

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

**Ústav porodní asistence**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2019**

**Alice Dorňáková**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD  
Ústav porodní asistence

Bc. Alice Dorňáková

**Porodní asistentka v konfrontaci se smrtí**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph. D.

Olomouc 2019

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 3. dubna 2019

-----

podpis

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování doc. PhDr. Yvettě Vrublové, Ph. D. za její cenné rady a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Mé další poděkování patří všem porodním asistentkám, zejména za jejich čas, vstřícnost a upřímnost při rozhovorech.

## **ANOTACE**

**Typ závěrečné práce:** Diplomová práce

**Téma práce:** Porodní asistentka v konfrontaci se smrtí

**Název práce:** Porodní asistentka v konfrontaci se smrtí

**Název práce v AJ:** Midwife confronted with death

**Datum zadání:** 2016-01-29

**Datum odevzdání:** 2019-04-03

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

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

**Autor práce:** Bc. Alice Dornáková

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph. D.

**Oponent práce:** Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

### **Abstrakt v ČJ:**

Diplomová práce se v úvodu teoretické části zabývá definicí základních pojmů a vývojem demografických dat týkajících se porodnosti, mrtvorozenosti a úmrtnosti v České republice v posledních letech. Dále se zaměřuje na diagnózu foetus mortus, umírání a smrt, zejména v práci porodní asistentky. Okrajová část práce je také zaměřena na vzdělávání porodních asistentek v této problematice.

Praktická část práce je věnována kvalitativnímu výzkumu, který byl proveden formou rozhovorů s porodními asistentkami, a přibližuje tak jejich poznatky z praxe. Hlavním cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit osobní zkušenosti, subjektivní pocity a využívání pomocných mechanismů porodních asistentek při konfrontaci se smrtí v jejich povolání.

Se smrtí pacientky se ve své praxi setkaly celkem tři z respondentek, všechny dvakrát a více. V souvislosti s touto situací byl zmíněn například strach, úzkost, nespavost a pláč, také smutek či pocit nevolnosti. O ženy s dg. foetus mortus pečovaly všechny respondentky opakovaně. Situace byly popsány jako nepříjemné a respondentky zmiňovaly například obavy ohledně komunikace se ženou či lítost. Nejčastějším vnějším zdrojem zvládnutí zátěžových situací byla sociální opora.

### **Abstrakt v AJ:**

The theoretical part of the diploma thesis deals with the definition of the basic terms as well as the development of demographic data related to the birth rate, stillbirth and mortality

in the Czech Republic in recent years. Furthermore, the theoretical part focuses on the diagnosis of fetus mortus, dying and death, especially in the midwife work. The small part of the thesis also aims at the midwives' education in this field.

The practical part of thesis devotes to the qualitative research which was realized through a series of interviews with midwives and their practical knowledge. The main goal of the practical part was to discover the personal experience, subjective feelings and the use of support techniques of midwives in confrontation with death as part of their profession.

Three of all respondents have encountered with the death of the female patient and all three respondents have experienced such situation two or more times. Emotions such as fear, anxiety, insomnia and crying, also sadness or sickness were mentioned in association with this situation. All respondents have repeatedly provided medical care for women diagnosed with fetus mortus. Those situations were described as unpleasant and the respondents also mentioned concerns about communication with female patients or compassion. The most common external source of handling the stressful situations was the social support.

**Klíčová slova v ČJ:** smrt, umírání, porodní asistentka, foetus mortus, perinatální ztráta

**Klíčová slova v AJ:** death, dying, midwife, foetus mortus, perinatal loss

**Rozsah:** 75 stran, 5 příloh

# Obsah

ÚVOD.....	9
1. TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1.1 Definice základních pojmů .....	11
1.2 Demografie .....	13
1.3 Diagnóza foetus mortus .....	16
1.4 Onkogynekologie.....	22
1.5 Umírání a smrt .....	23
1.5.1 Ztráta dítěte.....	27
1.6 Vzdělávání .....	29
2. PRAKTICKÁ ČÁST .....	31
2.1 Cíl – cíle výzkumu, výzkumné otázky.....	31
2.2 Metodika výzkumu .....	32
2.2.1 Charakteristika souboru .....	32
2.2.2 Sběr dat.....	34
2.2.3 Zpracování dat .....	35
2.3 Výsledky výzkumu ve vztahu k cílům práce .....	35
2.3.1 Kategorie: Vzdělávání v problematice umírání a smrti.....	36
2.3.2 Kategorie: Praktická zkušenost s umíráním a se smrtí v gynekologii a porodnictví.....	38
2.3.3 Kategorie: Subjektivní vnímání.....	45
2.3.4 Kategorie: Zvládání zátěžových situací.....	48
2.4 Diskuse.....	51
ZÁVĚR.....	58
REFERENČNÍ SEZNAM .....	60

SEZNAM ZKRATEK, TABULEK A PŘÍLOH .....	67
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	67
SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK .....	68
SEZNAM POUŽITÝCH PŘÍLOH.....	68



# ÚVOD

Povolání porodní asistentky je krásné. Přináší s sebou však velkou míru zodpovědnosti, jelikož porodní asistentka ve své práci odpovídá za život matky, ale také plodu. Jedná se o profesi, která je náročná nejen po fyzické stránce, ale také po stránce psychické. Ve většině definic povolání porodní asistentky je opakovaně skloňováno slovo fyziologie, ať už se jedná o péči o ženu, či novorozence. Teprve po hlubším zkoumání těchto textů jsou zmiňovány stavy, které souvisí například s rizikovými pacientkami a ošetrovatelskou péčí v rámci gynekologie. Smrt a umírání se týká většiny zdravotnických oborů a porodnictví ruku v ruce s gynekologií není výjimkou.

Témata týkající se smrti a umírání jsou v dnešní době ještě stále tabu, i když se jedná o věc stejně přirozenou, jako je ku příkladu narození. Smrt je součástí koloběhu nejen lidského života. Dle Elisabeth Kübler-Ross byla v minulých dobách plných epidemií rodina, která nepřišla v raném dětství alespoň o jednoho potomka, téměř raritou. Medicína se výrazně změnila a mnoho nemocí, na které se dříve hojně umíralo, dnes umíme léčit. Spolu s počtem starých lidí tak roste i množství chronických potíží či zhoubných nádorů, které jsou častěji spojovány s vyšším věkem. Smrt však zůstává stále hroznou a děsivou událostí, a strach z ní univerzální a obecný. Změnil se však způsob vyrovnávání se se smrtí a přístup k umírajícím pacientům. (Kübler-Ross, 2015, s. 10-14) Společnost často vnímá smrt jako něco, co je potřeba skrýt před veřejností. Smrt je tabuizována a často vytěsněna snad proto, že lidem připomíná možnost i jejich vlastního konce a neschopnost se jí vyhnout. (Špatenková, 2013, s. 12–13; Kubičková, 2001, s. 11-13)

Přestože se zdravotnická péče a zdravotnictví stále vyvíjí, jistým situacím a nemocem nelze předejít. Proto je potřeba důkladná příprava zdravotnických pracovníků, aby mohli v těchto nelehkých situacích býti nápomocni.

Teoretická část práce se zabývá definicí základních pojmů a vývojem demografických dat týkajících se porodnosti, mrtvorozenosti a úmrtnosti v České republice v posledních letech. Dále se zaměřuje na diagnózu foetus mortus, perinatální ztrátu, umírání a smrt, zejména v práci porodní asistentky. Okrajová část práce je zaměřena na vzdělávání porodních asistentek v této problematice.

Praktická část diplomové práce je věnována kvalitativnímu výzkumu, který byl proveden formou anonymních rozhovorů s porodními asistentkami. Hlavním cílem praktické

částí bylo zjistit osobní zkušenosti, subjektivní pocity a využívání pomocných mechanismů porodních asistentek při konfrontaci se smrtí v jejich povolání. Dále tato část přibližuje poznatky z praxe porodních asistentek. Závěr praktické části zhodnocuje výsledky a předkládá návrh, jak mohou být uvedená zjištění následně využita.

#### **Vstupní studijní literatura:**

1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, ©2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
2. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
3. KOHNER, Nancy a HENLEY, Alix. *Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence*. Praha: Triton, 2013. 349 s. ISBN 978-80-7387-643-2.
4. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. Praha: Portál, 2015. 316 stran. ISBN 978-80-262-0911-9.
5. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. 223 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3736-2.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Definice základních pojmů

**Natalita** neboli porodnost je pojem udávající počet živě narozených v určité skupině, za určité časové období. Uvádí se v přepočtu na 1000 jedinců, tedy v promile. (Čech et al., 2006, s. 379)

**Viabilita plodu.** „*Viabilitu dnes chápeme jako schopnost přežít, růst a vyvíjet se normálně. Práh viability z hlediska možnosti narodit se živě a přežít leží v současnosti mezi 22. - 23. týdnem.*“ (Göthová, 2013, s. 573) Nejdůležitějším faktorem pro přežití je zralost plic, přičemž k vývoji cévního řečiště plic u plodu a možnosti výměny plynů v dýchacích cestách dochází v rozmezí právě 22. - 23. týdne gravidity. (Göthová, 2013, s. 573-579) Magyarová a Vachová uvádějí, že úmrtnost plodů narozených před 23. gestačním týdnem je ve světě vyšší než 50 %. (Magyarová, Vachová, 2005, s. 787)

Termínem **previabilní** se označují plody před 22. týdnem těhotenství. Poměrně dobrá prognóza pro plod přichází spolu s 25. týdnem gravidity, přičemž záleží na počtu plodů v děloze, hmotnosti plodu, pohlaví a podání kortikoidů matce. V České republice je aplikace kortikosteroidů doporučována v období 24+0 až 34+6 týdnů těhotenství. (Göthová, 2013, s. 573-579)

**Perinatální úmrtnost** neboli mortalita se dělí na **mrtvorozenost** (=mrtvě narozené plody, přičemž úmrtí mohlo nastat antepartálně či intrapartálně) a **časnou novorozeneckou úmrtnost** (=počet živě narozených novorozenců zemřelých do 7 dnů života). (Ratislavová, 2016, s. 9-12; Doucha, 2014) Perinatální mortalita se uvádí v jednotkách promile a je definována jako počet perinatálně zemřelých ku počtu všech narozených plodů. Co se týče pojmu **perinatální období**, v České republice je jeho začátek definován 22. dokončeným týdnem těhotenství a jeho konec je stanoven sedmým dokončeným dnem od porodu. Avšak v zahraničí se začátek perinatálního období liší, dle stanovené hranice mezi porodem a potratem v jednotlivých zemích. (Čech et al., 2006, s. 374-375; Pavlíková, 2011)

„**Šedá zóna**“ je období v rozmezí 22. - 25. týdnem těhotenství, prognóza plodu je nejistá. Dle doporučení většiny západních evropských zemí se častěji intenzivní péče zahajuje od 25. týdne, do té doby převládá péče paliativní, avšak klade se důraz na individuální přístup a přání rodičů. (Göthová, 2013, s. 573–575)

**Porod mrtvého plodu** neboli mrtvorozenost je termín stanovený zákonem č. 372/2011 Sb. (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování). Plod porozený bez známek života (dechové pohyby, srdeční činnost, pulzace pupečníku, pohyb kosterního svalstva) s hmotností 500 g a více je definován jako porod mrtvého plodu. V případě, kdy nelze hmotnost plodu určit, je hranicí mezi porodem a potratem 22. ukončený týden gravidity, či délka plodu nejméně 25 cm, a to od temene k patě. Nejčastějšími příčinami perinatální úmrtnosti jsou například vrozené vývojové vady, poruchy fetoplacentární jednotky a pupečníku, intrauterinní infekce a onemocnění matky. Během porodu pak nejčastěji plody umírají na intrapartální asfyxii. Mezi nejčastější příčiny časné novorozenecké úmrtnosti patří následky hypoxických stavů při porodu, infekční příčiny či dochází k úmrtí na základě nezralosti novorozence. (Neumann, Fait, 2013, s. 293-295; Doucha, 2014; Ratislavová, 2016, s. 9-12)

**Mateřská mortalita** je v České republice vymezena jako úmrtí ženy ve vztahu k těhotenství, porodu a šestinedělí až do doby 42 dnů od porodu. Dle klasifikace se mateřská mortalita dále dělí na celkovou (tj. součet tří následujících), přímou (=úmrtí na nemoc přímo související s těhotenstvím), nepřímou (=úmrtí na neporodnickou diagnózu, kdy byla nemoc těhotenstvím zhoršena, například kardiovaskulární choroby) a nahodilou (=příčina úmrtí nespojivá s těhotenstvím, například autonehoda). Mateřská mortalita je počet přímých a nepřímých úmrtí na 100 000 živých dětí. V České republice v letech 1991-2001 patřily k nejčastějším příčinám mateřské mortality porodnické hemoragie (22,4 %) a embolické příčiny (19,8 %), přičemž obě tyto příčiny spadají do přímé mateřské mortality. V letech 2002-2007 byla v ČR mateřská mortalita okolo 10:100 000. Celosvětově jsou mezi nejčastějšími důvody mateřské mortality hemoragie (28 %), sepse a potrat. (Čech et al., 2006, s. 378-379; Dolenská in Pařízek a kol., 2012, s. 1-2; Kačerová, 2016)

**Onkogynekologie** je interdisciplinární obor zabývající se prevencí, diagnostikou, léčbou a dispenzární péčí zhoubných nádorů pohlavních orgánů ženy včetně nádorů prsu. (Slezáková a kol., 2007, s. 11)

**Paliativní péče** je dle definice WHO: „*přístup zaměřený na zlepšení kvality života pacientů a jejich blízkých, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasnou identifikací a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních a duchovních*“.  
(Polívka, 2018, s. 4; Umírání, 2015)

**Thanatologie** se zabývá problematikou smrti a umírání, a to v nejrůznějších spojitostech. Pojem thanatologie pocházející z řečtiny, je odvozený od řeckého boha smrti, který se nazýval Thanatos. (Špatenková, 2014, s. 19; Kubíčková, 2001, s. 11)

## 1.2 Demografie

V rámci demografie v České republice dochází v posledních dvaceti letech k výrazným změnám. Příčinou náhlého poklesu porodnosti v druhé polovině 90. let 20. století je posouvání mateřství do vyššího věku, které s sebou samozřejmě nese i svá rizika. Rodičovství ve vyšším věku je nejspíš jednou z nejdůležitějších příčin rostoucího počtu neplodných párů v České republice. Nejnižší průměrný počet narozených dětí na jednu ženu v reprodukčním věku byl v ČR v průměru 1,13 dítěte na ženu, a to v roce 1999. (Kocourková, 2011, s. 22-23)

Zatímco se v roce 2010 živě narodilo 117 153 dětí, v roce 2017 bylo živě narozených dětí o 2 748 méně. Stejně tak ani v letech 2013–2016 porodnost nepřekročila hranici z roku 2010. Podle pohlaví v těchto letech v porodnosti vždy vedli chlapci. (ČSÚ, ©2018)

Na rozdíl od klesající porodnosti dochází oproti tomu v těchto letech k vzestupu počtu mrtvě narozených plodů. V roce 2010 se mrtvě narodilo 293 plodů, zatímco v roce 2017 jich bylo o 91 více. Průměrně se v letech 2010 a 2013-2017 mrtvě narodilo 375,5 plodů. (ČSÚ, ©2018)

Tabulka 1- Narození podle vitality, legitimacy a pohlaví

OBYVATELSTVO							POPULATION
4-11. Narození podle vitality, legitimacy a pohlaví							
<i>Births by vitality, legitimacy, and sex</i>							
Narození	2010	2013	2014	2015	2016	2017	Births
<b>Celkem</b>	<b>117 446</b>	<b>107 117</b>	<b>110 252</b>	<b>111 162</b>	<b>113 083</b>	<b>114 789</b>	<b>Total</b>
živě	117 153	106 751	109 860	110 764	112 663	114 405	Live births
podle legitimacy:							by legitimacy
v manželství	69 989	58 751	58 593	57 788	57 930	58 314	Within marriage
mimo manželství	47 164	48 000	51 267	52 976	54 733	56 091	Outside marriage
podle pohlaví:							by sex
chlapci	60 220	54 702	56 410	56 817	57 837	58 671	Males
děvčata	56 933	52 049	53 450	53 947	54 826	55 734	Females
mrtvě	293	366	392	398	420	384	Stillbirths

(Český statistický úřad, 2018)

Dle statistik ve Velké Británii připadá 5 až 6 mrtvě narozených dětí na 1000 porodů a 9 až 10 dětí z tisíce umře během prvních 28 dnů života. Tato statistika zahrnuje pouze těhotenství nad čtyřicetý týden. (Kohner, Henley, 2013, s. 216) Dle Bindera mají vliv na mrtvorozenost zejména dva faktory. Prvním faktorem je zvyšující se věk rodiček, a tudíž vyšší počet chronických onemocnění, a druhým faktorem je větší plánování rodičovství spolu s nízkou fertilitou páru. (Binder, 2007, s. 61)

Při pohledu do statistik o desítky let zpět, například do roku 1980 klesla však mrtvorozenost více než dvojnásobně v porovnání s rokem 2017. Statistiky uvádějí v roce 1980 mrtvě narozených 864 plodů, o deset let později pak 530 mrtvě narozených plodů a v roce 2000 klesla mrtvorozenost na číslo 259 plodů. (ČSÚ, ©2018)

Tabulka 2- Mrtvorozenost a míry úmrtnosti dětí do 1 roku věku

OBYVATELSTVO								POPULATION
4-19. Mrtvorozenost a míry úmrtnosti dětí do 1 roku věku								
Stillbirth rate and mortality rates of children under 1 year of age								
Ukazatel	1980	1990	2000	2010	2015	2016	2017	Indicator
	Absolutně Number							
Úmrtí ve věku								Death at the age of
0 dnů	<sup>1)</sup> 807	236	48	45	50	56	62	0 days
0–6 dnů	1 450	753	150	119	106	133	137	under 7 days (early neonatal)
0–27 dnů	1 735	1 003	231	196	165	192	203	under 28 days (neonatal)
28 dnů až 1 rok	857	407	142	117	107	125	101	between 28 days and 1 year
do 1 roku	2 592	1 410	373	313	272	317	304	under 1 year (infant)
Mrtvě narození	864	530	259	293	398	420	384	Stillbirths
Perinatální úmrtí	2 314	1 283	409	412	504	553	521	Perinatal deaths
	Na 1 000 živě narozených Per 1 000 live births							
Úmrtnost prvního dne	<sup>1)</sup> 5,2	1,8	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	Mortality of the first day
Časná úmrtnost	9,4	5,8	1,6	1,0	1,0	1,2	1,2	Early neonatal mortality rate
Novorozenecká úmrtnost	11,3	7,7	2,5	1,7	1,5	1,7	1,8	Neonatal mortality rate
Ponovorozenecká úmrtnost	5,6	3,1	1,6	1,0	1,0	1,1	0,9	Postneonatal mortality rate
Kojenecká úmrtnost	16,9	10,8	4,1	2,7	2,5	2,8	2,7	Infant mortality rate
Mrtvorozenost <sup>2)</sup>	5,6	4,0	2,8	2,5	3,6	3,7	3,3	Stillbirth rate <sup>2)</sup>
Perinatální úmrtnost <sup>2)</sup>	15,0	9,8	4,5	3,5	4,5	4,9	4,5	Perinatal mortality rate <sup>2)</sup>
<sup>1)</sup> úmrtí do 24 hodin od narození								<sup>1)</sup> Deaths within 24 hours of the birth.
<sup>2)</sup> na 1 000 všech narozených dětí								<sup>2)</sup> Per 1 000 births.

(Český statistický úřad, 2018)

Co se týče perinatálního úmrtí, i to ve srovnání let 2010 a 2017 roste. Zatímco v roce 2010 došlo k 412 perinatálním úmrtím, v letech 2015–2017 to bylo v průměru 526 perinatálních úmrtí ročně. (ČSÚ, ©2018) V roce 2010 došlo k 45 úmrtím ve věku 0 dnů,

postupně čísla rostla a v roce 2017 to bylo o 17 úmrtí více. Novorozenecká úmrtnost byla v roce 2010 celkem 196, poté dle statistik v roce 2015 klesla na 165 a průměrně v letech 2015-2017 byla 186,6. (ČSÚ, ©2018)

Mateřská úmrtnost se dle WHO vykazuje na 100 tisíc živě narozených dětí. Denně ve světě zemře v rámci mateřské úmrtnosti 830 žen, v roce 2015 se světová mateřská úmrtnost pohybovala na čísle 303 tisíc žen. 99 % úmrtí je v méně rozvinutých zemích. Mateřská úmrtnost v rozvinutých zemích je „jen“ 12 matek na 100 tisíc živě narozených dětí. V České republice v letech 2010-2014 zemřelo v rámci mateřské úmrtnosti celkem 16 žen, na 100 tisíc narozených dětí tak připadla necelá 3 úmrtí matek. (Kačerová, 2016)

Co se týče úmrtnosti jako takové, v České republice při srovnání let 2010 a 2017, je zřejmé, že úmrtnost roste. Zatímco v roce 2010 zemřelo celkem 106 844 lidí, v roce 2017 zemřelo o 4 599 lidí více. Nejčastější příčinou smrti v letech 2010 a 2015–2017 byly u obou pohlaví nemoci oběhové soustavy a druhou nejčastější příčinou smrti byly novotvary. Vyšší úmrtnost v těchto letech mělo vždy mužské pohlaví. (ČSÚ, ©2018)

Tabulka 3- Zemřelí podle vybraných příčin smrti a pohlaví

OBYVATELSTVO				POPULATION	
4-18. Zemřelí podle vybraných příčin smrti a pohlaví					
Deaths by selected cause of death and sex					
Kapitoly MKN-10	2010	2015	2016	2017	ICD-10 chapters
	Muži Males				
<b>Celkem</b>	<b>54 150</b>	<b>55 934</b>	<b>54 880</b>	<b>56 442</b>	<b>Total</b>
II. Novotvary	15 865	15 105	15 385	15 485	II Neoplasms
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	956	1 977	1 995	2 025	IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases
IX. Nemoci oběhové soustavy	24 132	23 425	22 257	22 840	IX system
X. Nemoci dýchací soustavy	3 359	4 115	3 984	4 392	X system
XI. Nemoci trávicí soustavy	2 638	2 626	2 552	2 734	XI Diseases of the digestive system
XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	4 193	3 903	3 667	3 809	XIX Injury, poisoning and certain other
Ostatní	3 007	4 783	5 040	5 157	other
	Ženy Females				
<b>Celkem</b>	<b>52 694</b>	<b>55 239</b>	<b>52 870</b>	<b>55 001</b>	<b>Total</b>
II. Novotvary	12 357	12 302	12 421	12 367	II Neoplasms
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	1 232	2 514	2 526	2 472	IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases
IX. Nemoci oběhové soustavy	29 458	27 544	25 354	26 506	IX system
X. Nemoci dýchací soustavy	2 792	3 363	3 144	3 675	X system
XI. Nemoci trávicí soustavy	2 026	2 033	1 960	2 035	XI Diseases of the digestive system
XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	1 816	1 909	1 844	1 799	XIX Injury, poisoning and certain other
Ostatní	3 013	5 574	5 621	6 147	other

(Český statistický úřad, 2018)

### 1.3 Diagnóza foetus mortus

Perinatální ztráta postihuje v České republice asi 400 rodičů ročně. Rodiče ztrácejí nejen své dítě, ale také budoucnost, sny a plány. Teprve nedávno se v České republice v praxi více rozšířila možnost vidět, pochovat si své mrtvorozené dítě a rozloučit se s ním. (Ratislavová et al., 2016, s. 32) V západních zemích se rituál rozloučení s mrtvě rozeným plodem rozvinul a měnil rychleji, jelikož společnost zdravotnického personálu aktivně reagovala na přání a potřeby rodičů. Již v sedmdesátých a osmdesátých letech začali používat rituál týkající se možnosti vidět, poznat své dítě a následně se s ním rozloučit. Na konci 20. století k rituálu přidali možnost koupání, oblékání, a dokonce přinesení si mrtvého dítěte domů. Vlivem názorů, že rituál rozloučení s mrtvým dítětem pomáhá duševnímu zdraví, vedl v západních zemích k doporučení rozloučení se zdravotnickým personálem truchlícím rodičům. Sociálním tlakem na realizaci tohoto rituálu postupem času vyšlo na povrch, že dle několika studií a výzkumů právě rituál koupání a oblékání mrtvě rozených plodů měl negativní účinky na psychiku rodičů. (Ratislavová, 2015, s. 136) Studie ve Spojených státech zkoumající vzorek 104 rodičů po perinatální ztrátě zjišťovala zájem o fotografie dětí. Celkem 93 rodičů fotografie dostalo a 92 z nich tuto psychosociální intervenci podpořilo. 11 rodičů fotografii nedostalo, ale 9 z nich by o ni mělo zájem. Někteří rodiče po perinatální ztrátě dokonce projevíli zájem o profesionální fotografie. Také rodiče doporučovali, aby docházelo k fotografování i v případech, že o něj aktuálně pár nemá zájem, aby měli možnost si zpětně fotografie vyzvednout. (Blood, Cacciatore, 2014, s. 1, 8-10)

I přes velký pokrok vědy a vývoje nejen v prenatalní diagnostice lze v dnešní době předvídat intrauterinní úmrtí plodu jen u některých patologií (např. rozsáhlý hydrops či některé vrozené vývojové vady plodu). (Binder, 2007, s. 61-62) Do definice syndromu mrtvého plodu spadají všechna úmrtí v těhotenství i za porodu (=intrapartální), a to u plodů bez známek života (akce srdeční, pohyb, dech, křik) s hmotností vyšší než 500 g. (Čech et al., 2006, s. 355)

Silný vztah mezi matkou a plodem se utváří obzvláště po příchodu prvních pohybů plodu, pro ostatní členy rodiny se plod stává součástí rodiny. (Magyarová, Vachová, 2005, s. 787) Zejména u gravidity, která již od začátku probíhala fyziologicky, je pro pár o to těžší pochopit příčinu smrti plodu a vyrovnat se s tak náhlou a tragickou událostí. Úmrtí plodu



bývá pro těhotnou, partnera a nejbližší o to větší tragédií, čím blíže k termínu porodu smrt plodu nastane. (Binder, 2007, s. 61-62)

Ženu nejčastěji k lékaři přivede absence pohybů plodu, pobolívání v zádech či podbřišku, únava, subfebrilie, nauzea, krvácení, výtok, ochablost napětí prsů či jiné subjektivní nespecifické příznaky. (Doucha, 2014; Čech et al., 2006, s. 356; Ratislavová, 2008, s. 76) Diagnóza mrtvého plodu je definitivně stanovena pomocí ultrazvuku, chybí akce srdeční. Při smrti plodu delší než 24 hodin bývá porušeno držení plodu a je viděno tzv. Spaldingovo znamení (=zborcení lebečních kostí). Pokud jde o dobu ještě delší, je možno vidět vlivem autolytických procesů i hyperechogenní proužek v podkoží plodu. Mladší sloužící lékař si volá vždy některého z vedoucích lékařů, aby diagnózu ověřil a těhotné ženě spolu s přítomným partnerem tuto situaci dostatečně a srozumitelně vysvětlil. (Binder, 2007, s. 62) Nejen během, ale i po perinatální ztrátě jsou s rodiči v nejbližším kontaktu porodní asistentka a lékař a jejich úkolem je pečovat o jejich bio-psycho-socio-spirituální potřeby. (Ratislavová et al., 2012, s. 505)

Indukce porodu mrtvého plodu se zahajuje až po výsledcích odběrů krve a moči pacientky, kdy je již známo, že pacientka není akutně ohrožena na životě. Laboratorně se vyšetřuje krevní obraz, hemokoagulační a základní biochemické vyšetření včetně parametru CRP a moč rodičky. Porod mrtvého plodu je indukován za pomoci prostaglandinů. Po dirupci vaku blan je možno použít také Oxytocin. Lze užít také mechanické metody k dilataci hrdla, např. cervikální dilatátory. Dávkování a způsob užití jednotlivých metod záleží na aktuálním nálezů na porodnických cestách. Dále se doporučuje antibiotická profylaxe, nízkomolekulární heparin v dávce dle hmotnosti rodičky jako prevence tromboembolické nemoci (dále jen TEN), a to do doby, než je pacientka opět plně mobilizována. A samozřejmostí je také dostatečná analgetizace – např. regionální analgezie. (Procházka et al., 2014, s. 3-4)

Postup při diagnóze foetus mortus u vícečetného těhotenství zpravidla závisí na stáří těhotenství. Rozvoj diseminované intravaskulární koagulace (dále jen DIC) u vícečetné gravidity je při odumření jednoho z plodů nižší v porovnání úmrtí plodu u jednočetné gravidity. Pokud dojde u vícečetné gravidity k odúmrťi jednoho z plodů v nižších týdnech, zpravidla nebývá další plod ohrožen, stejně tak i v případě selektivní fetoredukce do 22. týdne gravidity. Usmrcené dvojče se rodí jako tzv. fetus papyraceus. V případě odumření jednoho z plodů ve vysokém stupni těhotenství je pak nutné těhotenství ukončit. (Binder, 2007, s. 64)

Při srovnání prožívání ztráty u časného novorozeneckého úmrtí a úmrtí plodu v děloze lze upozorovat rozdíl u rodičů, kteří své dítě nikdy neviděli – nemají společné vzpomínky, a proto se jim situace může jevit o to více nereálná. Z toho důvodu je důležité v rámci péče dbát na to, aby rodiče měli možnost své dítě poznat, tedy vidět jej a moci si ho pochovat. Stejně podstatná je možnost rozloučení se s dítětem a získání upomínkových předmětů (fotografie, otisky ručky či nožky plodu, pramínek vlasů apod.) (Ratislavová et al., 2012, s. 505-508) Dohnalová a Musil (2008, s. 5) popisují, že v případě náhlé smrti dítěte pozůstalým rodičům trvá delší dobu, než si smrt připustí. Možnost vidět zemřelého a rozloučit se s ním je metoda, jak si smrt rychleji připustit. S tímto souhlasí také Magyarová a Vachová (2005, s. 787-789), které ve svém článku odkazují na psychologické studie popisující, že je pro rodiče proces truchlení kratší a vyrovnávání se se situací rychlejší, pokud měli možnost se rozloučit se svým dítětem. Rozloučení se doporučuje i v případě anomálního plodu, jen je potřeba rodiče dopředu seznámit se vzhledem plodu, aby na situaci byli připraveni. S úmrtím plodu přichází pro rodiče velký šok, jejich dítě se nerodí s pláčem, je ticho. Mnohé ženy své dítě nikdy neviděly.

Zdravotníci pečující o ženu v tomto období by jí měli nabídnout možnosti, které má a vyslechnout její potřeby a přání. Stejně tak by se měli účastnit rituálu, ke kterému se matka či oba rodiče rozhodnou. Vhodný je otevřený a individuální přístup. Také před propuštěním z nemocnice by žena měla dostat kontakt na odbornou, ale i laickou psychologickou pomoc, aby ji v případě svého rozhodnutí mohla využít. (Ratislavová et al., 2012, s. 505-508; Ratislavová, 2008, s. 76-77)

Výzkum týkající se využívání a způsobu nabízení rituálů rozloučení se s dítětem u žen po perinatální ztrátě byl prováděn v České republice v letech 2007-2012. Výzkumný vzorek tvořilo 83 žen. 40 % žen, které přišly o dítě v časném poporodním období, své dítě nevidělo. Většina (67 %) žen u dg. mrtvého plodu své dítě neviděla, 69 % z nich toho lituje a jen 17,5 % z nich má na své dítě upomínku. Všechny ženy, které své dítě viděly, byly za své rozhodnutí rády. Bohužel bylo zjištěno, že často (v 53 %) možnost rozloučení se s dítětem nebyla vůbec nabídnuta. Graf v příloze č. 5. Dle internetového dotazníku ze západních zemí 90 % žen své mrtvorozené dítě vidělo i drželo, 5 % žen jej pouze vidělo a pouze 5 % žen své dítě nevidělo a nerozloučilo se. (Ratislavová et al., 2012, s. 506-507)

Další z výzkumů se týkal zkušeností českých matek ohledně rozhodování se o možnosti vizuálního a fyzického kontaktu s dítětem po perinatální ztrátě. Také byl zkoumán

vliv této zkušenosti na intenzitu zármutku. Výzkum prokázal, že matky, které se rozhodly nezávisle a byly o svém rozhodnutí přesvědčeny měly statisticky významně méně intenzivní smutek než ty, u kterých bylo rozhodnutí stanoveno zdravotnickým personálem. Výsledky výzkumu odrážejí často se vyskytující nejistotu porodních asistentek v péči o ženy po perinatální ztrátě. Ve většině případů se objevuje tzv. paternalistický přístup, nízká úroveň psychické podpory, nevhodně zvolená verbální či neverbální komunikace a malá nebo dokonce žádná pomoc při tvorbě upomínkových předmětů na dítě. (Ratislavová et al., 2016, s. 32-37) Zatímco několik studií a výzkumů poukazuje na pozitivní dlouhodobý účinek, který má vizuální a fyzický kontakt žen s mrtvě narozenými plody (nad 37. týden těhotenství) na duševní stav, tak zatím žádná vědecká studie nepotvrdila, že by odrazení rodičů od styku s mrtvým dítětem mělo nějaký přínos v rámci dlouhodobého aspektu duševního zdraví. (Ratislavová, 2015, s. 136-137)

Mnoho párů si přeje mít porod mrtvého plodu co nejdříve za sebou, avšak diagnóza mrtvého plodu není primárně indikací k císařskému řezu. Jednou z mála indikací k císařskému řezu u diagnózy foetus mortus je akutní stav ohrožující ženu na životě, např. masivní abrupce placenty. Při patologických polohách a jiných obtížích u porodu jsou zvažovány zmenšovací operace plodu. U ženy, u které je indikována diagnóza foetus mortus, je největším rizikem porucha hemokoagulace a následný vývoj DIC, jehož úplný rozvoj se odhaduje na dobu 5 týdnů od intrauterinní smrti plodu. Druhým závažným rizikem pro ženu je infekce, která může vést až k sepsi či septickému šoku a opět ohrožovat ženu až na životě. (Binder, 2007, s. 62-64)

#### Stádia macerace plodu:

1. stupeň – zarudlá, tzv. uvařená pokožka plodu (smrt méně než před 8 hodinami)
2. stupeň – kůže se olupuje, puchýře (smrt více jak 8 hodin)
3. stupeň – kůže se výrazně olupuje, v dutině břišní a hrudní se hromadí červená serózní tekutina, zborcení lebky, rozvolnění kloubů a vazů (smrt plodu před 2-7 dny)
4. stupeň – žlutohnědá játra, kalná tekutina (smrt plodu před 8 a více dny), v případě mumifikace plodu smrt nastala minimálně před dvěma týdny

Také na placentě a pupečníku jsou po 5-6 dnech patrné sekundární změny. Objevuje se edém, ztlustění bazální membrány trofoblastu, dochází k fibróze klků a usazování fibrinu na

maternální části placenty. Na pupečnicku dochází k úbytku Whartonova rosolu a barevným změnám. (Čech et al., 2006, s. 357; Navrátilová, 2013)

Dle doporučeného postupu schváleného Českou gynekologicko-porodnickou společností (dále jen ČGPS) je na patologii zasílán plod společně s připojenou placentou. Vcelku zasláný materiál pomůže vyloučit jednu z možných příčin smrti plodu – trombózu pupečnicku. (Procházka et al., 2014, s. 4) Jelikož zůstává placenta prokrvená i po smrti plodu, lze i později objevit abnormality placenty či pupečnicku, např. infarkty, retroplacentární hematom či strangulace na pupečnicku. (Navrátilová, 2013) Ani po detailní pitvě se až u poloviny mrtvě narozených dětí nezjistí jasná příčina úmrtí. Daleko častěji je konečná příčina úmrtí jasná u předčasně narozených dětí, které umřou až po porodu. (Kohner, Henley, 2013, s. 216)

Existuje několikero druhů dělení příčin intrauterinní smrti plodu. Například Binder dělí příčiny intrauterinní smrti plodu na odvratitelné, obtížně odvratitelné a neodvratitelné.

1. Mezi **odvratitelné** příčiny řadí růstovou restrikcí, diabetes mellitus, hypertenzi, preeklampsii a HELLP syndrom, dále Rh-izoimunizaci a intrahepatální cholestázu.
2. Jako **obtížně odvratitelné** příčiny popisuje Twin to twin transfusion syndrom, neimunní hydrops plodu a sepsi.
3. A jako **neodvratitelné** příčiny intrauterinní smrti plodu popisuje příčiny nejasné, nehody, úrazy, masivní abrupci placenty, intoxikace, strangulace a závažné vrozené vývojové vady (dále jen VVV) plodu. (Binder, 2007, s. 61; Ratislavová, 2016, s. 10-11)

Riziko úmrtí plodu stoupá spolu s délkou gravidity, až jedna třetina plodů s diagnózou foetus mortus je donošená. Doucha (2014) ve svém článku a také Čech (et al., 2006, s. 355) ve své knize dělí příčiny intrauterinního úmrtí na příčiny ze strany matky, plodu a placenty (pupečnicku a plodových obalů).

1. Mezi nejčastější příčiny intrauterinního úmrtí **ze strany matky** patří: onemocnění matky (hypertenze a s ní spojená preeklampsie či eklampsie, HELLP syndrom, diabetes mellitus, nefropatie, hepatopatie, kardiovaskulární choroby, autoimunitní onemocnění) či rizikové chování matky v podobně silného kouření, konzumace alkoholu či drog.

2. Mezi nejčastější příčiny intrauterinního úmrtí **ze strany plodu** patří: vrozené vývojové vady, Twin to twin transfusion syndrom, vrozené poruchy metabolismu, intrauterinní hypoxie, bakteriální či virové infekce.
3. Mezi nejčastější příčiny intrauterinního úmrtí **ze strany placenty, pupečníku a plodových obalů** patří: patologie placenty, pupečníku a plodových obalů, insuficience placenty, placenta praevia, abrupce placenty, hemangiomy placenty, strangulace pupečníku, trombóza cév pupečníku či výhřez pupečníku. (Navrátilová, 2013; Doucha, 2014)

A jako další, dělení příčin úmrtí dle Kohner a Henley (2013, s. 220-222):

1. Potíže ovlivňující vývoj plodu
  - Potíže související s placentou
  - Potíže související s dělohou
  - Potíže matky v důsledku těhotenství
  - Infekce postihující matku
  - Ostatní potíže související se zdravotním stavem matky
  - Potíže související s vývojem plodu
2. Potíže během kontrakcí
  - Potíže související s placentou
  - Potíže související s pupečnickem
  - Porodní asfyxie
3. Potíže po narození
  - Nedonošené děti
  - Potíže související s plícemi dítěte
  - Infekce

Binder popisuje ve svém článku mimo jiné také srovnání párů, které si prošly intrauterinním úmrtím plodu a párů s hendikepovaným dítětem. Páry, které si prošly porodem mrtvého plodu, se častěji se situací vyrovnávají lépe než páry s hendikepovaným dítětem. V případě porodu mrtvého plodu muži zůstává i nadále role ochránce, kdežto muži s hendikepovaným dítětem situaci nezvládají po více stránkách. Často zůstávají na zabezpečení rodiny sami, protože se partnerka musí o dítě postarat, a navíc většinu pozornosti věnuje právě dítěti. Dochází k pocitům selhání, ať už v rámci ploditelské role či role

rodičovské, ke ztrátám sebedůvěry, sebejistoty a k partnerským krizím. (Binder, 2007, s. 62; Ratislavová, 2008, s. 75)

Jsou popsány negativní účinky rituálu rozloučení na další těhotenství žen po perinatální ztrátě. Ženy, které jsou znovu těhotné a které po porodu držely mrtvé tělo dítěte v jejich náručí, byly více depresivní než ženy, které své mrtvé děti jen viděly. Těhotné ženy, které viděly své dítě, byly více úzkostné a vykazovaly více známek posstraumatické stresové poruchy (PTSD či PTSP) než ženy, které je neviděly. Avšak z dlouhodobého hlediska bylo u těchto matek zjištěno, že jsou méně depresivní a úzkostné. PTSP je pozdní odpověď na jistou stresovou událost a může mít až katastrofický charakter. Projevuje se živými vzpomínkami, sny až nočními můrami, dochází k disociaci a lhostejnosti vůči okolí a vyhýbání se činností připomínající danou událost. (Ratislavová, 2015, s. 136; Kubíčková, 2001, s. 47; Ratislavová et al., 2012, s. 507; Ratislavová, 2016, s. 159)

## 1.4 Onkogyneekologie

Nejčastějším diagnostikovaným onkologickým onemocněním u obou pohlaví byla v roce 2016 dg. C44 – „jiný zhoubný novotvar kůže“. Histologicky se jedná zejména o bazaliom a spinocelulární karcinom. V daném roce se jednalo o necelou třetinu hlášených zhoubných novotvarů. Po vyloučení dg. C44 bylo u žen nejčastějším zhoubným novotvarem karcinom prsu (C50) – téměř 18 % všech hlášených zhoubných novotvarů (celkem 134,4 případů na 100 000 žen), druhým nejčastějším pak kolorektální karcinom (C18-C20), celkem 56,4 případů na 100 000 žen. Třetím byl zhoubný novotvar průdušnice, průdušek a plic - 42,9 případů na 100 000 žen. Mezi další nejčastější zhoubné nádory u žen patřily v roce 2016: zhoubný novotvar (dále jen ZN) dělohy, kožní melanom, ZN ledviny, ZN slinivky břišní a ZN vaječníku. Nejčastějším přednádorovým stavem u žen v roce 2016 byla dg. D06 – hrdlo děložní, kdy bylo zachyceno 55,9 případů na 100 000 žen. (ÚZIS, © 2017)

Dle statistických dat z roku 2007 (tabulka č. 4) je zřejmé, že nejvyšší incidenci gynekologických zhoubných nádorů měl karcinom dělohy, následně karcinom ovaria a třetí nejvyšší incidence byla u karcinomu čípku děložního. Nejvyšší mortalita byla u karcinomu ovaria, dále u karcinomu dělohy a následně čípku děložního. (Roztočil a kol., 2011, s. 318)

Karcinom endometria je nejčastějším zhoubným nádorem u žen ve vyspělém světě. Karcinom děložního hrdla je druhým nejčastějším zhoubným onemocněním u žen ve světě.

První v mortalitě je karcinom ovaria, přestože zastupuje asi čtvrtinu zhoubných nádorů v gynekologii. (Pilka, 2017, s. 58-59)

Tabulka 4 - Incidence a mortalita gynekologických zhoubných nádorů v ČR v roce 2007

Nádor	Incidence	Mortalita
karcinom vulvy (C51)	3,57	1,89
karcinom pochvy (C52)	1,02	0,40
karcinom čípku (C53)	18,69	7,34
karcinom dělohy (C54, 55)	32,58	10,04
karcinom vaječníku (C56)	20,52	13,33
ostatní gynekologické nádory (C57)	1,85	0,94
karcinom trofoblastu (C58)	0,09	0,02

(Roztočil a kol., 2011, s. 318)

## 1.5 Umírání a smrt

*„Úmrtí radikálně mění celý život pozůstalých – jejich svět je navždy jiný a nikdy už nebude takový jako dřív.“*

(Dohnalová, Musil, 2008, s. 1)

Stejně jako nemocný, tak i jeho rodina si prochází různými fázemi vyrovnávání se s nemocí a ztrátou po zjištění diagnózy terminálního onemocnění jejich blízkého. Tyto fáze jsou podobné těm, kterými si prochází i sám nemocný. To, jak bude rodina reagovat, ovlivňuje do značné míry sám nemocný. Záleží na tom, kolik informací své rodině a blízkým sdělí a jaký má on sám k nemoci zaujatý postoj. Čím méně informací nejbližší mají, tím horší jsou jejich pozdější reakce a čím více negativních emocí prožijí nejbližší ještě za života nemocného ve spojitosti s jeho diagnózou, tím lépe se poté vyrovnávají s jeho ztrátou. (Kübler-Ross, 2015, s. 187-188) Lidé z různých kultur mohou reagovat na ztrátu a zármutek různými způsoby. Změna v porozumění smrti a zármutku v americké kultuře je přičítána Elisabeth Kübler-Ross. (Steen, 2015, s. 79) Rychlost vyrovnávání se s nemocí je individuální, a proto může docházet ke ztížení komunikace. Fáze se mohou různě střídat, navracet či prolínat, některé dokonce i úplně chybět. (Umírání, 2015; Axelrod, 2019)

### První stádium – popírání a izolace

*„Úzkostné popírání stanovené diagnózy je typičtější u pacientů, kteří byli informováni předčasně nebo stroze a necitlivě někým, kdo buď nemocného dost dobře neznal, nebo*

*informaci podal ve spěchu, aby „už to měl rychle za sebou“, a nebral přitom v úvahu, zda pacient je, či není připraven zprávu přijmout.“ (Kübler-Ross, 2015, s. 52)*

K některé z forem popírání se v různých fázích nemoci uchylují téměř všichni pacienti. Fáze popírání mírní působení šokujících zpráv a jistým způsobem dává pacientovi čas dojít k mírnější formě radikální obranné strategie. Popírání je zanedlouho následováno alespoň částečným přijetím daného faktu. Pro nemocného i jeho rodinu jsou témata o smrti daleko lépe snášeny v době, kdy je pacient ještě relativně zdrav než ve stavu krátce před smrtí, kdy už je nemocný na pokraji svých sil. (Kübler-Ross, 2015, s. 52-53)

### Druhé stádium – zlost

Pacient směřuje svou zlost ke komukoliv, kdo se objeví, je ovládán negativními emocemi. Hledá důvody, proč nemoc postihla zrovna jej, pociťuje vinu a přemýšlí nad tím, za co je „trestán“. Nikdo a nic mu v tomto stádiu nepřijde dost dobré. Při snaze personálu o společnost, chce být pacient sám a jen co sestra opustí pokoj, je volána signalizačním zařízením. Z médií slyší a vidí mnoho spokojených, šťastných a zdravých lidí a na opačné straně různé války a mnoho zbytečně zmařených lidských životů. Nemocný si přehrává, co vše si ještě v životě naplánoval, které věci má momentálně rozpracované a je často náhle postaven do situace, kdy už své plány nedokončí. Potíž tkví v tom, že jen málo lidí se dokáže vcítit do pacientovy role. Je potřeba jej respektovat a chápat, nebrat si nic osobně, věnovat mu svou pozornost a trochu svého času. Pokud sám bude chtít, je vhodné vyslechnout si o jeho emocích – vzteku, strachu, pocitech nespravedlnosti apod. (Umírání, 2015; Kübler-Ross, 2015, s. 64-67)

Hlavní oporou a podporou pozůstalého by měli být jeho nejbližší – zejména rodina. Avšak často smrt zasáhne celou rodinu natolik, že namísto vzájemné pomoci vyvstávají úplně nové problémy či se otevírají staré nesnáze. Přátelé a jiní blízcí lidé pozůstalému také někdy nebývají správnou oporou, zejména proto, že nevědí, co říci popřípadě jak se chovat, a tak volí cestu „úniku“ a snaží se pozůstalému vyhýbat. (Špatenková, 2013, s. 11)

### Třetí stádium – smlouvání

Nemocný uvažuje o smyslu života, o tom, co by ještě rád viděl či prožil. Mezi nejčastější přání vážně nemocných patří prodloužení života a v pořadí ihned za ním alespoň pár dnů bez bolesti a tělesných obtíží. Smlouvání je jakýmsi pokusem o odklad. Nemocní se



často chtějí dožít např. svatby svých dětí, narození vnoučete či jiných významných rodinných událostí. Ti, kteří provázejí nemocného touto fází, by mu měli pomoci tvořit cíle, zejména ty obsahové, nežli časové a každý splněný cíl ocenit. (Umírání, 2015)

I když se mnozí nemocní „tváří“ jako nevěřící, většina smluv je uzavírána právě s Bohem. Mnozí nemocní dokonce slibují za prodloužení svého života, že své tělo, či jeho část věnují vědě. (Kübler-Ross, 2015, s. 98-100)

#### Čtvrté stádium – deprese

Existuje více důvodů depresí u umírajících. Nejenže s přibývajícými příznaky nemoci ubývá člověku sil, ale také narůstají výdaje za léčbu. Do depresí upadají často ženy zejména po ablacích prsů či hysterektomii, protože se již necítí být ženou v tom pravém slova smyslu. Elisabeth Kübler-Ross dělí stádium deprese na depresi **reaktivní** a dále depresi **přípravnou**. U prvního typu deprese má nemocný mnoho věcí na srdci a potřebuje aktivnější přístup a vzájemnou komunikaci. Ženě, která má pocit, že již není ženou, je vhodné složit kompliment ohledně některé z jejích ženskostí či ji přesvědčit o tom, že ženu nedělá „pouze“ děloha či její prsa. Pomoci v této situaci může také rozhovor (nejen) zdravotnických pracovníků s manželem ženy. Často jsou velmi nápomocni sociální pracovníci, kteří poradí a pomůžou například v situacích týkajících se dětí či starších osamělých osob. Deprese terminálně nemocného daleko rychleji vymizí, když ví, že je postaráno o jeho nejbližší. Snaha rozveselit, či naučit nemocného myslet pozitivně může pomoci u prvního typu deprese, avšak u druhého typu, která má tichou a mlčenlivou povahu, nemusí být tyto snahy zcela na místě. V této situaci by měl být nemocnému jeho žal „povolen“, aby došlo ke konečnému smíření. Pomoci může pohlazení, dotyk či jen tichá společnost. (Kübler-Ross, 2015, s. 101-104; Axelrod, 2019) Svě místo v této fázi mají také antidepresiva, avšak přítomnost člověka je v tomto období nejvýznamnější. (Umírání, 2015)

#### Páté stádium – smíření (akceptace)

Pátou, a poslední fází je akceptace – přijetí pravdy. Nemocný se smiřuje se svým zdravotním stavem a situací, v níž se nalézá. Prošel si všemi stádii a je unavený a zesláblý, dává přednost tzv. tiché společnosti – stisk ruky, pohlazení. Nemocnému je vhodné dát najevo, že nezůstal sám. Někteří jedinci stádia smíření nedosáhnou, blížící se smrt popírají, může dojít k rezignaci, beznaději. (Umírání, 2015)

Od starověku jsou rituály spojené se smrtí blízké osoby součástí většiny kultur, nazývají se „přechodové rituály“. Slovo rituál pochází z latinského *ritus*, což je obřad, uspořádání nebo zvyk. Přechodový rituál má ochrannou, podpůrnou funkci a poskytuje pocit kontroly nad situací. Jedná se o model individuálního či kolektivního způsobu chování, a je založen na přijatých či tradičních pravidlech. Umožňuje jednotlivcům vyrovnat se se situací. (Ratislavová, 2015, s. 135)

*„Smrt blízkého člověka představuje extrémní zásah do života pozůstalých. V jediném okamžiku se radikálně mění celý jejich život. Doposud existující jistoty se z jejich života náhle vytratily, jejich svět je smrtí milovaného člověka nečekaně a navždy změněn.“* (Špatenková, 2013, s. 9) Smrt blízkého člověka dle Špatenkové není jen silnou emoční reakcí. U pozůstalých vyvstávají otázky týkající se jejich vlastní identity – např. „Jsem po smrti manžela, stále manželkou?“, stejně tak je narušena jejich integrita – často má pozůstalý pocit, že přišel o kus sebe samého. Ve vztahových otázkách pozůstalý nechce být sám, ale na druhou stranu nechce ani být mezi lidmi. Dále se pozůstalí přesvědčují o bezpečnosti světa, zejména věřící se ptají Boha, jak mohl dovolit smrt jejich blízkého. (Špatenková, 2013, s. 10-11)

*„Truchlení a zármutek jsou přirozeným stavem, který následuje po ztrátě někoho/něčeho, co pro jedince mělo vysokou hodnotu. Zármutek je multidimenzionálním jevem, který zahrnuje fyzické, behaviorální, duchovní/spirituální komponenty a je charakteristický komplexem kognitivních, emocionálních a sociálních změn, které provázejí ztrátu milované osoby.“* (Ratislavová et al., 2015, s. 1) Smutek a truchlení jsou normální odezvou na ztrátu, především pokud je nevratná. Jedná se o intenzivní zátěžovou životní zkušenost, která je náročná nejen na psychiku, ale také se projevuje na tělesném stavu, sociálních vazbách a duchovních přesvědčeních. Truchlení se v průběhu času mění, stejně jako jeho síla. Velmi podstatné je si každou ztrátu připustit, zpracovat, projít si procesem truchlení a vyrovnat se s ní. Jinak hrozí tzv. odložené truchlení, a to v případě dlouhodobého popírání a vyhýbání se bolestným emocím. 9-20 % pozůstalých si může projít komplikovaným truchlením, které se může stát příčinou psychických poruch či závislostí. Také u dětí může být proces truchlení komplikován, a to zejména rozvojem závažných psychických poruch (depresivní či úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy, sebepoškození či až pokus o suicidu). (Dudová, 2013, s. 249-250; Kubíčková, 2001, s. 24-25; Ratislavová, 2016, s. 154-156)

Pro pomoc a podporu pozůstalým existuje mnoho jedinců i skupin, ať už se jedná o laickou, odbornou či expertní pomoc. Pozůstalí potřebují zejména psychickou oporu, někoho, kdo bude naslouchat a s kým budou moci mluvit. Dále potřebují znát informace ohledně zajištění pohřbu, jak to je nyní se zesnulým, kde se nachází apod. a zda mají nárok na finanční pomoc. (Špatenková, 2013, s. 15-17; Kubíčková, 2001, s. 209-210)

Nejbližší si často kladou za vinu smrt svého „protějšku“ a ačkoli proces truchlení obsahuje také jisté prvky hněvu, nikdo si nechce hněv vůči zesnulému přiznat. Tyto emoce jsou pak potlačovány a prodlužují tak často dobu truchlení. (Kübler-Ross, 2015, s. 13)

Členění procesu truchlení se může lišit, někteří autoři rozlišují tři, čtyři, pět a více fází. Stádia procesu truchlení z knihy Špatenkové jsou rozděleny do třech fází: **kontuze** (krátké stádium šoku, otřesu a zmatku), **exprese** (intenzivní stádium zármutku a žalu) a **adaptace** (návrat pozůstalých k běžnému životu). Špatenková také přirovnává proces truchlení k výstupu na vysokou horu, kdy si pozůstalí procházejí náročným obdobím od „slzavého údolí“ (první fáze truchlení), kdy nevidí vrchol hory a cítí se vyčerpaní a na pokraji svých sil. Opětovně po několika krůčcích „padají“ zpět do propasti a spolu s dalším a dalším vyšším výstupem se postupně dostávají skrze černá mračna (druhá fáze truchlení) až ke svítícímu slunci a nakonec i na vrchol hory (třetí fáze truchlení), kde zjistí, jak je život krásný a že stojí za to ho žít. Jedná se o dlouhou cestu, zpravidla trávající déle než jeden rok. (Špatenková, 2013, s. 84–86; Kubíčková, 2001, s. 33-42)

### 1.5.1 Ztráta dítěte

Perinatální ztráta je obecně považována za nejbolestnější formu úmrtí, protože je neočekávaná, často náhlá a někdy nevysvětlitelná. Avšak péče a podpora rodičů, jejichž dítě zemřelo, je velmi náročná, obtížná a stresující. V některých situacích může mít ošetřující personál pocit selhání a bezmoci, protože nemůže pozůstalým rodičům pomoci. (Chan, Arthur, 2009, s. 2352-2533; Ratislavová, 2016, s. 13)

V České republice zemře ročně asi 1 000 dětí do 19 let věku, pro většinu rodičů je smrt vlastního dítěte naprosto nepředstavitelná událost. Dle lékařských studií z Dánska je spojitost mezi úmrtím dítěte a následně rychlejší smrtí rodičů, především matek. (Dohnalová, Musil, 2008, s. 1)

Ve druhé polovině 20. století se v České republice v době, kdy se porody přesunuly z domácností do porodnic, začal rituál tzv. „zmizení mrtvě narozeného dítěte“. Tento rituál byl vytvořen zdravotním personálem s cílem minimalizovat psychické utrpení rodičů po perinatální ztrátě. Dítě bylo rychle odneseno z místnosti, aby ho žena neviděla a často nedostala ani žádné informace o mírách, někdy ani pohlaví plodu. Pro poskytování odpovídající péče je pro pomáhající profese velmi důležité porozumět zármutku rodičů, kteří přišli o dítě, ať už se jednalo o potrat, porod mrtvého plodu či časně novorozenecké úmrtí. (Ratislavová et al., 2015, s. 1; Ratislavová, 2015, s. 135-136; Ratislavová, 2016, s. 63; Blood, Cacciatore, 2014, s. 2) Názor, že jsou postoj a chování zdravotníků velmi důležité popisují i Magyarová s Vachovou. Ženy si chování zdravotníků budou vybavovat při vzpomínkách na „výročí“, ať už se jedná o termín porodu, či datum úmrtí plodu. Potrat plodu je společností vnímán jinak. Společnost potracený plod často nevnímá jako osobu, člověka. Ženě není vyjadřována soustrast jako u úmrtí dítěte, často je jí odpírán nárok na smutek. Ženě přicházejí pocity selhání jako ženy, ale i jako budoucí matky. Častý je také pocit viny, obviňování a zejména ženy, které v minulosti podstoupily umělé přerušování těhotenství, vnímají nynější potrat jako trest. (Magyarová, Vachová, 2005, s. 786-787; Kubíčková, 2001, s. 80-81)

Dohnalová a Musil na základě rozhovorů s členkami Dlouhé cesty sestavili následující „Fáze vyrovnávání se se ztrátou dítěte“

- Fáze 0 – před smrtí dítěte; touto fází vyrovnávání si prochází rodiče nevyhléditelně nemocných. Začíná okamžikem, kdy si rodič možnost připustí a končí smrtí dítěte.
- Fáze 1 – bezprostředně po smrti dítěte; týká se všech pozůstalých rodičů. Začíná úmrtím dítěte a končí zhruba po pohřbu či jiném způsobu rozloučení.
- Fáze 2 – pozvolný návrat do reality. Začíná pohřbem (či jiným způsobu rozloučení) a končí zpravidla do 13 měsíců od smrti dítěte.
- Fáze 3 – opravdový návrat do reality. Začíná přibližně rok od smrti dítěte a v případě, že mají rodiče zážitek „zpracovaný“, pokračuje po celý život.

Každý pozůstalý nemusí procházet všemi fázemi, dokonce ani postupně, jedná se o individuální proces, který ovlivňuje několik faktorů. Fáze se mohou různě prolínat, střídat a navracet. (Dohnalová, Musil, 2008, s. 3-7)

Dalo by se očekávat, že při úmrtí jednoho dítěte z vícečetné gravidity bude truchlící proces probíhat mírněji, avšak není to pravdou. Rodiče drží v rukách své žijící dítě a současně vzpomínají na to, které umřelo a představují si, jaké by v tomto období asi bylo. Stejně tak při

různých oslavách, výročích a svátcích na rodiče přichází smutek a vzpomínky na zemřelé dítě. V těchto případech se zvyšuje riziko patologického smutku a celkový proces truchlení se prodlužuje. (Magyarová, Vachová, 2005, s. 788; Ratislavová, 2016, s. 80-83)

Dlouhodobý stres, který vzniká na podkladě smrti dítěte, se odráží nejen na zdraví rodičů, ale dochází k partnerským krizím a rozvratům vztahů. Objevují se problémy se sourozenci, v práci a výjimkou nejsou ani sebevražedné myšlenky. (Dohnalová, Musil, 2008, s. 2) Závěry studií zabývající se projevy smutku u otců a matek jsou jednoznačné. Truchlení u obou rodičů je stejné, pouze ženy více verbalizují svůj smutek. V případě sourozenců je potřeba ujistění, že smrt nikdo nezavinil, že děťátko netrpělo a nic ho nebolelo a že je běžné, že pro ztrátu děťátka rodina pláče. (Magyarová, Vachová, 2005, s. 790) V případě truchlení je nesmírně důležité nezapomínat na nejmenší členy domácnosti, a to děti. Děti si od dospělých osvojují mnoho návyků a vzorců chování. U smrti a vyrovnávání se se ztrátou člověka to není jiné. I když dospělí svůj zármutek skrývají, dítě smutní – cítí pocity izolace a vyřazení z rodinného dění. Dokonce už u dětí před dosažením prvního roku života lze sledovat akutní truchlení, jelikož si tyto děti vytvářejí citový vztah a dokáží reagovat na odloučení. Děti školního věku pak mají potřebu ujistění, že bude o zemřelého postaráno, a že mu nic neschází. (Dudová, 2013, s. 248–249; Kubíčková, 2001, s. 87-90)

Negativně působí také některé slova ošetřujícího personálu, typu „neplačte“ či „takhle to bude lepší“. Rodič má právo plakat, přišel přeci o dítě a personál nemá právo soudit, ale má pomáhat a léčit. (Magyarová, Vachová, 2005, s. 792)

## 1.6 Vzdělávání

V České republice funguje od roku 2005 občanské sdružení Dlouhá cesta (dále jen „Dlouhá cesta“), které poskytuje podporu rodičům při úmrtí dítěte. Po roce 2007 došlo k realizaci projektu Prázdná kolébka, zejména pro ženy po perinatální ztrátě. (Ratislavová et al., 2012, s. 508) Zakladatelkami sdružení **Dlouhá cesta** jsou Martina Hráská a Bibiana Wildnerová, matky, které společně zažily nemoc a poté i smrt svých dětí. Dlouhá cesta pomáhá rodičům se (nejen) psychicky vyrovnat se ztrátou jejich dítěte – ať už jejich věk a příčina smrti byly jakékoli. Není rozhodující, jak dlouhá doba od smrti dítěte uplynula, stejně tak není brán v potaz věk, národnost, náboženství či profese. Dlouhá cesta je pro všechny

pozůstalé. Také je to v České republice jediná organizace primárně se zaměřující na pomoc rodinám po úmrtí dítěte. (Dohnalová, Musil, 2008, s. 1-3)

Projekt **Prázdná kolébka** vznikl pod záštitou organizace Dlouhá cesta za účelem pomoci a podpory rodičů, ale i nejbližších, kteří si prošli perinatální ztrátou. Odbornými garantkami projektu Prázdná kolébka jsou PhDr. Ilona Špaňhelová, Mgr. Zuzana Hrušková a Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D. (Prázdná kolébka, 2008)

Nezisková organizace Dlouhá cesta pořádá e-learningové kurzy pro zdravotníky – porodní asistentky, všeobecné sestry, lékaře, ale také pro vyučující a studenty. Název kurzu je: „Péče o rodiče po perinatální ztrátě.“ Jedná se o 9 e-learningových lekcí a dvě osobní setkání účastníků. Kurz je zaměřen zejména na psychologické a sociální aspekty péče o truchlící rodiče, kteří si prošli perinatální ztrátou. Po úspěšném absolvování získají účastníci certifikát. Tutoři kurzu jsou Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D. a Mgr. Zuzana Hrušková. (Prázdná kolébka, 2008)

Ratislavová s Buksovou také mimo jiné vybudovaly projekt, jehož cílem bylo vytvořit výukový program pro studentky porodní asistence zabývající se péčí o truchlící rodiče. Tento program vznikl ve spolupráci s doktorkou Hollins Martin z univerzity ve Velké Británii. Do vzdělávacího programu bylo zařazeno celkem 128 studentek druhých a třetích ročníků porodní asistence ze tří vysokých škol v České republice. Evaluací byl tento výukový program posouzen jako efektivní a došlo k zvýšení vědomostí studentek porodní asistence. V České republice momentálně bohužel není žádná učebnice zabývající se problematikou perinatální ztráty, přičemž se jedná o jednu z nejobávanějších situací v praxi porodní asistentky. (Ratislavová, Buksová, 2016, s. 28-30) Také v zahraničních studiích se ukázalo vzdělávání porodních asistentek a jejich učebnice jako nedostatečné pro poskytování základních a praktických informací týkajících se perinatální ztráty a managementu pro péči o truchlící rodiče. Studie zkoumající studentky porodní asistence a perinatální ztrátu došla k závěru, že se studentky necítily dostatečně připraveny vypořádat se s perinatální ztrátou a žádaly o další klinické zkušenosti v péči o pozůstalé ženy a jejich rodiny. Studentky vyjádřily potíže zejména v komunikaci s pozůstalými. (Alghamdi, Jarrett, 2016, s. 715-722)

## 2. PRAKTICKÁ ČÁST

### 2.1 Cíl – cíle výzkumu, výzkumné otázky

Ve většině definic povolání porodní asistentky je opakovaně skloňováno slovo fyziologie, ať už se jedná o péči o ženu či novorozence. Teprve po hlubším zkoumání těchto textů jsou zmiňovány stavy, které souvisí například s rizikovými pacientkami a ošetrovatelskou péčí v rámci gynekologie. Témata týkající se smrti a umírání jsou v dnešní době ještě stále tabu, i když se jedná o věc stejně přirozenou, jako je ku příkladu narození. Smrt je součástí koloběhu nejen lidského života. I přesto, že se zdravotnická péče a zdravotnictví stále vyvíjí kupředu, jistým situacím a nemocem nelze předejít. Proto je potřeba důkladná příprava zdravotnických pracovníků, aby mohli v těchto nelehkých situacích být nápomocni, a naopak se necítili, že jsou spíše na obtíž. Smrt a umírání se týká většiny zdravotnických oborů a porodnictví ruku v ruce s gynekologií není výjimkou.

Výsledky tohoto výzkumu by mohly vést například ke zlepšení péče nejen o ženy po perinatální ztrátě, ale i v souvislosti s jinými formami smrti v práci porodní asistentky. Dále by mohl pomoci také k rozšíření výuky a znalostí studentek oboru Porodní asistence opět v rámci nejen perinatální ztráty, ale smrti v povolání porodní asistentky obecně.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit osobní zkušenosti, subjektivní pocity a využívání pomocných mechanismů porodních asistentek při konfrontaci se smrtí v jejich povolání. Výsledný cíl práce byl specifikován v dílčích cílech:

#### Cíle výzkumného šetření:

**Cíl 1** - Zjistit osobní zkušenost porodních asistentek se smrtí pacientek

**Cíl 2** - Zjistit osobní zkušenosti porodních asistentek při péči o ženy s dg. foetus mortus

**Cíl 3** - Zjistit subjektivní pocity porodních asistentek při konfrontaci se smrtí a využití pomocných mechanismů při vyrovnávání se s touto situací

#### Na základě cílů tohoto výzkumného šetření byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- Jaké jsou osobní zkušenosti porodních asistentek se smrtí pacientek?
- Jaké jsou osobní zkušenosti porodních asistentek při péči o ženy s dg. foetus mortus?
- Jaké jsou subjektivní pocity porodních asistentek při konfrontaci se smrtí?

- Jaké pomocné mechanismy využívají porodní asistentky při vyrovnávání se se smrtí v jejich povolání?

## 2.2 Metodika výzkumu

Empirická část této diplomové práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu, tato forma byla zvolena vzhledem k citlivosti daného tématu. Předpokládalo se, že právě použitím kvalitativní analýzy dat bude možné alespoň částečně porozumět prožívání porodních asistentek v jejich povolání. Vévodová a kol. (2015, s. 100) definují předmět kvalitativního výzkumu jako „*studium každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách, proto se sleduje výzkumný problém z perspektivy aktéra, v jeho životním kontextu a v jeho vlastní interpretaci.*“ Výsledkem jsou subjektivní data utvářená jednotlivými participanty a zpravidla se nejedná o příliš početný výzkumný vzorek.

Jako metoda sběru dat byl vybrán řízený strukturovaný rozhovor. Hendl (2016, s. 46 a 177) popisuje jako výhodu metody interview zejména možnost porozumění zkušenosti. Strukturovaný rozhovor byl vytvořen z předem důkladně sestavených otázek, na které posléze jednotliví participanti odpovídali.

### 2.2.1 Charakteristika souboru

Na samém počátku výzkumu měl být výzkumný soubor tvořen porodními asistentkami, které pracují ve zdravotnických zařízeních v Olomouckém kraji. Později bylo vybráno jen jedno zdravotnické zařízení, kde se výzkum odehrával. Po předchozím souhlasu hlavní sestry (příloha) se rozhovory konaly s porodními asistentkami z Fakultní nemocnice Olomouc. Celkem bylo osloveno 9 porodních asistentek, avšak jedna ihned po oslovení účast na výzkumném šetření odmítla a poslední oslovená PA se vzhledem k nemoci výzkumu nakonec nezúčastnila. Výzkumný soubor tak nakonec tvořilo 7 porodních asistentek. Dalším kritériem pro účast na výzkumu byl věk vyšší 18 let a samozřejmě také souhlas s účastí na rozhovoru.

V rámci zachování anonymity nebyla uvedena pravá jména porodních asistentek, a to v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Ze stejné příčiny byla



vymazána také jména zdravotnického personálu a pacientek, které byly porodními asistentkami během rozhovoru jmenovány.

Po ústním souhlasu participantek následovalo detailnější seznámení s výzkumem, každá porodní asistentka dostala k přečtení informovaný souhlas, který ještě před zahájením rozhovoru vlastnoručně podepsala.

V úvodní fázi rozhovoru byly porodním asistentkám položeny otázky týkající se jejich délky praxe v oboru a nejvyššího dosaženého vzdělání v rámci porodní asistence. Do charakteristiky výzkumného souboru bylo také zařazeno oddělení, na kterém momentálně porodní asistentky v době výzkumu vykonávaly svá povolání. Doplněna byla také oddělení, na kterých porodní asistentky pracovaly v minulosti v rámci jejich praxe v porodní asistenci.

Tabulka 5- Charakteristika výzkumného souboru

<b>Jméno</b>	<b>Délka praxe</b>	<b>Nejvyšší dosažené vzdělání v rámci PA</b>	<b>Oddělení</b>
<b>Amélie</b>	2 roky	bakalářské	porodní sál, dříve gynekologie
<b>Beatrice</b>	4 roky	bakalářské	pooperační intermediální péče, dříve gynekologie
<b>Claudie</b>	6 let	magisterské	6 měsíců gynekologie, 5,5 roku na porodním sále
<b>Diana</b>	2,5 roku	magisterské	gynekologie, dříve 3 měsíce na porodním sále
<b>Elisabeth</b>	8 let	bakalářské	porodní sál, dříve gynekologická ambulance
<b>Fiona</b>	6 měsíců	bakalářské	gynekologie
<b>Giuliana</b>	24 let	bakalářské	gynekologie, dříve gynekologická ambulance a také odd. šestinedělí

**Zdroj:** vlastní zpracování

Délka praxe v oboru porodní asistence se u respondentek pohybovala od 6 měsíců do 24 let. Průměrně tedy 6,7 let. Dvě porodní asistentky dosáhly magisterského titulu v rámci vzdělání v porodní asistenci, ostatní byly bakalářky, popřípadě dosáhly vyššího titulu mimo porodní asistenci, což nebylo v tomto výzkumu dále zkoumáno. 4 porodní asistentky

pracovaly v době výzkumu na oddělení gynekologie Fakultní nemocnice Olomouc (dále jen FNOL). Jedná se lůžkovou část s 35 lůžky, kdy je oddělení pomyslně rozděleno na část s rizikovými těhotnými a část věnovanou gynekologii, převážně operativě. 1 z těchto porodních asistentek pracovala v minulosti 5 a půl roku na porodním sále jiné nemocnice v České republice. Ostatní porodní asistentky vykonávaly své povolání v minulosti v rámci FNOL. 1 porodní asistentka pracovala v době výzkumu na Jednotce intermediální péče (JIMP) FNOL, které disponuje 5 lůžky. Většina péče na tomto oddělení je věnována pacientkám po velkých gynekologických operacích a šestinedělkám po císařských řezech. 2 porodní asistentky pracovaly v době výzkumu na porodním sále FNOL, který disponuje celkem 7 porodními boxy, přičemž v případě potřeby 3 boxy slouží jako porodnická Jednotka intenzivní péče (JIP). JIP porodního sálu slouží převážně akutním stavům v porodnictví či šestinedělkám po císařských řezech.

### **2.2.2 Sběr dat**

Data k výzkumnému šetření byla získávána řízenými strukturovanými rozhovory s porodními asistentkami, které s rozhovorem dopředu souhlasily. Sběr dat probíhal po schválení výzkumné části této diplomové práce Etickou komisí, od 18.2.2019 do 20.4. 2019. Jednotlivé rozhovory probíhaly vždy v nerušeném prostředí, zvoleném danou porodní asistentkou. Před zahájením rozhovoru byly vždy účastnice informovány o detailech výzkumného šetření. Například o časové zátěži, kdy předpokládaná doba rozhovoru byla stanovena na 60 minut, dle individuálního přístupu a zkušenostech porodní asistentky k dané problematice. Porodní asistentky byly ujistěny o zachování anonymity a ochrany jejich soukromí. Současně byly účastnice požádány o podpis informovaného souhlasu. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, ze kterého byly ihned po přepisu do MS Word vymazány. Porodní asistentky mohly kdykoliv od účasti na rozhovoru odstoupit a byly o tom opět dopředu informovány. Po ukončení každého z rozhovorů dostaly porodní asistentky prostor pro případné otázky či připomínky. Po celou dobu tohoto výzkumného šetření byl kladen důraz na etické aspekty.

### 2.2.3 Zpracování dat

Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon, a to jen na nezbytně nutnou dobu. Poté byly dané výpovědi pečlivě a doslovně přepsány do MS Word, kde byly opakovaně pročitány ve snaze pochopit hloubku a podstatu daných výpovědí. Všechny nahrávky byly ihned po přepisu vymazány z nahrávacího zařízení. Následně byly všechny tyto textové dokumenty vytisknuty pro přehlednější práci s metodou barvení textu a po důkladné analýze dat byly stanoveny jednotlivé kategorie a podkategorie. V zájmu zachování anonymity byly porodní asistentky při přepisu rozhovoru přejmenovány. Všechny přepisy rozhovorů byly a budou použity pouze a výhradně k této diplomové práci. Všechny použité citace participantek jsou v použitém textu označeny kurzívou a uvozovkami.

K analýze získaných dat byly použity některé z technik zakotvené teorie. Využito bylo metod otevřeného a axiálního kódování, následně byly identifikovány hlavní významové kategorie a podkategorie. Při otevřeném kódování byly stanoveny celkem 4 kategorie, které byly následně pojmenovány.

**1. Kategorie: Vzdělávání v problematice umírání a smrti**

Podkategorie: V rámci studia, V zaměstnání

**2. Kategorie: Praktická zkušenost s umíráním a se smrtí v gynekologii a porodnictví**

Podkategorie: Četnost, Četnost dle typu smrti, Vyhýbání se, Smrt pacientky, Dg. foetus mortus, Upomínkové předměty

**3. Kategorie: Subjektivní vnímání**

Podkategorie: Smrt pacientky, Dg. foetus mortus

**4. Kategorie: Zvládání zátěžových situací**

Podkategorie: Vnější zdroje, Pomocné skupiny

## 2.3 Výsledky výzkumu ve vztahu k cílům práce

Na základě podrobné analýzy všech výpovědí došlo k vytvoření 4 kategorií s jednotlivými podkategoriemi. Každá z podkategorií byla vždy rozšířena výpověďmi participantek, které nebyly nadále nijak upravovány. Participantky byly z důvodu zachování

anonymity náhodně pojmenovány jmény vzestupně podle abecedy od písmene A do písmene G včetně. Vytvořená jména jsou následující: Amélie, Beatrice, Claudie, Diana, Elisabeth, Fiona a Giuliana.

### 2.3.1 Kategorie: Vzdělávání v problematice umírání a smrti

#### Podkategorie: V rámci studia

Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány, zda byly v rámci studia porodní asistence připravovány na možnosti smrti v práci PA. Amélie s Dianou si z výuky vybavují spíše látku týkající se mrtvého plodu. Amélie: „*Já si myslím, že určitě, že vždycky nás učili, co se týká novorozence, porodu a tak, tak že to má i stinné stránky, jak můžou být komplikace při porodu, takže ne vždycky každé těhotenství končí tím, že se narodí zdravý jako jedinec, že to může skončit dřív úmrtím z neznámých příčin nebo že ne vždycky se to donosí do termínu.*“ Diana poznamenala: „*Ano, v rámci psychologie jsme několikrát probíraly, jak pečovat o ženu s diagnózou foetus mortus. Ale myslím, že například na úmrtí pacientky jsme moc připravovány nebyly.*“. Beatrice hovořila jen o okrajové části učiva, ale mnoho o smrti v práci PA si nevybavuje: „*Bohužel ne. V rámci studia se jednalo spíše o okrajovou část výuky a vlastně už si ani nevzpomínám, že by nás na tuto součást naší práce někdo výrazněji upozorňoval.*“

Claudie s Giulianou si naopak vybavují pouze učivo týkající se umírajících dospělých. Claudie: „*Moc ne. Že by jsme měli nějaký jako psychologický intervence k tomu, třeba v rámci psychologie a tak, to ani ne. Jakoby spíš jsme měli z psychologie všeobecnou sestru a ta nás spíš učila rádoby jako nějakou hospicovou péči a péči o umírajícího a takový, ale skrz to porodnictví, tam toho moc nebylo.*“ Giuliana si vybavuje pouze studium věnující se ošetření mrtvého těla: „*(...) Vím, že jsme si akorát pročítali nějakou dokumentaci ohledně ošetření mrtvého těla, ale to bylo asi tak všechno.*“ Fiona jako jediná odpověděla následovně: „*Ano, v teoretické i praktické části studia.*“

Elisabeth: „*Mmm, jenom v rámci učební látky, ale že by třeba s náma někdo dělal nějakou supervizi nebo my bychom se o tom bavili, probírali to nebo tak, to ne. V rámci výuky nám říkali, že může být mrtvý plod, co se dělá, missedy, potraty, a tak ale, ale pak jsem byla v prváku a třetí službu na sále... a měla jsem tam ty mrtvé dvojčata a vůbec jsem nevěřila, že něco takového je skutečné. Já jsem si nikdy nedokázala..., nikdo mi neřekl, že se mi toto může*

*stát (...) Ale neměli jsme k tomu žádné informace no... Říkám, ve škole mi nikdo neřekl, že se mě může toto na porodním sále stát. Až v přímo v zaměstnání mě na to jako začli připravovat, až při tom zaměstnání, pomoci těch kurzů, co jsme měli... Prázdnou kolébku... Jinak ve škole, ne ne, řekla bych, že ne.“*

Beatrice s Elisabeth zmínily v této odpovědi, že si vybavují stále informace týkající se pozitivních zpráv a práce porodní asistentky. „(...) Pořád se mluvilo o tom „krásném poslání rození miminek“.“ - Beatrice. Elisabeth dokonce zavzpomínala na začátek svých praxí v rámci studia porodní asistence a popsala celou situaci s potratem dvojčat, kterou si dodnes velice živě vybavuje – viz výše, mimo jiné zmínila: „(...) Bo jsem si naivně myslela, jak všichni, ... všichni laici, že budu jenom u toho pěkného. Budu rodit jenom krásné živé zdravé děti usmívajícím se ženám...“ (smích)

### **Podkategorie: v zaměstnání**

Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány, zda absolvovaly nějaký kurz či přednášku ohledně smrti a umírání v jejich povolání např. od Dlouhé cesty, Prázdná kolébka apod. Pokud ano, tak jestli ho hradil zaměstnavatel. A zda by uměly uvedené techniky použít v praxi.

Beatrice, Diana a Elisabeth se účastnily v rámci zaměstnání kurzu Prázdná kolébka, všechny odpověděly, že kurz hradil zaměstnavatel. Diana s Elisabeth se shodly, že by znalosti z kurzu uměly využít v praxi. Diana: „Ano, absolvovala jsem kurz Prázdná kolébka a byl hrazen zaměstnavatelem. Myslím, že bych znalosti, které jsem na kurzu získala, uměla využít v praxi.“ Beatrice odpověděla: „(...) Dané techniky si pamatuji, ale ne všechny se mi zdály pro mě vhodné, ale některé z nich jsem už použila.“ Amélie s Giulianou uvedly, že jsou si vědomy, že kurz v rámci FNOL probíhal, ale ani jedna z nich se kurzu nezúčastnila, stejně tak žádná nevedla důvod proč. Giuliana: „Ne, ale Prázdná kolébka tady byla.“ Amélie se zmínila ještě o jiném semináři, který probíhal, ale ani tam nebyla přítomna. Zato vyzdvihla snahu o účasti zaměstnavatele na hrazení podobných akcí: „Vím, že to tady bylo ta Prázdná kolébka a co se týká o pacientky v terminálních stádiích a úmrtí, ale nebyla jsem na ničem takovém. A myslím si že ano, že většinou všechny kurzy nám hradí zaměstnavatel nebo aspoň přispívá, aji co se týká dojíždění.“ Elisabeth: „Tady tu Prázdnou kolébku... A jestli ho hradil zaměstnavatel? No jo, nikdo po mě peníze nechtěl...“ (smích) „Tak asi jo... A techniky bych teda uměla využít v praxi...“

Claudie se účastnila jiného semináře na toto téma a poznatky by v praxi využít uměla: „*Ano, kdysi dávno jsem absolvovala, to bylo v rámci kreditového systému, prostě seminář pro porodní asistentky. A tam vlastně, to vedla paní psychologka, nevzpomínám si teda na jméno, ale musím říct, že to bylo strašně pěkně podané. To bylo v rámci toho babského sjezdu, co pořádal Levret. Zaměstnavatel to tehdy neplatil. A užít v praxi, no myslím si, že asi jo.*“ Fiona se jako jediná o kurzu Prázdné kolébky vůbec nezmínila, ani žádný podobný kurz či seminář nenavštívila. Preferuje raději samostudium: „*Ne, neabsolvovala. A nevím, jestli bych ráda absolvovala tyto kurzy nebo přednášky. Samozřejmě každá porodní asistentka by o tom měla vědět, ale spíš nenásilnou formou. Třeba samostudiem nebo každý, jak by uznal za vhodné. Rozhodně bych do toho nikoho nenutila.*“

### 2.3.2 Kategorie: Praktická zkušenost s umíráním a se smrtí v gynekologii a porodnictví

#### Podkategorie: Četnost

Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány, jak často se ve své práci setkávají s některou z forem smrti.

Umělé ukončení těhotenství (interrupce neboli UPT) je jedním z etických problémů gynekologie. Kdy se člověk stává člověkem? Ve chvíli oplození či až v době porodu? Existují různé pohledy na situaci. (Čech et al., 2006, s. 87) Porodní asistentky, které se zúčastnily rozhovorů to vnímaly takto...

Porodní asistentky pracující na oddělení gynekologie se dle výpovědí více méně shodly, že četnost úmrtí v jejich práci je častá, setkávají se s ní v průměru na každé, či každé druhé službě. Dle Claudie je to: „*Jak kdy, ale tak vlastně když se to zprůměruje **tak ob službu** to může být... většinou.*“, Diana odhaduje, že: „*Pokud jde o missed nebo UPT, řekla bych, že **téměř na každé službě.***“, Fiona také odpovídá, že: „*Ve většině případů **každý pracovní den.***“ A Giuliana dokonce užila slovo věčně: „***Několikrát do týdne, missed a UPT jsou tady věčně, nejmíň 3krát-4krát do týdne.***“ Nejčetnější výskyt je dle těchto odpovědí zejména missed abortion a UPT, což se potvrdilo také v následující podkategorii. Elisabeth svou odpověď směřovala k statistickým datům: „***Asi 3krát ročně, bych řekla... 3krát ročně určitě, záleží, jaké jsou..., kolik, jako jaká je úmrtnost, že... Minulý rok byla minimální, předminulý rok jich bylo zas strašně moc z tady těhletěch věcí. Minulý rok strašně maličko jich bylo, a tak záleží,***

*jaký je rok, no... “ Amélie četnost úmrtí ve své práci jako jediná neurčila nijak přesněji: „Já si myslím, že se to nedá takhle říct přesně, jestli je to jednou za měsíc, jednou za dva měsíce. Myslím, že to je takový nárazový, a že vždycky je takový období, kdy je toho víc, jak kdyby za sebou. Třeba během měsíce to jsou dvě, tři paní, co přijdou třeba jako s fetem mortem nebo to UPT nebo takhle, ale pak jako zas delší dobu – jako třeba půl roku nic takového není nebo nejsem na směně, když třeba paní takhle přijde.“ Beatrice sice nezodpověděla, jak často se ve své práci sama setkává s některým typem úmrtí, ale situaci zhodnotila celkově v rámci kliniky: „Pro mě je to až moc časté. I když s danou pacientkou třeba nejsem v přímém kontaktu, takové informace se k člověku v rámci kliniky vždycky dostanou.“*

### Podkategorie: Četnost dle typu smrti

Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány, s kterým typem úmrtí se ve své práci setkávají nejčastěji. Popřípadě s kterým typem úmrtí se dosud ve své praxi neselekaly. Pro lepší přehlednost byla vytvořena následující tabulka č. 6.

Tabulka 6- Četnost dle typu úmrtí

Jméno	Missed abortion	UPT	Potrat nad 12. gh	Foetus mortus	Úmrtí pacientky	Smrt novorozence
Amélie	ano	nejčastěji	ano	ano	2x-3x	nikdy
Beatrice	nejčastěji	nejčastěji	ano	2x	2x	nikdy
Claudie	nejčastěji	ano	nejčastěji	asi 30x	nikdy	nepřímo
Diana	nejčastěji	nejčastěji	často	často	nikdy	nikdy
Elisabeth	ano	ano	nejčastěji	víc než 10x	nikdy	1x
Fiona	nejčastěji	poměrně často	poměrně často	ano	ne jako PA	nikdy
Giuliana	často	nejčastěji	často	ano	asi 6x-7x	nepřímo

**Zdroj:** vlastní zpracování

Všechny respondentky se své kariéře porodní asistentky setkaly hned s několika typy úmrtí. Nejčastější konfrontace se smrtí v jejich práci byla s missed abortion a UPT, tedy

potraty do 12. týdne těhotenství, ať už chtěné či nechtěné. Poměrně častý byl ve výpovědích i výskyt potratů nad 12. týden gravidity a dg. foetus mortus, i s těmito případy se setkaly všechny dotazované porodní asistentky. Claudie si zavzpomínala na svou praxi na porodním sále v jiné nemocnici: *„Tak vůbec jsem se nesečkala se smrtí novorozence po porodu a pacientky. A nejčastěji jsou teď momentálně ty missedy nebo ten foetus mortus po tom 17. týdnu třeba a na tom porodním sále to byly ty buďto intrauterinní úmrtí nebo třeba tam to bylo pracoviště, kde se dělaly i ..., dost často jsem se setkávala s různýma vrozenýma vývojovýma vadama, takže i jakoby takhle ve vyšším týdnu gravidity.“* Se smrtí pacientky se v práci porodní asistentky setkaly celkem tři participantky a všechny dvakrát a více. Se smrtí novorozence se přímo setkala pouze Elisabeth: *„Tak asi ty potraty a ty mrtvé plody... Smrt po porodu jsem zažila jenom jednou, ... dítěte. A jinak ty potraty a mrtvé plody, foetus mortus, no... Dosud jsem se nesečkala jen s úmrtím pacientky.“* Claudie a Giuliana se setkaly se smrtí novorozence pouze nepřímo, což znamená, že smrt novorozence nastala, ale ani jedna z nich u toho přímo nebyla přítomna, v obou případech se o novorozence již staral tým novorozeneckého oddělení. Claudie: *„(...) I když vlastně, se smrtí novorozence jsem se setkala, i když ne přímo, jednou, vlastně mělo neslučitelnou vadu se životem a po porodu umřelo, ale to vlastně už to pak měli ale v kompetenci novorozenci, takže už pak umřelo mimo mě. Takže to mě nějak nepoznamenalo.“* Výpověď Giuliany: *„Nejčastěji UPT, přítomna jsem nebyla u smrti novorozence po porodu, ale bohužel nastala, pak jsem byla v kontaktu s matkou.“*

Ostatní participantky se se smrtí novorozence nesečkaly.

Amélie: *„Asi nejčastěji, no na gynekologii to bylo vlastně UPT a teďka na porodním sále tam jsem se s tím teď za poslední dva měsíce našťestí nesečkala... Vlastně jen s novorozencem vlastně jsem se nesečkala, protože na novorozeneckém oddělení jsem nepracovala, takže tak ne.“*

Beatrice: *„Nejčastěji určitě potraty do 12. týdne těhotenství – UPT, missed, spontánní potrat. Nebyla jsem přímo u úmrtí dítěte po porodu a u porodu mrtvého dítěte v termínu těhotenství.“*

Diana: *„Nejčastěji se setkávám s missed a UPT. Dosud jsem se nesečkala s úmrtím pacientky a novorozence.“*



Fiona: „*Nejčastějším určitě missed, s tímto typem úmrtí se setkávám skoro každý den, když jsem v práci. UPT a potraty nad 12.týden těhotenství se na našem oddělení vyskytují také poměrně často. Zatím jsem se osobně nesečkala se smrtí novorozence po porodu.*“

### **Podkategorie: Vyhýbání se**

Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány, zda mají tendenci vyhýbat se případům s těmito diagnózami. Pouze Elisabeth s Giulianou odpověděly, že ano. Elisabeth přímo vylíčila situaci, když dorazí do práce: „*Ano... Ano, mám i když si myslím, že ne, tak si myslím, že podvědomě, když přijdu do práce a vidím, že tam někdo takový leží, tak mám tendenci si vzít jakoby jinou pacientku, protože je to pro nás všechny pořád prostě těžké a děláme to tak všichni, si myslím... No myslím si, že to tak děláme všichni. Je vidět na všech, jak se snaží dělat, že to nevidí, nebo že se tomu vyhýbají a vždycky to schytá ta, co přijde poslední na službu, no...*“ Giuliana se vyhýbá zejména případům, kde hrozí nebo se předpokládá úmrtí pacientky: „*Záleží na diagnóze. Missed a UPT mi vyloženě problém nedělá. Ale úmrtí pacientky, zvláště v době delší hospitalizace na našem oddělení mi to problém dělá a v tomto případě se snažím tomuto vyhnout. Vemu si jiné pokoje.*“ Amélie se snažila objasnit situaci, proč případné vyhýbání se nastává, zmínila se že: „*(...) vždycky každý je strašně rád, že se o takovou ženu nemusí starat, protože je to takový psychicky náročnější, co se týká té komunikace, vysvětlování a všeho takhle kolem.*“ Mimo jiné také Amélie odpověděla, že tendenci vyhýbat se případům nemá: „*Tak tendenci vyhýbat to bych neřekla, ale tak vždycky záleží prostě na koho vyjde jak kdyby ten příjem, kdo má miň pacientek, tak si tady tu ženu bere, ...*“

Ostatní respondentky se dle výpovědí snaží těmito případům nevyhýbat a Fiona například odpověděla: „*(...) Naopak si myslím, že člověka tato zkušenost zocelí a připraví na neočekávané situace v jeho osobním i profesním životě.*“ Claudie byla v rámci této odpovědi velmi stručná: „*Ne, ne.*“ Diana: „*Tendence asi ano, ale snažím se těmito případům nevyhýbat. Prostě to k mé práci patří.*“ Beatrice: „*Ne. I když mi to není příjemné, snažím se lidem v dané situaci pomoci co nejlépe v rámci svých možností.*“

### **Podkategorie: Smrt pacientky**

Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány, zda byly v průběhu své praxe v oboru přítomny u smrti pacientky a pokud ano, tak kolikrát.

U smrti pacientky v rámci porodní asistence byly přítomny celkem 3 respondentky a všechny více než jeden krát. Amélie: „*Ano, tuším, že to bylo 2krát nebo 3krát.*“ Giuliana: „*Nejsem si jistá, asi 6krát-7krát. Bylo toho hodně, těžko říct.*“ Beatrice odpověděla: „*Při práci porodní asistentky 2krát.*“, z čehož vyplývá, že se setkala se smrtí také mimo toto povolání.

Fiona sice u smrti pacientky přítomna byla, ale nebylo to v rámci praxe porodní asistence, což nebylo součástí tohoto výzkumu: „*Jako porodní asistentka jsem zatím nebyla přítomna u smrti pacientky. Jako zdravotnický asistent jsem byla u smrti více pacientek.*“

Claudie s Dianou u smrti pacientky přítomny nebyly, ale obě shodně použily slovo naštěstí. Claudie: „*U smrti pacientky jsem naštěstí ještě nebyla přítomna.*“ Diana: „*Naštěstí jsem přímo u smrti pacientky přítomna nebyla. Stejně mě ale zasáhlo už i to, když zemřela pacientka, o kterou jsem se delší dobu starala.*“

Elisabeth odpověděla: „*Ne, ani jednou... u pacientky ne.*“, z čehož vyvstává, že byla přítomna u jiné formy smrti, což se potvrzuje například v podkategorii dg. foetus mortus.

### **Podkategorie: Dg. foetus mortus**

Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány, zda během své praxe pečovaly o ženu s dg. foetus mortus a pokud ano, kolikrát. Všechny dotazované porodní asistentky shodně odpověděly, že se s dg. foetus mortus ve své práci setkaly, všechny opakovaně. Z výpovědi Beatrice vyplývá dramatickost situace: „*Dvakrát se mi stalo, že jsem u pacientky nenašla ozvy dítěte na části oddělení pro rizikové těhotné. Mnohokrát jsem byla u spontánního nebo indukovaného potratu ve druhém trimestru. Přímou při porodu mrtvého plodu v termínu jsem nikdy nebyla.*“ V odpovědích porodních asistentek se vyskytovala slova vyznačující vysokou četnost případů např.: často, nespočetněkrát, mnohokrát, strašně mockrát. Amélie se setkala s více případy během pár měsíců její praxe, Améliina výpověď byla: „*Ano pečovala. Na porodním sále, tam se mi to stalo během třech měsíců tuším 4krát nebo 5krát a to bylo pro mě takové jako nepříjemné, protože ta komunikace s tou ženou která rodí vlastně ten mrtvý plod, tak je to hodně takové nepříjemné, protože to většinou byly vyšší týdny nad dvacátý týden, jinak na gynekologii to byly pacientky co chodily... ehm, na potrat vyloženě, jakože tam nebyly ozvičky, takže že jsme ji podávaly vlastně léky – ten Mispregnol, tak to bylo takový, nechci říct jakože lepší, ale ty pacientky to snášely lépe, protože to byly malé týdny, takže to jak kdyby s tím byly jakoby víc vyrovnané, než když to byl dvacátý a*

*třicátý týden, tak to bylo takové nepříjemné, na té gynekologii většinou ty dvanácté týdny, tak o ty jsem se myslím že tak 2krát asi jsem se o ně starala.“ Giuliana vzhledem k délce její praxe nedokázala určit kolikrát byla u dg. foetus mortus přítomna: „Počet těchto případů nejsem schopna odhadnout. S ženami ve vysokém týdnu těhotenství se setkávám často až po porodu mrtvého plodu, ale u žen v nižším týdnu gravidity jsem sama přítomna u potratu.“ Fiona odpověděla: „Ano, nepočítám to.“ Elisabeth: „Ano, mnohokrát... strašně mockrát. Určitě... víc než 10krát.“ Diana: „Na našem oddělení pečujeme často o ženy po porodu mrtvého plodu. Nevím přesně kolikrát, řekla bych tak jednou za dva měsíce.“ Claudie: „Pečovala jsem a nespočetně krát, minimálně nevím, takovejch 30 případů asi jo.“*

### **Podkategorie: Upomínkové předměty**

Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány, zda v případě dg. foetus mortus nabízejí rodičům upomínkové předměty, popřípadě jaké a od kterého týdne gravidity.

Jediná Claudie odpověděla, že během její praxe na porodním sále v nejmenované nemocnici se upomínkové předměty nedávaly vůbec: „*No já jsem pracovala v nemocnici kde tohleto se nedělalo, takže... ne. Maximálně jakoby co jsem já sama, z vlastní iniciativy tak jsem nabídla... Vím, že existují, ... existují různý jakoby ty sdružení nebo nějaký spolky třeba, ta Prázdná kolébka a tak, kde se můžou jako pacientky shlukovat, ale jinak ty upomínkový předměty jsme nedávaly vůbec žádný.*“ Všechny ostatní porodní asistentky se shodly na upomínkové kartičce s otiskem ruky a nožky plodu. Jediná Diana zmínila upomínkovou kartu, kde je pouze obtisk nožky: „*(...) kde je obtisk nožičky dítěte. Myslím, že mohou dostat i ústřížek vlásků, a hlavně je rodičům nabídnuta možnost v klidu se s dítětem rozloučit...*“ O možnosti fotek hovořily celkem 4 participantky. Rozloučení s dítětem zmínily pouze 3 participantky. O mírách, tedy váze a délce plodu, a také možnosti vyzvednutí upomínkové kartičky později už hovořily jen 2 porodní asistentky. Amélie: „*Ano nabízíme, vždycky vlastně na porodním sále je fotoaparát, fotíme i miminko, nahé nebo oblečené, jestli si to ty maminky přejí, děláme otisky plosek ruky a plosek nohy, zvážíme a změříme a to tam zapíšeme a zeptáme se pak té maminky jestli by chtěla nějaký tento vzpomínkový list, popřípadě fotografii, i se ptáme, jestli se chtějí jako s tím děťátkem rozloučit, že ji ho zabalíme do oblečení, aby si ho pochovala, a dáváme ho do takového hnízdečka, a pak si aji to hnízdečko, ono je takové pletené, můžou ponechat a s tím odejít domů. A když ty pacientky nevědí, jestli ano nebo ne, tak jim říkáme že je to součástí dokumentace a když si to rozmyslí,*

*tak že se pak pro to můžou kdykoliv jakkdyby vrátit a dá se jim to dát později. A ten týden gravidity, já si myslím, že je to takové individuální, že když ta žena o to má zájem, že se to dá dělat jako dá se říct, tak od toho dvacátého týdne.“*

Ohledně týdne gravidity a nabízení upomínkových předmětů se shodla Amélie, Elisabeth a Giuliana, že se jedná o individuální věc a záleží také na přání pacientky. Giuliana s Amélií dodaly, že většinou okolo 20. týdne gravidity. Celá výpověď Giuliany: *„Většinou nabídka upomínkových předmětů probíhá už na porodním sále, ale řekla bych, že až v poslední době. Vzpomínkové kartičky s mírama, otisky ručky a nožky plodu. Jo a taky foto. Záleží na přání pacientky. Většinou okolo 20. týdne těhotenství.“* Elisabeth má však zkušenost s rozloučením v 13. týdnu gravidity a s otiskem nožičky v 15. týdnu gravidity. Diana a Fiona si sice týdnem nebyly úplně jisté, ale Diana odpověděla: *„(...) myslím si, že upomínkové předměty rodiče dostávají po porodu po 24. týdnu.“* Odpověď Fiony zněla: *„Ano, ve většině případů upomínkový list, na kterém bývá i otisk ručky a patičky dítěte. S jinými upomínkovými předměty jsem se zatím osobně nesečkala. Myslím si, že není určeno od kolikátého týdne, ale nejsem si jistá.“* Velmi detailně popsal všechny možnosti upomínkových předmětů a své zkušenosti Elisabeth: *„Nabízíme upomínkové předměty. Nikde není určena hranice, od jakého týdne... Co jsme dělali, tak asi nejmenší otisk byl v 15. týdnu, jsme dělali otisk nožičky a já jsem jednou i ve 13. týdnu... Jako paní chtěla vidět dítě, tak jsem ho zabalila..., nějak jsem se pokusila, aby to co nejlépe vypadalo... A chtěla vidět, se rozloučit i s dítětem, co bylo třináctý, čtrnáctý týden, takže to bylo úplně, úplně maličké... To ale jako by chtěla, takže to je můj třináctý týden a otisk patnáctý týden jsme dělali. Kromě otisku upomínkové listy, máme fotky, takže fotíme, polaroidem, takže to rovnou vyvoláváme ty fotky. Máme takové speciálně jako pletené pelíšky... různé velikosti, jakože je tam do toho dáváme, ty mrtvé děti, jak je zabalíme, aby je ty ženy měly v takových barevných pletených..., my tomu říkáme pelíšky, ... v pelíšcích. No a vždycky to vyrobíme, a i když to ta pacientka nechce, tak ji to zakládáme do dokumentace, s tím, že ji poučíme, že dokumentace se archivuje, s tím, že během následujících 40-50 let se archivuje mám pocit, takže celou dobu ona může přijít a kdykoliv si tyhle ty upomínkové předměty z toho archivu vyzvednout, protože jen málokterá žena vlastně to chce, takže jim děláme otisky, i je fotíme i když to oni nechcú. Zakládáme do dokumentace, aby to tam měli. A jednou se mě stalo, že si paní po třech letech pro to přišla, a přes jednu sestřičku mi vzkazovala, že mi hrozně děkuje, že jsem ji ty upomínkové předměty nechala, i když to ona nechtěla. Protože říkala, že celé tři roky nad tím pořád přemýšlela, vracela se k tomu a že to*

*furt v sobě nemohla uzavřít a strašně ji pomohlo, jak po těch třech letech si vzala tu vzpomínkovou kartičku, kde byla i ta fotka a vlastně ten otisk té nožičky a měla z toho hroznou radost no.... Takže tak.“ Beatrice zmínila upomínkové předměty také u spontánních potratů: „Nejen u této diagnózy, ale také u spontánních potratů ve druhém trimestru jsou nabízeny fotky dítěte, otisky dlaní a plosek nohou na upomínkovém listu, rodiče se mohou s dítětem vyfotit, mohou si domů odnést deku nebo oblečení, které mělo jejich dítě na sobě.“*

### **2.3.3 Kategorie: Subjektivní vnímání**

Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány, zda si vzpomínají, co prožívaly, jaké byly jejich myšlenky a pocity v případě, že se ve své práci setkaly s dg. foetus mortus či úmrtím pacientky, a jak se s danou situací následně vyrovnávaly.

#### **Podkategorie: Smrt pacientky**

Amélie se snažila nad situací nepřemýšlet a nepřipouštěla si ji, snažila se brát situaci s nadhledem. Dále vypověděla: „(...) Jako nějaká špatná že bych se z toho hroutila, tak to ne. Se situací jsem se tak nějak **nepotřebovala vyrovnávat**, protože jsem si to jak kdyby takhle nepřipouštěla, brala jsem to jako takový koloběh života, protože to byly většinou starší paní po onkologické léčbě, takže mě to přišlo spíš jako vysvobození pro ty pacientky.“

Beatrice se vyjádřila pouze k smrti pacientky, i když byla sama přítomna také u dg. foetus mortus. Před smrtí pacientky převládal strach, po smrti pak pocit překvapení, že k úmrtí opravdu došlo: „Šlo o onkologické pacientky ve vážném zdravotním stavu, kde se již předpokládalo, že nedojde k jejich uzdravení. Nejprve jsem přesto měla **strach o život pacientky**, aby jeho konec byl bezbolestný a pokud možno klidný. Následně jsem pak nemohla nějakou dobu opravdu uvěřit, že k smrti došlo. Pomáhá mi **pracovat v těchto chvílích rutinně**, podle zavedeného postupu a nemuset **na danou situaci chvíli myslet**. Nejcennější je pro mě rozebrání proběhlé situace s kolegyněmi.“ K vyrovnávání Beatrice napomáhá rutinní práce a sociální opora.

Diana u smrti pacientky sice přítomna nebyla, ale péči o umírající ženu již jednou zažila: „(...) jsem na noční službě pečovala o pacientku, která umírala, ale zemřela až následující den ráno. Nejvíce jsem myslela na to, jestli jsem udělala všechno proto, aby neumírala v bolestech, aby netrpěla. Jestli jsem třeba nemohla udělat něco víc... to mě trápilo.“

Elisabeth u smrti pacientky přítomna nebyla, avšak poznamenala své obavy: „*Nebojím se smrti pacientky, ale spíš toho všeho okolo, ...péče o ni... o to tělo... Aby nebyly problémy, ať neslyším, co jsem udělala špatně, anebo co jsem neudělala. Je toho okolo hrozně moc.*“

Fiona se se smrtí pacientky potkala sice mimo kariéru porodní asistentky, ale také popsala, její pocity a myšlenky: „*Mé pocity a myšlenky byli velmi smíšené. Převládal smutek, vztek, vzpomínky na osoby blízké v mé rodině, které už nejsou nějakou dobu mezi námi. Ale konec těchto pocitů většinou bývá stejný – konstatování, že je člověku už líp a netrápí se.*“

Giuliana popisuje zlepšení vyrovnávání se situací spolu s delší praxí v oboru, zavzpomínala však i na své začátky: „*Postupem času se moje pocity a myšlenky měnily, na začátku to byl strach a úzkost. Taky jsem ze začátku trpěla na nespavost. Byla jsem plačtivá, dokonce jsem i brečela. Nejhorší zážitek byl pro mě úmrtí mladé pacientky, u které jsem smrt nečekala. (vzpomíná a popisuje: „paní nebylo ani 30 let, měla 2 kluky...“)* Ted' úmrtí pacientky beru jako normální součást mojí práce. Dost záleží na věku a diagnóze pacientky, v případě infaustní diagnózy to beru jako jistou formu vysvobození pro danou pacientku. Velký problém je pro mě mluvit s rodinou.“

#### **Podkategorie: Dg. foetus mortus**

Amélie popsala, že: „*(...) to bylo pro mě strašně nepříjemný jako jak kdyby ta komunikace s tou ženou, (...) a bylo to takový, takový pro mě jako složitý, protože jsem se nedokázala vžít jak kdyby do situace té ženy a myslím si že by ji jako v tu chvíli jako nikdo nepomohl, (...) a já jak jsem s tím vyrovnávala..., tak.... Tak, já nevím no. Prostě jak jsem odešla z práce no, tak jsem se snažila prostě na to nemyslet, říct si že prostě to v práci se děje, každý má v práci něco, takže sem to jak kdyby se snažila vypouštět, (...) tak jsem si říkala prostě, že to tak nějak prostě asi mělo být, že prostě asi něco nad náma je a ví proč se to děje, že některým těm miminkám se nepodaří narodit živé no, ... že to tak asi má být...“.* Vyrovnávání se se situací probíhalo u Amélie formou vytěsnění.

Claudie zažívala zvláštní pocit, který avšak blíže nespecifikovala, sama čekala, že vyrovnávání se bude horší, ale opět nepřiblížila, jak vyrovnávání probíhalo. Má pocit, že úmrtí pacientky pro ni bude horší a že dg. foetus mortus ji nějak extra nepoznamenaly: „*Myšlenky, pocity. Byl to zvláštní pocit, co si s tou ženskou budu povídat během toho. Během té hospitalizace nebo té péče o ni, a hlavně jak ji utěšit, když třeba brečela nebo zvláštní bylo když se mě zeptala jak já bych se zachovala na jejím místě... Jestli bych si nechala vzít ten*

*plod třeba, tak to bylo jako takový..., takový dost zvláštní ale většinou se nakonec ty pacientky nějak samy rozpovídaly, takže většinou to nakonec až tak nevázlo a časem si člověk zvykl, no. (...) Čekala jsem, že se s tím budu hůř vyrovnávat. Myslím si, že kdybych jako... až budu mít zkušenost s mrtvým jakoby, s mrtvou pacientkou, tak to bude asi horší. A vyrovnávání se v podobně pláče, to ani ne. Naštěstí mě to nějak extra nepoznamenalo.“*

Diana u těchto diagnóz pociťuje zejména lítost: *„Nejvíce mi je samozřejmě líto rodičů. Vůbec si nedokážu představit, jak hrozné to pro ně musí být. Většinou tuto situaci snášim trochu lépe, pokud například žena už nějaké dítě má, nebo pokud k úmrtí plodu došlo z důvodu jeho onemocnění. Prostě pokud existuje něco, co trochu zmírní tuto situaci. Většinou se s tím vyrovnávám tak, že se o tom **bavíme s kolegyněmi**, ale když jsem doma, **snažím se na to myslet co nejméně**.“* Dianě s vyrovnáváním pomáhá opět sociální opora a vytěsnění situace.

Také Fiona pociťuje zejména lítost, vyrovnávání se se situací bohužel v rozhovoru nepopsala: *„Svou zkušenost nemám, a tak nemůžu posoudit jak se pacientka, popřípadě rodina cítí. Ale **strašně mi je jich líto**. Líto, že musí něco takového prožívat.“*

Elisabeth popsala svou úplně první zkušenost s dg. foetus mortus velmi barvitě, dokonce uvažovala o ukončení studia: *„Ano. Vzpomínám si, co jsem prožívala... Takže poprvé, jako studentka v prváku, měla jsem jednu z prvních praxí... Tenkrát se ještě nedělaly fetocidy, takže když... nebyl žádný jako pořádný bazál zajištěný ze strany novorozenců..., takže moje první zkušenost byly dvojčata, zhruba dvacátý týden... Kdy vlastně paní přišla s pokročilým nálezem, porodila....mmm dvojčata... to byli dva kluci, a protože pořádně nikdo nevěděl co s něma,...porodní asistentka je nechtěla jen tak naložit do formaldehydu, protože ještě žili, tak jsme je měli na novorozeneckém boxu, v inkubátoru a dala mi úkol, ať celou noc tam chodím a hlídám, jako kdy přestanou dýchat, abychom je mohly naložit do formaldehydu... Takže to byla moje první zkušenost jako studentky, asi na třetí, čtvrté praxi. Někdy jsem tam chodila vlastně ty děti kontrolovat...a bylo to jako **taková silná zkušenost**. Jsem si myslela, že **po těch třech praxích přestanu jako tento obor studovat**, a pak to naštěstí vystřídalo na dalších praxích jako porody živých dětí, takže to se tak nějak vystřídalo, ale to je věc jako na kterou si pamatuju úplně, úplně nejvíc i na ty pocity, co u toho byly. Jak jsem se vyrovnávala, noo, **probíraly jsme to se spolužačkama, to mi hrozně pomohlo**, já jsem nevěděla, s kým si mám o tom promluvit, nikdo v okolí by to nechápal, že... Rodina, asistentky to tehdy moc neřešily, že, oni byli ještě z dob, kdy se děti strkaly do ledničky, nebo do*

mražáku, aby to měli rychleji, ... takže to byla zase starší sestava, takže ti to jakoby vůbec neřešili, takže se spolužačkama, že jsme o tom mluvili se spolužačkama, to mi pomohlo asi nejvíc, že jsme to spolu probíraly.“ K vyrovnávání se situací byla opět použita sociální opora.

Giuliana: „Situaci prožívám víc, pokud žena doma nemá děti, podle toho kolikáté je to těhotenství, jaký je její věk a jestli má možnost mít další děti. Záleží na vystupování a prožívání samotné pacientky, je to daleko náročnější na psychiku. Na oddělení se více setkávám v rámci své praxe více s pacientkami, které zvládají porodní bolesti bez epidurálu.“ (Pacientky, které si přejí epidurální analgezií, se překládají na porodní sál.) „Častější jsou v mojí praxi pacientky, které už dítě mají a teda rodily, proto porod mrtvého plodu zvládají lépe a jsou u nás. I moje mama rodila mrtvý plod, ve 42. týdnu, a do dnešního dne o tom mluví a vzpomíná. To si myslím, že je průser, ne?“ (Vzpomíná a vybavuje si případy: „výhřez pupečníku u pacientky se závažnou porodnickou anamnézou – u tohoto případu jsem i brečela, byla jsem opravdu naštvaná...“) „Pláč mi často pomáhal, i u těchto diagnóz jsem trpěla na nespavost.“ K vyrovnávání se se situací Giulianě pomáhal pláč.

### 2.3.4 Kategorie: Zvládání zátěžových situací

#### Podkategorie: Vnější zdroje

Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány, jakým způsobem se vyrovnávají se smrtí, se kterou se setkávají v práci.

Amélie se snaží na situaci vždy najít to pozitivní a má pocit, že se se smrtí ve své profesi vyrovnává dobře, dále dodala: „(...) ale samozřejmě není mi to příjemné, vždycky když jdu jako pak po práci domů tak jsem z toho taková špatná, je mi z toho jako smutno, ale jako přejde to. Hm.“ Podobně vyrovnávání se se smrtí ve své práci vnímá Claudie: „Pffff. Asi to nepotřebuju ani. Občas přítel třeba když něco jako jo echt je špatnýho, tak jsem třeba s nim... S nim si pokecám, když přijdu z práce nebo třeba s kamarádkou u vína, ale nějak moc to asi nepotřebuju.“ Giuliana se vyjádřila, že záleží na typu smrti, každopádně má pocit, že nyní už se se smrtí ve své práci ani nijak nevyrovnává: „No, už asi nijak, já nevím. Záleží na tom, o jakou smrt jde, jestli je to dítě, mrtvý dítě nebo je to onkologická pacientka. Záleží na tom no.“ Fiona: „Osobně si myslím, že to někdy přejdu a nevnímám to, někdy naopak je mi z toho smutno a zle. Snažím se vcítit do pacientky a emočně ji podpořit, pokud u sebe nikoho nemá. Nebo i když někoho u sebe má, například partnera, snažím se mluvit o oběma empaticky.“



Diana využívá k vyrovnávání se rozhovor a záliby: „*O práci často mluvím s přáteli, kteří také pracují ve zdravotnictví, a tak více rozumí tomu, co prožívám. Pak se také ale snažím věnovat zálibám, abych se od práce oprostila a myslela i na něco jiného.*“

Beatrice: „*Mnohokrát jsem byla u spontánního nebo indukovaného potratu ve druhém trimestru. Musím si to pak nechat srovnat v hlavě. Samozřejmě byly případy, které mě hodně zasáhly a ty si sebou člověk nese. Většinou to proberu s mě blízkými kolegyněmi, doma si popláču, dám si horkou sprchu a snažím se sama sebe přesvědčit, že udělat víc už nebylo v mých silách.*“

Elisabeth opět situaci důkladně popsala, na praxi v rámci studia ji pomáhal zejména rozhovor se spolužačkami, zkušenosti z praxe ji vedly k samostudiu odborných článků, dále ji pomáhá čas, a tedy nové a radostnější zážitky: „*No a v práci, tak ze začátku... jsem je všechny obřečela, vždycky... Mmm, párkrát jsem brečela i v práci, že jak bylo po tom, tak jsem se držela a pak jsem musela jít bokem... Tak jsem třeba holky poprosila, jestli by tam nešli k té revizi asistovat, nebo prostě na chvíli tam jít místo mě...že jsem to potřebovala ze sebe dostat ... Ale teď už... teď už to tak jako neprožívám, tak jak jsem to prožívala kdysi... Ale říkám, to je tím, že vím, co mám pro ty ženy dělat ... Já jsem tenkrát cítila strašnou beznaděj, že prostě... nemám jim jak pomoci a teď vím, že i když jsou to jen takové malé věci, jako ten otisk, ta fotka... Víím jak s něma mluvit o tom, jak k nim přistupovat, tak se cítím vlastně jistější a prostě díky tomu se mi to lépe zvládají tady tyhle ty zatěžující situace... Ale to až v posledních letech, tak poslední dva, tři roky bych řekla, no... Po tom kurzu Prázdné kolébky... Konečně nám někdo řekl, co máme dělat, no...“ Elisabeth pokračovala: „*Že teď už jsem v takové fázi v té praxi, že už se s tím umím poprat... a vím, co mám dělat, a tím, že vlastně poskytuji péči (úsměv) – Evidence Based Practice, která je založena na důkazech... Že vím, co mám pro tu ženu udělat, aby se ji lépe s tím vyrovnávalo, tak tím, že já to pro ni dělám, tak to dělám i pro sebe ... Protože mě samotné pomůže se s tady tímhle tím vyrovnat, když vím, že dělám to, co té ženě pomůže ... Ale když jsem kdysi začínala a nevěděla jsem, co je správné... Jestli to mám nebo nemám dělat, tak to bylo těžké... Ale teď už jsem v takové fázi, že vím, co mám dělat, vím, co je pro ty ženy nejlepší a prostřednictvím toho se i já s tím lépe jakoby srovnávám.*“*

Nejčastěji uváděným vnějším zdrojem zvládnání zátěžových situací byla v tomto případě sociální opora.

### **Podkategorie: Pomocné skupiny**

System psychosociální intervenční služby (SPIS) poskytuje podporu skrze vyškolené zdravotníky, a to nejen příbuzným a známým, ale také např. svědkům nehod. Koordinátorkou psychosociální intervenční služby ve FN Olomouc je vrchní sestra oddělení urgentního příjmu. Peer je taktéž vyškolený zdravotnický pracovník, který slouží pro kolegiální péči, ostatním zdravotníkům, a to zejména po náročné profesní zkušenosti. Pomoc intervenčního pracovníka je omezena na dobu prvních 48 hodin po traumatické události. (FNOL, ©)

Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány, zda mají u svého zaměstnavatele možnost nějakých pomocných skupin.

Celkem 6 porodních asistentek ví o možnosti intervenční služby ve FNOL. Giuliana: „*No ano, je tam něco na tom urgentu, to jsem viděla na našem netu, ta jejich vrchní sestra nabízela psychickou pomoc, ale jak se to jmenuje, no to nevím...*“ Pouze Fiona odpověděla: „*Nejsem si toho vědoma.*“

Tři participantky mají správně tuto intervenční službu spojenou s oddělením urgentního příjmu. Pojmenování této pomocné skupiny už bylo těžší: „*(...) PICC tým, jestli to říkám dobře. Máme, to se jmenuje tak, teďka si nemůžu vzpomenout, ...*“ Amélie jmenovala tzv. PICC tým, který se věnuje žilním vstupům, ale až na název je Amélie informována správně: „*dělá to ta vrchní z urgentu. Měli jsme i přednášku, co se týká, když máme schůzi celokliniky jednou za půl roku, tak tam nám aji vystupujou a přednáší kolik těch zaměstnanců ve fakultce je co to poskytují, že to je anonymní a dá se objednávat jak kdyby a je to tajné, že se náš zaměstnanec přímý na klinice nedozví.*“

Beatrice a Claudie se jako jediné zmínily o PEERech. Beatrice: „*Ano, existuje myslím nějaký PEER program. Ještě jsem ho nikdy nevyužila.*“ Claudie: „*Ano. Vím jen to, co bylo při vstupním školení... že jsou tu nějakí piří, jestli to říkám dobře...*“

Pouze Diana s Elisabeth poznamenaly v rozhovoru tzv. intervenci. Elisabeth: „*Mmm, pomocných skupin. Jo, vím že tu něco funguje, nějaká forma intervence... Že to dělaj na tom urgentu, mám pocit, že tu něco takového funguje, ale nenapadlo mě to využít...*“ Diana: „*Ano, ve FNOL máme možnost využít krizovou intervenci, zatím jsem tuto službu nevyužila.*“

Claudie také jmenovala: „*(...) možnost klinického psychologa nebo i možnost kaplana a tak.*“ Také Giuliana se ke konci podotkla: „*(...) Jo a můžu jít na tu, no na mšu.*“

Celkem tři participantky se svěřily, že službu ve FNOL zatím nevyužily.

## 2.4 Diskuse

Diplomová práce se zabývala konfrontací porodní asistentky se smrtí v jejím povolání. V práci je znázorněno, že porodní asistentky ve své profesi zažívají situace, které pro ně mohou být zatěžující. Kvalitativního výzkumu, který probíhal formou rozhovorů, se zúčastnilo sedm porodních asistentek pracujících ve Fakultní nemocnici Olomouc. Po analýze rozhovorů byly vyčleněny čtyři kategorie s vlastními podkategoriemi.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit osobní zkušenosti, subjektivní pocity a využívání pomocných mechanismů porodních asistentek při konfrontaci se smrtí v jejich povolání. Hlavní cíl práce byl specifikován v dílčích cílech. Prvním cílem bylo zjistit osobní zkušenost porodních asistentek se smrtí pacientek. Druhým cílem bylo zjistit osobní zkušenosti porodních asistentek při péči o ženy s dg. foetus mortus. Třetím a posledním cílem práce, bylo zjistit subjektivní pocity porodních asistentek při konfrontaci se smrtí a využití pomocných mechanismů při vyrovnávání se s touto situací.

Na počátku praktické části byly v rámci kategorie **Vzdělávání v problematice umírání a smrti** vytvořeny dvě podkategorie.

**V rámci studia** zmínily tři respondentky výuku týkající se mrtvého plodu a dvě respondentky naopak učební látku obsahující hospicovou péči a péči o mrtvé tělo. Ani jedna z nich si nevzpomněla na výuku týkající se obou těchto okruhů. Jedna respondentka si vůbec nevybavovala, že by součástí výuky bylo učivo týkající se smrti v práci porodní asistentky a pouze jediná porodní asistentka si vzpomněla na přípravu v rámci teoretické i praktické části studia. Z čehož vyplývá, že příprava porodních asistentek v rámci studia na možnou konfrontaci se smrtí byla v tomto případě nedostatečná. Doucha ve své diplomové práci na téma Umírání a smrt v práci porodní asistentky došla ohledně přípravy studentek porodní asistence v této problematice k obdobným výsledkům. (Doucha, 2015, s.62)

**V zaměstnání** již byly vzdělávání a příprava na možnost konfrontace porodní asistentky se smrtí na lepší úrovni. Tři respondentky se zúčastnily kurzu Prázdná kolébka, který byl hrazen zaměstnavatelem, a dvě z nich se shodly, že by uvedené techniky uměly použít v praxi. Třetí respondentka se sice neztotožnila se všemi uvedenými technikami, které byly na kurzu Prázdné kolébky přednášeny, ale ty, které se jí zdály vhodné, již použila. Dvě porodní asistentky si byly vědomy, že kurz Prázdné kolébky probíhal, ale ani jedna z nich se

kurzu nezúčastnila, stejně tak ani jedna nevedla důvod proč. Jedna z těchto respondentek zmínila ještě jiný kurz týkající se umírání a smrti, ale ani toho se neúčastnila, zato vyzdvihla snahu zaměstnavatele o podporu na podobných vzdělávacích kurzech. Jedna porodní asistentka se účastnila semináře pro porodní asistentky na vlastní náklady a jedna preferuje volbu samostudia před možností seminářů v praxi.

V rámci kategorie **Praktická zkušenost s umíráním a se smrtí v gynekologii a porodnictví** bylo vytvořeno celkem šest podkategorií.

### **Četnost**

Umělé ukončení těhotenství (interrupce neboli UPT) je jedním z etických problémů gynekologie. Kdy se člověk stává člověkem? Ve chvíli oplození, či až v době porodu? Existují různé pohledy na situaci. (Čech et al., 2006, s. 87) Porodní asistentky, které se zúčastnily rozhovorů, tento etický problém vnímaly následovně.

Porodní asistentky pracující na oddělení gynekologie a intermediální péči se dle výpovědí více méně shodly, že četnost úmrtí v jejich práci je častá. Setkávají se s ním v průměru na každé či každé druhé službě. Všechny respondentky účastnící se výzkumu braly jako formu smrti v jejich povolání také missed abortion a UPT. Zbývající dvě porodní asistentky pracující na porodním sále hodnotily situaci jako nárazovou a jedna z nich odhadla četnost smrti ve své práci asi tři krát do roka.

### **Četnost dle typu smrti**

Všechny respondentky se ve své kariéře porodní asistentky setkaly hned s několika typy úmrtí. Nejčastější konfrontace se smrtí v jejich práci byla s missed abortion a UPT, tedy potraty do 12. týdne těhotenství. Poměrně častý byl ve výpovědích i výskyt potratů nad 12. týden gravidity a dg. foetus mortus, i s těmito případy se setkaly všechny dotazované porodní asistentky. Se smrtí pacientky se v práci porodní asistentky setkaly celkem tři participantky a všechny dvakrát a více. Se smrtí novorozence se přímo setkala pouze jedna z respondentek. Další dvě se setkaly se smrtí novorozence pouze nepřímo, což znamená, že smrt novorozence nastala, ale ani jedna z nich u toho přímo nebyla přítomna. V obou případech se o novorozence již staral tým novorozeneckého oddělení. Ostatní participantky se se smrtí novorozence dosud neseťkaly.

Nepříznivé výsledky jako jsou neonatální či mateřské úmrtí jsou stejně reálným aspektem praxe porodní asistentky stejně jako radost z narození. (McCool et al., 2009, s. 1004)

### **Vyhýbání se**

Pouze dvě respondentky odpověděly, že mají tendenci se vyhýbat případům s diagnózami týkajícími se smrti. Jedna z nich přímo vylíčila situaci, když dorazí do práce a mezi rodičkami je i nějaká s dg. foetus mortus. Ke konci odvětila, že často tyto pacientky dostávají do péče porodní asistentky, které chodí do práce jako poslední. Jedna porodní asistentka také přímo odpověděla, že pokud se očekává úmrtí pacientky, která je delší dobu hospitalizovaná na oddělení, radši si vezme na starost jiné pokoje. Ostatní respondentky se dle výpovědí snaží těmto případům nevyhýbat a jedna z nich měla pocit, že tyto situace člověka tzv. zocelí.

### **Smrt pacientky**

U smrti pacientky v rámci povolání porodní asistentky byly přítomny celkem tři respondentky a všechny dvakrát a více. Dvě porodní asistentky se setkaly se smrtí také mimo toto povolání, ale to nebylo předmětem zkoumání, a proto se již dále v této podkategorii tyto případy nehodnotí. Celkem čtyři respondentky u smrti pacientky přítomny nebyly a dvě z nich ve výpovědi shodně použily slovo našťestí.

Na rozdíl od všeobecných zdravotních sester z onkologie či paliativní péče je u porodních asistentek jen zřídka kdy předpovídána smrt jako součást jejich ošetrovatelské praxe. (Jonas-Simpson et al., 2010, s. 14)

První výzkumná otázka zněla: Jaké jsou osobní zkušenosti porodních asistentek se smrtí pacientek? Touto podkapitolou došlo ke splnění prvního cíle práce, který měl zjistit osobní zkušenost porodních asistentek se smrtí pacientek.

### **Dg. foetus mortus**

Všechny dotazované porodní asistentky shodně odpověděly, že se s dg. foetus mortus ve své práci setkaly, všechny opakovaně. Z některých výpovědí vyplývala dramatická situace. V odpovědích porodních asistentek se vyskytovala slova vyznačující vysokou četnost případů např.: často, nespočetněkrát, mnohokrát či strašně mockrát.

Druhá výzkumná otázka zněla: Jaké jsou osobní zkušenosti porodních asistentek při péči o ženy s dg. foetus mortus? Touto podkategorií došlo ke splnění druhého cíle práce, který měl zjistit osobní zkušenosti porodních asistentek při péči o ženy s dg. foetus mortus.

### **Upomínkové předměty**

Frekvence perinatálních úmrtí ukazuje potřebu přípravy zdravotníků k poskytování kvalitní péče o rodinné účastníky, kteří si prošli ztrátou. Ošetřovatelský výzkum a literatura drtivě podporují důležitost intervencí u perinatální ztráty jako užitečnou léčebnou strategii pro rodiny. (Steen, 2015, s. 79)

Jediná respondentka odpověděla, že během její předchozí praxe na porodním sále v nejmenované nemocnici se upomínkové předměty nedávaly vůbec. Všechny ostatní porodní asistentky se shodly na upomínkové kartičce s otiskem ručky a nožky plodu. Jediná z nich zmínila upomínkovou kartu, kde je pouze obtisk nožky. O možnosti fotek hovořily celkem čtyři participantky. Rozloučení s dítětem zmínily pouze tři participantky. O mírách, tedy váze a délce plodu, a také možnosti vyzvednutí upomínkové kartičky později, už hovořily jen dvě porodní asistentky. Ohledně týdne gravidity a nabízení upomínkových předmětů se shodly respondentky na odpovědi, že se jedná o individuální věc a záleží také na přání pacientky. Dvě z nich dodaly, že většinou okolo 20. týdne gravidity se již upomínkové předměty nabízejí. Jedna porodní asistentka má však zkušenost s rozloučením v 13. týdnu gravidity a s otiskem nožičky plodu v 15. týdnu gravidity. Jediná z porodních asistentek zmínila upomínkové předměty také u spontánních potratů. Z této podkategorie vyplývá vcelku dobrá informovanost porodních asistentek o možnostech upomínkových předmětů a možnosti rozloučení se.

Ratislavová uvádí, že se porodní asistentky v České republice vyhýbají rozloučení se s mrtvým dítětem a stále prý uplatňují starý přístup „zmizení dítěte“ a potlačení smutku. (Ratislavová, 2015, s. 136)

V rámci kategorie **Subjektivní vnímání** byly vytvořeny dvě podkategorie.

**Smrt pacientky** v práci porodní asistentky zažily celkem tři respondentky. Čtvrtá respondentka se se smrtí pacientky potkala mimo kariéru porodní asistentky, což nebylo cílem výzkumu, a proto není v této podkategorii dále zmíněna. Pouze jedna respondentka se vyjádřila k pocitům před smrtí pacientky, převládal u ní **strach**. Po smrti pacientky pak **pocit**

**překvapení**, že k úmrtí opravdu došlo. K vyrovnávání této respondentce napomáhala rutinní práce a sociální opora. Další z respondentek se snažila nad situací nepřemýšlet a nepřipouštěla si ji. Snažila se brát situaci s nadhledem, neměla potřebu se se situací vyrovnávat. Udala, že se jednalo o starší pacientky po onkologické léčbě, a proto dle jejích slov brala jejich úmrtí jako vysvobození. Stejný názor vyjadřující pocit vysvobození u starších patientek s infaustní diagnózou měla také třetí respondentka, jejíž vyrovnávání se s úmrtím pacientky se spolu s delší praxí v oboru zlepšuje. Na začátku pociťovala **strach, úzkost a trpěla na nespavost**. Byla **plačtivá**, dokonce i **brečela**. Nejhorším zážitkem pro ni bylo úmrtí mladé pacientky, která nedosáhla věku 30 let. Nyní smrt bere jako normální součást práce. Jedna z respondentek u smrti pacientky sice přítomna nebyla, ale péči o umírající ženu již jednou zažila. Její myšlenky směřovaly zejména k obavám, zda udělala maximum, co v danou chvíli mohla, a **strachovala se**, aby žena netrpěla bolestmi. Poslední respondentka u smrti pacientky přítomna rovněž doposud nebyla, ale i přesto poznamenala své obavy ohledně množství povinností a péče v případě úmrtí pacientky.

**Dg. foetus mortus** v rámci práce porodní asistentky zažily všechny respondentky. Jedna se však k této podkategorii nevyjádřila, i když byla u dg. foetus mortus přítomna.

První respondentka vyjádřila, že pro ni byla **situace velmi nepříjemná**, a to zejména z důvodu komunikace se ženou. Vyrovnávání se se situací probíhalo v tomto případě formou vytěsnění.

Péče o pozůstalé rodiče, když jejich dítě umře je významnou zkušeností pro porodní asistentky, ta je, avšak často popisována jako obtížná. Tyto zkušenosti mají mnohdy významné a nezapomenutelné momenty v kariéře sestry. (Jonas-Simpson et al., 2010, s. 20)

Další porodní asistentka zažívala **zvláštní pocit**, který však blíže nespecifikovala, stejně jako první respondentka zmínila obavy v komunikaci se ženou. Sama čekala, že vyrovnávání se se situací bude horší, ale opět nepřiblížila, jak vyrovnávání probíhalo. Vyjádřila obavy, že v případě v konfrontace se smrtí pacientky pro ni bude vyrovnávání horší a že dg. foetus mortus ji nějak mimořádně nepoznamenaly. Další dvě z respondentek u těchto diagnóz pociťují zejména **lítost**. Jedné z nich s vyrovnáváním se se situací pomáhá sociální opora a vytěsnění situace, druhá své vyrovnávání nepopsala.

Přestože bylo mnoho napsáno o tom, jak pomáhat ženám a jejich rodinám vyrovnat se s perinatální ztrátou, v literatuře existuje jen málo informací, které by vedly a podporovaly porodní asistentky, které se staly svědky těchto ztrát. (McCool et al., 2009, s. 1003) S tímto

tvrzení souhlasí i Chan a Arthur (2009, s. 2539), bylo provedeno mnoho výzkumů zkoumajících potřeby a pocity pozůstalých rodin, ale je jen málo zmínek o potřebách a pocitech ošetřujícího personálu.

Jedna z respondentek popsala svou úplně první zkušenost s dg. foetus mortus a dokonce uvažovala o **ukončení studia**. Popsala, že se jednalo o **silnou zkušenost**. K vyrovnávání se situací byla opět použita sociální opora, která v rámci této podkategorie byla zmíněna celkem u dvou respondentek. Poslední respondentka trpěla na **nespavost**. Kromě zkušeností z praxe zmínila dg. foetus mortus u vlastní matky. K vyrovnávání se se situacemi z praxe ji pomáhal pláč.

V zahraničním výzkumu byly sestry a porodní asistentky požádány, aby popsaly, co jim brání v diskusi s pozůstalými rodiči. Nejčastější odpovědi byly – nedostatek komunikačních dovedností, nedostatek znalostí a řízení osobních pocitů. Říkaly také, že se bojí, že řeknou něco špatného či bolestivého. Mnoho pozůstalých rodičů také pociťovalo „chlad“ ze strany zdravotnického personálu. Statisticky významný rozdíl mezi vyrovnáváním se s danou situací byl u sester a porodních asistentek ze Španělska a ze Spojených států. Personál ze Spojených států spoléhal na modlitby a náboženství, zatímco personál ze Španělska se vyrovnával se situací s vědomím, že tato zkušenost zlepšila jejich znalosti a schopnosti. Obě skupiny poznamenaly, že pláč, modlitby, cvičení a psaní deníku jim pomáhalo vyrovnávat se se situací. Také účast na pohřbech a setkávání se s rodiči bylo uváděno jako vyrovnávací strategie. Bylo také zjištěno, že sestry váhaly ohledně péče o emocionální potřeby rodičů, protože samy nechtěly být zraněny. Obecně platí, že komunikace s rodinou a kolegy je pro zdravotnický personál velice užitečná a pomáhá jim vyrovnat se s touto náročnou situací z praxe. (Steen, 2015, s. 82-85)

Třetí výzkumná otázka zněla: Jaké jsou subjektivní pocity porodních asistentek při konfrontaci se smrtí? Tato kategorie odpovídá na první polovinu třetího cíle práce, kterým bylo zjistit subjektivní pocity porodních asistentek při konfrontaci se smrtí.

Úlohou porodní asistentky je poskytovat otevřenou a upřímnou komunikaci s truchlícími rodiči a nabízet jim poradenství a podporu po perinatální ztrátě. Péče o ženy po perinatální ztrátě způsobuje porodním asistentkám mnohonásobné ztráty psychické pohody. Tato situace může porodní asistentce působit značný stres, úzkost a může se cítit bezbranná. Profesní zkušenosti mohou být jistým ochranným faktorem pro zdravotnické pracovníky k zvládnání smutku a ztrát v jejich povolání. (Alghamdi, Jarrett, 2016, s. 715)



V rámci kategorie **Zvládání zátěžových situací** byly vytvořeny dvě podkategorie.

### **Vnější zdroje**

První respondentka se snaží na situaci vždy najít to pozitivní a má pocit, že se se smrtí ve své profesi vyrovnává dobře, dále dodala, že ji to samozřejmě není příjemné a bývá ji smutno, ale to prý přejde. Smutek zmínila také ještě jedna porodní asistentka, která přidala, že ji někdy bývá špatně, ale některé situace tzv. **přechází a nevnímá**. Další respondentka má pocit, že se ve většině případů se smrtí ve své profesi nepotřebuje vyrovnávat, a pokud ano, volí **sociální oporu**. Jako jediná zmínila spolu se sociální oporou také **alkohol**. Další z respondentek se vyjádřila, že záleží na typu smrti, každopádně má pocit, že nyní už se se smrtí ve své práci ani nijak nevyrovnává. Také další tři porodní asistentky jmenovaly **sociální oporu** k vyrovnávání se se smrtí v jejich profesi. Jedna z nich také zmínila **záliby** a další podotkla, že zkušenosti z praxe ji vedly k **samostudiu odborných článků**. K vyrovnávání se s tíživou situací ji pomáhal také **čas**, a tedy **nové a radostnější zážitky**.

Z této podkategorie vyplývá, že nejčastějším vnějším zdrojem zvládání zátěžových situací je v tomto případě sociální opora.

### **Pomocné skupiny**

Celkem šest porodních asistentek ví o možnosti intervenční služby ve FNOL, pouze jedna si služby není vědoma. Tři participantky mají správně tuto intervenční službu spojenou s odd. urgentního příjmu. Pojmenování této pomocné skupiny už bylo těžší. Pouze dvě participantky se zmínily o PEERech a dvě PA poznamenaly v rozhovoru tzv. intervenci. Jedna porodní asistentka jmenovala možnost klinického psychologa a dvě se zmínily o možnosti kaplana či mše. Celkem tři participantky se svěřily, že službu ve FNOL zatím nevyužily.

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: Jaké pomocné mechanismy využívají porodní asistentky při vyrovnávání se se smrtí v jejich povolání? Tato kategorie odpovídá na druhou polovinu třetího cíle práce, kterým bylo zjistit využití pomocných mechanismů při vyrovnávání se se smrtí v práci porodní asistentky.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala konfrontací porodních asistentek se smrtí v jejich profesi. Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit osobní zkušenosti, subjektivní pocity a využívání pomocných mechanismů porodních asistentek při konfrontaci se smrtí v jejich povolání. Výsledný cíl práce byl specifikován v třech dílčích cílech. Všechny tyto cíle byly splněny. V souvislosti se stanovenými cíli byly položeny celkem 4 výzkumné otázky.

Prvním dílčím cílem diplomové práce bylo zjistit osobní zkušenost porodních asistentek se smrtí pacientek. U smrti pacientky v rámci povolání porodní asistentky byly přítomny celkem tři respondentky a všechny dvakrát a více. Dvě porodní asistentky se setkaly se smrtí také mimo toto povolání, ale jelikož to nebylo předmětem zkoumání, nebyly tyto případy dále hodnoceny. Celkem čtyři respondentky u smrti pacientky přítomny nebyly a dvě z nich v rozhovoru shodně použily slovo „naštěstí“.

Druhým dílčím cílem diplomové práce bylo zjistit osobní zkušenosti porodních asistentek při péči o ženy s dg. foetus mortus. Všechny dotazované porodní asistentky shodně odpověděly, že se s dg. foetus mortus ve své práci setkaly, všechny opakovaně. Z některých výpovědí vyplývala dramatická situace. V odpovědích porodních asistentek se vyskytovala slova vyznačující vysokou četnost případů, např.: často, nespočetněkrát, mnohokrát či strašně mockrát.

Třetím dílčím cílem diplomové práce bylo zjistit subjektivní pocity porodních asistentek při konfrontaci se smrtí a využití pomocných mechanismů při vyrovnávání se s touto situací.

Pouze jednou respondentkou byl vyjádřen strach ještě před úmrtím pacientky, po smrti pak pocit překvapení, že k úmrtí opravdu došlo. Další porodní asistentka pečující o umírající pacientku udávala strach, aby žena netrpěla bolestmi. Porodní asistentka s nejdelší praxí v oboru ve svých začátcích pociťovala strach, úzkost a trpěla na nespavost. Byla plačtivá, dokonce i brečela. Postupem času s přibývajícím roky praxe se její vyrovnávání se smrtí zlepšovalo a nyní bere smrt jako normální součást její práce. Mimo tyto subjektivní pocity byl ostatními participantkami zmíněn také smutek či pocit nevolnosti.

Při péči o ženy s dg. foetus mortus byly opakovaně zmíněny obavy ohledně komunikace se ženou a lítost. Porodní asistentky popisovaly situaci jako velmi nepříjemnou,

zvláštní pocit, který nebyl dále definován, velmi silnou zkušenost, která vedla k úvahám o ukončení studia porodní asistence, zmíněna byla také nespavost.

Nejčastějším vnějším zdrojem zvládnání zátěžových situací byla sociální opora. Porodní asistentky uváděly také například rutinní práci, snahu nepřemýšlet nad situací a nepřipouštět si ji (=vytěsnění), brát situaci s nadhledem. Mnohým z nepříjemné situace pomáhaly záliby, samostudium odborných článků, čas a spolu s ním nové zážitky a zkušenosti. Zmíněn byl také alkohol a pláč. Některé porodní asistentky uvedly, že neměly potřebu se se situací nijak vyrovnávat.

Kromě výsledků, které byly cílem této diplomové práce, bylo také zjištěno, že příprava porodních asistentek v rámci studia na možnou konfrontaci se smrtí byla v tomto případě nedostatečná. Zato pak v zaměstnání již byly vzdělávání a příprava na možnost konfrontace porodní asistentky se smrtí na lepší úrovni. Byla zmíněna snaha a podpora zaměstnavatele v účasti na podobných vzdělávacích kurzech a přednáškách. Velmi dobrá informovanost porodních asistentek byla také o možnosti intervenční služby ve FNOL, o které vědělo šest ze sedmi respondentek.

Dále bylo zjištěno, že všechny respondentky se ve své kariéře porodní asistentky setkaly hned s několika typy úmrtí. Nejčastější konfrontace se smrtí v jejich práci byla s missed abortion a UPT, tedy potraty do 12. týdne těhotenství. Poměrně častý byl ve výpovědích i výskyt potratů nad 12. týden gravidity. Se smrtí novorozence se přímo setkala pouze jedna z respondentek. Další dvě se setkaly se smrtí novorozence pouze nepřímo, což znamená, že smrt novorozence nastala, ale ani jedna z nich u toho přímo nebyla přítomna. V obou případech se o novorozence již staral tým novorozeneckého oddělení.

Pouze dvě respondentky odpověděly, že mají tendenci se vyhýbat případům s diagnózami týkajícími se smrti. Z podkategorie upomínkové předměty vyplynula vcelku dobrá informovanost porodních asistentek o možnostech upomínkových předmětů a možnosti rozloučení se.

Všechny získané poznatky z této diplomové práce mohou vést například ke zlepšení povědomí nejen studentek porodní asistence o této profesi. Dále by výsledky tohoto výzkumu mohly vést ke zlepšení péče nejen o ženy po perinatální ztrátě, ale i v souvislosti s jinými formami smrti v práci porodní asistentky. Diplomová práce by mohla pomoci k rozšíření znalostí studentek v oboru porodní asistence nejen v rámci perinatální ztráty, ale smrti v povolání porodní asistentky obecně.

## REFERENČNÍ SEZNAM

ALGHAMDI, Reem a Patricia JARRETT. Experiences of student midwives in the care of women with perinatal loss: A qualitative descriptive study. *British Journal of Midwifery* [online]. 2016, **24**(10), 715-722 [cit. 2019-02-14]. DOI: 10.12968/bjom.2016.24.10.715. ISSN 0969-4900. Dostupné z: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjom.2016.24.10.715>

AXELROD, Julie. The 5 Stages of Grief & Loss. *Psych Central* [online]. 2019 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://psychcentral.com/lib/the-5-stages-of-loss-and-grief/>

BINDER, Tomáš. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie* [online]. 2007, **11**(2), 61-64 [cit. 2019-01-16]. Po bezplatné registraci a přihlášení je dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2007-2/psychologicke-a-medicinske-aspekty-porodu-mrtveho-plodu-48892/download?hl=cs>

BLOOD, Cybele a Joanne CACCIATORE. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. *BMC Psychology* [online]. 2014, **2**(1), 1-10 [cit. 2019-03-17]. DOI: 10.1186/2050-7283-2-15. ISSN 2050-7283. Dostupné z: <http://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/2050-7283-2-15>

ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 544 s., [2] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-1303-9.

*Dlouhá cesta* [online]. 2005 [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <http://www.dlouhacesta.cz/>

DOHNALOVÁ, Zdeňka a Libor MUSIL. *Přínos sdružení Dlouhá cesta pro matky a rodiny vyrovnávající se se ztrátou dítěte*. [online]. In: . 2008, s. 1-12 [cit. 2019-03-07]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: [http://www.dlouhacesta.cz/files/uploaded/UserFiles/1225866771\\_sb\\_socialni\\_prace%5B1%5D.pdf](http://www.dlouhacesta.cz/files/uploaded/UserFiles/1225866771_sb_socialni_prace%5B1%5D.pdf)

DOUCHA, Marie. Konfrontace porodní asistentky se smrtí. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2014, **2014**(15), 31 [cit. 2019-01-03]. ISSN 2336-2987. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/konfrontace-porodni-asistentky-se-smrti-476503>

DOUCHA, Marie. *Umírání a smrt v povolání porodní asistentky*. Olomouc, 2015. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Katedra antropologie a zdravotní vědy.

DUDOVÁ, Iva. Smutek a truchlení dítěte. *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, **14**(4), 248-251 [cit. 2019-02-27]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/10.pdf>

*Fakultní nemocnice Olomouc* [online]. Olomouc [cit. 2019-02-17]. Dostupné z: <https://www.fnol.cz/>

Fáze vyrovnávání se s těžkou nemocí a ztrátou. *Cesta domů* [online]. 2015 [cit. 2019-01-10]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/book/export/html/10791>

GÖTHOVÁ, Martina. Postup u předčasného porodu s plodem na hranici viability (22.-25. týden) těhotenství. *Česká gynekologie* [online]. 2013, **78**(6), 573-583 [cit. 2019-01-10]. Po bezplatné registraci a přihlášení je dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2013-6/postup-u-predcasneho-porodu-s-plodem-na-hranici-viability-22-25-tyden-tehotenstvi-47003/download?hl=cs>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 437 stran. ISBN 978-80-262-0982-9.

CHAN, Moon Fai a David Gordon ARTHUR. Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2009, **65**(12), 2532-2541 [cit. 2019-02-08]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05141.x. ISSN 03092402. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2009.05141.x>

JONAS-SIMPSON, Christine, Eileen MCMAHON, Jo WATSON a Leigh ANDREWS. Nurses' experiences of caring for families whose babies were born still or died shortly after birth. *International Journal for Human Caring* [online]. 2010, **14**(4), 14-21 [cit. 2019-01-08]. ISSN 10915710. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=86aac4a0-9d11-4dd3-927d-c6a3259d6d09%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=2010-26363-003&db=psyh>

KAČEROVÁ, Eva. Mateřská úmrtnost klesla za 25 let o polovinu. *Statistika&my: Měsíčník českého statistického úřadu* [online]. 2016, **2016**(9) [cit. 2019-01-10]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2016/09/materska-umrtnost-klesla-za-25-let-o-polovinu/>

KOCOURKOVÁ, Jiřina. Demografické přínosy asistované reprodukce v ČR. *Praktická gynekologie* [online]. 2011, **15**(1), 22-27 [cit. 2019-03-07]. Po bezplatné registraci a přihlášení je dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2011-1/demograficke-prinosy-asistovane-reprodukce-v-cr-35144/download?hl=cs>

KOHNER, Nancy a HENLEY, Alix. *Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence*. Praha: Triton, 2013. 349 s. ISBN 978-80-7387-643-2.

KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Vyd. 1. Praha: ISV, 2001. 267 s. Sociologie. ISBN 80-85866-82-X.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. Praha: Portál, 2015. 316 stran. ISBN 978-80-262-0911-9.

MAGYAROVÁ, Gabriela a M. VACHOVÁ. Etické aspekty umierania v neonatológii. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve: zborník príspevkov z 6. medzinárodnej vedeckej konferencie*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta UK, 2005, 786-794. ISBN 80-88866-32-4.

MCCOOL, William, Mamie GUIDERA, Morghan STENSON a Lindsay DAUPHINEE. The Pain That Binds Us: Midwives' Experiences of Loss and Adverse Outcomes Around the World. *Health Care for Women International* [online]. 2009, **30**(11), 1003-1013 [cit. 2019-02-16]. DOI: 10.1080/07399330903134455. ISSN 0739-9332. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399330903134455>

NAVRÁTILOVÁ, Michaela. Péče o ženu s diagnózou mrtvý plod. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2013, **2013**(23), 7-8 [cit. 2019-01-03]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-zenu-s-diagnozou-mrtvy-plod-471155>

NEUMANN, Adam — FAIT, Tomáš. Mrtvorozenost – trvající problém perinatální péče. *Praktická gynekologie*, 2013, roč. 17, č. 4, s. 293-296. ISSN: 1211-6645.

PAŘÍZEK, Antonín a kol. *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2012. xxxii, 285 s. ISBN 978-80-7262-949-7.

PAVLÍKOVÁ, Markéta. Novorozenecká a perinatální úmrtnost – jsme skutečně nejlepší? *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2011 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/komentare/novorozenecka-a-perinatalni-umrtnost-jsme-skutecne-nejlepsi-462462>

PILKA, Radovan. Robotická chirurgie v gynekologii. *Rozhledy v chirurgii* [online]. 2017, **96**(2), 54-62 [cit. 2019-03-26]. Po bezplatné registraci a přihlášení je dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/2017-2-9/roboticka-chirurgie-v-gynekologii-60746/download?hl=cs>

POLÍVKA, Jindřich. Hospic – pokračující péče během života pacienta. *Časopis lékařů českých* [online]. 2018, (157), 4-8 [cit. 2019-03-26]. Po bezplatné registraci a přihlášení je dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-1/hospic-pokracujici-pece-behem-zivota-pacienta-63248/download?hl=cs>

*Prázdná kolébka* [online]. 2008 [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <http://www.prazdnakolebka.cz/>

PROCHÁZKA, M., A. MĚCHUROVÁ, P. ČEPICKÝ a P. CALDA. Vedení porodu mrtvého plodu – doporučený postup. *Česká gynekologie* [online]. 2014, **2014**(79), 3-4 [cit. 2019-01-16]. Po bezplatné registraci a přihlášení je dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2014-supplementum/vedeni-porodu-mrtveho-plodu-doporuceny-postup-48703/download?hl=cs>

RATISLAVOVÁ, K. a Z. BUKSOVÁ. Profesionální příprava na péči o truchlící rodiče. *Praktický lékař* [online]. 2016, **96**(1), 28-31 [cit. 2019-01-10]. Po bezplatné registraci a přihlášení je dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2016-1/profesi-priprava-na-peci-o-truchlici-rodice-57356/download?hl=cs>

RATISLAVOVÁ, K., J. BERAN a L. KAŠOVÁ. Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Praktický lékař* [online]. 2012, **92**(9), 505-508 [cit. 2019-01-10]. Po bezplatné registraci a přihlášení je dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2012-9/psycho-socialni-peco-o-zenu-po-perinatalni-ztrate-39374/download?hl=cs>

RATISLAVOVÁ, Kateřina, František KALVAS a Jiří BERAN. Validation of the Czech version of the Perinatal grief scale. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2015, **6**(1), 1-13 [cit. 2019-01-03]. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2015-01/2-ratislavova-kalvas-beran.pdf>

RATISLAVOVÁ, Kateřina, Jiří BERAN a Eva LORENZOVÁ. Decision-making of Czech mothers about contact with their baby after perinatal loss. *Kontakt* [online]. 2016, **18**(1), e32-e37 [cit. 2019-02-08]. DOI: 10.1016/j.kontakt.2016.02.003. ISSN 12124117. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1212411716000088>

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.



RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Vydání 1. Praha: Grada, 2016. 200 stran. Psyché. ISBN 978-80-271-0121-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Visual and haptic contact of women with a stillborn baby. *Journal of nursing, social studies and public health*, 2015, roč. 6, č. 3-4, s. 135-140. ISSN: 1804-1868.

ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. xviii, 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty. III, Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 214 s., [4] s. barev. obr. příl. Zdravotnický asistent. ISBN 978-80-247-2270-2.

*Statistická ročenka České republiky - 2018* [online]. ČSÚ, 2018 [cit. 2019-01-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/4-obyvateľstvo-77d936ifcb>

STEEN, Sue E. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. 2015, **21**(2), 79-86 [cit. 2019-02-08]. DOI: 10.12968/ijpn.2015.21.2.79. ISSN 1357-6321. Dostupné z: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/ijpn.2015.21.2.79>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie* [online]. 2017. Praha: Galén, c2014 [cit. 2019-03-02]. ISBN 978-80-7492-138-4. Dostupné z: <https://www.kosmas.cz/knihy/233699/o-poslednich-vecech-cloveka/>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. 223 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3736-2.

ÚZIS. *Novotvary 2016* [online]. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017, s. 1-187 [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/novotvary-2016>

VÉVODOVÁ, Šárka a kol. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 212 stran. ISBN 978-80-244-4770-4.

Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

# SEZNAM ZKRATEK, TABULEK A PŘÍLOH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

apod. – a podobně

cm – centimetr

CRP – C-reaktivní protein

č. – číslo

ČGPS – Česká gynekologicko-porodnická společnost

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

dg. - diagnóza

DIC – diseminovaná intravaskulární koagulace

FN – fakultní nemocnice

FNOL – Fakultní nemocnice Olomouc

g – gram

JIMP – Jednotka intermediální péče

JIP – Jednotka intenzivní péče

kol. – kolektiv

např. – například

odd. - oddělení

PA – porodní asistentka

PTSD, PTSP – posttraumatická stresová porucha

s. - strana

Sb. – sbírky

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

TEN – tromboembolická nemoc

tzn. – to znamená

tzv. – takzvaný

UPT – umělé přerušování těhotenství

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VVV – vrozená vývojová vada

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZN – zhoubný novotvar

## **SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK**

Tabulka 1- Narození podle vitality, legitimacy a pohlaví.....	13
Tabulka 2- Mrtvorozenost a míry úmrtnosti dětí do 1 roku věku .....	14
Tabulka 3- Zemřelí podle vybraných příčin smrti a pohlaví .....	15
Tabulka 4 - Incidence a mortalita gynekologických zhoubných nádorů v ČR v roce 2007.....	23
Tabulka 5- Charakteristika výzkumného souboru.....	33
Tabulka 6- Četnost dle typu úmrtí.....	39

## **SEZNAM POUŽITÝCH PŘÍLOH**

**Příloha 1** - Vyjádření Etické komise Fakulty zdravotnických věd

Univerzity Palackého v Olomouci

**Příloha 2** - Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

**Příloha 3** - Informovaný souhlas

**Příloha 4** - Otázky k rozhovoru

**Příloha 5** - Ženy a kontakt s dítětem (mrtvorozeným plodem)

**Příloha 1 – Vyjádření Etické komise Fakulty zdravotnických věd  
Univerzity Palackého v Olomouci**



Fakulta  
zdravotnických věd

UPOL-15428/1040-2019

**Vážená paní  
Alice Dorňáková**

2019-18-01

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní Dorňáková,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Porodní asistentka v konfrontaci se smrtí**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

**souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .**

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.  
předsedkyně  
Etické komise FZV UP

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

## Příloha 2 – Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
OLOMOUC  
I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc  
Tel. 588 441 111, E-mail: [info@fnol.cz](mailto:info@fnol.cz)  
IČ: 00098892

ODBOR KVALITY

Fm-MP-G015-05-ZADOST-001

verze č. 1, str. 1/2

### Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Jméno a příjmení žadatele: Alice Dorňáková

Datum narození: XXXXXXXXXXXX Telefon: XXXXXXXXXXXX E-mail: XXXXXXXXXXXX CZ

Kontaktní adresa: XXXXXXXXXXXX

Přesný název školy/fakulty: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Obor studia: Intenzivní péče v porodní asistenci

Forma studia:  prezenční  kombinovaná  distanční

Téma závěrečné práce:

Porodní asistentka v konfrontaci se smrtí

Žadatel ve FNOL koná odbornou praxi:

ANO na pracovišti: \_\_\_\_\_ v termínu od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

NE

Žadatel je zaměstnancem FNOL:

ANO na pracovišti: Porodnicko-gynekologická klinika, oddělení 17

NE

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: Porodnicko-gynekologická klinika

Účel žádosti:

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce

sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

**Požadavek na (zaškrtněte):**

*V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlášení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlášení do zdr. dokumentace“.*

Dotazníková akce  pro pacienty FNOL  pro zaměstnance FNOL

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: \_\_\_\_\_

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

Nahlášení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: \_\_\_\_\_

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

Při nahlášení do zdravotnické dokumentace bude do každé dokumentace vložen formulář Fm-MP-G015-05-NAHLED-001 Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/studie.

**Ostatní**

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů: \_\_\_\_\_

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců: 6-8 povolání: porodní asistentka

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek).

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována: období dat bude záviset na délce praxe v oboru vybraných porodních asistentek, které budou dopředu souhlasit s rozhovorem

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: 18.2.2019 do: 20.4.2019

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat: Cíle výzkumné části diplomové práce jsou:

1. Zjistit osobní zkušenost porodních asistentek se smrtí pacientek
2. Zjistit osobní zkušenosti porodních asistentek při péči o ženy s dg. Foetus mortus
3. Zjistit subjektivní pocity porodních asistentek při konfrontaci se smrtí a využití pomocných mechanismů při vyrovnávání se s touto situací

**Způsob zveřejnění závěrečné/seminární práce:** Diplomová práce bude po dokončení odevzdána dle pokynů UPOL FZV a bude sloužit zejména k obhajobě při Státní závěrečné zkoušce.

Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?  ANO  NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis): 17.1.2019 Drobiličová

Schválil (datum podpis): 18.1.2019 D

Ing. Andrea Drobiličová  
Hlavní sestra  
Odbor hlavní sestry  
Fakultní nemocnice Olomouc\*

Poznámky:

## Příloha 3 – Informovaný souhlas



Fakulta  
zdravotnických věd

### Informovaný souhlas

**Pro výzkumný projekt:** Diplomová práce na téma Porodní asistentka v konfrontaci se smrtí

**Období realizace:** 18. 2. 2019 až 20. 4. 2019

**Řešitelé projektu:** Bc. Doriňáková Alice pod vedením doc. PhDr. Yvetty Vrublové, Ph. D.

Vážená paní porodní asistentko,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit osobní zkušenost porodních asistentek se smrtí pacientek a osobní zkušenosti porodních asistentek při péči o ženy s dg. Foetus mortuus. Dalším cílem je zjistit subjektivní pocity porodních asistentek při konfrontaci se smrtí a využití pomocných mechanismů při vyrovnávání se s touto situací.

Data k výzkumnému šetření budou získána řízenými strukturovanými rozhovory. Rozhovor bude veden ve Vámi zvoleném prostředí a čase a bude trvat přibližně 60 minut. Rozhovory budou nahrávány a doslovně přepsány. V zájmu zachování anonymity budou jednotlivé porodní asistentky při přepisu rozhovoru přejmenovány. Ihned po přepisu rozhovoru bude nahrávka rozhovoru smazána z nahrávacího zařízení. Přepisy rozhovoru budou použity pouze a výhradně k mé diplomové práci. Od rozhovoru můžete kdykoliv odstoupit bez udání důvodu.

Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: jakožto jedinou zátěž tohoto výzkumného šetření je pro Vás zátěž časová. Předpokládaná doba rozhovoru bude asi 60 minut a dle situace se může doba rozhovoru změnit. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci  
Hněvotínská3 | 77515 Olomouc | T: 585 632 880  
[www.fzv.upol.cz](http://www.fzv.upol.cz)



### **Prohlášení účastníka výzkumu**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce):

\_\_\_\_\_

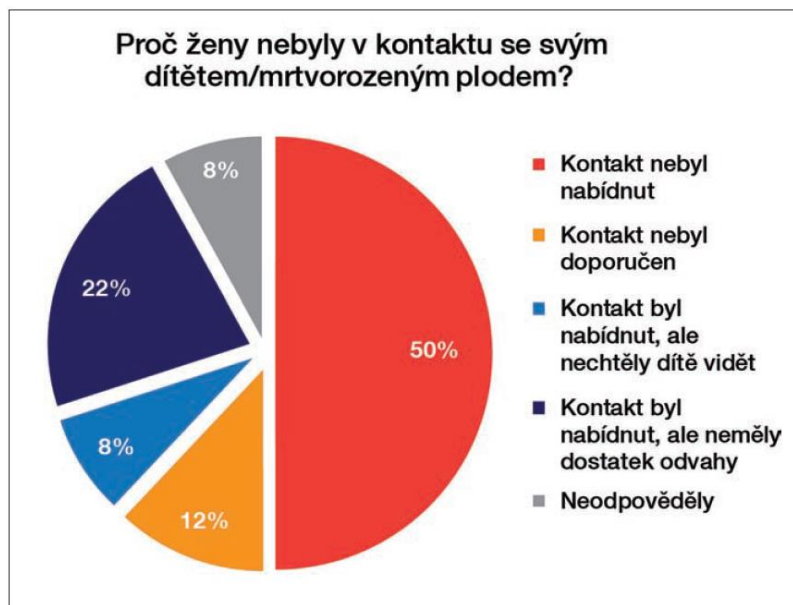
V \_\_\_\_\_ Dne: \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: Alice Dorňáková, \_\_\_\_\_

#### **Příloha 4 – Otázky k rozhovoru**

1. Jaká je Vaše délka praxe v oboru?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v rámci porodní asistence?
3. Na kterém oddělení pracujete?
4. Byla jste během své praxe v oboru přítomna u smrti pacientky? Pokud ano, kolikrát?
5. Pokud jste u otázky číslo 4 odpověděla ano, vzpomínáte si, co jste prožívala? Jaké byly Vaše myšlenky a pocity? Jak jste se s touto situací následně vyrovnávala?
6. Pečovala jste během své praxe o ženu s dg. foetus mortus? Pokud ano, kolikrát?
7. Pokud jste u otázky číslo 6 odpověděla ano, vzpomínáte si, co jste prožívala? Jaké byly Vaše myšlenky a pocity? Jak jste se s touto situací následně vyrovnávala?
8. V případě dg. foetus mortus, nabízíte rodičům upomínkové předměty, případně jaké a od kterého týdne gravidity?
9. S kterým typem úmrtí se ve své práci setkáváte nejčastěji? Popřípadě s kterým typem úmrtí jste se dosud ve své praxi nesečkala?
10. Jak často se ve své práci setkáváte s některou z forem smrti?
11. Máte tendenci se vyhýbat „případům“ s těmito diagnózami?
12. Byla jste v rámci studia porodní asistence připravovaná na možnosti smrti v práci PA?
13. Máte u svého zaměstnavatele možnost nějakých pomocných skupin?
14. Jakým způsobem se vyrovnáváte se smrtí, se kterou se setkáváte v práci?
15. Absolvovala jste někdy nějaký kurz či přednášku ohledně smrti a umírání ve Vašem povolání? Např. od Dlouhé cesty, Prázdná kolébka, apod? Pokud ano, hradil ho Váš zaměstnavatel? Uměla byste uvedené techniky použít v praxi?

**Příloha 5 - Ženy a kontakt s dítětem (mrtvorozeným plodem)**



(Ratislavová et al., 2012, s. 506)