

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Tereza Klimešová

Porod mrtvého plodu

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Soňa Šuláková

Olomouc 2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením MUDr. Soni Šulákové a uvedla v seznamu všechny použité literární i ostatní zdroje.

Olomouc 28. dubna 2017

Podpis

Děkuji MUDr. Soně Šulákové, za její ochotu, vstřícnost, trpělivost a cenné rady, které mi poskytovala při vedení mé bakalářské práce. Poděkování patří také všem, kteří mě podporovali při psaní mé práce i po celou dobu studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: bakalářská

Téma práce: Porod mrtvého plodu a následná péče o rodičku a plod

Název práce: Porod mrtvého plodu

Název práce v AJ: Delivery of dead fetus

Datum zadání: 2017-01-31

Datum odevzdání: 2017-04-28

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Tereza Klimešová

Vedoucí práce: MUDr. Soňa Šuláková

Oponent práce: Mgr. Věra Šibravová

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se věnuje problematice porodu mrtvého plodu. Předkládá publikované poznatky o intrauterinní smrti plodu, dále se zabývá příčinami úmrtí, diagnostikou úmrtí, léčebným postupem a vedením porodu. Zaměřuje se také na sdělení diagnózy rodičům a vyšetření plodu a matky po porodu. Rovněž přibližuje prožívání smutku a truchlení rodičů, ale i sourozenců, shrnuje poznatky o vnímání nového těhotenství a popisuje možnosti rozloučení s děťátkem. Závěrečná kapitola je věnována péči porodní asistentky o rodičku s mrtvým plodem ve všech dobách porodních a v období po porodu a předkládá také poznatky o psychologickém dopadu na porodní asistentky. Zahraniční a česká periodika, která byla v práci použita, byla vyhledána v databázích jako jsou např. Medvik, PubMed či GOOGLE Scholar.

Abstrakt v AJ: This bachelor thesis looks into the issue of stillbirth. It presents the published findings of intrauterine fetal death and deals with the cause of death, diagnosis of death, medical treatment and labour management. It also focuses on the disclosure of diagnosis to the parents, the examination of mother and fetal after the labour, gives the insight into how not only grieving parents but also siblings deal with

the sadness and summarizes the findings of going through a new pregnancy. Last but not least, it describes the possible farewell ceremony with the baby. The last chapter is dedicated to the care that midwife provides to the client with stillbirth at all stages of the labour and the postpartum period and presents the findings of psychological impact on midwives. Czech and foreign periodicals were sourced from the following databases for example Medvik, PubMed and Google Scholar.

Klíčová slova v ČJ: mrtvý plod, Syndrom mrtvého plodu, intrauterinní smrt plodu, péče o rodičku, psychika ženy, truchlení, porodní asistentka, rituál rozloučení, pohřbení

Klíčová slova v AJ: dead fetus, Syndrom of dead fetus, endouterine death of fetus, care for woman in labour, woman's mental condition, mourning, midwife, the ritual of farewell, grieving, buried

Rozsah práce: 47/0

OBSAH

ÚVOD.....	7
POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE.....	9
1 INTRAUTERINNÍ SMRT PLODU	12
1.1 Příčiny nitroděložního úmrtí plodu	12
1.2 Perinatální úmrtnost v ČR.....	13
1.3 Diagnostika mrtvého plodu	14
1.4 Léčebný postup u ženy s mrtvým plodem	14
1.5 Vedení porodu mrtvého plodu	15
1.6 Úmrtí jednoho plodu u vícečetného těhotenství.....	16
1.7 Vyšetření plodu a matky po porodu mrtvého plodu.....	17
1.8 Sdělení diagnózy rodiče	18
2 PROŽÍVÁNÍ SMUTKU A TRUCHLENÍ	20
2.1 Smutek a truchlení rodičů	20
2.2 Smutek a truchlení sourozenců	20
2.2.1 Batole, předškolní věk.....	21
2.2.2 Mladší školní věk	21
2.2.3 Pubertální věk	21
2.3 Nové těhotenství	21
2.4 Stadia smutku.....	23
2.5 Pohřbívání.....	24
2.6 Ritualizace.....	24
2.7 Vzpomínky na dítě	25
3 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY VE VŠECH DOBÁCH PORODNÍCH.....	27
3.1 Příjem rodičky.....	27
3.2 I. doba porodní.....	29
3.3 II. doba porodní.....	29
3.4 III. a IV. doba porodní	30
3.5 Šestinedělí	31
3.6 Zástava laktace.....	31
3.7 Období po propuštění z nemocnice.....	32
3.8 Psychický dopad na porodní asistentky	32
3.9 Vzdělání a komunikace PA.....	34
3.10 Ošetrovatelské diagnózy u těhotné s mrtvým plodem v NANDA doménách.....	35
SHRNUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM PRO PRAXI	36
ZÁVĚR	37
REFERENČNÍ SEZNAM	39
SEZNAM ZKRATEK A TABULEK	46

ÚVOD

Na porodních sálech a novorozeneckých odděleních se většinou setkáváme s radostí spojenou s příchodem děťátka na svět. Je to radostná chvíle nejen pro rodiče, ale i pro personál pracující na těchto odděleních. Setkáváme se však i se smutkem, zklamáním a bolestí. Tyto negativní pocity jsou doprovodným jevem takových událostí, jako je potrat, porození mrtvého plodu, předčasný porod či porození dítěte v kritickém zdravotním stavu. Všechny tyto situace si vyžadují citlivý přístup a rovněž podporu a pomoc jak novorozencům, tak jejich rodičům a příbuzným. Postoj a chování zdravotnického personálu velmi ovlivňuje celý proces truchlení pozůstalých rodičů (Magyarová et al., 2005, s. 13).

I přes neustále se zdokonalující metody prenatalní diagnostiky jsme schopni předvídat nitroděložní smrt plodu jen v některých případech velmi závažných patologií. Zpravidla k této smutné události dochází náhle bez předchozího varování, a proto je většina rodičů vystavena obrovskému šoku a frustraci. Čím blíže k termínu porodu dojde k odumření plodu, tím větší neštěstí to pro oba rodiče je. Pozůstalí si tak prochází velmi traumatizujícím a psychicky náročným obdobím (Binder, 2007, s. 61-62).

Kromě zármutku mohou pozůstalí pociťovat hněv či vztek a často mají potřebu nalézt viníka, který je za vzniklou situaci zodpovědný. Mnohdy pak považují ztrátu děťátka za jakousi ztrátu sebe samých a své budoucnosti (Ratislavová, 2016, s. 114).

Cílem předkládané přehledové bakalářské práce je sumarizovat dohledané poznatky týkající se problematiky porodu mrtvého plodu u rodiček, i u samotného zdravotnického personálu, který o rodičku pečuje. Tento primární cíl byl specifikován v následujících dílčích cílech:

Cíl 1: Předložit dostupné poznatky o vedení a průběhu porodu mrtvého plodu.

Cíl 2: Předložit dostupné poznatky o procesu truchlení u pozůstalých rodičů.

Cíl 3: Předložit dostupné poznatky v péči o rodičku a plod porodní asistentkou při porodu mrtvého plodu.

Vstupní studijní literatura a zdroje:

HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O dětech a smrti*. Praha: ERMAT, 2003. ISBN 80-903086-1-9.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-21864.

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

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0942-3.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Vyhledávací kritéria:

- **Klíčová slova v ČJ:** mrtvý plod, Syndrom mrtvého plodu, intrauterinní smrt plodu, péče o rodičku, psychika ženy, truchlení, porodní asistentka, rituál rozloučení, pohřbení
- **Klíčová slova v AJ:** dead fetus , Syndrom of dead fetus, endouterine death of fetus, care for woman in labour, woman's mental condition, mourning, midwife, the ritual of farewell, grieving, buried
- **Jazyk:** český, anglický, slovenský
- **Období:** 2002 - 2016

Databáze:

- Medvik
- Pubmed
- Google Scholar

Celkový počet nalezených dokumentů: 472.

Vyřazující kritéria:

- Duplicitní články
- Kvalifikační práce
- Články nesplňující kritéria
- Články netýkající se cílů

Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů:

- Medvik – 16 článků
- PubMed – 14 článků
- Google Scholar – 9 článků
- Portál - www.ghc.org – 1 článek
- Portál - www.ose.zshk.cz/vyuka/uvod.aspx - 1 článek
- Portál - www.sands.org.uk – 1 článek
- Literatura - 4 knižní zdroje

Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů:

- Acta Médica Portuguesa – 1 článek
- American journal of obstetrics and gynecology - 1 článek
- An International Journal of Obstetrics & Gynaecology - 1 článek
- Birth - 1 článek
- BMC psychology – 1 článek
- Časopis Levret – 2 články
- Česká gynekologie – 3 články
- E-psychologie - 1 článek
- Gynekolog - 1 článek
- HNE Handover: For Nurses and Midwives - 1 článek
- International Journal of Body, Mind and Culture - 1 článek
- International journal of nursing studies - 1 článek
- Journal of advanced nursing - 1 článek
- Kaiser Foundation Health Plan of Washington - 1 článek
- Kontakt - časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci - 2 články
- MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing - 1 článek
- Midwifery - 1 článek
- Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále - 1 článek
- Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách - 1 článek
- Ošetrovatelství a porodní asistence - 1 článek
- Pediatrie pro praxi - 1 článek
- Praktická gynekologie - 1 článek
- Psych Central - 1 článek
- Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology - 1 článek
- Seminars in Fetal and Neonatal Medicine - 1 článek
- Sestra – 2 články
- Stillbirth & neonatal death charity - 1 článek
- Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve - 1 článek
- The Cochrane Library - 1 článek
- The Lancet - 1 článek
- The midwife's labour and birth handbook - 1 článek
- Twin Research - 1 článek
- Ultrasound in Obstetrics & Gynecology - 1 článek
- Understanding reproductive loss: perspectives on life, death and fertility - 1 článek
- WHO Library Cataloguing-in-Publication Data - 1 článek
- Zdravotnické noviny - 1 článek
- Zdravotnictví a medicína - 1 článek

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 39 dohledaných článků, 4 knihy a 3 webové stránky.

1 INTRAUTERINNÍ SMRT PLODU

V souvislosti s narozením mrtvého plodu, jehož hmotnost je vyšší než 500 g a nejeví známky života – tj. srdeční akce, pohyb, dech a křik, hovoříme o tzv. syndromu mrtvého plodu, který se může u matky rozvíjet a ohrožovat ji na životě. (Hájek, 2014, s. 434). Nelze-li zjistit hmotnost plodu, pak je určujícím kritériem gestační stáří, což je 22. týden gravidity. Pokud neznáme ani gestační stáří plodu, vycházíme z délky plodu od temene k patě, která by se měla pohybovat okolo 25 cm. (Procházka et al., 2014).

