

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Nikol Slejšková

Zkušenosti s perinatální ztrátou dítěte

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Štureková Ph.D.

Olomouc 2022

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

V Olomouci dne 2022

Podpis

Mé poděkování patří Mgr. Lence Šturekové, Ph.D. za cenné rady a věcné připomínky při zpracování bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Perinatální paliativní péče

Název práce: Zkušenosti s perinatální ztrátou dítěte

Název práce v AJ: Experience with perinatal loss of a child

Datum zadání: 2021-11-23

Datum odevzdání: 2022-04-29

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor: Slejšková Nikol

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Štureková, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou perinatální ztráty dítěte. Teoretická východiska, byla dohledána v elektronických databázích, Google Scholar, PROQUEST, BOOKPOER a PubMed. Prvním cílem bylo sumarizovat dohledané publikované aktuální poznatky o perinatální ztrátě dítěte a o intrauterinní smrti plodu. Pod perinatální ztrátu řadíme všechny novorozence, kteří zemřou v časovém úseku od 24. týdne gestace do 7 dne života. Intrauterinní smrt WHO definuje jako fetální smrt plodu kdykoli během těhotenství. WHO uvádí, že na celém světě každoročně dochází k více než 5 milionům perinatálních úmrtí. Druhým cílem bylo předložit dohledané publikované poznatky o zkušenostech rodičů po perinatální ztrátě dítěte. Rodičům, kteří přišli o jejich dítě během těhotenství, porodu, nebo krátce po jeho narození se nabízí různé intervence, které rodičům, pomáhají překonat zátěž perinatální ztráty. Jsou to například možnosti uchovat si paměťové předměty spojené s dítětem, možnost jejich dítě vidět, psychická podpora, a také si mohou zvolit ze tří obřadů, kterým dítě pohřbí. Na samém začátku při rozhodování, zda dítě chtějí vidět či uskutečnit pohřeb se především matky potýkají s obavami, zda něco takového vůbec zvládnou. Jestli že, se však rozhodnout rituál realizovat pociťují jistou úlevu, sílu, úctu k zemřelému dítěti a pocit, že udělaly správnou věc. Práci je možné využít jako podklad k výzkumu prožívání perinatální ztráty u rodičů. Může pomoci studentům a pedagogům v dalším studiu o této problematice.

Abstrakt v AJ: This bachelor thesis deals with the issue of perinatal loss of the child. The theoretical background, was searched in the electronic databases, Google Scholar,

PROQUEST, BOOKPOER and PubMed. The first objective was to summarize the retrieved published current knowledge on perinatal infant loss and intrauterine fetal death. Perinatal loss is defined as all newborns who die between 24 weeks gestation and 7 days of life. Intrauterine death is defined by WHO as fetal death at any time during pregnancy. WHO reports that more than 5 million perinatal deaths occur worldwide each year. The second aim was to present the evidence reviewed in the published literature on the experiences of parents after perinatal loss of a child. Parents who have lost their child during pregnancy, childbirth, or shortly after birth are offered various interventions to help parents overcome the burden of perinatal loss. These include opportunities to keep mementos associated with their child, the opportunity to see their child, psychological support, and they can choose from three ceremonies to bury their child. At the very beginning, when deciding whether they want to see their child or have a funeral, mothers in particular are faced with concerns about whether they can handle such a thing. If they do, however, decide to carry out the ritual they feel a certain relief, strength, respect for the deceased child and a sense that they have done the right thing. The work can be used as a basis for research on parents' experiences of perinatal loss. It can help students and educators in further study of this issue.

Klíčová slova: perinatální ztráta, intrauterinní smrt plodu, zkušenosti rodičů s perinatální ztrátou, péče o truchlící rodiče

Key words: perinatal loss, stillbirth, experience of parents with perinatal loss, care for bereaved parents

Rozsah: 34 s./0 příloh

Obsah

ÚVOD.....	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	9
2 PERINATÁLNÍ ZTRÁTA	11
2.1 Intrauterinní smrt plodu	14
3 ZKUŠENOSTI RODIČŮ S PERINATÁLNÍ ZTRÁTOU	16
3.1 Význam a limitace dohledaných poznatků	24
ZÁVER	26
REFERENČNÍ SEZNAM	28
SEZNAM ZKRATEK	34

Úvod

Pod perinatální ztrátu řadíme všechny novorozence, kteří zemřou v časovém úseku od 24. týdne gestace do 7 dne života (Ratislavová, 2016, s. 11). Perinatální ztráta se vyskytuje v různých formách a v různých stádiích vývoje plodu (Adolfsson, 2011, s. 30). Nejčastějšími formami perinatální ztráty jsou potrat, mrtvé narození, novorozenecká smrt nebo zkušenost se ztrátou dítěte po propuštění z neonatologické intenzivní péče. Navzdory pokroku v porodnických a neonatálních technologiích je incidence perinatální ztráty stále vysoká (Al-Mharma, 2016, s. 413). Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2019, s. 7) se v průběhu jednoho roku v rozmezí mezi lety 2015–2016 v České republice zvýšil počet mrtvě narozených dětí o 22 případů na celkový počet 420 dětí. Roku 2017 se toto množství snížilo o 36 mrtvorozených dětí na počet 384. Po celém světě, se čísla mrtvě narozených dětí pohybují kolem 3,2 milionů (Neumann, Fait, 2013, s. 293). V České republice si během jednoho roku projde až 300 žen porodem mrtvého plodu a časný novorozenecký úmrtím přibližně 100 žen ročně (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, st. 505). Navzdory tomu, že rodiče prožívají přirozený smutek z jejich situace, jestliže se jim v pečujícím prostředí dostane dostatečné podpory mnoho párů nemá tak negativní vzpomínky na porod a celou dobu strávenou v nemocnici, jako ti rodiče, co dostatečnou podporu od zdravotníků nedostali. Za posledních několik desetiletí se postupy poskytované ošetrovatelské péče vyvíjely tak, aby zahrnovaly různé intervence pro rodiče, kteří si prožili úmrtí svého dítěte. Tyto intervence jsou zaměřené na psychosociální péči, která klade důraz na rozvoj empatického chování a důvěryhodného vztahu mezi zdravotním personálem, rodiči a s dalšími členy jejich rodiny (Cassidy et al., 2018 s. 2). Poskytovatelé zdravotní péče by měli také rodičům podávat přesvědčivé a pravdivé informace o příčině jejich ztráty dítěte. Některé ženy také nebyly spokojeny s tím, že nebyly řádně informovány o stavu svého dítěte ještě před tím, než dítě zemřelo (Manije Sereshti et al., 2016, s. 2006-2017).

V souvislosti s touto problematikou je možné položit si otázku: Jaké jsou aktuální publikované poznatky o perinatální ztrátě dítěte?

Hlavním cílem bakalářské práce je sumarizovat dohledané publikované poznatky týkající se problematiky perinatální ztráty. Dílčí cíl byl dále specifikován ve dvou dílčích cílech:

Prvním dílčím cílem bakalářské práce je sumarizovat dohledané publikované poznatky o perinatální ztrátě dítěte a o intrauterinní smrti plodu.

Druhým dílčím cílem bakalářské práce je předložit dohledané publikované aktuální poznatky o zkušenostech rodičů s perinatální ztrátou dítěte.

Jako vstupní studijní literatura k problematice bakalářské práce byla použita:

ADOLFSSON, Annsofie, 2011. Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. *Psychology Research and Behavioral Management* [online]. (4), 29-39 [cit. 2021-07-21]. Dostupné z: doi:10.2147/PRBM.S17330

AL-MAHARMA, Dua' Yousef, Hiba ABUJARADEH, Khadejah Fahmi MAHMOUD a ,Reem Ahmad JARRAD, 2016. MATERNAL GRIEVING AND THE PERCEPTION OF AND ATTACHMENT TO CHILDREN BORN SUBSEQUENT TO A PERINATAL LOSS. *INFANT MENTAL HEALTH JOURNAL* [online]. 37(4), 411–423 [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: doi:10.1002/imhj.21570

CASSIDY, Paul Richard, 2018. Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: results from an online survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 18(22), 1-12 [cit. 2021-12-13]. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-017-1630-z

NEUMANN, Adam a Tomáš FAIT, 2013. Mrtvorozenost – trvající problém perinatální péče. *Praktická gynekologie* [online]. 17(4), 293–296 [cit. 2021-7-28]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2013-4-3/mrtvorozenost-trvajici-problem-perinatalni-pece-47053>

