03]. ISSN 0146-6216. Dostupné z: doi:10.1177/014662169501900308

Typy sebezpečie [online]. 2021 [cit. 2022-09-07]. Dostupné z: <https://www.perinatalniztrata.cz/sebepece/tipy-pro-sebepeci/>

URBANOVÁ, E. a kol. 2010. Sexuálne a reprodukčné zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie, Martin: Osveta, 2010. 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1.

WALLBANK, Sonya a Noelle ROBERTSON. Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2013, **50**(8), 1090-1097 **11** [cit. 2022-08-23]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.022

WICKHAM, Hadley. *Ggplot2: elegant graphics for data analysis*. New York: Springer, c2009. Use R!. ISBN isbn:978-0-387-98141-3.

WOOL, Charlotte a Anita CATLIN. Perinatal bereavement and palliative care offered throughout the healthcare system. *Annals of Palliative Medicine* [online]. 2019, **8**(S1), S22-S29 [cit. 2022-08-17]. ISSN 22245820. Dostupné z: doi:10.21037/apm.2018.11.03

YANDELL, Brian S. *Practical data analysis for designed experiments*. New York: Chapman & Hall, 1997. Texts in statistical science. ISBN isbn9780412063411.

Zákony pre ľudí [online] 2023 [cit. 2022-08-17]. Dostupné z: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/1988-22>

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1. Diagnostická tabuľka psychometrických charakteristík - analýza reliability a vnútornej konzistencie meracieho nástroja PBCCS	41
Tabuľka 2. Prehľad stredných hodnôt a charakteristík variability jednotlivých položiek meracieho nástroja PBCCS	44
Tabuľka 3a. Charakteristika vzorky na základe stredných hodnôt subškál dotazníka PBCCS.	48
Tabuľka 3b. Charakteristika vzorky na základe párového porovnania skóre podľa dĺžky praxe.	49
Tabuľka 4a. Stredné hodnoty subškál dotazníka PBCCS s rozdelením podľa vzdelania	50
Tabuľka 4b. Párové porovnanie skóre podľa vzdelania	51
Tabuľka 5a. Znázornenie stredných hodnôt subškál dotazníka PBCCS.	52
Tabuľka 5b. Párové porovnanie skóre podľa nábožnosti.	52
Tabuľka 6. Stredné hodnoty subškál dotazníka PBCCS s rozdelením podľa parity.	54
Tabuľka 7. Stredné hodnoty subškál dotazníka PBCCS s rozdelením podľa skúsenosti s perinatálnou stratou.	55
Tabuľka 8. Vedomosti na podporu zvládania trúčlenia.....	82
Tabuľka 9. Zručnosti na podporu zvládania trúčlenia	83
Tabuľka 10. Organizačná podpora	83
Tabuľka 11. Sebauvedomenie	84

ZOZNAM GRAFOV

Graf 1. Grafická vizualizácia odpovedí respondentov	43
Graf 2. Demografická charakteristika respondentov	45
Graf 3. Demografické charakteristiky respondentov (časť druhá).....	46
Graf 4. demografické charakteristiky respondentov (časť tretia).....	47
Figure H1. Skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenia	49
Figure H2. Skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenia na základe vzdelania respondentiek.	51
Figure H3. Skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie na základe nábožnosti respondentiek.	53
Figure H4. Skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie na základe bezdetnosti	54
Figure H5. Skóre vedomosti, zručnosti a sebauvedomenie pri podpore smútiacich na základe skúsenosti.	56
Figure H6. Vzťah medzi vekom a vedomosťami, zručnosťami a sebauvedomením respondentiek	57

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha 1 Prehľad otázok

Príloha 2 Dotazník k diplomovej práci

Príloha 3 Schválenie diplomovej práce Etickou komisiou FZV UP

PRÍLOHY

Príloha 1

V nasledujúcich tabuľkách je uvedený celkový prehľad otázok. Jednotlivé otázky boli kategorizované do 4 škál, ktoré boli následne rozdelené do subškál. Subškály odpovedajú štruktúre originálu dotazníku PBCS. Pri každej otázke bola škála:

1= nesúhlasím

2= skôr súhlasím

3= tak na polovicu

4= skôr súhlasím

5= súhlasím

Tabuľka 8. Vedomosti na podporu zvládania trúchlenia

Subškála 1. Všeobecné znalosti o potrebách podpory smútiacich	Odpoveď v %				
	1	2	3	4	5
Chápem kultúrne potreby rodičov	1,7	0	3,3	15,8	79,2
Viem ako poskytnúť špecifickú podporu ženám v procese trúchlenia	6,7	11,7	35	30,8	15,8
Poznám právne a administratívne povinnosti spojené s perinatálnou stratou po 22 týždni gestácie	20	17,5	28,3	13,3	20,8
Bola som dobre pripravená na poskytovanie podpory v procese trúchlenia po perinatálnej strate	10	25,8	36,7	14,2	13,3
Chápem sociálne potreby trúchliacich rodičov	1,7	2,5	9,2	31,7	55
Chápem duchovné a náboženské potreby rodičov	0,8	2,5	7,5	23,3	65,8
Neviem ako poskytovať podporu otcom v procese trúchlenia	18,3	18,3	26,7	20	16,7
Nemám dostatočné praktické znalosti, ako poskytovať podporu trúchliacim rodičom	15	14,2	25,8	30	15
Poznám sieť odborníkov na ktorých sa trúchliaci rodičia môžu obrátiť	7,5	23,3	30	19,2	20
Neorientujem sa v právnom a administratívnom procese spojeným s perinatálnou stratou pred 22 týždňom gestácie.	12,5	15,8	19,2	25,8	26,7
Subškála 2. Poznanie citových potrieb pozostalých rodičov.	Odpoveď v %				
	1	2	3	4	5
Perinatálna strata predstavuje pre rodiča traumatickú udalosť	0,8	0,8	0	0	98,3
Chápem, že trúchlenie je proces	0,8	0,8	1,7	5,8	90,8
Podpora pôrodných asistentiek je pre trúchliacu rodinu nevyhnutná, aby sa vyrovnali so stratou	0	2,5	8,3	15,8	77,3
Subškála 3. Nepretržitý rozvoj vedomostí odborníkov v oblasti pôrodnej starostlivosti po perinatálnom úmrtí.	Odpoveď v %				
	1	2	3	4	5

Vzdelávanie pôrodných asistentiek v poskytovaní podpory trúchliacim rodičom je nevyhnutné	0	0,8	5,8	5,8	87,5
Všetci zdravotníci pracujúci v pôrodnici by mali byť vzdelaní v poskytovaní podpory trúchliacim rodičom po perinatálnej strate	0	0	1,7	9,2	89,2

Tabuľka 9. Zručnosti na podporu zvládania trúchlennia

Subškála 1. Špecifické interpersonálne zručnosti pri úmrtí.	Odpoveď v %				
	1	2	3	4	5
Viem poskytnúť emočnú podporu trúchliacim rodičom	2,5	2,5	22,5	37,5	35
Je pre mňa ľahké vypočuť si trúchliacich rodičov	12,5	22,5	30	20	15
Dokážem reagovať na potreby súrodenca, pokiaľ sprevádza svojich rodičov	13,3	16,7	42,5	18,3	9,2
Viem reagovať na potreby rodičov v priebehu tehotenstva, pokiaľ už skôr zažili perinatálnu stratu	1,7	13,3	30	32,5	22,5
Viem trúchliacim rodičom poskytnúť duchovnú podporu	5,8	8,3	29,2	35,8	20,8
Subškála 2. Zručnosti pri úmrtí.	Odpoveď v %				
	1	2	3	4	5
Nemám dostatok skúseností s poskytovaním podpory trúchliacim rodičom.	16,7	11,7	16,7	28,3	26,7
Mám vedomosti pri poskytovaní podpory trúchliacim rodičom po nedávnej perinatálnej strate	7,5	20	33,3	21,7	17,5
Viem trúchliacim rodičom poskytnúť relevantne informácie	8,3	14,2	26,7	29,2	21,7
Viem pracovať so zármutkom pre poskytovanie psychickej podpory trúchliacim rodičom.	4,2	15	34,2	29,2	7,5

Tabuľka 10. Organizačná podpora

Subškála 1. Podpora personálu poskytujúceho starostlivosť o pozostalých.	Odpoveď v %				
	1	2	3	4	5
Vedenie môjho pracoviska ma podporuje pri poskytovaní podpory trúchliacim rodičom	33,3	22,5	28,3	8,3	7,5
Na mojom oddelení nie sú stanovené postupy pre poskytovanie opory v procese trúchlennia	17,5	10,8	20	18,3	33,3
Cítim dostatočnú podporu od kolegov na pracovisku pri poskytovaní podpory trúchliacim rodičom	10	17,5	38,3	17,5	16,7
Môj zamestnávateľ poskytuje vzdelávanie v oblasti poskytovania podpory trúchliacim rodičom	66,7	18,3	12,5	0	2,5
Dostávam uznanie na pracovisku za poskytovanie starostlivosti o trúchliacich rodičov	53,3	18,3	16,7	8,3	3,3