Mezi rizika syndromu mrtvého plodu řadíme vznik a rozvoj diseminované intravaskulární koagulace (DIC), kdy může dojít k vyplavení tkáňového faktoru do oběhu matky a k aktivaci plazmatického koagulačního systému (Kučera, 2000, s. 63 - 67). K poruchám koagulace může dojít v kterémkoliv stadiu těhotenství, včetně zamlklého potratu. U žen s takovou diagnózou je na místě okamžitá hospitalizace v nejbližším zdravotnickém zařízení a následný porod či potrat plodu (Doucha, 2014, s. 31).

Dalším velice závažným rizikem pro matku, souvisejícím s příčinou odumření plodu, je intraovulární infekce, která může vést až k septickému šoku a rozvoji poruch koagulace (Binder, 2007, s. 63).

Dle Hájka se k rizikům syndromu mrtvého plodu také řadí onemocnění matky, která vedla k úmrtí plodu, jako je např. preeklampsie, HELLP syndrom či hepatorenální selhání při nefropatii a hepatopatii (Hájek, 2014, s. 435).

1.1 Příčiny nitroděložního úmrtí plodu

Záměrem posmrtného vyšetřování nitroděložní smrti je stanovení příčiny a mechanismu smrti, s cílem ulehčit rodičům jejich ztrátu a rovněž předcházet komplikacím v budoucím těhotenství ženy. V průběhu posledních padesáti let docházelo k mnoha pokusům klasifikovat příčiny smrti u mrtvorozených dětí, avšak v 15 - 60 % zůstává příčina úmrtí nevysvětlena a to navzdory tomu, že posmrtná vyšetření probíhají ve specializovaných centrech (Man et al., 2016). Dle Kučery lze stanovit příčinu nitroděložního úmrtí v 50 – 80 % případů. Jako nejčastější příčinu Kučera uvádí infekci plodu a matky, a to v 57 %. Druhým nejčastějším důvodem je podle něj předčasný odtok plodové vody (v 15 %), anomálie plodu (v 11 %), dále

příčiny spjaté s preeklampsií matky (v 9 %) a v neposlední řadě pak intrauterinní růstová retardace (v 8 % případů), (Kučera, 2000, s. 63 - 67).

Příčiny intrauterinního úmrtí lze rozdělit na příčiny ze strany matky, ze strany fetu a na placentární, eventuálně pupečnickové příčiny (Doucha, 2014, s. 31). Dle Hájka se mezi mateřské příčiny nejčastěji řadí komplikace, jako jsou preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom, DM, nefropatie, hepatopatie, kardiopulmonální či kardiovaskulární onemocnění, antifosfolipidový syndrom, abúzus léků a drog, septikémie, šokový stav a krvácení. Mezi příčiny ze strany plodu můžeme zařadit strukturální malformace, chromozomální aberace, fetofetální transfuze dvojčat, imunní a neimunní hydrops, vrozené poruchy metabolismu a bakteriální či virové infekce. Mezi placentárních a pupečnickových příčiny Hájek řadí insuficience placenty s IUGR, placentu praevia, abrupci placenty, hemangiomy a teratomy placenty, strangulace pupečníku, torsio nimia, trombózu cév, vasa praevia, fetomaternální krvácení, rupturu sinus marginalis, chorioamnitidu, myxomy, hemangiomy pupečníku a výhřez pupečníku (Hájek, 2014, s. 435).

Příčinu smrti určuje lékař nebo jiná osoba k tomu oprávněná, která by měla používat svůj klinický úsudek ke zhotovení lékařské zprávy o příčině smrti, zahrnující také dokument o patologickém stavu a událostech vedoucích k perinatálnímu úmrtí. Je nezbytné, aby v tomto stadiu byly všechny rozhodující údaje zaznamenány kompletně (WHO, 2016, s. 9).

Kaspárková dodává, že sdělení přesné informace o příčině smrti dítěte považují pozůstalí rodiče za významné, a to z důvodu snadnějšího se psychického vyrovnání s jejich ztrátou (Kaspárková et al., 2013, s. 651).

1.2 Perinatální úmrtnost v ČR

Perinatální úmrtnost znamená součet mrtvorozených dětí a součet dětí zemřelých do jednoho týdne života a je významným ukazatelem úmrtnosti v jednotlivých státech (Pavlíková, 2011, s. 8). Dle Ratislavové je mrtvorozenost definována jako počet mrtvě narozených dětí vážících jeden kilogram a více, a to na 1000 narozených dětí celkem (Ratislavová, 2012, s. 19).

Za jeden rok se v České republice narodí asi 300 mrtvých dětí, avšak i přesto se ČR nadále řadí mezi země s nejnižším počtem mrtvorozených dětí na světě. Zatímco

novorozenecká úmrtnost je stále nižší, mrtvorozenost již dlouhodobě stagnuje (Navrátilová, 2013, s. 7 - 8).

1.3 Diagnostika mrtvého plodu

Diagnózu mrtvého plodu lze rozdělit na základě subjektivních a objektivních příznaků. Subjektivní příznaky žena pociťuje sama a většinou na jejich základě vyhledá lékaře. Jedná se o změnu frekvence a intenzity nebo úplné vymizení pohybů plodu, krvácení, výtok, kontrakce, pocit ochabnutí v prsech, únavu či zvýšenou tělesnou teplotu (Doucha, 2014, s. 31). Diagnózu mrtvého plodu objektivně potvrdí nepřítomnost ozev plodu při vyšetření stetoskopem, dopplerovskou sondou a při monitoraci kardiokografem. Nejdůležitější je však ultrazvukové vyšetření, které neprokáže srdeční akci (Binder, 2007, s. 62). Je-li mrtvý plod v děloze déle než sedm dnů, je možné na ultrazvuku rozpoznat zborcení lebečních kostí, tzv. Spaldingovo znamení. Při rentgenologickém vyšetření lze Spaldingovo znamení rozpoznat o něco lépe, avšak v současné době se toto vyšetření používá již zcela výjimečně (Hájek, 2014, s. 435).

1.4 Léčebný postup u ženy s mrtvým plodem

Při zjištění diagnostiky mrtvého plodu je těhotná žena neprodleně hospitalizována na příslušném gynekologicko-porodnickém oddělení (Doucha, 2014, s. 31). O této smutné události by měl lékař informovat nejen matku, ale i manžela či nejbližší příbuzné (Hájek, 2014, s. 435). Matce jsou po přijetí k hospitalizaci odebrány krevní vzorky ke stanovení KO, CRP, základních biochemických parametrů, dále také podrobné hemokoagulační vyšetření a vyšetření moči (Procházka et al., 2014, s. 3 - 4). Je-li rodička rozrušená, lze spolu s trankvilizéry podat také antidepresiva na zklidnění (Binder, 2007, s. 63). Hájek souhlasí s Binderem, že ke vzniku a následnému rozvoji DIC je nutné aplikovat těhotné nízkomolekulární hepariny v dávce přizpůsobené její tělesné hmotnosti. Oba také uvádí, že k prevenci rozvoje septických komplikací musíme ihned i.v. formou podat širokospektrá antibiotika a to ampicilin, iniciální dávka 2 g, dále 1,0 g v intervalu 6 hodin a gentamicin 240 mg v intervalu 24 hodin. Aby se předešlo hemokoagulačním komplikacím, je vhodné, v co nejkratší době zahájit indukci porodu či potratu (Hájek, 2014, s. 436, Binder, 2007, s. 63).

O způsobu zakončení takovéto gravidity rozhoduje lékař. Zpravidla první volbou je volba indukce porodu po předchozí profylaxi antibiotiky a miniheparinizaci, pokud nehrozí nebezpečí z prodlení. Ke kompetencím porodních asistentek patří i samostatné vedení takového porodu, je však velmi důležité, aby na tuto možnost byla porodní asistentka vnitřně připravena (Doucha, 2014, s. 31). Hájek dodává, že je-li možné vyhnout se císařskému řezu, pak je indukce porodu tou nejlepší volbou. Indukce porodu mrtvého plodu je daleko složitější než indukce porodu se živým plodem (Hájek, 2014, s. 436). Po vyšetření rodičky a zjištění aktuálního vaginálního nálezu zahajujeme indukci porodu, a to buď pomocí infuze s oxytocinem, nebo cestou aplikace prostaglandinů do děložního hrdla (Binder, 2007, s. 63). Hájek také uvádí, že pokud neznáme přesnou dobu, kdy k úmrtí plodu došlo, žena krvácí a máme podezření na abrupci placenty, je vhodnější cestou indukce klasická, spojená s dirupcí vaku blan. U gestačně starších těhotenství je vhodné zahájit indukci pomocí prostaglandinů E2, ve formě gelu (Prepidil 0,5 mg), tablet (Prostin E2 0,5 - 3 mg) nebo pesaru (Propess 10 mg), a to aplikací do děložního hrdla (Hájek, 2014, s. 436). Naopak u těhotenství nízkého gestačního týdne je možné aplikovat prostaglandiny F intraovulárně (25 - 30 mg), (Binder, 2007, s. 63). K indukci porodu se doporučují používat pouze preparáty obsahující PGE2, které jsou registrovány Státním ústavem pro kontrolu léčiv České republiky (Roztočil, 2009, s. 14). Pokud je děložní hrdlo rodičky nezralé a nepřipravené, lze použít k dilataci děložního hrdla mechanické metody jako jsou např. hygroskopické cervikální dilatátory (Dilapan) či Foleyův katetr (Procházka et al., 2014, s. 3 - 4). Je-li však děložní hrdlo prostupné, je vhodnější zvolit klasickou indukci před prostinovou. Po následné dirupci vaku blan je možné pokračovat v infúzní terapii 2 - 4 j. oxytocinem (Hájek, 2014, s. 436).

1.5 Vedení porodu mrtvého plodu

Je-li rodička bezprostředně ohrožena na životě, pak je vybavení plodu císařským řezem metodou první volby. Císařský řez je proveden rovněž v případech, kdy je vaginální porod absolutně kontraindikován nebo tam, kde plod nelze za užití dostupných porodnických metod vaginálně porodit. U porodu mrtvého plodu v poloze podélné koncem pánevním dáváme přednost porodu vaginálnímu, přičemž nemusí být splněny podmínky dle doporučených postupů. V ostatních případech porodu mrtvého plodu preferujeme vaginální porod, ve zcela výjimečných situacích lze použít

vaginálních extrakčních metod jako jsou vakuumextrakce či použití porodnických kleští (Procházka et al., 2014, s. 3 - 4).