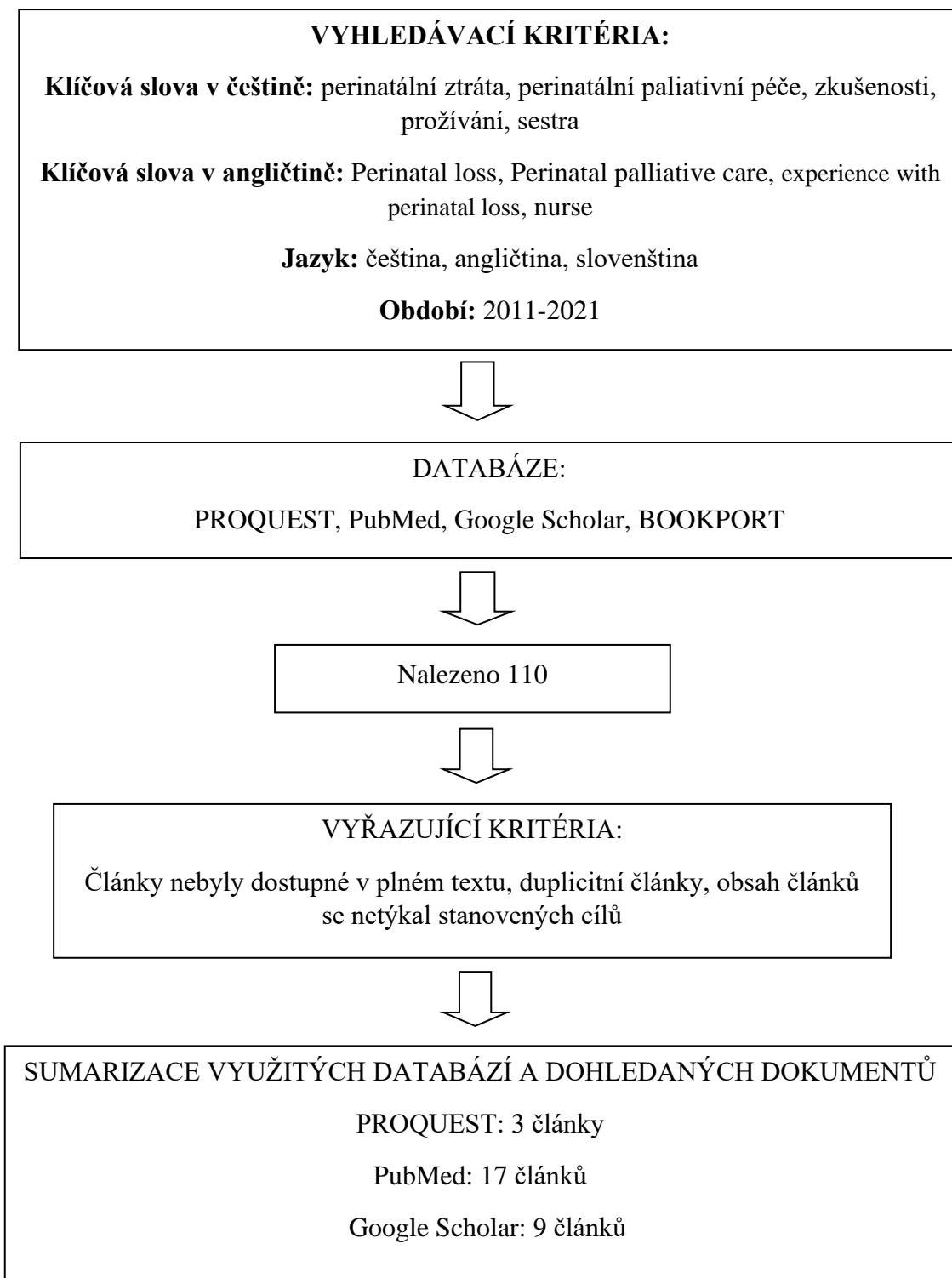
RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2016. *Perinatální paliativní péče* [online]. 1. Praha: Grada Publishing [cit. 2021-04-16]. ISBN 978-80-271-9399-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/perinatalni-paliativni-pece-500462/>

RATISLAVOVÁ, Kateřina, Jiří BERAN a Lucie KAŠOVÁ, 2012. Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Pro lékaře* [online]. 92(9), 505-508 [cit. 2021-04-23]. ISSN 0032-6739; 1805-4544. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2012-9/psycho-socialni-pece-o-zenu-po-perinatalni-ztrate-39374/download?hl=cs>

SERESHTI, Manije, Fateme NAHIDI, Masomeh SIMBAR, Farid ZAYERI, Maryam BAKHTIARI a Fazlollah AHMADI, 2016. Mothers' Perception of Quality of Services from Health Centers after Perinatal Loss. *Electronic Physician* [online]. 2016, 8(2), 2006-2017 [cit. 2021-9-1]. ISSN 2008-5842. Dostupné z: doi: <http://dx.doi.org/10.19082/2006>

1 Popis rešeršní činnosti

V následujícím textu je detailně popsána rešeršní strategie, díky které byly dohledány validní zdroje pro tvorbu přehledové bakalářské práce.



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Psychology Research and Behavioral Management	1 článek
African Journal of Medical and Health Sciences	1 článek
A Multidisciplinary & Interdisciplinary Journal	1 článek
American Academy of Pediatrics	1 článek
BMC Pregnancy and Childbirth	3 články
BMC Women's Health	1 článek
The British Journal of Psychiatry	1 článek
Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care	1 článek
An International Journal of Obstetrics and Gynaecology	2 články
Journal of Health Psychology	1 článek
Journal of Perinatology	1 článek
National Center for Health Statistics	1 článek
The lancet	1 článek
NIH Public Access	1 článek
Česká gynekologie	1 článek
Plos ONE	1 článek
Seminars in Fetal and Neonatal Medicine	1 článek
Praktická gynekologie	1 článek
Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne	1 článek
Kontakt	1 článek
Electronic Physician	1 článek
Health of national institutes	1 článek
Maternal Health, Neonatology, and Perinatolog	1 článek
BMJ Open	1 článek
Open Access Library Journal	1 článek
Pro lékaře	1 článek

Pro tvorbu bakalářské práce bylo použito 29 dohledaných článků, 4 webové stránky,
2 zákony, 1 disertační práce. a 1 monografie

2 Perinatální ztráta

O perinatálním období můžeme hovořit jako o době, kdy je plod schopen se živě narodit, a zde za pomoci a péče rodičů a zdravotních odborníků přežít, až do sedmi dnů po jeho narození (Ratislavová, 2015, s. 15). Pod perinatální ztrátu řadíme všechny novorozence, kteří zemřou v časovém úseku od 24. týdne gestace do 7 dne života (Ratislavová, 2016, s. 11). Podle autora Barfielda (2016, s. 2) k perinatální ztrátě dochází mezi definovaným rozsahem potratu, novorozenecké smrti a až 4 týdny po narození.

K tomu, abychom mohli jasně určit, zda se jedná o mrtvě narozené dítě neboli porod mrtvého plodu, nám specifikuje legislativa, která jasně porod mrtvého plodu definuje. V České republice se do 31. 3. 2012 novorozenec, který neprojevoval žádné známky života s porodní hmotností nejméně 1000 g zařazoval do porodu mrtvého plodu. Díky této formulaci se v České republice zvyšovaly statistiky o celých 200 případech během jednoho roku. Jinde ve světě by tyto novorozenci byli řazeni mezi živě narozené děti, avšak podle staré definice v České republice spadaly mezi mrtvě narozené děti (Neumann, Fait, 2013, s. 293). Ode dne 1.4. 2012 byl zaveden zákon č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách, které určují jejich poskytování, díky němuž se zákonodárství ČR sloučilo s legislativou využívanou ve spoustě západních zemích. Což tedy znamená, že narodí-li se novorozenec, který má porodní hmotnost více než 500 g a po vypuzení z těla matky nejeví žádnou známku života (tepová frekvence, dechová frekvence, aktivní pohyb svalstva a pulzace pupečníku) jedná se o mrtvě narozené dítě. Pokud se narodí novorozenec, u kterého z nějakého důvodu nelze stanovit jeho porodní hmotnost, je podle zákona dána hranice mezi porodem a potratem 22. ukončený gestační týden nebo délka dítěte, která by se měla pohybovat okolo 25 cm od temene hlavy po paty dítěte (MZČR, 2011 s. 4799). Tento zákon přihlédl k radám Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO), která chtěla spojit hranici porodní hmotnosti na 500 g a více, kvůli lepšímu přehledu ve vedení záznamů a statistik (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 505). WHO mrtvě narozené dítě definuje jako dítě, které se narodí bez známek života ve 28. týdnu těhotenství nebo po něm (WHO, 2013, s. neuvedeno). Perinatální ztráta se vyskytuje v různých formách a v různých stádiích vývoje plodu. Kromě potratu, což je ztráta plodu před 22. týdnem těhotenství, existuje také novorozenecká smrt, která má jasně dané časové rozmezí od 22. týdne až do narození dítěte. Extrauterinní těhotenství je další forma perinatální ztráty, která může být pro matku podstatně riskantnější a vyžaduje vyšší úroveň péče než při potratu (Adolfsson, 2011, s. 30). Další zvláštní případ perinatální ztráty dítěte se nazývá intrauterinní smrt plodu, jehož

typickým příznakem je takzvaný tichý porod, který je odvozen z anglického slova stillbirth (Ratislavová, 2015, s. 39). Pod pojmem intrauterinní smrt plodu rozumíme závažný porodní stav, který ohrožuje zdraví matky svými psychickými a sociálními následky (Klikarová et al., 2014, s. 121). Další specifická situace, kterou prožívá mnoho budoucích rodičů nastává tehdy, kdy očekávají možnou perinatální ztrátu svého dítěte, kvůli vrozené vadě, která nenarozené dítě vážně ohrožuje na životě. V případě, že se jedná o tento stav začínají se o matku a plod starat zdravotní odborníci, kteří poskytují kvalifikovanou a kvalitní péči k diagnóze jim určené. Tato péče se nazývá perinatální paliativní péče. Mezi zvláštnosti rizikového těhotenství spadá i zplnomocnění rodičů v rozhodování, o průběhu těhotenství, se kterým dobrovolně nesou rizika za celkový stav matky a dítěte při porodu. Mohou se svobodně rozhodnout, zda těhotenství ukončí či nikoli a zda budou požadovat paliativní péči a následně pak postnatální léčbu. Matky, které se rozhodnou v těhotenství po sdělení diagnózy i nadále pokračovat, neví, zda se narodí dítě živé nebo mrtvé. Takový stav je psychicky náročný a ovlivňuje celkový stav matky a zároveň plodu. Nikdy ovšem není známo, jak dlouhou dobu budou novorozenci s vadou limitující život žít. Může se jednat pouze o minuty, hodiny nebo také měsíce a v některých případech dokonce také roky (Ratislavová, 2016, s. 28). Lidé ve společnosti obvykle o perinatální ztrátě dítěte hovoří jako o ztrátě těhotenství nikoliv o ztrátě dítěte. Ve zdravotnictví je velmi často používaný termín „porod mrtvého plodu“, který je poněkud zavádějící. Lékaři, všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky a jiní zdravotníci termín „plod“ nepoužívají proto, protože tomu nepřidávají žádný hlubší význam, ale používají jej proto, protože tím označují jedince, který je v určitém vývojovém období. Konkrétně tedy v období prenatalním. Termín dítě naopak používají například rodiče, sourozenci nebo jejich příbuzní, zkrátka lidé, kteří už mají k dítěti hlubší vztah (Ratislavová, 2016, s. 11). Perinatální a mateřské zdraví spolu úzce souvisí, a proto se perinatální úmrtnost používá jako základní ukazatel ke sledování zdravotního stavu matek a kvality prenatalní péče (Mahande et al., 2020, s. 2).

