

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Zkušenosti porodní asistentky v péči o ženu při porodu
mrtvého plodu**

Bakalářská práce

Autor práce: Lenka Černá
Studijní program: Porodní asistence
Studijní obor: Porodní asistentka
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová
Datum odevzdání práce 6.5.2013

Abstrakt

Teoretická východiska

Nitroděložní úmrtí plodu je závažný lékařský i ošetrovatelský problém. S touto diagnózou se porodní asistentky na porodním sále nesetkávají často, proto je třeba, aby o rodičku pečovaly dostatečně zkušené a vzdělané porodní asistentky, které se v dané problematice orientují a jsou schopny reflektovat potřeby ženy v celé jejich komplexnosti. Teoretická část práce se zaměřuje na popis příčin nitroděložního úmrtí plodu, příznaky, komplikace, diagnostické a terapeutické postupy a prevenci nitroděložního úmrtí v další graviditě. Z ošetrovatelského hlediska pak popisuje péči porodních asistentek o ženu před porodem, v jednotlivých fázích porodu, v šestinedělí a v následné ambulantní péči se zaměřením na význam rituálu rozloučení s dítětem a související psycho-sociální aspekty této problematiky. Kromě toho je zde zařazena kapitola, která se týká občansko-právních náležitostí, které z této situace vyplývají.

Cíle práce a výzkumné otázky

Cílem této bakalářské práce bylo porovnat ošetrovatelskou péči o ženy při porodu mrtvého plodu ve vybraných porodnicích, přístupy porodních asistentek, možnosti a způsoby rozloučení se s dítětem a zjistit, jaká je informovanost porodních asistentek o právních náležitostech, které s touto situací souvisejí. Byly položeny následující výzkumné otázky. Otázka č. 1: Jak se liší ošetrovatelská péče o ženy při porodu mrtvého plodu ve vybraných zdravotnických zařízeních? Otázka č. 2: Jaké jsou na těchto pracovištích možnosti, aby se rodiče rozloučili se svým mrtvým dítětem? A otázka č. 3: Jaké mají porodní asistentky na vybraných pracovištích informace o právních aspektech, které vyplývají z porodu mrtvého plodu?

Metodologie, výzkumný soubor

Vzhledem k charakteru výzkumných otázek byl zvolen kvalitativní metodologický přístup. Výzkum probíhal formou polostrukturovaných nedirektivních rozhovorů s malým souborem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost. Výsledky rozhovorů byly zpracovány, podrobně analyzovány a následně uspořádány do přehledných schémat s popisem. Výzkumný soubor tohoto šetření tvoří osm respondentek, které pracují jako porodní asistentky v pěti různých zdravotnických zařízeních. Jedná se o dvě fakultní nemocnice, jednu krajskou nemocnici a dvě okresní nemocnice. Podmínkou pro výběr respondentek byla práce na porodním sále a zkušenost s péčí o ženu při porodu mrtvého plodu.

Výsledky

Výzkumným šetřením byl proveden náhled do tématu péče porodních asisterek o ženu s porodem mrtvého plodu, kdy byly sledovány jednotlivé aspekty této ošetrovatelské problematiky se zaměřením na rituál rozloučení s dítětem a možnosti jednotlivých sledovaných pracovišť. Dále byla snaha zmapovat informovanost porodních asisterek ohledně pohřbení dítěte, jeho pojmenování a peněžité pomoci v mateřství.

Po ukončení tohoto výzkumného šetření bylo možno odpovědět na 1. výzkumnou otázku tak, že ošetrovatelská péče porodních asisterek o ženu při porodu mrtvého plodu je ve všech sledovaných zařízeních srovnatelná. Porodní asistentka sleduje stav rodičky a průběh porodu, všude je patrná snaha zabezpečit, v rámci možností daného pracoviště, ženě soukromí, také všude umožňují přítomnost partnera a dle vyjádření respondentek je na všech pracovištích také kladen důraz na dobrou analgézii. Všechny porodní asistentky zdůrazňovaly empatický a citlivý přístup k ženě. Rovněž byla zodpovězena druhá výzkumná otázka, kdy bylo zjištěno, že možnost rozloučení se s dítětem není na téměř žádném sledovaném pracovišti běžná. Na většině pracovišť porodní asistentky rozloučení s dítětem ženě aktivně nenabízí, přestože tomuto rituálu přisuzují velký význam. Někde je dokonce dítě rovnou odneseno, aniž by ho matka měla možnost vidět. Pouze na jednom

sledovaném pracovišti porodní asistentky rodičům nabízejí a umožňují rituál rozloučení se svým dítětem. Samy porodní asistentky vidí problém v nedostatečné komunikaci s rodičkou, v malé informovanosti a vyjadřují i ochotu ke zlepšení. Na třetí výzkumnou otázku je možno zodpovědět tak, že povědomí porodních asistentek o občansko-právních náležitostech v této oblasti není příliš vysoké. O možnosti pojmenovat a pohřbít mrtvorozené dítě ještě věděly téměř všechny respondentky, ovšem o peněžité pomoci v mateřství a o pohřebním mají porodní asistentky informace nedostatečné.

Závěr

Výsledky výzkumného šetření ukazují, že je důležité zaměřit se na zlepšení informovanosti porodních asistentek v oblasti péče o ženu při porodu mrtvého plodu. Jako řešení bych navrhovala uspořádat na toto téma seminář, kde by se porodní asistentky seznámily s vhodnými přístupy k rodičce, s možnostmi komunikace, jak být ženě a celému rodičovskému páru v této situaci oporou, s významem rituálu rozloučení se s dítětem vzhledem k dalšímu průběhu truchlení, o možných způsobech tohoto rituálu, o důležitosti jeho aktivního nabídnutí porodní asistentkou, o možnosti případného vzpomínkového předmětu na dítě, jako je například fotografie, informace o právu rodičů na pohřbení svého dítěte, jeho pojmenování, o peněžité pomoci v mateřství a v neposlední řadě, jak zvládnout psychickou zátěž, jíž jsou při péči o tuto ženu vystaveny. Další vhodný způsob, jak porodní asistentky informovat a zajistit, aby měly možnost se k informacím průběžně vracet, je vytvoření letáku se shrnutím základních informací, vztahujících se k této problematice.

Tato práce by mohla přispět ke zvýšení informovanosti porodních asistentek v oblasti ošetrovatelské péče o ženu při porodu mrtvého plodu, aby se rodičkám kromě odborné péče o základní biologické potřeby dostalo adekvátní a respektující podpory i v psycho-sociální oblasti a aby se tak porodní asistentky staly kompetentními doprovázejícími osobami v tomto, pro ženu velmi náročném, životním období.

Klíčová slova: porodní asistentka, mrtvý plod, ošetrovatelská péče, rituál rozloučení

Abstract

Theoretical Foundations

Intrauterine fetal death is a serious medical and nursing problem. Midwives in the delivery room do not come across this diagnosis often, so the women in labour should be looked after by sufficiently experienced and educated midwives, who are well aware of the problem and are able to satisfy the needs of the woman in all its complexity. The theoretical part of the Study describes the causes of intrauterine fetal death, the symptoms, the complications, the diagnostical and therapeutical procedures and the prevention of intrauterine deaths in the next pregnancy. From the nursing point of view it describes midwives' care of women before delivery, in various stages of labour, in the puerperium and in the subsequent ambulant care with the focus on the importance of the parting ritual with the child and related psycho-social aspects of this problem. In addition, there is a chapter concerning the civil legal issues that arise from this situation.

Aims of the Study and Research Questions

The aim of this Bachelor's Case Study was to compare the nursing care of women who had stillbirth in selected hospitals, midwives' approaches, ways and means of saying goodbye to the child and determining the midwives' awareness of legal requirements that are related with the situation. The following research questions were put: question no.1 – How does the nursing care of women who have experienced stillbirth differ in selected health facilities? Question no.2 - What are the possibilities for parents to say farewell to their dead child? Question no.3 - What knowledge do midwives at the selected sites have about the legal aspects that arise from stillbirth?

Methodology, the Research Group

Due to the character of the research questions a qualitative methodological approach was chosen. The research was conducted in the form of semi-structured non-directive interviews with a small group of respondents without claim to statistical representativeness. The results of the interviews were processed, analyzed in detail and subsequently arranged into schemes with descriptions. The research group of this survey consists of eight respondents. The respondents work as midwives in five different healthcare institutes, namely two University Hospitals, one regional hospital and two district hospitals. The respondents were selected on condition that they have worked in the delivery room and have experience with the care of women that have had stillbirth.

Results

Through research investigation, insight was conducted into the topic of midwives' care of women that have experienced stillbirth during which various aspects of nursing issues were monitored, with a focus on the parting ritual with the child and the capabilities of each of the monitored sites. There was an effort to map the awareness of midwives regarding the burial of the child, its naming and maternity benefits.

It was possible after completing this research to answer the first research question with the conclusion that midwives' nursing care of woman with stillbirth is in all the facilities comparable. The midwife monitors the status of woman in labour and the development of the labour. The effort to ensure the woman's privacy, where ever possible, is apparent everywhere, the partner's presence is also allowed everywhere; according to the respondents there is also focus on good analgesia in all workplaces. All midwives emphasized an empathetic and sensitive approach to the woman. With respect to the second research question, it was found that parting with the child is almost in no monitored workplace the same. The midwives at most places do not actively offer the farewell ritual with the child to the woman, although they give this ritual great importance. In some places the child is taken away immediately, without the possibility

for its mother to see it. Only in one workplace the midwives offer and allow the parents the farewell ritual with their child. Midwives see the problem as a lack of communication with the mother, in not enough awareness, and do express their willingness for improvement. In the answer to the third research question it was found that midwives' awareness of civil legal formalities is not too high. Almost all respondents knew about the option to name and bury the stillborn child, however, the awareness of midwives of maternity benefits and death allowance is not sufficient.

Conclusion

The results of the research show that it is important to focus on raising the awareness of midwives in the care of a woman who have experienced stillbirth. As a solution I would therefore suggest to organize a seminar on this topic, where the midwives familiarize themselves with appropriate approaches to women in labour, with the possibilities of communication, how to support the women, and the entire parental couple in this situation, about the importance of the farewell ritual with the child regarding the further course of mourning, about the possible ways of this ritual, about the importance of its active offering by midwife, about the possible memorial object of the child, such as photography for example, about the information about the rights of parents to bury their child, name it, about maternity benefits, and last but not least, how to handle the mental stress they are exposed to in the care of the such women. Another good way to inform midwives and ensure that they have the opportunity to continuously return to the information, is to create a training leaflet that summarizes the basic and essential facts related to this issue.

This Study could contribute to raising the awareness of midwives in the field of nursing care of women who have experienced stillbirth, in order that the women in labour do not receive only professional care of basic biological needs but also receive adequate support and respect in the psycho-social field, and so that midwives become competent accompanying persons in this very challenging time of life for the women.

Keywords: midwife, dead fetus, nursing care, farewell ritual

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 6.5.2013

Lenka Černá

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat své vedoucí práce PhDr. Drahoslavě Filausové za cenné rady a všem porodním asistentkám, které se podílely na výzkumné části, za trpělivost.

Obsah

Úvod	13
1 Současný stav	14
1.1 Perinatální mortalita.....	15
1.2 Příčiny nitroděložního úmrtí plodu.....	15
1.3 Příznaky a komplikace nitroděložního úmrtí plodu.....	17
1.4 Diagnostický a terapeutický postup u ženy s nitroděložním úmrtí plodu.....	18
1.5 Prevence nitroděložního úmrtí plodu v dalším těhotenství.....	20
1.6 Ošetrovatelská péče o ženu s nitroděložním úmrtím plodu.....	21
1.6.1 Ošetrovatelská péče před porodem a v první době porodní.....	22
1.6.2 Ošetrovatelská péče o ženu ve druhé době porodní.....	24
1.6.3 Ošetrovatelská péče o ženu ve třetí a čtvrté době porodní.....	24
1.6.4 Ošetrovatelské péče o ženu v šestinedělí.....	25
1.6.5 Ošetrovatelská péče o ženu v ambulantní péči.....	26
1.7 Občansko-právní náležitosti porodu mrtvého plodu.....	27
2 Cíle práce a výzkumné otázky	29
3 Metodika	30
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4 Výsledky	32
5 Diskuse	55
6 Závěr	65
7 Literatura	67
8 Klíčová slova	71
9 Přílohy	72

Úvod

Porod mrtvého plodu je náročná situace v první řadě pro matku dítěte, ale i pro ošetřující personál, hlavně pro porodní asistentku, která je s rodičkou v nejužším kontaktu. Přesto právě na porodní asistentce velmi záleží, jak se žena s tragickou událostí začne vyrovnávat a jak toto období zvládne.

S touto diagnózou se porodní asistentky na porodním sále nesetkávají tak často, proto je třeba, aby o rodičku pečovaly dostatečně vzdělané a zkušené porodní asistentky, které se v dané problematice orientují, dokáží se vcítit do situace ženy a současně jsou schopné uspokojovat veškeré její potřeby.

Komplexní ošetrovatelská péče o rodičku se syndromem mrtvého plodu by měla začít již při sdělení diagnózy. V období od oznámení diagnózy do vlastního porodu by měla porodní asistentka poskytovat rodičce ale i otci dítěte trvalou podporu. Součástí péče porodní asistentky na porodním sále o ženu při porodu mrtvého plodu je ale nejenom psychická podpora, ale i sledování průběhu porodu, zdravotního stavu ženy a efektivní tlášení bolestí. Porodní asistentka by si také měla být vědoma důležitosti rituálu rozloučení se s dítětem a jeho významu pro proces truchlení. I po porodu je důležitá psycho-sociální péče o rodičku a podávání informací, a to nejen na porodním sále, ale i následně na lůžkovém oddělení a v ambulantní péči.

Cílem této práce je porovnat ošetrovatelskou péči o ženy při porodu mrtvého plodu ve vybraných porodnicích, přístupy porodních asistentek, možnosti a způsoby rozloučení se s dítětem a zjistit informovanost porodních asistentek o občansko-právních aspektech této problematiky.

1 Současný stav

Nitroděložní úmrtí plodu je závažný lékařský i ošetrovatelský problém. Mrtvorozenost zahrnuje úmrtí plodu v těhotenství a během porodu. Bohužel ani při nejlepší péči o těhotné tomuto nelze zcela zabránit. (1, 2)

Určení hranice porodu a potratu je důležité pro celostátní i mezinárodní ukazatele, které hodnotí péči o těhotnou ženu, rodičku a novorozence. S účinností zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který nově upravuje oblast zdravotnické problematiky, došlo ke zrušení řady původních právních předpisů, které definovaly potrat a porod živého nebo mrtvého dítěte. Současné definice vycházejí z mezinárodních doporučení.

Podle této nové definice se porodem rozumí ukončení těhotenství narozením živého či mrtvého dítěte. Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení či vynětí plodu z matčina těla, bez ohledu na délku trvání těhotenství, pokud plod projevuje alespoň jednu ze známek života, a to dýchání, srdeční činnost, pohyb kosterního svalstva nebo pulsace pupečníku, bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen.

Mrtvě narozeným dítětem se rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500g a více. Pokud nelze porodní hmotnost určit, pak je hranice 22. dokončený týden těhotenství. Pokud nelze určit délku těhotenství, pak se musí jednat o plod nejméně 25 cm dlouhý, měřeno od temene hlavy k patě. (3) Vzhledem k této nové definici činí mrtvorozenost za rok 2012, dle Sekce perinatální medicíny ČGPS (Česká gynekologicko-porodnická společnost), 3,9 promile. (4)

Významný pojem je také syndrom mrtvého plodu. O syndromu mluvíme proto, že při zjištění mrtvého plodu a jeho porodu mohou nastat komplikace, které závažně ohrožují zdravotní stav i život matky. Pod tento syndrom zařazujeme všechna úmrtí v těhotenství a za porodu, kdy se narodí plod o hmotnosti vyšší než 500g bez známek života. Mrtvorozené plody, které zemřely za porodu, se řadí mezi úmrtí intrapartální. (1)

1.1 Perinatální mortalita

Další důležitý termín je perinatální mortalita, která vyjadřuje počet zemřelých plodů (novorozenců) na 1000 živě narozených a uvádí se v promile. Skládá se ze dvou komponent, a to z mrtvorozenosti a z časně perinatální úmrtnosti. Mrtvorozenost zahrnuje intrauterinní úmrtí antepartální a intrapartální a jedná se o všechny plody bez známek života (akce srdeční, dýchací pohyby, aktivní pohyb kosterního svalstva, pulsace pupečníku) s porodní hmotností 500g a více. (1, 5) Do časně novorozenecké úmrtnosti jsou zařazováni všichni novorozenci zemřelí do 7 dnů po porodu. (5) Perinatální mortalita v České republice za rok 2012 je 4,9 promile. (4)

Perinatální úmrtnost je mezinárodně uznávaným kritériem kvality péče o těhotnou a novorozence. Od konce druhé světové války dochází ke stálému snižování perinatální mortality v ČR. První pokles byl zaznamenán do roku 1955, kdy došlo ke snížení perinatální úmrtnosti o 50 % jako důsledek organizačních opatření v péči o matku a dítě, jako bylo zřízení prenatalních poraden, převedení téměř všech porodů do porodnic, předání péče o novorozence neonatologovi a postgraduální výchova lékařů a ošetrovatelského personálu. Druhý pokles perinatální úmrtnosti nastal v polovině 70-tých let. O něj se zasloužilo zavádění přístrojové techniky do porodnictví, zřizování neonatologických center a diferencovaná péče o těhotné. Poslední pokles je patrný na přelomu 80-tých a 90-tých let, který je způsoben dalším propracováním a zaváděním do praxe diferencované péče o riziková těhotenství a o patologického novorozence. (5)

1.2 Příčiny nitroděložního úmrtí plodu

I přes pokrok v prenatalní diagnostice jsme schopni jen v některých případech velmi závažných patologií předvídat intrauterinní smrt plodu, jako při závažných vrozených vývojových vadách plodu. Většinou ale k tomuto dochází neočekávaně, kdy nejsme schopni žádnou diagnostickou metodou riziko odhalit, například strangulaci pupečníkem. (6)

Příčiny úmrtí plodu se za posledních 30 let změnily. V současnosti zaznamenáváme již jen velmi ojediněle úmrtí v průběhu porodu, a to díky monitorovací technice. S rozvojem diagnostických možností se snížila i úmrtnost na Rh izoimunizaci. Stále se však nedaří snížit antenatální úmrtnost plodů v případech rozvinuté intraamniální infekce a v případech spojených s abrupcí placenty. K intrauterinnímu úmrtí plodu dochází ve většině případů náhle. Ve 20-50 % se příčina smrti s jistotou nedá prokázat. Příčiny můžeme rozdělit na příčiny ze strany matky, ze strany plodu a příčiny placentární a pupečnickové. (1)

Mezi příčiny nitroděložního úmrtí plodu ze strany matky patří závažná celková onemocnění, často spojená s vlastní graviditou a porodem: preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom, diabetes mellitus, nefropatie, hepatopatie, kardiopulmonální a kardiovaskulární choroby, antifosfolipidový syndrom, abúzus léků a drog, septikémie, malnutrice, polytraumata, šokový stav a krvácení matky. (1, 2)

Do kategorie příčin úmrtí ze strany plodu řadíme strukturální malformace, kde jsou nejvíce zastoupeny malformace CNS (centrální nervový systém), chromozomální aberace, vrozené vady metabolismu, fetopatie, vznikající například při syfilitidě či toxoplazmóze, imunní a non imunní hydrops, fetofetální transfuze u dvojčat, zejména monozygotních a monochoriálních, dále infekce, nejčastěji jako infekce ascendentní z urogenitálního traktu, méně transplacentárně. Bakteriální infekce mohou způsobovat chorioamnionitis či deciduitis až nekrózu a předčasné odloučení placenty. Další příčinou mohou být patogeny sexuálně přenosné, jako jsou Chlamydie, Mykoplasmata, Ureaplasmata a bakteriální vaginóza. Antropozoonózy, se dnes vyskytují jako příčina úmrtí plodu výjimečně. Častěji se ale setkáme s infekcemi virovými. Intrauterinní infekce je zde spojena se zánětlivým onemocněním placenty, s trombózou placentárních cév, vývojem hydropsu plodu a antenatálním úmrtím. (1, 2, 7)

Mezi příčiny intrauterinního úmrtí plodu vznikající z poruch placenty patří placentární insuficience spojená s nitroděložní růstovou retardací plodu, placenta praevia, abrupce placenty, infekce a nádory placenty.

Pupečnickové komplikace jsou torze pupečníku, strangulace kolem krku, trupu a končetin plodu, pravé uzly, trombóza pupečnickových cév, výhřez pupečníku, vasa praevia, fetomaternální krvácení a nádory pupečníku. (1)

1.3 Příznaky a komplikace nitroděložního úmrtí plodu

Intrauterinně odumřelý plod je závažná diagnóza, kterou stanovuje lékař na základě chybění srdeční činnosti plodu. Většinou žena sama přichází na vyšetření do gynekologické ordinace nebo do nemocnice z důvodu snížení frekvence až úplného chybění pohybů plodu, často po stadiu křečovitých záškubů. Někdy může mít sama pocit, že něco není v pořádku nebo se jen necítí moc dobře. Může být unavená, ochabuje napětí v prsou, stěžuje si na nechutenství, nevěli. Někdy se přidává nauzea a řada jiných nespecifických příznaků. Děloha se nezvětšuje, ale naopak zmenšuje, ubývá plodové vody. Mohou být subfebrilie, výtok, krvácení, kontrakce, později i subikterus. (1, 6, 8)

Objektivně porodní asistentka zjišťuje nepřítomnost ozev plodu stetoskopem, dopplerovým snímačem či CTG (kardiokografie). Hlavním diagnostickým prostředkem je ultrazvuk, kterým prokazujeme asystolii, dilataci srdce a nulovou pohybovou aktivitu plodu. Pokud je plod mrtvý déle než týden, na ultrazvukovém obraze je možno vidět střechovité překrývání lebečních kostí tzv. Spaldingovo znamení a porušené držení plodu. Při amnioskopickém vyšetření lékař zjistí masově červeně až hnědě zbarvenou plodovou vodu. Hladiny estriolu klesají. (1, 2, 9, 10)

V souvislosti s nitroděložním úmrtím plodu hrozí vznik závažných komplikací. Může se rozvinout DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie), kdy dojde k vyplavení tkáňového faktoru do krevního oběhu matky a aktivaci plazmatického koagulačního systému. K vlastnímu vyplavení tkáňového faktoru dochází pravděpodobně při zvýšeném intraamniálním tlaku při autolytických procesech a porušení uteroplacentární bariéry. Dalším rizikem je vznik intraovulární infekce až sepse, která může vést až k septickému

šoku. Na základě toho se může rozvinout i porucha koagulace. Proto je vždy nutná antibiotická profylaxe. A v neposlední řadě hrozí riziko při vlastním onemocnění matky, které vedlo k úmrtí plodu. Nejčastěji se jedná o těžkou preeklampsii, HELLP syndrom, hepatorenální selhání, kardiovaskulární či kardiopulmonální selhání. (1)

1.4 Diagnostický a terapeutický postup u ženy s mrtvým plodem

O nitroděložním úmrtí plodu lékař informuje nejenom matku, ale i manžela, partnera či nejbližší příbuzné, pokud si to žena přeje. Po stanovení diagnózy je nutné přistupovat k rodičce a celému rodičovskému páru ohleduplně a citlivě. Těhotnou s diagnózou mrtvého plodu je třeba ihned odeslat k hospitalizaci, jsou-li přítomny příznaky počínající komplikace, je vhodné odeslat těhotnou přímo do perinatologického centra. (1, 11)

Po přijetí těhotné ženy do porodnice je nutné provést vyšetření, která doporučuje Hájek. Jedná se o změření fyziologických funkcí: TK (krevní tlak), P (pulz), TT (tělesná teplota), zevní a vnitřní porodnické vyšetření, USG (ultrasonografie) vyšetření, kdy dojde k potvrzení diagnózy, z laboratorních vyšetření pak krevní obraz, hemokoagulační vyšetření, jaterní testy, ledvinné funkce, ionty, glykémie, CRP (C-reaktivní protein), TORCH (toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes virus), vyšetření na syfilis, dále vyšetřujeme krevní skupinu matky a protilátky, nepřímý Coombsův test, vyšetření na trombofilii, antifosfolipidové protilátky. Zároveň se objedná krev k eventuálnímu podání transfuze. Při vnitřním vyšetření odebere lékař stěry z hrdla a pochvy na bakteriologickou kultivaci. Při příjmu je vhodné zajistit i EKG (elektrokardiografie) a interní vyšetření. (1)

Dále je třeba provést určitá profylaktická opatření, jejichž význam spočívá v zabránění vzniku komplikací, které by mohly až ohrozit život matky. Pro zamezení vzniku DIC je nutno aplikovat nízkomolekulární heparin. Jako prevenci vzniku a rozvoje infekce musíme ihned podat širokospektrá antibiotika. Vždy by měla být zajištěna možnost podání transfúze. (1, 2, 12)

Preindukci či indukci porodu zahajujeme po ATB (antibiotika) profylaxi a miniheparinizaci, případně po úpravě hemokoagulačních parametrů, nehrozí-li nebezpečí z prodlení. Pokud je to možné, snažíme se vyhnout císařskému řezu. Při nezralém a nepřipraveném hrdle děložním přichází v úvahu v rámci preindukce použití intracervikálních laminárií, např. Dilapan. (1, 5, 12)

Indukce porodu je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem vaginálního porodu. Indukce porodu mrtvého plodu zpravidla probíhá snadněji a rychleji než indukce porodu s živým plodem. Mezi farmakologické metody indukce porodu patří aplikace prostaglandinů ve formě gelu nebo tablet do hrdla děložního. Pokud je hrdlo děložní prostupné a jsou podmínky pro klasickou indukci dirupcí vaku blan, volíme ji raději než indukci prostinovou. Po dirupci můžeme pokračovat infuzí s oxytocinem. (1, 5, 12)

Primárně je snaha vést porod s mrtvým plodem vaginální cestou. Po začátku pravidelné děložní činnosti je vhodné po domluvě s rodičkou aplikovat PDA (peridurální analgésie), dále je možné využít účinku spasmolytik, menších dávek opiátů či sedativ. Ve druhé době porodní by se měl porodník snažit vést porod bez epiziotomie. Indikace ke zmenšovacím operacím z důvodu mrtvého plodu nemá v moderním porodnictví místo. Pouze u urgentních stavů, např. úrazů s masivní abrupcí placenty, nebo pokud by nastala při vaginálním vedení akutní situace, jako je např. silné krvácení z důvodu abrupce, kdy je ohrožení matky bezprostřední, je nutné indikovat i v případě mrtvého plodu porod císařským řezem. Plod a placentu je třeba rodit jako jeden celek, bez přerušení pupečníku. Po celou dobu porodu by se měl o rodičku starat pouze jeden zkušený porodník a jedna porodní asistentka, kterým žena věří a kteří jsou schopni důvěryhodně komunikovat. (1, 9, 13)

Pokud dojde k odumření jednoho plodu u vícečetné gravidity, je nutno postupovat přísně individuálně, a to podle možné vyvolávající příčiny a podle gestačního stáří. U monozygotních dvojčat musíme provést primární císařský řez z důvodu více než 50% rizika úmrtí i druhého dvojčete. U dizygotních dvojčat je možné volit konzervativní postup za pečlivého sledování hemokoagulačních faktorů, CTG a USG kontroly růstu a průtoků

pupečníkem u živého dvojčete. Při známkách ohrožení těhotenství ukončujeme okamžitě císařským řezem. (1, 2)

K porodu je volán pediater, který provede prohlídku mrtvého plodu, vyplní List o prohlídce zemřelého a zajistí jeho předání. Někdy již pečlivé prohlédnutí porozeného plodu může naznačit možnou příčinu úmrtí. Také je možné přibližně odhadnout, podle stupně autolýzy kůže a orgánů plodu, tzv. macerace, dobu úmrtí plodu. Také na placentě můžeme najít změny vedoucí k úmrtí plodu a dále změny vzniklé sekundárně po smrti plodu, které jsou patrné po 5-6 dnech. K průkazu infekční příčiny nitroděložního úmrtí se provádí stěr na kultivaci z placentárního povrchu a blan. Pediater také odebere kultivaci z povrchu a vývodných ústí plodu. (1)

U dětí mrtvě narozených je vždy nutné provést patologicko-anatomickou pitvu a to nejdříve za 2 hodiny potom, co lékař zjistil úmrtí. (14) K pitvě se spolu s plodem současně odesílá i placenta. Pokud je podezření, že úmrtí plodu vzniklo v souvislosti s diagnostickým či terapeutickým výkonem či je podezření z úmyslného zavinění matkou nebo zanedbáním péče zdravotnickým personálem, je vhodné si vyžádat pitvu soudní. Stanovení příčiny nitroděložního úmrtí plodu je základním předpokladem k úspěchu v dalším těhotenství, proto je velmi důležitá spolupráce s dalšími odborníky. (1, 7, 11)

1.5 Prevence nitroděložního úmrtí plodu v dalším těhotenství

Každé těhotenství, které následuje po porodu mrtvého plodu, je rizikové. Udává se až zdvojnásobené riziko předčasného porodu, zvýšení četnosti abnormalit CTG při porodu a zvýšené riziko operačního porodu. Riziko opakování nitroděložního úmrtí je asi 7 %, s variabilitou dle příčiny. Také jakékoliv vícečetné těhotenství představuje vyšší riziko náhlého úmrtí jednoho z plodů oproti jednočetné graviditě. Úmrtí jednoho z plodů a viabilita druhého je indikací k ukončení těhotenství císařským řezem. Pokud by se jednalo o další těhotenství s monozygotními dvojčaty, je riziko úmrtí jednoho nebo obou

plodů významně zvýšené a to až o 50 %. Doporučuje se tedy proto intenzivní sledování a po 32. týdnu ukončení těhotenství císařským řezem. Při této péči klesá riziko perinatálního úmrtí na 8 %. Riziko je zvýšené také u prodloužené gravidity nad 41. týden těhotenství, rizikový je i vyšší věk matky, zejména nad 40 let. U některých onemocnění matky, lze-li těhotenství vůbec připustit, je nutná kompenzace stavu před otěhotněním a pečlivá dispenzarizace. Proto je velmi důležitá spolupráce s internistou. Farmakologická léčba přichází v úvahu u antifosfolipidového syndromu a u trombofilií matky. V případě nitroděložního úmrtí plodu pod vlivem genetické poruchy, kongenitální malformace a někdy i z nezjištěné příčiny je indikováno genetické vyšetření před a během následujícího těhotenství. Prenatální diagnostika by pak měla být pečlivě zvažována v interdisciplinární spolupráci gynekologa a klinického genetika. Těhotnou v termínu porodu je vhodné hospitalizovat, denně monitorovat životní projevy plodu pomocí CTG a 1-2krát týdně provést ultrazvukovou flowmetrii. A při známkách hrozící hypoxie zavčas ukončit těhotenství císařským řezem. (1, 7, 10, 15)

1.6 Ošetrovatelská péče o ženu s nitroděložním úmrtím plodu

K perinatálnímu úmrtí dochází v naprosté většině případů náhle a nečekaně. A přestože těhotná může mít již při příchodu do zdravotnického zařízení pocit, že něco není v pořádku, na tuto diagnózu není připravena. Péče porodní asistentky o ženu by měla začít již od oznámení diagnózy. Diagnózu nitroděložního úmrtí plodu sděluje ženě vždy lékař. Je vhodné zajistit, aby byl přítomen i partner těhotné ženy. Svůj význam má i to, jakým způsobem a v jakém prostředí jsou informace poskytovány. Po sdělení diagnózy by žena neměla zůstat sama a měla by dostat prostor k projevení svých emocí. (9)

Úkolem porodní asistentky při příchodu těhotné na porodní sál je zjištění aktuálního stavu ženy a založení dokumentace. Porodní asistentka vypisuje porodopis, anamnéza se upřesní doplněním údajů, uvedených v těhotenském průkazu. Rodiče změní fyziologické funkce: TK, P, TT. Dále asistuje při zevním a vnitřním porodnickém vyšetření a náběru

kultivací z pochvy a hrdla děložního. Dle ordinace lékaře porodní asistentka odebere ženě krev, zajistí řádné označení zkumavek, vyplnění žádanek a transport do laboratoře. Také zajistí natočení EKG a interní konzilium. (2, 5)

Součástí ošetrovatelské péče již při příjmu by měl být citlivý a otevřený přístup porodní asistentky. Rodička, která přišla s odumřelým plodem z domova je přístupnější pomoci a většinou navazuje s personálem dobrý kontakt. Pokud došlo k úmrtí plodu přes veškerou péči během hospitalizace, pak žena z tohoto stavu viní zdravotníky, nikomu nedůvěřuje, je plná hněvu a snaží se co nejdříve z nemocnice odejít. Pak je vhodná přítomnost prostředníka, nejlépe psychologa, který by rodičům naslouchal a poskytoval oporu. (8)

Při péči o ženu s porodem mrtvého plodu se porodní asistentka setkává s řadou ošetrovatelských diagnóz, které s touto problematikou souvisejí. Jak uvádí Marečková, tyto diagnózy vycházejí z taxonomie NANDA (Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy) a jsou zahrnuty v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz. Jedná se o aktuální a potencionální ošetrovatelské problémy. (16) (viz Příloha 1)

1.6.1 Ošetrovatelská péče o ženu před porodem a v první době porodní

Ženu s mrtvým plodem by porodní asistentka měla umístit nejlépe do samostatného pokoje, případně na porodní box, který je stranou od ostatních, aby rodička nebyla rušena běžným provozem porodního sálu a pláčem novorozenců. Ideální je trvalá přítomnost partnera či manžela ženy. Často se stává, že rodička svoji situaci odmítá přijmout, což svědčí o obranném psychickém mechanismu popření, většinou se nachází ve fázi šoku, zděšení, paniky a bezradnosti. Někdy může žena po počáteční fázi šoku cítit i vztek na své mrtvé dítě. Pokud porod nezačal samovolně, je vyvoláván medikamentózně. Rodička často nechápe, proč je lepší vyvolat spontánní porod, chtěla by to už mít za sebou, nejlépe císařským řezem. (8) Než dojde k indukci porodu, měli by mít rodiče dostatek času se s touto situací vyrovnat. I zde je prostor pro porodní asistentku, aby ženě podávala

informace a pomohla jí, aby se s tímto smířila. (17) Je nutné si uvědomit, že jde o jinou situaci, než při úmrtí dříve žijícího jedince. Předcházejí mu intenzivní pocity spojené s očekáváním nového života, kdy dítě žilo ve fantazii rodičů, měli s ním určité plány do budoucna. Hroutí se i přesvědčení o vlastní plodivé schopnosti a vynořují se pocity viny. (18) Ratislavová uvádí, že pokud je to možné, tak ještě před porodem by porodní asistentka měla společně se ženou naplánovat průběh porodu. Měla by také rodičku seznámit s možností rozloučení se s dítětem. Toto rozloučení má velký význam pro následující proces truchlení. Tento proces je o to obtížnější, pokud neexistuje žádný skutečný objekt truchlení, protože dítě nikdy nežilo mimo dělohu a nevztahují se k němu žádné vzpomínky, které by pomohly. Je horší, když je dítě z porodního sálu ihned po porodu odneseno a žena ani doprovod jej nevidí. Žena pak může trpět představou, že její dítě bylo živé, slyší je plakat apod. Přesto by ale porodní asistentka neměla ženu k ničemu nutit. Úkolem porodní asistentky je poskytnout informace, nabídnout alternativy, vlastní rozhodnutí je ale vždy na rodiče. (8)

Ošetrovatelská péče o ženu na začátku porodu a v první době porodní ovšem zahrnuje i sledování fyziologických funkcí. TK, P a TT kontroluje porodní asistentka po 2 hodinách, sleduje také pravidelnost a intenzitu kontrakcí děložních, kdy došlo k odtoku plodové vody, jaká byla její kvalita a množství, zda žena nekrvácí, jaký je porodnický nález, měla by si všimnout i celkového fyzického stavu ženy, případné nauzey, zvracení, zda rodička spontánně močí, jak zvládá bolestivost kontrakcí a jaká je účinnost analgésie. (19)

Tlumení bolestí v průběhu první a druhé doby porodní je jeden z důležitých úkolů při péči o ženu při porodu mrtvého plodu. Je samozřejmě možné využít i nefarmakologických metod, jako je hydroterapie, masáže, nacházení úlevových poloh, ale často je po domluvě s rodičkou přistoupeno přímo k aplikaci peridurální analgésie, která patří mezi nejúčinnější metody v ovlivnění bolestí za porodu. Další možností je užití spasmolytik, opiátů, anxiolytik a sedativ. (5) Součástí ošetrovatelské péče je i pečlivá dokumentace všech provedených zásahů a výkonů. (19)

1.6.2 Ošetrovatelská péče o ženu ve druhé době porodní

I během druhé doby porodní kontroluje porodní asistentka celkový stav ženy, fyziologické funkce, pravidelnost a intenzitu kontrakcí, krvácení a postup hlavičky porodními cestami. Dále porodní asistentka připravuje sterilní stolek a pomůcky, upravuje také prostředí, kdy je ideální tlumené osvětlení, klid a přítomnost pouze nejnútnejšího personálu. Po celou dobu porodní asistentka ženu podporuje, uklidňuje a informuje o krocích, které budou následovat. Nabádá k relaxaci mezi jednotlivými kontrakcemi a vysvětluje techniku správného tlačení při kontrakci. V závěru druhé doby porodní ukládá rodičku na porodní lůžko. (19)

Porod by měl vést lékař. Při prořezávání hlavičky chrání hráz, a pokud to není nezbytně nutné, tak epiziotomii neprovádí. Plod i placentu by měl porodit jako jeden celek, bez přerušení pupečníku. K porodu je volán neonatolog, který ohledá mrtvý plod. (1)

1.6.3 Ošetrovatelská péče o ženu ve třetí a čtvrté době porodní

Třetí doba porodní trvá asi 5-10 min za předpokladu aktivního vedení, kdy porodní asistentka aplikuje intravenózně 2 j oxytocinu bezprostředně po porodu plodu. Díky aktivnímu vedení třetí doby porodní se snižuje možná krevní ztráta. Po porodu placenty zkontroluje porodník její velikost, celistvost a tvar, její fetální i mateřskou stranu, plodové obaly, pupečník, jeho stav, délku a úpon od placenty. Následuje revize porodních cest a ošetření případného porodního poranění. Porodní asistentka pak provede hygienickou očistu a uloží ženu do polohy na zádech. Rodičce změří TK, P a TT. Během následujících dvou hodin po porodu je nutné kontrolovat krvácení, pohmatem výšku děložního fundu a první močení po porodu. (19)

Po porodu mrtvého plodu by měla porodní asistentka dodávat rodičům odvalu, aby své dítě viděli, chvíli podrželi, dali mu jméno, rozloučili se s ním, uspořádali pohřeb. (8)

Porodní asistentka by si také měla být vědoma toho, že každý rituál zklidňuje emotivně vypjatou situaci. (20) V některých zemích západní Evropy a Skandinávie je běžné, že rodiče mohou strávit při svíčkách chvíli se svým mrtvým dítětem, v klidném prostředí, mají možnost kontaktu s duchovním, dostávají fotografii dítěte, otisk jeho ručičky, nožičky nebo pramínek jeho vlásků. Takovéto rituály usnadňují uzavření celé události a umožňují započítí ozdravného procesu truchlení. (8) Poskytnutím empatie a naděje může porodní asistentka pomoci vyrovnat se s bolestnou událostí. (21) Z výzkumu Ratislavové vyplývá, že až z poloviny případů ženám není vůbec nabídnuta možnost své mrtvé dítě vidět, přičemž je samotné to ve chvíli ztráty ani nenapadlo. Nyní toho 70 % z nich lituje. Na druhou stranu, každý pár je jiný, má jiné strategie zvládnání těžké životní situace a tak nelze rutinně používat jen jeden vhodný přístup. Lépe je s klienty otevřeně hovořit, zodpovědět dotazy, nabídnout alternativy a nechat rodičům dostatek času na rozhodnutí, to pak respektovat a podpořit. (22)

Období porodu je významné tím, že proces truchlení právě začíná. V těchto chvílích je pro ženu porodní asistentka důležitou osobou, která může tento proces velmi ovlivnit. (23) Porodní asistentky však mohou mít tendenci se této úloze vyhýbat, protože jim přináší enormní psychickou zátěž, intenzivní emoční prožitky smutku spolu s rodinou, přímou konfrontaci se smrtí jako kontrastem zrození, pocity bezmocnosti a selhání. Tento nevědomý strach ze smrti se u zdravotníků může projevat vyhýbavým chováním, omezením kontaktu s rodičkou, neosobním přístupem k ní, zacházením s mrtvým plodem jako s věcí nebo únikem do nadměrné bezúčelné aktivity. Pokud je ale porodní asistentka schopna skutečného doprovodu rodiny s mrtvorozeným dítětem, vychází z této situace posílena zkušeností a dobrým pocitem, že pro ně udělala vše, co mohla. (8)

1.6.4 Ošetřovatelská péče o ženu v šestinedělí

Po porodu je vhodné ženu umístit na oddělení gynekologie, nejlépe na samostatný pokoj, kde jí bude umožněna trvalá přítomnost partnera, případně blízké rodiny. Základem

péče o šestinedělku je sledování změn v šestinedělí, kdy porodní asistentka kontroluje výšku děložního fundu, charakter a množství očístků, stav a hojení porodního poranění, stav prsů, fyziologické funkce, močení a stolici a celkový fyzický a psychický stav ženy. (19) Také zástava laktace patří do další péče o ženu. Podávají se antagonisté prolaktinu, prsy se mechanicky stahují a přikládají se ledové obklady. (2) Mnohé ženy po porodu ani neočekávají nástup laktace, když dítě zemřelo. Dochází k dezintegraci osobnosti ženy, poklesu sebevědomí a pocitu selhání v roli ženy a manželky. Je proto důležité ujištění a ocenění ženy porodní asistentkou, že při porodu zvládla svoji úlohu. (8) Při rozhovoru s šestinedělkou by se porodní asistentka měla soustředit na její pocity, ujistit ji, že to co cítí, je normální a přirozené. Měla by být trpělivá, vnímavá a schopná ženě naslouchat. (24)

Pro rodiče je potřebné ještě za pobytu v nemocnici sejít se s vedoucím lékařem a pediatrem a vysvětlit, co proběhlo špatně a později je i seznámit s výsledkem pitvy. Informovanost a soucitná péče jim dodává důvěru a pomáhá jim vyrovnat se s tragickou událostí. Vhodné je po několika týdnech rozhovor zopakovat, protože ve fázi šoku rodiče vnímají informace často zkresleně. Dostatečná a dobrá komunikace je základem péče o rodiče. (8)

1.6.5 Ošetřovatelská péče o ženu v ambulantní péči

Období po propuštění z nemocnice je obdobím akutního zármutku, projevujícím se bolestivým smutkem, epizodami touhy a hněvu provázené zoufalstvím a pláčem. Truchlící rodiče se mohou cítit velmi osamělí. Je pro ně těžké být v přítomnosti malých dětí či těhotných, nemohou sdílet se svými přáteli reakci na smrt. Během této fáze jsou obvyklé poruchy spánku, nechutenství, kolísání nálady, zhoršení paměti, pocit ztráty smyslu života, společenské uzavřenosti a problémy se soustředěním. Proces truchlení může trvat měsíce nebo i roky. (8) Rodiče, kterým se narodilo mrtvé dítě, mají tendenci na všechno zapomenout, potlačit veškeré vzpomínky na tento, pro ně nepříjemný, zážitek. Ovšem takový nezpracovaný a potlačovaný žal se může projevit mnohem později ve formě

patologického zármutku. (25) Vhodnou oporou pro rodiče v této situaci je odborná psychologická pomoc. Terapeut dokáže naslouchat, aniž by hodnotil, poskytuje oporu a poradenství a podporuje psychologický přístup. (8) Sedativa nejsou v této době doporučována, protože prožitý smutek a žal, netlumený medikamentózně, zmenšuje a především zkracuje dlouhodobé následky této tragické události. (13) Dále by porodní asistentka v ambulantní péči měla sledovat známky patologických reakcí, jako jsou útlum reakcí a potlačení emocí, deprese a těžké úzkosti, psychosomatické projevy, zneužívání alkoholu a drog, nepolevující zlost a prolongované truchlení a případně konzultovat s lékařem návštěvu specialisty. Odborná pomoc je často dlouhodobá, někdy dokonce vyžaduje podávání antidepressiv a psychiatrický dohled. (8)

Kromě odborné psychologické pomoci existuje pro rodiče i možnost zapojit se do svépomocné skupiny rodičů, kteří touto zkušeností také prošli. Jedná se o projekt Prázdna kolébka, v rámci občanského sdružení Dlouhá cesta. (26)

1.7 Občansko-právní náležitosti porodu mrtvého plodu

Právo mrtvě narozeného na pohřbení občanská společnost uznává a potvrzuje jako obecně platné. (27) Potřeba praktických informací o pohřbu je ale vysoká, a to i podle Haškovcové, protože člověk moderní doby se o „ takové věci“ nezajímá, dokud nemusí. Doporučuje proto nabídnout rodičům základní informace, týkající se pohřbu. (20) V současné době právní řád neukládá pohřbívání jako povinnost, proto tedy, pokud rodiče do 96 hodin od porodu neprojeví o pohřbení dítěte zájem, pak pohřeb zajišťuje obec, ve které k úmrtí došlo. Pokud však náklady hradí obec, nemají rodiče právo na vydání urny s popelem. (28) Ke zpopelnění dochází v krematoriu, se kterým má zdravotnické zařízení smlouvu. O možnosti pohřbu jsou většinou rodiče informováni bezprostředně po porodu. Je dobré je seznámit i s jejich zákonným nárokem na pohřebné, které náleží osobě, která vypravila pohřeb nezaopatřenému dítěti. Nárok na pohřebné vzniká dnem pohřbení. Výše pohřebného činí 5000 Kč a vyplácí se jednorázově. O tento příspěvek vypravitel pohřbu

žádá na příslušné OSSZ (Okresní správa sociálního zabezpečení) spolu s vyplněným tiskopisem a fakturou vystavenou pohřebním ústavem. Na nárok na dávku nemá vliv příbuzenský ani jiný vztah k zemřelému. (29)

Nárok na porodné žena, která porodila mrtvé dítě, nemá. (29) Zato je jí poskytována peněžitá pomoc v mateřství, v tomto případě po dobu 14. týdnů. Vyplácí se za kalendářní dny a její výše je 70% denního vyměřovacího základu. Na tento příspěvek má žena nárok, pokud v posledních dvou letech byla účastna alespoň po dobu 270 dní nemocenského pojištění. Žádost o peněžitou pomoc v mateřství vydává ošetřující gynekolog a tu pak žena předává svému zaměstnavateli, který ji odesílá příslušné OSSZ. (30)

Narození mrtvého dítěte je povinen oznámit poskytovatel zdravotnických služeb, v jehož zdravotnickém zařízení byl porod ukončen, matričnímu úřadu, a to nejpozději do tří pracovních dnů. Do knihy narození se zapisuje jméno a příjmení dítěte, den, měsíc a rok narození, místo narození a pohlaví dítěte. Zápis se provede na základě písemného prohlášení o narození dítěte. Po narození mrtvého dítěte se vystavuje rodný list, úmrtní list se nevystavuje. Dítěti se nepřiděluje rodné číslo, a pokud rodiče nejsou manželé, nelze k dítěti určit otcovství. V případě, že je určeno před narozením dítěte, je neplatné, tudíž otec dítěte není do matriky zapsán. Je vhodné rodiče po porodu poučit, že mají možnost své dítě pojmenovat. Stejně jméno pak může mít i následující živě narozené dítě. (31)

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je porovnat ošetrovatelskou péči o ženy při porodu mrtvého plodu ve vybraných porodnicích, přístupy porodních asistentek, možnosti a způsoby rozloučení se s dítětem a zjistit, jaká je informovanost porodních asistentek o právních náležitostech, které s touto situací souvisejí. Byly položeny následující výzkumné otázky:

1. Jak se liší ošetrovatelská péče o ženy při porodu mrtvého plodu ve vybraných porodnických zařízeních?
2. Jaké jsou na těchto pracovištích možnosti, aby se rodiče rozloučili s mrtvým dítětem?
3. Jaké mají porodní asistentky na vybraných pracovištích informace o sociálně-právních aspektech, které vyplývají z porodu mrtvého plodu?

3 Metodika

Vzhledem k charakteru výzkumných otázek a po pečlivém rozboru problému byl k výzkumu zvolen kvalitativní metodologický přístup. Kvalitativní výzkum je založen na mnohostranné analýze významů kvalitativních záznamů, na předpokladu dostatečné znalosti daného problému a na schopnosti umět rozlišovat, srovnávat a hledat významné souvislosti. (32) Účelem této práce bylo zjišťování kvality a úrovně ošetrovatelské péče porodních asistentek ve vybraných porodnicích o rodičku s mrtvým plodem.

Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena kvalitativní metoda polostrukturovaného nedirektivního rozhovoru. Rozhovory, které byly vedeny s porodními asistentkami, byly anonymní a byly zaznamenávány pomocí audiotechniky. Na úvod byly řazeny otázky, které se týkají věku porodní asistentky, délky praxe na porodním sále a ukončeného vzdělání v tomto oboru, jakožto základní identifikace pro další rozhovor. Další otázky byly připraveny pouze rámcově, kdy se rozhovory dále rozvíjely podle respondentek. (viz Příloha 2) Audiozáznamy byly později doslovně přepsány.

Písemné záznamy byly v rámci výzkumu podrobně prostudovány. Analýza dat byla prováděna vyhodnocováním jednotlivých rozhovorů aplikací metody kódování, kdy byly zaznamenávány veškeré zmínky respondentek o daném kódu, či zda byl daný kód zmíněn. Z jednotlivých textů tak byly vyvozeny dílčí poznatky, které byly dále srovnávány a vysvětlovány. Pro lepší přehlednost pak byly podstatné údaje řazeny do schémat, spolu s popisem výsledku a citacemi respondentek.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

V rámci kvalitativního výzkumu probíhaly rozhovory s malým souborem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost. Výzkumný soubor tohoto šetření tvoří osm porodních asistentek z porodních sálů pěti různých pracovišť, které mají zkušenosti s péčí

o ženu při porodu mrtvého plodu. Čtyři respondentky mají vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., jedna absolvovala vyšší odbornou školu s titulem Dis. a tři respondentky mají středoškolské vzdělání s dvouletým nástavbovým studiem a ukončené PSS (pomaturitní specializační studium) Péče o ženu v patologických stavech v gynekologii a porodnictví.

Výzkumné šetření probíhalo během února a března 2013 v pěti zdravotnických zařízeních. Zdravotnické zařízení A: jedná se o fakultní nemocnici s počtem porodů 3500 za rok. Zdravotnické zařízení B: jedná se o okresní nemocnici s počtem porodů 500. Zdravotnické zařízení C: jedná se o okresní nemocnici s počtem porodů 400. Zdravotnické zařízení D: jedná se o fakultní nemocnici s počtem porodů 1200. Zdravotnické zařízení E: jedná se o krajskou nemocnici s počtem porodů 2200. Počet porodů je uveden za rok 2012.

4 Výsledky

Rozhovory byly vedeny s celkem osmi porodními asistentkami z pěti porodnic. Na úvod rozhovoru bylo položeno několik identifikačních otázek, které objasňují profesní situaci respondentek.

Respondentka 1 pracuje na porodním sále zdravotnického zařízení A, je jí 36 let, v oboru porodní asistence má ukončené vysokoškolské vzdělání s titulem Bc, její praxe na porodním sále je 14 let a o ženu s diagnózou nitroděložního úmrtí plodu pečovala.

Respondentka 2 pracuje také na porodním sále zdravotnického zařízení A, je jí 44 let, v oboru porodní asistence má ukončené dvouleté pomaturitní nástavbové studium a PSS Péče o ženu v patologických stavech v gynekologii a porodnictví, její praxe na porodním sále je 24 let a o ženu s diagnózou nitroděložního úmrtí plodu pečovala.

Respondentka 3 pracuje na porodním sále zdravotnického zařízení B, je jí 40 let, v oboru porodní asistence má ukončené vysokoškolské vzdělání s titulem Bc, její praxe na porodním sále je 11 let a o ženu s diagnózou nitroděložního úmrtí plodu pečovala.

Respondentka 4 pracuje na porodním sále zdravotnického zařízení C, je jí 38 let, v oboru porodní asistence má ukončené dvouleté pomaturitní nástavbové studium a PSS Péče o ženu v patologických stavech v gynekologii a porodnictví, její praxe na porodním sále je 12 let a o ženu s diagnózou nitroděložního úmrtí plodu pečovala.

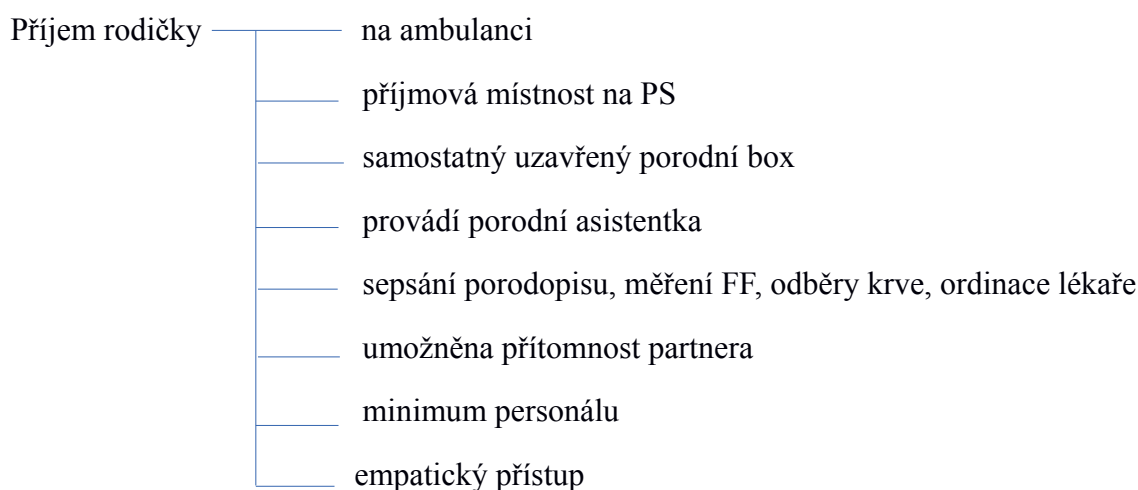
Respondentka 5 také pracuje na porodním sále zdravotnického zařízení C, je jí 31 let, v oboru porodní asistence má ukončené vysokoškolské vzdělání s titulem Bc, její praxe na porodním sále je 8 let a o ženu s diagnózou nitroděložního úmrtí plodu pečovala.

Respondentka 6 pracuje na porodním sále zdravotnického zařízení D, je jí 32 let, v oboru porodní asistence má ukončenou vyšší odbornou školu s titulem Dis, její praxe na porodním sále je 6 let a o ženu s diagnózou nitroděložního úmrtí plodu pečovala.

Respondentka 7 pracuje na porodním sále zdravotnického zařízení E, je jí 52 let, v oboru porodní asistence má ukončené dvouleté pomaturitní nástavbové studium a PSS Péče o ženu v patologických stavech v gynekologii a porodnictví, její praxe na porodním sále je 22 let a o ženu s diagnózou nitroděložního úmrtí plodu pečovala.

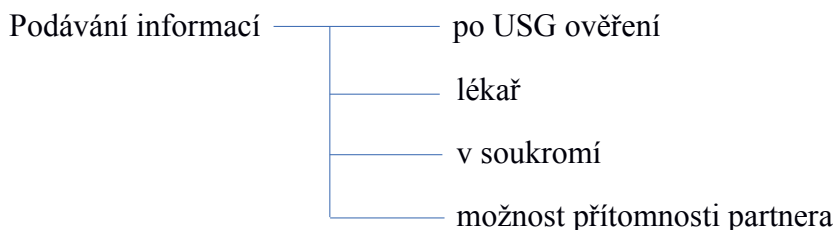
Respondentka 8 pracuje na porodním sále zdravotnického zařízení E, je jí 27 let, v oboru porodní asistence má ukončené vysokoškolské vzdělání s titulem Bc, její praxe na porodním sále je 6 let a o ženu s diagnózou nitroděložního úmrtí plodu pečovala.

Schéma 1 Příjem ženy s diagnózou nitroděložního úmrtí plodu



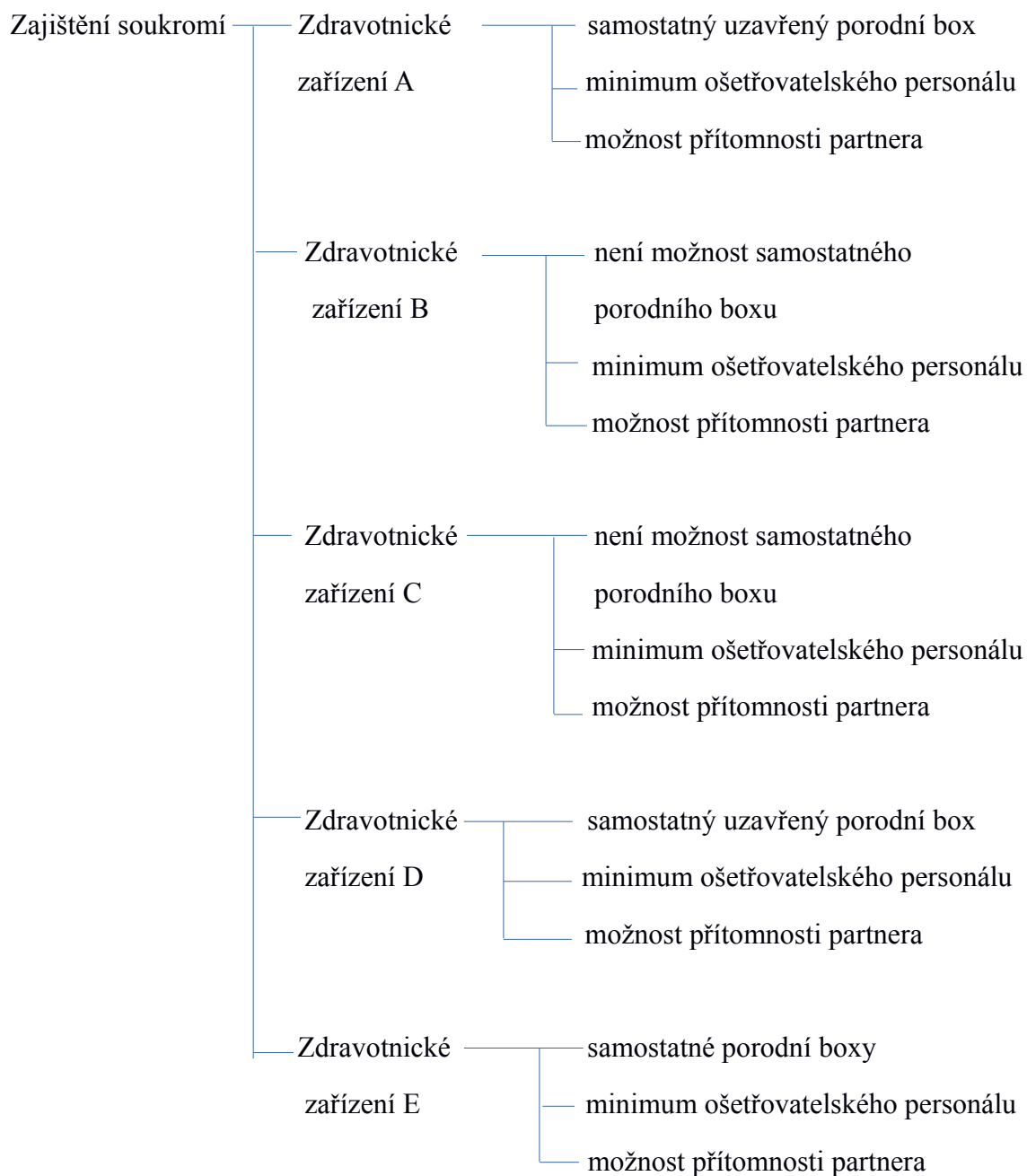
Příjem ženy s diagnózou mrtvého plodu je na všech sledovaných pracovištích v podstatě totožný. Probíhá na porodním sále, kde porodní asistentka sepisuje se ženou porodopis, měří jí FF, odebírá krev a plní další ordinace lékaře. Pouze ve zdravotnickém zařízení D, jak uvedla respondentka 6, sepisuje porodní asistentka porodopis již na ambulanci. Všechny respondentky také zmiňují citlivý, empatický a tolerantní přístup k rodičce. Na všech pracovištích může být po celou dobu příjmu přítomen partner rodičky. Dále z odpovědí respondentek vyplynulo, že hlavně na větších pracovištích typu zdravotnického zařízení A, D a E je snaha o to, aby o rodičku pečovalo minimum zkušeného personálu, nejlépe jedna porodní asistentka a jeden lékař. Jak poznamenává respondentka 2: „*O ženu se stará vždy jen jedna zkušená porodní asistentka, mladé porodní asistentky nebo studentky k ní vůbec nepouštíme.*“ Ve zdravotnickém zařízení A mají možnost samostatných porodních boxů. Respondentka 1 říká: „*Výhodou našeho pracoviště jsou samostatné, uzavřené porodní boxy, takže příjem i porod probíhá v téže místnosti.*“ Stejně tak uvádí respondentka 6 ze zdravotnického zařízení D, že i na jejím pracovišti je k dispozici samostatný porodní pokoj. V ostatních porodnicích probíhá příjem v přijímací místnosti u porodního sálu, potom je žena uložena buď na těhotenský pokoj, nebo na porodní sál.

Schéma 2 Podávání informací v případě nitroděložního úmrtí plodu za hospitalizace



Pokud dojde k nitroděložnímu úmrtí plodu v průběhu hospitalizace, pak informace sděluje vždy pouze lékař po USG ověření. Na tom se shodlo všech osm respondentek. Na všech pracovištích je také snaha o to, aby byly informace podávány v soukromí, v klidném prostředí a ženě je nabízena možnost zavolat si partnera. Respondentka 7 říká: „*Ženu informuje vždy lékař, je snaha o šetrný přístup, dává ženě prostor pro vyjádření emocí k přijetí reality.*“

Schéma 3 Zajištění soukromí rodičky na jednotlivých pracovištích



Zajistit úplné soukromí pro ženu při porodu mrtvého plodu lze pouze na některých pracovištích. Jak uvedly respondentky 1 a 2, ve zdravotnickém zařízení A toto není problém, jelikož na porodním sále jsou všechny porodní boxy samostatné a uzavřené. Přesto ale, jak říká respondentka 2, „ *Není tento stav ideální, protože je někdy slyšet z jiného porodního boxu pláč novorozence.*“ Dále obě respondentky shodně uvedly, že o ženu se zde stará vždy pouze jedna porodní asistentka a jeden lékař a pokud si žena přeje, může s ní být po celou dobu pobytu na porodním sále její manžel či partner.

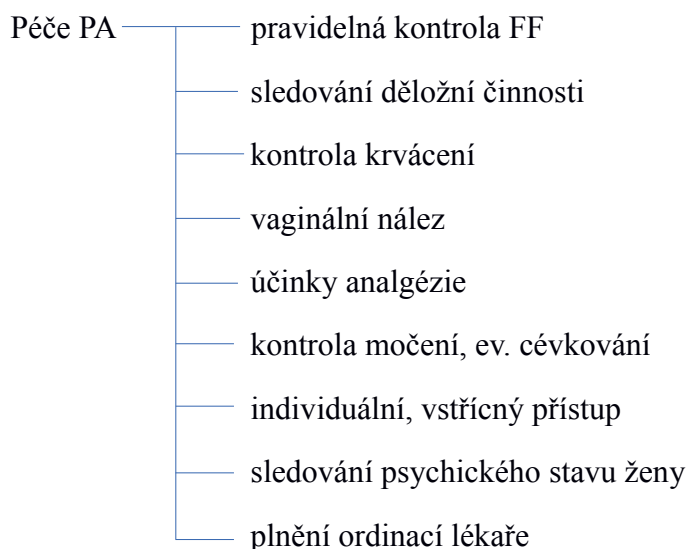
Respondentka 3 ze zdravotnického zařízení B odpověděla, že stavební uspořádání jejich porodního sálu rodiče zabezpečit soukromí neumožňuje. O ženu se zde stará jedna porodní asistentka a jeden lékař. Přítomnost partnera u porodu je možná.

Respondentky 4 a 5 ze zdravotnického zařízení C uvádějí, že ani na jejich porodním sále nelze pro rodičku zajistit samostatný uzavřený pokoj. O ženu se zde stará jedna porodní asistentka a jeden lékař. Přítomnost partnera u porodu je možná, ovšem respondentka 5 se s ním ve své praxi ještě nesetkala.

Na porodním sále zdravotnického zařízení D mají možnost ženu umístit do samostatného uzavřeného porodního pokoje. Jak odpověděla respondentka 6: „ *Na našem porodním sále máme jeden samostatný porodní pokoj, kam ženu s touto diagnózou ukládáme přednostně.*“ O ženu se zde stará jedna porodní asistentka a jeden lékař. Přítomnost partnera u porodu je možná.

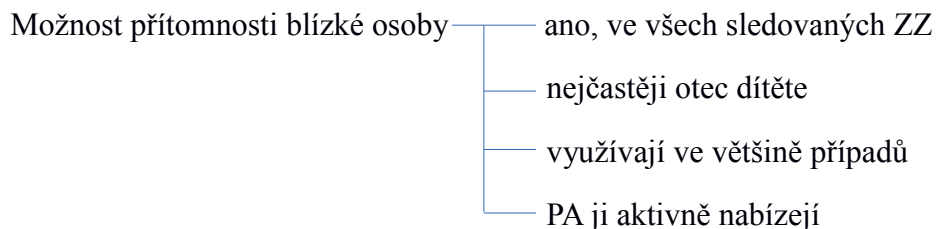
Respondentky 7 a 8 ze zdravotnického zařízení E uvádějí, že na jejich porodním sále nelze pro rodičku zajistit samostatný uzavřený pokoj, pouze samostatný porodní box. Jak říká respondentka 7: „ *Soukromí zajistit lze, ale s obtížemi.*“ O ženu se zde stará jedna porodní asistentka a jeden lékař. Přítomnost partnera u porodu je možná.

Schéma 4 Péče o ženu s nitroděložním úmrtím plodu během porodu



Péče o ženu při porodu mrtvého plodu se dle informací všech osmi respondentek v jednotlivých zařízeních v podstatě neliší. Respondentky uvádějí pravidelnou kontrolu FF, sledování děložní činnosti, kontrolu krvácení, sledování vaginálního nálezu, zda a do jaké míry účinkuje analgézie, jestli rodička spontánně močí, ev. ji dle potřeby vycévkují. Jak uvedla respondentka 6 „ *Péče je stejná jako o fyziologickou rodičku, jen se nekontrolují ozvy plodu.*“ Ovšem všechny respondentky zdůraznily péči o psychiku ženy, citlivý a empatický přístup a význam dobré analgézie. Respondentka 8 říká: „ *Porodní asistentka o ženu pečuje šetrně a empaticky, důležitá je psychická podpora, výhodou jsou větší možnosti použití analgetik, opiátů a epidurální analgézie.*“

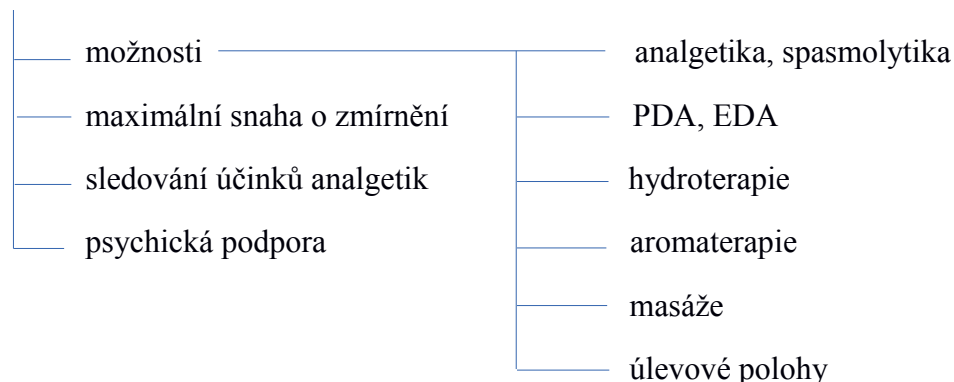
Schéma 5 Možnost přítomnosti blízké osoby při porodu



Ve všech sledovaných zdravotnických zařízeních umožňují přítomnost blízké osoby. Samy porodní asistentky (PA) tuto možnost ženám aktivně nabízejí a ve většině případů ji rodičky také využijí. Nejčastěji je porodu přítomen otec dítěte. Pouze respondentka 3 odpověděla: „ *S přítomností otce u porodu mrtvého plodu jsem se ještě nesetkala.* “

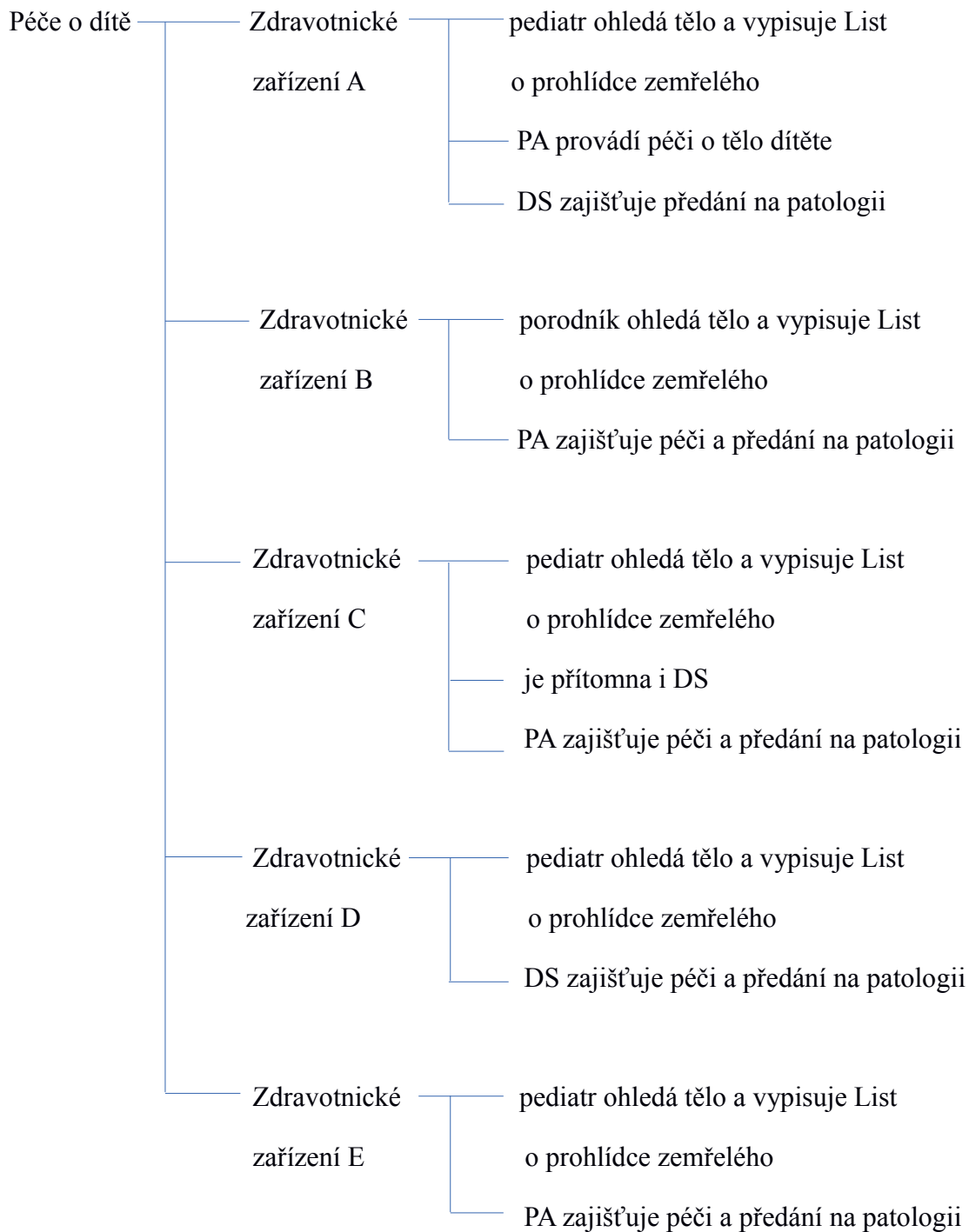
Schéma 6 Péče o bolest u rodičky při porodu mrtvého plodu

Péče o bolest



Snahu o zmírnění bolestí rodičky uvedlo jako důležitou součást péče o ženu všech osm respondentek. Jak říká respondentka 1: „ *Analgézie je nabízena co nejdříve, aby bylo trauma z porodu co nejmenší.* “ Z odpovědí respondentky 3 ze zdravotnického zařízení B a respondentek 4 a 5 ze zdravotnického zařízení C vyplývá, že na jejich pracovišti nelze vždy zajistit aplikaci epidurální (EDA) či peridurální (PDA) analgézie. Respondentky 1 a 2 ze zdravotnického zařízení A používají jako doplňkovou metodu analgézie i aromaterapii. Co se týká hydroterapie jako analgetické metody při porodu, respondentky 1 a 2 ze zdravotnického zařízení A uvádějí možnost využití vany nebo sprchy s teplou vodou, na ostatních pracovištích mají k dispozici pouze sprchu. Masáže, jako úlevu od bolestí, doporučuje všech osm respondentek. Jak říká respondentka 5: „ *Masáže jsou vhodné i proto, aby se zapojil otec u porodu.* “ Také úlevové polohy jsou vhodné pro úlevu od bolestí, navrhuje je všech osm respondentek. Možnost využití gymnastického míče mají na všech pracovištích. Respondentka 6 říká: „ *Na našem porodním sále mají rodičky k dispozici i žebřiny a žíněnku, takže si můžou najít polohu, která jim alespoň na chvíli uleví.* “ Kromě toho, že všechny respondentky považují tlumení bolestí při porodu mrtvého plodu za jednu z priorit péče o ženu, respondentky 1, 7 a 8 navíc uvedly, že součástí péče o bolest by měla být i psychická podpora rodičky a jak říká respondentka 7: „ *Už jen samotná přítomnost porodní asistentky může pomoci, aby se žena zklidnila a lépe snášela bolesti.* “

Schéma 7 Zajištění péče o mrtvorozené dítě



Ve zdravotnickém zařízení A, dle respondentky 1 a 2, péči o mrtvorozené dítě po porodu zajišťuje porodní asistentka, která je po porodu přebírá od porodníka, osuší a po ohledání pediatrem zváží, změří a zabalí do zavinovačky. Pokud si rodiče přejí, mohou se s dítětem rozloučit. Následně si ho přebírá dětská sestra (DS), která zodpovídá za jeho předání na patologii.

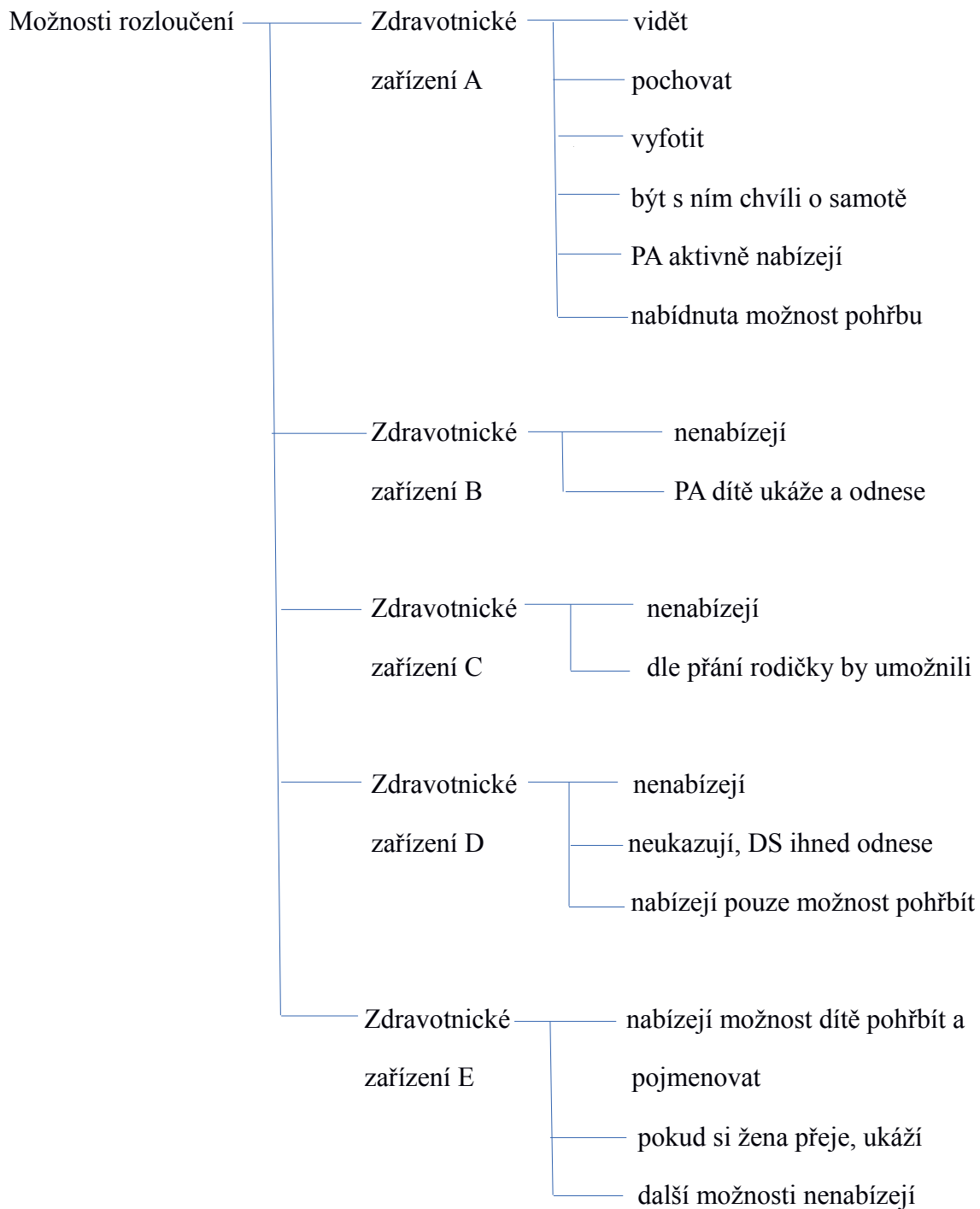
Ve zdravotnickém zařízení B, podle respondentky 3, vykonává ohledání těla dítěte porodník, porodní asistentka pak provádí veškerou péči o tělo novorozence včetně zajištění jeho transportu na patologii.

Ve zdravotnickém zařízení C je porodu přítomen pediatr i dětská sestra, ale následnou péči provádí porodní asistentka. Jak říká respondentka 5: „ *K porodu voláme pediatra i dětskou sestru, ale další péče o tělo dítěte, včetně zařizování přepravy na patologii k pitvě, tak to je na porodní asistentce.* “

Ve zdravotnickém zařízení D, jak uvádí respondentka 6, je k porodu také volán pediatr spolu s dětskou sestrou, která si dítě přebírá od porodníka. Další péče o tělo je pak prováděna na novorozeneckém oddělení, odkud se zabezpečuje i převoz těla na patologii.

Ve zdravotnickém zařízení E tělo ohledává také pediatr, poté ho předává porodní asistentce. Respondentka 7 říká: „*Porodní asistentka dítě zváží, změří, určí pohlaví a zabalí.* “ Také na tomto pracovišti porodní asistentka zajišťuje jeho přepravu na patologii.

Schéma 8 Možnosti rozloučení se s dítětem



Možnosti rozloučení s dítětem, které jsou matce, případně rodičům, nabídnuty, se liší podle jednotlivých pracovišť. Jak odpověděly respondentky 1 a 2 ze zdravotnického zařízení A, na tomto pracovišti porodní asistentky samy nabízejí rodičům možnost se s dítětem rozloučit, většinou se s nimi domlouvají již během porodu, aby měl pár čas na rozmyšlenou. Respondentka 2 říká: *„Je jim nabídnuto, zda ho chtějí vidět, pokud ano, dá se jim zabalené pochovat a pokud chtějí, mohou s ním být i o samotě, což ale moc nechtějí. Mohou si ho také vyfotit.“* Pediatr se pak ještě ženy po porodu ptá, zda si bude přát své dítě pohřbít.

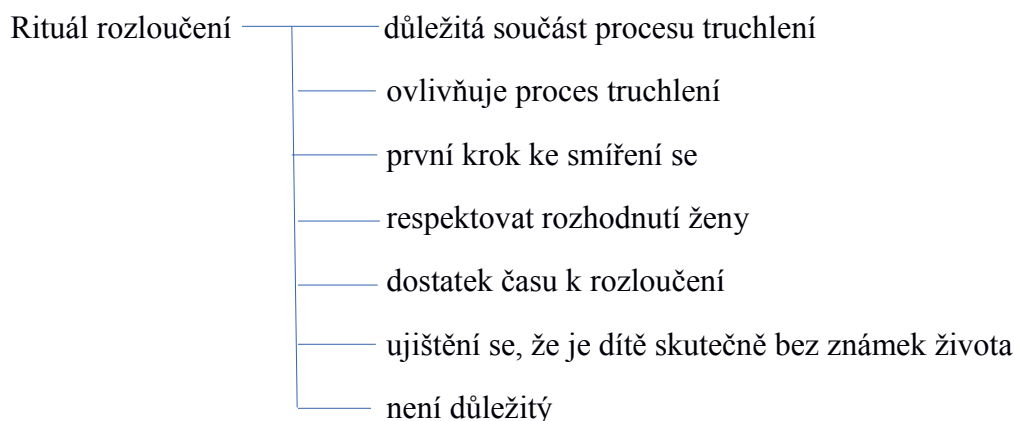
Respondentka 3 ze zdravotnického zařízení B uvádí, že na jejich pracovišti pouze dítě ukáží a odnesou, zmacerovaný plod neukazují vůbec. Ovšem, jak tvrdí: *„Porodní asistentky by možnost rozloučení s dítětem uvítaly. Bohužel to na našem pracovišti není zvykem.“*

Ve zdravotnickém zařízení C dítě také neukazují a hned ho odnesou. Respondentka 5 říká: *„Nevzpomínám si, že by tuto možnost někdy chtěly využít. Možná si to uvědomí až na oddělení, ale to už je pozdě.“* Aktivně však možnost rozloučení se s dítětem na tomto pracovišti nenabízejí.

Ve zdravotnickém zařízení D možnost rozloučení nenabízejí, dítě ani neukáží, jak uvádí respondentka 6: *„Rozloučení s dítětem nenabízíme, dětská sestra si ho hned po porodu odnáší. Pokud ho chtějí vidět, tak jedině až na patologii.“* Během porodu se pouze lékař ženy ptá, zda bude chtít dítě pohřbít.

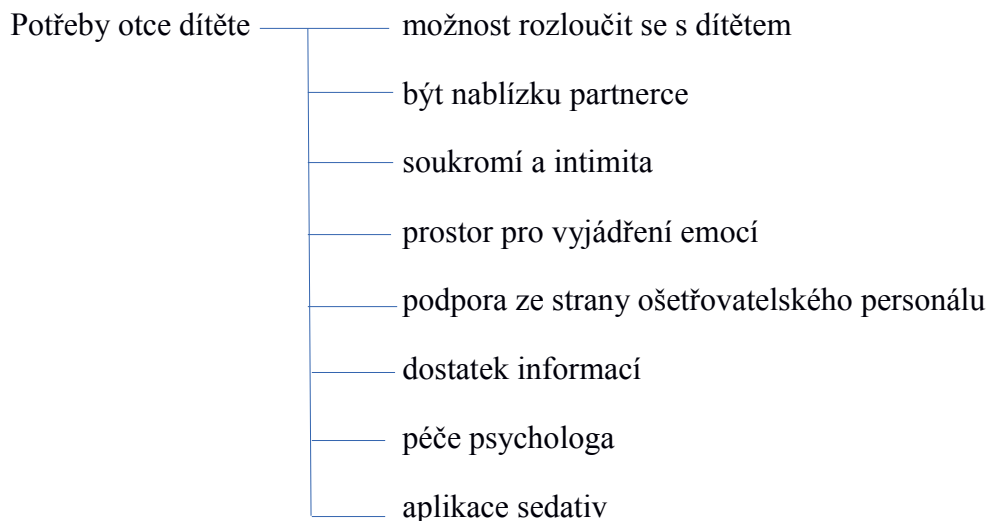
Ve zdravotnickém zařízení E je po porodu žena dotazována, zda dítě pojmenuje a zda bude chtít uspořádat pohřeb. Matka může své dítě i vidět, ale jak uvádí respondentka 8: *„Možnost vidět své dítě tu je, ale matka si musí zažádat sama, já jsem se s tím ještě nesetkala.“* Ani na tomto pracovišti porodní asistentky aktivně možnost rozloučení nenabízejí.

Schéma 9 Význam rituálu rozloučení vzhledem k procesu truchlení



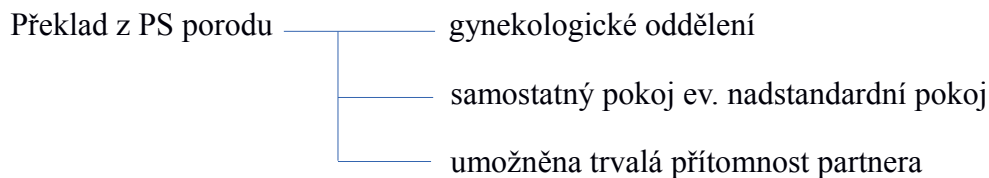
Téměř všechny respondentky považují rituál rozloučení s dítětem za velmi významný vzhledem k procesu truchlení. Respondentka 1 tvrdí: „*Považuji ho za naprosto zásadní krok, který ovlivní celý proces truchlení.*“ Respondentka 2 říká: „*Já si myslím, že rozloučení s dítětem má velký význam v tom, že matka vidí, že je novorozenec skutečně mrtvý a nemůže si pak představovat, že její dítě třeba dál žije, že slyšela jeho pláč.*“ Respondentka č. 1 si ovšem myslí, že na rozloučení se s dítětem potřebují rodiče dostatek prostoru. Uvádí: „*Z mého pohledu by rodiče měli mít k rozloučení dostatek času a možnost volby, zda dítě vidět, s odstupem i několika hodin po porodu.*“ Respondentka 7 uvádí, že žena by se měla sama rozhodnout, zda se chce se svým dítětem rozloučit: „*Rituál rozloučení je na každé ženě, nelze ji do ničeho nutit.*“ Respektovat přání ženy a dát jí dostatek času na rozhodnutí zdůrazňovala i respondentka 1 a 2. Pouze respondentka 8 odpověděla: „*Myslím si, že rituál není důležitý.*“

Schéma 10 Potřeby otce dítěte, resp. rodiny



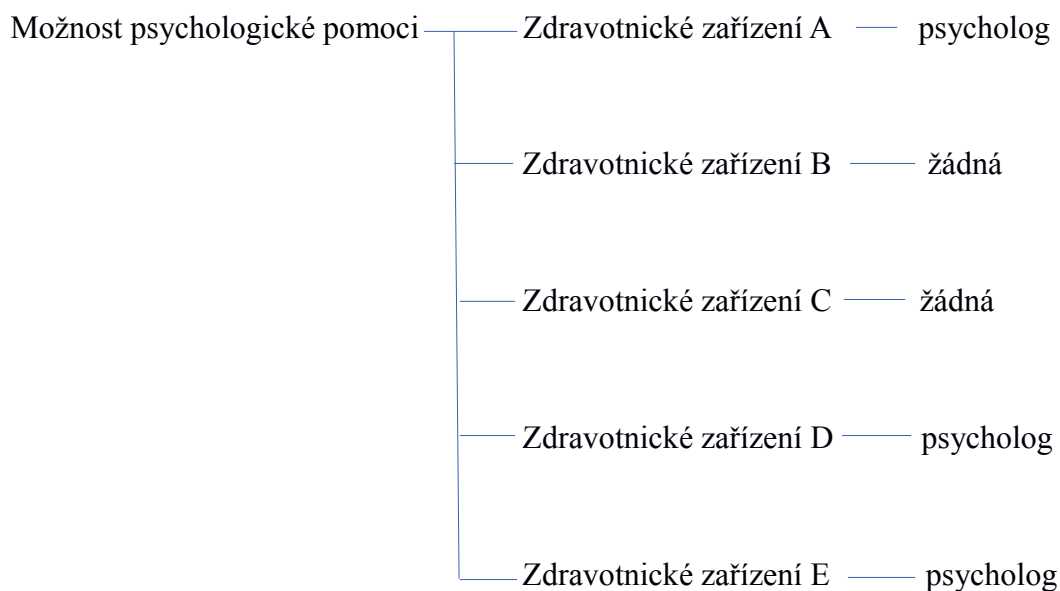
K potřebám otce dítěte, resp. rodiny, v této situaci se respondentka 1 vyjadřuje, že i otci dítěte by se mělo dostat podpory od ošetřujícího personálu. Jak říká: „ *V dnešní době je trend přítomnosti otců u porodu, takže se automaticky očekává, že tam s ní partner bude, očekává se od něj opora, ale někdy by ji sám potřeboval.* “ Respondentka 2 si myslí, že: „ *Partnera ženy bychom rozhodně neměly opomíjet, i on by měl mít možnost se s dítětem rozloučit a v případě potřeby mu nabídnout péči klinického psychologa.* “ Respondentky 3 a 8 se nad potřebami otce či rodiny vůbec nezamýšlely. Respondentka 4 říká: „ *Většinou jsou v šoku, důležitý je pro ně dostatek informací od lékaře.* “ Respondentka 7 předpokládá, že: „ *Pro otce u porodu je zásadní být nablízku partnerce, i on by měl mít dostatek prostoru pro prožití smutku a ošetřovatelský personál by to měl respektovat.* “ Dále respondentky zmiňovaly potřebu soukromí a intimity a v případě potřeby i aplikaci sedativ ke zklidnění.

Schéma 11 Příklad z porodního sálu po porodu



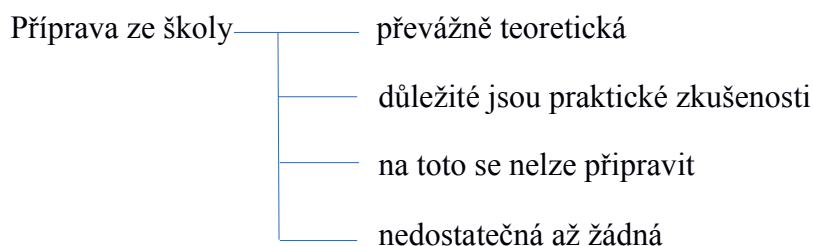
Po porodu mrtvého plodu je žena z porodního sálu obvykle překládána, jak uvedly respondentky 1, 2, 6, 7 a 8, na gynekologické oddělení. Respondentka 6 odpověděla: „Ukládáme ji na gynekologické oddělení, kde nejsou ani neděvky ani novorozenci, nejlépe na samostatný pokoj, kde může být po celou dobu přítomen i partner.“ Ve zdravotnickém zařízení C, jak uvedly respondentky 4 a 5, mají oddělení šestinedělí společné s gynekologií. Stejně tak ve zdravotnickém zařízení B, jak odpověděla respondentka 3. Respondentka 5 říká: „Proto se snažíme ženu uložit na samostatný pokoj, který je vzdálený od pokojů šestinedělek, aby neslyšela pláč novorozenců.“ I ostatní respondentky odpovídají, že je snaha ženu umístit buď na samostatný pokoj, nebo na nadstandard, kde umožňují trvalou přítomnost partnera a neomezené návštěvy. Ve všech sledovaných zdravotnických zařízeních má žena možnost, po domluvě s ošetřujícím lékařem a dle svého zdravotního stavu, být propuštěna do domácího ošetřování dříve než po uplynutí 72 hodin po porodu.

Schéma 12 Možnosti odborné psychologické pomoci



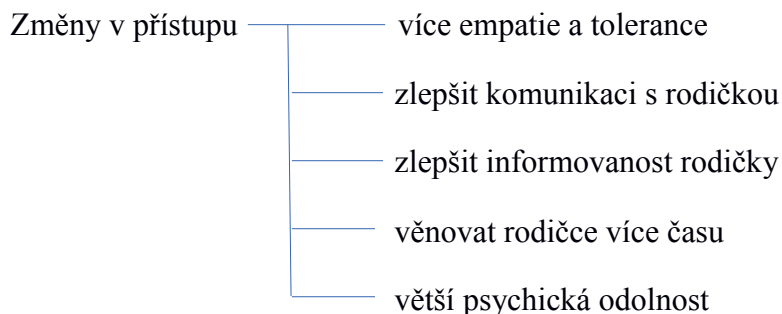
Možnosti odborné psychologické pomoci se liší podle jednotlivých pracovišť. Respondentky 1 a 2 ze zdravotnického zařízení A uvádějí, že v rámci jejich kliniky je v pracovní dny přítomna klinická psycholožka. Respondentka 2 říká: „ *V případě její nepřítomnosti lze zajistit psychologa z jiné kliniky.*“ Intervenci psychologa mohou dle potřeby zajistit i ve zdravotnickém zařízení D a E, jak uvedly respondentky 6, 7 a 8. Respondentka 3 ze zdravotnického zařízení B a respondentky 4 a 5 ze zdravotnického zařízení C odpověděly, že v jejich zdravotnickém zařízení není žádná psychologická pomoc dostupná.

Schéma 13 Příprava ze školy



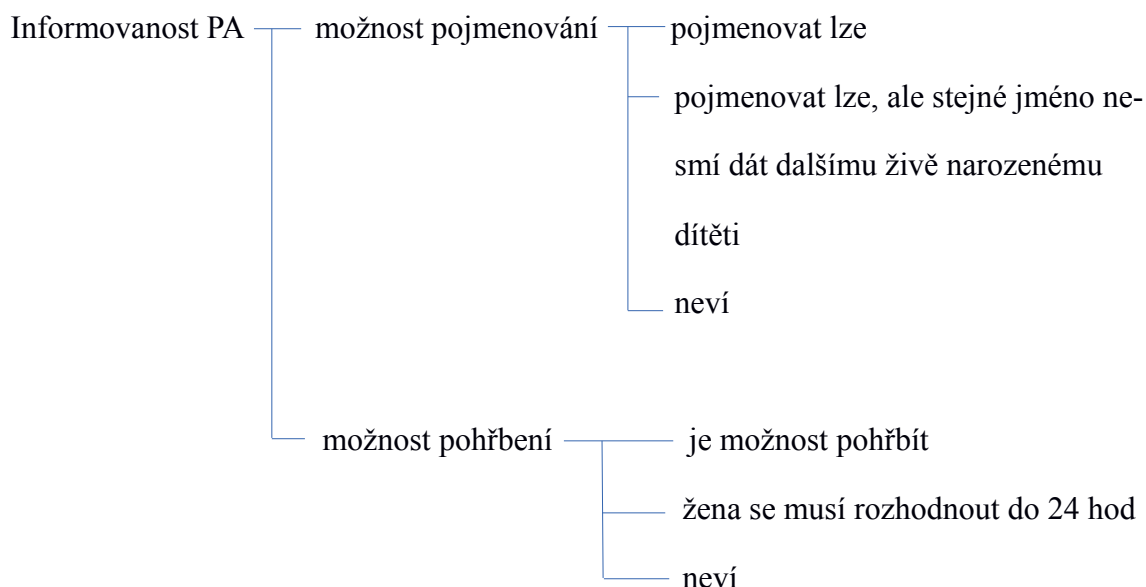
Respondentky 1, 3, 6 a 8 si myslí, že teoreticky je škola na tuto situaci připravila. Respondentka 8 říká: „*V rámci semináře jsme zkoušely rozhovor samy na sobě a snažily jsme se vžít se do role ženy.*“ Všechny se ale shodly na tom, že praxe je nakonec jiná a sebelepší příprava nenahradí zkušenosti, které lze získat až dlouholetou praxí. Respondentka 6 říká: „*Teoreticky ano, ale v této situaci jsou důležité zkušenosti, které člověk získá až v praxi.*“ Respondentka 2 si myslí, že na takovou situaci se ve škole připravit nelze. A respondentka 5 odpovídá: „*Teorie je vždy odlišná od praxe, na tuto situaci se úplně připravit nelze, v tomto směru považuji školní přípravu za nedostatečnou.*“ Respondentka 4 si také myslí, že ji škola na tuto situaci nepřipravila: „*Vzpomínám si, když jsem se s ženou s porodem mrtvého plodu setkala poprvé, nevěděla jsem, co mám dělat, byla jsem z toho psychicky špatná, natož pak utěšovat někoho dalšího.*“

Schéma 14 Změny v přístupu PA k rodičce do budoucna



Ohledně možných změn v přístupu k ženě s diagnózou mrtvého plodu odpověděly respondentky 1, 2, 4 a 7, že by jako porodní asistentky chtěly být v budoucnu vůči potřebám ženy více empatické a tolerantní. Respondentka 2 říká: „*Myslím si, že je důležité dát ženě najevo, že jste tu pro ni a že se na vás může s čímkoli obrátit.*“ Respondentka 3 odpověděla, že by se ráda zlepšila v komunikaci s rodičkou: „*Chtěla bych umět lépe mluvit s takto postiženou rodičkou, každý se spíš komunikaci vyhýbá, protože to je pro něj nepříjemné.*“ Také respondentka 1 by chtěla umět lépe s ženou komunikovat: „*Dokázat říci ve správnou chvíli to pravé, vhodné slovo, které by klientce pomohlo zvládnout její těžkou situaci.*“ Respondentka 8 si myslí, že je důležité, aby měla žena dostatek informací o všem, co se děje a co bude následovat. Respondentka 7 uvedla, že by ráda věnovala rodičce více času. Respondentka 2 se zaměřuje na svoji psychickou odolnost: „*Chtěla bych být psychicky silnější a odolnější vůči této náročné situaci.*“ Respondentka 6 by na svém přístupu k ženě nic neměnila, stejně tak uvádí respondentka 5: „*K rodičce v této situaci se chovám citlivě vždy, takže nemám co na svém přístupu měnit.*“

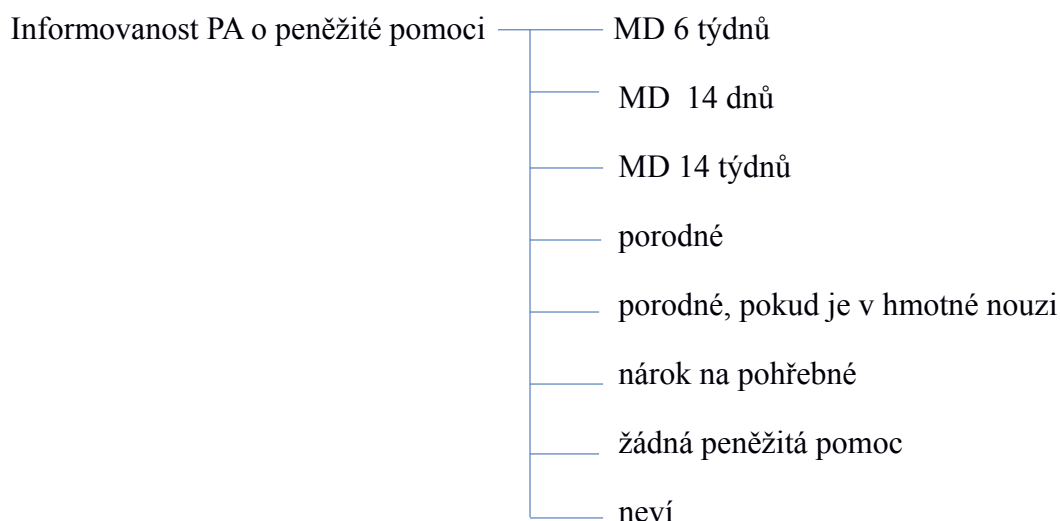
Schéma 15 Informace PA o možnosti pojmenování a pohřbení dítěte



Informovanost respondentek o možnosti pojmenování dítěte je poměrně vysoká. O tom, že dítě lze pojmenovat, věděly téměř všechny. Respondentka 5 říká: „ *O tom, že se dítě může pojmenovat, vím.*“ Respondentka 1 se domnívá, že rodiče dítě pojmenovat mohou, ale stejné jméno pak nesmí dát dalšímu živě narozenému dítěti. Pouze respondentka 6 uvedla, že o možnosti dítě pojmenovat neví.

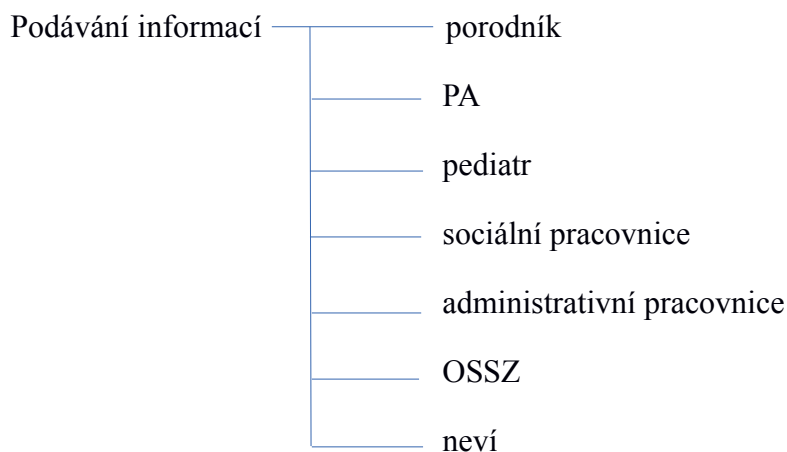
O možnosti rodičů své dítě pohřbít, věděly respondenty 1, 2, 4, 6, 7 a 8. Respondentka 8 říká: „ *Každé ženy se ptáme, jestli chce dítě pojmenovat a pohřbít.*“ Respondentka 7 odpověděla: „ *Možnost pohřbít tu je, ale nikdo ji nevyužívá.*“ Respondentky 1 a 2 uvedly, že na jejich pracovišti se ženy musí rozhodnout, zda své dítě budou chtít pohřbít, do 24 hod. Respondentky 3 a 5 o možnosti pohřbení nevěděly. Respondentka 5 odpověděla: „ *O možnosti pohřbení mám informace minimální, žena si většinou všechno uvědomí až na oddělení a to už jde mimo mě, takže nevím.*“

Schéma 16 Informovanost PA o peněžité pomoci pro ženu po porodu mrtvého plodu



Informace respondentek o peněžité pomoci pro ženu po porodu mrtvého plodu jsou velmi rozdílné. Pouze respondentka 1 věděla, že žena má nárok na mateřskou dovolenou (MD) po dobu 14. týdnů. Respondentka 4 odpověděla, že MD po porodu mrtvého plodu trvá 6 týdnů a že má žena nárok i na porodné: „*Domnívám se, že má nárok na porodné, dle zákona, a má nárok na zkrácenou mateřskou dovolenou, teď přesně ale nevím kolik týdnů, asi šest.*“ O nároku na pohřebné věděla pouze respondentka 2: „*Mají nárok na pohřebné, ale částku nevím.*“ Dále uvedla, že má žena nárok na MD v délce 14 dní. Respondentky 7 a 8 odpověděly, že má žena nárok na porodné, ale jen pokud je v hmotné nouzi. Respondentka 8 dále uvedla, že má nárok i na MD, ale nevěděla po jakou dobu. Respondentka 3 si myslí, že žena nemá nárok na žádnou peněžitou pomoc: „*Pokud je mi známo, tak žena po porodu mrtvého plodu nemá nárok na nic.*“ Respondentky 5 a 6 uvedly, že neví.

Schéma 17 Informace o možnosti pohřbu, pojmenování dítěte a o peněžité pomoci po porodu



Ve zdravotnickém zařízení A informace o možnosti pojmenování dítěte a o pohřbení dostává žena ještě na porodním sále od pediatra a od porodní asistentky, ostatní informace pak na oddělení od administrativní pracovnice, jak uvedly respondentky 1 a 2. Respondentka 1 si myslí, že jsou to pro ženu dostačující informace. Říká: „*Tyto informace žena dostává ještě na porodním sále od porodní asistentky, po porodu pak od dětské lékařky a od sekretářky, která se zabývá matrikou. Protože ale nemám zpětnou vazbu, tak jen doufám, že tyto informace jsou dostačující.*“ Respondentka 2 si naopak myslí, že informací v tomhle ohledu dostatek není: „*Domnívám se, že jsou tyto informace podávané ženě na našem pracovišti nedostačující.*“ Respondentka 3 ze zdravotnického zařízení B udává, že všechny tyto informace ženě poskytuje jejich sociální pracovnice a že jsou dostatečné. Respondentka 4 ze zdravotnického zařízení C odpověděla, že tyto informace žena dostane až po propuštění na Okresní správě sociálního zabezpečení a neví, do jaké míry jsou dostatečné. Respondentka 6 ze zdravotnického zařízení D uvedla, že informace o pohřbu ženě poskytuje na porodním sále lékař-porodník, dále nevěděla. Respondentky 7 a 8 ze zdravotnického zařízení E odpověděly, že na jejich pracovišti poskytuje ženě

informace porodní asistentka a porodník a obě si myslí, že jsou dostačující. Respondentka 7 říká: „ *Informace podává lékař a porodní asistentka, snažíme se, aby byly dostačující, pokud o to matka stojí, dostane se jí veškerých potřebných informací.*“ Respondentka 5 ze zdravotnického zařízení C nevěděla vůbec, kdo tyto informace podává.

5 Diskuse

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o ženu při porodu mrtvého plodu. Cílem bylo porovnat ošetrovatelskou péči ve vybraných porodnicích, přístupy porodních asistentek, možnosti a způsoby rozloučení se s dítětem a zjistit, jaká je informovanost porodních asistentek o sociálně-právních náležitostech, které s touto situací souvisejí. Výzkumným šetřením byly získány následující informace a poznatky.

Příjem ženy s diagnózou mrtvého plodu je na všech sledovaných pracovištích v podstatě totožný. (Schéma 1) Všechny respondentky, kromě jedné, uvedly, že příjem probíhá na porodním sále, kde porodní asistentka sepisuje se ženou porodopis, měří jí FF, odebírá biologický materiál a plní a zajišťuje další ordinace lékaře. Pouze ve zdravotnickém zařízení D sepisuje porodní asistentka porodopis na ambulanci. Všechny respondentky zmiňují citlivý a empatický přístup k ženě. Na všech pracovištích již při příjmu umožňují přítomnost partnera. Výhodou zdravotnického zařízení A jsou samostatné uzavřené porodní pokoje, kde může probíhat příjem a následně i porod. Jak říká respondentka 1: „ *Výhodou našeho pracoviště jsou samostatné, uzavřené porodní boxy, takže příjem i porod probíhá v téže místnosti.*“ Na ostatních porodních sálech probíhá příjem v přijímací místnosti a následně je žena uložena na těhotenský pokoj nebo na porodní sál.

Informace o nitroděložním úmrtí plodu podává ženě, případně jejímu partnerovi, na všech sledovaných pracovištích pouze lékař (Schéma 2), jak doporučuje také Hájek. (1) Všude se také personál snaží zajistit, aby byly informace podávány v soukromí, v klidném prostředí a ženě je nabízena možnost zavolat si partnera.

Co se týká možnosti soukromí rodičky během porodu (Schéma 1, 3, 5), jak již bylo zmíněno výše, ve zdravotnickém zařízení A jsou porodní pokoje samostatné uzavřené místnosti, kde je rodička od příjmu až do konce porodu. Možnost samostatného

uzavřeného porodního pokoje je i ve zdravotnickém zařízení D. Zde s ženou může být po celou dobu i její partner. Ve zdravotnickém zařízení B a C možnost samostatného porodního pokoje není. Stejně tak ve zdravotnickém zařízení E, ale zde mají k dispozici alespoň samostatné porodní boxy. Toto je dáno stavebním uspořádáním porodních sálů těchto zdravotnických zařízení, kde zajistit úplné soukromí rodičky, přes snahu personálu, bohužel úplně nelze. Na větších pracovištích typu zdravotnického zařízení A, D a E, s větším množstvím lékařského i ošetrovatelského personálu, je snaha o to, aby o rodičku pečovalo minimum osob, ideálně jedna zkušená porodní asistentka a jeden lékař. Respondentky z menších porodnic, kde na porodním sále obvykle slouží jen jedna porodní asistentka a jeden až dva lékaři, tento problém neuváděly. Přítomnost blízké osoby při porodu je možná ve všech zkoumaných zdravotnických zařízeních, nejčastěji se jedná o partnera či manžela rodičky. (Schéma 5) Porodní asistentky tuto možnost samy aktivně nabízejí a ve většině případů ji ženy také využívají. Ale, jak uvádí Ratislavová, přestože přítomnost otce dítěte při porodu se dnes bere jako samozřejmost a v této situaci se jeví jako obzvláště vhodná, porodní asistentka by měla respektovat i opačné rozhodnutí páru. (8)

Ošetrovatelská péče o ženu během porodu mrtvého plodu se v jednotlivých zařízeních téměř neliší (Schéma 4) a odpovídá péči o rodičku, kterou popisuje Slezáková (19), samozřejmě kromě kontroly ozev plodu. Pro všechny porodní asistentky je ovšem důležitý empatický přístup ke klientce, sledování jejího psychického stavu a účinné tlumení porodních bolestí. Tento názor vyjadřuje i respondentka 8, když říká: „ *Porodní asistentka o ženu pečuje šetrně a empaticky, důležitá je psychická podpora, výhodou jsou větší možnosti použití analgetik, opiátů a epidurální analgézie.*“ Součástí ošetrovatelské péče by měla být i dokumentace všech provedených zásahů a výkonů, ani jedna z respondentek však toto v rozhovoru nezmínila. Lze ovšem předpokládat, že vedení dokumentace je považováno za samozřejmost, kterou není nutno zdůrazňovat.

Jak uvedlo všech osm respondentek, důležitou součástí péče o rodičku je snaha o zmírnění bolestí a sledování účinků analgezie. (Schéma 6 a 4) Hájek doporučuje již

od začátku pravidelné děložní činnosti aplikovat peridurální či epidurální analgézi (PDA, EDA), dále je možné využití spasmolytik, opiátů či sedativ. (1) Ve všech zdravotnických zařízeních se těchto způsobů tlumení bolestí využívá, pouze v zdravotnickém zařízení B a C nelze vždy zajistit aplikaci PDA či EDA. Jako další způsoby úlevy od bolesti uvedly všechny respondentky využívání úlevových poloh, často na gymnastickém míči, hydroterapii pomocí teplé vody a masáže, kdy lze zapojit i přítomného partnera. Ve zdravotnickém zařízení A mohou porodní asistentky po domluvě s rodičkou využít i aromaterapii. Ovšem respondentky 1, 7 a 8 si uvědomují i význam psychické podpory rodičky a individuálního přístupu k ženě v rámci péče o bolest, což uvádí i Ratislavová. (8)

Z informací, získaných tímto výzkumem, vyplývá, a tím také dostáváme odpověď na první výzkumnou otázku, že péče porodních asistentek o ženu při porodu mrtvého plodu je ve všech sledovaných zařízeních srovnatelná. Porodní asistentka sleduje celkový stav rodičky, její fyziologické funkce, děložní činnost, vaginální nález, krvácení, močení i psychiku ženy. Všude je patrná snaha zabezpečit, v rámci možností daného pracoviště, ženě soukromí, všude umožňují přítomnost partnera, či jiné blízké osoby a dle vyjádření respondentek je na všech pracovištích také kladen důraz na dobrou analgézi při porodu. Pro porodní asistentky je důležitý citlivý a empatický přístup k ženě.

Zajištění poporodní péče o mrtvorozené dítě probíhá ve sledovaných zařízeních rozdílně. (Schéma 7) Hájek uvádí, že je vhodné k porodu volat pediatra, který provádí ohledání těla. (1) Tato praxe je ve zkoumaných pracovištích nejčastější, pouze ve zdravotnickém zařízení B ohledává tělo porodník. Následná péče o tělo dítěte, jako je zvážení, změření, určení pohlaví a zajištění jeho transportu na patologii, je zde v kompetenci porodní asistentky, stejně jako ve zdravotnickém zařízení C a E. Ve zdravotnickém zařízení A provádí péči o tělo dítěte porodní asistentka, předání na patologii však zajišťuje dětská sestra. Ve zdravotnickém zařízení D toto vše zařizuje pouze dětská sestra.

Možnost rozloučit se s dítětem není na jednotlivých pracovištích samozřejmostí. (Schéma 8) Z výzkumu Ratislavové vyplývá, že většina žen po porodu své mrtvé dítě neviděla a s odstupem času toho téměř 70 % z nich lituje, na rozdíl od 100 % žen, které po porodu své dítě viděly a byly rády, že tak učinily. Hlavním důvodem, proč ženy nebyly v kontaktu se svým dítětem bylo to, že jim tuto možnost zdravotnický personál nenabídl a je samotné to v tu chvíli nenapadlo. (22) Přesto jen ve zdravotnickém zařízení A porodní asistentky aktivně nabízejí ženě možnost dítě po porodu vidět, pochovat si ho, případně si ho vyfotit a být s ním chvíli o samotě. Na toto jsou většinou ženy dotazovány již v průběhu porodu, aby měly čas na rozmyšlenou. Možnost své dítě pohřbít zde nabízí po porodu ženě pediater. Porodní asistentky z ostatních pracovišť, jak uvedly respondentky 3, 4, 5, 6, 7 a 8, možnost rozloučení aktivně nenabízejí. Respondentka 8 říká: *„Možnost vidět své dítě tu je, ale matka si musí zažádat sama, já jsem se s tím ještě nesetkala.“* Ve zdravotnickém zařízení B porodní asistentka dítě matce alespoň v některých případech ukáže. Ve zdravotnickém zařízení D dětská sestra dítě odnese ihned po porodu. Respondentka 6 tuto praxi odůvodnila zavedenými pracovními postupy a organizací práce na pracovišti. Je velice překvapující a zarážející, že by dítě matce neukázali ani na požádání. Pokud by chtěli rodiče dítě vidět, tak až na patologii po předchozí domluvě. Během porodu se lékař ptá, zda si žena bude přát dítě pohřbít. Respondentky ze zdravotnického zařízení C a E připouští, že pokud by matka projevila zájem, dítě by jí ukázaly, případně nechaly i pochovat, ovšem samy jí toto nenabídnou. Ve zdravotnickém zařízení E je žena po porodu pouze dotazována, zda bude chtít své dítě pojmenovat a zda bude chtít uspořádat pohřeb. Vždy by, jak píše Ratislavová, měl personál přistupovat k ženě individuálně, měl by jí poskytnout dostatek informací a její rozhodnutí podpořit a respektovat. (8) Bohužel, z tohoto výzkumného šetření vyplývá, že ženě často není dána ani možnost, aby se mohla rozhodnout pro nějakou alternativu. Zde se nabízí otázka, proč ženy nejsou dostatečně informované a tím se nemohou rozhodnout? Je to tím, že samy porodní asistentky nemají dostatek informací o významu rituálu rozloučení, nebo neví, jak s rodičkou komunikovat či se přímo komunikaci s ní vyhýbají? I Ratislavová uvádí, že se porodní asistentky mohou

užšímu kontaktu se ženou vyhýbat, protože jde o situaci s velkou psychickou zátěží, kdy může v rámci obranného mechanismu docházet k minimalizování kontaktu a k neosobnímu jednání. (8)

Přestože rozloučit se se svým dítětem není často ženě ani nabídnuto (Schéma 8), překvapivě téměř všechny respondentky považují rituál rozloučení za důležitý. (Schéma 9) Pouze jedna respondentka ho nepovažuje za významný. Haškovcová vidí význam rituálu ve zklidnění emotivně napjaté situace (20) a podle Ratislavové rituál usnadňuje uzavření celé události a umožňuje započítí procesu truchlení. (8) V souladu s tímto tvrzením je i názor respondentky 1, která uvedla: „*Považuji ho za naprosto zásadní krok, který ovlivní celý proces truchlení.*“ Další význam rituálu rozloučení je v tom, že žena se tak může ujistit, že je dítě skutečně bez známek života, což zmiňuje i respondentka 2, když říká: „*Já si myslím, že rozloučení s dítětem má velký význam v tom, že matka vidí, že je novorozenec skutečně mrtvý a nemůže si pak představovat, že její dítě třeba dál žije, že slyšela jeho pláč.*“ K tomuto se vyjadřuje Ratislavová, která uvádí, že pokud je dítě ihned po porodu ze sálu odneseno, žena pak může trpět představou, že bylo živé, že je slyší plakat apod. (8) Porodní asistentka by ovšem neměla ženu do ničeho nutit, měla by jí dát dostatek času na rozmyšlenou a respektovat její rozhodnutí. Ideální by ovšem bylo, aby bylo rodičům nabídnuto a umožněno své dítě vidět i za několik hodin po porodu, aby měli dostatek času na rozmyšlenou, což na žádném pracovišti, vzhledem k organizaci práce, zajistit nelze.

K potřebám otce dítěte se respondentky vyjadřovaly ve smyslu podpory od ošetřujícího personálu, umožnění rozloučení s dítětem, být nablízku partnerce a mít prostor pro vyjádření emocí, poskytnutí dostatku informací, mít možnost soukromí, nabídnutí péče psychologa a případně i aplikaci sedativ. (Schéma 10) Několikrát se objevil názor, že jeho potřeby jsou podobné jako jeho partnerky. Navíc se ale od něj očekává, ať už se strany personálu, tak ze strany ženy, opora, čehož nemusí být v této situaci schopen. Respondentky 3 a 8 se ovšem nad potřebami otce vůbec nezamýšlely.

Po porodu je žena z porodního sálu překládána ve všech případech na gynekologické oddělení. (Schéma 11) Jako důvod uváděly respondentky zamezení kontaktu ženy s ostatními šestinedělkami a hlavně s novorozenci. Většinou je snaha ženu umístit na samostatný pokoj, případně nadstandard, kde je umožněna trvalá přítomnost partnera a neomezené návštěvy. Pouze v menších nemocnicích, jako je zdravotnické zařízení B a C, kde mají gynekologické oddělení i oddělení šestinedělí spojené, ukládají rodičku na pokoj v gynekologické části co nejvíce vzdálené od šestinedělek, přesto zde nejde úplně zabránit tomu, aby žena neslyšela např. pláč novorozenců. Ve všech sledovaných zdravotnických zařízeních má žena možnost, po domluvě s ošetřujícím lékařem a dle svého zdravotního stavu, být propuštěna do domácího ošetřování dříve než po uplynutí 72 hodin po porodu.

Možnosti odborné psychologické pomoci se opět liší podle jednotlivých pracovišť, kdy ve zdravotnickém zařízení A, D a E lze zajistit péči psychologa 24 hodin denně, zatímco ve zdravotnickém zařízení B a C tato možnost vůbec není. (Schéma 12) Kromě odborné psychologické pomoci je ve zdravotnickém zařízení A možnost zajistit i péči duchovního, o čemž se nezmínila ani jedna respondentka z tohoto pracoviště. V této situaci by bylo vhodné nabídnout věřícím rodičům jeho služby. Další možností laické psychologické a sociální podpory je občanské sdružení Dlouhá cesta a projekt Prázdná kolébka (26), ani toto žádná respondentka neuvedla. I zde je možné se ptát, zda porodní asistentky o těchto možnostech neví nebo zda je pouze opomněly zmínit.

Školní příprava na péči o ženu s nitroděložním úmrtím plodu se dle vyjádření většiny respondentek jeví jako převážně teoretická, (Schéma 13) případně ji považují za nedostatečnou. Pouze respondentka 8 uvedla, že se tomuto tématu při výuce věnovaly více. Říká: „ *V rámci semináře jsme zkoušely rozhovor samy na sobě a snažily jsme se vžít se do role ženy.*“ Všechny respondentky se ale shodly na tom, že sebelepší příprava nenahradí zkušenosti, které porodní asistentka získá až praxí. Otázkou je, zda by přesto nebylo vhodné se tomuto tématu během školní přípravy věnovat podrobněji.

Co se týká změn v přístupu porodních asistentek k rodiče a případného zlepšení do budoucna (Schéma 14), respondentky poměrně často uváděly více empatie a tolerance, rády by také zlepšily komunikaci s klientkou, poskytovaly jí dostatek informací a věnovaly jí více svého času. Respondentka 3 říká: „ *Chtěla bych umět lépe mluvit s takto postiženou rodičkou, každý se spíš komunikaci vyhýbá, protože to je pro něj nepříjemné.*“ Jedna respondentka vyjádřila přání být psychicky odolnější. Pouze dvě respondentky by na svém přístupu k ženě nic neměnily. Z těchto zjištění vyplývá, že většina z dotazovaných porodních asistentek vidí ve svém přístupu k rodiče rezervy, ale je zde i snaha ke zlepšení. I Ratislavová uvádí, že pokud je porodní asistentka schopna skutečného doprovodu rodiny s mrtvorozeným dítětem, pak vychází z této situace posílena zkušeností a dobrým pocitem, že udělala pro ženu vše, co mohla. (8) Proto je na místě podpořit porodní asistentky v jejich snaze a poskytnout jim dostatek informací o možnostech komunikace s rodičkou a o vyrovnávání se s psychickou zátěží.

Na základě zjištěných informací je možno zodpovědět druhou výzkumnou otázku tak, že na většině sledovaných pracovišť, přestože porodní asistentky přisuzují velký význam rituálu rozloučení se s dítětem, samy ho ženě aktivně nenabízejí. Někde je dokonce dítě rovnou odneseno, aniž by ho matka měla možnost vidět. Tak, jak rituál rozloučení doporučuje Ratislavová (8), jej praktikují pouze v jednom zkoumaném zdravotnickém zařízení. Stojí za zamyšlení, zda porodní asistentky možnost rozloučení s dítětem rodičům nenabízí proto, že samy neví, jak s ženou v tuto chvíli komunikovat, nebo se snaží této roli, i když třeba nevědomě, v rámci obranného mechanismu, vyhnout. Případně mohou porodní asistentky stávající praxi omlouvat určitou organizací práce a zvyklostmi na daném pracovišti. Myslím si, že je na místě porodní asistentky dostatečně seznámit s důležitostí tohoto rituálu a jeho významem vzhledem k následujícímu průběhu truchlení. Dále jsou vhodné i informace o přístupu a možnostech komunikace s rodičkou, kde samy porodní asistentky vidí rezervy, ale vyjadřují i snahu ke zlepšení, jak vyplývá ze schématu 14.

O tom, že rodiče mohou své mrtvě narozené dítě pojmenovat, jsou porodní asistentky poměrně dobře informovány. (Schéma 15) Tato možnost vyplývá ze Zákona o matrikách,

jménu a příjmení. (31) Pouze jedna respondentka odpověděla, že rodiče pojmenovat dítě mohou, ale stejné jméno nelze pak dát dalšímu živě narozenému dítěti a jedna respondentka nevěděla vůbec. O právu rodičů své dítě pohřbít vědělo celkem šest respondentek. Ve zdravotnickém zařízení A, D a E jsou ženy lékařem či porodní asistentkou přímo dotazovány, zda tuto možnost budou chtít využít. V současné době právní řád neukládá pohřbívání jako povinnost, proto tedy, pokud rodiče do 96 hodin od porodu neprojeví o pohřbení dítěte zájem, pak pohřeb zajišťuje obec, ve které k úmrtí došlo. (28) Respondentky ze zdravotnického zařízení B a C o možnosti pohřbení nevěděly. Respondentka 5 odpověděla: „ *O možnosti pohřbení mám informace minimální, žena si většinou všechno uvědomí až na oddělení a to už jde mimo mě, takže nevím.*“ Z odpovědí respondentek je patrné, že je nutné zaměřit se na zlepšení informovanosti porodních asistentek i v této oblasti.

Informace respondentek o peněžité pomoci pro ženu po porodu mrtvého plodu se velice různí. (Schéma 16) Správně odpověděla pouze jedna respondentka, že žena má nárok na 14 týdnů mateřské dovolené. Respondentka 2 věděla, že pokud by rodiče chtěli dítěti vypravit pohřeb, pak mají nárok na pohřebné, nevěděla ovšem, v jaké výši. Říká: „ *Mají nárok na pohřebné, ale částku nevím.*“ Břeská uvádí, že pohřebné náleží osobě, která vypravila pohřeb nezaopatřenému dítěti. Tento nárok vzniká dnem pohřbení a činí 5000 Kč. (29). Ostatní respondentky měly mylné informace o pohřebném i o peněžité pomoci pro ženu mrtvého plodu. Například respondentka 3 odpověděla: „ *Pokud je mi známo, tak žena po porodu mrtvého plodu nemá nárok na nic.*“ Dvě respondentky uvedly, že neví, na co má žena nárok. Tato zjištění se dají vysvětlit tím, že porodní asistentky na porodním sále se v dané situaci zaměřují na aktuální problémy týkající se zdravotního stavu rodičky, zatímco informace o těchto náležitostech jsou ženám podávány až posléze po přeložení na lůžkové oddělení.

O možnosti pohřbu informuje rodičku (Schéma 17) ve zdravotnickém zařízení A pediatr, o pojmenování dítěte většinou porodní asistentka, o peněžité pomoci a o náležitostech, které se týkají rodného listu pak ženu seznamuje na oddělení administrativní

pracovnice. Ve zdravotnickém zařízení B všechny tyto informace dostává žena od sociální pracovnice až na lůžkovém oddělení. Ve zdravotnickém zařízení D informuje ženu o možnosti pohřbení dítěte lékař z porodního sálu. Ve zdravotnickém zařízení E informuje rodičku o možnosti pohřbení a pojmenování lékař z porodního sálu a porodní asistentka. Dále si jedna respondentka myslí, že všechny tyto informace dostane žena na Okresní správě sociálního zabezpečení, další respondentky nevěděly. Přestože tyto informace nejsou pro práci porodní asistentky na porodním sále podstatné, domnívám se, že základní povědomí by porodní asistentka o těchto náležitostech mít měla.

Na třetí výzkumnou otázku je možno odpovědět tak, že povědomí porodních asistentek o sociálně-právních náležitostech vyplývajících z porodu mrtvého plodu není příliš vysoké. O možnosti pojmenovat mrtvorozené dítě a o možnosti ho pohřbít věděla většina z dotazovaných, což lze vysvětlit tím, že po porodu se lékaři či porodní asistentky na porodním sále některých pracovišť ženy na toto přímo ptají, ovšem informace o peněžité pomoci v mateřství a informace o pohřebním mají porodní asistentky velice různorodé a většinou mylné.

Cílem této práce bylo porovnat ošetrovatelskou péči při porodu mrtvého plodu ve vybraných porodnicích. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že péče porodních asistentek o ženu při porodu mrtvého plodu je ve všech sledovaných zařízeních srovnatelná. Rozloučit se s mrtvorozeným dítětem však neumožňují v téměř žádném zkoumaném zdravotnickém zařízení. Také informovanost porodních asistentek o sociálně-právních aspektech této situace není vysoká. Jako řešení bych proto navrhovala uspořádat na téma péče o ženu s nitroděložním úmrtím plodu seminář, kde by se porodní asistentky seznámily s vhodnými přístupy k rodičce, s možnostmi komunikace, jak podávat ženě informace ve srozumitelné formě, jak být ženě a celému rodičovskému páru v této situaci oporou, s významem rituálu rozloučení se s dítětem vzhledem k dalšímu průběhu truchlení, o vhodných způsobech tohoto rituálu, o důležitosti jeho aktivního nabídnutí porodní asistentkou, o možnosti případného vzpomínkového předmětu na dítě, jako je například fotografie, informace o právu rodičů na pohřbení svého dítěte, o jeho pojmenování,

o peněžitě pomoci v mateřství, o pohřebném a v neposlední řadě, jak zvládnout psychickou zátěž, jíž jsou porodní asistentky při péči o tuto ženu vystaveny. Další vhodný způsob, jak porodní asistentky informovat, je vytvoření konkrétního manuálu se shrnutím základních a podstatných informací, vztahujících se k této problematice, který by porodním asistentkám ulehčil orientaci v celém ošetrovatelském procesu péče o ženu při porodu mrtvého plodu. (viz Příloha 3)

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo porovnat ošetrovatelskou péči o ženy při porodu mrtvého plodu ve vybraných porodnicích, přístupy porodních asistentek, možnosti a způsoby rozloučení se s dítětem a zjistit, jaká je informovanost porodních asistentek o sociálně-právních náležitostech, které s touto situací souvisejí.

Byly položeny následující výzkumné otázky. Otázka č. 1: Jak se liší ošetrovatelská péče o ženy při porodu mrtvého plodu ve vybraných zdravotnických zařízeních? Otázka č. 2: Jaké jsou na těchto pracovištích možnosti, aby se rodiče rozloučili se svým mrtvým dítětem? A otázka č. 3: Jaké mají porodní asistentky na vybraných pracovištích informace o právních aspektech, které vyplývají z porodu mrtvého plodu?

Po ukončení výzkumného šetření bylo možno odpovědět na první výzkumnou otázku tak, že ošetrovatelská péče porodních asistentek o ženu při porodu mrtvého plodu je ve všech sledovaných zařízeních srovnatelná. Porodní asistentka sleduje stav rodičky a průběh porodu, ve všech případech je snaha zabezpečit, v rámci možností daného pracoviště, ženě soukromí, také všude umožňují přítomnost partnera a dle vyjádření respondentek je na všech pracovištích také kladen důraz na účinnou analgézi. Všechny porodní asistentky zdůrazňovaly empatický a citlivý přístup k ženě. Rovněž byla zodpovězena druhá výzkumná otázka, kdy bylo zjištěno, že možnost rozloučení se s dítětem není na téměř žádném sledovaném pracovišti běžná. Na většině porodních sálů porodní asistentky rozloučení s dítětem ženě aktivně nenabízí, přestože tomuto rituálu přisuzují velký význam. Někde je dokonce dítě rovnou odneseno, aniž by ho matka měla možnost vidět. Pouze na jednom pracovišti porodní asistentky rodičům nabízejí a umožňují jim se se svým dítětem rozloučit. Samy porodní asistentky by se rády zlepšily v komunikaci s ženou, v podáváníí informací a v přístupu k rodičce. Třetí výzkumnou otázku je možno zodpovědět tak, že povědomí porodních asistentek o občansko-právních

náležitostech této problematiky není příliš vysoké. O možnosti pojmenovat a pohřbit mrtvorozené dítě věděly téměř všechny respondentky, ovšem informace o peněžité pomoci v mateřství a o pohřebním mají porodní asistentky většinou nedostatečné.

Výsledky tohoto výzkumného šetření ukazují, že je důležité zaměřit se na zlepšení informovanosti porodních asistentek v oblasti péče o ženu při porodu mrtvého plodu. Proto bych navrhovala uspořádat na toto téma seminář, kde by se porodní asistentky seznámily s vhodnými přístupy k rodičce, s možnostmi komunikace, jak být ženě a celému rodičovskému páru v této situaci oporou, s významem rituálu rozloučení se s dítětem vzhledem k dalšímu průběhu truchlení, o vhodných způsobech tohoto rituálu, o důležitosti jeho aktivního nabídnutí porodní asistentkou, o možnosti případného vzpomínkového předmětu na dítě, jako je například fotografie, informace o právu rodičů na pohřbení svého dítěte, jeho pojmenování, o peněžité pomoci v mateřství a v neposlední řadě, jak zvládnout psychickou zátěž, již jsou při péči o tuto ženu vystaveny. Jako další vhodný způsob, jak porodní asistentky informovat a zajistit, aby měly možnost se k informacím průběžně vracet, je vytvoření letáku se shrnutím základních informací, vztahujících se k této problematice.

Tato práce by mohla přispět ke zvýšení informovanosti porodních asistentek v oblasti ošetrovatelské péče o ženu při porodu mrtvého plodu. Rodičkám by se tak, kromě odborné péče o základní biologické potřeby, dostalo i podpory v psycho-sociální oblasti a porodní asistentky by se staly kompetentními doprovázejícími osobami v tomto, pro ženu velmi náročném, životním období.

7 Literatura

- 1 HÁJEK,Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443s., ISBN 80-247-0418-8.
- 2 ZWINGER,Antonín. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 443 s., ISBN 80-726-2257-9.
- 3 <http://www.gynstart.cz/messages.php?sid=625> [cit. 12.1.2013]
- 4 VELEBIL,Petr. XXX. Konference Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP, *Výsledky perinatální péče v České republice za rok 2012*. Jeseník, 2013.
- 5 ROZTOČIL,Aleš. . *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
- 6 BINDER,Tomáš. Psychosomatické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie*. 2007, roč. 11, č. 2, s. 61-63.ISSN 1211-6645
- 7 KUČERA,J., Syndrom mrtvého plodu. *Časopis ženských lékařů: Gynekolog* [online]. Dostupné z: <http://www.gyne.cz/clanky/2000/200c13.htm> [cit.24.1.2013]
- 8 RATISLAVOVÁ,Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- 9 BINDER,Tomáš. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 106 s. ISBN 978-80-246-1907-1.

- 10 ROZTOČIL, Aleš. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, 179 s. ISBN 80-701-3255-8.
- 11 VAVŘINKOVÁ, B., Jak vyšetřit ženu s anamnézou intrauterinního úmrtí plodu ve třetím trimestru. *Gynekologie po promoci*. 2010, červenec/září 2010, s. 58-59. ISSN 1213-2578.
- 12 ROZTOČIL, Aleš. Preindukce a indukce porodu-doporučený postup. *Česká gynekologie: Doporučené postupy v perinatologii*. 2011, roč. 76, č. 1, s. 12-13. ISSN 1210-7832.
- 13 LOMÍČKOVÁ, T. Porod mrtvého plodu. *Moderní gynekologie a porodnictví: Porod I*. 2006, roč. 15, č. 4, s. 560-563. ISSN 1211-1058.
- 14 Česko. Zákon č. 372/2011 o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Částka 131 .s. 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=1&idBiblio=75500&recShow=52&fulltext=&nr=372~2F2011 &part=&name=&rpp=50#parCnt> [cit.5.2.2013]
- 15 KOUCKÝ, Michal. Ohrožený plod. *Moderní babictví*. 2006, č. 11, s. 3-12. ISSN 1214-5572.
- 16 MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 264 s. ISBN 80-247-1319-3.

- 17 KAMENÍKOVÁ, Miloslava a Miroslava KYASOVÁ. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 89 s., přílohy. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0285-1.
- 18 SOBOTKOVÁ, D. a kol. Narození mrtvého dítěte, perinatální úmrtí. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. 1999, s. 169-172.
- 19 SLEZÁKOVÁ, Lenka a Miroslava KYASOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s., Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.
- 20 HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, 267 s. ISBN 978-807-2624-713.
- 21 FELDMÁR, P., Hledání vhodných slov po narození mrtvého dítěte. *Gynekologie po promoci*. 2009, roč. 9, č. 3, s. 29-30. ISSN 1213-2578.
- 22 RATISLAVOVÁ, Kateřina a kol., Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Praktický lékař*. 2012, roč. 92, č. 9, s. 505-508. ISSN 0032-6739.
- 23 KAŠPARKOVÁ, Pavla a Radka BUŽGOVÁ. Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. *Kontakt*. 2010, č. 4/2010, s. 387-398. ISSN 1212-4117.
- 24 ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha: Grada, 2011, 195 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.
- 25 KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým: nauka o umírání a smrti*. vyd. 1. Praha: ISV, 2001, 267 s. Sestra (Grada). ISBN 80-858-6682-X.

- 26 <http://www.dlouhacesta.cz/cz/leve-menu/projekty-a-akce/prazdna-kolebka/c301>
[cit.21.2.2013]
- 27 KOTRLÝ, Tomáš. K pohřbívání mrtvorozených. *Zdravotnické noviny* [online].
2012 [cit.19.11.2012] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/k-pohrbivani-mrtvorozenych-464457>
- 28 Česko. Zákon č. 256/2001 o pohřebnictví a o změně některých zákonů. In: *Sbírka Zákonů České republiky*. 2001. Částka 98. s.5669-5682. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=51516&recShow=4&fulltext=&nr=256~2F2001&part=&name=&rpp=15#parCnt>
[cit.5.2.2013]
- 29 BŘESKÁ, N. a kol., *Státní sociální podpora s komentářem a příklady*. Praha: ANAG, 2012, 224 s. ISBN 978-80-7263-739-3.
- 30 <http://portal.gov.cz/portal/obcan/situace/191/193/6062.html#obsah> [cit. 21.2.2013]
- 31 Česko. Zákon č. 301/2000 o matrikách, jménu a příjmení. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000. Částka 85. s.4107-4801. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=49658&recShow=10&fulltext=&nr=301~2F2000&part=&name=&rpp=15#parCnt> [cit.5.2.2013]
- 32 BÁRTLOVÁ, Sylva. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-807-0134-672.

8 Klíčová slova

porodní asistentka

mrtvý plod

ošetřovatelská péče

rituál rozloučení

9 Přílohy

Příloha 1 Ošetrovatelské diagnózy

Příloha 2 Otázky k rozhovoru k bakalářské práci

Příloha 3 Návrh informačního letáku pro porodní asistentky

Příloha 1: Ošetřovatelské diagnózy

Aktuální či potencionální ošetřovatelské problémy dle taxonomie NANDA, jak je uvádí Marečková, které se vztahují k péči o ženu s porodem mrtvého plodu, řazené vzestupně dle čísla diagnózy:

00004 Riziko infekce- je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organismů do těla.

00053 Sociální izolace- je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka, který je v důsledku nějaké situace nebo v důsledku chování lidí osamoceny a tato situace má na jeho stav negativní a ohrožující vliv.

00066 Duchovní nouze- je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s porušenou schopností dát prostřednictvím sebe sama, lidí, svých zájmů nebo vyšší moci svému životu smysl.

00069 Neefektivní zvládání zátěže- je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s neschopností správně odhadnout stresory a s neschopností na ně reagovat.

00072 Neefektivní popírání- je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka, který vědomě či nevědomě popírá znalost situace z důvodu redukce úzkosti a strachu, což vede k újmě na zdraví.

00095 Porušený spánek- je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s časem omezenou poruchou délky a kvality spánku.

- 00124 Beznaděj- je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který přijal neměnnost situace a který není schopen pro její změnu zmobilizovat energii.
- 00125 Bezmocnost- je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s pocitem neschopnosti ovlivnit výsledek událostí a s pocitem nedostatečné kontroly sledu událostí.
- 00126 Deficitní znalost daného stavu- je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s chybějícími nebo nedostatečnými informacemi k určitému tématu.
- 00132 Akutní bolest- je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je předpoklad jejího vymizení do 6 měsíců.
- 00136 Anticipační smutek- je standardizovaný název ošetrovatelského problému reagující na potenciální ztrátu.
- 00137 Chronický zármutek- je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který v souvislosti s chronickým onemocněním, vadou nebo ztrátou pociťuje opakovanou, pronikavou a sílící sklíčenost.
- 00141 Posttraumatický syndrom- je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s přetrvávající maladaptivní reakcí na traumatickou, zdrcující událost.
- 00148 Strach- je reakcí člověka na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí. (16)

Příloha 2: Otázky k rozhovoru k bakalářské práci:

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Černá, studuji třetím rokem na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Porodní asistentka. Název mé bakalářské práce je Zkušenosti porodní asistentky v péči o ženu při porodu mrtvého plodu a o tomto tématu bych s Vámi ráda vedla rozhovor. Zajímalo by mě, jak probíhá ve Vašem zdravotnickém zařízení péče o ženu s touto diagnózou, jak je rodička informována, jak porodní asistentka o ženu pečuje před porodem, v průběhu porodu i v poporodním období.

Informace, které díky tomuto rozhovoru od Vás získám, zůstanou anonymní a budou použity pouze k vypracování této bakalářské práce.

Úvodní otázky:

Kolik je Vám let?

Jaké máte ukončené vzdělání v oboru porodní asistence?

Jak dlouho pracujete na porodním sále?

Pečovala jste při výkonu Vašeho povolání o ženu s diagnózou nitroděložního úmrtí plodu?

1. Jak ve Vašem zdravotnickém zařízení probíhá příjem ženy s diagnózou mrtvého plodu?
2. Pokud dojde k nitroděložnímu úmrtí v průběhu hospitalizace, kdo a jakým způsobem ženu informuje?
3. Do jaké míry lze ve vašem zdravotnickém zařízení zajistit pro ženu soukromí?
4. Můžete mi popsat, jak porodní asistentka pečuje o ženu s touto diagnózou v průběhu celého porodu?
5. Má rodička možnost využít přítomnosti blízké osoby při porodu a využívá ji?
6. Jakým způsobem pečujete o bolest u rodičky při porodu mrtvého plodu?
7. Kdo a jakým způsobem po porodu zajišťuje péči o mrtvorozené dítě?
8. Jaké jsou možnosti rozloučení se s dítětem ve Vašem zdravotnickém zařízení a jsou rodiče nabídnuty?
9. Jak vnímáte důležitost rituálu rozloučení vzhledem k procesu truchlení?
10. Jaké jsou potřeby otce dítěte, resp. rodiny v této situaci?
11. Na které oddělení je žena po porodu mrtvého plodu obvykle překládána?
12. Jaké máte ve Vašem zdravotnickém zařízení možnosti psychologické pomoci?
13. Jak Vás na tuto situaci připravila škola?
14. Je něco, co byste jako porodní asistentka chtěla změnit ve svém přístupu k ženě s touto diagnózou?
15. Jaké máte informace o možnosti pojmenování a pohřbení mrtvého dítěte?
16. Na jakou peněžitou pomoc má žena po porodu mrtvého plodu nárok?
17. Kdo na Vašem pracovišti rodičce tyto informace podává a do jaké míry jsou dle Vašeho názoru pro ženu tyto informace dostačující?

Příloha 3: Návrh informačního letáku pro porodní asistentky

Základní informace o komunikaci s ženou při porodu mrtvého plodu a občansko-právní náležitosti této problematiky

Komunikace:

<ul style="list-style-type: none">▪ zajistit soukromí▪ minimum personálu▪ umožnit přítomnost partnera▪ citlivý, trpělivý a otevřený přístup▪ naslouchat rodičům▪ věnovat jim čas▪ dát prostor k projevení emocí	<p>Vhodné je:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Je mi to líto.▪ Cítím s Vámi.▪ Musí to být pro Vás těžké.▪ Co pro Vás mohu udělat?
<p>Co neříkat:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Musíte být silná.▪ Jste mladá, můžete mít další dítě.▪ To bude dobré, chce to čas.▪ Máte celý život před sebou.▪ Neplačte.	<p>Doporučit:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ kontakt na psychologa▪ kontakt na duchovní službu▪ občanské sdružení Dlouhá cesta a projekt Prázdna kolébka www.dlouhacesta.cz

Rituál rozloučení:

- dává rodičům pocit kontroly nad situací
- napomáhá započetí procesu truchlení
- usnadňuje uzavření celé události
- zabraňuje fantaziím, že dítě žije

- nabídní ženě možnost své dítě po porodu vidět, pochovat, vyfotografovat
- mluv se ženou o těchto možnostech ještě před porodem, aby měla čas na rozmyšlenou
- zajisti klidné, intimní prostředí
- dopřej ženě dostatek času na rozloučení
- podporuj a respektuj rozhodnutí ženy, ať je jakékoli

Občansko-právní náležitosti:

- rodiče mají právo dítě pojmenovat
- rodiče mají právo uspořádat pohřeb
- rozhodnutí musí učinit do 96 hod po porodu
- vypravitel pohřbu má nárok na pohřebné ve výši 5000 Kč
- pokud rodiče neprojeví zájem o uspořádání pohřbu, má pohřbívací povinnost obec, kterou zdravotnické zařízení informuje po uplynutí lhůty 96 hod od porodu
- rodiče mají právo na informace o zdravotním stavu dítěte a o výsledcích pitvy
- matka má nárok na mateřskou dovolenou v délce trvání 14 týdnů
- nárok na porodné matka nemá
- na matrice si rodiče do měsíce vyzvednou rodný list, dítě nemá přiděleno rodné číslo, a pokud rodiče nejsou manželé, otec v rodném listě nebude zapsán

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Grada, 2011, 195 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.

BŘESKÁ, N. a kol., *Státní sociální podpora s komentářem a příklady*. Praha: ANAG, 2012, 224 s. ISBN 978-80-7263-739-3.

<http://www.dlouhacesta.cz/cz/leve-menu/projekty-a-akce/prazdna-kolebka/c301>