Vedenie ma podporuje na pracovisku, tak aby som mohla jednoduchšie poskytnúť podporu trúchliacim rodičom	36,7	29,2	21,7	7,5	5
Po traumatickom zážitku na pracovisku mám možnosť požiadať o supervíziu	67,5	17,5	10,8	0,8	3,3
Subškála 2. Vplyvy prostredia a pracovnej záťaže.	Odpoveď v %				
	1	2	3	4	5
Pracovná záťaž na oddelení mi bráni účinnému poskytovaniu podpory trúchliacim rodičom	9,2	11,7	20,8	28,3	30
Moja pracovná záťaž mi bráni poskytovať efektívnu podporu trúchliacim rodičom	17,5	15,8	30	20	16,7
Na našom oddelení je dostatočný počet pôrodných asistentiek pre zabezpečenie chodu oddelenia, aby sme trúchliacim rodičom vedeli poskytnúť čo najlepšiu podporu a starostlivosť	42,5	26,7	18,3	5,8	6,7
Pri svojej každodennej práci sa necítim byť príliš v strese	37,5	24,2	17,5	9,2	11,7
Keď poskytujem podporu trúchliacim rodičom a sama potrebujem pomoc, je pre mňa náročné o ňu požiadať vedenie	13,3	7,5	25	18,3	35,8

Tabuľka 11. Sebauvedomenie

Subškála 1. Povedomie o potrebách pozostalých rodín.	1	2	3	4	5
Som si vedomá potrieb rodičov po perinálnej strate	0,8	2,5	15	29,2	52,5
Som si vedomá špecifických potrieb rodičov, ktorí po perinálnej strate čakajú ďalšie dieťa.	1,7	5,8	5,8	23,3	63,3
Lahko sa dokážem vcítiť do prežívania trúchliacich rodičov	5	5	18,3	24,2	47,5
Poznám svoje limity v poskytovaní podpory trúchliacim rodičom po perinálnej strate.	3,3	5	23,3	36,7	31,7
Viem, čo sa naučiť ohľadne poskytovania podpory v procese trúhlenia.	10,8	15,8	29,2	24,2	20
Subškála 2. Uvedomenie si mojich osobných potrieb vo vzťahy ku poskytovaniu pri podpore smútiacim rodičom.	Odpoveď v %				
	1	2	3	4	5
Pravidelne sa zúčastňujem supervízie pri poskytovaní podpory rodinám v procese trúhlenia.	59,2	18,3	15	4,2	3,3
Dokážem rozpoznať, kedy je pre mňa príliš vyšifujúce poskytovať podporu rodinám v procese trúhlenia.	4,2	10,8	33,3	27,5	24,2
Keby bolo pre mňa poskytovanie podpory v procese trúhlenia veľmi náročné, rozhodla by som sa vyhľadať pomoc.	7,5	8,3	28,3	23,3	32,5

Starostlivosť pôrodných asistentiek po perinatálnej strate na Slovensku

Dotazník

Vážená pôrodná asistentka, obraciam sa na Vás so žiadosťou o spoluprácu na výskume k mojej diplomovej práci. Jeho cieľom je preskúmať skúsenosti pôrodných asistentiek na Slovensku v súvislosti s perinatálnou stratou a objasniť skúsenosti pôrodných asistentiek, ktoré sa starajú o rodičov, ktorí utrpeli perinatálnu stratu. Predmetom výskumu sú pôrodné asistentky, ktoré pracujú na gynekologicko- pôrodných klinikách na Slovensku. Vyplnenie dotazníku Vám zaberie približne 7 minút.

Dotazník je anonymný, rovnako ako aj interpretácia získaných výsledkov, ktoré budú súčasťou mojej diplomovej práce. Dotazník je štandardizovaný PBCCS (Kalu, Larikin a Coughlan, 2020).

Z účasti, pre Vás Vážené účastníčky výskumu, nevyplýva žiadne riziko. Pokiaľ sa rozhodnete odstúpiť z účasti na výskume, môžete tak urobiť kedykoľvek a bez udania dôvodu. Za vyplnenie dotazníka nezískate žiadnu odmenu, ale pomôžete rozvoju vedeckého poznania v oblasti, ktorá v Slovenskej Republike nie je dostatočne preskúmaná.