Po nástupu pravidelné děložní činnosti je vhodné tlumit bolest s využitím všech dostupných prostředků, v případě souhlasu rodičky je také možná aplikace epidurální analgezie (Binder, 2007, s. 63 - 64). Vlastní porod vedeme bez epiziotomie, zvláště je-li prokazatelné Spaldingovo znamení (Hájek, 2014, s. 436). Po porodu mrtvého plodu vždy rodíme plod společně s placentou jako celek bez přerušení pupečníku a zasíláme jej k histopatologickému vyšetření (Binder, 2007, s.64). Plod se posílá společně s placentou z důvodu vyloučení trombózy pupečníku jako příčiny smrti plodu (Procházka et al., 2014, s. 3). Ľubušký et al. uvádí, že intrauterinní úmrtí plodu je indikací k podání imunoglobulinu (Ig) G anti-D RhD negativním ženám do 72 hodin od porodu plodu, nejsou-li u nich již přítomny aloprotilátky anti-D (Ľubušký et al., 2013, s. 133).

1.6 Úmrtí jednoho plodu u vícečetného těhotenství

Velmi složitá situace nastává při ztrátě jednoho z dvojčat. Rodiče se současně radují z narození zdravého děťátka a současně truchlí nad ztrátou druhého (Ratislavová, 2016, s. 80 - 81). Chorionicita určuje prognózu přežití druhého dvojčete, přičemž horší situace nastává při monochoriálním těhotenství (Vale-Fernandez et al., 2016, s. 148). U jednovaječných dvojčat je riziko úmrtí druhého plodu vyšší než 50 %, proto je doporučeno přistoupit ihned k císařskému řezu. U dvouvaječných dvojčat lze zvolit konzervativní léčbu, ale v případě komplikací, jako jsou známky nitroděložní tísně či opožděný růst, se musí těhotenství ukončit císařským řezem (Hájek, 2014, s. 436).

Smutek, který prožívají oba rodiče při ztrátě jednoho z dětí je, velmi intenzivní. Rodiče v sobě smutek a truchlení často potlačují a mají pocit, že ho nemohou projevit, protože u sebe mají další děťátko, které potřebuje jejich pozornost. Je však velmi důležité tyto pocity ventilovat, aby v nich nezůstávaly tzv. „zbytkové“ emoce, které by se mohly projevit v méně vhodný okamžik. U rodičů se také mohou vyskytnout ambivalentní pocity, tedy střídání pocitu radosti a smutku, střídání pocitu bolesti ze ztráty jednoho dítěte, a zároveň radost z narození zdravého potomka (Špaňhelová, 2015, s. 47).

Swanson et al. ve své studii uvádí, že intenzita perinatálního zármutku (PGS) u žen po ztrátě jednoho dítěte či dětí z vícečetného těhotenství je jednoznačně vyšší než u žen, které ztratily děťátko při jednočetném těhotenství (Swanson et al., 2002).

1.7 Vyšetření plodu a matky po porodu mrtvého plodu

K porodu mrtvého plodu je vhodné přizvat pediatra, který ho po narození řádně ošetří. Pečlivé prohlédnutí plodu a placenty může přispět k objasnění příčiny úmrtí. K patologicko-anatomické pitvě se odesílá plod i s placentou, pokud možno nepřerušenu. Není-li vyloučena možnost, že úmrtí plodu souviselo s diagnostickým výkonem, nebo existuje-li podezření na zanedbání péče personálu porodnického oddělení či na úmyslné zavinění matkou, je na místě plod i s placentou odeslat k soudní pitvě. Na porozeném plodu i placentě můžeme pozorovat několik změn. Na plodu rozeznáváme různé stupně macerace kůže a orgánů, a to dle doby, která uplynula od smrti dítěte (Hájek, 2014, s. 437). Na hlavě dochází k propadání se lebky či podsouvání lebečních kostí, dále dochází k rozvolnění kloubů a ke změknutí tkání. Plod je celkově prosáklý a působí vodnatým dojmem. Později dochází k postupné ztrátě vody a mumifikaci plodu (Navrátilová, 2013, s. 7 - 8).

Tabulka č. 1

Stupně autolýzy kůže a orgánů plodu:

I. stupeň - buly se objevují na kůži plodu asi po 6-8 hodinách po úmrtí
II. stupeň - odlučování pokožky v plátech nastane v období od 1 do 7 dnů po úmrtí
III. stupeň - odloučená pokožka na velkých plochách s hemoragickou imbibicí, zborcení lebky, rozvolnění kloubů a vazů nastává po sedmi dnech od úmrtí

Zdroj: Hájek, 2014, s. 437

Změny na placentě jsou patrné po 5 - 6 dnech a řadí se k nim otok, stromální fibróza klků, ztlustění bazální membrány na trofoblastu a usazování fibrinu na mateřské straně placenty. Stejně jako na placentě pozorujeme také změny na pupečníku, ke kterým řadíme především úbytek Whartonova rosolu.

K laboratorním vyšetřením provedeným po porodu řadíme kultivační stěr z povrchu placenty a pupečníku k průkazu infekční příčiny. Kultivace z povrchu a vývodných ústí plodu by pediatr rovněž neměl opomenout. Chorioamnionitidu či pupečnickové komplikace odhalí histologické vyšetření placenty (Hájek, 2014, s. 437). Pro rodiče je otázka příčiny úmrtí velmi významná, proto by měli být o všech výsledcích pitvy informováni hned, jak to bude možné (Ratislavová, 2016, s. 50).

1.8 Sdělení diagnózy rodiče

Podpora rodičky při perinatální ztrátě začíná již při sdělení diagnózy. Sdělit ženě nepříjemný fakt, že její dítě v děloze umřelo, je velice delikátní záležitost, proto je velmi důležité, abychom dodrželi některá etická pravidla. Většinou se diagnóza definitivně prokáže pomocí ultrazvukového vyšetření. Informaci, že dítě již nežije, by měl sdělovat některý z vedoucích lékařů příslušného pracoviště. Není-li přítomen při vyšetření, měl by být okamžitě přivolán (Binder, 2007, s. 62).

Ženy často pozorují výraz tváře lékaře provádějícího ultrazvukové vyšetření a jsou velmi vnímavé ke způsobu a formě sdělení diagnózy (Ratislavová, 2016, s. 41 - 42). Také ze studie, která proběhla ve Švédsku v roce 2014, vyplývá, že ženy, které se setkaly s intrauterinním úmrtím, vnímaly ultrazvukové vyšetření před samotným pronesením diagnózy jako velice nepříjemné, neboť u probíhajícího vyšetření převládalo ticho. Ženám velmi vadilo, že s nimi při tomto procesu nikdo nehovořil a neinformoval je, co na ultrazvuku vidí, což v nich vyvolávalo nejistotu (Rådestad et al., 2014, s. 91 - 95). Ratislavová také uvádí, že sdělení diagnózy by mělo probíhat v co nejintimnějším prostředí. Je nutné redukovat počet zdravotnického personálu na minimum (Ratislavová, 2016, s. 43). Binder dodává, že přítomnost ostatních osob, jako např. mediků či studentek zdravotních škol, je nevhodná (Binder, 2007, s. 62).

Důležitý je rovněž způsob sdělování diagnózy, protože tento faktor ovlivňuje okamžité i dlouhodobé utrpení a psychický stav rodičů. Je prokázáno, že pokud nebyla tato nepříznivá informace podána rodičům citlivě a empaticky, ale naopak jim byla sdělena bez pochopení a vyjádření podpory, ovlivňuje to dlouhodobě psychický stav rodičů (Henley et al., 2008, s. 325 - 328).

Další velice významnou otázkou po sdělení diagnózy intrauterinního úmrtí je, co se s ženou bude dít dál. Ženy preferují klidný a empatický přístup ze strany zdravotníků a možnost volby, kdy a jakým způsobem se dopraví do porodnice k následné indukci (Ratislavová, 2016, s. 44). Trulsson uvádí, že kvalita péče, která je

poskytována rodičům během jejich perinatální ztráty, a to od sdělení diagnózy až po samotnou indukci, je důležitá pro jejich psychický stav a významně snižuje riziko stresu a úzkosti (Trulsson et al., 2004, s. 189 - 195). Podle Bindera by měly být informace podávané personálem pracoviště jednotné, srozumitelné a neměly by zahrnovat spekulace. Nejvhodnější cestou, jak toho dosáhnout, je snížit na minimum počet osob oprávněných k podávání informace (Binder, 2007, s. 62)

2 PROŽÍVÁNÍ SMUTKU A TRUCHLENÍ

Bolest ze ztráty miminka je odlišná než bolest při úmrtí rodičů či blízkého člověka (Špaňhelová, 2015, s. 67). Zármutek u rodičů po ztrátě děťátka je intenzivnější a v porovnání se ztrátou rodiče či partnera trvá déle, protože odporuje biologickému zákonu života, podle kterého by starší lidé měli umírat dříve než mladší. Být rodičem je pro mnohé smyslem jejich života (Martinčková, 2015, s. 2).

2.1 Smutek a truchlení rodičů

Období perinatální ztráty bývá často doprovázeno emocionálním vypětím, projevujícím se jako smutek obou rodičů. Jinak je smutek prožíván u žen a jinak u mužů, a to jak v délce trvání, tak její intenzitě (Fenstermacher, 2013, s. 1 - 12).

Matky po perinatální ztrátě prožívají v porovnání s otci intenzivnější a déle trvající zármutek (Martinčková, 2015, s. 2). Špaňhelová dodává, že ženy mají tendenci prožívat tuto ztrátu emocionálněji, často se uzavírají do sebe, pláčou a zažívají pocity smutku (Špaňhelová, 2015, 78).

Kaspárková a Špaňhelová se shodují na tom, že muži prožívají perinatální ztrátu také velmi emocionálně, avšak své pocity často skrývají. Snaží se být hlavně oporou své partnerce, proto mnohdy nedávají najevo, jak hluboce je tato obtížná situace zasáhla (Kaspárková et al., 2013, s. 652, Špaňhelová, 2015, s. 79).

Projevy smutku u obou rodičů se zabývalo několik studií, které se pokusily identifikovat rozdíly v truchlení mezi otcem dítěte a jeho matkou. Závěry byly jednoznačné a vyplývalo z nich, že v truchlení mezi otcem a matkou nejsou odlišnosti, ženy ale oproti mužům svůj smutek více verbalizují (Magyarová, 2005, s. 790).

2.2 Smutek a truchlení sourozenců

Proces truchlení je u každého dítěte jiný, je však velmi ovlivněn stupněm vývoje, na kterém se dítě právě nachází (Dudová, 2013, s. 248). Prožívání smrti je v různém věku dítěte odlišné, jinak bude vnímat smrt sourozence dítě pětileté, jinak desetileté (Špaňhelová, 2015, s. 87).

2.2.1 Batole, předškolní věk

Dítě do tří let si smrt jako takovou nedokáže představit. Je pro něj těžké pochopit, že děťátko, které nosila jeho matka v bříšku, zemřelo a že jej už nikdy neuvidí. Tuto skutečnost neví, nevnímá a nedokáže jí ve svém věku porozumět (Špaňhelová, 2015, s. 87). Děti do věku pěti let vnímají smrt jako dočasný a vratný stav a přirovnávají ji ke spánku nebo k výletu. Současně také kladou matce ze zvědavosti spoustu otázek, což může pro rodiče představovat nelehkou situaci (Dudová, 2013, s. 248). Dítě je rovněž velmi citlivé na změnu která nastala. Vnímá, že radostná atmosféra v domácnosti, spojená s příchodem nového člena rodiny, se změnila v pochmurnou (Špaňhelová, 2015, s. 87).