V této části práce budou popsány epidemiologická data, o incidenci perinatální ztráty z různých oblastí Země. Data se budou konkrétně zaměřovat na celosvětový nárůst perinatálního úmrtí. Celosvětově existuje několik epidemiologických údajů, které mapují incidenci perinatální ztráty (Gandino, Bernaduo 2019, s. 65). WHO uvádí, že na celém světě každoročně dochází k více než 5 milionům perinatálních úmrtí (WHO, 2016, s. neuvedeno). Novorozenci čelí nejvyššímu riziku úmrtí v prvním měsíci života, přičemž celosvětový průměr je 18 úmrtí na 1 000 novorozenců (Mahande et al., 2020, s. 2). V roce 2015 se na celém světě podle odhadů narodilo 2,6 milionu mrtvě narozených novorozenců ve třetím

trimestru, z toho 98 % v zemích s nízkými a středními příjmy (Gandino, Bernaduo, 2019, s. 65), a ve více než $\frac{3}{4}$ se vyskytují například v subsaharské Africe a jižní Asii (Dahiru, Aliyu, 2016, s. 2). Obzvláště, vysoká je míra mrtvě narozených dětí v rozvojových zemích kvůli několika různým faktorům, které jsou úzce spojené s chudobou. Do těchto faktorů spadá špatné přístupu k základním zásadám porodní péče, nedostatek kvalifikovaných porodních asistentek a vysoký výskyt infekčních chorob (Agbata et al., 2017, s. 19). V Ghaně probíhá mnoho sociálních intervencí pro chudé, aby se zajistilo, že těhotné ženy budou mít během těhotenství a porodu přístup ke kvalifikované péči (Vanatoo, 2019, s. neuvedeno). Ze zpráv Organizace spojených národů (dále jen OSN) plyne, že roku 2017 zemřelo v prvním měsíci života právě v subsaharské Africe 1 z 36 novorozenců ve srovnání s poměrem 1 z 333 v rozvinutých zemích (Tiruneh et al., 2021, s. 2). Roku 2018 celosvětově zemřelo každý den 7 000 novorozenců do jednoho měsíce života, což znamená, že za rok 2018 bylo zaznamenáno 2,5 milionu úmrtí dětí v perinatálním období (Mahande et al., 2020, s. 2). Po celém světě, se čísla mrtvě narozených dětí pohybují kolem 3,2 milionů (Neumann, Fait, 2013, s. 293). Perinatální ztrátu tedy zažívají rodiče po celém světě a není tomu jinak ani u nás. V České republice si během jednoho roku projde až 300 žen porodem mrtvého plodu a časný novorozeneckým úmrtím přibližně 100 žen ročně (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, st. 505). I přesto že, se všem zemím a zdravotnickým zařízením na světě daří snižovat perinatální mortalitu, rozsah mrtvorozenosti zůstává stejný (Klikarová, Šnajbergová, Měchurová, 2014, s. 121).

Rizikové faktory pro mrtvě narozené děti a předčasné úmrtí novorozenců jsou úzce spojeny a zkoumají se pouze jeden nebo druhý z důvodu toho, že navzájem ovlivňují skutečnou úroveň úmrtnosti kolem porodu. Rizikové faktory perinatální ztráty jsou úzce spojené s předčasným porodem, vrozenými anomáliemi, nízkou porodní hmotností novorozence, anémií matky, odloučením placenty, poraněním dělohy, porodním krvácením, porodem doma, omezením růstu plodu a s infekcí matky jako je syfilis a malárie, preeklampsie, eklampsie nebo také předcházející perinatální ztráta v anamnéze matky. Jestliže si matka v prvním těhotenství projde perinatální ztrátou předpokládá se, že se v dalším těhotenství bude opakovat. I když tyto rizikové faktory mohou být běžné v zemích jak rozvinutých, tak rozvojových pravděpodobně se od sebe budou lišit v závislosti na kontextu nebo konkrétních podmínkách dané země, jako je například dostupnost kvalitních porodnických a novorozeneckých služeb péče na různých úrovních (Mahande et al., 2020, s. 2).

2.1 Intrauterinní smrt plodu

WHO definuje fetální smrt jako intrauterinní smrt plodu kdykoli během těhotenství (WHO, 2018, s. neuvedeno) jehož typickým příznakem, jak už bylo zmíněno výše, je takzvaný tichý porod (stillbirth), který je specifický nejenom tím, že dítě po vybavení z těla matky nekřičí ale zároveň také je jeho smrt prakticky neviditelná (Ratislavová, 2015, s. 39). Je-li diagnostikována u matky intrauterinní smrt dítěte je doporučováno zahájit porod v co nejkratší době. Jestliže je porod indikován za delší dobu, než je 24 hodin po diagnostice, tyto ženy mají prokazatelně vyšší intenzitu úzkosti. Brzké zahájení porodu ale může být v rozporu s tím, že každá žena a každý porod jsou individuální a pro některé rodiče je velmi důležité vnímat dítě v děloze co nejdéle. Dává jim to pocit, že jsou svému dítěti nablízku. Tento pocit ovšem ztratí v okamžiku, kdy se dítě narodí (Ratislavová, 2015, s. 43). Právě v okamžiku, kdy rodiče po narození dítěte neslyší pláč jsou velmi často zaskočení (Ellis et al., 2016, s. 6). Zemře-li dítě v děloze matky rodiče často téhle skutečnosti nejsou schopni uvěřit, z důvodu toho, že neměli možnost poznat své dítě a nemají tak na něj žádné vzpomínky. Management zaměřený na psycho-sociální péči o rodiče, kteří si prošli ztrátou in utero pokládá za důležité intervence, které mohou rodičům zajistit čas strávený s dítětem a vytvořit si tak pár vzpomínek. Rodiče mohou své dítě například vidět či chovat. Na památku s dítětem si mohou také udělat fotografie nebo otisky končetin apod (Ratislavová, 2015, s. 39). Někdy se také může stát, že rodiče, nemají zájem nebo se zdráhají dítě vidět, protože se obávají toho, že dítě nebude vypadat „normálně“. Zdravotníci, kteří rodičům popisují jejich dítě mnohdy používají spoustu odborných termínů, kterým rodiče nerozumí. Rodiče velmi ocení, když jim zdravotníci dopředu citlivým a srozumitelným způsobem jejich dítě popíšu (Ellis et al., 2016, s. 6). Autoři Ellis et al. (2016, s. 10-11) se ve svém systematickém přehledu kvalitativních, kvantitativních i smíšených výzkumných studií zabývají zkušenostmi rodičů s péčí po narození mrtvého dítěte v západních zemích Evropy, Severní Ameriky, Austrálie a Jižní Afriky. Do tohoto systematického přehledu bylo zahrnuto 52 výzkumných studií. Cílem bylo zhodnotit a shrnout zkušeností rodičů a zdravotnických pracovníků porodní péče po narození mrtvého dítěte. Z výsledků vyplývá, že 20 % rodičů si přeje, aby se zvýšila informovanost veřejnosti o mrtvě narozených dětech. 13 % rodičů vyslovalo prosbu, o větší možnosti vyjádřit své obavy k tomu kompetentní osobě a zároveň by 20 % rodičů chtělo, aby jejich diskuze o smrti jejich dítěte byly brány více individuálně. 25 % rodičů navrhlo, aby poskytovatelé zdravotní péče dostali speciální školení v komunikaci po narození mrtvého dítěte. 5 % rodičů, kteří prošli perinatální ztrátou,

chtělo pochopit příčinu a všechny informace o smrti jejich dítěte a bylo pro ně velice frustrující, když dlouhou dobu nedostali žádné odpovědi. 15 % žen by ocenilo, aby se při hospitalizaci kvůli následnému porodu setkaly se stejným zdravotním personálem, který o ně pečoval v době, kdy jim byl diagnostikován syndrom mrtvého plodu. Cítily by mnohem větší jistotu a pocit bezpečí. V 10 % oběma rodičům ale především matkám zejména pomohl pocit, že nejsou v téhle situaci samy, a že i někdo jiný ví co prožívají a jak se cítí. Proto byly podpůrné skupiny nebo rozhovory s jinými pozůstalými rodiči nejužitečnější intervencí po smrti jejich dítěte. Co se zdravotního personálu týče péče o pozůstalé rodiče může být pro zaměstnance obohacující. 21 % porodních asistentek si uvědomovaly, že ženy a partneři jsou často ve stavu šoku a také uznali, že je pro ně důležité se aktivně účastnit toho, co se s nimi a s dítětem děje. Ve 29 % byl příjem pozitivní zpětné vazby pro zdravotníky důležitý a poskytoval pocit úspěchu. Poskytování informací rodičům, které jim umožňují aktivně se podílet v rozhodování, je prioritou zdravotníků. Celých 100 % zdravotních pracovníků vnímalo poporodní podporu jako nejtěžší situaci nebo pocítovali "pocit nedostatčnosti". Některé sestry se snažily distancovat, aby mohly dále poskytovat péči nebo používaly výmluvu, že není čas, a to i přes to, že času bylo dostatek na to, aby s těmito ženami hovořily.