Ďakujem veľmi pekne za Váš čas a vyplnenie dotazníka.

Bc. Alžbeta Ohradzanská pôrodná asistentka 2. ročníka štúdia Intenzívnej péče v PA, UP-FZV

Vedúca práce: Mgr. et Bc. Daniela Javornická

Výskum bol schválený Etickou komisiou FZV UPOL, UPOL- 15679/FZV- 2022

1. Pokiaľ sa chcete zúčastniť výskumu kliknite na súhlasím. *

Súhlasím so svojou účasťou na výskume.

Dotazník

V tejto časti dotazníku budem zisťovať Vaše skúsenosti, schopnosti a názory súvisiace s prácou rodičov po perinatálnej strate. Pri každej otázke je škála prosím uveďte nakoľko s danou otázkou súhlasíte na škále:

1= nesúhlasím

2= skôr súhlasím

3= tak na polovicu

4= skôr súhlasím

5= súhlasím

2. Perinatálna strata predstavuje pre rodiča traumatickú udalosť. *

1 2 3 4 5

Nesúhlasím Súhlasím

3. Chápem kultúrne potreby trúchliacich rodičov. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

4. Poznám sieť odborníkov, na ktorých sa trúchliaci rodičia môžu obrátiť. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

5. Bola som dobre pripravená pre poskytovanie podpory v procese trúchlenia po perinatálnej strate. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

6. Chápem, že trúchlenie je proces. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

7. Všetci zdravotníci pracujúci v pôrodnici by mali byť vzdelaní v poskytovaní podpory rodičom po perinatálnej strate. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

8. Viem trúchliacim rodičom poskytnúť duchovnú podporu. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

9. Som si vedomá potrieb rodičov po perinatálnej strate. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

10. Cítim dostatočnú podporu od kolegov na pracovisku pri poskytovaní podpory trúchliacim rodičom. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

11. Moja pracovná záťaž mi bráni poskytovať efektívnu podporu trúchliacim rodičom. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

12. Pravidelne sa zúčastňujem supervízie pri poskytovaní podpory rodinám v procese trúchlennia. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

13. Za poskytovanie starostlivosti trúchliacim rodičom na pracovisku dostávam uznanie. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

14. Som si vedomá špecifických potrieb rodičov, ktorí po perinatálnej strate čakajú ďalšie dieťa. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

15. Keby bolo pre mňa poskytovanie podpory v procese trúchlenia veľmi náročné, rozhodla by som sa vyhľadať pomoc. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

16. Je pre mňa ľahké vypočuť trúchliacich rodičov. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

17. Dokážem reagovať na potreby trúchliaceho súrodca, pokiaľ doprevádza svojich rodičov. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

18. Podpora pôrodných asistentiek je pre trúchliacu rodinu nevyhnutná, aby sa vyrovnali so stratou. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

19. Vzdelávanie pôrodných asistentiek v poskytovaní podpory trúchliacim rodičom je nevyhnutné. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

20. Viem ako poskytovať špecifickú podporu ženám v procese trúchlania. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

21. Chápem duchovné a náboženské potreby trúchliacich rodičov. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

22. Neorientujem sa v právnom a administratívnom procese spojeným s perinatálnou stratou pred 22 týždňom gestácie. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

23. Nemám dostatočné praktické znalosti, ako poskytovať podporu trúchliacim rodičom. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

24. Chápem sociálne potreby trúchliacich rodičov. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

25. Viem pracovať so zármutkom pre poskytovanie psychickej podpory trúchliacim rodičom. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

26. Poznám svoje limity v poskytovaní podpory trúchliacim rodičom po perinatálnej strate. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

27. Môj zamestnávateľ poskytuje vzdelávanie v oblasti poskytovania podpory trúchliacim rodičom. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

28. Po traumatickom zážitku na pracovisku mám možnosť požiadať o supervíziu. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

29. Keď poskytujem podporu trúchliacim rodičom a sama potrebujem pomoc, je pre mňa náročné o ňu požiadať vedenie. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

30. Pri svojej každodennej práci sa necítim byť príliš v strese. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

31. Vedenie ma podporuje na pracovisku tak, aby som mohla jednoduchšie poskytnúť podporu trúchliacim rodičom. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

32. Viem, čo sa naučiť ohľadne poskytovania podpory v procese trúchlenia. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

33. Nemám dostatok skúseností s poskytovaním podpory trúchliacim rodičom. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