2.2.2 Mladší školní věk

Špaňhelová se s Dudovou shodují, že dítě předškolního věku si lépe uvědomuje smrt a považuje ji za konečný a nevratný stav (Špaňhelová, 2015, s. 94, Dudová, 2013, s. 248). Dudová však ještě dodává, že dítě v tomto věku je přesvědčeno, že smrt lze ovládnout nebo se jí může vyhnout, pokud bude dost silné, chytré a rychlé (Dudová, 2013, s. 248). Jestliže se smrt sourozence odehraje právě v tomto věku, potřebuje dítě jasně vysvětlit, že samo neudělalo nic negativního, co by mohlo smrt sourozence zavinit (Špaňhelová, 2015, s. 94). Velmi často se také v tomto období objevuje personifikace smrti, kdy smrt dostává vůli a tvar. Nejčastěji si ji děti představují jako kostlivce, ducha či anděla (Dudová, 2013, s. 248).

2.2.3 Pubertální věk

V tomto věku dítě již ví, co je to smrt. Dokáže pochopit, že se jedná o nezvratnou událost, která má svou příčinu i důsledek. Lépe tak chápe smrt sourozence i nepříznivou atmosféru, která tuto událost doprovází (Špaňhelová, 2015, s. 95). Dítě si dokáže propojit jednotlivé souvislosti a události, které z tak obtížné situace vplynuly. Proces truchlení u dětí v pubertálním věku probíhá obdobně jako u dospělých jedinců (Dudová, 2013, s. 248).

2.3 Nové těhotenství

Těhotenství obecně bývá pro každou ženu velmi náročným obdobím jak po tělesné fyzické stránce, tak po stránce psychické. Klade na organismus ženy velmi vysoké nároky, což se odráží na celkovém stavu ženy. U nově vzniklého těhotenství, které nastalo po předchozím neúspěchu, je toto období pro ženu ještě psychicky

náročnější. Se ztrátou dítěte během těhotenství nebo krátce po porodu se vyrovnává jen velice obtížně, je to tragická událost, ke které dochází náhle a nečekaně. Tato zkušenost může zanechat v rodičce trvalé následky, které velmi nepříznivě mohou působit na její psychiku (Kaspárková et al., 2013, s. 643).

Většina párů se po neúspěšném předchozím těhotenství pokouší znovu zplodit nového potomka. Je však důležité, aby žena tuto možnost pečlivě zkonultovala s odborníkem a byla detailně informována o svém celkovém zdravotním stavu (Špaňhelová, 2015, s. 127).

Těhotenství, které vzniklo po předchozím neúspěchu, bývá řazeno mezi těhotenství riziková. Žena by měla být pečlivě sledována v prenatalní poradně a celému těhotenství by se mělo věnovat mnohem více pozornosti (Kaspárková et al., 2013, s. 644). Změní-li v průběhu těchto událostí žena svého gynekologa, je vhodné, aby ho včas upozornila na skutečnost, která nastala u předchozího těhotenství. Pokud ženu provází v těhotenství porodní asistentka, která ji připravuje na porod, měla by ji žena o své předchozí zkušenosti rovněž informovat. Budoucí rodička tak může s porodní asistentkou sdílet své obavy z těhotenství a její situaci to může v mnohém ulehčit (Špaňhelová, 2015, s. 128). Kaspárková uvádí, že optimální doba pro plánování dalšího těhotenství je nejdříve šest měsíců po perinatální ztrátě (Kaspárková et al., 2013, s. 652). Toto doporučení rovněž potvrzují výsledky studie zveřejněné v časopise *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, kde se uvádí, že doba 6 - 18 měsíců od předchozího neúspěšného těhotenství je optimální pro zkoušení nového početí. Snižuje se tak riziko nežádoucích výsledků, jako je předčasné narození dítěte nebo jeho úmrtí. Studie také prokazuje, že další těhotenství po perinatální ztrátě je pro ženu psychicky náročnější a často se vyznačuje výrazně zvýšenou úzkostí a depresí (Gold et al., 2010, s. 202).

V souvislosti se strachem, že rodička o dítě znovu přijde, bývá spjatá přehnaná sebekontrola. Žena se více pozoruje a každá sebemenší změna či jiná pohyblivost miminka v bříšku ji může znejistit. Nejrizikovější dobou těhotenství je pro ni týden gestace, kdy o dítě přišla. Čas, kdy přestala vnímat pohyby děťátka nebo u ní nastaly komplikace, které vedly k porodu či potracení mrtvého plodu (Špaňhelová, 2015, s. 129).

2.4 Stadia smutku

Mnoho autorů považuje za největší ztrátu v životě člověka, ztrátu vlastního dítěte (Martinčeková, 2015, s. 2). Každý člověk prožívá truchlení jinak. Někteří své emoce neskrývají, jiní však svůj žal nosí hluboko v sobě, proto bychom nikdy neměli člověka soudit na základě toho, jak se se ztrátou dítěte vyrovnává (Axelrod, 2006). Většina žen, které se setkaly s perinatální ztrátou, si prošly psychickým traumatem a existuje velmi vysoká pravděpodobnost, že toto trauma v nich zůstane po zbytek života (Kaspárková et al., 2013, s. 651). Scheidt současně dodává, že u pozůstalých, i přes zvládání zátěže, přetrvávají symptomy smutku i několik let po těchto událostech (Scheidt et al., 2015, s. 63).

Fáze smutku a truchlení jsou všeobecně platné a vychází z životních zkušeností lidí z různých kultur. Existuje pět stadií zármutku, která byla poprvé popsána americkou psychologkou Elisabeth Kübler-Ross (in Axelrod, 2006):

1. Popření, izolace, šok – zpravidla bývá první reakcí na ztrátu milované osoby či zjištění, že tato osoba trpí vážným onemocněním. Popírání reality je obvyklou reakcí, kdy velkou roli hrají emoce, je to přirozený obranný mechanismus, který okamžitě tlumí šok a první vlnu bolesti, kterou pozůstalí v této chvíli prožívají.
2. Hněv, vztek, agrese – intenzivní emoce jsou proječovány ve formě hněvu, který může být zaměřen jak na neživé objekty, tak na cizí nebo nám blízké osoby, rodinu a přátele. Dle Axelroda může být hněv také zaměřen právě na osobu, která nás opustila.
3. Vyjednávání, smlouvání – je poměrně obvyklou reakcí na pocit bezmocnosti a zranitelnosti.
4. Deprese, smutek – tato fáze primárně souvisí se ztrátou blízké osoby a bývá doprovázena hlubokým smutkem a lítostí. Vhodná je velmi citlivá komunikace s pozůstalým a ochota mu naslouchat. Někdy může být tím, co člověk v takové situaci opravdu potřebuje, prosté objetí.
5. Přijetí, smíření – Axelrod popisuje tuto fázi prožívání truchlení jako jakýsi dar, kterého se však nemusí dostat každému pozůstalému (Kübler-Ross in Axelrod, 2006).

Důležité je podotknout, že neexistuje žádný časový limit pro trvání truchlení a prožívání ztráty (Fenstermacher, 2013, s. 1 - 12).

2.5 Pohřbívání

Smutek může být ovlivněn jak kulturou, tak náboženstvím či různými tradicemi v rodině. Velmi příznivě může působit pro pozůstalé rodiče vytvoření vzpomínek, jako je například pojmenování děťátka, možnost pochovat si zesnulé dítě v náruči či samotné uspořádání pohřbu. To vše může napomoci rodičům lépe se vyrovnat s perinatální ztrátou a prožíváním smutku (Fenstermacher, 2013, s. 1 - 12).

Článek vydaný v časopise *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing* uvádí, že rituály jako požehnání, křtiny či pohřeb mají povzbudivý, uklidňující a psychoterapeutický účinek pro jedince, kteří se s perinatální smrtí setkali (Capitulo et al., 2014, s. 146 - 147).

Ze zákona o pohřebnictví (č. 256/2001 Sb.) vyplývá pro pozůstalé povinnost do 96 hodin od úmrtí dítěte oznámit, zda uspořádají pohřeb. Pokud se o tělo děťátka do výše zmíněného časového horizontu nikdo nepřihlásí, pohřeb vyjednává příslušná nemocnice (Špaňhelová, 2015, s. 112).

Ratislavová dodává, že vzhledem k psychickému stavu rodičů a současně velkému množství informací týkajících se úředních záležitostí, jako jsou například porodné, pohřebné či mateřská dovolená, je vhodné, aby pozůstalí rodiče dostali tyto informace a odpovědi na ně i psanou formou (Ratislavová, 2016, s. 95).

2.6 Ritualizace

Porod nekončí pláčem dítěte, nýbrž se na porodnickém boxu rozlévá ticho, což je velmi skličující situace jak pro rodiče samotné, tak pro personál zdravotnického zařízení. Velký význam v procesu truchlení má téma rozloučení se s dítětem, neboť právě možnost rozloučit se s mrtvým děťátkem může do velké míry ovlivnit prožívání smutku (Kasparková et al., 2013, s. 651). Lékař nebo porodní asistentka by měli rodičku informovat o možnosti rituálu rozloučení se s děťátkem. V žádném případě by se nemělo rodiče cokoli vnučovat či podsouvat, samotné rozhodnutí je nutné ponechat na ní (Kasparková et al., in Ratislavová, 2008).

Ratislavová ve své knize popisuje rituál „zmizení mrtvého novorozence“, který se během druhé poloviny 20. století uplatňoval v českých porodnicích. Rituál spočíval v tom, že matce bylo těsně po porodu mrtvé dítě odebráno a odneseno, aby ho nespatriła. Tento rituál měl ženám, prožívajícím perinatální ztrátu, pomoci zmírnit jejich smutek a utrpení (Ratislavová, 2016, s. 63).

V sedmdesátých letech 20. století dochází ke změnám, které mají v praxi znamenat možnost citlivě uchopit a zvládnout takovou ztrátu. Rodičům je naopak doporučováno a je to považováno za příznivé, aby čas strávený po porodu prožili s jejich mrtvorozeným děťátkem a uctili tak jeho památku například fotografií, otiskem ručičky či nožičky jako součást truchlícího procesu. Toto nové uchopení ritualizace při perinatálním úmrtí má velký vliv také na samotný personál zdravotnického zařízení (porodní asistentky, porodníky i gynekology) a je vnímána jako podstatná součást jejich role (Komaromy, 2012, s. 193). Cacciatore se domnívá, že vidět a chovat si v náručí mrtvě narozené miminko má významný vliv na prožívání takové ztráty a je spojena s menšími příznaky úzkosti a deprese (Cacciatore, 2013, s. 76 - 82). Hughesová a Turtonová jsou však jiného názoru a jejich studie uvádí, že ženy, které si po porodu držely a chovaly své mrtvě narozené dítě, byly deprimovanější než ženy, které jej neviděly. Dále také uvádí, že matky, které po porodu své dítě viděly, byly úzkostnější a projevovalo se u nich více příznaků posttraumatického stresového syndromu (Hughes et al., 2002, s. 114-118). Koopmans se domnívá, že i přes nedostatek důkazů z výzkumů publikovaných na toto téma, lze souhlasit s tím, že vidět a chovat si v náručí mrtvorozené dítě je důležité pro většinu žen, ale ne pro všechny. Také dodává, že personál zdravotnického zařízení by měl myslet především na individuální potřeby a přání každé rodičky (Koopmans, 2013).

Zdravotníci pracovníci by měli poskytnout pozůstalým klidné prostředí, ve kterém mohou dát děťátku poslední sbohem, a umožnit jim strávit s ním tolik času, kolik potřebují (Capitulo et al., 2014, s. 146 - 147). Ratislavová uvádí, že 60,3 % žen z České republiky, které si prošly perinatální ztrátou, své mrtvorozené děťátko neviděly a to z důvodu, že jim tato možnost nebyla nabídnuta (Ratislavová, 2016).

2.7 Vzpomínky na dítě

V době ztráty se mnoho rodičů nachází ve fázi šoku a často nepřemýšlejí nad vytvářením upomínek na jejich děťátko. Později jsou však vděční celému

zdravotnickému personálu, který jim pomohl vzpomínky uchovat (Ratislavová, 2016, s. 76).

Flenady ve své studii uvádí, že činnosti jako koupání či oblékání mrtvorozeného miminka jsou velmi důležité pro podporu paměti a utváření si vzpomínek na dítě. Dodává také, že pozůstalým rodičům by měla být nabídnuta možnost upomínky na děťátko, jako je fotografie, otisky ručiček a nožiček či možnost ponechání si dek a plen, ve kterých bylo děťátko zabaleno. Jako důvod uvádí lepší vyrovnání se rodičů se ztrátou děťátka a snížení negativních následků v budoucnosti (Flenady et al., 2014, s. 138).

Blood s Flenady souhlasí a současně dodává, že pořízené fotografie děťátka pozůstalých rodičů by se měly do jejich rukou dostat v době, kdy na to budou rodiče emocionálně připraveni. Do té doby by fotografie či jiné upomínky měly být uchovány na bezpečném místě v příslušném zdravotnickém zařízení, dokud o ně sami rodiče nepožádají (Blood et al., 2014, Flenady et al., 2014, s. 138). Špaňhelová dodává, že některé nemocnice nechávají tyto vzpomínky na děťátko ve zdravotnické dokumentaci miminka. Často se pak stává, že se pozůstalí rodiče vracejí s prosbou o jejich zpětné dodání. Takové vzpomínky na dítě jsou mnohdy užitečné pro starší děti či děti, které rodiče v budoucnu mají (Špaňhelová, 2015, s. 113).

3 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY VE VŠECH DOBÁCH PORODNÍCH

Smrt dítěte v jakémkoliv věku a z jakékoliv příčiny je bezpochyby traumatizující zážitek, který má vliv především na matku, otce, sourozence, jejich blízké přátele, ale také na zdravotnický personál (Cacciatore, 2013, s. 76 - 82).

3.1 Příjem rodičky

Rodička zpravidla přichází na porodní sál s předtuchou, že něco není v pořádku, ve většině případů necítí pohyby miminka. Lékař proto provádí ultrazvukové vyšetření, aby mohl diagnostikovat závažnost situace. Rodička se obvykle ocitá ve fázi šoku a v prvních momentech po vyřčení diagnózy lékařem se cítí emočně otupělá (Ratislavová, 2008, s. 76).

Žena, které byla sdělena diagnóza mrtvého plodu, si prochází jednou z nejobtížnějších situací v životě. Má přivést na svět mrtvé dítě, porodit ho a smířit se s myšlenkou, že její, tak dlouho očekávané děťátko zemřelo. Umožňuje-li to situace, je namístě, aby v tak těžkou chvíli ženu doprovázela porodní asistentka, která jí po celou dobu bude psychickou oporou. Je vhodné, aby se porodní asistentka ženě při příjmu představila a obeznámila ji s tím, co se s ní bude dít (Špaňhelová, 2015, s. 49-51).

Lékař nebo PA by měli kontaktovat partnera či někoho z příbuzných, aby přišel a rodičku doprovázel. Podpora partnera je v takové chvíli velice důležitá i vzhledem k tomu, že se žena nachází v šokové fázi a nestíhá vstřebávat všechny informace, které jí zdravotníci podávají. Partner je obvykle schopen myslet jasněji a je pravděpodobněji, že si informace zapamatuje lépe (Sands, © 2013, s. 8). Špaňhelová souhlasí a dodává, že je velmi důležité, aby žena všemu porozuměla a měla dostatek prostoru na to, aby informace mohla vstřebat. Tyto informace by jí měly být sděleny co nejsrozumitelněji, bez medicínských slov a termínů tak, aby je oba rodiče lépe pochopili. PA by také měla zajistit soukromí, ticho a klid, aby rodiče mohli prožít tuto náročnou chvíli co nejšetrněji (Špaňhelová, 2015, s. 49 - 51).

Pokud je dostatek času, porodní asistentka by měla s rodičkou pečlivě naplánovat průběh porodu a informovat ji o rituálech rozloučení s dítětem. V žádném případě by neměla na ženu naléhat, ale naopak jí ponechat dostatek času na rozmyšlení

a také zmínit všechny možné alternativy (Kaspárková et al. , 2010, s. 389, in Ratislavová). Je nutné, aby PA komunikovala otevřeně, avšak citlivě (Ratislavová, 2008, s. 76).

Žena by měla být schopna mluvit s vedoucím lékařem o tom, jak její dítě bude porozeno. Není-li zdravotní indikace pro to podstoupit císařský řez, lékaři obvykle doporučují, aby byl porod vyvolán a žena porodila přirozeně. Z lékařského hlediska je indukovaný porod bezpečnější a je mnohem větší pravděpodobnost, že následná regenerace po porodu bude trvat kratší dobu. Porod mrtvého plodu císařským řezem nese větší riziko pro matku a může v budoucnu představovat problém pro další těhotenství. Skutečnost, že mrtvé dítě bude porozeno přirozenou cestou, je pro mnohé ženy těžko představitelná. Zde hraje klíčovou roli porodní asistentka, jejíž úlohou je ženu ujistit, že o ni bude v průběhu, ale i po samotném porodu dobře postaráno (Sands, © 2013, s. 8).

Může však nastat situace, kdy se rodička nachází v kritickém stavu a nemá čas přemýšlet nad tím, jak se cítí, či zvažovat možnosti volby. V takovém případě je pro lékaře prioritou záchrana života matky. Nicméně může se najít vhodná příležitost k tomu sdělit PA své konkrétní přání, například mít možnost rozloučit se s dítětem. Situace je také velmi náročná pro partnera rodičky, který se v takovou chvíli může cítit opuštěný a bezmocný, proto by i tady měla zasáhnout PA a objasnit partnerovi současný stav a možnosti (Sands, © 2013, s. 14).

Porodní asistentka obvykle zajistí rodičce žilní vstup a následně provádí vyšetření, jako je měření fyziologických funkcí, odběr krve a moči nebo vaginální výtěry, které by měla napomoci nalézt příčiny úmrtí plodu. V této fázi hledání odpovědí na otázku o příčině úmrtí plodu zdravotníci nedokážou odpovědět, přesto jsou tato vyšetření nezbytná (Sands, © 2013, s. 8). Žena je následně doprovázena na porodnický box, kde lze medikamentózně zahájit indukci porodu (Ratislavová, 2008, s. 76).

Není-li možné, aby porodní asistentka ženu nadále doprovázela, je vhodné, aby sdělila následující službě vše k její anamnéze a střídající porodní asistentku klientce řádně představila tak, aby jí zajistila kontinuitu a určitý pocit jistoty a bezpečí. Stejně jako PA, i porodník střídající se ve službě by se rodičce měl představit. Pro rodiče je často právě porodník (lékař) tou nejodbornější osobou, která může k jejich situaci říct nejvíce, proto je vhodné, aby byl lékař ženě stále k dispozici (Špaňhelová, 2015, s. 51 - 60).

3.2 I. doba porodní

Během první doby porodní nastupují obvykle bolestivé kontrakce a dochází k rozvíjení děložního hrdla a porodnické branky (Kaiser Foundation Health Plan of Washington, © 2014).

Po spuštění porodu by měla porodní asistentka nebo ošetřující lékař rodiče vysvětlit, co se od ní očekává a jaká péče proběhne z jejich strany. PA by také ženě měla sdělit možnost využití epidurální analgezie při porodu. (Sands, © 2013, s. 11). Ratislavová doplňuje, že porodní asistentka by měla se ženou vytvořit porodní plán, kde by byly předem diskutovány důležité mezníky průběhu porodu (možnost analgezie, volba polohy u porodu, možnost rozloučení se s dítětem), aby bylo vyhověno požadavkům a přáním ženy (Ratislavová, 2016, s. 49).

Kromě nefarmakologických metod tlumení bolesti (aromaterapie, teplá lázeň, termofor, masáže, balón, pohyb) v první době porodní žena může využít i aplikaci opiátů či spasmolytik (Ratislavová, 2016, s. 50). Cockburn ve své studii uvádí, že včasná epidurální analgezie snižuje vyplavování stresových hormonů, čímž rodiče šetří její energii (Cockburn, 2007, s. 173 - 191).

Během porodu je také důležitá především silná sociální opora blízkých, která může pozitivně ovlivňovat průběh porodu. Porodní asistentka by se měla zaměřit i na to, v jakém psychickém rozpoložení se nachází doprovod rodičky, a potřeby blízkých osob by jí neměly být lhostejné (Ratislavová, 2016, s. 54).

3.3 II. doba porodní

Druhá doba porodní začíná zánikem porodnické branky a končí narozením děťátka. Porodní asistentka, jakožto asistence lékaře a jeho pravá ruka, v této fázi ženě vysvětluje, jak a kdy má při kontrakci tlačit, aby porod proběhl co nejšetrněji (Kaiser Foundation Health Plan of Washington, © 2014). Hájek dodává, že porod se vede pokud možno bez episiotomie (Hájek, 2014, s. 436).

Tato fáze je klíčovým momentem důvěry mezi porodní asistentkou a rodičkou. Porodní asistentka na ženu promlouvá klidným hlasem, ujišťuje ji, že jí je nablízku, a napomáhá jí překonat bolestivé kontrakce (Chapman et al., 2013). Ratislavová dodává, že žena potřebuje ujištění zdravotníků, že porod dobře zvládá. Po porodu mrtvého děťátka ženy oceňují upřímné a srdečné vyjádření soustrasti (Ratislavová,

2016, s. 55). Kaspárková ve své studii uvádí, že po samotném porodu si všechny ženy uvědomily definitivnost smrti svého dítěte (Kaspárková et al., 2010, s. 392).

3.4 III. a IV. doba porodní

Po narození děťátka se znovu dostávají kontrakce, které rodičku povzbuzují k vypuzení mateřského lůžka, tedy placenty (Kaiser Foundation Health Plan of Washington, © 2014). Srp dodává, že je vhodné uplatnit zásady aktivního vedení třetí doby porodní, z důvodu menších krevních ztrát. Proto je vhodné ihned po porodu plodu ženě aplikovat intravenózně 2-5 jednotek oxytocinu či 0,3 mg methylergometrinu a vyčkat, až se placenta spontánně odloučí (Srp, 2014, s. 193). Placentu žena obvykle porodí v rozmezí 5 - 15 minut (Kaiser Foundation Health Plan of Washington, © 2014).

Po porodu placenty lékař zkontroluje celistvost blan a celkový stav mateřského lůžka, které později odevzdá pro případná kulturační a histologická vyšetření. Také kontroluje stav krvácení a v případě poranění porodních cest rodičku řádně ošetří. Porodní asistentka již z předchozího rozhovoru s rodičkou ví, zda chce žena své mrtvé děťátko vidět a rozloučit se s ním (Ratislavová, 2016, s. 95).

Porodní asistentka či neonatologická sestra by měla rodičům poskytovat podporu, pečlivě jim naslouchat a zajistit klidné prostředí. Její povinností je také pečovat o tělíčko mrtvého děťátka před tím, než jej odešle na pitvu. Ve vyspělejších zemích Evropy je běžné, že matka si přeje své dítě před odesláním na pitvu upravit. Porodní asistentka by proto měla ženě umožnit, aby se v rámci rozloučení se s děťátkem mohla zapojit do činností, jako je omývání dítěte či jeho oblékání. Součástí rozloučení se s miminkem jsou i upomínkové materiály jako jsou fotografie miminka, kartička o jeho úmrtí či identifikační náramek (Ratislavová, 2016, s. 33).

Po ošetření rodičky lékařem hodnotí PA celkový stav ženy, kontroluje výšku děložního fundu, poporodní krvácení a měří fyziologické funkce jako krevní tlak, puls a tělesnou teplotu. V případě výskytu nečekaných komplikací zůstává žena po porodu na porodním sále dvě hodiny pod odborným dohledem (Srp, 2014, s. 194 - 195). Porodní sál v tuto chvíli plně zastupuje funkci jednotky intenzivní péče ve smyslu monitorace fyziologických funkcí a kontroly poporodního krvácení (Fait, 2006, s. 2).

Na konci čtvrté doby porodní, tedy po uplynulých dvou hodinách po porodu, PA vstává s ženou z lůžka a doprovází ji do sprchy. Během opláchnutí ji informuje

o důležitosti vyprázdnění močového měchýře. Vyprázdnění močového měchýře napomáhá k lepší involuci dělohy. Porodní asistentka dle zvyklosti oddělení kontroluje krvácení a odchod očístků z dělohy (Peschout, 2007, s. 1 - 2). Před přeložením na jiné oddělení by porodní asistentka měla celý průběh porodu pečlivě zaznamenat do příslušné dokumentace (Srp, 2014, s. 194-195).

3.5 Šestinedělí

Puerperium neboli šestinedělí je období do 42. dne od ukončení porodu (Feit, 2006, s. 1). Po porodu je většina žen přeložena na jednolůžkový pokoj na gynekologické oddělení. Překlad na oddělení šestinedělí mezi ostatní maminky se zdravými dětmi není příliš doporučován (Chapman et al., 2013). Většina žen po porodu mrtvého dítěte prožívá přítomnost čerstvých maminek negativně. Slyšet pláč děťátka v nich může vyvolat smutek či vztek (Ratislavová, 2016, s. 87).

Porodní asistentka či zdravotní sestra příslušného oddělení sleduje celkový stav ženy, retrakci dělohy, míru krvácení, krevní tlak a tělesnou teplotu. Ženě je doporučeno častější sprchování poranění hráze k udržení čistoty a snadnějšího přístupu vzduchu k ráně. Poranění hráze se většinou hojí bez komplikací díky dobrému prokrvení. V případě edému je ženě doporučeno sprchovat se chladnou vodou či oblast ledovat (Feit, 2006, s. 2).

Kaspárková ve své studii uvádí, že zkoumané ženy pobyt v nemocnici stresoval a velmi intenzivně v tomto období vnímaly přítomnost jiných matek se zdravými novorozenci, proto se často stávalo, že ženy ukončovaly hospitalizaci předčasně na revers (Kaspárková et al., 2010, s. 392).

3.6 Zástava laktace

Feit uvádí, že porod mrtvého plodu či úmrtí novorozence je indikací k zástavě tvorby mateřského mléka (Fait, 2008, s. 1). Porodní asistentka by proto měla ženu edukovat o zástavě laktace a péči o její prsy (Ratislavová, 2016, s. 95). Feit uvádí, že při farmakologické léčbě zástavy tvorby mateřského mléka jsou vhodné agonisté dopaminu, např. Dostinex, Mysalfon, Norprolac či Parlodel (Fait, 2008, s. 4). Mezi nefarmakologické metody se řadí stahovací podprsenky, které sníží prokrvení prsů a následně produkci mléka (Ratislavová, 2016, s. 96).

3.7 Období po propuštění z nemocnice

Většina žen v poporodním období neměla chuť s nikým komunikovat a uzavřela se do sebe. Často hledaly vysvětlení, z jaké příčiny situace nastala (Kaspárková et al., 2010, s. 392).

Významnou roli v poporodním období má kromě PA také partner. Ten se ve většině případů postaral o vyřízení úředních záležitostí, jako je hlášení pro matriku či pohřeb děťátka. Partner také zajistil, aby se žena po návratu domů cítila bezpečně, a hlavně aby jí děťátko nic nepřipomínalo (Kaspárková et al., 2010, s. 392). Ratislavová také dodává, že se v době po propuštění z nemocnice mohou truchlící rodiče cítit velmi osaměle a může pro ně být velmi těžké pohybovat se v přítomnosti malých dětí či těhotných žen (Ratislavová, 2008, s. 77).

Špaňhelová ve své knize popisuje, co vše je dobré pro ženu udělat po návratu domů z nemocnice. Žena by především neměla počáteční čas v domácím prostředí trávit sama, měla by mít možnost o svém trápení s někým mluvit a ventilovat své pocity. Také by se měla pomalu začít zapojovat do běžných domácích aktivit, neměla by přerušovat kontakt s lidmi a v neposlední řadě by měla mít dostatek spánku a odpočinku (Špaňhelová, 2015, s. 76 - 77).

Vhodnou oporou pro truchlící rodiče může být odborná psychologická pomoc. Právě terénní porodní asistentka v ambulantní péči může u truchlících rodičů zaregistrovat známky patologických reakcí a doporučit jim případnou konzultaci s psychologem či jiným odborným specialistou (Ratislavová, 2008, s. 77). Kromě odborné pomoci může být rodičům poskytnuta i pomoc laická, formou tzv. skupinové pomoci. Mnohdy totiž stačí, aby si pozůstali rodiče promluvili s někým, kdo má podobnou zkušenost. Lidé řídící tuto skupinovou terapii by však měli být se svou ztrátou již vyrovnáni, aby mohli pomoci těm druhým (Ratislavová, 2008, s. 78).

3.8 Psychický dopad na porodní asistentky

Porodní asistentky jsou obecně vnímány jako coby synonymum pro nové začátky v rodině. V podstatě má totiž PA rozhodující postavení v klíčových momentech života ženy. Naštěstí, vedou téměř všechna těhotenství ke zrození zdravého jedince, avšak ještě stále se na porodních sálech setkáváme se situací, kdy

žena o své děťátko přijde. Pro zdravotnický personál je situace, kdy mají odvést porod mrtvého plodu velmi složitá a náročná. Stejně tak, jako rodiče mrtvorozeného děťátka prožívají smutek, ani zdravotníkům není taková situace lhostejná (Špaňhelová, 2015, s. 60).

Novozélandská studie, zkoumající vliv a emocionální dopad na porodní asistentky, které se setkaly s porodem mrtvého plodu, uvádí, že všechny zkoumané ženy pocítily šok a osobní pocit ztráty. Také často popisují, že bojovaly s vlastními emocemi a poté byl pro ně velký problém pokračovat v péči o ženu a její rodinu (Jones et al., 2015, s. 17). Špaňhelová dodává, že nastávají i situace, kdy zdravotnický personál nedokáže projevit dostatek empatií pozůstalým, a těm pak může připadat, že, zdravotníci k nim přistupují neosobně a nezúčastněně. Mnohdy je však toto chování pouze jakýmsi obranným mechanismem zdravotníků (Špaňhelová, 2015, s. 61).

Mnoho porodních asistentek také popisuje pocit nepřipravenosti a nezkušenosti v péči o ženu po perinatální ztrátě, a to bez ohledu na jejich předchozí zkušenosti. Truchlíci rodiče často žádají PA o radu a emocionální podporu. Porodní asistentka si tak mnohdy vytvoří nejen profesní, ale i osobní vztah k truchlíci rodině, což se později může ukázat jako složitá a komplikovaná situace (Jones et al., 2015, s. 17).

Péče PA o pozůstalé rodiče po perinatální ztrátě je emočně velmi náročná. Porodní asistentky také popisují citové zahlcení a smutek. Smutek a jeho stadia, která mohou PA prožívat, jsou velmi individuální. Některé z PA mohou v tomto období smutek jako takový považovat pouze za abstraktní pojem a vůbec ho v takové situaci nezaznamenat (Jones et al., 2015, s. 18). Špaňhelová uvádí, že pokud je ve službě více porodních asistentek, je dobré prodiskutovat, která z nich má větší vnitřní sílu a dokáže se lépe vypořádat s tak náročnou situací (Špaňhelová, 2015, s. 60). Sheen dodává, že mnoho porodních asistentek potřebuje mluvit o takových událostech se svými spolupracovníky a oceňuje podporu od zkušenějších kolegů (Sheen, 2016, s. 61 - 72). Jones uvádí, že porodní asistentka, která se již v minulosti setkala se ženou rodící mrtvý plod, může pomoci s emocionálním vyrovnáním se jiné PA, která se s takovou ženou setkala poprvé (Jones et al., 2015, s. 18).

Cacciatore ve své studii udává, že úmrtí, zejména u novorozenců či kojenců může u zdravotníka vyvolat vysokou míru úzkosti. Je prokázáno, že ti, kteří se často setkávají se smrtí, jsou náchylnější k depresím a úzkostným stavům. Často se u nich vyskytují příznaky, jako jsou vztek, úzkost, bezmoc, emocionální vyčerpání či letargie. Poté mohou mít zdravotníci problém komunikovat s pacienty či vyjadřovat

jakoukoliv empatii vůči nim. Často se tedy stává, že se zdravotník těmto situacím začne záměrně vyhýbat (Cacciatore, 2013, s.76 - 82).

Špaňhelová dodává, že PA se mohou často setkávat s pocitem bezmoci či jejich vlastního selhání. Také mohou prožívat pocity strachu, rozpaku při komunikaci se ženou či pocitu neschopnosti, protože si nejsou jistí, jak pozůstalým pomoci. Po skončení služby je proto vhodné, aby i zdravotnický personál měl dostatek času na odpočinek a odreagování (Špaňhelová, 2015 s. 60 - 61).

Cacciatore popisuje některá cvičení napomáhající ke zlepšení sebereflexe a ochoty učit se přizpůsobovat se těmto situacím. Zdravotníkům konfrontujícím se se smrtí je doporučováno:

- trávit, alespoň půl hodiny denně meditací či odpočinkem,
- alespoň 20 minut denně cvičit (např. běh, jóga, chůze či turistika),
- mezi jednotlivými pacienty mít určitý časový odstup, který by měli trávit na klidném místě (např. zavřít oči a zaměřit se na hluboké zpomalené dýchání),
- obklopovat se rodinou, přáteli nebo lidmi, které mají rádi (Cacciatore, 2013, s. 76 - 82).

Stillbirth and neonatal death charity uvádí, že profesionálové, jako jsou porodníci či porodní asistentky pečující o pozůstalé rodiče, by měli být neustále podporováni a školeni tak, aby u nich nedocházelo k vyhoření (Sands, © 2013).

3.9 Vzdělání a komunikace PA

Porodní asistentky i ostatní zdravotnický personál je v případě porodu mrtvého plodu vystavován velkému stresu. Často nemá dostatek informací o podpoře truchlení při perinatální ztrátě, avšak právě jejich přístup může velmi ovlivnit rodičku a její zvládnutí samotné situace (Kaspárková et al., 2010, s. 388). Nilsen se s Kaspárkovou shoduje a dodává, že špatná komunikace ze strany zdravotnického personálu může negativně ovlivnit proces truchlení u obou rodičů (Nilsen et al., 2009, s. 50). Z výsledků studie Ratislavové et al. vyplývá, že u porodních asistentek v ČR se v péči o matku s perinatální ztrátou často vyskytuje nejistota, která se projevuje v jejich komunikaci. Dále byl zaznamenán paternalistický přístup v komunikaci, nízká úroveň podpory a nevhodná verbální nebo non-verbální komunikace a jen malá, nebo dokonce žádná pomoc při shromažďování vzpomínek na dítě. Proto je doporučeno věnovat větší

pozornost vzdělávání porodních asistentek v péči u žen po perinatální ztrátě (Ratislavová et al., 2016, s. 35).

3.10 Ošetrovatelské diagnózy u těhotné s mrtvým plodem v NANDA doménách

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, založena roku 1982) uvádí, že používání ošetrovatelských diagnóz ulehčuje porodním asistentkám práci v rozpoznávání obtíží těhotných žen a rodiček a přispívá k lepší komunikaci mezi sestrami napříč různými odděleními (Kameníková et al., 2003).

Příčina: porod mrtvého plodu.

Ošetrovatelská diagnóza:

Úzkost 00146 – nepříjemný prožitek a duševní emoční stav doprovázený předtuchou hrozby, kterou rodička není schopna přesně identifikovat.

Strach 00148 – reakce člověka na nějakou hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí.

Bolest 00132 – v souvislosti s bolestivým vnímáním a prožíváním děložních kontrakcí.

Riziko infekce 00004 – stav zvýšeného rizika vniknutí patogenních mikrobů do organismu.

Chronický zármutek 00137 – pocíťovaný smutek rodičky vzniklý v důsledku intrauterinního úmrtí plodu (Marečková, 2006).

SHRNUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM PRO VYUŽITÍ V PRAXI

Česká republika se řadí mezi země s nejnižším počtem mrtvorozených dětí na světě. I přes neustále se vyvíjející pokrok v prenatalní diagnostice zůstává mnohdy příčina úmrtí neobjasněna. Jako nejčastější příčina úmrtí je však uváděna infekce plodu a matky, a to až v 57 % případů. Mnozí autoři se shodují, že zjištění přesné příčiny úmrtí dítěte je pro většinu rodičů velice významnou informací pro snadnější vyrovnání se se ztrátou jejich děťátka. Také možnost rozloučení se s mrtvorozeným miminkem se jeví jako pozitivní a bývá často spojena s menšími příznaky úzkosti a deprese.

Většina autorů považuje porod mrtvého plodu za velice traumatizující a psychicky náročné období v životě ženy. Mnoho z nich popisuje, že ztráta vlastního dítěte je tou nejtěžší ztrátou v životě člověka. Autoři se také shodují, že sdělení diagnózy mrtvého plodu ženě by vzhledem k šoku, který prožívá, mělo proběhnout co nejšetrněji. Ze strany zdravotnického personálu by mělo ženě být poskytnuto co nejvíce času na vstřebání všech informací a také by měla mít prostor pro případné dotazy. Mnohé ženy, které prožily vlastní ztrátu dítěte, popisují, že velkou roli nejen v průběhu jejich hospitalizace, ale i po ní, sehrála porodní asistentka. Mnoho autorů se také shoduje, že právě chování porodních asistentek a jiných zdravotníků, pečujících o ženu v průběhu porodu mrtvého plodu, významně ovlivňuje proces truchlení a vyrovnání se se ztrátou.

Poznatky o průběhu porodu mrtvého plodu a v péči o ženu v tak těžké situaci mají významné využití v porodní asistenci, a to jak v teorii, tak v praxi. Každá porodní asistentka by měla být obeznámena s problematikou porodu mrtvého dítěte a měla by si neustále rozšiřovat své znalosti v této nepřilíš přívětivé stránce jejího oboru. Pokud taková situace nastane, neměla by se jí vyhýbat, naopak by měla být ženě oporou a profesionálem, který jí usnadní zvládnout toto těžké období.

ZÁVĚR

Porod mrtvého plodu je mimořádně obtížnou situací a představuje velký zásah do psychiky ženy. Je to velmi těžká chvíle jak pro rodiče a jejich blízké příbuzné, tak pro samotný zdravotnický personál pečující o takovou rodičku. Cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky zabývající se problematikou porodu mrtvého plodu u rodiček, ale rovněž u samotného zdravotnického personálu. Tento hlavní cíl byl dále členěn na tři dílčí cíle.

Prvním dílčím cílem bylo sumarizovat a předložit dohledané poznatky týkající se vedení a průběhu porodu mrtvého plodu. Z dohledaných informací vyplývá, že je-li možné vyhnout se císařskému řezu, pak je indukce porodu tou nejlepší volbou. Po nástupu děložních kontrakcí je vhodné rodiče tlumit bolest tak, aby celý průběh porodu proběhl co nejšetrněji. Porod je také veden bez epiziotomie. Po porodu se plod s placentou zasílá k histopatologickému vyšetření pro zjištění příčiny úmrtí dítěte. Závěr prvního vytyčeného cíle popisuje průběh a způsob sdělování diagnózy rodiče. První dílčí cíl bakalářské práce byl splněn.

Druhým dílčím cílem přehledové bakalářské práce bylo sumarizovat a předložit dohledané poznatky o procesu truchlení pozůstalých rodičů. Z dohledaných informací vyplývá, že zármutek po ztrátě vlastního dítěte je mnohem intenzivnější a déle trvající v porovnání se ztrátou např. partnera či rodiče. Mnoho studií popisuje, že v prožívání truchlení po perinatální ztrátě u matek a otců nejsou zásadní rozdíly. Matky svůj zármutek oproti otcům více verbalizují, otcové jsou zase více uzavřeni do sebe a snaží se být partnerkám co největší oporou. V souvislosti s truchlením se pojí také fáze prožívání smutku. Popření, hněv, smlouvání, deprese či smíření jsou stadia, kterými si nemusí každý rodič nutně projít. Také je důležité připomenout, že proces truchlení jako takový nemá jednoznačně určeny hranice v délce jeho trvání. Druhý dílčí cíl bakalářské práce byl splněn.

Třetím, posledním dílčím cílem přehledové bakalářské práce bylo sumarizovat a předložit dohledané poznatky týkající se péče o rodičku a plod porodní asistentkou při porodu mrtvého plodu. Z mnoha odborných studií vyplývá, že právě porodní asistentka je v případě porodu mrtvého plodu zásadní osobou v péči o rodičku a plod. PA ženu doprovází od samého začátku, tedy při příjmu na porodní sál, prožívá s ní

celý průběh porodu a následně ji doprovází v období šestinedělí. Rodička také s PA konzultuje průběh porodu, informuje ji o možnostech rozloučení se s děťátkem či o zástavě laktace v období poporodním. Podpora porodní asistentky a její přístup k rodičce často ovlivňují psychiku ženy, proto by PA měla volit, co nejcitlivější přístup. Třetí dílčí cíl bakalářské práce byl splněn.

Předložená bakalářská práce obsahuje přehled poznatků o porodu mrtvého plodu. Mohla by být přínosem pro další odborné práce na toto téma a zároveň sloužit např. jako výukový materiál a užitečný zdroj informací všem gynekologům, porodníkům, neonatologickým sestrám, porodním asistentkám či jiným specialistům, kteří se ve své profesi s perinatální ztrátou setkávají.

REFERENČNÍ SEZNAM

AXELROD, Julie. The 5 stages of loss and grief. *Psych Central*, 2006. Dostupné z: <https://psychcentral.com/lib/the-5-stages-of-loss-and-grief/>.

BINDER, Tomáš. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie*, 2007, roč. 11, č. 2, s. 61 - 64. ISSN: 1211-6645. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_07_02_03.pdf.

BLOOD, Cybele; CACCIATORE, Joanne. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. *BMC psychology*, 2014, 2.1: 15. Dostupné z: <https://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/2050-7283-2-15>.

CACCIATORE, Joanne. Psychological effects of stillbirth. In: *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. WB Saunders, 2013. p. 76-82. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Katerina_Ratislav/publication/295254883_Decision-making_of_Czech_mothers_about_contact_with_their_baby_after_perinatal_loss/links/56f284d208aee4c87199b8e8.pdf.

CAPITULO, Kathleen Leask; HUANG, Zhaoxia; LU, Xiaosheng. Should parents and families of stillborn babies be encouraged to see, hold, and have funerals for the babies?. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 2014, 39.3: 146 - 147. Dostupné z: http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=2445542.

COCKBURN, Jayne. Psychological Aspects of Stillbirth. *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology*, 2007, 173 - 191. Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-84628-808-1_17#page-1.

DOUCHA, Marie. Konfrontace porodní asistentky se smrtí. *Zdravotnictví a medicína*, 2014, roč. 2014, č. 15, s. 31. ISSN: 2336 - 2987. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/konfrontace-porodni-asistentky-se-smrti-476503>.

DUDOVÁ, Iva. Smutek a truchlení dítěte. *Pediatric pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 4, s. 248 - 251. ISSN: 1213-0494. Dostupné z:

<http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/10.pdf>.

FAIT, Tomáš. Zástava laktace. *Časopis Levret*. 2008, číslo 15, Moderní babičství, s. 1 - 4. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=12>.

FENSTERMACHER, Kimberly; HUPCEY, Judith E. Perinatal bereavement: a principle- based concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 2013, 69.11: 2389 - 2400. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12119/full>.

FLENADY, Vicki. et al. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2014, 121.s4: 137 - 140. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13009/epdf>.

GOLD, Katherine J.; LEON, Irving; CHAMES, Mark C. National survey of obstetrician attitudes about timing the subsequent pregnancy after perinatal death. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2010, 202.4: 357. e1-357. e6. doi: 10.1016/j.ajog.2009.11.039. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2847673/>.

HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen, MARŠÁL Karel. *Porodnictví. 3.*, zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HUGHES, Patricia, et al. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet*, 2002, 360.9327: 114-118. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602094102>.

CHAPMAN, Vicky; CHARLES, Cathy (ed.). *The midwife's labour and birth handbook*. John Wiley & Sons, 2013. Dostupné z: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=xXQEejTrEa8C&oi=fnd&pg=PA1979&dq=the+midwives+labour+and+birth+handbook&ots=f-IBASOPCC&sig=h21j7M6L8N46Ge9bYpiZbMBBfFk&redir_esc=y#v=onepage&q=the%20midwives%20labour%20and%20birth%20handbook&f=false.

KAISER PERMANENTE, The Four Stages of Labor, *Kaiser Foundation Health Plan of Washington*, [online]. © 2014, Washington. Dostupné z:

<https://www.ghc.org/healthAndWellness/?item=/common/healthAndWellness/pregnancy/birth/laborStages.html>.

KAMENÍKOVÁ, Miloslava, KYASOVÁ, Miroslava. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0285-1. Dostupné z: https://knihy.abz.cz/imgs/teaser_pdf/4449788024702858.pdf.

KASPÁRKOVÁ, Pavla, BUŽGOVÁ, Radka. Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, 4(4), 643 - 656 [cit. 2017-03-07]. ISSN 1804-2740. Dostupné z:

http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/1_kasparkova_buzgova.pdf.

KASPARKOVÁ, Pavla; BUŽGOVÁ, Radka. Supporting parents in the case of foetus perinatal death. *Kontakt - časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*. 2010, roč. 3. s. 387-398. ISSN 1212-4117 (Print), ISSN 1804-7122 [online]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423184000000470.pdf>.

KOMAROMY, Carol. Managing emotions at the time of stillbirth and neonatal death. In: *Understanding reproductive loss: perspectives on life, death and fertility*. Ashgate Pub Co, 2012. p. 193-203. Dostupné z:

https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=mQCgCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA193&dq=managing+emotions+at+the+time+of+stillbirth+and+neonatal+death&ots=4r4RPGK0pe&sig=LYXf-TGwOVwsYNY6sWSf8oLWEqY&redir_esc=y#v=onepage&q=managing%20emotions%20at%20the%20time%20of%20stillbirth%20and%20neonatal%20death&f=false.

KOOPMANS, Laura et al. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *The Cochrane Library*, 2013. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000452.pub3/epdf>.

KUČERA, Jaroslav. Syndrom mrtvého plodu. *Gynekolog*, 2000, roč. 9, č. 2, s. 63 - 67. ISSN: 1210-1133. Dostupné z:

<http://www.mf.cz/produkty/gynekolog-casopis-zenskych-lekaru/clanky/2000/200c13.htm>.

EUBUŠKÝ, Marek, PROCHÁZKA, Martin, ŠIMETKA, Ondřej, HOLUSKOVÁ, Iva. Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen. *Česká gynekologie*, 2013, roč. 78, č. 2, s. 132-133. ISSN: 1210-7832. Číslo grantové zprávy: NT11004. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/p-2013-doporuceni-k-provadeni-prevence-rhd-aloimunizace-u-rhd-negativnich-zen.pdf>.

MAGYAROVÁ, Gabriela — VACHOVÁ, Mária. Etické aspekty umierania v neonatológii. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Vyd. 1. Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2005. 2005, s. 786-796. ISBN: 80-88866-32-4. Dostupné z: http://eng.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2005.pdf.

MAN, J., HUTCHINSON, J. C., et. al. 2016. Stillbirth and intrauterine fetal death: factors affecting determination of cause of death at autopsy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* [online]. 2016, 48, 566–573. [cit. 2016-10-25]. DOI: 10.1002/uog.16016. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.16016/epdf>.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3 [online]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx>.

MARTINČEKOVÁ, Lucia. Zármuťok u matiek po strate dieťaťa v súvislosti s časom od straty, typom straty a ďalším rodičovstvom. *E-psychologie*, 2015, roč. 9, č. 2, s. 1 - 13. ISSN: cnb001782463. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/martincekova.pdf>.

NAVRÁTILOVÁ, Michaela. Péče o ženu s diagnózou mrtvý plod. *Sestra*, 2013, roč. 23, č. 7 - 8, s. 53 - 54. ISSN: 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-zenu-s-diagnozou-mrtvy-plod-471155>.

NILLEN, Ingrid; HARRIS, Margaret. Navigating Care After a Baby Dies: Improving Nursing Care for the Bereaved Parents. *HNE Handover: For Nurses and Midwives*, 2009, 2.1. Dostupné z: <http://journals.sfu.ca/hneh/index.php/hneh/article/viewFile/58/49>.

PAVLÍKOVÁ, Markéta. Novorozenecká a perinatální úmrtnost – jsme skutečně nejlepší?. *Zdravotnické noviny*, 2011, roč. 60, č. 23, s. 8. ISSN: 1805-2355. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/komentare/novorozenecka-a-perinatalni-umrtnost-jsme-skutecne-nejlepsi-462462>.

PESCHOUT, Roman. Čtvrtá doba porodní. *Časopis Levret*. 2007, číslo 14, Moderní babictví, s. 1 - 5. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/?pdf=22>.

PROCHÁZKA, Martin, MĚCHUROVÁ, Alena, ČEPICKÝ, Pavel, CALDA, Pavel. Vedení porodu mrtvého plodu - doporučený postup. *Česká gynekologie*, 2014, roč. 79, Supplementum, s. 3-4. ISSN: 1210-7832. Dostupné z:

<http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2014-vedeni-porod-mrtveho-plodu.pdf>.

RÅDESTAD, Ingela et al. Being alone in silence—Mothers' experiences upon confirmation of their baby's death in utero. *Midwifery*, 2014, 30.3: e91-e95. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813003136>.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 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*. Praha: Grada, 2016. Psyché. ISBN 978-80-271-0121-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřin, KAŠOVÁ, Lucie. Doprovod rodičů po perinatální ztrátě. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 2, s. 19. ISSN: 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/doprovod-rodicu-po-perinatalni-ztrate-463432>.

RATISLAVOVÁ, Kateřina; BERAN, Jiří; LORENZOVÁ, Eva. Decision-making of Czech mothers about contact with their baby after perinatal loss. *Kontakt*, 2016, 18.1: e30-e35. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Katerina_Ratislav/publication/295254883_Decision-

[making_of_Czech_mothers_about_contact_with_their_baby_after_perinatal_loss/links/56f284d208aee4c87199b8e8.pdf](http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/doporucene-postupy-v-perinatologii-5433).

ROZTOČIL, Aleš. Doporučené postupy při preindukci a indukci porodu. *Česká gynekologie*, 2009, roč. 74, Suppl. 1, s. 13-15. ISSN: 1210-7832. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/doporucene-postupy-v-perinatologii-5433>.

SHEEN, Kayleigh; SPIBY, Helen; SLADE, Pauline. The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. *International journal of nursing studies*, 2016, 53: 61-72. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915003041>.

SCHEIDT, Carl Eduard et al. Mourning after Perinatal Death-Prevalence of Symptoms and Treatment; A Narrative Review. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 2015, 2.2: 62-75. Dostupné z: <http://ijbmc.org/index.php/ijbmc/article/view/30>.

SCHOTT Judith, HENLEY Alix, When a baby dies before labour begins. *Stillbirth & neonatal death charity*. London, © 2013, p. 36. Dostupné z: <https://www.sands.org.uk/sites/default/files/AW%20WABDBLB%20211113%20LR%20SP%20LINKED-%20new.pdf>.

<https://www.sands.org.uk/professionals/support-professionals/emotional-support-professionals>.

SWANSON, Patricia B.; PEARSALL-JONES, Jillian G.; HAY, David A. How mothers cope with the death of a twin or higher multiple. *Twin Research*, 2002, 5.03: 156-164. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/twin-research-and-human-genetics/article/how-mothers-cope-with-the-death-of-a-twin-or-higher-multiple/7A4EA13EDFA48DAC7E346BD53DD61495>.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0942-3.

TRULSSON, Otti; RÅDESTAD, Ingela. The silent child—Mothers' experiences before, during, and after stillbirth. *Birth*, 2004, 31.3: 189-195. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0730-7659.2004.00304.x/full>.

VALE-FERNANDES, Emídio, et al. Single Fetal Death in Monochorionic Twin Pregnancy: Co-Twin Prognosis and Neonatal Outcome. *Acta Médica Portuguesa*, 2016, 29.13. Dostupné z:

<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7223>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. [online]. 2016, 77. ISBN: 978 92 4 154975 2. Dostupné z:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249515/1/9789241549752-eng.pdf?ua=1>.

SEZNAM ZKRATEK A TABULEK

Seznam zkratek

cit. - citace

cm - centimetr

CRP – C-reaktivní protein

č. - číslo

ČR – Česká republika

DIC – diseminovaná intravaskulární koagulopatie

DM – diabetes mellitus

g – gram

Ig - protilátky

IUGR – intrauterinní růstová retardace plodu

i. v. - intravenózní

j. – jednotek

KO – krevní obraz

mg - miligram

PA – porodní asistentka

PGE2 – Prostaglandin E2

PGS – Perinatal grief scale – Škála perinatálního zármutku

RhD – Rh faktor antigenu D

roč. - ročník

s. – strana

Sb. - sbírka

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 17