Jestliže dítě zemře v děloze matky v bezpodmínečné většině situací úmrtí přichází náhle a bez zřejmých signálů, tudíž se na něj nelze žádným způsobem připravit. Mohou nastat případy, kdy žena může přijít do nemocnice s tím, že například necítí pohyby dítěte nebo není dobře jí samotné (Ratislavová, 2015, s. 41-42). Úmrtí dítě uvnitř těla matky může přinést dvě odlišné ale stejně náročné situace. První z nich nastává v době, kdy dítěti byla předem diagnostikována vada neslučitelná se životem, jehož rodiče si přáli v těhotenství pokračovat a těhotenství dokončit. Druhá situace může být taková, že těhotenství matky, po celou dobu probíhalo naprosto fyziologicky a oba rodiče očekávali příchod zdravého a živého dítěte. Rodičům bývá diagnóza o smrti jejich dítěte in utero, sdělena při ultrazvukovém vyšetření. Během tohoto vyšetření si ženy velmi všímají vyšetřujícího lékaře. Zaměřují se zejména na jejich výraz tváře a způsob sdělení diagnózy (Ratislavová, 2016, s. 81). Ve chvíli, kdy je těhotná žena již v nemocnici na vyšetření a lékař zjistí, že dítě nežije je podstatné rodičům zcela upřímně, otevřeně ale zároveň šetrně oznámit, že dítě nežije. Je vhodné rodičům názorně ukázat na obrazovce, že srdce jejich dítěte opravdu netluče. Po takovém zjištění by rodiče neměli zůstat sami. Je potřebné, aby o ženu aktivně pečoval zdravotník, který jí poskytne především individuální péči a informovanost o všem co se s ní nebo s dítětem bude dít (Ratislavová, 2015, s. 41-42).

3 Zkušenosti rodičů s perinatální ztrátou

Navzdory tomu, že rodiče prožívají přirozený smutek z jejich situace, jestliže se jim v pečujícím prostředí dostane dostatečné podpory mnoho párů nemá tak negativní vzpomínky na porod a celou dobu strávenou v nemocnici, jako ti rodiče, co dostatečnou podporu od zdravotníků nedostali. Za posledních několik desetiletí se postupy poskytované ošetrovatelské péče vyvíjely tak, aby zahrnovaly různé intervence pro rodiče, kteří zažili úmrtí svého dítěte. Tyto intervence jsou zaměřené na psychosociální péči. Poskytování adekvátní péče klade důraz na rozvoj empatického chování a důvěryhodného vztahu mezi zdravotním personálem, rodiči a s dalšími členy jejich rodiny (Cassidy et al., 2018 s. 2).

Touto problematikou se ve své studii zabývá Manije Sereshti et al. (2016, s. 2006-2017) za pomoci kvalitativní metodologie výzkumu. Ve studii jsou zjišťovány názory o tom, jak ženy po perinatální ztrátě vnímají kvalitu poskytované péče ve zdravotních zařízeních. Výzkumnou studii provedli prostřednictvím jednotlivých, rozhovorů s ženami, které si prošly perinatální ztrátou (20 žen z Teheránu a 20 žen ze Shahrekordu). Tyto ženy musely splňovat určitá kritéria, mezi které spadá například to, že žena nesměla být gravidní, nesměla mít žádný záznam v anamnéze o duševní nemoci nebo být závislá na drogách, opiátech či sedativech. Rozhovory byly polostrukturované a byly vedeny v klidném prostředí od května do září roku 2014 a trvaly v rozmezí od 14 do 140 min. Probíhaly 2 týdny až 13 let po perinatální ztrátě zúčastněných žen. Nejprve rozhovory začaly obecnými otázkami o zkušenostech matek s kvalitou poskytované péče a postupně přecházely ke konkrétním otázkám. Během rozhovorů byly u žen zaznamenány neverbální změny jako je tón hlasu, ticho, zdůrazňování nebo pláč. Z výsledku rozhovorů od 40 účastněných žen vyplynulo, že po dobu hospitalizace ženy očekávaly od zdravotního personálu, který o ně po celou dobu pečoval lepší a vhodnější emocionální podporu. Většina žen si myslí, že poskytovatelé zdravotní péče by měli podávat přesvědčivé a pravdivé informace o příčině jejich ztráty. Mnoho z nich však nedostaly potřebné informace od lékařů ani dalších členů zdravotního týmu. Některé ženy také nebyly spokojeny s tím, že nebyly řádně informovány o stavu svého dítěte ještě před tím, než dítě zemřelo. Očekávaly, že dostanou adekvátní informace o stavu jejich dítěte, ale nevěděly, jaká osoba byla poskytováním informací pověřena, a nevěděly tak koho se ptát. Hlavním zjištěním této studie byly problémy, které většina žen vyjádřila při hodnocení svých zkušeností se zdravotní péčí. Tyto problémy byly způsobeny především špatnými interakcemi od poskytovatelů zdravotní péče a jejich nedostatkem empatie vůči nim. Proto, se ke zlepšení kvality interakce v péči o matky doporučuje následující: 1)

personál a lékaři, kteří se setkávají s matkami se zkušenostmi s perinatální ztrátou by měli ovládat dovednosti ve zvládnání stresu a komunikovat s těmito matkami během svých vzdělávacích kurzů, 2) rozvíjet protokoly péče a podpory, 3) standardizovat poměr pacientů a porodních asistentek aby poskytly více příležitostí pro efektivní komunikaci, 4) organizovaná porodnická oddělení s patřičným vybavením 5) musí existovat opatření k poskytování lepších služeb na dovolené. Nakonec je navrženo více kvalitativních a kvantitativních systematických vyšetřování.

Předchozí studie ukázala, že zlepšení péče je po ztrátě dítěte pro rodiny velice důležité. Problematikou poskytované zdravotní péče o ženy po perinatální ztrátě se také zabývali Siassakos et al. (2017, s. 160-170), kteří prováděli polostrukturované rozhovory s rodiči po ztrátě jejich dítěte a se skupinou zaměstnanců ze 3 zdravotních zařízení v Jihozápadní Anglii. Případová studie byla provedena pomocí rozhovorů s 21 ženami, 14 partnery a 22 zdravotníky. Témata rozhovorů byla seskupena do 4 hlavních témat, o kterých respondenti hovořili. Jednalo se o: diagnostiku a sdělení šíření špatných zpráv, sledování a konzultace, režim porodu a diskuse po smrti dítěte. Hlavním zjištěním této výzkumné studie bylo to, že poskytovaná péče navzdory nejlepším úmyslům zdravotního personálu, který pečuje o pozůstalé rodiče často nebyla tak dobrá a kvalitní, jak by mohla a měla být. Komunikace s rodiči nebyla vždy vedena citlivým a empatickým způsobem, jak by se partnerům líbilo, z důvodu toho, že zdravotníci neměli odpovídající školení, které by je připravilo na setkání s perinatální ztrátou dítěte. Samotné školení zdravotníků však nebude ke zlepšení poskytované péče stačit. Je velice důležité standardizovat postupy v péči o pozůstalé rodiče, a zároveň vést zaměstnance k řešení jak potřeb pozůstalých rodičů, tak svých vlastních. Řešení potřeb zabrání do budoucna tomu, aby ani rodiče ani samotní zdravotní pracovníci nebyli perinatální ztrátou poznamenáni na celý život. V péči o rodiče po porodu mrtvého dítěte existují nepřijatelné rozdíly a necitlivé interakce mezi personálem a pozůstalými rodiči. Pochopení potřeb rodičů, usnadní společné rozhodování a následnou péči. Každý pozůstalý rodič má právo na kvalitní, holistickou a respektující péči.

Rodičům, kteří přišli o jejich dítě během těhotenství, porodu, nebo krátce po jeho narození se nabízí například možnost jejich dítě vidět, uchovat si paměťové předměty spojené s dítětem a také psychická podpora (Bennett, 2015, s. 1). Velice důležité je pro rodiče po perinatální ztrátě mít právo v rozhodování o pohřbu mrtvého dítěte. Rodiče si mohou zvolit ze tří obřadů kterým dítě pohřbí. Prvním z obřadů je zpopelnění nebo pohřeb. Druhým způsob je kremace dítěte a uložení do urny bez následného obřadu, a poslední možnost obřadu je nabízeno zpopelnění a následné uložení do hrobu či rozptýlení

na rozptylové loučce. V České republice jsou rodiče podle zákona o pohřbnictví č.193/2017 Sb, kterým se mění zákon č. 256/2011 Sb, a ze kterého plyne, povinnost pro rodiče dítěte do 4 dnů od narození dítěte učinit rozhodnutí, zda chtějí své dítě pohřbit či nikoliv. Rozhodnou-li se rodiče, že pohřeb nechtějí, pohřeb zemřelého dítěte mají povinnost uspořádat příslušné obce. Jestliže se rodiče rozhodnou pohřeb uspořádat od 1.1. 2012 mají právo požádat o příspěvek ve výši 5000 korun na náklady spojené s pohřbem (Ratislavová, 2015, s. 64). Pohřeb je pro oba rodiče po psychické stránce velmi náročný. Někteří rodiče se na pohřbu svého zemřelého dítěte odmítají účastnit, a to právě kvůli náročnosti, kterou taková situace nese, čehož následně ve většině případů litují. Na samém začátku při rozhodování, zda pohřeb vůbec chtějí uskutečnit, během zařizování pohřebního rituálu nebo uložení urny, se především matky potýkají s obavami, zda něco takového vůbec zvládnou. Jestli že, se však rodiče rozhodnout pohřeb realizovat pociťují jistou úlevu, sílu, úctu k zemřelému dítěti a pocit, že udělali správnou věc. Pochované dítě, ať už na hřbitově nebo na místě, které kterému mají hlubší pouto rodiče navštěvují v různé intenzitě. Někteří chodí zapalovat svíčky velmi často, jiní sporadicky a někteří rodiče pohřební místo nenavštěvují naopak vůbec (Ratislavová, 2016, s. 367). Pro matky i otce je také důležité, aby sourozenci zemřelého dítěte byli zahrnuti do rituálů týkajících se pohřbu, který si sami zvolili a společně se tak s mrtvým dítětem rozloučili. Dětské vyjádření smutku, a emocií ať už jsou jakékoliv by měly být respektovány, a to i přesto, že se mohou lišit od pocitů vyjádřených dospělými.

Doporučené postupy pro to, jak pečovat o matky po perinatální ztrátě nezahrnují identifikaci toho, kdo by měl zprávu o úmrtí dítěte rodičům předat. Ačkoli by si někdo mohl myslet, že odpovědnost za předání zprávy rodičům o smrti jejich dítěte, připadá primárnímu poskytovateli péče – obvykle ošetřujícímu lékaři nebo porodní asistentce – tento předpoklad se nezakládá na důkazech, protože žádné studie tuto praxi neuvádějí. Ve výzkumných studiích rodiče popisují pouze živé vzpomínky na přesný okamžik, kdy se dozvěděli o smrti svého dítěte, jak se o ní dozvěděli, jaká byla místnost a jak reagovali (Pullen et al., 2012, s. 339–355). I přesto, že v mnoha případech smrt lze na základě lékařské prognózy předvídat, mohou nastat situace, kdy smrt nastane rychle a neočekávaně, s malým časem na emocionální přípravu. Ve všech případech je však nezbytné, aby osoba sdělující diagnózu byla na tento obtížný úkol dobře vyškolená a aby informace byly poskytovány soucitně a citlivě. Bez znalosti toho, kteří zaměstnanci skutečně plní tento úkol, není možné zajistit, aby bylo poskytováno odpovídající školení. Národní centrum pro statistiku zdraví spolupracuje se státy na vývoji standardních certifikátů USA o živém narození, o smrti

a o úmrtí plodu, čímž je zajištěno shromažďování srovnatelných informací po celé zemi. Přestože úmrtní listy musí být podepsány ošetřovatelem, nemusí to být osoba, přítomna v době smrti. V životně důležitých záznamech totiž neexistuje žádný údaj, který by identifikoval, kdo zprávy přinesl nebo byl přítomen v místnosti při narození nebo smrti (Gold et al., 2017, s. 1330).

Ženě by tedy měla být jakákoliv zpráva ohledně dítěte sdělena ošetřujícím lékařem nebo porodní asistentkou, kteří jí poskytnou dostatek prostoru a pochopení. Pro ženy po perinatální ztrátě je opravdu velmi důležité vědět a znát, přesnou příčinu a přesné informace o smrti jejich dítěte. Tyto informace ženy skoro ve většině případů od lékaře dostanou, nicméně si často stěžují na nedostatečně projevenou podporu, a ochotu ve sdělování informací, kterou by v tu chvíli nejvíce potřebovaly (Kaspárková, 2013, s. 651). Informace, o přesné příčině smrti dítěte však nejsou jediné informace, které tyto ženy potřebují znát. Informace se také týkají průběhu porodu, tlumení bolesti nebo různých variant, jak se rozloučit s jejich mrtvým dítětem (Ratislavová, 2016, s. 111). Nejen pro ženu, ale také pro otce, kteří si prošli perinatální ztrátou svého dítěte je v této chvíli také stěžejní, aby jim bylo od zdravotního personálu, který o ně pečuje přesně vysvětleno, co se momentálně děje. Stane-li se, že někdo ze zdravotníků informace o stavu ženy nebo o stavu jejich dítěte zatajuje nebo je jakýmkoliv způsobem zlehčuje rodiče okamžitě začnou tušit, že je něco v nepořádku a zdravotní personál tak ztrácí nejen důvěru obou rodičů, ale také svou profesionalitu (Ratislavová, 2016, s. 148).

Ve chvíli, kdy se žena dozví, o smrti jejího dítěte je ochromena duševní bolestí a přichází do šoku. Perinatální ztráta však sebou nese pouze prvotní negativní pocity ale pochopitelně i ty dlouhodobé, do kterých spadá deprese, úzkost, obsedantně-kompulzivní chování, partnerské problémy, pocity selhání, viny a různé stresové poruchy (Ratislavová, 2016, s. 24). Všechny negativní myšlenky a pocity se nejvíce rozvinou po propuštění z nemocnice, kdy si žena měla přivést novorozence domů a naplno pocítí osamělost neboli „prázdnou náruč“. Během období, kdy je žena těhotná si začíná s partnerem postupně připravovat a přetvářet si celý svůj dosavadní život. To je právě také jeden z důvodů, proč je pro partnery perinatální ztráta velkým zklamáním a ztrátou svých snů o rodině a budoucnosti. Nenarozené dítě vykresluje, a je součástí osobnosti rodiče. Pokud tedy dítě zemře, ztrácí rodiče i kus sebe sama (Ratislavová, 2016, s. 24). Mnoho žen, které během těhotenství nebo porodu potratí, se pokouší s partnery opět otěhotnět (Ratislavová, 2015, s. 38), a ve více než v 80 % se to partnerům znovu podaří (Al-Maharma et al., 2016, s. 413). I přesto, že se ženě v budoucnu podaří znovu otěhotnět stále bude své

nenarozené dítě postrádat (Ratislavová, 2015, s. 38). V budoucím těhotenství mohou negativní psychické efekty ztráty pokračovat, a to i navzdory tomu, že se partnerům narodí zdravé dítě (Blackmore et al., 2011, s. 374). Proto, tyto ženy, které prožily perinatální ztrátu svého dítěte jsou hodny většího pochopení, zájmu i péče v budoucím těhotenství. Pokud žena projde perinatální ztrátou dítěte, její následné těhotenství je řazeno mezi těhotenství rizikové, a žena musí být po celou dobu pozorována v perinatální poradně, kde lékař hodnotí její celkový průběh těhotenství a její zdravotní stav dítěte (Kaspárková, Bužgová, 2013, s. 642-643). Z úsudků několika porodníků z USA, kteří se zabývali otázkou, za jakou dobu je vhodné následné těhotenství ženy, která si prošla perinatální ztrátou plyne, že nejvhodnější doba, kdy by žena měla opět otěhotnět je nejméně šest a více měsíců po ztrátě jejího dítěte (Kaspárková, 2013, s. 652).

Ve společnosti se lidé neobejdou bez vzájemné podpory a pomoci v různých životních etapách. Jednou z nich je chvíle kdy člověk ztratí pro něj blízkou osobu (Attachie, 2016, s. 224). Úmrtí dítěte v době jeho narození je v rozporu s „přirozeným řádem“ života a má velký vliv na prožívání jeho rodičů a celé rodiny (Flenady et al. 2014, s. 137). Ovšem když se tak stane, celou rodinu, a především matku s otcem atakuje zármutek a pocit bezmoci, kterou v téhle nelehké situaci mají. Tyto pocity mají dopad na každého člověka bezprostředně po úmrtí někoho blízkého a označujeme to jako proces truchlení (Ratislavová, 2014, s. 53). Každý člen rodiny se se ztrátou vyrovnává jinak. Truchlíci sourozenci se musí se svými emocemi vypořádat sami po svém a rodiče po chvíli buďto naleznou určitou rovnováhu nebo se mohou stát úzkostnými, bojácnými a přehnaně ochrannými (Murphy, Cacciatore, 2017, s. 6). Pozůstalé matky mají tendenci nacházet oporu ve svých matkách (babičkách dítěte) nebo v jiných ženách než ve svých partnerech. To může být proto, že partner prochází svým vlastním smutkem a procesem léčení. I když potřebují truchlit a léčit se společně, důležité je léčit se i individuálně (Human et al., 2014, s. 11).

Mrtvé narození má ničivý a rušivý dopad na všechny členy nejbližší rodiny včetně prarodičů dítěte. Prarodiče jsou často opomenuti truchlíci, a jsou často odsunuti až na druhé místo po pozůstalých rodičích. Poskytovatelé péče a společnost mohou obecně očekávat, že prarodiče poskytnou pohodlí svým dospělým dětem po perinatální ztrátě, při které však musí potlačit svůj vlastní zármutek. Prarodiče se mohou cítit izolovaní a ohromeni, když se snaží podporovat své pozůstalé dítě a zároveň truchlit nad ztrátou svého vnouče. Ve výzkumné studii schválené Institutional Review Board (IRB), se zkoumalo pomocí průzkumu, jak prarodiče začlenili existenci zesnulého vnoučete do své rodinné historie. Studii dokončilo 18 babiček (kavkazští prarodiče žijící v USA). 17 z nich uvedlo, že mají

fotky svého vnoučete. Všechny uvedly, že v den narození a/nebo smrti provedli nějaký rituál, jako je zapálení svíčky, vypuštění balónku nebo přinesení dortu na hřbitov. 12 z 18 babiček nosí šperky, které symbolizují jejich vnouče, a 4 z 18 mají tetování, které jim pomáhají si na jejich vnouče vzpomenout. Jestliže se někdo prarodičů zeptá na otázku, kolik mají vnoučat 12 z 18 babiček odpovědělo, že vždy zahrnou své zesnulé vnouče a dalších 5 odpovědělo, že vždy záleží na situaci. Přestože skupina respondentů byla relativně malá a homogenní tento průzkum potvrzuje, že prarodiče cítí potřebu zapamatovat si a zahrnout svá zesnulá vnoučata do svého životního příběhu. Perinatální ztráta může často vážně narušit dynamiku rodiny. Členové takové rodiny jsou povzbuzováni k tomu, aby si pamatovali a hovořili o jejich zemřelém dítěti/vnoučeti. Poskytovanou podporu pro zármutky v době smrti i později potřebuje tedy zahrnout i širší rodinu. (Bennett, 2015, s. 1). Perinatální ztráta má za následek významnou psychologickou zátěž jednotlivců, z nichž některé se vyvíjejí dlouhou dobu a přetrvávají až do patologických reakcí, označovaných jako komplikovaný zármutek. Existuje několik hlavních rizikových faktorů komplikovaného zármutku, které jsou způsobeny reakcí na perinatální ztrátu, a které jsou považovány za vysoce rizikové pro vznik intenzivního a dlouhodobého smutku. Spadají sem demografické a psychosociální faktory, včetně staršího mateřského věku, nekvalitní intimní partnerský vztah, nedostatek sociální podpory, páry s historií neplodnosti a bez dalších živých dětí (Kishimoto et al., 2021, s. 1). V tuto náročnou dobu, kdy oba rodiče truchlí je zásadní mít dobré vztahy s jejich rodinou, kterou budou velmi potřebovat převážně po příchodu domů. Kromě rodiny je také důležité, aby rodiče kolem sebe měli vstřícné a podporující dětské a všeobecné sestry, které je podporují a pomáhají jim tak zmírnit jejich smutek a depresi, kterou kvůli své ztrátě prožívají (Attachie, 2016, s. 224). V dnešní době perinatální ztráta představuje situaci, kdy časná aktivace zármutku je zhoršena okolnostmi dané ztráty, které přispívají ke složitosti truchlení. Tyto okolnosti popisují autoři Human et al. (2014, s. 1-19) a jedná se o: nedostatek vzpomínek na zemřelé dítě, pocit biologického selhání, které je pocíťováno převážně matkou, pocit méněcennosti, nedostatek uznání od ostatních a nejistota týkající se dalšího těhotenství nebo naděje na to, aby se v budoucnu mohli stát rodiči. Příznaky smutku obvykle časem odezní a u většiny lidí intenzita výrazně poklesne do 6 měsíců po ztrátě (Shear et al., 2011, s. 3).

Mateřství, je pro ženu, co se týče prožívání zásadní etapou v jejím životě, ale zároveň také velmi náročnou, co se týče celkové zátěže, která působí jak na její organismus, tak na její psychickou stránku. Jestliže jde o těhotenství, kterému předchází jakékoliv selhání je toto těhotenství pro ženu po psychické stránce mnohem více náročné. Selháním je myšlena

situace, která může nastat jak během těhotenství, tak během porodu, kdy dítě zemře. Tato událost přichází náhle, je pro všechny velice náročná, a nese s sebou i psychické následky do budoucna (Kaspárková, Bužgová, 2013, s. 642-643). Autorky Marphy a Cacciatore (2017, s. 1–3) prozkoumaly již existující výzkumy a poté vytvořily přehled o ekonomických, sociálních a psychologických následcích perinatální ztráty na rodiny a společnost. Na rozdíl od psychologických a sociálních výzkumů týkajících se mrtvě narozených dětí, je zde nedostatek výzkumu ekonomických dopadů. Náklady na zdravotní péči spojené s péčí o mrtvě narozené dítě jsou údajně o 10–70 % vyšší, než u živě narozeného dítěte. Jinými slovy, značné náklady spojené se smrtí dítěte přetrvávají do budoucích těhotenství a budoucnosti obecně (Murphy, Cacciatore, 2017, s. 11-14). Narození mrtvého dítěte je ztráta, která je plná nejednoznačností (Murphy, Cacciatore, 2017, s. 11). Způsobuje napětí mezi partnery a v rodinných vztazích a vytváří vážný pocit nestability (Human et al., 2014, s. 12) Perinatální ztráta v nekvalitním intimním vztahu mezi partnery vede k vyšším úrovním úzkosti a deprese (Murphy, Cacciatore, 2017, s. 11). Je vnímána jako krize, na jejichž začátku potřebují pozůstalé matky okamžitou podporu a intenzivní pomoc. Podpora od sociálního pracovníka je nezbytná, a umožňuje pozůstalým matkám, aby se cítily silné. Mimo jiné jsou povzbuzovány k tomu, aby otevřeně truchlily pro své mrtvě narozené dítě (Human et al., 2014, s. 12). Psychologické následky spojené s perinatální ztrátou, zažívají jak muži, tak ženy, kteří v akutním zármutku popisují podobné emoce. Oba rodiče bojují s pocity viny, lítosti, strachu, zármutku a také s hanbou a pocitem, že chtějí zemřít. Smrt dítěte vyvolává existenciální otázky typu „proč moje dítě zemřelo?“ nebo „jsem tím za něco potrestán?“. U některých žen může po perinatální ztrátě dojít k pociťovanému mateřskému selhání, což může mít za následek negativní vztah ke svému tělu (Murphy, Cacciatore, 2017, s. 3–14).

Existuje také několik studií, zaměřené na prožívání otců po perinatální ztrátě dítěte. Autorka Murphy et al. (2017, s. 3) také zjistily, že otcové měli méně rušivých myšlenek, jako jsou ustarané sny, silné emoce a nevyžádané myšlenky než matky. U matek v tomto vzorku měly tyto dotěrné myšlenky tendenci se časem zvyšovat, zatímco depresivní, úzkostné a posttraumatické stresové příznaky se za čas začaly snižovat. Partneři se mohou ve svých vztazích po perinatální ztrátě potýkat s problémy. Je to z toho důvodu, že matka i otec se se ztrátou dítěte vypořádává jinak. Jestliže v partnerském vztahu spolu oba rodiče nekomunikují o svých odlišných pocitech nastávají v jejich vztazích problémy a napětí (Ratislavová, 2015, s. 51). Perinatální ztráta představuje velice náročnou situaci, a to v oblasti psychického prožívání ale i kvůli následnému procesu truchlení a mnohdy

ovlivňuje také partnerské vztahy. Ze studie autorů Human et al. (2014, s. 2-7) vyplývá, že ve většině případů bylo ukončení vztahu iniciováno ze strany partnerek. Ženy rozchod zdůvodnily tím, že již nemají důvod dále se svými partnery ve vztahu pokračovat. Komunikace se pářím zlepšila v případě 28 % zúčastněných a 36 % účastníků spolu mluvilo naopak méně. Po perinatální ztrátě trpí následky nejen rodiče zesnulého dítěte, ale ztráta má dopad také na širší rodinu, přátele a také na socioekonomické prostředí rodiny.

Mnoho rodičů se rozhodne o situaci své přítelky informovat, buďto rovnou z porodnice nebo po příchodu domů. Ke sdělení jejich situace o perinatální ztrátě ve většině případů rodiče posílají zprávy nebo e-maily. To, že se rodiče rozhodnou sami své přítelky kontaktovat a nečekat, že to udělají oni, může velmi pomoci jejich vzájemným vztahům (Ratislavová, 2016, s. 290). Kruhy přátelství se mohou také narušit nebo zcela změnit, protože rodiče mají pocit, že už nezapadají mezi ostatní rodiny přátel. Dalším důvodem může být to, že, matky mohou podezřívát, své přítelky nebo rodinu, že ze ztráty dítěte viní je. Pro mnohé partnery je kvůli perinatální ztrátě velice náročný také ekonomický následek, z důvodu toho, že náklady na zdravotní služby a náklady spojené s pohřbem dítěte jsou v jiných zemích mnohdy příliš vysoké. Tyto ekonomické náklady donutili mnoho rodičů nastoupit za velmi krátkou dobu po ztrátě do zaměstnání. Nebylo to proto, že už by byli již připravení ale proto, protože potřebovali finančně pokrýt základní životní výdaje (Murphy, Cacciatore, 2017, s. 11-14). V Ghaně je matka po narození mrtvého dítěte zdravotníky nabádána ke krátkému truchlení. Zdravotní pracovníci povzbuzují matku, aby se co nejrychleji duševně i fyzicky uzdravila, a aby se s partnerem zaměřila na lepší budoucnost a porod živého dítěte v následujícím těhotenství. Tímto stylem však není potřebám rodin vyhověno (Vanatoo, 2019, s. neuvědno). Autorka Vanatoo (2019, s. neuvědno) vytvořila formulář auditu mrtvě narozených dětí, který sloužil jako jeden z referenčních dokumentů pro vývoj národního perinatálního auditu pro Ghanu. Na tomto auditu se podílí všeobecné sestry, porodní asistentky a pediatři, aby v Ghaně byla mrtvě narozeným dětem věnována stejná pozornost a péče jako je věnována živě narozeným dětem. Péče o ženy a děti (ať už živě nebo mrtvě narozené) by měla být vysoce kvalitní. I přesto, že se pozornost věnovaná mrtvě narozeným dětem v Ghaně zlepšila, je třeba udělat více pro zapojení postižených rodin a poskytování poststratové péče pro matky a jejich rodiny. Perinatální ztráta totiž v Ghaně není rodičům příliš zdůvodňována a vysvětlována. Matky proto nedostávají odpovědi na své otázky a místo plánování dalšího těhotenství, se ženy rozhodují další dítě spíše nemít.

3.1 Význam a limitace dohledaných poznatků

Za téma přehledové práce byla zvolena problematika, perinatální ztráty dítěte, intrauterinní smrti plodu a zkušeností rodičů s perinatální ztrátou dítěte. Přínosem může být pro dětské sestry a porodní asistentky pracující na porodnickém či novorozeneckém oddělení a pro studenty či absolventy ošetrovatelských oborů. Pro tyto studenty a absolventy, může být práce značným přínosem a přípravou před absolvováním jejich praxe či nástupu do zaměstnání, kde by se mohli s perinatální ztrátou setkat. Dětské sestry a porodní asistentky by mohly zjištěné informace zmíněné v této práci využít pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a pro poskytování větší emocionální podpory rodinám po jejich perinatální ztrátě. Zároveň by také mohly lépe pochopit zkušenosti pozůstalých rodičů a dalších členů jejich rodin. Psaní této práce mi umožnilo podívat se na problematiku perinatální ztráty dítěte z několika různých perspektiv. Vyhledané dokumenty zdůrazňují rozdílnosti v emocionální odolnosti rodin. Rozdílnost je znát například v rozhodování o pohřebním rituálu zemřelého dítěte. Někteří rodiče pohřeb uskutečnit chtějí jiní naopak nikoliv. Je to například proto, protože pochováním chtějí tuto kapitolu jejich života uzavřít a uctít tak své mrtvé dítě. Jiní rodiče si naopak pohřeb uskutečnit nikterak nepřejí. Je zajímavé přemýšlet nad tím, do jaké míry perinatální ztráta dokáže ovlivnit například vztahy mezi partnery, přáteli či životy prarodičů, nebo dokonce také zdravotních pracovníků. Perinatální ztráta je doprovázena různými psychickými, fyzickými a socio-ekonomickými následky, a proto je potřeba poskytovat podporu jak rodinám po zkušenosti s perinatální ztrátou, tak i zdravotním pracovníkům pečující o tyto rodiny.

V přehledové práci nebyla využita žádná česká výzkumná studie, a proto práce obsahuje pouze zahraničních studie. Přehledová práce má několik limitů, mezi které spadá například omezení na západní studie s vysokými příjmy, a proto je třeba dbát na odlišnosti v kultuře a zdravotní péči v jiných zemích, protože mohou vést k odlišným výsledkům a doporučením. Další limitací spatřuji v respondentech pocházejících z různých světadílů, ale v procentuálních výsledcích, nejsou rozdělení podle zemí, ze kterých pochází. Dalším limitem přehledové práce je také to, že se autoři spoléhali na paměť respondentů, a proto mohou být vzpomínky a tím pádem také výpovědi zkreslené. Limit spatřuji také v malém počtu zúčastněných zdravotnických zařízení a respondentů. Ve výzkumné studii, zaměřené na prožívání prarodičů po zkušenosti s perinatální ztrátou nacházím limity ve skutečnosti, že do studie byla zahrnuta malá skupina homogenních respondentů. K limitacím studií patří také fakt, že ne všichni respondenti výzkum dokončili. Pro budoucí výzkumné studie bych

doporučila více se zaměřit na prožívání otců a sourozenců, ať už se narodili před smrtí svého sourozence nebo po ní. Dle mého názoru otcům a sourozencům není věnováno tolik pozornosti. Doporučuji také lepší rozdělení výsledků například podle zemí či zdravotních zařízení. Bylo by vhodné do studií začlenit větší a různorodější počet respondentů jako například otce, sourozence, prarodiče, matky samoživitelky nebo respondenty z různě odlišných socio-ekonomických skupin.

Pro klinickou praxi doporučuji brát v potaz individuálnost v prožívání všech rodičů a poskytovat jim holistickou ošetrovatelskou péči s velkými ohledy. Za stěžejní považuji zlepšit interakce při jakémkoliv kontaktu a komunikaci mezi zdravotním personálem a rodiči. V přístupu doporučuji projevit větší empatii a nepoužívat odbornou terminologii, které rodiče nerozumí, a díky, které mnohem více znejistí. Dále také informovat rodiče o intervencích, které se svým dítětem mohou provést a do každé z nich rodiče zapojit.

Jako doporučení pro budoucí vzdělávání doporučuji, do studijních sylabů pediatrického ošetrovatelství, porodní asistence a všeobecného ošetrovatelství více zahrnovat téma perinatální ztráty, a to především v oblasti komunikace a ošetrovatelských postupů a přístupů k rodičům s touto zkušeností.

Závěr

Smrt je přirozená součást života každého člověka. Úmrtí dítěte je však bráno za nepřirozené a je v rozporu s „přirozeným řádem“ života. Cílem přehledové bakalářské práce byla sumarizace dohledaných poznatků týkajících se perinatální ztráty. Hlavní cíl byl dále specifikován ve dvou dílčích cílech.

Prvním dílčím cílem bylo sumarizovat dohledané publikované poznatky o perinatální ztrátě dítěte a o intrauterinní smrti plodu. WHO mrtvě narozené dítě definuje jako dítě, které se narodí bez známek života ve 28. týdnu těhotenství nebo po něm. K perinatální ztrátě dochází mezi definovaným rozsahem potratu, novorozenecké smrti a až 4 týdny po narození. Perinatální ztráta se vyskytuje v různých formách a v různých stádiích vývoje plodu. Kromě potratu, což je ztráta plodu před 22. týdnem těhotenství, existuje také novorozenecká smrt, která má jasně dané časové rozmezí od 22. týdne až do narození dítěte. Extrauterinní těhotenství je další forma perinatální ztráty, která může být pro matku podstatně riskantnější a vyžaduje vyšší úroveň péče než při potratu. Další zvláštní případ perinatální ztráty dítěte se nazývá intrauterinní smrt plodu, jehož typickým příznakem je takzvaný tichý porod, který je odvozen z anglického slova stillbirth. WHO definuje fetální smrt jako intrauterinní smrt plodu kdykoli během těhotenství, pro kterou je specifické nejenom to, že dítě po vybavení z těla matky nekřičí, ale zároveň také je jeho smrt prakticky neviditelná. Perinatální ztráta a intrauterinní smrt plodu je celosvětově rozšířená. WHO uvádí, že na celém světě každoročně dochází k více než 5 milionům perinatálních úmrtí. V České republice si během jednoho roku projde až 300 žen porodem mrtvého plodu a časný novorozeneckým úmrtím přibližně 100 žen ročně. Dílčí cíl splněn.

Druhým dílčím cílem bakalářské práce bylo předložit dohledané publikované aktuální poznatky o zkušenostech rodičů s perinatální ztrátou dítěte. Navzdory tomu, že rodiče prožívají přirozený smutek z jejich situace, jestliže se jim v pečujícím prostředí od zdravotního personálu dostane dostatečné komunikace, podpory a empatie mnoho párů nemá tak negativní vzpomínky na porod a celou dobu strávenou v nemocnici, jako ti rodiče, co dostatečnou podporu od zdravotníků nedostali. Ze studií zkoumající zkušenosti rodičů během hospitalizace ve zdravotním zařízení plyne, že očekávali od zdravotního personálu, který o ně po celou dobu pečoval lepší a vhodnější emocionální podporu. Většina žen si myslí, že poskytovatelé zdravotní péče by měli podávat přesvědčivé a pravdivé informace o příčině jejich ztráty. Mnoho z nich však nedostaly potřebné informace od lékařů ani dalších členů zdravotního týmu. Některé ženy také nebyly spokojeny s tím, že nebyly řádně

informovány o stavu svého dítěte ještě před tím, než dítě zemřelo. Informace, o přesné příčině smrti dítěte, však nejsou jediné informace, které rodiče potřebují znát. Chtějí také vědět, jak probíhal porod, chtějí znát, jak nejlépe tlumit bolest nebo jaké mají možnosti, v rozloučení s jejich mrtvým dítětem. Řečnické otázky není vždy nutné zodpovídat, ale je potřebné, aby o ženu aktivně pečoval zdravotník, který jí poskytne především individuální péči a informovanost o všem, co se s ní nebo s dítětem bude dít. Dílčí cíl splněn.

Bakalářská práce může být přínosem při vzdělávání zaměstnanců zdravotnických zařízení a může sloužit jako podklad pro vytvoření a měření ošetrovatelských standardů v péči o pacienty po perinatální ztrátě. Práce může být zařazena do studijních materiálů a sylabů předmětů věnující se této problematice Dohledané poznatky se sumarizované v bakalářské práci mohou pomoc zdravotnickým pracovníkům lépe porozumět, jak perinatální ztrátu vnímají rodiče dítěte.

Referenční seznam

ADOLFSSON, Annsophie, 2011. Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. *Psychology Research and Behavioral Management* [online]. (4), 29-39 [cit. 2021-07-21]. Dostupné z: doi:10.2147/PRBM.S17330

AGBATA, Anthony T., Justus N. EZE, Chukwuemeka I. UKAEGBE a Bartholomew N. ODIO, 2017. A 4-year retrospective review of stillbirths at the Federal Teaching Hospital, Abakaliki, Southeast Nigeria. *African Journal of Medical and Health Sciences* [online]. **16**(1), 19-24 [cit. 2021-12-13]. Dostupné z: doi:10.4103/ajmhs.ajmhs_82_16

ATTACHIE, Irene torshie, David Nana ADJEI a Prudence MWINI-NYALEDZIGBOR, 2016. Mothers' Experiences of Stillbirth: A Study in the Accra Metropolis (Socio-Cultural Implications). *A Multidisciplinary & Interdisciplinary Journal* [online]. (2), 223-230 [cit. 2021-8-14]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/307544158_Mothers%27_Experiences_of_Stillbirth_A_Study_in_the_Accra_Metropolis_Socio-Cultural_Implications

BARFIELD, Wanda D., 2016. Standard Terminology for Fetal, Infant, and Perinatal Deaths. *American Academy of Pediatrics* [online]. **137**(5), 2-5 [cit. 2021-11-19]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2016-0551>

BENNETT, Nina a Melanie CHICHESTER, 2015. Ripples in the pond: caring for extended family members after a perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **15**(1), 1 [cit. 2021-11-29]. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-15-S1-A17.pdf>

BLACKMORE, Emma Robertson, Denise CÔTÉ-ARSENAULT, Wan TANG, Vivette GLOVER, Jonathan EVANS, Jean GOLDING a Thomas G. O'CONNOR, 2011. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry* [online]. **198**(5), 373-378 [cit. 2021-11-19]. Dostupné z: doi:10.1192/bjp.bp.110.083105

CASSIDY, Paul Richard, 2018. Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: results from an online survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **18**(22), 1-12 [cit. 2021-12-13]. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-017-1630-z

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online], 2011 [cit. 2021-12-05] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

DAHIRU, Tukur a Alhaji A. ALIYU, 2016. Stillbirth in Nigeria: Rates and Risk Factors Based on 2013 Nigeria DHS. *Open Access Library Journal* [online]. (3), 1-12 [cit. 2021-12-14]. Dostupné z: doi:10.4236/oalib.1102747

ELLIS, Alison, Caroline CHEBSEY, Claire STOREY, Stephanie BRADLEY a Sue JACKSON, 2016. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **16**(16), 1-19 [cit. 2021-12-08]. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-016-0806-2

FLENADY, Vicki, Tom WILSON, Joanne CACCIATORE a Francis BOYLE, 2014. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. (121), 137-140 [cit. 2021-8-14]. Dostupné z: doi:10.1111/1471-0528.13009

GANDINO, Gabriella a Antonella BERNAUDO, 2019. Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *Journal of Health Psychology* [online]. **24**(1), 65–78 [cit. 2021-7-27]. Dostupné z: doi:10.1177/1359105317705981

GOLD, KJ, MC TREADWELL, ME MIERAS a NT LAVENTHAL, 2017. Who tells a mother her baby has died? Communication and staff presence during stillbirth delivery and early infant death. *Journal of Perinatology* [online]. **37**(12), 1330 – 1334 [cit. 2021-09-16]. Dostupné z: doi:10.1038/jp.2017.125

GRAVENSTEEN, Ida Kathrine, Linda BJÖRK HELGADÓTTIR,, Eva-Marie JACOBSEN,, Ingela RÅDESTAD, Per MORTEN SANDSET a Øivind EKEBERG, 2013. Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ Open* [online]. (3), 1-10 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2013- 003323

GREGORY, E. C. W., DRAKE, P., & MARTIN, J. A. (2018). Lack of change in perinatal mortality in the United States, 2014–2016 (Data Brief No. 316). National Center for Health

Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db316.pdf>

HUG, Lucia, Danzhen YOU, Hannah BLENCOWE, Anu MISHRA a Zhengfan WANG, 2021. Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: a systematic assessment. *The lancet* [online]. **388**, 772-785 [cit. 2021-12-05]. Dostupné z: doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01112-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01112-0)

HUMAN, Melanie, Sulina GREEN, Coen GROENEWALD, Richard D. GOLDSTEIN, Hannah C. KINNEY a Hein J. ODENDAAL, 2014. PSYCHOSOCIAL IMPLICATIONS OF STILLBIRTH FOR THE MOTHER AND HER FAMILY: A CRISIS-SUPPORT APPROACH. *NIH Public Access* [online]. **50**(4), 1-19 [cit. 2021-12-27]. Dostupné z: doi:10.15270/50-4-392.

KISHIMOTO, Makiko, Arisa YAMAGUCHI, Marina NIIMURA, Miki MIZUMOTO, Tatsuo HIKITSUCHI1, Kohei OGAWA4, Nobuaki OZAWA a Yoshiyuki TACHIBANA, 2021. Factors affecting the grieving process after perinatal loss. *BMC Women's Health* [online]. **21**(1)313, 2-6 [cit. 2021-12-13]. Dostupné z: doi:org/10.1186/s12905-021-01457-4

KLIKAROVÁ, Jitka, K. ŠNAJBERGOVÁ, A. MĚCHUROVÁ, P. VELEBIL a J. FEYERISL, 2014. Syndrom intrauterinního úmrtí plodu: analýza souboru za období 2008–2012 v Ústavu pro péči o matku dítě. *Česká gynekologie* [online]. 2014, **79**(2), 120-127 [cit. 2021-6-22]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2014-2-11/syndrom_intrauterinniho-umrti-plodu-analyza-souboru-za-obdobi-2008-2012-v-ustavu-pro-peci-o-matku-dite-48694/download?hl=cs

MAHANDE, Michael Johnson, Mboya IB, 2020. Predictors of perinatal death in the presence of missing data: A birth registry-based study in northern Tanzania. *Plos ONE* [online]. **15**(4), 1-22 [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231636>

MURPHY, Samantha a Joanne CACCIATORE, 2017. The psychological, social, and economic impact of stillbirth on families. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* [online]. **22**(3), 1-25 [cit. 2021-12-14]. Dostupné z: doi:10.1016/j.siny.2017.02.002

NEUMANN, Adam a Tomáš FAIT, 2013. Mrtvorozenost – trvající problém perinatální péče. *Praktická gynekologie* [online]. **17**(4), 293–296 [cit. 2021-7-28]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2013-4-3/mrtvorozenost-trvaji-ci-problem-perinatalni-pece-47053>

PULLEN, JOANNE, Mindi Ann GOLDEN a Joanne CACCIATORE, 2012. “I’ll Never Forget Those Cold Words as Long as I Live”: Parent Perceptions of Death Notification for Stillbirth. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* [online]. **8**(4), 339-355 [cit. 2021-11-19]. Dostupné z: doi:10.1080/15524256.2012.732022

RATISLAVOVÁ, Kateřina, Jiří BERAN a Lucie KAŠOVÁ, 2012. Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Pro lékaře* [online]. **92**(9), 505-508 [cit. 2021-04-23]. ISSN 0032-6739; 1805-4544. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2012-9/psycho-socialni-pece-o-zenu-po-perinatalni-ztrate-39374/download?hl=cs>

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2014. Psychosocial Care for Women After Perinatal Loss in the Czech Republic. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* [online]. **1**(4), 53-58 [cit. 2021-04-21]. ISSN 2082-9876. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Katerina-Ratislav/publication/261996407_Psychosocial_Care_for_Women_After_Perinatal_Loss_in_the_Czech_Republic/links/00b7d53633ff4826af000000/Psychosocial-Care-for-Women-After-Perinatal-Loss-in-the-Czech-Republic.pdf

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2015. *Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě* [online]. České Budějovice [cit. 2021-12-07]. Dostupné z: https://theses.cz/id/d1vwzt/Disertan_prce-Ratislavov.pdf. Disertační práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2016. *Perinatální paliativní péče* [online]. 1. Praha: Grada Publishing [cit. 2021-04-16]. ISBN 978-80-271-9399-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/perinatalni-paliativni-pece-500462/>

RATISLAVOVÁ, Kateřina, Jiří BERAN a Eva LORENZOVÁ, 2016. Decision-making of Czech mothers about contact with their baby after perinatal loss. *KONTAKT: Journal of Nursing and Social Sciences related to Health and Illness* [online]. **18**(1), 32-37 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2016.02.003

SERESHTI, Manije, Fateme NAHIDI, Masomeh SIMBAR, Farid ZAYERI, Maryam BAKHTIARI a Fazlollah AHMADI, 2016. Mothers' Perception of Quality of Services from Health Centers after Perinatal Loss. *Electronic Physician* [online]. 2016, **8**(2), 2006-2017 [cit. 2021-9-1]. ISSN 2008-5842. Dostupné z: doi: <http://dx.doi.org/10.19082/2006>

SHEAR, M. Katherine, Naomi SIMON, Melanie WALL a Sidney ZISOOK, 2011. COMPLICATED GRIEF AND RELATED BEREAVEMENT ISSUES FOR DSM-5. *Health of national institutes* [online]. **28**(2), 1-25 [cit. 2021-12-05]. Dostupné z: doi:doi:10.1002/da.20780

SIASSAKOS, D., S. JACKSON, K. GLEESON, C. CHEBSEY, A. ELLIS, C. STOREY a INSIGHT Study Group, 2017. All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT). *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. **125**(2), 160-170 [cit. 2021-9-9]. Dostupné z: doi:10.1111/1471-0528.14765

TIRUNEH, Dawit, Nega ASSEFA a Bezatu MENGISTE, 2021. Perinatal mortality and its determinants in Sub Saharan African countries: systematic review and meta-analysis. *Maternal Health, Neonatology, and Perinatolog* [online]. **7**(1), 1-17 [cit. 2021-12-15]. Dostupné z: doi:10.1186/s40748-020-00120-4

VANATOO, Linda, 2019. Stillbirth – A Silent Cry For More Attention. *Healthy newborn network* [online]. Ghana [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <https://www.healthynewborn-network.org/blog/stillbirth-a-silent-cry-for-more-attention/>

WORLD HELATH ORGANIZATION ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) 2018 version <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (Accessed on February 25, 2020).

WORLD HELATH ORGANIZATION The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICDPM. Geneva: World Health Organization; 2016.

WORLD HELATH ORGANIZATION. Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. Stillbirths. 2013.

Zákon, kterým se mění zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony <#

Seznam zkratek

IRB	Institutional review board
OSN	Organizace spojených národů
WHO	World Health Organization