34. Viem reagovať na potreby rodičov v priebehu tehotenstva, pokiaľ už skôr zažili perinatálnu stratu. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

35. Ľahko sa dokážem vcítiť do prežívania trúchliacich rodičov *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

36. Viem poskytnúť emočnú podporu trúchliacim rodičom. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

37. Dokážem rozpoznať, kedy je pre mňa príliš vysilujúce poskytovať podporu rodinám v procese trúchlennia. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

38. Pracovná záťaž na oddelení mi bráni účinnému poskytovaniu podpory trúchliacim rodičom. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

39. Vedenie môjho pracoviska ma podporuje pri poskytovaní podpory trúchliacim rodičom. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

40. Mám vedomosti pri poskytovaní podpory trúchliacim rodičom po nedávnej perinatálnej strate. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

41. Nevieť ako poskytovať podporu otcom v procese trúchlenu. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

42. Na mojom oddelení nie sú stanovené postupy pre poskytovanie opory rodičom v procese trúchlenu. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

43. Na našom oddelení je dostatočný počet pôrodných asistentiek pre zabezpečenie chodu oddelenia, aby sa trúchliacim rodičom dostalo dostatočnej starostlivosti. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

44. Poznám právne a administratívne povinnosti spojené s perinatálnou stratou s po 22 týždni gestácie. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

45. Viem trúchliacim rodičom poskytnúť relevantné informácie. *

	1	2	3	4	5	
Nesúhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Súhlasím

Informácie o Vás



Na záver dotazníku potrebujem niekoľko informácií o Vás. Pokiaľ na niektorú z otázok nechcete odpovedať môžete ju preskočiť. Ich vyplnenie mi veľmi pomôže.

46. Koľko máte rokov?

Text krátkej odpovede



47. Pohlavie

- žena
- muž
- iné

48. Aké je Vaše dosiahnuté vzdelanie?

- VOŠ, Bc.
- špecializované vzdelávanie
- Mgr.
- PhDr.

49. Ste veriaca?

- Nie, som ateista.
- Áno som veriaca, ale na bohoslužby príliš nechodím.
- Áno, som praktizujúci veriaci, pravidelne sa zúčastňujem bohoslužieb.

50. Máte vlastné deti?

- Áno.
- Nie

51. Koľko rokov pôsobíte ako pôrodná asistentka? (Prax v nemocnici)

- Menej ako 1 rok
- 1-2 roky
- 3-5 rokov
- 6-10 rokov
- viac ako 10 rokov

52. Koľkokrát ste asistovala v starostlivosti o rodičov v perinatálnej strate?

- Ani raz.
- 1 krát
- 2-5 krát
- 6-10 krát
- Viac ako 10 krát

53. Kedy ste sa naposledy starala o rodiča po perinatálnej strate?

- do 14 dní
- 14 dní - 1 mesiac
- 1 mesiac- 6 mesiacov
- 6 mesiacov- 1 rok
- dlhšie ako jeden rok
- nikdy

54. Máte vlastnú osobnú skúsenosť s perinatálnou stratou?

- Áno
- Nie

55. Kto je Váš zamestnávateľ?

- perinatologické centrum
- krajská nemocnica
- okresná nemocnica
- Iné...

56. Poskytuje Vám váš zamestnávateľ nejakú podporu v súvislosti s vašou prácou pôrodnej asistentky?

- supervízia
- psychológ
- náhradné voľno
- Iné...

57. Absolvovala ste pôrodný kurz zameraný na perinatálnu stratu?

- Áno, (preskočte na otázku 58)
- Nie, (preskočte na otázku 62)

Informácie o kurze



Táto časť sa týka kurzu, ktorý ste absolvovala.

58. Uvedte prosím názov kurzu, alebo usporiadavateľa.

Text krátkej odpovede

59. Myslíte, že Vám kurz pomohol so zvládaním starostlivosti o rodičov po perinatálnej strate?

- | | | | | | | |
|------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Nesúhlasím | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Súhlasím |

60. Aká bola dĺžka kurzu?

- 1-2 hodiny
- 2,5 -4 hodiny
- viac ako 4 hodiny

61. Obsahoval kurz praktický nácvik modelových situácií?

Áno

Nie

Záver



Toto je takmer koniec dotazníka. Môžete sem napísať akýkoľvek odkaz, komentár.



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL - 156797/FZV-2022

Vážená paní
Bc. Alžbeta Ohradzanská

2022-07-29

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem **„Starostlivost' pôrodných asistentiek po perinatálnej strate na Slovensku“**, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Renáta Váverková
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc